



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Mammectomie : vers l'acceptation
d'une nouvelle image corporelle



Formateur référent mémoire : Mme Lasbleiz Murielle

Fanucci Morgane
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
10 mai 2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'infirmier-e

Travaux de fin d'études : Mammectomie : vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :
« toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier-e est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 10 mai 2021

Signature de l'étudiant :
Morgane FANUCCI

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

Avant tout, je souhaite remercier ma référente de mémoire Madame Murielle Lasbleiz, pour son accompagnement, ses conseils, sa disponibilité, son implication et son soutien tout au long de mon cheminement et de la rédaction de mon mémoire de fin d'études.

Je tiens également à remercier ma référente pédagogique, Madame Sophie Bor pour m'avoir accompagnée durant ces trois années.

Je souhaite aussi remercier les infirmiers ayant accepté de répondre à mes questions, pour leur disponibilité et leur bienveillance lors des entretiens.

Par ailleurs, j'aimerais remercier toutes les personnes que j'ai pu rencontrer lors de ces trois années d'études, les formateurs et les professionnels pour leurs transmissions de savoir et leur contribution à ma construction professionnelle.

Enfin, je tiens à remercier particulièrement ma famille et mes amis sans qui je n'en serais jamais arrivée là aujourd'hui. Une pensée particulière pour Flavie et Laura pour tous les bons moments partagés ensemble. Merci pour tout, pour votre soutien et support inconditionnel, vos conseils, les moments de joie et de décompression si précieux. Merci aussi pour votre collaboration à ce travail à travers les temps de relecture.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I DES SITUATIONS D'APPEL VERS LA QUESTION DE DÉPART	2
I.1 Situations d'appel.....	2
I.2 Questionnements.....	3
I.3 Question de départ	3
II CADRE CONCEPTUEL	4
II.1 Cancer du sein et mammectomie	4
II.1.1 Le cancer du sein	4
II.1.2 La mammectomie.....	4
II.1.3 Les répercussions de la mammectomie	5
II.1.3.1 Les représentations symboliques du sein	5
II.1.3.2 Les répercussions physiques et psychologiques	6
II.2 Mammectomie et perturbation de l'image corporelle	6
II.2.1 L'image corporelle.....	6
II.2.2 Mammectomie et perturbation de l'image corporelle	7
II.2.3 Le deuil de l'image corporelle	8
II.3 L'accompagnement infirmier : au cœur du processus vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle	9
II.3.1 Compétences et rôle infirmier	9
II.3.2 L'accompagnement infirmier après une mammectomie.....	10
II.3.2.1 L'accompagnement infirmier	10
II.3.2.2 L'accompagnement préopératoire.....	10
II.3.2.3 L'accompagnement postopératoire	11
II.3.3 Vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle.....	12
III DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE DU RECUEIL DE DONNÉES	13
III.1 Méthode de l'entretien.....	13
III.2 Organisation de l'entretien, modalités	13

III.3	Population interviewée	14
III.4	Thèmes et objectifs	14
III.5	Bilan du dispositif : points faibles, limites des entretiens	14
IV	ANALYSE DESCRIPTIVE ET INTERPRÉTATIVE DES ENTRETIENS.....	15
IV.1	Les répercussions de la mammectomie exprimées par les patientes.....	15
IV.1.1	La perturbation de l'image corporelle.....	15
IV.1.2	L'appréhension du regard de l'autre et les répercussions sur la vie personnelle et professionnelle	16
IV.1.3	L'importance de l'entourage	17
IV.2	Mammectomie et altération de l'image corporelle	17
IV.2.1	L'image corporelle	17
IV.2.2	Le processus d'acceptation : un parcours singulier et fluctuant.....	18
IV.2.3	Les moyens mobilisés pour aider les patientes à améliorer leur image corporelle.....	20
IV.3	L'accompagnement infirmier vers l'acceptation de l'image corporelle.....	22
IV.3.1	La période préopératoire et le premier pansement : des instants importants	22
IV.3.1.1	La période pré-opératoire	22
IV.3.1.2	Le pansement et la découverte de la cicatrice.....	23
IV.3.2	Les compétences et qualités soignantes dans l'accompagnement	25
IV.3.3	L'influence de l'accompagnement infirmier sur le cheminement vers l'acceptation...	26
V	DISCUSSION	27
V.1	Mon point de vue et les apports pour ma pratique professionnelle	27
V.2	La réponse à la problématique.....	28
V.3	Question de recherche.....	29
	CONCLUSION	30
	BIBLIOGRAPHIE	31
	ANNEXES	
	ABSTRACT	

“Accompagner quelqu’un, c’est se placer ni devant, ni derrière, ni à la place. C’est être à côté” Joseph Templier

INTRODUCTION

Trois années se sont écoulées, singulières, enrichissantes, intenses et parfois difficiles. Autant de chemin parcouru me permettant de vous présenter aujourd'hui mon mémoire d'initiation à la recherche.

Ainsi, au cours de mon cheminement vers le choix de ma thématique de travail j'ai souhaité travailler sur un thème relatif à la partie relationnelle des soins infirmiers à laquelle j'accorde une grande importance. Puis mon thème s'est orienté vers l'accompagnement des patients atteints d'un cancer car lors de mes différents stages j'ai souvent été amenée à rencontrer et accompagner des patients que ce soit dans la phase de découverte et de diagnostic, pendant leur période de traitement jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. Alors en tant que future soignante cette pathologie est sujette à de nombreuses interrogations et un souhait d'approfondissement sur la prise en soins, la relation soignant soigné ou encore l'accompagnement psychologique des patients à émergé chez moi. De plus, mon stage en chirurgie gynécologique et plastique m'ayant beaucoup marquée, j'ai choisi de cibler mon sujet sur la mammectomie dans le cadre du cancer du sein. En effet, j'ai pu vivre de nombreuses situations liées aux perturbations de l'image corporelle dans le cadre de chirurgies dans ce service. Ces situations m'ont parfois interpellée, interrogée ne sachant pas toujours comment y répondre ou réagir. Il me semble donc intéressant de saisir l'opportunité d'enrichir mes connaissances concernant cette prise en soins. En effet, selon moi les soins relationnels sont d'une importance cruciale dans ces moments où le corps est mis à mal et l'image corporelle perturbée mais cette dimension du soin peut parfois être complexe et a donc retenu mon attention. Ainsi, grâce à ce travail j'espère acquérir de nombreuses connaissances, être attentive et davantage compétente afin de répondre aux besoins de ces patientes et les accompagner au mieux.

Pour ce faire, j'ai décidé d'approfondir les répercussions pouvant être entraînées par la mammectomie et le rôle soignant inhérent à celles-ci afin d'accompagner les patientes dans l'acceptation de leur nouvelle image corporelle.

Ainsi, dans un premier temps j'effectuerai une description des deux situations d'appel que j'ai pu vivre en stage ayant soulevé chez moi les interrogations qui ont conduit à mon cheminement vers ma problématique de recherche. Ensuite je présenterai les résultats de mes recherches théoriques à travers le cadre conceptuel. Par la suite, je développerai les résultats issus des entretiens réalisés auprès de deux infirmiers afin d'enrichir mon cadre empirique, l'analyse descriptive de ceux-ci et la comparaison avec la partie théorique constituant l'analyse interprétative. Enfin, la dernière partie de ce travail sera consacrée à la partie discussion menant vers un prolongement de ce travail à travers la formulation d'une nouvelle question de recherche.

I DES SITUATIONS D'APPEL VERS LA QUESTION DE DÉPART

I.1 Situations d'appel

Les deux situations d'appel ayant conduit à l'élaboration de ma réflexion se sont déroulées dans un service de gynéco-plastie lors de mon stage de semestre 4.

Premièrement, j'accompagnais l'infirmière dans la chambre de Madame D ayant subi en 2017 une mammectomie unilatérale gauche dans le cadre d'un cancer du sein. Suite à cette intervention, la patiente avait bénéficié d'une pose de prothèse mammaire. Nous devions réaliser la première réfection du pansement. Madame D nous demandait chaque jour depuis son retour de bloc, quand est-ce qu'elle allait pouvoir retirer ce pansement et « enfin voir le résultat final ». Dès son retour du bloc opératoire, elle nous avait fait part de l'attente quant à cette reconstruction mammaire, de l'impatience qu'elle avait « d'enfin retrouver un minimum de féminité après toutes ces épreuves ». Au moment d'effectuer la réfection du pansement, j'ai tout de suite ressenti dans les propos de la patiente l'importance accordée à cette découverte du résultat de la reconstruction mammaire, à la fois pour la patiente elle-même mais aussi pour sa famille. J'ai trouvé que le soin s'est déroulé dans une atmosphère à la fois calme et protectrice. Ainsi, face à cette situation de soin, j'ai ressenti une véritable délivrance de la part de la patiente après plusieurs années de traitement et d'attente. Cette intervention chirurgicale semblait marquer une nouvelle page pour elle. En effet, elle nous disait que « cela marque avec un point final ma guérison du cancer », « je retrouve petit à petit mon corps d'avant, ma féminité ».

Il s'agit de la première situation d'accompagnement dans le changement, la reconstruction de l'image corporelle que j'ai vécue et elle m'a marquée du fait du bien-être, du soulagement, du bonheur que cette femme a pu éprouver à la suite de cette plastie mammaire.

Ensuite, j'étais dans la chambre de Madame S qui était à J4 de son intervention chirurgicale ayant consisté en une laparotomie et pose d'une iléostomie de protection après chimiothérapie dans le cadre d'un carcinome ovarien. Depuis deux jours Madame S était très algique et pleurait souvent. Je sentais que le mal être était plus profond que seulement lié à la douleur, j'avais observé depuis quelques jours qu'elle se mettait souvent à pleurer et qu'elle détournait le regard au moment des soins reliés à l'iléostomie. D'habitude, le contact était facile avec elle mais ce jour-là, je sentais qu'elle ne prenait pas autant de plaisir à discuter, elle avait un faciès très douloureux et fermé. Après un moment de silence, elle me répondait, les larmes aux yeux, "j'en ai ras le bol de tout ça j'ai déjà trop subi je ne pourrais subir encore autant de souffrance", "si cela continue je ne vais pas tenir". Puis elle a commencé à se confier et me dire en montrant l'iléostomie "se retrouver avec ça ce n'est vraiment pas facile" "et puis j'ai des pansements de partout regardez". Je ressentais un mal être, une souffrance

dans les propos et l'attitude de Madame S. Je me suis questionnée et ai pensé que ce ressenti pouvait être lié aux récents changements dans son image corporelle.

Cette situation de soin et d'accompagnement d'une patiente ayant subi une modification de son image corporelle, et les ressentis qui s'en dégagent étaient tout à fait différents de la première situation que j'avais pu vivre. Suite à ces deux situations, je me suis posée de nombreuses questions concernant l'accompagnement infirmier et la prise en charge physique et psychologique des patients suite à des interventions mutilantes, modifiant l'image corporelle.

1.2 Questionnements

Tout d'abord, ces deux situations m'ont amenée à m'interroger sur l'information reçue et la temporalité des interventions. Ainsi, les patientes ont-elles reçu des explications précises quant à la chirurgie qu'elles allaient subir ? Ont-elles pu avoir des réponses à leurs questions ? Depuis combien de temps Madame D attendait-elle cette chirurgie réparatrice ? Avait-elle eu le temps d'amorcer son processus d'acceptation ? A quel moment débute le processus de reconstruction ? Existe-t-il un temps idéal pour ce processus ? Est-ce normal de vouloir voir rapidement sa cicatrice ?

Concernant le rôle infirmier, j'ai questionné les éléments suivants : Comment accompagner les patients ayant subi une « mutilation » lors des soins ou de la réfection d'un pansement ? Quelle est l'importance du regard porté par l'infirmière, après une chirurgie mutilante ? Quelle est l'importance de la relation soignant-soigné dans l'accompagnement des patients ayant un cancer ? Comment accompagner une personne dans le changement de son image corporelle ? Existe-il des outils relationnels particuliers à mettre en place ? Quel est le rôle IDE dans la reconstruction, la revalorisation de la perte d'estime de soi ? Quelles sont les limites de l'infirmière, dans ses compétences, face aux détrences psychologiques des patients ayant subi une mutilation ?

1.3 Question de départ

Par rapport à ma première situation d'appel, j'ai assisté à un soin qui s'est très bien déroulé, dans une atmosphère paisible et bien vécue par la patiente. J'aurais pu choisir de travailler sur la reconstruction mammaire mais finalement j'ai souhaité comprendre le processus par lequel la patiente a pu cheminer pour vivre cette nouvelle intervention de cette manière-là. Je souhaitais donc approfondir ce sujet pour ma future pratique professionnelle. Ainsi, ces réflexions et interrogations m'ont amenée à formuler la question de départ suivante :

En quoi l'accompagnement infirmier, concernant les répercussions physiques et psychologiques, d'une patiente ayant subi une mammectomie influence-t-il l'acceptation de sa nouvelle image corporelle ?

Ce thème et cette problématique questionnent la participation, le rôle et l'influence que peut avoir l'infirmier dans l'acceptation d'une nouvelle image corporelle mais aussi le cheminement des patientes ayant subi une mammectomie vers l'acceptation de cette nouvelle image.

Je vais donc maintenant développer les différents concepts soulevés par la problématique, dans le cadre conceptuel, que sont la mammectomie et ses répercussions, l'image corporelle et l'acceptation, puis l'accompagnement infirmier.

II CADRE CONCEPTUEL

II.1 Cancer du sein et mammectomie

II.1.1 Le cancer du sein

Tout d'abord, le terme général de cancer désigne une maladie provoquée par la prolifération anarchique de cellules anormales, ayant subi des mutations génétiques.

Selon Santé Publique France, le cancer du sein est le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. Il existe deux formes principales, selon les cellules mammaires touchées initialement. Tout d'abord le carcinome canalaire, le plus fréquent, lorsque les cellules cancéreuses sont issues d'un canal galactophore. Puis le carcinome lobulaire lorsque les cellules néoplasiques se développent à partir d'un lobule du sein.

Enfin, il existe trois types de traitements, pouvant être utilisés seuls ou en association : les traitements médicamenteux (chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées), la radiothérapie et la chirurgie, qui reste généralement le traitement de première intention. Selon la taille de la tumeur, la chirurgie consiste en une tumorectomie, chirurgie conservatrice consistant à n'enlever que la tumeur ou bien à une mammectomie, acte chirurgical sur lequel est centré ce travail.

II.1.2 La mammectomie

Ainsi, il me paraît important d'approfondir cette intervention afin de mieux comprendre le cheminement et l'impact que cette dernière peut avoir sur l'image corporelle.

La mammectomie peut être à visée curative ou prophylactique. La ligue contre le cancer distingue deux sortes de mastectomie. Tout d'abord, la mastectomie partielle est "l'ablation de la tumeur ainsi qu'une partie des tissus avoisinants et du revêtement des muscles pectoraux" (2020). Il est aussi possible de réaliser une mastectomie radicale, définit comme "l'ablation totale du sein et du revêtement des muscles pectoraux" (2020). Il s'agit alors ici d'une chirurgie mammaire non conservatrice, réalisée sous anesthésie générale, consistant en l'exérèse de l'intégralité de la glande

mammaire, y compris le mamelon et l'aréole. Ainsi, après l'intervention, la forme, le relief du sein a disparu et demeure alors une cicatrice droite ou légèrement courbe vers le creux de l'aisselle.

Nous pouvons donc imaginer que cette intervention entraîne de nombreuses répercussions dans la vie de la patiente. Ce, lié au symbole que peut représenter le sein aujourd'hui mais aussi dans d'autres domaines que nous allons développer maintenant.

II.1.3 Les répercussions de la mammectomie

II.1.3.1 Les représentations symboliques du sein

Les répercussions de la mammectomie peuvent être influencées par la symbolique du sein. Ainsi, le sein représente la maternité à travers son rôle nourricier. Source de séduction, il s'agit aussi d'une composante érotique intervenant dans la sexualité et source de fantasmes et de plaisir. Si à travers les années, la représentation du sein change, le symbole reste essentiellement le même : celui de la féminité. En effet, comme l'évoque Ann Tait "Ils sont l'idée que se font la plupart des gens de ce qu'est une femme" (page 239, cité par Mave Salter, 1992).

Selon les cultures, comme l'explique l'auteure dans ses travaux, le sein a une représentation différente. Ainsi, symbole de la féminité et de la beauté dans les pays occidentaux, il est notamment exposé dans les médias et à travers la publicité. Cette représentation est à l'opposé de certains pays où le corps de la femme demeure caché et où la vision d'un sein nu est parfois taboue. Ainsi, l'attachement psychique au sein, en tant qu'image de ces diverses représentations, varie selon les femmes et au cours de leur vie, expliquant la singularité des émotions pouvant être ressenties par ces dernières après une mammectomie. En effet, dans le film documentaire "guérir le regard" (2014), selon Dominique Gros, médecin sénologue et philosophe, "chaque femme a un rapport avec ses seins qui vient de son histoire, de sa culture et c'est à ça qu'on touche, pas simplement à une glande mammaire comme on dit, c'est tout ce dont est chargé le sein". Il ajoute "Le sein est un organe relationnel, avec l'enfant, le compagnon, alors tout d'un coup imaginez qu'il n'est plus là, certainement que ça touche à des choses, ça remue des choses profondes. L'idée du genre : qu'est-ce que c'est le féminin, qu'est-ce que c'est le masculin ? Qu'est-ce qu'une femme qui n'a qu'un sein ? Est-ce que c'est encore une femme ?".

Enfin, lors du cancer, le sein, chargé de tous ces symboles, passe d'un attribut source de vie et de séduction à une menace de mort potentielle. Alors, sa perte, lors de la chirurgie, constitue une mutilation de l'image de soi, une menace pour la féminité et peut entraîner de nombreuses répercussions dans la vie de la patiente.

II.1.3.2 Les répercussions physiques et psychologiques

Après la chirurgie de mammectomie, les répercussions physiques sont en général importantes. En effet, la mammectomie constitue une atteinte à l'intégrité physique de la femme avec une possible perte d'identité corporelle comme l'évoque l'auteure Dalila Benhaberou-Brun "La mastectomie affecte l'image corporelle, car elle est intimement liée à la perception de la féminité" (page 24, 2018). Cela peut alors contribuer à un retentissement sur le bien-être physique mais aussi psychologique.

Ainsi, les répercussions psychologiques, liées à la mastectomie, s'ajoutent à celles liées à l'annonce du cancer telles que l'angoisse de la mort, la peur, les mécanismes de défense, les remises en question. Dans notre société où le paraître a de plus en plus d'importance, la mutilation corporelle entraîne une blessure physique, en termes d'apparence, mais aussi narcissique en portant atteinte au sentiment d'estime pour soi-même, de désirabilité. La mastectomie peut rimer avec la fin de la féminité et entraîner d'importantes conséquences sur le plan psychologique telles que des troubles anxieux et dépressifs. En effet, selon l'étude "Breast Cancer Research and Treatment" menée par Søren Christensen en 2009, évaluant les troubles dépressifs deux à trois mois après la chirurgie, les résultats indiquent une augmentation de la prévalence des symptômes dépressifs avec 13,7% de femmes atteintes.

Enfin, aujourd'hui, notre manière d'être au monde, nos relations sociales s'appuient beaucoup sur l'image corporelle et la confiance en soi. Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, la chirurgie de mammectomie altère fondamentalement ces deux notions essentielles et peut alors créer une forme de peur du rejet, un mal être quant aux relations à l'autre, pouvant entraîner des répercussions sur la vie personnelle, conjugale et sexuelle de la femme. Comme nous l'avons développé dans cette première partie, la mammectomie provoque un important bouleversement dans la vie d'une femme. Toutes les composantes de la personne sont touchées : sociale, spirituelle, psycho affective et physique. Dans cette seconde partie, nous allons détailler ces aspects à travers la notion de changement dans l'image corporelle.

II.2 Mammectomie et perturbation de l'image corporelle

II.2.1 L'image corporelle

La notion d'image corporelle est un concept élaboré par Paul Schilder en 1935 qu'il définit comme « la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps » (page 248, 2009). Il précise que « l'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à

nous-mêmes » (page 248, 2009). En somme, il s'agit de l'ensemble des jugements conscients et inconscients que nous portons à l'égard de notre corps.

Plusieurs notions se trouvent au cœur de ce concept. En effet, selon le modèle développé par Bob Price, chercheur et directeur des programmes d'enseignement postgrade au Royal College of Nursing Institute de Londres en 1998, l'image corporelle englobe trois composantes, qui s'équilibrent et interviennent dans l'estime de soi. Tout d'abord le corps réel, qui peut se définir comme la façon dont nous percevons réellement notre corps, "il s'agit du corps tel qu'il existe, tributaire de l'hérédité et transformé par l'usure du temps et les agressions du milieu" (page 28, 2013). Le corps idéal correspondant à la façon dont nous souhaiterions que notre corps soit "c'est l'image mentale du corps rêvé" (page 28, 2013). Puis le corps présenté, qui est la façon dont nous arrangeons notre corps, la façon dont il apparaît aux autres. Ce dernier est relatif à l'apparence, "l'apparence est, littéralement, la façon dont on présente son corps au monde extérieur" (page 29, 2013).

Ainsi, au vu de ces différentes composantes, l'image corporelle est une association que chacun se crée, selon son corps réel, son corps idéal, son apparence et en fonction de ses capacités et des particularités liées à son individualité. Elle se construit de façon progressive et évolue tout au long de la vie avec la formation de la personnalité et les changements corporels. Comme le souligne Françoise Dolto, "l'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire [...] l'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et, en même temps, elle est actuelle, vivante" (pages 22-23, 1984).

Nous sommes donc confrontés, tout au long de notre vie, à des modifications de notre image corporelle et chacun de nous réagira de manière différente à ce changement. En effet, certaines situations vécues, liées à une pathologie ou bien à un facteur d'origine accidentelle peuvent perturber l'image corporelle. L'équilibre des différentes composantes de cette notion est influencé et dépend de différentes stratégies d'adaptation individuelles. Par conséquent, une patiente ayant subi une mammectomie va devoir faire face physiquement et psychologiquement à l'atteinte de son corps et pourra développer une image corporelle altérée.

II.2.2 Mammectomie et perturbation de l'image corporelle

Selon Mave Salter "si l'on s'accepte physiquement, on se sent habituellement bien" (page 3, 1992), mais alors que se passe-t-il quand une personne se regarde et qu'elle n'aime pas ce qu'elle voit, ce qu'elle est ?

Le livre des diagnostics infirmiers définit la perturbation de l'image corporelle comme étant : "la confusion ou l'insatisfaction dans la représentation mentale du moi physique ayant pour

caractéristique essentielle une réaction verbale ou non verbale négative à un changement réel ou non, touchant l'intégrité physique ou fonctionnelle" (page 184).

A l'annonce d'une maladie, le diagnostic en lui-même peut porter atteinte et dévaloriser l'image corporelle. Mais lors d'une mammectomie, la perte du sein, organe externe du corps, modifie profondément l'apparence physique et la perception que l'on a de soi-même. En effet, selon André Lehmann "L'effraction sur le corps entraîne un trouble intense. Les repères habituels sont mis en échec, car, comme le dit Freud, « le moi est principalement corporel ». Le sujet se sent perdu. Il a le sentiment que son corps l'a trahi. Le corps devient un Autre incontrôlable. Le sujet n'a plus prise sur lui et ne s'y reconnaît plus" (page 92, 2009). Ginette Francequin dit qu'après une mammectomie, "la perception de l'image du corps peut être perturbée, elles se sentent atteintes dans leur féminité. Certaines disent ne plus se reconnaître, être mutilées" (page 153, 2012). En effet, ce sein "manquant" créer une asymétrie, pouvant influencer le regard des autres, mais pouvant surtout constituer une souffrance par rapport au regard porté par la femme elle-même, qui se découvre autrement. Françoise Brullmann, précise "après l'ablation, l'image du sein [...] fait place à une image désolante évoquant le manque et la blessure, synonyme de honte, de tristesse, d'un corps à dissimuler". (page 47, 2007). L'image renvoyée par le miroir peut être traumatisante pour la patiente, son corps peut lui paraître étranger ou déséquilibré et créer alors une véritable atteinte psychique. L'auteure précise "Se regarder dans le miroir est presque toujours une épreuve qui tient de l'effroi. Impossibilité de regarder ce qui manque, de toucher aussi. Peut-on encore parler de corps ? Une femme sans sein est-elle encore une femme ?". (page 47, 2007).

Alors, suite à cette perturbation de son image corporelle, un travail de deuil attend la patiente pour trouver un équilibre et mener vers l'acceptation de ce nouveau corps.

II.2.3 Le deuil de l'image corporelle

Comme évoqué précédemment, la perte d'une partie du corps peut mener au deuil de son image corporelle. De plus, dans le cadre d'une mammectomie, le sentiment de perte de féminité à travers l'ablation du sein peut aussi constituer un deuil supplémentaire.

Le processus du deuil a une durée variable et se compose de plusieurs étapes. Ainsi, selon Elisabeth Kübler-Ross, "le processus de deuil comprend cinq stades. En apprenant la perte, la personne refuse la gravité de la condition. Puis vient la colère qui s'exprimera aussi bien envers les infirmières et le corps médical que la famille et les amis- [...]. Au troisième stade, le malade marchandise avec la vie pour essayer d'échapper à la situation. Alors s'ensuit une période de dépression, car il se rend compte du caractère inéluctable de sa situation ainsi que de la perte et de la séparation que cela implique. Enfin, vient l'acceptation et l'occasion de répondre de manière réaliste à la situation." (page 14-15, cité

par Mave Salter, 1992). L'auteure Dalila Benhaberou-Brun parle d'un véritable deuil de cette partie du corps, un changement corporel pour lequel les femmes doivent être accompagnées. Un accompagnement tout au long du processus médical pour tendre vers l'acceptation de cette nouvelle image, qui peut parfois s'étendre sur plusieurs années. (page 25, 2018)

Ainsi, nous allons étudier dans cette dernière partie l'accompagnement infirmier auprès de ces femmes et l'influence que ce dernier peut avoir sur l'acceptation de cette nouvelle image corporelle.

II.3 L'accompagnement infirmier : au cœur du processus vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle

II.3.1 Compétences et rôle infirmier

Pour comprendre toute l'importance du rôle infirmier auprès des patientes mammectomisées, il faut rappeler son champ d'activités et de compétences.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le rôle de l'infirmier comme "aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social" (2002). De plus, selon l'Article R.4311-2 du Code de la Santé Publique (2004) les soins infirmiers "ont pour objet [...] ,en tenant compte de la personnalité de la personne dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle, de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social". Ainsi, accompagner, soutenir les patients est un élément central des compétences de l'infirmier, cela fait partie de son rôle propre, et est donc au cœur de son métier, comme précisé dans l'Article R.4311-5 "Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants [...] aide et soutien psychologique" (2004). Pour finir, dans le Référentiel d'activités de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, la notion d'accompagnement infirmier est aussi précisée comme "écoute de la personne et de son entourage : entretien d'accompagnement et de soutien, accompagnement de la personne dans une information progressive, relation d'aide et soutien psychologique".

Nous pouvons alors mesurer, à travers ces références législatives, l'importance de l'accompagnement et du relationnel dans les soins infirmiers. En effet, selon Walter Hesbeen, la finalité des soins infirmiers "est celle de prendre soin des hommes et des femmes malades ou dépendants en vue de les aider, ainsi que leurs proches, à vivre ce qu'ils ont à vivre dans la situation qu'ensemble ils partagent". (page 7, 2017)

Nous allons donc étudier dans la prochaine partie comment l'infirmier peut aider la patiente et son entourage lors d'une mammectomie.

II.3.2 L'accompagnement infirmier après une mammectomie

II.3.2.1 L'accompagnement infirmier

Selon le dictionnaire Larousse, accompagner c'est " Être avec quelqu'un, lui tenir compagnie", "Mener, conduire quelque part, servir de guide", c'est " Être associé à un acte, un état, s'y ajouter, aller de pair avec". Cette définition peut être complétée avec celle du dictionnaire du Robert qui évoque le "fait de soutenir, d'assister quelqu'un".

Dans le contexte du soin, d'après Walter Hesbeen, accompagner "permet de parcourir un bout de chemin ensemble" (page 110, 2017), "c'est tenir compte de la complexité et de l'individualité de chaque personne ; c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non engagement" (2017). Patrick Verspieren dit aussi "Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre, mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de ses pas". (page 183, 1984)

On peut alors comprendre l'importance de la singularité de l'accompagnement pour chaque patiente. En effet, l'infirmier peut aider la patiente à identifier ses ressources, ses besoins, à l'orienter pour la recherche, la création d'un mieux-être correspondant au mieux à ses souhaits, ses envies, son histoire. Walter Hesbeen souligne alors "*L'accompagner pour aller où ? Là où il lui semble bien d'aller. Cela veut dire que c'est de son bien à lui dont il est question, un bien qu'on ne saurait décider à sa place, un bien que l'on peut accompagner*" (page 110, 2017).

L'accompagnement infirmier permet donc aux patientes de se sentir soutenues et entourées, ce qui est primordial après une chirurgie de mammectomie. Ce dernier comprend l'information en préopératoire et l'accompagnement après l'intervention, éléments indispensables pour aider chaque patiente à s'adapter plus aisément à une nouvelle image corporelle non désirée.

II.3.2.2 L'accompagnement préopératoire

Avant l'intervention, il est fondamental que la patiente soit informée et ait les réponses à ses questions. En effet, Wilson Barnett (1980) souligne que "donner la bonne information diminue l'anxiété et aide aussi à trouver une adaptation rapide à des événements stressants, parce que les malades peuvent se préparer avant qu'ils n'arrivent, c'est-à-dire au moment où ils sont le plus réceptifs, et non lorsqu'ils sont rongés par la douleur." (page 16, cité par Mave Salter 1992)

Il est important que la patiente, et son partenaire si le couple le souhaite, comprennent ce qu'implique l'opération sur l'image corporelle et qu'ils puissent exprimer leurs ressentis aux infirmiers à ce sujet. Inclure le conjoint dans la prise en soins de sa femme paraît important car une chirurgie de mammectomie n'est pas sans répercussions sur l'entourage comme évoqué précédemment. Walter

Hesbeen précise alors qu'il faut "prendre soin, également, des personnes qui l'entourent, de celles qui lui sont proches, et qui nécessitent, elles aussi, qu'une attention particulière leur soit portée afin de prendre en compte ce qu'elles ont également à vivre dans la situation qu'avec leur proche elles partagent". (page 3, 2017).

Alors, ici, l'infirmier a pour rôle d'évaluer les craintes de la patiente, et de son conjoint, avant l'opération, d'expliquer. L'accompagnement infirmier et la préparation en amont de la chirurgie pourront permettre de préparer et d'aider la patiente au cheminement dans l'acceptation de sa nouvelle image corporelle après la mammectomie. En effet, selon Wilson Barnett (1980), "la préparation est un véritable processus de partage des connaissances médicales et infirmières avec les malades afin que les stratégies à mettre en place pour faire face soient plus efficaces. Quand on est prévenu, on est armé" (page 16, cité par Mave Salter, 1992)

Pour conclure, ce temps permet l'approche de la patiente et l'entrée en relation, l'établissement d'un lien de confiance, élément fondamental dans la qualité de l'accompagnement en postopératoire.

II.3.2.3 L'accompagnement postopératoire

A cet instant, la patiente se réveille et se retrouve en face de ce que représente la perte du sein. L'infirmier aura alors ici plusieurs rôles.

Tout d'abord, la période post-opératoire est marquée, généralement le lendemain de l'intervention, par la première réfection du pansement et constitue alors pour la patiente le premier regard sur soi. L'infirmier devra alors aider la patiente à se familiariser avec ce nouveau corps. En effet, le pansement cache la cicatrice, et donc la réalité. Alors, la patiente peut être traumatisée de se voir confrontée d'un seul coup à l'évidence de la perte subie lorsque le pansement est enlevé. Les réactions sont propres à chacune : refus, pleurs, résignation, repli sur soi, ou au contraire, acceptation, soulagement de savoir le cancer hors de soi. Cela dépend en grande partie du travail et de l'accompagnement entrepris en amont de l'intervention. Selon André Lehmann, "La vue du pansement n'est jamais un moment anodin. Elle est à la fois attendue et redoutée. Le patient ne se sent plus le même après cette découverte, qui agit comme une révélation. Il en va de même avec la cicatrice, qui marque un autre temps dans la prise de conscience de la maladie" (page 93, 2009).

Ce soin peut alors provoquer une rupture dans le processus d'adaptation, alors, l'accompagnement infirmier, le regard porté par ce dernier et la qualité de la relation thérapeutique sont cruciaux afin d'éviter ce phénomène. Ann Tait souligne "Les infirmières devront faire preuve de beaucoup de tact dans leurs rapports avec la malade, qui, commençant à s'adapter à l'altération de son image corporelle, sera peut-être très traumatisée de se voir exposée d'un seul coup à la réalité de la perte subie lorsque le pansement sera enlevé" (page 243, citée par Mave Salter, 1992).

Ainsi, l'infirmier a un rôle de soutien psychologique, d'aide et de réassurance auprès des patientes mastectomisées. En effet, selon le cours magistral sur la relation d'aide de Christine Le Bihan (2019), la relation d'aide est un moyen d'accompagner la personne soignée à vivre sa maladie et ses conséquences sur sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. La définition de la relation d'aide selon Carl Rogers est "la relation dans laquelle l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie" (2019). Pour cela, l'infirmier doit avoir une bonne connaissance de soi, se montrer empathique, disponible, à l'écoute. Cela contribuera à créer une relation de confiance et pourra aider les femmes à exprimer leurs ressentis, leurs difficultés, leurs besoins, les aider à traverser cette épreuve. Cela permettra également de les aider à leur redonner confiance en leurs capacités et pouvoir explorer les différentes possibilités pour l'avenir. Cette relation doit être personnalisée, adaptée aux expressions et besoins de chaque patiente, dans leur singularité. Smith (1984) insiste sur le fait que "chaque malade a ses préoccupations et ses besoins particuliers que seul un examen approfondi de l'histoire et de la solidité de sa famille ainsi que de son éducation vont révéler." (page 16, cité par Mave Salter, 1992).

Grâce à la qualité de cette relation instaurée, va pouvoir découler un accompagnement et un travail sur l'acceptation de l'image corporelle de la femme soignée.

II.3.3 Vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle

L'objectif des soins infirmiers auprès d'une patiente ayant subi une mastectomie est l'accompagnement vers l'acceptation de sa nouvelle image corporelle, mais quand et comment peut-on estimer que la patiente a accepté sa nouvelle image corporelle ?

D'abord, selon Costello (1974), cité par Donavon et Pierce, (1976), le cheminement que doit traverser une personne ayant subi des altérations de l'image corporelle à la suite d'une chirurgie comporte cinq phases. Premièrement "il faut donner au malade le temps d'accepter l'apparence de la plaie opératoire", "il doit la toucher et l'explorer", puis "il doit accepter la nécessité d'apprendre à se prodiguer des soins". Ensuite "il faut qu'il devienne indépendant et qu'il acquière la maîtrise des soins quotidiens". Finalement, "il doit reconstruire une nouvelle image de son corps et si possible y adapter son style de vie". (page 14, cité par Mave Salter, 1992). La temporalité de ce processus est personnelle, alors, dans son accompagnement l'infirmier devra s'adapter au cheminement de la patiente, à sa temporalité, progression singulière.

Ensuite, selon Marie Claude Haumont, pour accéder à la guérison, il est nécessaire de passer par l'acceptation de la situation "que ce soit d'un point de vue physique, psychique ou spirituel" (2015). Elle explique "Accepter c'est reconnaître ce que nous renvoie le miroir représenté par notre corps et

par les autres, dans la totalité et dans les détails” (2015). Ainsi, l’accompagnement infirmier est un atout indispensable dans ce processus d’acceptation. En effet, Wilson Barnett souligne qu’accompagner la patiente peut permettre de diminuer l’anxiété et faciliter le cheminement, le passage des différents stades, décrit précédemment, menant à l’acceptation, l’adaptation à la nouvelle image corporelle (page 16, cité par Mave Salter, 1992). De plus, la posture du soignant aura une influence sur celle de la patiente. En effet, Smith évoque le fait que “les réactions du soignant et l’acceptation de ce nouveau corps auront à leur tour une influence sur l’attitude que le malade aura envers lui-même” (page 16, cité par Mave Salter 1992). Cette idée est précisée par Mave Salter qui dit que “si le visage du soignant exprime l’acceptation, alors la malade apprend à s’accepter” (page 40, 1992).

III DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE DU RECUEIL DE DONNÉES

Afin d’étayer mon cadre conceptuel, j’ai élaboré un guide d’entretien comportant différents thèmes et objectifs que je souhaitais explorer à travers plusieurs questions. Ainsi, j’ai pu interroger deux infirmiers à propos de mon sujet.

III.1 Méthode de l’entretien

En ce qui concerne le mode exploratoire, j’ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. Cette méthode permet de poser des questions ouvertes et laisse alors à la personne interrogée une certaine liberté d’expression en favorisant le partage d’expérience, des perceptions et du vécu de l’interviewé. Ainsi, les données recueillies sont qualitatives car elles reposent sur le témoignage de deux personnes, ce sont donc des informations descriptives de l’ordre du subjectif sur un échantillon restreint.

III.2 Organisation de l’entretien, modalités

Tout d’abord, j’ai pris contact avec l’infirmière référente du service par mail afin de me présenter, de lui exposer mon thème de travail et le profil des professionnels que je souhaitais interroger dans la mesure du possible. Après une réponse positive de sa part, je l’ai contacté par téléphone afin de convenir d’un rendez-vous. Les deux entretiens se sont déroulés le même jour, à la suite, dans une salle de consultation externe au sein du service et ont duré une trentaine de minutes chacun. J’ai fait le choix de ne pas faire parvenir en amont mon guide d’entretien aux infirmiers concernés afin de ne pas altérer la spontanéité de leurs réponses. Après la contractualisation de l’anonymat et une demande préalable concernant l’autorisation d’enregistrer les échanges et l’acceptation par les

professionnels, j'ai réalisé mes enregistrements sur deux supports, un téléphone portable et un ordinateur afin de faciliter par la suite la retranscription puis l'analyse des contenus.

III.3 Population interviewée

Concernant les professionnels interrogés, j'ai souhaité obtenir des entretiens auprès de deux infirmiers travaillant dans un service d'onco chirurgie. Je voulais rencontrer deux personnes ayant un profil différent, c'est-à-dire un homme et une femme dans le but d'avoir un maximum de richesse dans les réponses et pouvoir comparer les similitudes et différences éventuelles dans l'analyse. Je n'avais pas d'exigence particulière concernant l'âge, l'expérience ou l'ancienneté dans le service. J'ai alors pu m'entretenir avec une infirmière, diplômée depuis 2011, qui après six mois de remplacement dans différents services, est en poste dans le service de chirurgie depuis six ans. En parallèle, elle réalise des consultations d'accompagnement depuis octobre 2020 et de la recherche clinique. Mon deuxième entretien a été réalisé auprès d'un infirmier âgé de 38 ans et diplômé depuis 2009. Après 2 ans de remplacements sur le pool avec un parcours varié allant de l'urologie, à la traumatologie ou encore à la médecine hépato-digestive, il est arrivé dans le service de chirurgie en 2012.

III.4 Thèmes et objectifs

Afin d'éclaircir mon cadre conceptuel et obtenir des données comparatives, j'ai élaboré mon guide d'entretien (Annexe III) autour de trois thèmes principaux, correspondant aux trois grandes parties de mon cadre conceptuel à savoir : la mammectomie, l'impact de la mammectomie sur l'image corporelle et enfin l'accompagnement infirmier auprès de ces patientes. Les questions étaient relatives à plusieurs objectifs que je détaillerai lors de l'analyse descriptive.

III.5 Bilan du dispositif : points faibles, limites des entretiens

La première limite concerne l'élaboration de mes questions. En effet, je me suis rendu compte que certaines étaient peut-être trop vastes pour les infirmiers. Par conséquent, les réponses apportées n'étaient pas toujours ciblées et plusieurs thématiques étaient parfois traitées au sein d'une même question. Et au contraire certaines réponses ne m'ont pas forcément permis d'obtenir les éléments attendus dans mes objectifs. De plus, je n'avais peut-être pas élaboré suffisamment de questions de relance dans mon guide d'entretien aboutissant à l'élaboration de questions parfois différentes au cours des deux entretiens. Ces différents points auraient peut-être pu être améliorés si mon guide d'entretien avait été testé préalablement ou si les deux entretiens avaient été réalisés de façon différée. Ensuite, lors de mon premier entretien, nous avons été interrompus à trois reprises par des professionnels. Ainsi, cela a créé une rupture dans certaines réponses et causé parfois la perte du fil

conducteur de mon côté ayant pour conséquence l'impression de certaines réponses incomplètes, moins approfondies. Enfin, l'infirmière qui devait répondre à mon deuxième entretien n'était finalement pas présente ce jour-là. Ainsi, une autre infirmière a dû la remplacer mais sur son temps de travail avec une journée chargée. Par conséquent, cette dernière n'avait pu prendre connaissance de mon sujet de recherche et m'a précisé qu'elle n'avait pas beaucoup de temps à m'accorder et qu'elle s'en excusait. J'ai alors le sentiment de m'être censurée dans mes relances, dans mes demandes d'approfondissement pour ne pas la mobiliser davantage.

IV ANALYSE DESCRIPTIVE ET INTERPRÉTATIVE DES ENTRETIENS

Je vais à présent réaliser l'analyse descriptive et l'analyse interprétative des entretiens. Pour ce faire, j'ai choisi de construire un tableau d'analyse (Annexe VI) reprenant les grandes idées exprimées par les infirmiers relatives à chaque objectif en distinguant leurs propos avec deux couleurs différentes. Afin de respecter l'anonymat des deux soignants interrogés, je les nommerai respectivement infirmier n°1 (IDE 1) et infirmière n°2 (IDE 2). Par la suite je croiserai les résultats issus de cette analyse avec les données du cadre conceptuel constituant l'analyse interprétative.

IV.1 Les répercussions de la mammectomie exprimées par les patientes

Tout d'abord, mon premier objectif était de connaître les ressentis et identifier les répercussions de la mammectomie pour les patientes. Ainsi lors de deux entretiens est ressortie l'idée que la chirurgie de mammectomie n'est pas systématiquement mal vécue par les patientes. En effet, pour l'IDE 1, les ressentis sont liés au parcours et surtout à l'intégration de ce parcours de soins par la patiente.

IV.1.1 La perturbation de l'image corporelle

Une des principales répercussions liées à la mammectomie est le changement corporel pouvant entraîner une perte d'identité. En effet, l'IDE 1 parle de "l'espèce de mutilation qui peut revenir dans la tête des gens, ce changement de corps avec vraiment l'impression d'être dans une phase où elles sont un peu dépersonnalisées, elles changent un peu d'enveloppe". Le changement dans cette image est aussi évoqué par l'IDE 2 "c'est toute cette image extérieure qui perturbe un peu".

Parmi les recherches constituant mon cadre conceptuel, nous pouvons retrouver cette notion de changement corporel, de mutilation et d'atteinte de l'image corporelle. En effet, l'auteur Dalila Benhaberou-Brun explique que la mammectomie altère l'image corporelle car elle touche à un organe lié à la représentation de la féminité dans l'imaginaire collectif. Aussi, Ginette Francequin explique que la mammectomie peut perturber la perception de l'image corporelle de par l'effraction corporelle

“certaines disent être mutilées” mais peut aussi altérer le sentiment de féminité “elles se sentent atteintes dans leur féminité” (p.153). Cela peut alors entraîner une perte d’identité. Ainsi, les propos de l’IDE 1 qui parle de dépersonnalisation rejoignent également les propos de l’auteure lorsqu’elle évoque “certaines disent ne plus se reconnaître” (p.153). André Lehmann aborde aussi cette notion en expliquant que la construction, la reconnaissance du soi repose principalement sur le corps. La mammectomie constituant une effraction corporelle entraîne alors une perturbation du soi “le corps devient un autre incontrôlable” (p.92) et le sentiment pour le sujet que ce dernier ne lui appartient plus et “ne s’y reconnaît plus” (p.92).

IV.1.2 L’appréhension du regard de l’autre et les répercussions sur la vie personnelle et professionnelle

En termes de répercussions, la notion de la peur du regard que l’autre peut porter sur soi est également un élément évoqué par les deux infirmiers. L’IDE 2 dit “avoir peur que ça se voit en fait en termes de volume, ça c’est quelque chose qui revient assez souvent”. Cette notion peut se retrouver dans toutes les sphères de la personne, que ce soit dans le domaine familial comme l’évoque l’IDE 1 avec le regard du conjoint “la perturbation dans le couple, avec le regard du conjoint qui est extrêmement important”, “la peur du regard du conjoint” et notion précisée par l’IDE 2 “il peut y avoir évidemment des problèmes liés à l’intimité en fin de compte et à la découverte de la perte du sein avec le conjoint” mais aussi avec le regard de l’entourage ou des enfants. Cette appréhension peut aussi être ressentie dans la sphère professionnelle selon l’IDE 1 “la peur du regard, peur de reprendre le travail avec ce regard-là, avec le corps qui a changé”. Cette peur du regard de l’autre est intimement liée à la notion de confiance en soi qui peut être altérée après la chirurgie comme l’explique l’IDE 1 “C’est quand même des choses qui demandent une confiance en soi assez importante que ce soit dans le couple ou au niveau professionnel, il faut avoir déjà bien accepté les choses.”

Cette notion de peur du regard de l’autre est une notion que l’on peut retrouver dans le cadre conceptuel. En effet, nous pouvons mettre en lien la notion de cette appréhension, avec la perte de confiance en soi entraînant donc des répercussions dans toutes les sphères de la personne. Ainsi, selon Dominique Gros “Le sein est un organe relationnel, avec l’enfant, le compagnon, alors tout d’un coup imaginez qu’il n’est plus là, certainement que ça touche à des choses, ça remue des choses profondes”.

Les répercussions citées par les professionnels concernent les relations avec le conjoint, l’intimité, la peur du regard des enfants et l’appréhension de la reprise du travail avec ce nouveau corps. En termes de comparaison, les écrits et les témoignages des infirmiers se rejoignent.

Les répercussions décrites et notamment la notion de dépersonnalisation ou de sentiment de perte de féminité sont aussi liées à la symbolique accordée au sein aujourd’hui dans notre société. En effet,

comme décrit dans mon cadre théorique à travers les propos d'Ann Tait, le sein est un attribut qui représente ce qu'est une femme pour la plupart des personnes à l'heure actuelle. De plus, comme le souligne Dominique Gros, chaque femme entretient un rapport singulier avec son corps, et l'attachement au sein chargé de tous ses symboles, de l'histoire de vie de la personne peut être différent et les répercussions physiques et psychologiques également.

IV.1.3 L'importance de l'entourage

Lors de l'échange avec les deux soignants j'ai pu percevoir l'importance du soutien de l'entourage de la patiente. En effet, les deux infirmiers s'accordent à dire que la mammectomie impacte tout l'entourage. Selon l'IDE 1 "ça impacte tout le monde dans la famille". Il souligne que la communication dans le couple est importante "s'il y a eu discussion de l'après chirurgie avec son mari, ça donne déjà un signe de communication et de bonne communication dans le couple qui est hyper important pour l'image corporelle justement".

Dans le cheminement vers l'acceptation de l'image corporelle, l'entourage a un rôle très important. L'IDE 1 explique "La famille se retrouve à être une ressource énorme", "pour reprendre confiance il y a une confiance à reprendre dans le cercle familial avant de pouvoir reprendre confiance au niveau de la société ou professionnel notamment". Sur la place et le rôle du conjoint, l'IDE 2 évoque que "dans la grande majorité des cas, de ce que m'ont rapporté les patientes les conjoints sont très présents". Ainsi, nous retrouvons l'importance de l'entourage à travers les propos de Walter Hesbeen expliquant qu'il faut aussi prendre en compte dans l'accompagnement le conjoint et plus généralement l'entourage du patient car eux aussi partagent et vivent la situation avec leurs propres sentiments, ressentis ou appréhensions.

IV.2 Mammectomie et altération de l'image corporelle

IV.2.1 L'image corporelle

Ensuite, je souhaitais identifier quelle est la représentation de l'image corporelle pour les soignants. Ainsi, pour l'IDE 1, l'image corporelle est "le regard qu'a la personne sur soi, ce que l'on renvoie aux autres, la société, toutes les petites choses liées à la féminité". L'IDE 2 définit cette notion comme "une représentation de son corps qu'on peut renvoyer à soi-même ou aux autres qui peut avoir des impacts sur plusieurs points que ce soit physique ou psychologique".

Dans la définition élaborée par Paul Schilder concernant l'image corporelle, il est principalement mentionné la représentation personnelle que peut avoir la personne à l'égard de son image. La notion d'image renvoyée aux autres ou à la société peut être perçue lorsque l'auteur mentionne dans sa définition "renvoyant également [...] à la signification sociale du corps."

Ainsi, nous pouvons faire le lien entre les notions abordées dans les définitions et l'analyse de la partie précédente. En effet, nous retrouvons dans les deux définitions des infirmiers la notion du regard porté sur soi et ce que l'on renvoie aux autres, le regard de l'autre. Cela rejoint le modèle développé par Bob Price cité dans mon cadre conceptuel. En effet, à travers les propos des soignants nous retrouvons la notion de corps réel à travers le regard que l'on porte sur soi et la notion de corps présenté relatif à l'apparence et donc l'image que l'on présente au monde extérieur.

Cela nous permet donc de mettre en évidence la relation entre les répercussions de la mammectomie et l'image corporelle. Cette notion peut aussi être reliée à la notion de confiance en soi. A travers les propos de l'IDE 1 "on a tous plus ou moins confiance en nous, c'est parfois lié à pleins de choses différentes". On peut alors comprendre que l'image corporelle est propre à chacun, dépendante de plusieurs éléments. Cette idée rejoint les paroles de Françoise Dolto qui explique que l'image corporelle résulte de l'histoire de vie de chacun, se construit de façon inconsciente, à travers les expériences relationnelles de chacun et est donc personnelle.

Enfin, l'IDE 1 précise que dans notre société aujourd'hui, l'image corporelle occupe une place de plus en plus importante "ça a forcément une grande part", "l'aspect physique a un impact d'autant plus aujourd'hui où l'image est un peu partout, beaucoup de photos".

IV.2.2 Le processus d'acceptation : un parcours singulier et fluctuant

Mon troisième objectif était d'identifier les étapes du processus d'acceptation et les critères, moyens d'évaluation pour les soignants.

Les deux infirmiers mentionnent qu'il y a des étapes, des phases d'acceptation. Ainsi l'IDE 1 parle d'"étapes importantes liées au choc de l'annonce" et l'IDE 2 évoque "il y a différentes phases en tout cas d'acceptation pour moi". Les différentes étapes décrites divergent entre les deux professionnels. Pour le premier infirmier les étapes sont "les étapes de déni, de colère, pour au final arriver à l'acceptation". L'IDE 2 évoque elle, qu'il y a "une première étape de cicatrisation à accepter avec les œdèmes, les hématomes, ensuite cela va s'effacer et la cicatrice va être un petit plus jolie, et après il y a les étapes qui vont être faites à la maison aussi apprendre à réappivoiser son corps, utiliser la prothèse". Cette étape de soins à la maison comprend le massage de la cicatrice qui entre en jeu dans le processus d'acceptation. En effet, elle précise "il y a une étape aussi après qui va être importante mais souvent c'est plutôt les kinés qui prennent ce relais là c'est le massage de la cicatrice parce qu'il y a le côté je me réapproprie mon corps en voyant la cicatrice mais il faut aussi pouvoir se toucher [...] c'est important pour l'acceptation aussi". La description réalisée par l'IDE 2 concernant les différentes phases d'acceptation rejoint les étapes du cheminement décrit par Costello en 1974 concernant le cheminement que doit traverser une personne ayant subi des altérations de l'image corporelle à la

suite d'une chirurgie. En effet, nous pouvons retrouver dans les propos de l'infirmière la première étape consistant à se familiariser et à accepter l'apparence de la plaie, puis le fait de pouvoir toucher la cicatrice et réapproprier son corps afin de mener vers une reconstruction d'une nouvelle image du corps.

L'IDE 2 précise néanmoins que ce cheminement est singulier selon chaque personne "cela dépend vraiment de chaque personne, je ne trouve pas que ça soit quelque chose de similaire pour chaque personne" et aussi selon le type d'intervention subie. En effet le vécu des événements est différent si la mammectomie est réalisée en prophylaxie ou si le diagnostic est posé ou s'il est réalisé une reconstruction immédiate ou différée.

De plus, l'IDE 1 souligne l'influence de la temporalité et de l'intégration du parcours sur le processus d'acceptation. En effet, si des temps d'expressions ont été permis pour la patiente ou si le parcours de soins est bien intégré alors cela peut conduire à une meilleure acceptation "Il y a vraiment eu des phases où elles ont eu la possibilité de s'exprimer et il y a une intégration du parcours où l'intervention vient comme une finalité, limite comme un soulagement en fait". Mais le contraire peut entraîner un traumatisme violent, " il y a des personnes où tout est ressenti comme violent parce que très rapide, parce que pas le temps d'intégrer, parce que les mécanismes d'intégration n'ont pas eu le temps de se mettre en place. Ça peut être extrêmement violent et là pour le coup être dans une colère au moment de l'intervention".

Enfin, le cheminement vers l'acceptation n'est pas linéaire, il est en constante évolution. L'IDE 2 précise "ça peut être très fluctuant en fait, ce n'est jamais linéaire, [...], ce n'est jamais complètement acquis".

Concernant l'évaluation des signes d'acceptation ou de non acceptation, l'IDE 2 précise qu'"elles ne vont pas forcément toujours exprimer des choses avec des mots. Ça peut être simplement plutôt leurs émotions" et " Parfois, c'est plutôt vis à vis de leur regard finalement qu'on voit les choses". Il est cependant parfois possible de constater les signes suivants évocateurs d'une relative acceptation précisée comme tels par l'IDE 1 " à travers le flux verbal quand elle arrive vraiment à parler de son opération, des perspectives", des personnes qui au retour de bloc "vont déjà être dans un côté paisible". L'IDE 2 ajoute que cela est visible lorsqu'à la vue de la cicatrice certaines personnes disent "oh je m'attendais à pire".

Au contraire, pour l'IDE 1, "des personnes qui vont être dans la fuite, qui vont tout le temps changer de sujet si on leur pose la question de comment elles se sentent", "des personnes avec des messages corporels exacerbés, où le simple fait de nettoyer crée un choc hyper violent", "il y a des sensations qui peuvent être désagréables voir douloureuses tout en étant hyper doux dans le geste mais parce que psychologiquement dur à intégrer", "le retour de bloc avec des personnes qui vont être mutiques" peuvent évoquer des difficultés d'acceptation. L'IDE 2 évoque les signes suivants concernant la vision

de la cicatrice, “il y a des dames qui ne souhaitent pas du tout regarder avant leur sortie”, avec “ce côté très fermé où la patiente ne veut vraiment pas regarder, ne veut pas échanger là-dessus, ne veut pas se voir”. Ou bien à la vue de la cicatrice “Il peut y avoir une réaction plutôt négative avec des pleurs et une grosse difficulté.”

Lors de l’analyse, il semble que le deuil et étapes du deuil sont une notion qui semble trop théorique pour être appliquée à la modification de l’image corporelle mais qu’il existe cependant des étapes d’acceptation. En effet, dans la littérature, l’auteure Dalila Benhaberou-Brun évoque que la mammectomie entraîne le deuil d’une partie du corps permettant de tendre vers l’acceptation et pouvant durer plusieurs années. Mais l’infirmier n°1, dans sa pratique précise “Personnellement dans ma façon de percevoir les gens je ne me focalise pas trop sur cette étape de deuil, moi je me focalise un petit plus sur les étapes d’acceptation”, “je pense que c’est plus pertinent de voir le processus que peuvent avoir les personnes entre l’annonce et la chirurgie et la façon de voir l’avenir que de cibler forcément sur ce deuil”. L’IDE 2, rejoint les propos de l’IDE 1 en distinguant le deuil lié à un décès et le deuil lié à la mammectomie “Après en tant que femme, si c’est quand même la perte d’un point de la féminité qui est très important. On pourrait parler de deuil pour dire qu’il y a quelque chose qui est parti mais ça ne va pas être le même deuil que quelqu’un face à un décès par exemple ou à la mort”. Les étapes d’acceptation sont nécessaires pour mener vers le rétablissement des patientes. En effet, Marie Claude Haumont évoque que la guérison passe par l’acceptation aussi bien dans la sphère physique que psychique ou spirituelle. Elle précise qu’“accepter c’est reconnaître ce que nous renvoie le miroir représenté par notre corps et par les autres, dans la totalité et dans les détails” (2015).

IV.2.3 Les moyens mobilisés pour aider les patientes à améliorer leur image corporelle

Ensuite, je voulais connaître les éléments mobilisés afin d’aider les patientes à améliorer leur image corporelle, dans le cheminement d’acceptation.

Afin d’aider les patientes à retrouver une image corporelle plus positive, il ressort tout d’abord dans les deux entretiens qu’il faut respecter le rythme et les souhaits des patientes, individualiser la prise en soins. L’IDE 1, évoque cette notion à travers les expressions suivantes “quand la personne se sent capable bien sûr”, ou encore “si la personne en a le désir et en fait la demande”. L’IDE 2 évoque “je vais surtout me baser sur ce qu’elles font en règle générale, qu’est-ce qu’elles aiment faire”.

La notion de singularité de l’accompagnement correspondant au mieux aux souhaits, aux envies, et à l’histoire de chacune est évoquée par les deux infirmiers et également par Walter Hesbeen. En effet, il explique que c’est la patiente qui conduit l’accompagnement, qui choisit la direction de ce dernier vers ce qui lui semble le meilleur pour elle et que le soignant ne doit en aucun cas décider à la place

de chacune. Patrick Verspieren partage cette notion en expliquant qu'accompagner quelqu'un ce n'est pas lui imposer les choses, connaître ce qui est bon ou non pour elle mais être à ses côtés en le laissant libre de ses choix et en allant à son rythme.

Concernant le positionnement infirmier, l'IDE 2 souligne le rôle de conseil dans l'accompagnement vers l'acceptation "j'ai un rôle de conseil", " j'essaye en tout cas de les accompagner en leur disant qu'il faut vraiment qu'elles voient au jour le jour et qu'elles acceptent les choses étapes par étapes". Est aussi évoqué le rôle d'aide à la projection vers l'avenir "pour les accompagner on va leur dire que les choses vont évoluer, que la cicatrice va s'estomper, je vais leur expliquer ces différentes étapes avec les prothèses qui font qu'elles vont pouvoir refaire des nouvelles choses, donc ça va leur permettre de se projeter".

Enfin des soins de support peuvent être proposés aux patientes. Tout d'abord les infirmiers évoquent la collaboration avec une prothésiste au sein du service permettant selon l'IDE 1 de "se rhabiller avec leurs sous-vêtements un peu plus standards et reprendre confiance comme ça". Pour l'IDE 2, cela permet de recréer le volume naturel que l'on peut mettre en lien avec le regard de l'autre pouvant créer une certaine appréhension comme nous l'avons précisé précédemment. En effet elle évoque " si elles ont la prothèse elles se rendent compte que finalement une fois qu'elles se voient dans le miroir si personne ne leur a dit, les gens ne le savent pas et ça elles s'en rendent compte." Ensuite, les deux soignants évoquent le travail possible avec le psychologue. L'IDE 1 rapporte "On leur propose tout de suite aussi s'ils préfèrent, s'ils ont envie ou le besoin de voir un psychologue, seule ou avec leur conjoint ou avec leur famille" et l'IDE 2 dit "Sinon pour vraiment l'image corporelle, la problématique liée à l'intervention ça va être surtout avec le psychologue qu'on va pouvoir travailler."

Enfin, ils citent également l'existence d'associations pouvant aider les femmes. L'IDE 1 dit " il y a des associations qui sont montées avec des personnes qui sont passées par le même parcours et pour le coup ça peut être très aidant parce que tout de suite mieux comprises, parce que des personnes qui sont passées par là vont avoir les mots encore plus justes bien sûr". L'IDE 2 parle d'" associations sportives dédiées aux patientes qui ont un cancer du sein ça peut être des outils qui peuvent vraiment être bénéfiques".

Peu d'informations ressortent de mon cadre théorique concernant les soins de support pouvant être proposés afin d'aider à l'acceptation de l'image corporelle. Cependant il est intéressant de l'évoquer dans l'analyse car selon l'Institut National du Cancer la qualité et l'accessibilité aux soins de supports font partie de la stratégie décennale de lutte contre les cancers entre 2021 et 2030. En effet, les soins de support font partie intégrante du traitement oncologique afin de lutter contre les conséquences de la maladie ou des traitements afin d'améliorer la qualité de vie des patients. Ainsi, les soins de supports

permettent d'optimiser l'accompagnement pluridisciplinaire des personnes et leur entourage afin d'aider à supporter cette période, réduire les séquelles et favoriser le retour à une vie la plus proche possible des souhaits de la patiente.

IV.3 L'accompagnement infirmier vers l'acceptation de l'image corporelle

IV.3.1 La période préopératoire et le premier pansement : des instants importants

Mon objectif suivant était d'identifier les étapes, moments importants de l'accompagnement dans le parcours de la patiente, et comprendre quel sont leurs impacts dans la prise en soins, le cheminement de la patiente.

IV.3.1.1 La période pré-opératoire

Les infirmiers interrogés évoquent tous les deux l'importance de l'avant chirurgie. Que ce soit à l'accueil du patient pour l'IDE 1 qui dit "quand on accueille la personne c'est un temps qui est important", "c'est important qu'il y ait cette visibilité là sur le déroulé de l'hospitalisation, pour que les personnes aient un peu de perspective sur ce qui va leur arriver." En parlant de la période pré-opératoire, l'IDE 2 évoque "l'avant pour moi est extrêmement important pour pouvoir préparer au mieux les patientes".

En effet, pour l'IDE 1 le temps d'accueil permet de "cibler un petit peu ses peurs", "on évalue un petit peu à l'accueil où elle en est dans l'intégration du geste et comment elle se sent psychologiquement : les signes qui nous sont transmis par la patiente en termes de communication, si elle verbalise bien tout ce qui est en train de se passer, si elle arrive à définir son état d'anxiété", "l'intérêt à l'accueil est de cibler ce qui a été fait en amont et là où se situe la personne surtout". Enfin, pour lui cela permet "de connaître un peu mieux la personne, ses ressources personnelles, son entourage, l'environnement, les enfants, le mari" et l'entrée en relation "on cible tout de suite aussi les personnes qui arrivent à échanger, à établir une relation un peu de confiance et à se livrer ou les personnes qui sont renfermées sur elles-mêmes, qui ne vont pas être dans un bon temps pour se livrer justement".

L'IDE 2, elle, évoque le fait que ce moment peut permettre d'aborder la perte du sein avec la patiente "avec nos consultations d'accompagnement, on essaye d'anticiper par contre, ce moment-là, je propose, enfin j'explique à la patiente, je peux montrer des photos, je leur montre parfois aussi les prothèses qu'on va leur proposer durant le séjour".

Pour les patientes cela permet d'être informées sur les suites et le déroulé opératoire. Pour l'IDE 1, cela est un " temps où la personne peut exprimer ses appréhensions et avoir pas mal de réponses" et cela leur permet de "se projeter, et ça rassure sur ce qu'elles ressentent". On retrouve cette notion de

réassurance dans les propos de l'IDE 2 "pour que justement le stress et l'angoisse soient moins présents le jour J de l'intervention". Elle ajoute " j'estime que plus les gens sont informés et plus les choses peuvent être acceptées de manière plus facile, enfin ce n'est pas plus facile c'est mieux accepté", " plus les gens sont préparés en amont plus ça va leur permettre d'accepter les choses de manière plus...peut être pas plus rapide mais dans de meilleures conditions en tout cas". Ainsi, on remarque que les temps d'accompagnement en préopératoire ont une influence dans le processus d'acceptation.

Comme précisé dans le référentiel d'activités relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (2009), l'accompagnement infirmier comprend "l'accompagnement de la personne dans une information progressive". De plus, cette notion d'information, d'accompagnement pré-opératoire développée par les deux infirmiers est également évoquée par Wilson Barnett qui souligne qu'informer les patientes en amont de l'intervention permet de diminuer l'anxiété. Il précise comme l'IDE 2 que cela a une influence ensuite sur le processus d'acceptation car cela permet de se préparer aux événements avant qu'ils n'arrivent, dans une phase où les patients sont susceptibles de trouver une adaptation plus rapide à ces événements que lorsqu'ils sont affectés par la chirurgie en post-opératoire.

IV.3.1.2Le pansement et la découverte de la cicatrice

Tout d'abord les deux infirmiers s'accordent à dire que l'accompagnement infirmier lors de la première réfection du pansement et lors de la vision de la cicatrice est primordial. En effet, l'IDE 1 souligne "ça fait partie des étapes, sans être trop pressants, si elles le désirent c'est quelque chose qu'on peut faire avec elles, justement pour les rassurer d'un point de vue cicatriciel". Lorsqu'ils évoquent la découverte de la cicatrice, les deux professionnels mettent l'accent sur l'importance de la présence infirmière. L'IDE 2 dit "je leur dis vraiment vous m'appelez vraiment dès que vous avez fini la douche pour éviter que le pansement se décolle tout seul et que je ne sois pas présente à ce moment-là [...] je trouve ça très important".

Dans le cas où les patientes ne souhaitent pas regarder leur cicatrice durant le séjour, elle précise "je les informe que si elles n'ont pas vu la cicatrice pendant le séjour d'hospitalisation que c'est important qu'elles soient accompagnées pour pouvoir regarder elle-même la cicatrice [...]ça nous permet à nous de les accompagner au mieux, de les rassurer sur l'état de l'évolution finalement de la plaie post opératoire", " j'essaye au mieux de préparer en expliquant qu'il faut être accompagnée pour pouvoir découvrir son corps et non pas se voir seule parce qu'on a plein de questions qui vont perturber les choses", "il y a des dames qui ne souhaitent pas du tout regarder avant leur sortie, dans ces cas-là si vraiment elles ne souhaitent pas je vais même leur demander à ce qu'elles soient plutôt avec leur infirmière libérale pour pouvoir être accompagnées et qu'il y ait un relais".

Ces différents propos démontrent également que lors de la réfection du pansement, là encore, il est primordial de s'adapter au rythme du cheminement de la patiente et à ses souhaits. Ainsi l'IDE 2 répète à plusieurs reprises l'expression "si elles sont prêtes", "c'est vraiment en fonction de la personne", "ça va dépendre du stade où en est la patiente en elle-même" ou encore "vraiment c'est en fonction de ce qu'elles souhaitent et surtout de ce qu'elles sont prêtes à faire". Il est nécessaire de respecter les souhaits de la patiente, elle note "je demande à la patiente si elle souhaite regarder ou pas son pansement pour pouvoir faire les choses par étapes. savoir si oui ou non elle est en accord pour regarder ou s'il faut qu'on diffère" et si la personne refuse "dans ces cas-là on va faire le soin en faisant en sorte qu'elles ne voient effectivement pas la cicatrice et attendre le lendemain".

Enfin, l'accompagnement infirmier est important concernant les émotions pouvant être générées lors de la réfection du pansement. En effet, l'IDE 1 évoque le fait que "c'est souvent à ce moment-là où la confiance doit un peu se créer, les personnes craquent souvent à ce moment là parce que c'est les premières confrontations qui sont violentes et c'est pour ça qu'on est là sur le moment et après pour les accompagner".

L'IDE 2 explique "je vois avant de faire le pansement si le chirurgien lui a un peu expliqué comment allait être la cicatrice". Elle explique ensuite qu'il peut y avoir diverses réactions à la vue de la cicatrice "il peut y avoir des tas de réactions positives avec une sorte de soulagement, ou négatives avec des pleurs" et c'est alors important de rassurer la patiente pendant le soin "pendant c'est important aussi de rassurer la patiente en expliquant ce qui a été fait, qu'il y a des œdèmes, que ça va évoluer". Elle ajoute que l'accompagnement concernant la vue de la cicatrice ne se limite pas qu'au moment du pansement mais se poursuit sur les jours suivants où "il peut y avoir un peu plus de recul".

Ainsi, la première réfection du pansement constitue pour la patiente le premier regard sur soi. Selon André Lehmann, ce soin et la vue de la cicatrice sont toujours un moment signifiant qui est à la fois attendu mais aussi souvent redouté. En effet, selon lui ce moment "marque un autre temps dans la prise de conscience de la maladie" (2009) et la découverte de la cicatrice peut apparaître comme une révélation et changer la façon dont la personne se perçoit, se sent. Comme évoqué dans les réponses des deux soignants interrogés et aussi dans la littérature, l'infirmier devra alors aider la patiente à se familiariser avec ce nouveau corps. De plus, à travers les recherches et les propos des soignants apparaît l'importance de la présence infirmière lors de ce moment. En effet, selon Ann Tait, la découverte et l'exposition de la cicatrice et donc de la réalité de la perte du sein peut créer une rupture dans le processus d'acceptation, un traumatisme dans lequel l'infirmier, à travers ses qualités soignantes et son rapport à la patiente aura un rôle primordial.

IV.3.2 Les compétences et qualités soignantes dans l'accompagnement

Afin d'étayer mon analyse je voulais par la suite identifier les compétences et qualités soignantes nécessaires pour prendre en soins au mieux les patientes

Plusieurs qualités sont relevées afin d'accompagner au mieux les patientes. Tout d'abord, l'IDE 1 souligne l'importance du lien de confiance avec la patiente, il faut "instaurer un bon lien de confiance", "il faut réussir à gagner la confiance... par sa posture, par l'écoute qu'on amène, par ce qu'on peut leur amener comme aide". Il mentionne de plus, " D'autant plus en étant un homme parce qu'il y a tout de suite cette confrontation avec le regard du sexe opposé qui peut être un peu plus difficile d'emblée avec une femme qui vient juste de se faire opérer".

Il souligne ensuite le rôle de soutien, réassurance "les rassurer sur le fait qu'elles ne sont pas seules dans cette situation", "elles ont besoin d'être rassurées". Pour cela il est important pour l'IDE 1 d'avoir la connaissance du parcours de la patiente "la connaissance du parcours, c'est hyper important pour savoir où elles en sont", "ça leur permet d'avoir confiance en la personne qui les prend en charge parce qu'elles ont besoin de ces informations-là". Pour cela, il insiste sur l'importance de l'échange et du travail en équipe.

Ensuite, la notion d'écoute revient à plusieurs reprises dans les deux entretiens. L'IDE 1 mentionne la "position d'écoute" et l'IDE 2 répète à plusieurs fois "être à l'écoute" ou encore "il faut être extrêmement à l'écoute de la patiente".

L'IDE 1 précise ensuite l'importance de l'authenticité dans la relation "être assez nature, si la patiente nous voit nature et nous livrer simplement elle va en faire de même naturellement" et de faire preuve d'empathie "et puis bien sur l'empathie au plus haut point, c'est indispensable".

De plus, pour accompagner au mieux les patientes, les deux infirmiers mentionnent la notion de temporalité, il faut se montrer disponible. Pour l'IDE 1, il faut "bannir l'urgence dans la prise en charge, si on le fait on perd la confiance de la personne", "il faut prendre le temps", "il faut prendre les étapes étape par étape". Pour la seconde infirmière, "avoir le temps, de prendre le temps avec les gens pour pouvoir faire le soin est très très important", il faut "être disponible au moment du soin", "si les gens sentent qu'on est pressé et que du coup on n'est pas là pour écouter leurs difficultés elles ne vont pas se livrer à nous donc ça c'est quelque chose de très important".

La notion de capacité soignante d'adaptabilité et d'individualisation de la prise en soins est également évoquée par les deux soignants. L'IDE 1 souligne "en termes de posture, si on se met en phase avec la personne qui est en face ça coule de source". L'IDE 2 décrit "s'adapter à la personne qu'on a en face de soi parce que ce n'est pas un soin c'est une personne qu'on a en face de nous", " le fait de s'adapter

parce que si on se dit moi j'ai un pansement à faire je dois mettre tel type de pansement ça ne va peut-être pas pouvoir se faire si la patiente n'est pas prête à accepter ce soin là".

La personnalisation du soin et de l'accompagnement est une notion centrale que l'on retrouve à la fois dans les propos des soignants et dans le cadre conceptuel à plusieurs reprises. Ainsi, l'infirmier doit s'adapter aux besoins de chaque patiente dans leur singularité. Smith insiste sur le fait qu'effectivement chaque patient a ses préoccupations et ses besoins particuliers, de par son histoire, sa famille et que l'infirmier doit être capable de les identifier pour s'y adapter.

Cette notion rejoint celle d'être dans la bienveillance, la bientraitance évoquée par l'IDE 2 "être dans la bientraitance". Elle ajoute l'importance du respect de l'intimité "l'importance de l'intimité", "j'essaye au maximum de respecter cette intimité-là".

A travers les propos des infirmiers, on comprend que l'infirmier a un rôle de soutien psychologique, d'aide et de réassurance auprès des patientes mastectomisées. Nous pouvons retrouver ces notions dans le cadre conceptuel à travers le référentiel d'activités relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (2009), précisant que l'accompagnement infirmier comprend "l'écoute de la personne et de son entourage : entretien d'accompagnement et de soutien [...] relation d'aide et soutien psychologique".

Il est alors possible de compléter cette idée avec la notion de relation d'aide également développée dans le cadre conceptuel. Afin d'instaurer cette relation, l'infirmier doit se montrer empathique, disponible et à l'écoute, qualités énumérées à la fois dans les entretiens et dans le cadre conceptuel, afin de créer une relation de confiance et permettre d'aider les patientes accompagnées à traverser cette épreuve, les aider à leur redonner confiance en elles et par conséquent leur montrer la voie vers le cheminement vers l'acceptation.

IV.3.3 L'influence de l'accompagnement infirmier sur le cheminement vers l'acceptation

Enfin, pour terminer, je souhaitais comprendre l'influence que peut avoir l'accompagnement infirmier sur le cheminement vers l'acceptation de l'image corporelle.

Les réponses des soignants concernant l'influence de l'accompagnement infirmier sur le cheminement vers l'acceptation de l'image corporelle sont unanimes : les infirmiers ont un rôle très important. Ainsi, l'IDE 1 explique que l'accompagnement infirmier "influence à 200%" ce processus, "On a un rôle hyper important [...] une façon de leur faire passer ce cap-là d'acceptation et les aider". En résumé il évoque "un rôle central". L'IDE 2 rejoint ces propos en disant "pour moi c'est indispensable d'accompagner les gens sur cette étape, sur les différentes étapes de l'intervention". Il est aussi important, pour elle, que l'accompagnement infirmier s'effectue en collaboration. Elle résume ensuite "je pense que c'est primordial et qu'on ne peut pas laisser les gens seuls avec cette problématique".

Ce qui ressort de mon cadre conceptuel est aussi que l'accompagnement infirmier est central dans la prise en soins d'une patiente ayant subi une mammectomie, particulièrement sur le cheminement vers l'acceptation. La posture du soignant aura une influence sur celle de la patiente. Ainsi, Smith évoque que l'attitude, les réactions d'acceptation de ce corps par le soignant influencent l'attitude et la perception que le malade peut avoir envers lui-même également. Mave Salter rejoint ce point de vue en précisant que "si le visage du soignant exprime l'acceptation, alors la malade apprend à s'accepter" (1992)

V DISCUSSION

Tout d'abord, il me paraît important avant de commencer la dernière partie de ce travail de repréciser la question de recherche à l'origine de ce travail s'intitulant "En quoi l'accompagnement infirmier, concernant les répercussions physiques et psychologiques, d'une patiente ayant subi une mammectomie influence-t-il l'acceptation de sa nouvelle image corporelle ?". Je vais à présent présenter le fruit de ma réflexion et de mes recherches permettant de répondre à ma problématique initiale et menant vers une autre perspective de recherche possible.

v.1 Mon point de vue et les apports pour ma pratique professionnelle

Les deux infirmiers, m'ont beaucoup apporté par leurs expériences et leurs exemples ont permis d'éclairer, d'analyser et comprendre l'influence de l'accompagnement infirmier dans le processus d'acceptation d'une nouvelle image corporelle après une mammectomie.

Ainsi, j'ai pu comprendre l'importance de s'adapter à chacune. Chaque individu va vivre sa chirurgie et l'atteinte sur son corps différemment, à sa manière. Ainsi, selon moi cela est en partie lié à la représentation du sein pour chacune. Il me paraît alors important d'identifier leur degré d'attachement, les significations qu'elles accordent à cet organe, pour les accompagner au mieux, en accord avec leurs valeurs et leurs personnalités. Lors des entretiens, j'ai proposé de résumer les propos de l'infirmier n°1 à travers cette phrase qu'il a acquiescé "En fin de compte c'est proposer et s'adapter après". Ainsi pour ma projection professionnelle cela m'enseigne la nécessité d'analyser et réévaluer notre pratique, c'est être capable de se remettre en question afin de pouvoir apporter des réponses et actions adaptées à chaque personne accompagnée. Pour moi cela est un aspect essentiel et majeur des soins relationnels et de l'accompagnement infirmier pour une prise en soins adaptée et personnalisée à chaque patiente et assurer la qualité des soins.

De plus, au cours de mon cheminement dans ce travail et notamment lors de l'analyse des entretiens, j'ai pu mesurer l'importance de l'information tout au long de la prise en soins des patientes. Premièrement, l'information donnée en amont de l'intervention permet d'atténuer les appréhensions,

d'appréhender davantage le changement corporel et peut alors permettre de se préparer plus facilement aux étapes d'acceptation et influencer l'acceptation de l'image corporelle. De plus, tenir la patiente informée tout au long de son séjour permettra l'entrée en relation et l'établissement d'une relation de confiance favorisant ensuite la relation d'aide.

Enfin, selon moi, la sortie de l'hôpital peut représenter pour la patiente la sortie dans "le monde réel" car elle quitte ce milieu protecteur, isolé, rassurant que pouvait constituer sa chambre et le regard des soignants. Cette dernière peut donc éprouver l'appréhension du regard de l'autre, le retour à la vie quotidienne. Alors pour minimiser ces craintes, pour moi, l'infirmier a là encore un rôle important en préparant au mieux cette sortie à travers les différents éléments évoqués par les infirmiers. En effet, d'après mes recherches et les témoignages des infirmiers l'idéal est d'avoir échangé avec la femme sur ses souhaits concernant l'acquisition de prothèses amovibles et de soutiens gorges adaptés afin de possiblement atténuer l'impact du regard des autres. L'infirmier doit également être en mesure de travailler en collaboration avec les professionnels de ville pour assurer la continuité des soins à domicile si besoin, et pouvoir orienter la patiente vers différents professionnels ou associations, si elle souhaite bénéficier de soins de support. Autant d'outils qui peuvent être proposés à la patiente ainsi qu'à son conjoint, après le retour dans la vie quotidienne et ses contraintes potentielles, afin d'aider les patientes à améliorer et accepter leur nouvelle image corporelle.

Pour conclure avec mon avis personnel et ma future professionnalisation, selon moi, l'information et l'accompagnement décrit précédemment ne se limitent pas à la patiente uniquement. Ainsi, pour ma part, inclure le conjoint dans la prise en soins de sa femme venant de subir une mammectomie me paraît important car il s'agit d'une chirurgie ayant des répercussions sur le corps de la femme mais de façon plus générale dans sa relation à l'autre et dans l'estime, la confiance qu'elle peut se porter. Alors un couple bien accompagné et un conjoint écouté et conseillé permettra, selon moi, un meilleur partage et donc une meilleure compréhension de ce que chacun peut ressentir pouvant aider la patiente au cheminement d'acceptation de façon plus sereine et dans de meilleures conditions.

V.2 La réponse à la problématique

L'étude des concepts théoriques à travers les écrits des auteurs croisés avec les apports des professionnels interrogés permettent d'apporter une vision plus complète et de nouvelles idées à ce travail. Je vais ici essayer de répondre à la problématique de recherche en confrontant mes recherches, les apports expérientiels des infirmiers et mon point de vue émanant de cette question.

Tout d'abord la notion essentielle à mettre en évidence dans cette problématisation est que l'accompagnement infirmier dans le cadre d'une chirurgie de mammectomie est primordial et

influence au plus haut point le cheminement vers l'acceptation de l'image corporelle. Comment et en quoi consiste cette incidence ? Quel est le rôle infirmier auprès de ces patientes ?

En effet, l'accompagnement infirmier est indispensable mais il me paraît nécessaire de préciser son rôle. Ainsi, il est important de comprendre que le cheminement vers l'acceptation de l'image corporelle est, avant tout, un travail personnel réalisé par la patiente, à son rythme. Cette dernière est actrice de ce processus et le rôle infirmier n'est donc pas de se substituer mais il s'agit bien de guider chacune dans ce travail sur soi. Pour cela, il est nécessaire d'établir une relation d'aide, faite d'écoute, d'empathie, de relationnel et de soutien permettant de repérer les besoins, l'évolution, la perception de l'image que la patiente a de son corps. En effet, chacune réagira différemment face à la découverte de la chirurgie, notamment en fonction du travail préalablement effectué sur soi. Alors, le rôle infirmier sera d'apporter une prise en soin personnalisée et individualisée centrée sur les soins relationnels permettant la progression de la patiente vers l'appropriation et l'acceptation de cette nouvelle image corporelle.

Enfin, cet accompagnement s'adresse aussi à l'entourage et ne se limite pas au moment de la chirurgie, il s'étend, fait partie d'un parcours. Ainsi, réaliser un travail en amont de la chirurgie et tout au long de l'hospitalisation par les infirmiers en collaboration avec les différents professionnels permettrait de mieux appréhender le changement corporel et donc le cheminement vers l'acceptation par la suite.

V.3 Question de recherche

Lors de mes recherches et des entretiens réalisés, la notion évoquée et étudiée est l'acceptation de cette nouvelle image corporelle. Ainsi, mes valeurs soignantes et personnelles, d'autant plus affirmées par ce travail de recherche, renforcent mon envie d'accompagner les futurs patients que je serai amenée à rencontrer dans ce cheminement. Cela affirme mon souhait de les aider à retrouver confiance en eux, en la vie, à travers les notions vues précédemment comme la relation d'aide, la bienveillance ou encore l'empathie. Cependant cela a aussi conduit à une interrogation ayant émergé chez moi suite au questionnement concernant ma deuxième situation d'appel. En effet, selon moi malgré nos valeurs, les moyens ou l'accompagnement mis en place certaines personnes n'accepteront peut-être jamais cette nouvelle image. Je me suis alors demandée : Existe-t-il une influence de la personnalité ou des caractéristiques, motivations inhérentes au patient sur le cheminement d'acceptation ? Quel est l'impact de la relation d'aide établie sur l'acceptation de l'image corporelle ? En tant que soignant comment accepter de ne pas toujours pouvoir aider ?

Toutes ces réflexions m'ont alors permis de formuler une nouvelle question de recherche :

En quoi l'accompagnement infirmier et la relation d'aide ont-ils leurs limites chez une personne dans le refus d'accepter sa nouvelle image corporelle ?

CONCLUSION

Nous sommes à présent à la fin de ce mémoire. La rédaction fut un travail prenant et parfois compliqué mais à la fois très enrichissant professionnellement et personnellement parlant. En effet, cela m'a permis d'étudier et d'approfondir des notions telles que l'acceptation de l'image corporelle, la relation d'aide et les soins relationnels dans l'accompagnement infirmier qui me tiennent à cœur et que je souhaite véritablement véhiculer dans ma future pratique professionnelle.

Ainsi, tout au long de la rédaction de ce mémoire et au cours de mes différentes expériences professionnelles lors de ma formation j'ai pu me rendre compte que les soins relationnels sont pratiqués au quotidien, dans l'ensemble des services et qu'ils sont primordiaux dans le processus d'acceptation ou de guérison de chaque personne accompagnée. Il peut parfois paraître compliqué en tant que jeune professionnel de maîtriser ces soins mais ce mémoire m'a permis de renforcer et améliorer mes connaissances des outils relationnels afin d'être en mesure de faire face à diverses situations professionnelles. Ces différents outils, en compléments de mes valeurs personnelles, je souhaite les valoriser et les témoigner tout au long de mon exercice, auprès des patients bien sûr mais aussi des futurs étudiants que je serai amenée à encadrer.

Enfin, ce travail réalisé sur plusieurs mois a favorisé chez moi un cheminement personnel fait de doutes, de remises en question mais avant tout d'apprentissages contribuant ainsi à l'avancée de la construction de mon identité professionnelle et à l'émergence d'un éventuel prolongement à ce travail de recherche concernant le rôle infirmier lors d'une reconstruction mammaire. En effet, il pourrait être enrichissant d'étudier les similitudes ou différences concernant l'accompagnement infirmier après cette chirurgie de reconstruction ainsi que le processus d'acceptation du nouveau sein qui en découle également. Cela permettrait d'avoir une vision élargie et complète concernant l'accompagnement infirmier auprès de patients ayant subi une modification de leur image corporelle jusqu'au processus de reconstruction mentale et parfois physique. Ce thème pourrait également questionner la non acceptation de l'image corporelle et donc aborder la nouvelle problématique de recherche formulée précédemment.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- Carpenito L (2016). Manuel de diagnostics infirmiers (traduction de la 14^{ème} édition). Elsevier Masson
- Dolto, F (1984). L'image inconsciente du corps. Editions du Seuil
- Francequin, G (2012). Cancer du sein : une féminité à reconstruire. Editions Erès
- Hesbeen, W (2017). Humanisme soignant et soins infirmiers. Elsevier Masson
- Salter, M (1992). Altération de l'image corporelle. Inter Editions
- Schilder, P (1968). L'image du corps. Gallimard
- Verspieren, P (1984). Face à celui qui meurt. Desclée de Brouwer

Article de périodique papier:

- Dufour. O, Hof. F et Jonniaux S, (2013, mai). L'image corporelle perturbée, pour la clinique centrée sur la personne soignée. Soins, n°775, pages 27 à 30.

Articles de périodique en ligne :

- Benhaberou-Brun, D (2018 Mai Juin). Cancer du sein et reconstruction mammaire. Perspective Infirmière, pages 22-27.
<https://www.oiiq.org/documents/20147/271608/reconstruction-mammaire-pi-mai-juin2018.pdf/b6a74e2a-23c4-6d43-8fd6-fc966d2f27ea>
- Brullman, F. (2007). Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice. Le Carnet PSY. Volume 6. N°119. Pages 46-51. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2007-6-page-46.htm>
- Christensen, S. (2009, janvier) Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18278553/>
- Haumont, M (2015). L'acceptation. <https://www.psychoresources.com/bibli/acceptation.html>
- Lehmann. A (2009) L'entame sur le corps. Figures de la psychanalyse. Volume 2. N°18. Pages 85-98. <https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2009-2-page-85.htm>

- Reich, M (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation symbolique. L'information Psychiatrique. Volume 85 Pages 247 à 254. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-247.html>

Textes législatifs

- Légifrance, Code de la santé publique (2004). Articles R.4311-2 et 4311-5. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/>
- Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, ministère de la santé et des sports. (31 juillet 2009). Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf

Webographie :

- Cancer du sein (2020, 28 septembre) https://www.liguecancer.net/article/26094_cancer-du-sein#7
- Cancer du sein (2021, 21 janvier) www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein
- Le cancer du sein (2021, 23 mars) <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
- Les traitements des cancers du sein, collection Guides patients Cancer info, INCa, octobre 2013. <https://www.clinique-pasteur.com/sites/default/files/les-traitements-des-cancers-du-sein-v3-2016.pdf>
- Swysen.C . (2014). Guérir le regard : se reconstruire après une mastectomie. <https://www.youtube.com/watch?v=uev1ARP9cml>

Cours magistraux :

Estrade, F. (12 novembre 2020). Cancérologie générale [Présentation Powerpoint]

Le Bihan, C (3 septembre 2019). La relation d'aide. [Présentation Powerpoint]

Parwana, Z. (27 novembre 2020) Le cancer du sein. [Présentation Powerpoint]

Image de couverture

Repérée à : <https://desenio.fr/fr/one-line-female-affiche>

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE I Situation d'appel n°1

- ANNEXE II Situation d'appel n°2

- ANNEXE III Guide d'entretien

- ANNEXE IV Retranscription entretien infirmier n°1

- ANNEXE V Retranscription entretien infirmier n°2

- ANNEXE VI Analyse des entretiens

ANNEXE I

Situation d'appel n°1

La première situation d'appel que j'ai souhaité analyser s'est déroulée dans un service de gynéco-plastie lors de mon stage de semestre 4.

J'accompagnais l'infirmière du service dans la chambre de Madame D, 47 ans, ayant subi en 2017 une mammectomie unilatérale côté gauche suite à un cancer du sein. Suite à cette intervention, la patiente avait bénéficié d'une pose de prothèse mammaire à gauche le 19 février. Nous étions 48H après la chirurgie, et l'infirmière devait effectuer la réfection du pansement chirurgical. Il s'agissait d'enlever le pansement compressif, de nettoyer les plaies chirurgicales au sérum physiologique, de sécher et de mettre en place des stéristrips sur chaque cicatrice ainsi qu'un pansement sec. Puis mettre en place une brassière de type Z-BRA que la patiente devra garder 24h/24H pendant au moins 4 semaines, pour éviter de déloger la prothèse.

Madame D nous demandait chaque jour depuis son retour de bloc, quand est-ce qu'elle allait pouvoir retirer ce pansement et « enfin voir le résultat final ». En effet, dès son retour du bloc opératoire en fin d'après-midi, elle nous avait fait part de l'attente quant à cette reconstruction mammaire, de l'impatience qu'elle avait « d'enfin retrouver un minimum de féminité après toutes ces épreuves ».

Au moment d'effectuer la réfection du pansement, après avoir préparé le matériel avec l'infirmière, j'ai tout de suite ressenti dans les propos de la patiente l'importance accordée à cette découverte du résultat de la reconstruction mammaire, à la fois pour la patiente elle-même mais aussi pour sa famille dont elle nous parlait tant.

J'ai trouvé que le soin s'est déroulé dans une atmosphère à la fois calme et protectrice, l'infirmière expliquait tout ce qu'elle faisait à la patiente tout en discutant à la fois de sa vie quotidienne hors de la maladie et de l'hôpital.

Ainsi, face à cette situation de soin, j'ai ressenti une véritable délivrance de la part de la patiente après plusieurs années de traitement et d'attente. Cette intervention chirurgicale semblait marquer une nouvelle page pour elle. En effet, elle nous disait que « cela marque avec un point final ma guérison du cancer », « je retrouve petit à petit mon corps d'avant, ma féminité ».

Il s'agit de la première situation d'accompagnement dans le changement, la reconstruction de l'image corporelle que j'ai vécue et elle m'a marqué du fait du bien-être, du soulagement, du bonheur que cette femme a pu éprouver à la suite de cette plastie mammaire.

ANNEXE II

Situation d'appel n°2

La seconde situation professionnelle à laquelle j'ai été confrontée et que je souhaitais analyser s'est également déroulée lors de mon stage S4 dans le service de chirurgie gynécologique.

J'étais dans la chambre de Madame S, 74 ans, une des patientes que je prenais en soins, afin de réaliser les surveillances de l'après-midi (aspect de la cicatrice, surveillance de la voie veineuse, des saignements voie basse, iléostomie, douleur) et poser une poche de perfusion de phosphore ainsi que du paracétamol IV.

Madame S était à J4 de son intervention chirurgicale dans le cadre d'un carcinome séreux ovarien après six cures de chimiothérapie. La chirurgie a consisté en une laparotomie pour pelvectomie postérieure avec anastomose colorectale latéro terminale et iléostomie de protection, curages pelviens et lombo aortiques, annexectomie bilatérale (ablation des trompes et ovaires), omentectomie infragastrique et déperitonisation de la coupole diaphragmatique droite.

Depuis deux jours Madame S était très algique et pleurait souvent. A chaque fois que je passais dans sa chambre je me sentais démunie car je n'avais pas l'impression que mes soins la soulageaient (pose d'antidouleur IV, proposition de hot pack, de position antalgique). Je sentais que le mal être était plus profond que seulement lié à la douleur, j'avais observé depuis quelques jours qu'elle se mettait souvent à pleurer et qu'elle détournait le regard au moment des soins reliés à l'iléostomie. De plus, elle me questionnait souvent afin de savoir si cette iléostomie était définitive ou non, ce qui m'embarrassait car le chirurgien ne savait pas encore donc je ne voulais pas à la fois lui faire de faux espoirs mais en même temps je souhaitais la rassurer.

Il était 15H, je commençais mon tour par Madame S car l'infirmière nous avait signalé lors des transmissions que la patiente était très algique et que son moral était en baisse. Une fois rentrée dans la chambre, je commençais à effectuer les surveillances et poser les thérapeutiques IV. D'habitude, le contact était facile avec Madame S, nous discutions de ses petits enfants qui habitaient à la Réunion, de ses loisirs, de son enfance mais ce jour je sentais qu'elle ne prenait pas autant de plaisir à discuter, elle avait un faciès très douloureux et fermé. J'ai alors essayé de lui demander si elle était douloureuse, si quelque chose n'allait pas. Après un moment de silence, elle me répondait, les larmes aux yeux, "j'en ai ras le bol de tout ça j'ai déjà trop subi je ne pourrais subir encore autant de souffrance", "si cela continue je ne vais pas tenir".

J'ai alors décidé de m'installer à côté d'elle avant de poursuivre les soins, et notamment ceux reliés à l'iléostomie qui semblaient la déranger les jours précédents. J'ai posé ma main sur la sienne et je ressentais que Madame S se retenait de pleurer. J'ai alors essayé de créer un climat de confiance en la rassurant, en lui expliquant, en l'encourageant à laisser exprimer ses émotions pour lâcher prise.

Après un moment de silence j'ai essayé de lui permettre de verbaliser ce qui pouvait l'inquiéter, créer ce mal être, cette tristesse. J'ai alors abordé sa pathologie, ses séances de chimiothérapie, sa récente chirurgie et Madame S s'est alors effondrée.

Mais par la suite la patiente a commencé à se confier et me dire en montrant l'iléostomie "se retrouver avec ça ce n'est vraiment pas facile" "et puis j'ai des pansements de partout regardez".

Je ressentais un mal être, une souffrance dans les propos et l'attitude de Madame S. Je me suis questionnée et ai pensé que ce ressenti pouvait être lié aux récents changements dans son image

corporelle (laparotomie, illéostomie s'ajoutant à l'alopécie et aux effets secondaires de la chimiothérapie).

J'ai alors pris l'initiative de lui proposer un soin, massage de la socio-esthéticienne qui passait le mardi après-midi, ce que Madame S a apprécié.

Ensuite, je me suis dit que les odeurs liées à la stomie dérangent peut-être la patiente, j'ai essayé de demander aux équipes si elles disposaient de diffuseurs d'huiles essentielles mais il n'y en avait pas à disposition.

Ainsi, le but de lui proposer le soin avec la socio-esthéticienne était qu'elle puisse se détendre, s'évader et qu'elle puisse se retrouver avec son corps, qu'elle ait ensuite une meilleure image d'elle-même. De plus, j'avais pensé aux huiles essentielles à la fois pour l'odeur mais car cela peut aussi créer une ambiance agréable dans la chambre et permettre de se détendre.

Pour conclure, cette situation de soin et d'accompagnement d'une patiente ayant subi une modification de son image corporelle, et les ressentis qui s'en dégagent étaient tout à fait différents de la première situation que j'avais pu vivre.

ANNEXE III

Guide d'entretien

Thème	Sous thème et objectif de la question	Questions
<u>Parcours de l'IDE</u>	Introduction à l'entretien <u>Objectif</u> : introduire l'entretien, connaître le parcours de l'IDE	Pouvez-vous vous présenter rapidement ? <i>âge, année du diplôme, parcours professionnel, carrière et expériences, nombre d'années dans le service</i>
<u>La mammectomie</u>	La perte du sein <u>Objectif</u> : avoir des éléments concrets, utilisés dans la pratique, sur la façon d'aborder la mutilation, la perte du sein La symbolique du sein <u>Objectif</u> : Connaître les différentes symboliques du sein exprimées par les patientes Pouvoir comparer les points de vue, les ressemblances et différences entre les dires des patientes d'une part et entre les dires et les notions théoriques d'autre part Les répercussions de la mammectomie <u>Objectif</u> : avoir des exemples concrets de répercussions physiques, psychologiques, sociales et familiales	Lorsque vous prenez soin d'une femme qui vient de subir une mammectomie, comment abordez-vous cette "perte du sein" ? Pouvez-vous me citer des mots employés par les patientes concernant leurs ressentis, leurs sentiments, ace à l'ablation du sein ? Est-ce toujours mal vécu ? Quelles sont les répercussions (physiques, psychologiques, sociales, familiales) liées à la mammectomie auxquelles vous êtes le plus confronté ou exprimées par les patientes ?

<p><u>Image corporelle et mammectomie</u></p>	<p>Définition de la notion d'image corporelle</p> <p><u>Objectif</u> : Avoir une définition avec les mots des soignants et pouvoir comparer leurs visions, définitions avec les écrits</p> <p>Le deuil de l'image corporelle</p> <p><u>Objectif</u> : Confronter la notion de deuil trouvée dans les recherches et la pratique</p> <p>Le rôle IDE dans la perturbation de l'image corporelle</p> <p><u>Objectif</u> : avoir connaissance des compétences infirmières utilisées pour aider les femmes à accepter leur nouvelle image corporelle connaître les outils concrets utilisés pour le travail sur l'image corporelle (par exemple soins de support...)</p> <p>L'acceptation de l'image corporelle</p> <p><u>Objectif</u> : identifier les éléments indiquant que la patiente semble avoir accepté sa nouvelle image corporelle</p>	<p>Vous prenez donc en soin des patientes subissant une modification de leur image corporelle, quelle est votre définition du terme "image corporelle ?</p> <p>Dans la littérature, on parle du deuil de l'image corporelle : abordez-vous ce sujet ? et en quels termes ? considérez-vous que les patientes doivent systématiquement passer par ce cheminement pour pouvoir accepter leur nouvelle image ? Avez-vous des exemples à partager ?</p> <p>Quels sont les moyens que vous utilisez pour aider les patientes à retrouver une image corporelle plus positive ?</p> <p>A partir de quel moment pouvons-nous dire que la patiente accepte sa nouvelle image corporelle ?</p>
<p><u>L'accompagnement infirmier</u></p>	<p>L'accompagnement infirmier tout au long du parcours de soins</p>	<p>Concrètement, comment prenez-vous en soins une patiente ayant subi une mammectomie ?</p>

	<p><u>Objectif</u> : avoir des actions concrètes d'accompagnement infirmier repérer les éléments utilisés de façon universelle et les actions qui peuvent être différentes selon les patientes</p> <p>Les instants cruciaux dans l'accompagnement</p> <p><u>Objectif</u> : pouvoir identifier les moments où l'accompagnement doit être renforcé, avoir conscience des mécanismes ou ressentis pouvant être présents chez la patiente lors de ces instants</p> <p>Les qualités et compétences de l'infirmier</p> <p><u>Objectif</u> : identifier les compétences ou qualités nécessaires dans ce type d'accompagnement</p> <p>L'influence de l'accompagnement infirmier sur le processus d'acceptation de l'image corporelle</p> <p><u>Objectif</u> : connaître les réponses, avis des professionnels sur ma problématique de recherche</p>	<p>(Que ce soit avant, pendant et après l'intervention)</p> <p>Quels sont pour vous les éléments incontournables dans la prise en charge ?</p> <p>Accompagnez-vous toujours les patientes de la même façon ?</p> <p>Existe-il des moments "cruciaux" dans l'accompagnement infirmier ? Si oui, quels sont-ils et pourquoi ? (je pense notamment au retour du bloc, au premier pansement, au regard dans le miroir, à la visite des proches, à la sortie...)</p> <p>Quelles sont, selon vous, les qualités ou compétences indispensables que l'infirmier doit avoir pour accompagner au mieux les patientes? Alors selon vous, comment se préparer, se former pour les acquérir et accompagner au mieux le patient?</p> <p>En quoi l'accompagnement infirmier, concernant les répercussions physiques et psychologiques, d'une patiente ayant subi une mammectomie influence-t-il l'acceptation de sa nouvelle image corporelle?</p>
--	--	---

ANNEXE IV

Retranscription entretien infirmier n°1

ESI : Pouvez-vous vous présenter rapidement ? Âge, année du diplôme, arrivée dans le service

IDE : Alors...je suis infirmier là depuis 2011, je suis en chirurgie depuis 2012 exactement et je suis diplômé de la promotion 2006-2009 à l'IFSI Guillaume Régnier. Du coup j'ai 38 ans voilà, et on est deux hommes dans le service là de chirurgie

ESI : D'accord, donc au niveau de votre parcours professionnel vous avez-toujours travaillé au sein de cet établissement ?

IDE : J'ai commencé par travailler au CHU où j'étais sur le pool de remplacement, du coup j'ai fait plusieurs services qui allait de l'uro, la traumatologie, le digestif, l'hépatologie et je suis arrivé après, donc j'ai fait 2009-2011 comme ça au CHU et puis après je suis arrivé ici

ESI : D'accord, très bien. Donc après on passe plus dans le vif du sujet. Du coup, lorsque vous prenez soin d'une femme qui vient de subir une mastectomie, comment abordez-vous cette perte du sein ?

IDE : Euh...ça se passe déjà nous dès l'accueil en fait. Quand on accueille la personne c'est un temps qui est important où on va déjà un peu, c'est une personne avant d'arriver dans le service de chirurgie qui va avoir vu donc le chirurgien, l'anesthésiste, parfois l'infirmière d'accompagnement, une psychologue si elle en a fait la demande à un moment donné. Voilà donc elle a déjà quelques semaines juste avant la chirurgie, entre l'annonce et le jour J, donc nous on évalue un petit peu à l'accueil où elle en est dans l'intégration du geste et comment elle se sent psychologiquement. Je ne sais pas si je l'aborde dans cette question-là ou sur les signes ?

ESI : Oui allez-y vous pouvez

IDE : Du coup il y a des signes qui nous sont transmis par la patiente en termes de communication, si elle verbalise bien tout ce qui est en train de se passer, si elle arrive à définir son état d'anxiété et voilà et à cibler un petit peu ses peurs. Donc du coup l'accueil est hyper important pour ça. Ça permet de prendre un bon temps et d'évaluer un petit peu tout cet état-là, général.

ESI : D'accord, et vous laissez du coup l'expression à la personne, dans un premier temps ?

IDE : Souvent, on est un petit peu pragmatique dans l'accueil au départ on définit les temps d'hospitalisation, le déroulé de la journée dans laquelle il va y avoir le geste opératoire et après au fur et à mesure une fois ça établi entre nous et que toutes les données techniques ont été un peu données, il y a plus ce temps là où voilà on essaye de connaître un peu mieux la personne, ses ressources personnelles, son entourage, l'environnement, les enfants, le mari. Voilà, si il y a déjà eu une discussion de l'après chirurgie avec son mari, ça donne déjà un signe de communication et de bonne communication dans le couple qui est hyper important pour l'image corporelle justement parce que voilà ça impacte tout le monde dans la famille. Donc voilà il y a ces temps-là dans l'accueil où déjà on peut un peu définir les ressources des personnes. Et puis on cible tout de suite aussi les personnes qui arrivent à échanger, à établir une relation un peu de confiance et à se livrer un petit peu ou les personnes qui sont renfermées sur elles-mêmes, qui ne vont pas être dans un bon temps pour se livrer justement

ESI : Très bien. Est-ce que vous pourriez me citer des mots employés par les patientes justement, ou les ressentis qu'elles peuvent avoir face à l'ablation du sein ?

IDE : Ça dépend de la façon de s'exprimer de chacun mais il y a forcément des personnes qui vont avoir un franc parlé ou il y a des mots qui vont marquer, qui vont percuter un peu plus comme quand on dit forcément l'espèce de mutilation qui peut revenir dans la tête des gens, ce changement de corps avec vraiment l'impression d'être dans une phase où elles sont un peu dépersonnalisées, elles changent un peu d'enveloppe

ESI : Est-ce toujours mal vécu par les patientes ?

IDE : Non je ne dirai pas toujours. Il y a vraiment des patientes qui arrivent, je pense que c'est lié à l'intégration du parcours dans lequel elles sont, parfois c'est des dames qui ont eu de la chimio néoadjuvante avant l'intervention, elles sont déjà un parcours, des moments où elles peuvent se livrer. Il y a vraiment des phases où elles peuvent s'exprimer qui ont été possibles et il y a une intégration du parcours où l'intervention vient comme une finalité, limite comme un soulagement en fait. Après il y a des personnes où tout est ressenti comme violent parce que très rapide, parce que pas le temps d'intégrer, parce que pas les mécanismes d'intégration qui ont eu le temps de se mettre en place. Ça peut être extrêmement violent et là pour le coup être dans une colère au moment de l'intervention C'est là tout l'intérêt à l'accueil de cibler ce qui a été fait en amont et là où se situe la personne surtout

ESI : Et après j'avais une question par rapport aux répercussions physiques et psychologiques surtout. Qu'est-ce qui est le plus exprimé par les patientes ou les répercussions auxquelles vous êtes le plus confronté au quotidien ?

IDE : Euh, je dirais qu'il y a la perturbation dans le couple, le regard du conjoint qui est extrêmement important. Il y a le regard quand les personnes sont dans une perspective un peu professionnelle où elles ont peur du regard, de reprendre le travail avec ce regard-là, avec le corps qui a changé. C'est quand même des choses qui demandent une confiance en soi assez importante que ce soit dans le couple ou au niveau professionnel, il faut avoir déjà bien accepté les choses

ESI : Ensuite, au niveau de l'image corporelle, vous prenez en soins des patientes qui subissent une modification, une altération de leur image corporelle, qu'est-ce que c'est pour vous l'image corporelle ? Si vous deviez donner une définition

IDE : Ça va être le regard qu'a la personne sur soi, ce que l'on renvoie aux autres, la société, toutes les petites choses liées à la féminité et voilà. Donc ça a forcément une grande part, on a tous plus ou moins confiance en nous, c'est parfois lié, à pleins de choses différentes mais forcément que l'aspect physique a un impact d'autant plus aujourd'hui où l'image est un peu partout, beaucoup de photos. Voilà, donc forcément ça rentre en compte et c'est important aussi dans ce sens-là pour pouvoir rassurer les gens. Cibler sur les priorités c'est extrêmement important dans ces moments-là. La famille se retrouve à être une ressource énorme et souvent pour reprendre confiance il y a une confiance à reprendre dans le cercle familial avant de pouvoir reprendre confiance au niveau de la société ou professionnel notamment

ESI : Après, au niveau de mes recherches, j'ai trouvé la notion de deuil de l'image corporelle, est-ce que vous abordez cette notion ?

IDE : Personnellement dans ma façon de percevoir les gens je ne me focalise pas trop sur cette étape de deuil, moi je me focalise un petit plus sur les étapes d'acceptation et de déni, de colère, voilà, pour au final arriver à l'acceptation et je pense que c'est plus pertinent de voir le process que

peuvent avoir les personnes entre l'annonce et la chirurgie et la façon de voir l'avenir que de cibler forcément sur ce deuil. Les personnes ont quand même un petit temps pour s'y préparer

ESI : Finalement on retrouve quand même des étapes du deuil comme le déni ou la colère, ce n'est pas le mot deuil qui est utilisé mais plus processus d'acceptation ?

IDE : Oui oui c'est ça. Après c'est toutes les étapes nécessaires à la reconstruction en fait.

ESI : Justement pour vous quelles sont ces étapes ?

IDE : Bah là, celles que je viens de définir, les étapes importantes liées au choc de l'annonce

ESI : Quels sont les moyens que vous utilisez pour justement aider ces femmes à retrouver une image corporelle plus positive après la chirurgie ?

IDE : Déjà il faut réussir à gagner la confiance... par sa posture, par l'écoute qu'on amène, par ce qu'on peut leur amener comme aide. Leur faire percevoir ça aide tout de suite à instaurer un bon lien de confiance. D'autant plus en étant un homme parce qu'il y a tout de suite cette confrontation avec le regard du sexe opposé qui peut être un peu plus difficile d'emblée avec une femme qui vient juste de se faire opérée.

Après en termes de posture, si on se met en phase avec la personne qui est en face ça coule de source

ESI : Et existe-t-il des soins de supports qui sont proposés après la chirurgie ?

IDE : Ouais du coup il y a l'accompagnement qui est déjà un bon point fait en termes de ressources des personnes, c'est des rendez-vous qui ont lieu où il y a un temps vraiment dédié, assez important, qui peut aller de une à deux heures et c'est vraiment des temps où la personne peut exprimer ses appréhensions et avoir pas mal de réponses donc ça c'est intéressant. On leur propose tout de suite aussi si ils préfèrent, s'ils ont envie ou le besoin de voir un psychologue, seule ou avec leur conjoint ou avec leur famille. Et après pendant l'intervention on peut les rassurer sur le fait qu'elles ne sont pas seules dans cette situation là et qu'il y a des associations qui sont montées et qui du coup sont une perspective quand la personne se sent capable bien sûr parce que quand on parlait de la confiance en soi tout à l'heure ça nécessite un peu, avant de se confronter aux autres et de faire le pas un peu de confiance reprise. Voilà tout de suite si la personne en a le désir et en fait la demande on peut très vite être en contact avec des personnes qui sont passées par le même parcours et pour le coup ça peut être très aidant parce que tout de suite mieux comprises, parce que des personnes qui sont passées par là vont avoir les mots encore plus juste bien sûr

ESI : Tout à fait. Ma dernière question sur l'image corporelle c'est à partir de quel moment vous pouvez dire que la patiente semble accepter sa nouvelle image corporelle ? Est-ce qu'il y a des indicateurs qui peuvent nous faire dire, nous en tant que soignants, que l'image est acceptée ?

IDE : Pendant le soin il y a déjà des signes. Quand on fait le pansement, après ça peut être pour des personnes qui ont déjà pas mal démarché avant sur le soin, on peut avoir ces sensations de retrait, plus ou moins contrôlées par la personne lorsqu'on passe simplement la compresse parce que le message nerveux est complètement perturbé par le geste donc du coup il y a des sensations qui peuvent être désagréables voir douloureuses tout en étant hyper doux dans le geste mais parce que psychologiquement dur à intégrer donc il y a déjà ces signes-là qui montrent que la personne est déjà dans un processus bien avancé où elle intègre bien le soin, où elle a bien intégré son image. Ça donne déjà pas mal de pistes. Après ça va être simplement dans le flux verbal quand elle arrive vraiment à parler de son opération, des perspectives. A contrario, des personnes qui vont être dans la fuite, qui

vont tout le temps changer de sujet si on leur pose la question de comment elles se sentent ou des personnes avec des messages corporels exacerbés où le simple fait de nettoyer créer un choc hyper violent. Et c'est souvent à ce moment-là où la confiance doit un peu se créer, les personnes craquent souvent à ce moment là parce que c'est les premières confrontations qui sont violentes et c'est pour ça qu'on est là sur le moment et après pour les accompagner quand elles sont revues par la prothésiste pour pouvoir se rhabiller avec leurs sous-vêtements un peu plus standards et reprendre confiance comme ça.

ESI : D'accord, justement je fais le lien avec une autre question, est-ce qu'il existe des moments "cruciaux", dans l'accompagnement infirmier ? Je pense notamment au premier pansement

IDE : Ouais, l'accueil, le retour de bloc, le premier pansement à J1, le départ. C'est des étapes. A l'accueil comme on a dit, au départ du bloc on voit déjà le niveau de stress avant l'intervention et comment elles arrivent à le gérer. Le retour de bloc bien sûr avec des personnes qui vont être mutiques ou alors qui vont déjà être dans un côté paisible. Et le départ du service où on les voit s'arrêter devant la porte de la salle de soins et on les voit prendre le temps de faire le point, de regarder tout le monde et de dire merci et de partir tranquillement. Voilà il y a pas mal de signes qui sont lancés à ce moment-là. Et à J1 on a aussi ce temps, qui est dans le même temps que le pansement où on va leur proposer si elles veulent aller voir la cicatrice devant le miroir. Ça fait partie des étapes, sans être trop pressants, si elles le désirent c'est quelque chose qu'on peut faire avec elles, justement pour les rassurer d'un point de vue cicatriciel.

ESI : C'est toujours au rythme de la patiente. Proposer et s'adapter après

IDE : Voilà c'est ça. Sachant qu'on aime bien qu'elles l'aient vu avant qu'elles partent pour pas qu'elles soient dans cette situation-là seules à la maison.

ESI : Si il y a des éléments vraiment incontournables, que nous en tant que soignants, on doit mettre en place pour accompagner au mieux les patientes, quels seraient-ils ?

IDE : Bannir l'urgence dans la prise en charge, c'est complètement contradictoire avec une position d'écoute et si on le fait une fois, deux fois, trois fois on perd la confiance de la personne donc on peut avoir un impératif bien sûr mais après il faut prendre le temps de revenir dessus pour expliquer à la personne. Ces liens de confiance ils se créent, ils peuvent se créer assez vite mais il ne faut pas les casser par des postures justement liées à la charge de travail. Voilà il faut faire attention à ça

ESI : Est-ce que vous accompagnez toutes les patientes de la même façon ?

IDE : Perso, oui j'ai tendance à vouloir être assez nature et je pars du principe que si la patiente nous voit nature et nous livrer simplement elle va en faire de même naturellement

ESI : Donc je suppose que dans les déroulés de prise en charge c'est souvent la même façon de faire ?

IDE : Très souvent. Personnellement j'essaie de détailler les aspects pas techniques mais les aspects du séjour avec les temps importants, c'est important qu'il y ait cette visibilité là sur le déroulé de l'hospitalisation, qu'elle soit d'une journée, deux jours ou trois jours pour que les personnes comme ça ait un peu de perspective sur ce qui va leur arriver. C'est d'ailleurs le discours qu'on a pour après quand il y a des traitements qui arrivent après où on leur dit de prendre les choses, voilà de se projeter, de leur dérouler un peu le parcours mais qu'il faut prendre les étapes étape par étape et il y aura forcément des hauts et des bas et c'est normal sur la longueur du parcours. Et ça rassure sur ce

qu'elles ressentent en fait. Le fait de pas se cacher de ce qu'elles ressentent et du coup se sentir un peu moins seules

ESI : Ensuite, selon vous quelles sont les qualités qu'un infirmier doit avoir pour accompagner au mieux les patientes ?

IDE : Une connaissance du parcours, c'est hyper important pour savoir où elles en sont, ça permet déjà de leur montrer, enfin je trouve que quand on montre au patient que l'aspect technique aussi au niveau de la chirurgie et qu'on a des connaissances du parcours dans lequel elles sont ça leur permet d'avoir confiance en la personne qui les prend en charge parce qu'elles ont besoin de ces informations-là, plus ou moins bien sûr selon les personnes mais elles ont besoin d'être rassurées. Donc déjà leur montrer qu'elles ont quelqu'un en face d'elle qui maîtrise un peu le sujet ça les rassure. Et puis bien sûr l'empathie au plus haut point, c'est indispensable

ESI : Et alors selon vous comment en tant que jeune professionnel on peut se former, acquérir ces compétences là quand on est confronté à ce genre de situation ?

IDE : L'échange en fait. Quand on échange avec les médecins qui vont les voir après, quand on échange avec les psychologues qui les prennent en charge, quand on échange avec les collègues qui font de l'accompagnement, quand on échange avec les radiologues. En fait, c'est là où chacun a une vue du patient sous un certain angle et nous on en étant infirmier on est vite au milieu de tous ces angles-là donc il faut montrer au patient qu'on sait qu'elle a été vue par un psychologue donc qu'il y a déjà telle prise en charge, qu'elle a eu ses informations là. Ça permet de tout synthétiser et nous quand on la voit lui montrer que l'on connaît son parcours

ESI : Pour finir, j'aurai voulu vous poser ma problématique pour savoir d'emblée ce que vous vous répondriez, avoir vos mots, vos impressions à savoir en quoi l'accompagnement infirmier pour vous influence l'acceptation de l'image corporelle après une mammectomie ?

IDE : Hum, influence à 200%. Je pense que des personnes qui peuvent arriver en colère peuvent repartir apaisées. On a un rôle hyper important. Chacun a ses méthodes, chacun a sa personnalité mais on peut tous apporter les uns après les autres, au fur et à mesure de la journée, une façon de leur faire passer ce cap-là d'acceptation et les aider ouais.

ESI : Donc le rôle infirmier est central dans la prise en soins

IDE : Central c'est ça. Tout en étant différent les uns des autres. Le feeling est quelque chose de difficile à décrire par des mots mais le feeling est hyper important parce qu'on va plus ou moins en confiance avec quelqu'un avec qui on a plus ou moins un bon feeling donc c'est crucial

ESI : Super. Est-ce que vous auriez d'autres éléments à rajouter ?

IDE : Non je crois que j'ai tout dit

ESI : Je vous remercie beaucoup d'avoir répondu à mes questions

IDE : Derrien

ANNEXE V

Retranscription entretien infirmier n°2

ESI : Ma première question est : pouvez-vous vous présenter rapidement ? Âge, année du diplôme, depuis combien de temps êtes-vous arrivée dans le service ?

IDE : Alors du coup, je suis infirmière depuis 2011 et après quelques remplacements sur différents établissements pendant 6 mois je suis venue directement dans cet établissement et du coup je travaille ici vraiment à plein temps depuis mai 2012 et particulièrement en chirurgie depuis...ça doit faire six ans maintenant je pense à peu près. Voilà donc je suis infirmière dans le service de chirurgie et de recherche clinique et je fais en plus des consultations d'accompagnement depuis octobre 2020

ESI : Ensuite, lorsque vous prenez soin d'une patiente qui vient de subir une mammectomie, comment abordez-vous la perte du sein ?

IDE : Alors, ça va dépendre du stade où en est la patiente en elle-même, c'est-à-dire que je vais déjà voir avec elle si le chirurgien, avant de commencer le pansement, parce qu'en règle générale on fait le pansement à J1 de l'intervention, donc du coup je vois avant de faire le pansement si le chirurgien lui avait parlé plus ou moins de la cicatrice comment elle allait être. A partir de ce moment-là je lui demande à la patiente si elle souhaite regarder ou pas son pansement pour pouvoir faire les choses par étapes. Certaines vont répondre dans l'immédiat "non", dans ces cas-là on va faire le soin en faisant en sorte qu'elles ne voient effectivement pas la cicatrice mais parfois elles sont un peu surprises et aller d'elles-mêmes regarder la cicatrice et dans ces cas-là il peut y avoir des tas de réactions. Il peut y avoir une réaction complètement, euh, plutôt négative avec des pleurs et une grosse difficulté. Comme il peut y avoir au contraire un "oh je m'attendais à pire", ça c'est dans le cas où la patiente va aller voir sa cicatrice le jour J. Si c'est pas le cas, comme je disais on va attendre le lendemain mais je leur informe que si elles n'ont pas vu la cicatrice pendant le séjour d'hospitalisation que c'est important qu'elles soient accompagnées pour pouvoir regarder elle-même la cicatrice parce qu'effectivement elles vont se poser des questions et pas forcément avoir de réponses si elles sont seules à regarder et ça nous permet à nous de les accompagner au mieux, de les rassurer sur l'état de l'évolution finalement de la plaie post opératoire. Donc en fait c'est vraiment en fonction de la personne, c'est un peu difficile de dire comment je vais faire, c'est en fonction de comment la patiente est prête. Parfois effectivement, euh ça va prendre 3 jours, 4 jours. Si effectivement au bout de 4 jours il se passe rien, il y a des dames qui ne souhaitent pas du tout regarder avant leur sortie, dans ces cas-là si vraiment elles ne souhaitent pas je vais même leur demander à ce qu'elles soient plutôt avec leur infirmière libérale pour pouvoir être accompagnées et qu'il y ait un relais mais malheureusement je ne suis pas à leur domicile donc je ne sais pas comment ça se passe à la maison. Et sinon, dans l'acceptation, une fois que la patiente a vu son pansement, enfin vu sous le pansement, je peux leur proposer de se voir dans un miroir. Dans un premier temps un petit miroir, on a des petits miroirs que l'on peut proposer pendant le soin ou alors si elles sont prêtes à aller devant le miroir de la salle de bain pour se voir de plain-pied voilà. Vraiment c'est en fonction de ce qu'elles souhaitent et surtout de ce qu'elles sont prêtes à faire. Ici, dans le service, on a des prothésistes qui passent pour proposer des prothèses dans un premier temps en mousse. Dans ces cas-là si la prothésiste n'est pas passée le jour où la patiente a vu le pansement, a vu la cicatrice, pour pouvoir avoir un effet volume toujours sous le pansement on a pour pratique de soit leur proposer de mettre un pansement américain pour faire un peu plus de volume soit à sa demande on ne met rien aussi ça dépend ou alors une fois que la prothésiste est passée on met la prothèse. Donc voilà on essaye de les accompagner au maximum dans toutes ces étapes là

ESI : D'accord et parlez-vous avant l'intervention de la perte du sein ? A l'accueil par exemple ?

IDE : Alors le jour de l'intervention non, personnellement je n'en parle pas parce que...sauf si la patiente a évidemment des questions à ce sujet-là je vais y répondre mais déjà il y a beaucoup d'angoisse et elles ne sont pas disposées à entendre et à voilà écouter ce qu'on peut leur dire et puis ça fait trop d'informations au moment de l'accueil donc non je n'en parle pas à ce moment-là. Avec nos consultations d'accompagnement, on essaye d'anticiper par contre, ce moment-là. Alors moi j'ai, effectivement, je propose, enfin j'explique à la patiente, je peux montrer des photos, je leur montre parfois aussi les prothèses qu'on va leur proposer durant le séjour et effectivement à ce moment-là j'en parle, lors de la consultation avant l'intervention mais le jour de l'accueil non moi je trouve que c'est pas, sauf si évidemment la patiente pose des questions, oui mais sinon non

ESI : Très bien. Pourriez-vous me citer des mots employés par les patientes, des mots qui vous marque face à la perte du sein, sur leurs ressentis que cela soit positif ou négatif ?

IDE : Bah, elles ne vont pas forcément toujours exprimer des choses avec des mots. Ça peut être simplement plutôt leurs émotions, comme j'ai dit tout à l'heure il peut y avoir des pleurs. Parfois, euh..., c'est plutôt vis à vis de leur regard finalement qu'on voit les choses, si on voit que ça passe ou que ça ne passe pas bien, s'il y a besoin de rester plus longtemps...Des mots marquants ? Non je n'ai pas de mots marquants qu'elles décrivent en fait c'est ça la question ? Qu'elles vont décrire au moment de la découverte de la cicatrice ?

ESI : Oui par exemple, est-ce qu'elle parle de mutilation ou des mots comme cela ?

IDE : Non elles ne vont pas employer ces mots-là, en tout cas moi je n'ai pas eu à voir des mots comme ça non. Euh...il y a parfois, selon la cicatrisation, comment elle est faite, il peut y avoir de la peau en fin de compte qui peut rester en plus et ça m'est arrivé de voir des dames dire "oh bah est-ce que ça va rester gonflé, est-ce que j'ai cette peau qui va continuer à pendouiller", ça j'ai déjà eu une fois mais sinon euh elles ne vont pas s'exprimer comme ça de but en blanc, non.

ESI : D'accord et est-ce toujours mal vécu ?

IDE : Non j'ai des fois des patientes, c'est ce que je disais tout à l'heure, qui ont dit plutôt dans le positif que dans le négatif finalement oh bah je m'attendais à pire. Euh après finalement l'échange n'est pas forcément au moment vraiment où elles vont poser des questions sur l'état de la cicatrice en fait, je pense qu'elles vont se raccrocher à ça à ce moment là où on voit la cicatrice ça va être ça. Après il peut y avoir un peu plus de recul sur les jours suivants et dire effectivement enfin poser des questions sur combien de temps ça va durer, combien de temps enfin elles se projettent plus même certaines sur la suite, sur la reconstruction, mais je n'ai pas de mots non bien précis.

ESI : D'accord, et quelles sont les répercussions, physiques, familiales, sociales que les patientes expriment après une chirurgie de mammectomie ?

IDE : Euh...le côté avoir peur que ça se voit en fait en termes de volume, de manque de volume ça c'est quelque chose qui revient assez souvent et c'est d'ailleurs pour ça qu'on essaye de pallier en attendant qu'on ait les prothèses, parce que ça peut arriver parfois qu'on ait des patientes qui se fassent opérer sur le vendredi et les prothésistes ne passent pas sur le week-end donc on essaye d'anticiper au maximum mais quand c'est pas possible on se retrouve un peu coincés parce que pendant le week-end elles n'ont pas forcément de prothèses. Du coup on va essayer de cacher avec les pansements en question parce qu'elles ont des visites et ça les dérange, effectivement elles ont la sensation que ça va se voir et c'est souvent ce à quoi moi j'ai été confrontée, c'est ça c'est est-ce que ça se voit, est-ce que ça se voit pas et en fin de compte une fois qu'elles ont, enfin alors si effectivement c'est le pansement qui a été mis c'est un peu différent mais si elles ont la prothèse

elles se rendent compte que finalement une fois qu'elles se voient dans le miroir et bah si personne ne leur a dit, les gens ne le savent pas quoi et ça elles s'en rendent compte de ça. Mais c'est souvent avec les redons moi que j'ai des soucis en fait, plutôt qu'avec la cicatrice en elle-même, enfin par rapport à la peur du regard des autres parce que quand on a des femmes qui viennent et qui ont des enfants par exemple ça peut arriver ça va être "oh ça, est ce que je vais l'avoir encore la bouteille à côté de moi parce que j'ai pas envie que mes enfants les voit", c'est vrai que c'est du sang qu'il y a dans le flacon donc ça peut être perturbant aussi et c'est toute cette image extérieure qui perturbe un peu. Après il peut y avoir évidemment des problèmes liés à l'intimité en fin de compte et à la découverte de la perte du sein avec le conjoint mais dans la grande majorité des cas, de ce que m'ont rapporté les patientes les conjoints sont très présents donc finalement c'est elles qui s'inquiètent de, mais alors que le conjoint n'a pas eu forcément cette pensée, enfin peut-être que si mais ce n'est pas quelque chose sur laquelle ils vont s'arrêter eux quoi

ESI : Après c'était surtout des questions autour de l'image corporelle, pourriez-vous me donner une définition de ce qu'est pour vous l'image corporelle ?

IDE : Euh...ça va être une représentation de son corps qu'on peut... renvoyer à soi-même ou aux autres...voilà ce que je dirais...qui peut avoir des impacts sur plusieurs points que ce soit physique ou psychologique aussi bien évidemment

ESI : Très bien. Ensuite au cours de mes recherches j'ai exploré la notion de deuil de l'image corporelle lors d'une chirurgie de mammectomie, est-ce une notion que vous abordez ? Avec les différentes étapes du deuil

IDE : Bah ...c'est peut-être un peu trop théorique effectivement et je ne dirai pas, enfin je ne sais pas. Après en tant que femme, si c'est quand même la perte d'un point de la féminité qui est très important et il y a différentes phases en tout cas d'acceptation moi pour moi oui...

ESI : Quelles seraient ces différentes phases du coup ?

IDE : Bah ça dépend vraiment de chaque personne, je ne trouve pas que ça soit quelque chose de similaire pour chaque personne. Parce qu'il y a des femmes ici qui viennent pour avoir des mammectomies en prophylaxie qui ne vont pas du tout avoir la même façon de penser que quelqu'un qui au contraire va avoir une mammectomie. Et il peut y avoir ici des mammectomies avec des reconstructions immédiates ou au contraire différées et les femmes n'ont pas du tout la même façon de penser. Quand effectivement c'est une reconstruction qui se fait dans l'immédiat les femmes vont effectivement avoir quand même une perte d'une partie de son propre corps mais finalement va être reconstruite tout de suite donc ne vont peut-être pas avoir la même difficulté qu'une patiente qui ne va pas avoir de reconstruction immédiatement. Moi j'essaye en tout cas de les accompagner en leur disant qu'il faut vraiment qu'elles voient au jour le jour et qu'elles acceptent les choses étapes par étapes parce qu'il y a des dames qui vont très vite se projeter dans la reconstruction quand même alors que d'autres pas du tout. Il y a des femmes qui vont dire "ah non moi je ne veux pas repasser sur le billard" pour le coup ça, ça peut être un terme qui peut être utilisé mais pas pour la cicatrice en elle-même...c'est pas généralisé mais il y a des étapes en tout cas dans le sens où effectivement il y a une première étape de cicatrisation à accepter avec œdèmes, ces hématomes qui peut y avoir, ensuite il y a tout ça qui va s'effacer et du coup la cicatrice va être un petit plus jolie entre guillemets et après il y a les étapes qui vont être faites à la maison aussi apprendre à réapprivoiser son corps, d'utiliser la prothèse si il n'y a pas eu de reconstruction ou au contraire utilisé la reconstruction aussi donc...On pourrait parler de deuil pour dire qu'il y a quelque chose qui est parti mais ça ne va pas être le même deuil que quelqu'un face à un décès par exemple ou à la mort.

ESI : Et ma dernière question sur l'image corporelle est : quels sont les moyens que vous utilisez pour aider justement ces femmes à retrouver une image corporelle plus positive ? Que ce soit lors de l'hospitalisation ou même après

IDE : Alors moi après je n'ai malheureusement pas... j'ai un rôle de conseil au départ mais je ne les accompagne pas pour après parce que je ne les revois pas en fait comme mon collègue d'avant qui fait les soins externes et qui peuvent revoir les patientes mais moi je n'ai pas ce regard-là. Moi j'ai plutôt la phase de avant finalement, mais pour les accompagner on va leur dire que les choses vont évoluer, que la cicatrice va s'estomper, va prendre une couleur, que comment qu'est-ce que je pourrai dire..., je m'écoute pas quand je leur dis des choses finalement, euh...que oui la cicatrisation va évoluer, qu'elle va être de plus en plus jolie finalement même si certaines femmes vont dire c'est pas joli en soi non et puis je vais leur expliquer ces différentes étapes avec les prothèses qui font qu'elles vont pouvoir refaire des nouvelles choses que dans un premier temps on ne va pas pouvoir faire avec la cicatrice, donc ça va leur permettre de se projeter et en fait je vais surtout me baser sur ce qu'elles font en règle générale, qu'est-ce qu'elles aiment faire pour voir ce qu'elles pourront reprendre pour reprendre entre guillemets une vie normale sur la suite de l'intervention

ESI : Et y a-t-il des soins de support qui sont proposés ?

IDE : Alors en termes d'accompagnement oui bien sûr, pas énormément sur la mammectomie en elle-même, pas sur l'intervention en fait, c'est ça qui est peut-être un peu...on a des collègues qui ont un projet en tout cas d'en mettre en place mais c'est plutôt des soins de support pour accompagner les patientes dans leur phase de traitement après et en termes d'atelier, il peut y avoir des ateliers justement mis en place pour les accompagner dans leur traitement après l'intervention mais il y a quand même, en termes de soins de support on a quand même des psychologues qui sont présents, vers qui on peut envoyer les patientes si elles en ont besoin et puis toutes sortes d'aides on a bien évidemment des assistantes sociales, tout ça mais ça, ça va être plutôt le côté, je vais pas englober ça dans les soins de support pour aider à l'image corporelle c'est dans la pratique des patientes qui peuvent avoir des difficultés à la maison liées à leur intervention donc il va y avoir les kinés, les assistantes sociales. Sinon pour vraiment l'image corporelle, la problématique liée à l'intervention ça va être surtout avec le psychologue qu'on va pouvoir travailler.

ESI : Ma dernière question sur l'image corporelle c'est à partir de quel moment vous pouvez dire que la patiente semble accepter sa nouvelle image corporelle ? Est-ce qu'il y a des indicateurs qui peuvent nous faire dire, nous en tant que soignants, que l'image est acceptée ?

IDE : Oui et non. Parce qu'on va parfois se dire oh là ça va être très compliqué la patiente ne veut pas voir sa cicatrice donc on va se dire ça va être compliqué et en fin de compte elle va nous dire "oh bah ça va finalement la cicatrice j'ai réussi à regarder et ça va" et puis en fin de compte il va y avoir une espèce de phase d'euphorie et puis on va se dire oh bah c'est bon elle a bien accepté les choses et puis en fait c'est deux jours après que voilà les masques tombent et la répercussion peut se faire. Donc en fait, c'est jamais complètement acquis, en tout cas pour l'hospitalisation, on ne les voit pas très très longtemps ça peut être entre deux et trois quatre jours donc ça peut être très fluctuant en fait. Il peut y avoir effectivement ce côté très fermé où la patiente ne veut vraiment pas regarder, ne veut pas échanger là-dessus, ne veut pas se voir. Et au contraire la patiente qui va être complètement désinhibée à ce niveau-là au final et puis on se rend compte que finalement par le biais d'aller pousser au niveau de la communication ou même les pleurs on se rend compte que finalement les choses ne sont pas acceptées. Donc c'est pareil c'est jamais linéaire, un jour il y a une dame on va se dire "oh bah elle ça va bien aujourd'hui, ça s'est bien fait tout ça" et puis pof le lendemain ça ne va plus du tout

ESI : D'accord, ensuite c'est une question assez générale, comment prenez-vous en soins une patiente qui a eu une mammectomie que ce soit avant ou après l'intervention ? Quels sont pour vous les éléments incontournables de la prise en charge ?

IDE : Euh...le avant pour moi est extrêmement important pour pouvoir préparer au mieux les patientes parce que j'estime que plus les gens sont informés et plus les choses peuvent être acceptées de manière plus facile entre guillemets, enfin ce n'est pas plus facile c'est mieux accepté. Donc le avant est extrêmement important et je pense qu'il y a beaucoup à travailler là-dessus et...pour que justement le stress et l'angoisse soient moins présents le jour J de l'intervention. Et le après...le côté d'avoir le temps, de prendre le temps avec les gens pour pouvoir faire le soin est très très important parce qu'effectivement si les gens sentent qu'on est pressés et que du coup on n'est pas là pour écouter leurs difficultés elles ne vont pas se livrer à nous donc ça c'est quelque chose de très important. Après...après coup, moi je suis un peu limitée je trouve par la suite parce que je ne sais pas ce qu'il se passe à la maison donc j'essaie au mieux de préparer vraiment, ce que je disais tout à l'heure en expliquant qu'il faut être accompagnée pour pouvoir découvrir son corps et non pas se voir seule parce qu'on a pleins de questions et qui vont perturber les choses. Donc pour voilà, le avant est extrêmement important et pendant c'est important aussi de rassurer la patiente en expliquant ce qui a été fait, qu'il y a des œdèmes, que ça va évoluer. Et il y a une étape aussi après qui va être importante mais souvent c'est plutôt les kinés qui prennent ce relais là c'est le massage de la cicatrice parce qu'il y a le côté je me réapproprie mon corps en voyant la cicatrice mais il faut aussi pouvoir se toucher et je trouve que le côté massage de cicatrice, qui peut être plus abordé avec les kinés, peut être important pour l'acceptation aussi en fait.

ESI : Ensuite c'était, oui, quels sont les moments cruciaux de l'accompagnement ?

IDE : Le premier pansement oui est très important effectivement, il faut être extrêmement à l'écoute de la patiente, savoir si oui ou non elle est en accord pour regarder ou s'il faut qu'on diffère. Souvent justement elles sont un peu saucissonnées avec un pansement compressif et il y a un plumasseau en dessous pour avoir un volume, on les envoie souvent à la douche et moi je leur dis bien de m'appeler direct après la douche parce que parfois le pansement avec l'eau peut tomber et c'est vrai que je me dis voilà si elles se retrouvent seule dans la douche avec le pansement qui est tombé bah ce n'est pas un moment où je serai là et je ne pourrai pas l'accompagner à ce moment-là donc je trouve ça très important, parce qu'on leur demande de bien mouiller pour nous aider en fin de compte à retirer ce pansement-là donc voilà je leur dis vraiment vous m'appellez vraiment dès que vous avez fini la douche pour éviter que le pansement se décolle tout seul et que je ne sois pas présente à ce moment là

ESI : Ensuite, c'était une question au niveau nous soignants, pour vous quelles sont les qualités indispensables qu'un infirmier doit avoir pour accompagner au mieux ces patientes ?

IDE : Et bien euh...être dans la bientraitance et c'est ce que j'explique quand je dis qu'il faut être disponible au moment du soin parce que quelqu'un à côté en train de réfléchir au soin qu'il aura avant ou après il ne peut pas prendre en soin la patiente comme...euh...c'est possible de faire au mieux en tout cas. Une écoute, et puis le fait de s'adapter parce que si on se dit moi j'ai un pansement à faire je dois mettre tel type de pansement et bah ça va peut-être pas pouvoir se faire si la patiente n'est pas prête à accepter ce soin là aussi donc il faut voir et voilà être à l'écoute et bientraitant et s'adapter à la personne qu'on a en face de soi parce que ce n'est pas un soin c'est une personne qu'on a en face de nous.

Et puis l'importance de l'intimité, alors ça c'est pas quelque chose que l'on a abordé mais malheureusement à l'hôpital on est très souvent, surtout en chirurgie je trouve, dans un moulin, où sans arrêt on a beau mettre notre présence pour signaler que l'on est en train de faire un soin et très souvent on est dérangés pendant notre soin parce que un brancardier vient nous dire qu'il a ramené

telle patiente du bloc opératoire, ce qui est important pour nous de le savoir mais je trouve ça extrêmement dérangeant quand on est en train de faire un soin de ce type-là, donc moi j'essaye toujours de barricader un peu la chambre, j'ouvre la porte en grand de la salle de bain parce que souvent elle permet de cacher finalement le lit de la patiente, dès que quelqu'un frappe je dis non je suis en soins, alors les gens rentrent quand même mais j'essaye au maximum de respecter cette intimité là et de ne pas dénuder complètement la personne aussi parce que c'est déjà un moment pas simple à vivre et si tout le monde vient voir ce qu'il se passe en même temps c'est encore plus compliqué je pense à vivre.

ESI : C'est vrai que ce que vous abordez est quelque chose qui me parle et que j'ai pu rencontrer lors de mon parcours de stage...

IDE : Oui...Et ça c'est vraiment quelque chose qui me dérange beaucoup et que je n'arrive pas à...pour moi la présence, quand moi personnellement je suis dans le couloir et que je vois une présence je frappe et j'attends qu'on me réponde pour me dire si oui ou non je peux rentrer et je ne vais pas aller frapper rentrer. Il y a encore des progrès à faire à ce niveau-là je pense

ESI : Pour la dernière question, je voulais vous poser ma problématique pour savoir ce que cela vous évoque, ce que vous répondriez au premier abord à la question en quoi l'accompagnement infirmier pour vous influence l'acceptation de l'image corporelle après une mammectomie ?

IDE : Moi je dois répondre à cette question ?

ESI : Non, pas forcément y répondre mais juste me dire ce que cela vous évoque si vous le souhaitez ?

IDE : Ce que cela m'évoque c'est que pour moi c'est indispensable d'accompagner les gens sur cette étape, sur les différentes étapes de l'intervention parce que comme j'ai bien précisé il y a le avant qui est extrêmement important et moi ce que j'en pense c'est qu'effectivement plus les gens sont préparés en amont plus ça va leur permettre d'accepter les choses de manière plus...peut être pas plus rapide mais dans de meilleures conditions en tout cas. Donc pour moi l'accompagnement passe vraiment par, enfin, déjà ça n'englobe pas que l'accompagnement infirmier parce que le chirurgien aussi à son rôle dans la consultation préopératoire mais je pense que c'est primordial et qu'on ne peut pas laisser les gens seuls avec cette problématique. Mais qu'il y a encore du travail à faire malheureusement, tout n'est pas encore...

ESI : Il y a des axes de recherche justement ?

IDE : On a une collègue qui souhaitait faire de l'éducation thérapeutique, une formation sur l'éducation thérapeutique pour justement pouvoir proposer des ateliers sur la mammectomie, ça va se faire mais c'est pas encore complètement mis en place mais ça va se faire et je pense que c'est une très bonne chose parce qu'effectivement les dames auront peut-être du mal à franchir le cap et aller dans ce genre d'atelier mais je pense qu'une fois qu'elles y seront, elles se sentiront en confiance avec d'autres personnes qui ont eu le même vécu et avec qui ça pourrait être bien d'échanger

ESI : Ce serait donc plutôt des ateliers autour de partages d'expériences ?

IDE : Oui je pense, après je ne sais pas ce n'est pas moi qui suis à l'issue mais je pense que oui ça serait de l'échange. Après il existe quand même des réseaux, sur le réseau de la ligue il existe beaucoup de choses qui sont mises en place pour les femmes qui ont eu une mammectomie, des associations sportives notamment sur de l'aviron des choses comme ça qui sont mises en place et qui

sont vraiment dédiées aux patientes qui ont un cancer du sein alors pas systématiquement une mammectomie mais c'est vrai que ça peut être des outils qui peuvent vraiment être bénéfiques

ESI : Oui, et permettre de compléter ce qui peut être fait dans les structures de soins

IDE : Tout à fait

ESI : Très bien, avez-vous d'autres éléments à rajouter ?

IDE : Non je pense que j'ai fait le tour

ESI : Je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps de me répondre malgré votre journée de travail

IDE : De rien j'espère que ça va vous être utile

ESI : Oui il y a de nombreux éléments que je vais pouvoir analyser !

IDE : Je vous laisse, j'y retourne alors

ESI : Merci encore, et bon courage

ANNEXE VI

ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS

entretien 1 : homme IDE

entretien 2 : femme IDE

Objectif 1 : Mettre en évidence les ressentis et identifier les répercussions de la mammectomie pour les patientes

Questions :

- Lorsque vous prenez soin d'une femme qui vient de subir une mammectomie, comment abordez-vous cette "perte du sein" ?
- Pouvez-vous me citer des mots employés par les patientes concernant leurs ressentis, leurs sentiments face à l'ablation du sein ?
- Est-ce toujours mal vécu ?
- Quelles sont les répercussions (physiques, psychologiques, sociales, familiales) liées à la mammectomie auxquelles vous êtes le plus confronté ou exprimées par les patientes ?

Ressentis	Répercussions (importance de la notion du regard ++ de l'autre porté sur soi)
l'espèce de mutilation qui peut revenir dans la tête des gens, ce changement de corps avec vraiment l'impression d'être dans une phase où elles sont un peu dépersonnalisées, elles changent un peu d'enveloppe	avec le conjoint: la perturbation dans le couple, avec le regard du conjoint qui est extrêmement important peur du regard il peut y avoir évidemment des problèmes liés à l'intimité en fin de compte et à la découverte de la perte du sein avec le conjoint
avoir peur que ça se voit en fait en termes de volume (on retrouve la notion de regard), de manque de volume ça c'est quelque chose qui revient assez souvent	dans le domaine pro : peur du regard, peur de reprendre le travail avec ce regard là, avec le corps qui a changé.

elles ont la sensation que ça va se voit et c'est souvent ce à quoi moi j'ai été confrontée, c'est ça c'est est-ce que ça se voit, est-ce que ça se voit pas	perte de confiance en soi : Ce sont quand même des choses qui demandent une confiance en soi assez importante que ce soit dans le couple ou au niveau professionnel, il faut avoir déjà bien accepté les choses
c'est souvent avec les redons moi que j'ai des soucis en fait, plutôt qu'avec la cicatrice en elle-même, enfin par rapport à la peur du regard des autres et notamment de leurs enfants	
c'est toute cette image extérieure qui perturbe un peu	

Objectif 2 : Identifier quelle est la représentation de l'image corporelle pour les soignants

Question : Vous prenez donc en soin des patientes subissant une modification de leur image corporelle, quel est votre définition du terme "image corporelle"?

Définition	Place de l'image corporelle aujourd'hui dans notre société	Variabilités interindividuelles
le regard qu'a la personne sur soi, ce que l'on renvoie aux autres, la société, toutes les petites choses liées à la féminité	place importante : ça a forcément une grande part	on a tous plus ou moins confiance en nous, c'est parfois lié, à pleins de choses différentes
une représentation de son corps qu'on peut renvoyer à soi-même ou aux autres qui peut avoir des impacts sur plusieurs points que ce soit physique ou psychologique	mais forcément que l'aspect physique a un impact d'autant plus aujourd'hui où l'image est un peu partout, beaucoup de photos	
	important pour le soignant de prendre en compte cette place de l'image aujourd'hui dans notre société pour rassurer les patientes : donc forcément ça rentre en compte et c'est important aussi dans ce sens là pour pouvoir rassurer les gens. Cibler sur les priorités c'est extrêmement important dans ces moments là.	

Objectif 3 : Identifier les étapes du processus d'acceptation et les critères, moyens d'évaluation

Questions :

- Dans la littérature on parle du deuil de l'image corporelle, abordez-vous ce sujet ? et en quels termes ?
- Considérez-vous que les patientes doivent systématiquement passer par ce cheminement pour pouvoir accepter leur nouvelle image ?
- A partir de quel moment pouvons-nous dire que la patiente accepte sa nouvelle image corporelle ?

Les étapes	Signes d'acceptation	Signes de difficultés d'acceptation	Influence de la temporalité et de l'intégration du parcours sur le processus d'acceptation	Processus qui évolue, n'est pas linéaire et n'est pas acquis	Moyens d'expression de ces signes
les étapes d'acceptation et de déni, de colère, voilà, pour au final arriver à l'acceptation	flux verbal quand elle arrive vraiment à parler de son opération, des perspectives	personnes qui vont être dans la fuite, qui vont tout le temps changer de sujet si on leur pose la question de comment elles se sentent	Il y a vraiment des phases où elles peuvent s'exprimer qui ont été possibles et il y a une intégration du parcours où l'intervention vient comme une finalité, limite comme un soulagement en fait	Parce qu'on va parfois se dire oh la la ça va être très compliqué la patiente ne veut pas voir sa cicatrice donc on va se dire ça va être compliqué et en fin de compte elle va nous dire "oh bah ça va finalement la cicatrice j'ai réussi à regarder et ça va", il va y avoir une espèce de phase d'euphorie et puis on va se dire oh bah c'est bon elle a bien accepté les choses et puis en fait	elles ne vont pas forcément toujours exprimer des choses avec des mots. Ca peut être simplement plutôt leurs émotions il peut y avoir des pleurs. Parfois, c'est plutôt vis à vis de leur regard finalement qu'on voit les choses, si on voit que ça

				<p>c'est deux jours après que voilà les masques tombent et la répercussion peut se faire. Donc en fait, c'est jamais complètement acquis"</p>	<p>passé ou que ça passe pas bien</p>
<p>étapes importantes liées au choc de l'annonce</p>	<p>sensations de retrait, plus ou moins contrôlées par la personne lorsqu'on passe simplement la compresse parce que le message nerveux est complètement perturbé par le geste</p>	<p>des personnes avec des messages corporels exacerbés, où le simple fait de nettoyer créer un choc hyper violent</p>	<p>il y a des personnes où tout est ressenti comme violent parce que très rapide, parce que pas le temps d'intégrer, parce que pas les mécanismes d'intégration qui ont eu le temps de se mettre en place. Ça peut être extrêmement violent et là pour le coup être dans une colère au moment de l'intervention</p>	<p>ça peut être très fluctuant en fait.</p> <p>c'est jamais linéaire, un jour il y a une dame on va se dire "oh bah elle ça va bien aujourd'hui, ça s'est bien fait tout ça" et puis pof le lendemain ça ne va plus du tout</p>	
<p>singularité du cheminement selon chaque personne et aussi selon le type de chirurgie : dépend vraiment de chaque personne, je ne trouve pas que ça soit quelque chose de similaire pour chaque personne</p>	<p>ces signes là qui montrent que la personne est déjà dans un processus bien avancé où elle intègre bien le soin, où elle a bien intégré son image</p>	<p>il y a des sensations qui peuvent être désagréables voir douloureuses tout en étant hyper doux dans le geste mais parce que psychologiquement dur à intégrer</p>	<p>après ça peut être pour des personnes qui ont déjà pas mal démarché avant sur le soin,</p>	<p>la patiente qui va être complètement désinhibée à ce niveau là au final et puis on se rend compte que finalement par le biais d'aller pousser au niveau de la</p>	

<p>selon mammectomie de prophylaxie, avec reconstruction immédiate ou différée, l'abord et le vécu des choses est différent : y a des femmes ici qui viennent pour avoir des mammectomies en prophylaxie qui ne vont pas du tout avoir la même façon de penser que quelqu'un qui au contraire va avoir une mammectomie</p> <p>Quand effectivement c'est une reconstruction qui se fait dans l'immédiat les femmes vont effectivement avoir quand même une perte d'une partie de son propre corps mais finalement va être reconstruite tout de suite donc ne vont peut être pas avoir la même difficulté qu'une patiente qui ne va pas avoir de reconstruction immédiatement.</p>				<p>communication ou même les pleurs on se rend compte que finalement les choses ne sont pas acceptées.</p>	
<p>.c'est pas généralisé mais il y a des étapes en tout cas : il y a une première étape de cicatrisation à accepter avec oedèmes, ces hématomes, ensuite il y a tout ça qui va s'effacer et du coup la cicatrice va être un petit plus jolie, et après il y a les étapes qui</p>	<p>personne au retour de bloc : qui vont déjà être dans un côté paisible</p>	<p>Le retour de bloc avec des personnes qui vont être mutiques</p>			

vont être faites à la maison aussi apprendre à réapprivoiser son corps, d'utiliser la prothèse					
il y a différentes phases en tout cas d'acceptation pour moi	à la vue de la cicatrice :Comme il peut y avoir au contraire un "oh je m'attendais à pire	Lors de la première réfection du pansement demande si veulent voir la cicatrice : Certaines vont répondre dans l'immédiat "non"			
Et il y a une étape aussi après qui va être importante mais souvent c'est plutôt les kinés qui prennent ce relais là c'est le massage de la cicatrice parce qu'il y a le côté je me réapproprie mon corps en voyant la cicatrice mais il faut aussi pouvoir se toucher et je trouve que le côté massage de cicatrice, qui peut être plus abordé avec les kinés, peut être important pour l'acceptation aussi en fait.		il y a des dames qui ne souhaite pas du tout regarder avant leur sortie ce côté très fermé où la patiente ne veut vraiment pas regarder, ne veut pas échanger là-dessus, ne veut pas se voir.			
		à la vue de la cicatrice : Il peut y avoir une réaction plutôt négative avec des pleurs et une grosse difficulté.			

Objectif 4 : Connaître les éléments mobilisés afin d'aider les patientes à améliorer leur image corporelle, dans le cheminement d'acceptation

Question : Quels sont les moyens que vous utilisez pour aider les patientes à retrouver une image corporelle plus positive ?

Respecter le rythme et souhaits des patientes : individualiser la prise en soins	Soins de support	Prothésiste	Importance du lien de confiance	Conseil, aide à la projection sur l'avenir
<p>quand la personne se sent capable bien sûr</p>	<p>On leur propose tout de suite aussi si ils préfèrent, s'ils ont envie ou le besoin de voir un psychologue, seule ou avec leur conjoint ou avec leur famille.</p> <p>Sinon pour vraiment l'image corporelle, la problématique liée à l'intervention ça va être surtout avec le psychologue qu'on va pouvoir travailler.</p>	<p>revues par la prothésiste pour pouvoir se rhabiller avec leurs sous-vêtements un peu plus standards et reprendre confiance comme ça</p>	<p>il faut réussir à gagner la confiance</p>	<p>j'essaie en tout cas de les accompagner en leur disant qu'il faut vraiment qu'elles voient au jour le jour et qu'elles acceptent les choses étapes par étapes</p>
<p>si la personne en a le désir et en fait la demande</p>	<p>il y a des associations qui sont montées personnes qui sont passées par le même parcours et pour le coup ça peut être très aidant parce que tout de suite mieux comprises, parce que des personnes qui sont passées par là vont avoir les mots encore plus juste bien sûr</p>	<p>dans le service, on a des prothésistes qui passent pour proposer des prothèses dans un premier temps en mousse</p> <p>si la prothésiste n'est pas passée le jour où la patiente a vu le pansement, a vu la cicatrice, pour pouvoir</p>		<p>j'ai un rôle de conseil</p>

	<p>associations sportives dédiées aux patientes qui ont un cancer du sein ça peut être des outils qui peuvent vraiment être bénéfiques</p>	<p>avoir un effet volume toujours sous le pansement on a pour pratique de soit leur proposer de mettre un pansement américain pour faire un peu plus de volume soit à sa demande on ne met rien aussi ça dépend ou alors une fois que la prothésiste est passée on met la prothèse.</p> <p>on essaye de les accompagner au maximum dans toutes ces étapes là</p>		
<p>y a des dames qui vont très vite se projeter dans la reconstruction quand même alors que d'autres pas du tout</p>		<p>si elles ont la prothèse elles se rendent compte que finalement une fois qu'elles se voient dans le miroir et bah si personne ne leur a dit, les gens ne le savent pas quoi et ça elles s'en rendent compte de ça.</p>		<p>pour les accompagner on va leur dire que les choses vont évoluer, que la cicatrice va s'estomper, je vais leur expliquer ces différentes étapes avec les prothèses qui font qu'elles vont pouvoir refaire des nouvelles choses</p> <p>donc ça va leur permettre de se projeter</p>

je vais surtout me baser sur ce qu'elles font en règle générale, qu'est-ce qu'elles aiment faire pour voir ce qu'elles pourront reprendre pour reprendre entre guillemets une vie normale sur la suite de l'intervention				
--	--	--	--	--

Objectif 5 : Identifier les étapes, moments importants de l'accompagnement dans le parcours de la patiente et comprendre quel impact ont-ils dans la prise en soins, le cheminement

Question : Existe-il des moments "cruciaux" dans l'accompagnement infirmier auprès des patientes ? Si oui, quels sont-ils et pourquoi ?

Le pré-op et l'accueil :

Important	ce que cela permet pour les soignants	ce que cela permet pour les patientes
quand on accueille la personne c'est un temps qui est important	évalue un petit peu à l'accueil où elle en est dans l'intégration du geste et comment elle se sent psychologiquement : signes qui nous sont transmis par la patiente en termes de communication, si elle verbalise bien tout ce qui est en train de se passer, si elle arrive à définir son état d'anxiété	être informée sur les suites et le déroulé opératoire
l'accueil est hyper important pour ça	cibler un petit peu ses peurs.	temps où la personne peut exprimer ses appréhensions et avoir pas mal de réponses
c'est important qu'il y ait cette visibilité là sur le déroulé de l'hospitalisation, pour que les personnes comme ça ait		se projeter , Et ça rassure sur ce qu'elles ressentent en fait. Le fait de pas se cacher de ce qu'elles ressentent et du coup se sentir un peu moins seules

<p>un peu de perspective sur ce qui va leur arriver.</p>		
		<p>pour que justement le stress et l'angoisse soient moins présents le jour J de l'intervention</p>
<p>.le avant pour moi est extrêmement important pour pouvoir préparer au mieux les patientes</p> <p>le avant est extrêmement important</p>	<p>permet de prendre un bon temps et d'évaluer un petit peu tout cet état là, général.</p>	<p>influence dans le processus d'acceptation : j'estime que plus les gens sont informés et plus les choses peuvent être acceptées de manière plus facile, enfin c'est pas plus facile c'est mieux acceptées.</p> <p>plus les gens sont préparés en amont plus ça va leur permettre d'accepter les choses de manière plus...peut être pas plus rapide mais dans de meilleures condition en tout cas.</p>
	<p>au départ on définit les temps d'hospitalisation, le déroulé de la journée dans laquelle il va y avoir le geste opératoire, les données techniques, détailler les aspects du séjour avec les temps importants, de leur dérouler un peu le parcours</p>	
	<p>permet l'entrée en relation : de connaître un peu mieux la personne, ses ressources personnelles, son entourage, l'environnement, les enfants, le mari.</p> <p>l'accueil où déjà on peut un peut définir les ressources des personnes</p>	

	<p>on cible tout de suite aussi les personnes qui arrivent à échanger, à établir une relation un peu de confiance et à se livrer</p> <p>ou les personnes qui sont renfermées sur elles-mêmes, qui ne vont pas être dans un bon temps pour se livrer justement</p>	
	<p>l'intérêt à l'accueil de cibler ce qui a été fait en amont et là où se situe la personne surtout</p>	
	<p>A l'accueil, au départ du bloc on voit déjà le niveau de stress avant l'intervention et comment elles arrivent à le gérer.</p>	
	<p>permet d'évoquer l'ablation du sein : Avec nos consultations d'accompagnement, on essaye d'anticiper par contre, ce moment là</p> <p>je propose, enfin j'explique à la patiente, je peux montrer des photos, je leur montre parfois aussi les prothèses qu'on va leur proposer durant le séjour et effectivement à ce moment-là j'en parle, lors de la consultation avant l'intervention</p>	

Pansement :

<p>aller, s'adapter au rythme de la patiente</p>	<p>accompagnement IDE primordial pour la découverte de la cicatrice</p>	<p>émotions générées</p>
<p>ça va dépendre du stade où en est la patiente en elle-même</p> <p>c'est vraiment en fonction de la personne</p>	<p>dans le même temps que le pansement où on va leur proposer si elles veulent aller voir la cicatrice devant le miroir.</p>	<p>c'est souvent à ce moment-là où la confiance doit un peu se créer, les personnes craquent souvent à ce moment là parce que c'est les premières confrontations qui sont violentes et c'est pour ça</p>

<p>c'est en fonction de comment la patiente est prête</p> <p>Vraiment c'est en fonction de ce qu'elles souhaitent et surtout de ce qu'elles sont prêtes à faire.</p> <p>si elles sont prêtes</p>	<p>ça fait partie des étapes, sans être trop pressants, si elles le désirent c'est quelque chose qu'on peut faire avec elles, justement pour les rassurer d'un point de vue cicatriciel.</p>	<p>qu'on est là sur le moment et après pour les accompagner</p>
<p>Je demande à la patiente si elle souhaite regarder ou pas son pansement pour pouvoir faire les choses par étapes.</p> <p>savoir si oui ou non elle est en accord pour regarder ou s' il faut qu'on diffère.</p>	<p>On aime bien qu'elles l'aient vu avant qu'elles partent pour pas qu'elles soient dans cette situation là seules à la maison.</p> <p>je leur informe que si elles n'ont pas vu la cicatrice pendant le séjour d'hospitalisation que c'est important qu'elles soient accompagnées pour pouvoir regarder elle-même la cicatrice</p> <p>parce qu'effectivement elles vont se poser des questions et pas forcément avoir de réponses si elles sont seules à regarder et ça nous permet à nous de les accompagner au mieux, de les rassurer sur l'état de l'évolution finalement de la plaie post opératoire</p> <p>on ne sait pas ce qu'il se passe à la maison donc j'essaye au mieux de préparer en expliquant qu'il faut être accompagnée pour pouvoir découvrir son corps et non pas se voir seule parce qu'on a pleins de questions et qui vont perturber les choses</p> <p>il y a des dames qui ne souhaitent pas du tout regarder avant leur sortie, dans ces cas là si vraiment elles ne souhaitent pas je vais même leur demander à ce qu'elles</p>	<p>aller d'elle-même regarder la cicatrice et dans ces cas là il peut y avoir des tas de réactions : positives avec une sorte de soulagement, s'attendaient à pire ou négatives avec pleurs</p>

	soient plutôt avec leur infirmière libérale pour pouvoir être accompagnées et qu'il y ait un relais	
si refus de voir la cicatrice au premier pansement : dans ces cas là on va faire le soin en faisant en sorte qu'elles ne voient effectivement pas la cicatrice et attendre le lendemain	je vois avant de faire le pansement si le chirurgien lui avait parlé plus ou moins de la cicatrice comment elle allait être	finalement l'échange n'est pas forcément au moment vraiment où elles vont poser des questions sur l'état de la cicatrice en fait, je pense qu'elles vont se raccrocher à ça à ce moment là où on voit la cicatrice ça va être ça. Après il peut y avoir un peu plus de recul sur les jours suivants et dire effectivement enfin poser des questions sur combien de temps ça va durer, combien de temps enfin elles se projettent plus même certaines sur la suite, sur la reconstruction,
	<p>je leur dis vraiment vous m'appellez vraiment dès que vous avez fini la douche pour éviter que le pansement se décolle tout seul et que je ne sois pas présente à ce moment là</p> <p>parce que parfois le pansement avec l'eau peut tomber et c'est vrai que je me dis voilà si elles se retrouvent seule dans la douche avec le pansement qui est tombé bah ce n'est pas un moment où je serai là et je ne pourrai pas l'accompagner à ce moment là donc je trouve ça très important,</p>	
	<p>une fois que la patiente a vu son pansement, enfin vu sous le pansement, je peux leur proposer de se voir dans un miroir.</p> <p>Dans un premier temps un petit miroir, on a des petits miroirs que l'on peut proposer pendant le soin ou alors si</p>	

	elles sont prêtes à aller devant le miroir de la salle de bains pour se voir de plain pied	
	pendant c'est important aussi de rassurer la patiente en expliquant ce qui a été fait, qu'il y a des oedèmes, que ça va évoluer.	

Objectif 6 : Identifier les compétences et qualités soignantes nécessaire pour prendre en soins au mieux les patientes

Questions :

- Quelles sont selon vous les qualités ou compétences indispensables que l'infirmier doit avoir pour accompagner au mieux les patientes ?
- Accompagnez-vous toujours les patientes de la même façon ?

confiance	écoute et empathie	soutien, réassurance	prendre le temps, être disponible respecter le rythme,	s'adapter à chacune	être authentique	connaissance du parcours de la patiente	bienveillance, bientraitance
il faut réussir à gagner la confiance... par sa posture, par l'écoute qu'on amène, par ce qu'on peut leur amener comme aide.	position d'écoute	les rassurer sur le fait qu'elles ne sont pas seules dans cette situation	Bannir l'urgence dans la prise en charge si on le fait une fois, deux fois, trois fois on perd la confiance de la personne	Après en termes de posture, si on se met en phase avec la personne qui est en face ça coule de source	être assez nature si la patiente nous voit nature et nous livrer simplement elle va en faire de même naturellement	connaissance du parcours, c'est hyper important pour savoir où elles en sont,	être dans la bientraitance bientraitant

<p>instaurer un bon lien de confiance.</p>	<p>Et puis bien sur l'empathie au plus haut point, c'est indispensable</p>	<p>expliquer à la personne.</p>	<p>il faut prendre le temps</p>	<p>le fait de s'adapter parce que si on se dit moi j'ai un pansement à faire je dois mettre tel type de pansement et bah ça va peut être pas pouvoir se faire si la patiente n'est pas prête à accepter ce soin là</p>		<p>ça leur permet d'avoir confiance en la personne qui les prend en charge parce qu'elles ont besoin de ces informations là,</p>	<p>respect de l'intimité : l'importance de l'intimité j'essaye au maximum de respecter cette intimité là ne pas dénuder complètement la personne parce que c'est déjà un moment pas simple à vivre et si tout le monde vient voir ce qu'il se passe en même temps c'est encore plus compliqué je pense à vivre</p>
<p>impact du sexe différent : D'autant plus en étant un homme parce qu'il y a tout de suite</p>	<p>il faut être extrêmement à l'écoute de la patiente</p>	<p>elles ont besoin d'être rassurées</p>	<p>Ces liens de confiance ils se créent, ils peuvent se créer assez vite mais il ne faut pas les</p>	<p>s'adapter à la personne qu'on a en face de soi parce que ce n'est pas un soin c'est une</p>		<p>leur montrer qu'elles ont quelqu'un en face d'elle qui maîtrise</p>	

<p>cette confrontation avec le regard du sexe opposé qui peut être un peu plus difficile d'emblée avec une femme qui vient juste de se faire opérée.</p>	<p>être à l'écoute x3</p>		<p>casser par des postures justement liées à la charge de travail. Voilà il faut faire attention à ça</p>	<p>personne qu'on a en face de nous.</p>		<p>un peu le sujet ça les rassure.</p>	
			<p>il faut prendre les étapes étape par étape</p>			<p>pour cela, le travail en équipe est important : échange avec les médecins, échange avec les psychologues, échange avec les collègues qui font de l'accompagnement, échange avec les radiologues : chacun a une vue du patient sous un certain angle et nous on en étant infirmier on est vite au milieu de tous ces angles là</p>	

			<p>si y a besoin de rester plus longtemps</p> <p>avoir le temps, de prendre le temps avec les gens pour pouvoir faire le soin est très très important</p>				
			<p>être disponible au moment du soin</p> <p>si les gens sentent qu'on est pressés et que du coup on est pas là pour écouter leurs difficultés elles ne vont pas se livrer à nous donc ça c'est quelque chose de très important</p>			<p>il faut montrer au patient qu'on sait qu'elle a été vue par un psychologue donc qu'il y a déjà telle prise en charge, qu'elle a eu ses informations là</p>	
						<p>Ca permet de tout synthétiser et nous quand on la voit lui montrer que l'on connaît son parcours</p>	

Objectif 7 : Comprendre l'influence que peut avoir l'accompagnement infirmier sur le cheminement vers l'acceptation de l'image corporelle

Question : Selon vous en quoi l'accompagnement infirmier concernant les répercussions physiques et psychologiques d'une patiente ayant subi une mammectomie influence-t-il l'acceptation de sa nouvelle image corporelle?

Rôle IDE primordial	Perspectives de recherches, d'avenir
influence à 200% ce processus	il y a encore du travail à faire
On a un rôle hyper important, chacun ses méthodes, chacun sa personnalité mais on peut tous apporter les uns après les autres, au fur et à mesure de la journée, une façon de leur faire passer ce cap là d'acceptation et les aider	On a une collègue qui souhaitait faire de l'éducation thérapeutique, une formation sur l'éducation thérapeutique pour justement pouvoir proposer des ateliers sur la mammectomie
je pense que des personnes qui peuvent arriver en colère peuvent repartir apaisées	je pense que c'est une très bonne chose parce qu'effectivement les dames auront peut être du mal à franchir le cap et aller dans ce genre d'atelier mais je pense qu'une fois qu'elles y seront, elles se sentiront en confiance avec d'autres personnes qui ont eu le même vécu et avec qui ça pourrait être bien d'échanger
un rôle central	
pour moi c'est indispensable d'accompagner les gens sur cette étape, sur les différentes étapes de l'intervention	
collaboration : le chirurgien aussi a son rôle dans la consultation préopératoire	
je pense que c'est primordial et qu'on ne peut pas laisser les gens seuls avec cette problématique	

ABSTRACT

La chirurgie de mammectomie entraîne de nombreuses répercussions pour les femmes et surtout une perturbation de l'image du corps.

Ce mémoire de fin d'étude aborde la notion de l'influence de l'accompagnement infirmier concernant l'acceptation de cette nouvelle image corporelle.

Au cours de ce travail, à travers différentes lectures, les concepts théoriques de mammectomie, d'image corporelle, d'accompagnement infirmier et d'acceptation sont étudiés. Puis, ils sont complétés et approfondis par deux entretiens réalisés auprès de deux infirmiers travaillant en chirurgie dans le but de répondre à la question "En quoi l'accompagnement infirmier concernant les répercussions physiques et psychologiques d'une patiente ayant subi une mammectomie influence-t-il l'acceptation de sa nouvelle image corporelle?".

Au terme de cette recherche, on comprend que l'acceptation est avant tout un travail personnel réalisé par la patiente mais que l'accompagnement infirmier est important afin de la guider en établissant une relation d'aide pour favoriser ainsi la progression. L'infirmier a donc un rôle d'accompagnement personnalisé fait d'écoute, d'empathie, de relationnel auprès de la patiente mais aussi de son entourage.

Mastectomy surgery has many impacts on women especially on the body image.

This final research report discusses the influence concept of the nurse care over the acceptance of this new body image.

During this work, through different readings, the concepts of mastectomy, body image, nurse care and acceptance have been studied. Then, they have been completed and detailed through two interviews realized with two nurses working in a surgery unit in order to answer the initial question "How does the nurse care concerning the physical and psychological impacts on a patient who has undergone a mastectomy influence the acceptance of a new body image?".

At the end of this research, we understand that the acceptance is above all a personal work made by the patient, however nurse care is important in order to guide her by establishing a supporting relationship for helping and promoting the progress. Therefore the nurse has a role of personalized support made of listening, empathy, relational care and support with the patient and her family.

Mots-clés : Mammectomie, image corporelle, accompagnement infirmier, soin relationnel, acceptation

Keywords : Mastectomy, body image, nurse care, relational care, acceptance