



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

Les Amazones au coeur du combat



anonyme)

Michelle Leman (*modèle*)

Formateur référent mémoire : Mylène Tostivint

GEOFFROY Juliette
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

02/05/2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

Travaux de fin d'études :

La modification de l'image corporelle chez une femme qui subit une mastectomie totale

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 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 01/04/2022

Identité et signature de l'étudiant : Mme Geoffroy Juliette

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.

Note au lecteur

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

Remerciements

Je souhaite remercier Mme Tostivint, ma directrice de mémoire, qui a su me guider en répondant à toutes mes questions et interrogations pendant ce travail fastidieux.

Un grand merci à mes parents pour leur grande capacité d'écoute et de soutien lors de cette formation riche en émotion.

Je tiens à remercier également mes amis et plus particulièrement Lily ma colocataire et amie sans laquelle mes études n'auraient pas eu le même goût.

Merci à Andrée, Lucie, Jocelyne et Hélène qui sont des infirmières qui ont pour de multiples raisons marqués mes stages, ma mémoire et parfois même un peu mon cœur.

J'ai également apprécié la confiance et les remerciements des patients que j'ai pu prendre en charge et qui étaient tous plus courageux les uns que les autres à mes yeux.

Enfin j'ai aujourd'hui une pensée toute particulière pour Cathy.

NOM: Geoffroy
PRÉNOM: Juliette

Titre: les amazones au coeur du combat

Résumé/Abstract

Une femme qui subit une mastectomie totale voit sa vie bouleversée, aussi bien au niveau de son image corporelle que par la modification de l'organisation de son environnement. Les soignants en cancérologie doivent accompagner ces femmes dans leur nouvelle vie. Mes situation d'appels m'ont amenés à me demander si la prise en charge des ses femmes était similaire ou non. Ma question de départ est donc la suivante: **En quoi l'accompagnement infirmier permet à une patiente ayant subi une mastectomie d'appréhender sa nouvelle image corporelle ?**

Dans un premier temps, j'ai cherché à exploiter les différentes notions qui se rapportait à ce sujet, à savoir : L'accompagnement infirmier, La mastectomie et l'image de la femme dans notre société (notamment la poitrine)

Ensuite j'ai réalisé des entretiens avec un infirmier qui travaille en chirurgie oncologique et une infirmière en oncologie médical/soins palliatifs pour avoir un point de vue plus réaliste et professionnel répondant à mes concepts et mes questions. Pour finir, j'ai analysé et comparé mon cadre conceptuel, mes entretiens et mon point de vue personnel pour tâcher de répondre à ma question de départ et ensuite l'amener à une nouvelle question de recherche.

Mots clés: Cancer, Mastectomie, Relation soignant-soignée, Image corporelle

A woman who undergoes a total mastectomy sees her life bulged, both in terms of her body image and the change in the organization of her environment. Cancer care providers need to support these women in their new lives. So my initial question is this: How does nursing support help a mastectomy patient deal with her new body image?

At first, I tried to exploit the different notions that were related to this subject, namely subject, namely : **Nursing support, mastectomy and the image of women in our society (especially the breast)**

Then I conducted interviews with a nurse who works in surgical oncology and a nurse in medical oncology/palliative care to have a more realistic and professional point of view that would answer my concepts and questions.
to try to answer my original question and then bring it to a new research question.

Keywords: Cancer, Mastectomy, Caregiver Relationship, Body image (body ideal)

Sommaire

Introduction	1
1. De la situation d'appel à la question de départ.	2
1.1 Situation d'appel n°1	2
1.2 Situation d'appel n°2	3
1.3 Des situations d'appel à la question de départ	5
2. Cadre théorique	5
2.1 Accompagnement infirmier	5
2.1.1 Qu'est ce que l'accompagnement	5
2.1.2 La relation soignant soigné	6
2.1.3 La place de l'infirmier dans l'accompagnement d'une femme qui subit une mastectomie	7
2.2 La mastectomie	8
2.2.1 La symbolique de la poitrine	8
2.2.2 Les différents types de chirurgies possibles	9
2.2.3 La mastectomie totale	10
2.3 Image corporelle	11
2.3.1 L'image de la femme dans la société actuelle	11
2.3.2 L'impact physique des traitements sur l'image corporelle	12
2.3.3 L'impact psychologique (estime de soi)	13
3. Le dispositif méthodologique du recueil de données	14
4. Analyse Descriptive	16
5. La discussion	18
6. Conclusion	22
7. Bibliographie	24
I. ANNEXE	26
II. ANNEXE	35
III. ANNEXE	40

Introduction

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, nous sommes amenés à effectuer un travail d'initiation à la recherche en lien avec les unités d'enseignements : 3.4 « Initiation à la démarche de recherche », 5.6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles » et 6.2 « Anglais ».

Ce travail de fin d'étude s'amorce tout d'abord sur une phrase qu'une patiente m'a dit en stage. Cette patiente allait subir une amputation de jambe et m'a confié que même si c'était tragique pour elle, ce n'était pas comme si on lui enlevait un sein.

Suite à cela, je me suis appuyée sur des situations que j'ai pu vivre en stage et qui m'ont profondément questionné sur la prise en charge de patientes qui ont subi une amputation et plus précisément l'ablation d'un sein mais également l'impact que cela pouvait avoir sur ces derniers.

La première situation traite de la vision qu'une personne âgée ayant subi une mastectomie totale a de son propre corps. Ma seconde situation est une retranscription d'un entretien que j'ai eu avec une femme qui a vécu une mastectomie il y a 2 ans et qui a accepté de me relater son parcours.

Afin d'exploiter les situations de départs, j'ai d'abord étayé les principaux concepts grâce à diverses lectures et recherches documentaires puis grâce aux entretiens infirmiers que j'ai réalisés, je me suis rendu compte des différences et des similitudes entre mes recherches et le terrain.

Cette analyse m'a permis de réaliser une ouverture pour un travail de recherche futur

1. De la situation d'appel à la question de départ.

1.1 Situation d'appel n°1

Cette situation je l'ai vécu lors de mon premier stage en école d'infirmière. J'étais dans un Ehpad pour 5 semaines de stage. J'étais au contact d'une population âgée. Il y avait plusieurs ailes dans cet établissement dont une destinée pour les personnes ayant des troubles cognitifs.

Je m'occupais de madame R, 87 ans, dans une maison de retraite. J'allais voir tous les deux jours cette résidente pour faire une réfection de pansement sur son sein gauche.

Madame R a subi une mastectomie étant jeune, une cicatrice était donc présente au niveau de son sein droit. Cette femme est autonome dans l'éhpad, les As et les ides passaient seulement si madame en faisait la demande. Quelques jours après mon arrivée dans l'établissement, Madame R est venue exprimer une gêne au niveau de sa poitrine de l'autre côté (gauche), elle est alors allée passer des examens en externe et le radiologue a vu de nouveau ganglions inflammatoires. Mme R a été avertie de cette nouvelle et après d'autres examens un curage ganglionnaires a eu lieu. A la base la cicatrice était assez petite et propre cependant elle s'est infectée à l'éhpad.

Un jour j'ai pu faire ce soin en autonomie, j'étais donc seule dans la chambre de madame R et cette dernière me dit :

"Vous savez je pensais que mes seins n'allaient plus jamais me faire souffrir...Le jour où on m'a enlevé la tumeur je me suis dit : c'est terminé, on en parle plus. C'était un véritable soulagement"

Sa phrase m'a interpellé car je savais que cette dame avait eu un cancer du sein à ses 40 ans et je parlais du principe que la mastectomie qu'elle avait subie était peut-être un souvenir douloureux. Je n'aurais jamais pensé entendre le mot "soulagement" pour parler de l'amputation d'une partie du corps, j'ai donc décidé de creuser un peu la question avec cette résidente qui semblait loquace sur le sujet :

"Quand vous dites soulagement, c'est parce que vous étiez douloureuse ? Votre poitrine vous fait souffrir ?

-Non pas du tout, je n'avais pas particulièrement mal au sein mais j'étais terrifié par l'idée d'avoir une tumeur cachée à l'intérieur. De plus ça me donnait l'impression de "porter" mon cancer avec moi tous les jours. Quand les médecins m'ont annoncé qu'elle avait assez diminué pour qu'on l'enlève, je me suis senti vidé d'un poids énorme."

A la fin de cette brève conversation je n'ai pas su quoi répondre, j'ai fini mon pansement en lui signalant que c'était plus propre que la semaine précédente et je suis partie de la chambre en lui souhaitant une bonne fin d'après-midi.

1.2 Situation d'appel n°2

Re transcription de l'entretien :

Mme D est une femme d'une quarantaine d'année qui vit à la réunion. Elle a eu son cancer du sein en 2017. Elle a fait la découverte d'une masse lorsqu'un collègue infirmier lui a donné un petit coup au niveau de la poitrine. De là, elle ressent une petite gêne qu'elle prend pour un hématome (lié au coup). Elle va alors en métropole pour les vacances et décide de consulter un médecin de son ancien service car cette masse grossissait. Elle fut redirigée vers un radiologue assez rapidement, et là l'histoire commence :

Mme D m'explique que dès son retour à la réunion elle prend rendez-vous avec un radiologue qui lui a fait comprendre de manière détournée que ce qu'elle avait n'était pas un kyste, pas juste une masse ...

Mme D me dit à ce moment-là : je savais déjà que c'était un cancer mais je ne voulais pas y penser

Enfin la biopsie a lieu, ce fut un examen douloureux pour Mme D car le radiologue n'a pas pris en charge sa douleur et ses appréhensions. De plus, le temps de latence entre la biopsie et l'obtention des résultats était de 3 à 4 semaines. Un délai interminable pour elle.

Puis le jour J l'annonce : son médecin lui explique frontalement que c'est un cancer et qu'elle va avoir de nombreux traitements, chimio, radio, sûrement opération etc... Il faut aussi qu'elle pense à faire quelque chose au sujet de ses ovaires si elle souhaite avoir des enfants plus tard. Une tornade d'information suivie d'une pluie d'ordonnances lui tombe dans les bras.

Enfin tout s'enchaîne très rapidement, le premier rendez-vous avec l'oncologue qui lui explique le traitement sans s'attarder sur la compréhension que Mme D avait de tous ses événements.

Mme D m'explique : *"si je ne vais pas à la pêche à l'information je n'ai rien, de plus mon travail d'AS me permet de comprendre certains termes médicaux qu'on ne m'explique pas mais une personne en dehors du métier aurait été complètement perdu"*

La première séance de chimiothérapie a lieu avec comme grande question : *"Dr est ce que je vais perdre mes cheveux ?"*

La réponse a été sans appel : *"Oui d'ici 2 à 3 semaines vos cheveux vont commencer à tomber"*

Mme D : *"Cette annonce a été très dure, beaucoup de larmes et surtout un vrai coup au moral... Mais il faut rester fort ! Ma famille a été très présente, ma maman et mon conjoint étaient toujours là pour moi j'étais très entourée et soutenue."*

Les cheveux de madame D tombent plus tardivement que prévu *"peut-être ai-je été épargnée"* se dit-elle. Mais quelques jours plus tard, elle commence à retrouver des paquets de cheveux sur son oreiller le matin. *"Je ne les couperais pas "* me dit Madame D. Il était hors de question de couper ses derniers cheveux du moins elle-même. Mais un jour un ami coiffeur lui a dit *"il faut raser maintenant, il faut penser à l'avenir et passer à autre chose"*

Mme D a accepté cette proposition, elle m'explique également que toute la durée du cancer elle avait le sentiment de devoir en faire *"trop"* pour se sentir un peu jolie : se maquiller à outrance et tout le temps, porter des perruques ou un foulard.

J'en profite pour lui demander si ce besoin de se maquiller et d'avoir une perruque à un lien avec une *"pression sociétale quel qu'elle soit"* et elle me répond que... Et bien pas du tout ! C'est surtout le ressenti et le besoin qu'elle a personnellement.

L'autre moment fort de cette maladie a été l'opération et surtout la cicatrice. Cette cicatrice à longtempes pesé madame D *"je ne regardais plus ma poitrine, je l'ignorais"*.

Suite à cette opération il y a eu d'autres traitements mis en place. Je questionne Mme D sur la présence et le rôle des infirmières pour elle : *"elles ont toutes été adorables mais elles n'ont pas le temps... Tu n'as pas le temps de partager tes craintes à une ide d'hôpital de semaine."*

Pour conclure cet entretien Mme D m'explique qu'elle a recommencé a accepté entièrement sa poitrine quand la cicatrice a disparu, d'autre part elle revient sur le fait qu'elle aurait aimé qu'il y ai un meilleur accompagnement psychologique et des explications peut être plus *"simple"* pour que tout soit bien clair pour elle.

Mme D a été très entourée tout au long de la maladie par sa famille et son conjoint. Elle constate un réel lâcher prise suite à cette leçon de vie. Aujourd'hui elle est devenue mère pour sa plus grande joie et aime partager son histoire quand on lui demande car *"pour aller mieux il faut en parler"*

1.3 Des situations d'appel à la question de départ

Après ces deux situations, plusieurs questions ont raisonné en moi.

Tout d'abord, j'ai été étonné de la différence qu'il pouvait y avoir d'une personne à l'autre notamment sur l'acceptation de la mastectomie. Est-ce en lien avec l'évolution de la société ? La pression que les panneaux publicitaires et autres médias propulsent sur les femmes de notre génération ?

Je remarque aussi une grande différence dans le discours de ses deux femmes, l'une parle de "délivrance" face à l'ablation de se sein, l'autre d'une réelle épreuve. Je me demande alors si la prise en charge de ses deux femmes a été similaire ou très différente ? Je me doute que les méthodes chirurgicales et la recherche ont évolué entre l'histoire de ses deux patientes néanmoins j'aimerais savoir s'il y a des attitudes soignantes bénéfiques à l'acceptation de la maladie et de la mastectomie.

Et l'après ? Quelles sont les reconstructions possibles après une mastectomie, quand sont-elles envisagées et est-ce toujours envisageable ?

C'est ainsi, en partant de toutes ces questions qui fusent dans ma tête que je bascule dans ma question de départ : En quoi l'accompagnement infirmier permet à une patiente ayant subi une mastectomie d'appréhender sa nouvelle image corporelle ?

2. Cadre théorique

2.1 Accompagnement infirmier

2.1.1 Qu'est ce que l'accompagnement

D'après le dictionnaire Le Robert, l'accompagnement est : "se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui" ou encore "être avec quelqu'un lui tenir compagnie".

Dans le dictionnaire Larousse une autre définition est donnée au mot. : "Accompagner quelqu'un du regard, de ses pensées, etc."

Ces deux définitions se complètent à tous égards. Elles mettent l'accent sur différents aspects de l'accompagnement : l'accompagnement physique d'une personne et/ou l'accompagnement psychologique (par la pensée être avec quelqu'un).

Plusieurs soignants notamment des infirmiers ont écrit des ouvrages qui traitent de l'accompagnement. C'est le cas de Philippe Gaurier qui dit dans son œuvre De l'accompagnement du soignant au soigné: *"Je n'ai pas ressenti l'impact du mot « accompagnement » pendant mes années de contact direct avec le malade. J'étais infirmier et c'était mon travail, tout simplement."*

Dans son ouvrage Philippe Gaurier explique que lors de ses études l'accompagnement des patients lui semblait être quelque chose d'innée. Cependant on peut observer plus loin dans le texte que maintenant qu'il est formateur il se questionne : Qu'est-ce que l'accompagnement infirmier ? Quelle importance à l'accompagnement dans la prise en charge du patient ?

Suite aux différentes définitions et recherches établies par certains auteurs, on peut définir l'accompagnement comme étant : le fait d'aider, de prendre par la main une personne dans le but de la mener à son objectif, tout en respectant la dignité de cette dernière. Cette notion est aujourd'hui au cœur des apprentissages de la formation infirmière.

Alors que certains étudiants peuvent avoir une appétence particulière pour le "prendre soin" et une certaine facilité de contact et de soutien, Gabrielle Goyen Pétrin (infirmière clinicienne) rappelle que *"le soin est une expertise, ce n'est pas quelque chose d'innée."*

En IFSI (institut de formation en soins infirmiers), la formation propose des matières comme l'enseignement de l'ETP (Education thérapeutique du patient) qui permet d'accompagner au mieux un patient dans la prise en charge de son affection à longue durée.

Il y a également des cours sur l'accompagnement des patients à la sortie de l'hôpital pour qu'ils restent dans le système de soins afin d'assurer leur continuité. Enfin vient l'accompagnement de la famille, lors d'un événement tragique comme un décès ou une maladie grave comme le cancer.

Par ailleurs, lors de chaque cours magistral "le rôle de l'infirmier" dans les soins revient toujours dans cette idée de faciliter la prise en charge et l'acceptation des soins pour le patient.

On rappelle également qu'aujourd'hui les études infirmières, qui sont en cours d'universitarisation, débouchent sur des masters comme ceux des sciences de l'éducation. Ces masters ont à leur centre des enseignements sur l'accompagnement des étudiants dans l'apprentissage.

En résumé l'accompagnement infirmier est enseigné dès la première année d'études et quelque soit la matière dans le but de sensibiliser les futurs soignants que nous sommes son importance sur la personne soignée

2.1.2 La relation soignant soigné

Précédemment, nous avons vu ce qu'était l'accompagnement au sens large du terme. A présent j'aimerais inclure cette donnée dans le cadre de la relation soignant soigné.

D'après Formarier, M. (2007) la relation de soin se définit par :

"Elle peut être simple interaction ou relation suivant les interactions, leur connaissance mutuelle, le contexte dans lequel se situe le soin : domicile, service hospitalier, bloc opératoire..."

Cette relation est la plus fréquente en milieu hospitalier. Support d'échanges avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort."

Différents ouvrages montrent qu'il y a quelques années le relationnel avait une place majeure dans le travail de l'infirmière et était mis en avant. En effet les patients mettent un point d'honneur sur cet aspect du soin car il permet une diminution du stress (lors de soins techniques qui peuvent être douloureux) et l'impression d'être mieux pris en charge.

Confrontons à présent cette recherche avec le constat qu'a pu faire Formarier. F (2007) dans son ouvrage: Recherche en soins infirmiers.

Elle explique : *“Depuis de nombreuses années déjà, la profession d'infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central des soins. Personne, aujourd'hui, ne peut plus contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soin. Il est courant de dire que les infirmières (lire partout infirmier-infirmière) ne passent pas suffisamment de temps relationnel auprès des patients.”*

Depuis quelque temps les conditions de travail des infirmiers se dégradent impactant directement la relation avec le patient et le moral des équipes. En effet, aujourd'hui il faut de bon(ne)s “technicien(ne)s”, des soignants efficaces et surtout rapides. L'administratif prend régulièrement le dessus sur le temps passé avec le patient et/ou la famille.

La relation soignant soignée a une réelle importance sur la qualité de l'accompagnement d'un patient lors des différentes étapes de sa maladie. Lors d'un cancer, l'infirmier va être présent aux différentes étapes de la prise en charge du patient. Mais alors, quel moyen le soignant va-t-il mettre en place pour accompagner au mieux cette personne ?

2.1.3 La place de l'infirmier dans l'accompagnement d'une femme qui subit une mastectomie

Maintenant que la notion de relation soignant soigné a été établie. Nous allons pouvoir nous attarder sur la place de l'infirmier envers une femme atteinte d'un cancer du sein. L'Infirmière diplômée d'état De Vaucelles, E. (2021, 3 juin). Explique dans la vidéo qu'elle a publié sur le site : Cancer du sein Paris : Hôpital Paris Saint Joseph, prise en charge du sein à Paris.

“Le rôle de l'infirmier est de faire reformuler à la patiente ce qu'elle a compris de la consultation avec la chirurgie, et de l'accompagner vers les différentes étapes des traitements. On évalue ses ressources et ses difficultés pour optimiser la prise en charge”

Le rôle infirmier défini par madame De Vaucelle, E est plutôt fidèle au code de la santé publique :

Dans le cadre du code de la santé publique et d'après l'article 4311-3

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311 -5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier (...) de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

Il y a donc une relation soignant-soigné, une relation d'aide et de soutien qui se met en place entre l'infirmier et la patiente souffrant d'un cancer du sein. Ces notions sont fondamentales pour le bien être du patient mais également pour une meilleure acceptation des traitements. Pour mieux adhérer au soin, le patient a besoin de comprendre chaque étape de sa maladie et les enjeux qui se dessinent à l'aube de ce nouveau combat contre le cancer.

L'infirmier est présent lors de chaque phase du cancer. Qu'il soit infirmier(e) d'annonce ou infirmier(e) en hôpital de jour en charge des traitements de chimiothérapie, radiothérapies ou autres...

Pour une femme atteinte d'un cancer du sein, le sujet de l'ablation totale ou partielle du sein peut être abordé. Mais alors, que représente ce changement pour elle ? Comment l'accompagnement infirmier pourra-t-il aider la patiente à franchir cette étape ?

2.2 La mastectomie

2.2.1 La symbolique de la poitrine

“Les seins représentent chez une femme, plus que toute autre partie du corps, le symbole du féminin. Pour certaines, il s'agira de leur pouvoir de séduction, pour d'autres il sera l'emblème de leur capacité à mater. Cette dualité se retrouve toujours dès qu'on aborde la féminité” d'après Lahaie B

Le sein est une partie du corps tout à fait particulière. D'une part on lui trouve un côté pratique dans le cadre de l'allaitement (comme dit précédemment), d'autre part la poitrine est de plus en plus sexualisée.

Si l'on remonte le cours du temps, nous tombons en 1908 à la découverte de la vénus de Willendorf oeuvre paléolithique (annexe III)

Cette statuette de calcaire est aujourd'hui conservée au musée de Vienne, c'est la première représentation connue d'une femme nue. D'après les différentes recherches sa symbolique serait

celle de la “déesse mère” ou encore de la fécondité car ses parties génitales sont dévoilées et sa poitrine proéminente est mise en avant.

Dans l’art au fil des années les femmes et leur poitrine ont été représentées de différentes formes parfois elles représentaient l’allaitement et la protection, d’autres fois ces œuvres étaient une provocation de par leur érotisme.

Pour exemple au moyen âge, les robes des femmes tombaient juste en dessous de la poitrine et ne la recouvrait pas, c’était également le cas en Egypte antique ou d’après la blogueuse et écrivaine Marine Gasc c’était plutôt l’époque des tissus très transparents ou des hémicorps nu.

Depuis toujours ce n'est pas tant “la poitrine” qui dérange et qui est sexualisée mais bel et bien le téton. Aujourd’hui sur les différents réseaux sociaux, les hommes peuvent aisément montrer leur torse nu sans connaître la censure des régulateurs. A l’inverse chaque photo de femme qui dévoile ses tétons, parfois même derrière un t-shirt sera censuré et suivie d’un blâme.

Cette démarche est pour le moins étonnante quand on sait que certains artistes tatoueurs essayent de partager certaines de leurs œuvres notamment réalisées sur des cicatrices de mastectomie qu’ils se voient immédiatement supprimer. La présence d’un sein ou d’un téton en gros plan étant immédiatement qualifiée de vulgaire.

La poitrine est donc une partie du corps forte de sens malgré les nombreux débats qui tournent autour d’elle. Dans le cadre du cancer du sein cette partie si symbolique pour la femme se voit parfois modifiée ce qui fait l’objet de notre troisième partie.

2.2.2 Les différents types de chirurgies possibles

Le cancer du sein résulte d'un dérèglement de certaines cellules qui se multiplient et forment le plus souvent une masse appelée tumeur.

En fonction de la taille et de la localisation de la tumeur (réseau lymphatique touché ou non) plusieurs types de chirurgie existent. Elles sont généralement réalisées après un traitement néoadjuvant qui aura pour but de réduire la taille de la tumeur.

La première chirurgie abordée va être la tumorectomie:

D’après L’institut National du Cancer: “La tumorectomie est une chirurgie conservatrice qui consiste à retirer la tumeur et une petite quantité des tissus qui l’entourent de façon à conserver la plus grande

partie du sein. Elle est privilégiée aussi souvent que possible, en concertation avec la patiente. Elle est toujours complétée d'une radiothérapie

La seconde chirurgie, la plus invasive et difficile à supporter pour les patientes: La mastectomie totale.

Toujours d'après l'institut National du Cancer: La chirurgie non conservatrice, consiste à retirer la totalité du sein y compris l'aréole et le mamelon. Dans ce cas, différentes techniques de reconstruction du sein peuvent être proposées.

Une variante est également disponible: La mastectomie radicale modifiée. Sur cette intervention certains ganglions de la chaîne ganglionnaire sont enlevés en plus de l'aréole du mamelon.

Dans le premier cas il y aura donc une cicatrice au niveau de l'aréole du mamelon ou sous l'aisselle en fonction de la localisation de la tumeur ainsi que de la décision d'enlever le ganglion sentinelle ou non. A la suite de l'opération, les femmes peuvent ressentir une douleur au niveau du bras, et de la poitrine du côté où elles ont été opérées. Suite au curage axillaire il faut penser à sensibiliser ces femmes aux complications possibles comme le lymphoedème. Certaines brochures sont très bien faite à ce sujet (annexe 1) dans le but de prévenir des complications évitables (mettre un manchon de compression lors d'un voyage en avion, éviter les sports qui demandent une trop grande sollicitations du bras comme le tennis)

Chaque opération est accompagnée préalablement d'une consultation d'anesthésie et d'un rendez-vous avec le chirurgien pour rappeler les grands principes de l'opération et répondre aux éventuelles questions et/ou inquiétudes que peut ressentir la patiente.

Pour ce qui est de la mastectomie totale qui est un point culminant de mon sujet j'aimerais l'étoffer d'avantages et vous invite à me rejoindre dans cette troisième sous partie.

2.2.3 La mastectomie totale

Comme établie précédemment la mastectomie totale est une chirurgie invasive non conservatrice. Différentes parties du sein vont être ôtées.

D'après mes cours de processus tumoraux je peux recenser au moins deux critères qui rendent obligatoire une chirurgie non-conservatrice de la poitrine :

- Le traitement néoadjuvant mis en place dans le but de réduire la taille de la tumeur n'a pas été efficace ou n'est pas envisageable
- La taille de la tumeur ou l'emplacement ne permet pas une chirurgie conservatrice

Il faut bien garder en mémoire en ce qui concerne le facteur "taille de la tumeur" qu'il faut également prendre en compte la dimension de la poitrine de la patiente. En effet, une femme qui a une masse tumorale importante mais également une poitrine avec un bonnet conséquent, en fonction de la localisation de la tumeur n'est pas obligée d'avoir recours à une mastectomie totale ou radicale.

Il est écrit à plusieurs reprises qu'à partir du moment où ce traitement radical est proposé, la reconstruction mammaire est immédiatement abordée lors de la consultation préopératoire avec le chirurgien. En effet cette opération a un impact physique et psychologique qui peut être conséquent pour une femme. Elle voit son schéma corporel bouleversé et doit apprendre à vivre "dans son nouveau corps".

2.3 Image corporelle

2.3.1 L'image de la femme dans la société actuelle

Les combats des femmes dans la société actuelle sont marqués par des dates clefs : droit de vote en 1944 puis âge légal du mariage repoussé à 18 ans pour les femmes en 2006 dans le but de limiter les mariages forcés. On peut également aborder le droit à l'avortement qui est un gros combat du siècle dernier (encore en discussion dans certains pays).

Cependant il reste des disparités notamment au niveau de l'emploi. Durant les entretiens par exemple il y a encore des discriminations sexistes car la femme a le "risque de tomber enceinte" ce qui entraîne un congé maternité (absences enfants malades etc.)

Au niveau des médias et de l'art nous pouvons remarquer un décalage en termes de représentations des corps dits "féminins".

Dans les publicités, les femmes sont souvent sveltes et élancées, sans poils, avec une belle peau etc... Les femmes "rondes" de ces publications ne correspondent qu'à un faible pourcentage de celles qu'elles représentent.

Cependant il y a également des portraits ou plutôt des représentations qui inspirent le féminisme telle "Frida Kahlo" ou encore le slogan et l'affiche "We Can Do It !" (annexe III)

En d'autres termes, j'approuve les propos de Jessy, S. (2017, 26 avril) dans son article "*Comment est perçue l'image de la femme de nos jours | LA JOURNÉE DE LA FEMME DANS LE MONDE.*": "*Cette image est riche et multiple. Mais souvent cette image publique est décalée par rapport à la femme réelle, car elle véhicule un idéal, un fantasme sexuel, un symbole et toute une multitude d'éléments. Cette image est rejetée par les femmes en général qui ne se représentent pas ainsi.*"

Comme nous l'avons vu, des injustices persistent encore aujourd'hui cependant la cause féminine a évolué et continuera de le faire. On peut souligner l'implication et l'engagement des hommes pour la cause féminine est de plus en plus fréquente

2.3.2 L'impact physique des traitements sur l'image corporelle

Alopécie, amaigrissement ou prise de poids, chirurgie incisive, multiples hématomes, changement de l'état cutané etc... Voici un panel de changements physiques que la femme, atteinte d'un cancer du sein peut subir.

Les auteurs en développent deux en particulier : l'alopécie et la modification de la forme et de l'image de sa poitrine.

Tout d'abord parlons pilosité, certains traitements de chimiothérapies sont plus susceptibles que d'autre de faire perdre vos cheveux (votre oncologue vous le dira)

L'alopécie est la plupart du temps une étape difficile à vivre pour les femmes. La présence d'une socio esthéticienne dans les services et d'une psychologie facilite parfois l'acceptation de cette perte de cheveux.

Lors de l'alopécie induite par les traitements il est important d'informer la patiente que tous les poils de son corps peuvent être touchés et que par la suite la repousse ne se fera pas de la même manière. La texture du cheveu et la forme peuvent changer. On passe d'un cheveu raide à bouclé ou vice versa.

Dans le but de perdre le moins de cheveux possible, ou moins rapidement. L'oncologue et les infirmières donnent des conseils divers et variés.

"Ne vous faites pas de couleurs ou de décolorations." "Lavez-vous les cheveux le moins possible, 1 à 2 fois par semaine." "Lavez-les à l'eau tiède voir froide mais jamais chaude." etc...

Dans le film : Guérir le regard de l'institut Curie. La perte de cheveux est vue pour certaines femmes comme étant "le passage dans la maladie" notamment par rapport aux autres.

Lors d'un cancer du sein il peut y avoir une mastectomie totale, mais alors, comment perçoit-on son corps après une telle amputation ?

En citant encore une partie du reportage de l'institut curie "Guérir le regard" et des propos d'une femme qui dit :

“J’avais compris qu’on m’enlèverait le sein, mais j’ai eu un choc quand j’ai compris qu’on m’enlèverait également le mamelon et le téton”

En effet comme vu précédemment la mastectomie totale est l’ablation de la glande mammaire une partie de la peau, l’aréole et le mamelon. Le sein n’est donc esthétiquement plus le même que cela soit au niveau des volumes ou de l’aspect.

Certaines femmes évoquent la difficulté à regarder la cicatrice en post opératoire, en effet si cet accompagnement n’est pas fait correctement il peut y avoir un impact psychologique majeur pour la patiente par la suite qui peut développer d’important complexe.

2.3.3 L’impact psychologique (estime de soi)

La maladie bouleverse le quotidien des patientes, les projets sont mis en suspens, l’équilibre familial est perturbé. Ce changement radical de rythme ou de qualité de vie peut impacter grandement l’état émotionnel de la patiente développant ainsi du stress, de l’anxiété, et menant parfois à un état dépressif.

La patiente passe ni plus ni moins par les étapes du deuil à l’annonce de son cancer.

D’après Elisabeth Kübler-Ross il y a 5 étapes lors d’un deuil : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l’acceptation ces étapes ne sont pas toutes “obligatoires” et ne sont pas forcément organisées de cette manière.

Dans le cas d’une femme qui subit une mastectomie totale il s’agira du deuil d’une partie de son corps: un sein.

En confrontant divers vidéo et texte on se rend compte que les patientes disent souvent qu’il y a la femme qu’elles étaient avant la maladie et la femme qu’elles sont maintenant

C’est pour cela qu’une aide psychologique est fournie dès l’annonce du cancer afin de permettre à la patiente d’avoir des temps d’écoute privilégiés avec des professionnels qualifiés.

Dans les structures de soins un psychologue est souvent proposé à la patiente avant le bloc opératoire et après surtout lors des traitements de chimiothérapies. Au-delà de la charge mentale personnelle une femme atteinte d’un cancer va générer du stress pour son entourage, ses enfants ou son désir d’avoir des enfants. Il est donc important de la prendre en charge dans sa globalité d’également considérer son entourage dans la prise en charge.

Nous pouvons donner le mot de la fin de ce cadre théorique au site officiel de l’institut national du cancer qui souligne: *le soutien psychologique n’est pas une thérapie à proprement parler, mais plus un*

moment d'écoute et de conseils. Le soutien psychologique est une des missions quotidiennes de tous les professionnels de santé.

3. Le dispositif méthodologique du recueil de données

Après avoir effectué mes premières recherches en autonomie sur le parcours et les obstacles que peut rencontrer une femme qui subit une mastectomie totale, je me suis penchée sur l'outil de recherche le plus adapté pour répondre à mes questions, étayer les données que j'avais et ainsi me permettre d'approfondir ma recherche.

Dans un premier temps et de manière assez spontanée je l'admets, j'ai décidé de partir sur un entretien semi directif. C'est à dire qu'au préalable j'ai fait émerger tous les grands points de mes recherches que je souhaitais aborder avec les professionnels paramédicaux.

Créer des entretiens sous forme semi directif me semblait pertinent dans le cadre de mon mémoire car l'on parle de la relation soignant-soigné et de la femme qui subit une mastectomie. D'une part ces sujets sont à mes yeux ces sujets sont trop "précieux" et touchent à la sensibilité de chacun, je me voyais donc mal censurer mon interlocuteur en lui demandant de répondre à des questions fermées. D'autre part j'avais besoin de matière à confronter avec mon cadre contextuel et l'entretien semi directif me permet assez naturellement d'obtenir des réponses tout en gardant un cadre à mon entretien.

Mon entretien était composé de 3 thèmes qui reposait sur mes grands axes de mon cadre contextuel : "La prise en charge d'une patiente qui a subi une mastectomie", "L'accompagnement infirmier d'une femme atteinte d'un cancer du sein" et "Le travail sur l'image corporelle". Dans chacun de ces thèmes étaient composés de 3 à 4 questions. Pendant mes entretiens je me suis permise de rajouter ou de réorienter des questions afin de rebondir sur les propos de mon interlocuteur.

Par la suite, je me suis posée la question du type de professionnel à interroger au vu de mon questionnaire il me semblait intéressant d'interroger d'une part un infirmier en chirurgie oncologique qui peut me répondre avec précision sur les types de reconstruction et les réactions "à chaud" après une chirurgie ainsi qu'une infirmière en oncologie médicale qui peut me détailler le ressenti de la patiente et l'accompagnement à distance de la mastectomie.

Je me suis entretenue avec un infirmier en chirurgie oncologique qui travaille au sein du centre oncologique Eugène marquis à Rennes. Puis, une infirmière qui travaille en oncologie médicale et soins palliatifs au CHP de St Grégoire

En termes d'organisation, je dois reconnaître que j'ai rencontré des difficultés à trouver des professionnels. J'ai envoyé différents mails à plusieurs cadres de santé afin qu'ils puissent transmettre à leurs équipes ma demande d'interroger l'un des professionnels qui travaillent au sein de leur service néanmoins je pense que ma demande n'est pas parvenue jusqu'à l'équipe.

J'ai donc changé de stratégie en faisant appel à ma référente de mémoire afin qu'elle puisse faire marcher le réseau de formateur de l'IFSI de Rennes, suite à cela j'ai eu les coordonnées d'un premier infirmier que j'ai contacté directement sur son portable. Nous nous sommes mis d'accord sur une date d'entretien afin d'échanger en face à face. Un bureau au sein du centre Eugène marquis nous a été prêté pour la durée de cet échange. J'ai utilisé mon téléphone portable afin d'enregistrer notre entretien.

Pour mon deuxième temps d'échanges j'ai également contacté l'infirmière par message, seulement notre entretien s'est déroulé par Visio, j'ai donc enregistré avec mon ordinateur.

Dans ces deux cas de figures les professionnels rencontrés m'ont donné leur autorisation afin que j'enregistre notre discussion.

Pour conclure cette partie méthodologie je dirais que ma seule appréhension était la capacité de mon téléphone à sauvegarder 30 minutes d'entretiens et la qualité audio de mon ordinateur. Néanmoins ni l'un ni l'autre ne m'a empêché de mener à bien l'enregistrement de ces moments d'interactions très enrichissants.

grille d'entretien semi directif

Thèmes	Questions
La prise en charge d'une patiente qui a subi une mastectomie	<p>→ Quelle est la prise en charge type d'une femme qui va vivre une mastectomie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Professionnels rencontrés ? <p>→ Comment se passe cette prise en charge qu'est ce que les patientes vous font remonter ?</p> <p>→ Vous êtes-vous déjà retrouvé en difficulté ? Êtes-vous passé à côté d'une prise en charge ?</p>
L'accompagnement infirmier d'une femme atteinte d'un cancer du sein	<p>→ Qu'est ce qu'un bon accompagnement infirmier selon vous ?</p> <p>Avez-vous le temps de le mettre en œuvre au quotidien ? Y a-t-il des temps dédiés ?</p>

	<p>→ Y'a t'il selon vous un accompagnement particulier à faire pour une femme avec un cancer du sein qui va subir une mastectomie totale ?</p> <p>→Si oui quelles en sont les étapes ?</p>
Le travail sur l'image corporelle	<p>→Est ce que les femmes vous questionnent souvent sur leur image corporelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont leurs inquiétudes ? <p>→ Comment aider la patiente à surmonter cette étape en tant qu'IDE ?</p> <p>→ Les reconstructions mammaires sont-elles tout de suite envisagées ?</p>

4. Analyse Descriptive

Suite à la retranscription de mes entretiens on remarque des similitudes entre le discours des deux professionnels de santé que j'ai interrogé ainsi que mon cadre contextuel.

Dans un premier temps, au sujet du parcours type de la patiente on observe que l'infirmier 1 évoque de manière spontanée comme étant le premier praticien rencontré le chirurgien au même titre que l'infirmière 2.

Par la suite ils tombent également d'accord sur des points tels que la rencontre avec l'oncologue ou le travail en pluridisciplinarité.

Ils abordent également de la même manière les soins de supports avec des phrases telles que *"Elle a un livret d'accueil avec les différents professionnels"* ou encore *"On leur donne également pas mal de papiers avec des groupes de soutien."*

Dans un second temps, l'IDE 1 va appuyer la notion d'accompagnement avec des termes comme *"réassurance et écoute"*, L'IDE 2 va rejoindre cette idée en utilisant d'autres mots *"je les ai soulagés"* ou encore *"on reformule, on prend le temps avec eux"* ces deux réactions font écho à des notions évoqués précédemment dans la première partie du cadre théorique (page 10).

La dernière partie des entretiens traite de l'image corporelle après l'opération et du rapport au corps. Sur ce sujet plusieurs thèmes reviennent tels que la cicatrice ou les professionnels de santé se

rejoignent sur l'utilité d'utiliser le miroir et l'importance pour une patiente de ne pas être seule en ce moment. *“on peut lui montrer la cicatrice à l'aide d'un miroir” “c'est important qu'elle le fasse avec nous”*. En ce qui concerne la reconstruction, l'IDE 1 met un appui sur cette notion de leur d'espoir pour la femme tout comme le fait l'IDE 2 cependant cette dernière nuance ses propos en soulignant *“Même s'il y a une prothèse, ce n'est pas leur corps c'est une partie en plus”*. On remarque également des similitudes en termes de discours au sujet de la perte des cheveux avec des remarques comme *“Elles peuvent également s'inquiéter par rapport au traitement avec la perte des cheveux notamment.”* Les patientes peuvent parfois avoir du mal à accepter leur nouvelle image corporelle comme évoqué dans mon cadre théorique (page 13) De plus le regard de l'autre peut être une épreuve pour la patiente qui vient de subir une opération si radicale L'IDE 1 l'illustre bien avec cette phrase *“ Il faut évaluer tout ça car forcément ça impact le couple”*.

Il y a beaucoup de stress qui tourne autour de sa, de l'image corporelle. Il y a la personne de part sa chirurgie et le regard de l'autre dans la vie de tous les jours mais aussi dans la vie intime ainsi que *“l'impact sur l'environnement et les enfants.”* L'IDE 2 rejoint cette idée de manière un peu différente en tenant les propos suivants *“. Et encore une fois on ne va pas demander à un homme d'aller faire la toilette de la dame dans cette situation. Elles ne sont déjà pas bien dans leur corps, donc si en plus elle a l'image de l'homme en face de soi “*

Nous avons vu dans un premier temps les points sur lesquels les infirmiers étaient en accord, nous allons à présent nous pencher sur les aspects qui diffèrent d'un infirmier à l'autre.

D'une part l'infirmière interrogé m'a spontanément explicité qu'ils n'envoient pas d'homme ni infirmier, ni aide-soignant (dans la mesure des moyens humains disponibles) pour aller faire les soins d'hygiène ou le pansement d'une femme qui vient de subir une mastectomie. A l'inverse, l'infirmier interrogé n'est pas du tout aller sur ce point-là.

D'autre part l'IDE 1 évoque qu'il a déjà eu une difficulté dans la prise en charge d'une patiente car il n'avait pas forcément les réponses aux questions de la personne et qu'un sentiment d'impuissance s'installe. L'IDE 2 quant à elle exprime le fait qu'elle s'approche de l'âge du dépistage et que cela peut lui faire peur car elle se projette parfois.

Pour terminer l'infirmier a évoqué la notion importante de l'aidant avec ces mots : *“Il y a déjà une parole qu'on va sentir si elle parle librement ou qu'en présence du conjoint elle n'ose pas trop se livrer, c'est aussi important de prendre le temps de faire sortir le conjoint.”* On remarque alors que cette éventualité n'a jamais été explorée, ni dans le cadre théorique, ni dans la grille d'entretien comme si par principe l'accompagnant était toujours aidant.

5. La discussion

Cette partie de mon mémoire a pour but d'apporter des pistes de réflexion autour de la question de départ initialement posée suite à mes situations d'appels : En quoi l'accompagnement infirmier permet à une patiente ayant subi une mastectomie d'appréhender sa nouvelle image corporelle ?

Pour répondre à cette question je me suis appuyée sur diverses lectures, sur les recherches et les réflexions autonomes que j'ai pu avoir pendant mes stages et mes cours théoriques, les deux entretiens avec des professionnels et l'analyse de ces entretiens. Pour baliser ma réflexion je vais reprendre les grandes idées de mon cadre théorique et de l'analyse descriptive de mes entretiens.

Lors de mes entretiens, l'infirmière que j'ai interrogée m'a confié que certaines prises en charge commencent à être compliquées car elle se rapprochait de "l'âge pour avoir un cancer" et donc elle rentrait dans un des facteurs de risques. Je n'ai pas du tout abordé cette thématique dans mon cadre théorique et c'est vrai qu'avec du recul je trouve cela un peu dommage. On parle énormément du "prendre soin" des patients mais très peu des soignants.

Ils sont exposés tous les jours à des plaintes, des demandes à répétitions, des pleurs, des patients reconnaissants ou non de la prise en charge qu'il leur est accordée. L'infirmier va donc mettre en place des mécanismes de défenses afin de supporter le "malheur" de l'autre.

Mais alors comment faire quand les barrières du soignant tombent ? La crise sanitaire a été éprouvante car les professionnels de santé étaient déjà épuisés. Cette crise a fait connaître dans les médias les difficultés hospitalières notamment en termes de matériel, de lit et d'effectif. Pour autant et dans de nombreux établissements le sous-effectif de soignant est encore présent ce qui oblige des professionnels en repos à revenir sur leurs congés et cela de manière récurrente.

Je m'appuie notamment sur une étude menée en 2020 et 2021 par HIMSS, une organisation américaine à but non lucratif. Cette organisation s'engage à améliorer la qualité et la sécurité des soins, elle a effectué une enquête sur 400 soignants tous pays confondu qui montre que 98% des professionnels de santé interrogés ont déjà ressenti de l'épuisement professionnel.

La reconsidération des soignants avec la prime Macron (seigneur de la santé) durant le covid était un premier pas face à la pénibilité et aux responsabilités de l'emploi certes, cependant l'accompagnement et le soutien psychologique des soignants en est une autre.

La SFAR (société française de psychologie analytique), pendant la crise sanitaire a proposé son aide au personnel soignant, il serait bon que cette démarche continue car les soignants n'ont pas besoins de soutien uniquement lors de pandémie mondiale, le monde hospitalier souffre depuis bien plus longtemps.

Je termine cette partie en étant convaincu qu'améliorer les qualités de travail du soignant c'est garantir une meilleure prise en charge du soigné

Il faut que les professionnels de santé soient toujours en capacité d'accompagner au mieux leurs patients.

D'après les discussions que j'ai pu avoir avec les professionnels de santé, la qualité de l'accompagnement est une vraie clef à la réussite d'une prise en charge

Lors de mon cadre théorique j'ai évoqué le "prendre soin" en y référant des notions législatives notamment au sujet du rôle propre infirmier.

Néanmoins je n'ai pas analysé le fait que l'infirmier à un devoir d'accompagnement. Certains organismes comme le SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) le prouve bien. L'accompagnement infirmier est une grande notion qui rentre à part entière dans le processus de guérison d'un patient. Cela permet la continuité des soins et le maintien à domicile des patients.

Pour les personnes qui ont un traitement de chimiothérapie, il est possible en fonction des traitements de les mettre en place sur pompe chez elles, grâce à la surveillance infirmière qui passe régulièrement ce qui permet au patient d'avoir une meilleure qualité de vie et d'être près de ses proches.

En effet, j'ai cité dans mon cadre théorique Philippe Gaurier, ce dernier évoque que l'accompagnement était inné c'était son travail est c'est tout.

Je suis en accord avec ce dernier car l'accompagnement des patients est quelque chose qui m'anime au quotidien dans mes stages et qui continuera par la suite. Je pense d'ailleurs faire des D.U douleur ou toucher message afin de pouvoir affiner cet aspect de notre travail si précieux pour moi.

L'infirmière que j'ai interrogée mettait également l'accent sur le fait d'accompagner la famille ou plutôt de prendre en compte l'entourage de la patiente afin de répondre aux plus grands nombres de ses besoins.

L'autre infirmier quant à lui a mis en lumière une notion intéressante au sujet de l'aidant. On dit souvent qu'il accompagne la patiente et que c'est une personne ressource. Pourtant l'IDE (infirmier

diplômé d'état) a évoqué le fait que sans même s'en rendre compte l'aidant était peut-être une barrière à la libération de la parole du soigné.

Dans la suite j'aimerais explorer cette piste et essayer de comprendre pourquoi.

Ce qui ressort de mes entretiens aux sujets de l'opération, c'est surtout un énorme questionnement des patientes sur l'après. Les professionnels de santé en parlent bien, que cela soit sur le changement physique ou les traitements qui vont suivre ces femmes qui ressentent du stress face à cette pathologie qui bouleverse leur vie. Ce que j'ai constaté dans les services et que les infirmiers que j'ai interrogés m'ont rappelé c'est que la patiente ne doit pas se sentir abandonnée. Elle n'est pas seule dans ce combat. Une équipe pluri professionnelle s'articule autour de la patiente, le conjoint peut également être présent. Cependant est-il réellement porteur ?

En tant que femme l'aspect extérieur de notre corps joue sur notre estime de soi depuis le plus jeune âge. Nous sommes habitués à demander ou à chercher validation de notre apparence à travers le regard de l'autre.

Je pense immédiatement à la phrase de la méchante reine dans blanche neige qui dit : "Miroir, Ô mon beau miroir, dis-moi qui est la plus belle". Suite à cette phrase, elle attend avec impatience la réponse positive de son miroir magique.

Alors, que faire quand le miroir nous reflète l'image d'une femme transformée par une mastectomie totale ?

D'après les infirmiers que j'ai interrogés et mes différentes lectures la technique du miroir ne permet pas à la femme d'accepter instantanément sa nouvelle image corporelle néanmoins son cerveau enregistre ce changement physique ce qui va permettre à la patiente de commencer le cheminement psychologique de sa nouvelle poitrine. Le soutien de l'infirmier lors du premier regard sur la cicatrice est primordial à mes yeux car cela permet à la patiente d'avoir des explications et de verbaliser immédiatement tout le flux d'émotion que ca peut susciter en elle si elle le souhaite.

C'est un moment précieux qui, à mon avis, doit se passer entre un professionnel de santé et la patiente sans personne extérieure car le professionnel sait rester neutre face à une cicatrice alors qu'un membre de la famille même le plus bienveillant possible peut malencontreusement envoyer du négatif à la patiente.

J'ai abordé avec un infirmier le fait de "ne pas reconstruire". Je me questionne car à chaque fois que j'ai abordé la "réappropriation" dans mon mémoire il y avait toujours la notion de modification du corps. Soit par le tatouage comme illustré dans mon cadre théorique ou encore par la mise en place de prothèse.

J'ai le regret de ne pas avoir abordé dans mon cadre théorique des activités comme la méditation, la sophrologie ou encore le yoga qui permettent pour certaines femmes de se recentrer sur elles même, sur leur ressenti intérieur avant de se soucier de leur physique. J'aurai pu faire une autre partie plus accès sur le ressenti de la femme plutôt que partir immédiatement du principe qu'il fallait tout reconstruire.

De plus, j'ai assisté à une visio en ligne avec des femmes qui ont vécu une opération et certaines regrettent d'avoir "précipité les choses" dans le sens où elle se demande si elles ont fait cette opération vraiment pour elle ou pour éviter que les regards ne changent vis à vis d'elle.

Cette dernière partie va compléter mon cheminement vers ma question de recherche. J'aborde dans mon cadre théorique le fait d'accompagner la famille dans cette épreuve car le cancer ne bouleverse pas uniquement son porteur. J'axe ma réflexion sur l'impact du changement physique de la patiente sur son entourage car même si c'est indépendant de la volonté de la patiente il y en a un.

Lors de mon stage de S6.1 une patiente à refuser une chimiothérapie qui avait comme effet secondaire l'alopécie car lors de son précédent cancer c'était déjà le cas et son fils lui avait dit qu'il ne la trouvait pas belle comme ça. Les mots ont un impact plus important quand ils sont dits par des personnes qui ont une place particulière dans notre cœur.

A l'inverse, lors de mes situations de départ la jeune femme que j'ai interrogée m'a confié que cela faisait peu de temps qu'elle était avec son conjoint et qu'elle avait peur que ce dernier ne parte à cause de sa perte de cheveux qui a été un réel choc pour elle. Cependant son conjoint ne prêtait aucune attention à cela et l'accompagna sans broncher dans la maladie et les modifications que celle-ci engendrait.

Un des soignant que j'ai interrogé se demande systématiquement si la personne qui accompagne la patiente est forcément aidante ou non. Il m'a mis en garde en m'expliquant qu'on ne connaît tout simplement pas la vie des patients et la nature (la qualité surtout) des relations qu'ils entretiennent avec leur entourage.

Cette réflexion m'a amené à ma question de recherche qui est la suivante : En quoi un accompagnant peut-il être aidant ou limitant dans la prise en charge d'une patiente qui va vivre une mastectomie totale ?

6. Conclusion

Ce travail de fin d'étude m'a permis de travailler en profondeur sur un sujet qui me tient à coeur: L'acceptation d'une nouvelle image corporelle chez une femme qui subit une mastectomie totale.

Ce sujet est d'abord né de réflexions personnelles sur la pression sociale exercée sur le corps des femmes actuellement (summer body, 5 idées de régimes avant l'été, comment lutter contre la peau d'orange etc...).

Par la suite, j'ai cherché une thématique qui faisait particulièrement débat et je suis tombée assez facilement sur la poitrine des femmes.

Enfin j'ai fait le lien avec des situations que j'ai vécu en stage puis j'ai fait un premier entretien avec une femme qui a eu un cancer du sein afin qu'elle m'aide à baliser son expérience en terme de prise en charge.

Analyser sa pratique professionnelle est importante pour se remettre en cause, s'interroger, comprendre ce qu'on a pu faire et ce qui peut se dire. J'ai trouvé ces recherches très enrichissantes car elles m'ont aidé à déconstruire pas mal d'idée que je me faisais de la prise en charge d'une femme atteinte d'un cancer du sein

Le fait d'échanger avec des soignants qui ont travaillé en oncologie pendant mon stage mais aussi dans le cadre personnel m'a été d'une grande aide pour toujours rester au plus proche de mon sujet.

Ma question de départ me plaisait énormément, j'ai donc eu la chance de ne jamais réellement décrocher de mon mémoire et d'être toujours dans les temps par rapport à la rédaction.

J'ai cependant éprouvé quelques difficultés sur certains points du cadre théorique notamment celui sur l'impact physique des femmes car cela pouvait faire écho à un vécu personnel. J'ai réécrit et relu plusieurs fois cette partie par peur de manquer d'objectivité et de ne pas assez citer les auteurs.

Après plusieurs relectures je sais que cette partie est perfectible et moins étoffée que les autres cependant je pense que je suis allée au bout de ce que je pouvais faire durant cette période.

Dans le futur ce travail pourra m'aider car je souhaite faire un master IADE (infirmière anesthésiste diplômée d'état) et il y a un nouveau mémoire à la clef ! Toute la méthodologie que j'ai déjà acquise me sera donc d'une grande aide.

Ce travail m'a également permis de mieux cerner la place que doit prendre l'infirmier auprès de la patiente atteinte d'une mastectomie: écoute, empathie, et soutien sont pour moi les trois mots d'ordres dans ce type de prise en charge.

Pour terminer je dirais qu'il y a encore beaucoup à explorer à ce sujet et que les différentes lectures et échanges que j'ai pu avoir cette année autour de mon mémoire m'ont permis d'explorer bien plus d'une thématique sur le sujet.

7. Bibliographie

Site internet

cairn.info. (2016, 1 juin). Cairn.

<https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2016-2-page-215.htm>

infirmiers.com. (2015, 27 mars). Gaurier. Consulté le 1 décembre 2021, à l'adresse

<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/concepts-de-soin/accompagner-un-concept-fondamental-pour-le-soigne-et-le-soignant.html>

Le Devoir. (2020, 18 avril). *Prendre soin, l'expertise infirmière*. Consulté le 2 décembre 2021, à l'adresse

<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/577262/prendre-soin>

Gaurier, P. (2011, 21 novembre). *De l'accompagnement. . . du soigné au soignant Catalogue en ligne*.

ifpek.centredoc.com. Consulté le 3 décembre 2021, à l'adresse

https://ifpek.centredoc.org/index.php?lvl=notice_display&id=82654

Coupat, P., Leroux, F., & Ponnet, F. (2014, 1 janvier). *cairn.info*. Cairn.fr. Consulté le 5 décembre 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-1-page-106.htm>

A. (2021, 5 mai). *Le sein, symbole féminin*. Magazine Côte Basque Madame. Consulté le 15 décembre

2021, à l'adresse <https://www.cotebasquemadame.fr/beaute-et-bien-etre/le-sein-symbole-feminin/>

Rechercher des symboles. (s. d.). 1001 symboles. Consulté le 15 décembre 2021, à l'adresse

<https://1001symboles.net/recherche-sein.html>

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42.

<https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

De Vaucelles, E. (2021, 3 juin). *Cancer du sein Paris : Hôpital Paris Saint Joseph, prise en charge cancer du sein à Paris*. Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph. Consulté le 26 décembre 2021, à l'adresse <https://www.hpsj.fr/specialites/centre-du-sein/mieux-accompagner-nos-patientes-avant-une-mastectomie-totale/>

Jessy, S. (2017, 26 avril). *Comment est perçu l'image de la femme de nos jours | LA JOURNEE DE LA FEMME DANS LE MONDE*. blog.univ-angers.fr. Consulté le 24 février 2022, à l'adresse <http://blog.univ-angers.fr/womensday/2017/04/26/une-nouvelle-image-de-la-femme/>

Gasc, M. (2016, 3 avril). *L'histoire du décolleté, enfin une bonne raison de montrer des nichons*. Raconte-moi l'Histoire. Consulté le 1 mai 2001, à l'adresse <http://www.racontemoilhistoire.com/2015/04/lhistoire-du-decollete-enfin-bonne-raison-montrer-nichons/>

Film ou reportage:

Institut Curie. (2014, 26 septembre). « *Guérir le regard* » se reconstruire après une mastectomie [Vidéo]. YouTube. <https://youtube.com/watch?v=uev1ARP9cml>

Vivre après une amputation - Le Magazine de la Santé. (2021, 22 janvier). YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=KpkD6chUf8Y>

Mémoire et thèse

IFSI de Belfort. (2009, mai). *La mammectomie, vers l'acceptation d'une image corporelle* (11 Rue Jean Rostand 90000 BELFORT). <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-laura-pereira.pdf>

Gay, M. (1988). *L'image de la femme dans la publicité : 1969–1986*. <http://www.theses.fr/1988PA010014>

I. ANNEXE

Retranscription de l'entretien n°1 avec Florian IDE en chirurgie oncologique

Juliette (moi) : “Bonjour, je m’entretiens avec vous aujourd'hui dans le but de connaître un peu mieux la prise en charge d’une patiente qui subit une mastectomie totale

Du coup ma première question est sur la prise en charge d’une patiente qui subit une mastectomie totale, j’aimerais savoir quel est la prise en charge type : les professionnels qu’elle va rencontrer dans son parcours, ce qui est prévu pour cette patiente.

Florian IDE en service de chirurgie :

Alors le premier contact, ça va avec le chirurgien qui explique à la patiente la décision chirurgicale . Elle le rencontre évidemment après avoir eu sa mammographie, ce dernier bloque une date d’opération quand elle est dans le cas de figure chirurgie et traitement par radio et chimiothérapie après Par la suite, elle vient dans le service où elle rencontre l’oncologue et l’équipe infirmière. Enfin tout ce qui est psychologue et prothésiste et kiné au centre avant de ressortir pour avoir le temps de cicatrisation chez elle et une consultation de nouveau avec le chirurgien et la consultation oncologique arrive par la suite. Une infirmière d’accompagnement peut également être vue avant la chirurgie.

Juliette:

Et combien de temps dure cette prise en charge ?

Florian:

Tout compris, la chirurgie à lieu dans les 15 jours environ, puis le temps de cicatrisation de 2 mois, après oncologiquement il y a tous les traitements de chimiothérapies qui vont prendre autour de 5 mois environ. Puis le temps de radiothérapie pdt 6 semaines on va dire que la patiente en a entre 8 à 12 mois de traitements

Juliette:

Comment se passent ses prises en charges, quelles sont les informations les ressentis qui vous sont remontés ?

Florian:

Pendant tout leur parcours le maître mot qui leur ai dit c'est de solliciter les équipes soignantes. Elle a un livret d'accueil avec les différents professionnels notamment avec les soins de supports (assistants sociaux, kinés, nutritionnistes) qui sont là pour aider la patiente dans différents moments de son parcours. La patiente va nous solliciter, après nous professionnels nous avons notre regard extérieur et on sait donner l'alerte quand il le faut.

Juliette:

D'accord, est ce que tu t'es déjà retrouvé en difficulté lors d'une prise en charge chez une femme qui a subi une mastectomie totale ? un moment où tu n'avais peut-être pas les réponses ...

Florian:

Oui il y a forcément des moments où on n'a pas les réponses. Il faut plutôt être dans l'évaluation des ressources de la personne, il faut réussir à trouver dans quel stade elle est : le déni, la colère et l'acceptation de la maladie. Il y a tous ses stades à bien avoir en tête pour adapter les conseils et parfois il faut juste entendre ce que la patiente a à dire. Même si cela arrive, on a toujours des clefs pour pallier ça.

Juliette:

Maintenant si tu veux bien on va passer sur l'accompagnement de manière générale. Pour toi qu'est-ce qu'un bon accompagnement infirmier ? Quand es-tu satisfait de ton travail ?

Florian:

Désamorcer ? Ça me semble être le bon mot quand on fait un bon accompagnement. Quand on sent qu'on a désamorcé des tensions chez la personne, qu'on a apporté des réponses à des questions. Déjà quand on touche à ça je pense que c'est des bons indicateurs de réussite.

Juliette:

Ok, est ce qu'ici t'as le temps de mettre en place cette qualité d'accompagnement au quotidien ou est ce qu'il y a des temps dédiés ?

Florian:

Dès l'accueil on peut le faire, dès l'accueil il y a pas mal de choses à déblayer, à cerner chez la patiente (les ressources, les stades dont on parlait tout à l'heure) et déjà un bon accueil car ses ces premiers pas dans le centre. Il faut à mes yeux poser des bonnes bases en termes de réassurance et d'écoute. Il faut montrer qu'on a le temps et qu'on peut prendre le temps avec la patiente.

Juliette:

Très bien merci, et du coup ce que tu viens de me dire mais fait penser à sa mais est ce qu'il y a des points sur lesquels tu vas insister dès le début à l'entrée de la patiente que tu ne ferais pas dans le cadre de l'accompagnement d'autres patients ?

Bilan de l'état psychologique ? Etat de stress ?

Florian:

Ouais je comprends, et bien déjà si la personne arrive seule ou accompagnée je trouve que ça en dit long. Il y a déjà une parole qu'on va sentir si elle parle librement ou qu'en présence du conjoint elle n'ose pas trop se livrer, c'est aussi important de prendre le temps de faire sortir le conjoint. Ça permet d'évaluer certaines choses, certaines appréhensions il faut évaluer tout ça car forcément ça impacte le couple. Il y a beaucoup de stress qui tourne autour de ça, de l'image corporelle. Il y a la personne de par sa chirurgie et le regard de l'autre dans la vie de tous les jours mais aussi dans la vie intime ainsi que l'impact sur l'environnement et les enfants. Est-ce des sources d'angoisses pour la patiente ? Est-ce que ce sont des choses déjà posées au clair ?

Juliette:

Du coup c'est bien car tu anticipes un peu ma question, on va parler maintenant de l'image corporelle et je me demandais même si ça peut paraître un peu évident. Est-ce que les femmes vous questionnent beaucoup sur l'image qu'elles vont avoir après et les changements physiques que ça va apporter ?

Florian:

Alors il y a les personnes qui se projettent tout de suite sur la reconstruction et sur l'"après chirurgie". Il y a des personnes qui ont une mastectomie avec reconstruction immédiate puis des personnes qui ont une ablation sans reconstruction. C'est un peu à différencier car on voit que le mécanisme n'est pas le même dans les deux cas de figures. La mastectomie ou la personne est bien préparée le temps des traitements et tout au long de ces hospitalisations il y a un cheminement qui est beaucoup plus sain et la reconstruction est souvent mieux vécue. Parfois ce n'est pas qu'une question de temps pour bien vivre la mastectomie en fait. Il faut aller chercher tout ce qui est un peu source d'angoisse pour la patiente et essayer de régler ça avec elle avant la mastectomie qui va modifier radicalement son image corporelle. Justement là je reviens encore sur la vie de couple, la vie en tant

que mère de famille et la vision parfois des copines de cette personne-là. Le cercle environnemental de la personne et tout ce que ça impact. Parfois ça va être le travail, parfois ça va être la vie familiale et c'est là ou après nous on peut essayer d'adapter notre discours et notre écoute. Elles peuvent également s'inquiéter par rapport au traitement avec la perte des cheveux notamment. C'est pour ça qu'on met un point d'honneur sur les soins de support dès le début.

Juliette:

Ouais en effet, du coup ça vient un peu à ma question suivante donc je préfère la réorienter complètement.

J'ai fait un entretien pour ma situation de départ et juste après la chirurgie la patiente me disait que pendant les pansements elle avait un peu rejeté sa poitrine car elle trouvait qu'on ne l'avait pas assez sensibilisé à ses cicatrices. Donc est ce qu'ici vous avez des choses comme du massage ou des soins particuliers pour permettre à la femme de mieux appréhender sa nouvelle image.

Florian:

On a un temps lorsqu'on accueille une patiente qui est le premier regard sur la cicatrice qui est important et qui est à prendre en compte. C'est à faire en prenant son temps. Si elle en a les ressources pendant l'hospitalisation on peut lui montrer la cicatrice à l'aide du miroir ou alors on l'accompagne devant le miroir. C'est important qu'elle le fasse avec nous dans le cercle de l'hospitalisation pour ne pas être confrontée à ça toute seule chez elle par la suite. Il y a des personnes qui vont être un peu réticentes et on est là pour leur dire qu'on va un peu les aider et pour les rassurer pour après en leur expliquant que c'est important de le faire car ça va leur permettre d'intégrer leur nouvelle image (intégré ne veut pas dire accepté).

Mmmm... Sinon quoi dire d'autre... Pendant le pansement il se passe pas mal de choses aussi et c'est un temps déjà un peu privilégié. On va tout de suite voir les personnes qui tourne la tête à 90 pour pas regarder, les personnes qui vont tout de suite regarder et les personnes qui vont accepter les petits conseils qu'on leur donne notamment de commencer à toucher la poitrine. En effet on explique qu'il y a une perte nerveuse au niveau de l'hémi thorax donc le fait de juste faire toucher la personne ça lui permet de récupérer la sensation plus vite si elle commence à masser. D'ailleurs c'est ce qu'on leur dit avec les kinésithérapeutes plus elle commence à masser tôt plus la sensibilité va revenir vite au niveau du sein et de tout l'hémi thorax. C'est un travail en collaboration avec les kinés qui dans ce cadre-là nous aide bien. Les kinés prennent leur temps et les rassurent, c'est très intéressant d'échanger entre nous car entre le temps de pansement réalisé par les IDE et le temps des soins réalisés par les Kiné on a vraiment deux visions de la personne et ça permet de la prendre en charge dans sa globalité.

Juliette:

Et du coup-là ma question va encore être portée sur l'image. C'est dans le but de savoir si la reconstruction mammaire est envisagée dès l'annonce de la mastectomie ou pas ? Et est-ce que la reconstruction est obligatoire ou non ?

Florian

Alors il y'a des schémas un tout petit peu différents ou parfois la mammectomie arrive après les traitements. Globalement c'est quelque chose qui est laissé... qu'on laisse percevoir au patiente la reconstruction car voilà c'est un optimiste, ça peut générer beaucoup d'énergie et de volonté de s'engager dans leur traitement. Et puis on sait qu'il y a certaines patientes qui vont poser les choses et qui vont dire que la reconstruction ce n'est pas pour maintenant. Donc pareil il y a vraiment des schémas divers et variés. Après la reconstruction n'est pas obligatoire, néanmoins en fonction du bonnet initial de la patiente et de la taille de la tumeur enlevée, il est obligatoire pour éviter les points d'appui et aussi pour une certaine forme d'esthétisme de retendre la peau.

Juliette:

Merci beaucoup Florian, tu as répondu à toutes mes questions sur le sujet.

Florian:

De rien si tu as d'autres questions tu n'hésites pas, passes une bonne journée.

Retranscription n°2 avec Stéphanie IDE en médecine oncologique

Retranscription 2

Stéphanie infirmière en soins palliatifs au CHP de St Grégoire

Juliette :

"Alors du coup pour te remettre un peu dans le contexte je fais mon mémoire sur l'appropriation d'une nouvelle image corporelle chez une femme qui subit une mastectomie totale. J'ai trié mon entretien en trois thèmes que tu découvriras donc tout au long de ce questionnaire.

Alors la première question que je me posais, c'est : à tes yeux, quelle est la prise en charge type d'une femme qui va subir une mastectomie ? Elle rencontre qu'elles professionnels etc...

Stéphanie :

En général avant de parler de mastectomie il faut poser le diagnostic du cancer du sein pour qu'il soit localisé. Après par rapport à sa il y a tous les acteurs de l'imagerie et les différents rendez-vous. Il y a

un rendez-vous avec le chirurgien pour l'ablation du sein donc la mastectomie. Nous en plus on a un avis du psychologue pour qu'elle voit déjà une fois la patiente au CHP avant l'intervention. Ensuite au CHP il y a l'anesthésiste évidemment puis le chirurgien qui pratique la mastectomie n'est pas un chirurgien classique. Donc elle rencontre un chirurgien plasticien, et généralement, enfin chez nous, le chirurgien qui fait la mastectomie fait la chirurgie plastique (reconstruction) par la suite. Elle rencontre également l'oncologue qui va la suivre pour son cancer et le matin de l'opération l'équipe paramédicale.

Juliette :

Ah d'accord, ok.

Stéphanie :

Oui oui il fait les deux de ce que j'ai pu comprendre. Après tout dépend du type de mastectomie si c'est total et dans ce cas il y a une prothèse ou si c'est une mastectomie "minime" car la tumeur est très localisée il y aura des rendez-vous également hein, mais moins car il n'y aura pas de prothèse ni d'ablation du mamelon. Après toi en fin de compte ce qui t'intéresse c'est quand même plus la mastectomie totale donc la 1ère option qu'on a vue ensemble"

Juliette :

Oui tout à fait c'est plus ce qui m'intéresse vraiment l'ablation totale.

Stéphanie :

Oui très bien, alors le jour de l'opération elle entre le matin dans le service puis ressort après un passage en SSPI, suite à sa elle rentre dans le service avec un pansement compressif et des redons qui sont mis de chaque côté. Ensuite c'est une chirurgie comme une autre dans le sens où il y a ablation des redons à J2 en fonction de la quantité de sécrétions qu'ils donnent. Ça sert à drainer la lymphe pour limiter les risques d'infections et de complications. Pendant ce temps-là il y a le passage de la psychologue vu une première fois en amont de l'intervention donc chez nous c'est Virginie. Par la suite Virginie va donner son numéro de téléphone pour que la patiente puisse la rappeler quand elle sera rentrée chez elle au besoin.

Après par rapport à la mastectomie donc au pansement, il sera enlevé avant la sortie d'hospitalisation avec l'ablation des redons. A ce moment-là, on leur propose mais on ne leur impose pas bien sûr, de mettre un miroir devant elle afin de voir la cicatrice. Le but est de faire évoluer leur image corporelle au niveau du cerveau. En effet on m'a expliqué que même si la patiente ne va pas forcément

l'accepter immédiatement. Le fait de voir la mastectomie va permettre au cerveau de la patiente d'intégrer une nouvelle image.

Juliette :

D'accord, alors du coup ça répond très très bien à ma question. Maintenant ma question se porte plus sur la patiente. Qu'est-ce que les patientes vous font remonter les patientes après l'intervention ?

Stéphanie :

Alors oui au niveau de leur image corporelle, elles le disent toute, il y a une partie de leur féminité qui part avec la mastectomie car pour elle les seins c'est "être femme" en fin de compte. C'est vraiment une partie de leur féminité qui s'en va. Même s'il y a une prothèse, ce n'est pas leur corps c'est une partie "en plus"

Juliette:

D'accord, et je me demandais. Est-ce que dans une prise en charge d'une femme qui a subi une mastectomie tu t'es déjà retrouvé en difficulté par rapport à une prise en charge ?

Stéphanie :

Alors oui, au début de ma carrière non mais maintenant que je me rapproche de "l'âge du dépistage" ça peut être compliqué pour moi. Tu vois, j'ai 46 ans et les femmes qui sont confrontés à sa on a peu près mon âge, et en fin de compte même si tu essayes de te préserver tu te dis que ça peut aussi t'arriver et je pense qu'elle s'inquiète du risque de décès, elles ont l'impression d'avoir une épée de Damoclès au-dessus d'elle. Donc en tant que soignante tu le ressens à certains moments.

Juliette:

Je voulais également savoir si tu avais des collègues hommes, et si oui est ce qu'ils ont rencontré des difficultés à prendre en charge des femmes qui ont subi une mastectomie ? Peut-être parce qu'une femme ne se sentait pas à l'aise ou autre...

Stéphanie :

En général nous les mastectomies ne vont pas en oncologie médicale mais en chirurgie.

Après on demande à la patiente et je sais que nous spontanément au CHP on essayait de voir si une femme (infirmière et AS) pouvait assurer la prise en charge plutôt qu'un homme surtout pour le premier déballage du pansement.

Juliette : D'accord, maintenant nous allons passer à la deuxième partie, qu'est-ce qu'un bon accompagnement infirmier pour toi ?

Stéphanie :

Honnêtement c'est le fait de rentrer chez soi et de se dire : "en fin de compte j'ai fait du bon boulot" tout simplement. Je ne me dis pas que je peux répondre à toutes leurs demandes mais je me dis que je les ai soulagés et je ne suis pas frustrée.

Juliette :

Est-ce que tous les jours tu as le temps de mettre en œuvre un accompagnement qui te satisfait ?

Stéphanie :

Oui, on a 6 patients en charge et on prend vraiment le temps avec eux, après si on n'arrive pas à faire tous les soins qu'on a dans la matinée on transmet à la collègue d'après-midi et généralement elle comprend très bien on n'est pas jugé par nos collègues. Par contre il y a des patients qui des jours ont plus besoins donc forcément tu passes moins de temps avec celui de la chambre suivante. C'est pour cela que généralement j'essaie de compenser le lendemain ou plus tard.

Juliette :

Ok, donc en partant de ça, est ce que d'après toi il y a un accompagnement particulier à faire pour une femme qui va subir une mastectomie totale ?

Stéphanie :

La prise en charge psychologique est très importante à mes yeux et il y a plus d'intervenants qui vont passer. Et encore une fois on ne va pas demander à un homme d'aller faire la toilette de la dame dans cette situation. Elles ne sont déjà pas bien dans leur corps, donc si en plus elle a l'image de l'homme en face de soi

Juliette :

Tu enchaînes assez bien sur ma prochaine question du coup, je me demandais du coup qu'elles sont les inquiétudes de ces femmes notamment par rapport au changement de leur corps ? Qu'est-ce qu'elles vous font remonter ?

Stéphanie :

La chimiothérapie les inquiète beaucoup car la plupart du temps, qui dit chimio dit perte des cheveux. D'autres part même si nous avons des casques réfrigérants c'est très douloureux pour la

patiente. La mastectomie en elle-même surtout au niveau de la cicatrice, ça remet en cause leur féminité et leur image corporelle. Et enfin les inquiétudes sur les métastases.

Juliette :

Toi en tant qu'ide comment peux-tu les aider à surmonter leurs inquiétudes ?

Stéphanie :

On est rassurant, on reformule ce qu'a dit l'oncologue ou le chirurgien et on se veut bienveillant . On leur donne également pas mal de papiers avec des groupes de soutien, puis des numéros de socio esthéticiennes. On leur donne des petites infos qui se veulent rassurantes et surtout sources d'issue pour elle. On peut également aborder la reconstruction qui est déjà abordée avec le chirurgien avant même que la patiente soit opérée. Pour certaines ces sources d'espoir que de s'imaginer avec une nouvelle poitrine au moins en termes de forme.

Juliette :

Super, et bien je te remercie du temps que tu m'as consacré, tu as su répondre à toutes mes questions

Stéphanie :

Mais de rien tu n'hésites pas si tu as besoin de me recontacter.

Bonne journée.

II. ANNEXE

Tableau d'analyse

Sujet de recherche : L'accompagnement infirmier des jeunes femmes qui va subir une mastectomie totale dans un contexte de cancer du sein.

Question de départ : En quoi l'accompagnement infirmier participe au travail d'acceptation de l'image de soi perturbée pour une jeune femme qui a subi une mastectomie totale

Thème de la question l'accompagnement infirmières auprès des femmes qui vont subir une mastectomie

Objectif d'analyse : mettre en évidence les actions infirmières mises en place auprès des femmes qui viennent de se faire opérer ou qui vont se faire opérer

L'accompagnement pluriprofessionnel	Notion: Equipe → Le parcours "type" <hr/> → Le travail en pluridisciplinarité	IDE 1: le premier contact, va être avec le chirurgien qui explique à la patiente la décision chirurgicale. Elle le rencontre évidemment après avoir eu sa mammographie, ce dernier bloque une date d'opération quand elle est dans le cas de figure chirurgie et traitement par radio et chimiothérapie IDE 2: En général avant de parler de mastectomie il faut poser le diagnostic du cancer du sein pour qu'il soit localisé. Après par rapport à sa il y a tous les acteurs de l'imagerie et les différents rendez-vous. Il y a un rendez-vous avec le chirurgien pour l'ablation du sein donc la mastectomie. IDE1: Par la suite, elle vient dans le service où elle rencontre l'oncologue et l'équipe infirmière. Enfin tout ce qui est psychologue et prothésiste et kiné au centre avant de ressortir pour avoir le temps de cicatrisation chez elle et une consultation de nouveau avec le chirurgien et la consultation oncologique arrive par la suite. IDE 2: on a un avis du psychologue pour qu'elle
--	---	---

	<hr/> <p>→ Les soins de supports:</p>	<p>voit déjà une fois la patiente au CHP avant l'intervention. Ensuite au CHP il y a l'anesthésiste évidemment puis le chirurgien qui pratique la mastectomie n'est pas un chirurgien classique. Donc elle rencontre un chirurgien plasticien, et généralement, enfin chez nous, le chirurgien qui fait la mastectomie fait la chirurgie plastique (reconstruction) par la suite. Elle rencontre également l'oncologue qui va la suivre pour son cancer et le matin de l'opération l'équipe paramédicale.</p> <p>IDE1 :Elle a un livret d'accueil avec les différents professionnels notamment avec les soins de supports (assistants sociaux, kinés, nutritionnistes) qui sont là pour aider la patiente dans différents moments de son parcours.</p> <p>IDE2: On leur donne également pas mal de papiers avec des groupes de soutien, puis des numéros de socio esthéticiennes. On leur donne des petites infos qui se veulent rassurantes et surtout sources d'issue pour elle.</p>
	<hr/> <p>Notion: L'accompagnement Infirmier → La clef principal: le temps</p>	<p>IDE1 :Pendant tout leur parcours le maître mot c'est de solliciter les équipes soignantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il faut plutôt être dans l'évaluation des ressources de la personne, il faut réussir à trouver dans quel stade elle est: le déni, la colère et l'acceptation de la maladie. Il y a tous ses stades à bien avoir en tête pour adapter les conseils et parfois il faut juste entendre ce que la patiente a à dire. Même si cela arrive, on a toujours des clefs pour pallier ça. - déjà un bon accueil car c'est, ses premiers pas dans le centre. Il faut à mes yeux poser des bonnes bases en termes de réassurance et d'écoute. Il faut montrer qu'on a le temps et qu'on peut prendre le temps avec la patiente.

		<p>- nous on peut essayer d'adapter notre discours et notre écoute.</p> <p>IDE2: . Je ne me dis pas que je peux répondre à toutes leurs demandes mais je me dis que je les ai soulagé et je ne suis pas frustrée.</p> <p>- On est rassurant, on reformule ce qu'a dit l'oncologue ou le chirurgien et on se veut bienveillant.</p> <p>- Oui, on a 6 patients en charge et on prend vraiment le temps avec eux</p>
<p>Les conséquences d'une mastectomie totale pour la patiente</p>	<p>Notion: L'opération → La cicatrice</p>	<p>IDE1 : On a un temps lorsqu'on accueille une patiente qui est le premier regard sur la cicatrice qui est important et qui est à prendre en compte. C'est à faire en prenant son temps. Si elle en à les ressources pendant l'hospitalisation on peut lui montrer la cicatrice à l'aide du miroir ou alors on l'accompagne devant le miroir. C'est important qu'elle le fasse avec nous dans le cercle de l'hospitalisation pour ne pas être confrontée à ça toute seule chez elle par la suite. Il y a des personnes qui vont être un peu réticentes et on est là pour leur dire qu'on va un peu les aider et pour les rassurer pour après en leur expliquant que c'est importants de le faire car ca va leur permettre d'intégrer leur nouvelle image (intégré ne veut pas dire accepté).</p> <p>IDE2: . La mastectomie en elle-même surtout au niveau de la cicatrice, ça remet en cause leur féminité et leur image corporelle</p> <p>-Après par apport à la mastectomie donc au pansement, il sera enlevé avant la sortie d'hospitalisation avec l'ablation des redons. A ce moment-là, on leur propose mais on ne leur impose pas bien sûr, de mettre un miroir devant elle afin de voir la cicatrice. Le but est de faire</p>

	<hr/> <p>→ La reconstruction</p>	<p>évoluer leur image corporelle au niveau du cerveau. En effet on m'a expliqué que même si la patiente ne va pas forcément l'accepter immédiatement. Le fait de voir la mastectomie va permettre au cerveau de la patiente d'intégrer une nouvelle image.</p> <p>IDE1: Alors il y a les personnes qui se projettent tout de suite sur la reconstruction et sur le "après chirurgie". Il y a des personnes qui ont une mastectomie avec reconstruction immédiate puis des personnes qui ont une ablation sans reconstruction. C'est un peu à différencier car on voit que le mécanisme n'est pas le même dans les deux cas de figures. La mammectomie ou la personne est bien préparée le temps des traitements et tout au long de ces hospitalisations il y a un cheminement qui est beaucoup plus sain et la reconstruction est souvent mieux vécue</p> <p>- Globalement c'est quelque chose qui est laissé... qu'on laisse percevoir au patiente la reconstruction car voilà c'est un optimiste, ça peut générer beaucoup d'énergie et de volonté de s'engager dans leur traitement. Et puis on sait qu'il y a certaines patientes qui vont poser les choses et qui vont dire que la reconstruction c'est pas pour maintenant. Donc pareil il y a vraiment des schémas divers et variés. Après la reconstruction n'est pas obligatoire, néanmoins en fonction du bonnet initial de la patiente et de la taille de la tumeur enlevée, il est obligatoire pour éviter les points d'appuie et aussi pour une certaine forme d'esthétisme de retendre la peau.</p> <p>IDE2: Même s'il y a une prothèse, ce n'est pas leur corps c'est une partie "en plus"</p>
--	----------------------------------	---

	<hr/> <p>→ Les changements physiques lié aux traitements</p> <hr/>	<p>-On peut également aborder la reconstruction qui est déjà abordée avec le chirurgien avant même que la patiente soit opérée. Pour certaines ces sources d'espoir que de s'imaginer avec une nouvelle poitrine au moins en terme de forme.</p> <p>IDE1: Elles peuvent également s'inquiéter par rapport au traitement avec la perte des cheveux notamment. C'est pour ça qu'on met un point d'honneur sur les soins de support dès le début.</p> <p>IDE 2: de leur image corporelle, elles le disent toute, il y a une partie de leur féminité qui part avec la mastectomie car pour elle les seins s'est être femme en fin de compte. C'est vraiment une partie de leur féminité qui s'en va. Même s'il y a une prothèse, ce n'est pas leur corps c'est une partie "en plus"</p> <p>-La chimiothérapie les inquiète beaucoup car la plupart du temps, qui dit chimio dit perte des cheveux. D'autres part même si nous avons des casques réfrigérants c'est très douloureux pour la patiente</p>
	<p>→ Le regard de l'autre</p>	

	<p>et l'impact sur la vie de la patiente</p>	<p>IDE1: Il faut évaluer tout ça car forcément ça impact le couple. Il y a beaucoup de stress qui tourne autour de sa, de l'image corporelle. Il y a la personne de part sa chirurgie et le regard de l'autre dans la vie de tous les jours mais aussi dans la vie intime ainsi que l'impact sur l'environnement et les enfants.</p> <p>- Il faut aller chercher tout ce qui est un peu source d'angoisse pour la patiente et essayer de régler ça avec elle avant la mastectomie qui va modifier radicalement son image corporelle. Justement la je reviens encore sur la vie de couple, la vie en tant que mère de famille et la vision parfois des copines de cette personne là. Le cercle environnemental de la personne et tout ce que ça impact. Parfois ça va être le travail, parfois ça va être la vie familiale</p> <p>IDE2: La prise en charge psychologique est très importante à mes yeux et il y a plus d'intervenants qui vont passer. Et encore une fois on va pas demander à un homme d'aller faire la toilette de la dame dans cette situation. Elles sont déjà pas bien dans leur corps, donc si en plus elle a l'image de l'homme en face de soi</p>
--	--	--

III. ANNEXE



La Vénus de Willendorf (Museum d'histoire naturelle - NHM - de Vienne) (BARBARA GINDL/EFE/Newscom/MaxPPP)

