

Travail de fin d'étude

La mastectomie : au-delà de l'amputation du sein



UE : 5.6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Référente : Mme Clerc Alexandra

Date : 26 mai 2026

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. SITUATION DE DEPART.....	2
2. QUESTIONNEMENT.....	5
3. QUESTION DE DEPART	6
4. CADRE DE REFERENCE	6
4.1 L'EVOLUTION DE LA CHIRURGIE ET ROLE INFIRMIER	6
4.2 LES REPRESENTATIONS SYMBOLIQUES DE LA POITRINE FEMININE	7
4.2.1 <i>Le sein : un symbole sacré</i>	7
4.2.2 <i>Le sein : symbole érotique</i>	8
4.2.3 <i>Le sein : symbole politique</i>	9
4.2.4 <i>Le sein d'aujourd'hui</i>	10
4.3 LA MASTECTOMIE	11
4.3.1 <i>Les répercussions physiques</i>	12
4.3.2 <i>Le schéma corporel</i>	13
4.3.3 <i>L'image du corps et Identité</i>	14
4.4 ANGOISSE ET TRAVAIL DE DEUIL.....	17
4.4.1 <i>Angoisse</i>	17
4.4.2 <i>Un travail de deuil</i>	18
4.5 L'ACCOMPAGNEMENT	20
5 ENQUETE EXPLORATOIRE.....	23
5.1 METHODE.....	23
5.2 LE CHOIX DE LA POPULATION	24
5.3 LIEUX D'INVESTIGATION	24
5.4 OUTILS D'ENQUETE.....	25
6 RECUEIL ET ANALYSE DES ENTRETIENS	26
6.1 LES LIMITES	26
6.2 PRESENTATION DES ENTRETIENS.....	27
6.3 ANALYSE CROISEE	28
6.3.1 <i>La mastectomie : la blessure de l'identité féminine</i>	29
6.3.2 <i>Premier pansement : entre regard et évitement, quand les émotions s'expriment.</i>	30
6.3.3 <i>Accompagner dans la pluralité des soins</i>	34
6.4 SYNTHESE	36
7. PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	36
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
LES ANNEXES.....	II

Note aux lecteurs et aux lectrices : *« Il s'agit d'un travail personnel et ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »*

Remerciement

Tout d'abord, je tiens à remercier Mme Clerc Alexandra, cadre formatrice à l'institut de formation en soins infirmiers d'Avignon, pour m'avoir soutenu et accompagné tout au long de ce travail de fin d'étude. Je la remercie pour son écoute, ainsi que ses précieux conseils qui m'ont permis aujourd'hui de vous présenter ce mémoire.

Je remercie également Mme PIERI Nathalie pour ses encouragements durant ces trois années de formation. Merci également à l'ensemble des professionnels de santé, ils m'ont guidé, rassuré et transmis avec patience leurs savoirs expérientiels pendant les stages cliniques.

Je tiens également à remercier l'ensemble des formateurs et formatrices du GIPES d'Avignon pour leur bienveillance durant ces trois années pédagogiques.

Merci à l'ensemble de la promotion 2023-2026 pour leur complicité et les rires partagés.

Et enfin, je tiens particulièrement à remercier ma mère et ma famille de m'avoir encouragé, parfois consolé et surtout de m'avoir fait prendre le recul nécessaire à certaines situations.

Introduction

Chaque année en France près de 61 214 nouveaux cas de cancers du sein ont été diagnostiqués et environ 22 000 mastectomies totales ont été réalisées en 2023. La prévalence du cancer du sein ne cesse d'augmenter, plaçant cette maladie et ses traitements au centre des préoccupations soignantes. Derrière ces chiffres vertigineux, se cachent des vies bouleversées par cette épreuve physique et psychique : la mastectomie.

Si la mastectomie est un acte chirurgical essentiel à la survie des patientes, elle constitue sans nul doute, une intrusion violente dans l'intimité de ses femmes. Entre l'altération du schéma corporel, de l'image de soi, et des fondements de sa propre identité, un long chemin se dessine vers l'acceptation de cette nouvelle image. Dans ce parcours de soin en oncologie, un moment particulièrement délicat les attend : la première réfection de pansement. Cet instant de mise à nu n'est pas seulement un soin technique, il marque souvent le traumatisme et l'entrée dans le travail de deuil de l'image de soi.

Lors d'un de mes stages en service de chirurgie gynécologie, j'ai été amenée, en tant que future professionnelle, à me questionner sur la prise en charge de ces femmes. Comment un infirmier peut-il accompagner ces femmes dans cette nouvelle réalité ?

Pour répondre à ces interrogations, je vais dans un premier temps, vous décrire une situation issue de mon parcours de stage qui a fait naître ce sujet et vous présenter ma question de départ. Dans un second temps, le cadre conceptuel permettra de préciser les éléments saillants relatifs aux dimensions physiques et psychologiques de cette intervention chirurgicale. Enfin, je confronterai mon cadre de référence avec des entretiens infirmiers et proposerai une hypothèse de recherche avant de conclure ce travail.

1. Situation de départ

En janvier 2025, durant mon stage dans un service de chirurgie gynécologique, j'ai rencontré une situation qui m'a profondément marqué en tant que soignant mais aussi en tant que femme.

Le service accueille des patientes hospitalisées pour des prises en charge diverses allant de la chirurgie bénigne, à des interventions plus lourdes et invasives notamment liées à la cancérologie.

C'est dans ce contexte que je fais la connaissance de Madame A un mardi. Elle est âgée de 46 ans et maman de deux enfants de 10 et 15 ans. Elle est admise la veille de son intervention pour une mastectomie totale du sein droit associée à un curage axillaire. Cette patiente a découvert quelques semaines auparavant une petite tuméfaction en réalisant une auto-palpation. C'est son gynécologue qui lui a annoncé le résultat de la biopsie, la tumeur était maligne et une partie de la chaîne ganglionnaire était atteinte.

Peu après 16 heures, Madame A se présente au poste de soins. Elle est seule, son mari n'ayant pu se soustraire à son activité professionnelle. Je l'accueille et identifie sa chambre sur le tableau mural. Son visage exprime de la préoccupation, je remarque un froncement de sourcil et un regard hésitant. Je l'accompagne ensuite vers sa chambre. Je souhaite entrer en relation avec cette femme dont je ressens l'anxiété. J'aborde progressivement l'intervention prévue le lendemain matin. Ses réponses sont brèves, et laissent peu de place à plus de conversation. Je respecte le silence qui s'installe entre nous.

Je débute l'entretien d'admission. L'infirmière nous rejoint, nous lui posons quelques questions essentielles pour sa prise en charge. Je l'invite à s'asseoir afin de prendre ses constantes. Progressivement un dialogue s'instaure. Madame A s'autorise à poser quelques questions sur le déroulement de l'opération et sur les douleurs éventuelles qu'elle pourrait ressentir en se réveillant. Elle cite « Combien de temps dure l'opération ? », « Vais-je avoir mal après l'intervention ? », « Est-ce que je vais avoir un drain ? ». Au travers de ces quelques phrases je comprends de façon plus précise ses premières craintes orientées vers la douleur post-opératoire.

Nous terminons son admission et nous la laissons s'installer. Je l'informe que je dois réaliser un bilan sanguin et les objectifs de ce soin. La patiente consent alors au soin et cela me laisse ainsi une opportunité de discuter plus amplement avec elle et d'établir une relation de confiance.

C'est alors que Madame A me partage sa crainte de « ne plus se reconnaître dans son corps » après l'intervention. Elle m'interroge ensuite sur les « méthodes pour cacher le sein qui allait bientôt lui manquer » tout en précisant « est-ce que je vais être obligé de subir d'autre opération pour ça ? ».

A cet instant, je sens son regard se voiler de larmes, qui témoigne d'une grande souffrance psychologique et une anticipation douloureuse de la perte de son sein. Face à cette demande, j'essaie de la rassurer en lui expliquant qu'il existe certaines techniques de chirurgie réparatrice telle que la reconstruction ou les implants mammaires. Cependant j'ajoute que ces solutions doivent être envisagées avec son chirurgien et que cela dépend également des traitements additionnels complémentaires prévus dans son parcours oncologique. En dépit de mes tentatives pour choisir les mots « justes », je me suis sentie démunie et impuissante.

Une psychologue est disponible sur appel lorsqu'une situation requiert son expertise. L'équipe sollicite peu cette professionnelle car le temps de séjour des patients ne permet pas toujours d'identifier un besoin spécifique. Je mesure que la temporalité entre l'entrée dans le service et le temps opératoire est trop court pour initier cette démarche. Cependant la présence de la psychologue en amont de la chirurgie aurait été possiblement bénéfique pour cette femme.

Deux jours après, lors des transmissions du matin, j'apprends que l'opération de Madame A s'est bien déroulée, sans aucune complication per opératoire immédiate. Elle est porteuse de deux redons côté droit. Malgré la réussite « technique » de l'opération, les soignants présents la veille constate que la patiente a toujours des difficultés pour accepter cette nouvelle étape.

Au cours du tour du matin avec l'infirmière, j'ai l'occasion de m'entretenir de nouveau avec elle, seule à seule. Elle confie ressentir une sensation étrange, celle d'avoir « comme un poids en moins d'un côté », et ajoute « j'ai du mal à me faire à cette nouvelle perception de

mon corps ». Ses paroles empreintes de tristesse me laissent entrevoir un profond bouleversement face à ce corps « reconfiguré ». Se mêle le soulagement de l'ablation de la tumeur et la crainte liée à l'appropriation de cette nouvelle apparence. La patiente semble à cet instant comprendre que cette transformation est irréversible.

Plus tard dans la journée, je viens auprès de Mme A pour réaliser le premier pansement. Elle tourne la tête et devient mutique. Je comprends qu'elle ne veut pas regarder sa cicatrice qui remplace désormais son sein. Par ce geste volontaire et appuyé, elle marque sa difficulté à se confronter à son corps « étranger ». Une nouvelle fois je ressens ses émotions et sa fragilité. Comment l'étudiante que je suis peut accompagner cette souffrance ? Je suis partagée entre le désir d'alléger sa peine et la crainte d'interférer dans son intimité. Comment trouver les mots justes ? En existe-t-il ? Quelle est la place de l'infirmière dans ce cheminement personnel et symbolique ?

Cette situation m'a profondément touché et a suscité chez moi une profonde réflexion sur le rôle et la place d'infirmière face à l'altération de l'image corporelle liée à une chirurgie mutilante.

2. Questionnement

En écrivant cette situation, plusieurs questions s'imposent à moi. Dans un premier temps, je m'interroge sur l'annonce du diagnostic et des différents soins à venir. Comment une femme vit-elle l'annonce de sa maladie ? Comment à-t-elle réagi ? Est-elle entourée à la suite de cette annonce ?

Je me suis questionnée sur le vécu des femmes lors de leur séjour en service de chirurgie gynécologique. Une patiente peut-elle se préparer à une intervention identifiée comme délabrante ? En tant que soignant, comment pouvons-nous accueillir ses femmes pour lequel la chirurgie représente bien plus qu'une simple intervention ? Quel rôle ont les soignants sur l'accompagnement de ces femmes dans leur parcours ? L'infirmier en chirurgie a-t-il une place particulière dans la prise en charge de ses femmes ? La chirurgie mutilante doit-elle passer par une phase de deuil ? Quelles émotions traversent les femmes à cette étape de leur parcours ?

D'un point de vue anthropologique, je me suis demandée si le sein avait la même importance pour toutes les femmes. Existe-t-il des différences de représentation du corps de la femme en fonction des cultures ? Que symbolise le sein dans notre société ? Est-il un simple organe ?

Enfin, je me suis interrogée sur le vécu des femmes dans le parcours de soins. Comment une femme peut-elle ressentir le rythme imposé par le parcours oncologique entre rapidité, examens répétés, et décisions médicales ? Se sent-elle actrice de ses choix ou subit-elle le parcours ? La rapidité du temps d'hospitalisations en service de chirurgie elle est vraiment bénéfique ou génère-t-elle plus d'angoisse ?

3. Question de départ

Ces questionnements m'ont alors amené à une question de départ centrée sur ma future fonction:

Comment l'infirmière en service de chirurgie peut-elle accompagner les femmes mastectomisées lors du premier pansement afin de limiter l'angoisse liée à la perte du sein et aux changements du schéma corporel ?

4. Cadre de référence

4.1 L'évolution de la chirurgie et rôle infirmier

La chirurgie a traversé des siècles de transformations, passant de pratiques rudimentaires et souvent mortelles à des interventions hautement sophistiquées et précises. La chirurgie moderne, telle que nous la connaissons, a moins de deux siècles d'existence. Cependant, son développement a été le résultat de l'évolution de la médecine et des soins portés par l'homme.

Comme nous le décrit Pierre Wauthy, l'évolution de la médecine et de la chirurgie s'explique en grande partie par le changement de la manière dont la maladie a été perçue au cours de l'histoire. Pendant de nombreux siècles, elle était considérée comme une « *punition divine* » ou comme un phénomène surnaturel en lien avec « *des peurs, des croyances et des tabous* », ce qui limitait les soins à des pratiques religieuses ou magiques. Par conséquent le « *caractère tabou des gestes invasifs* » tant sur les vivants que sur les morts, ont restreint les avancées sur les connaissances de « *l'anatomie humaine et de la physiopathologie des maladies* ». Ce n'est qu'en changeant progressivement ce regard que la médecine et la chirurgie a pu évoluer.

La fin des interdits entourant le corps humain permet la mise en application de pratiques chirurgicales complexes, modifiant durablement le périmètre d'action des infirmières. La première guerre mondiale met en avant le rôle des infirmières militaires. L'afflux de victimes nécessitent des actes chirurgicaux en très grand nombre. C'est l'apparition de nouvelles spécialités telles que « les infirmiers anesthésistes ». Les victimes de guerre sont « des gueules cassées » qui imposent des compétences spécifiques en chirurgie reconstructrice et en soutien

psychologique. La seconde guerre mondiale, quant à elle, voit l'apparition de technique novatrice dans la prise en charge des brûlés. Une attention particulière à la qualité de vie des patients ayant subi des dommages esthétiques et psychiques est dorénavant prise en compte. Le Dr Maurice Mimoun, chirurgien spécialisé en chirurgie réparatrice, relate dans son ouvrage « *L'impossible limite : cahier d'un chirurgien* » ses années d'expérience au service de patient mutilé. Il témoigne de la souffrance humaine et des décisions éthiques que suscitent la prise en charge complexe de ces personnes.

4.2 Les représentations symboliques de la poitrine féminine

La représentation de la femme et de son anatomie a continuellement fait l'objet de symbole et ce depuis la nuit des temps. Tout au long de l'histoire, le sein fut activement décrit dans la peinture, la sculpture, la photographie, le cinéma ou encore la littérature.

4.2.1 Le sein : un symbole sacré

De par sa forme ronde, accueillante et réconfortante, le sein est un symbole universel de maternité, profondément ancré dans l'esprit et l'imaginaire collectif. Marilyn Yalom historienne et essayiste américaine, met en évidence dans son ouvrage *Le sein : une histoire* (1997) que le sein est devenu, au fil des siècles, un symbole fortement chargé de valeurs, de fantasmes, de normes et d'attentes sociales.

L'autrice nous expose les premières représentations culturelles et religieuses au cours de l'histoire. Elle argumente un sein perçu comme un symbole sacré incarnant la fertilité, la maternité et la transmission à donner la vie « *Ces statuette de la préhistoire étaient, selon toute vraisemblance, des déesses de la fertilité, des déesses mère ou des déesses allaitantes* ». À travers différentes figures mythologiques, le sein se révèle alors comme un élément mystique et apparaît comme une puissance nourricière et protectrice capable de nourrir et de faire grandir, mais également un symbole de générosité et d'abondance « *Pendant toute l'histoire ancienne de l'homme - et de la femme - la fonction d'allaitement de la poitrine baignée dans une aura sacrée* ». Ainsi, la poitrine féminine, n'est pas un simple organe biologique, elle devient un signe de bénédiction, de protection longtemps vénérée dans de nombreuses cultures.

Jean Chevalier, philosophe et Alain Gheerbrant, écrivain et ethnologue français ont consacré un ouvrage anthropologique détaillé consacré aux mythes et études symboliques Il s'intitule: *Dictionnaire des symboles : mythes, rêves, coutumes, gestes, formes, figures, couleurs, nombre*. Selon eux, « *Le sein est surtout symbole de maternité, de douceur, de sécurité, de ressource. Lié à la fécondité et au lait, qui est la première nourriture, il est associé aux images d'intimité, d'offrande, de don et de refuge. Coupe renversée, de lui comme du ciel découle la vie. Mais il est aussi réceptacle, comme tout symbole maternel, et promesse de régénérescence.* » Ainsi, le sein y est présenté comme une figure de sécurité et de ressource liée aux premiers besoins de vie. A travers l'allaitement, il constitue pour le nouveau-né la première source de nourriture. Cette intimité donne alors naissance à une relation unique et de partage entre une mère et son enfant.

La métaphore de la « coupe renversée » illustre quant à elle, la forme arrondie du sein et peut poétiquement évoquer le lait donner à l'enfant comme une source de vie qui s'écoule du sein vers l'enfant. En ce sens, le sein est un symbole de vie, de fertilité et de transmission.

Dans cette perspective, l'altération du sein chez une femme touchée par la maladie, ne constitue pas uniquement une perte physique mais également une atteinte symbolique majeure. Chez les femmes en âge de procréer, elle peut bouleverser les représentations associées à la maternité. La transformation ou la perte du sein peut ainsi être vécue comme une atteinte à son image corporelle et à son identité.

4.2.2 Le sein : symbole érotique

A partir de la Renaissance, dans la culture occidentale, la symbolique du sein s'est progressivement transformée. Alors que les siècles précédents mettaient en lumière la dimension maternelle et sacré du sein, sa dimension esthétique et érotique a commencé à être valorisé vers le XV^{-ème} siècle. Marilyn Yalom explique cette évolution au travers des représentations artistiques et littéraires qui accordent une place plus importante au corps féminin et à la beauté.

Parmi les représentations du début de la renaissance, la *Vierge à l'enfant* ou la *vierge de Melun* de Jean Fouquet, dévoile la poitrine de la vierge avec un sein rond, blanc, presque parfaits. Cette peinture, nous laisse entrevoir deux dimensions en apparence opposées :

D'un côté, un sein sacré, lié à la maternité et à une figure religieuse. De l'autre, un aspect d'esthétisation du corps de la femme évoquant une certaine sensualité. Marilyn Yalom précise également « [...] le moment où le sein dévoilé se transforma en « signal érotique en art » et en référence au pur plaisir. Privé de son lien sacré, le sein devient le terrain de jeu incontesté du désir masculin. »

Ce contraste entre cette nouvelle vision du sein et la religion a également été repris par Edith Thoueille dans *Le sacro-sein* . « C'est, paradoxalement, avec le christianisme, qui exhortait les femmes à ne rien dévoiler de leur corps, que le sein prendra une tournure plus érotique. À partir de la Renaissance, la poitrine s'expose de plus en plus dans les œuvres des peintres et sculpteurs, où le profane et le sacré se mêlent. » Ainsi la poitrine devient progressivement une partie du corps qui se dévoile grâce au travail des artistes, il devient une forme d'idéalisation du corps féminin.

Dans cette continuité, la mise en valeur du sein est également observée à travers l'évolution de la mode vestimentaire. A la Renaissance puis au XVII^e et XVIII^e siècles, le corset devient un élément majeur du vêtement féminin permettant de soutenir, de rehausser et de mettre en avant la poitrine. En ajustant le corps selon des normes esthétiques précises, il devient un véritable atout de séduction et de sensualité. Dès lors, le sein n'est plus seulement associé à la maternité, il s'inscrit alors dans des codes esthétiques et sociaux, où il est "exposé" et devient l'élément central de l'apparence féminine et du regard porté par la société.

4.2.3 Le sein : symbole politique

Au-delà de la sphère intime, Marilyn Yalom montre que le sein est un véritable symbole politique et social. Selon elle, le sein a été utilisé pour représenter des idées collectives et de nombreuses valeurs notamment liées à la nation « Dès lors, on ferait appel au sein maternel avec des accents érotiques pour servir divers intérêts nationaux ».

L'un des exemples les plus notables est celui de Marianne, allégorie de la République Française. Dans le tableau *La liberté guidant le peuple* de Eugene Delacroix, Marianne est peinte les seins nus, brandissant le drapeau tricolore appelant le peuple à se battre. En ce sens, le sein devient une métaphore de la liberté « *Souvent, elles étaient identifiées à l'idée de liberté, comme sur le célèbre tableau de Delacroix* ». Par conséquent à la fin du XVIIIème siècle, le sein est mis au service d'idéaux politiques en restant toutefois soumis à des règles sociales et morales qui encadre sa visibilité.

Quelques siècles plus tard, d'autres mouvements politiques se sont emparés du sein pour faire valoir leurs idées. En 2008, en Ukraine, les actions du mouvement Femen ont mis en avant la poitrine nue comme outil de protestation. Oliver Goujon, journaliste et écrivain, retrace la création de Femen dans son livre *Femen, histoire d'une trahison*.

A travers leurs manifestations, réalisé les seins nus, et en inscrivant des slogans directement sur leurs poitrines, elles dénoncent différentes formes d'oppression envers les femmes et leurs corps. Le sein n'est plus seulement associé à des représentations de maternité ou de sexualité, mais devient un moyen d'expression à part entière. En se dévêtissant, ces militantes cherchent à renverser les normes sociales qui ne cessent de sexualiser ou censurer la poitrine. « *Aujourd'hui, l'engagement de Femen est théorisé dans un petit livre manifeste, [...] : la lutte contre la religion qui opprime les femmes, quelle que soit la religion ; la lutte contre l'exploitation sexuelles des femmes ; la lutte pour l'égalité femme/homme* », « *La militante et l'artiste se rejoignent notamment sur la dimension politique essentiel de cette revendication et sur la nécessité de déssexualiser ce combat* »

4.2.4 Le sein d'aujourd'hui

Aujourd'hui, les seins continuent d'être sexualisés, commercialisés et médiatisés. Dans la publicité, le cinéma ou encore la mode, la poitrine est devenue un objet esthétique et de désir, enfermé dans des standards de beauté. Ils continuent de dicter l'apparence féminine et influence l'image de soi ainsi que le regard porté par la société sur le corps des femmes. Dans notre société contemporaine, les seins sont perçus de multiples manières et souvent de façon contradictoire.. Dans le podcast *La vie des seins* diffusé par Arte, Charlotte Bienaimé,

documentariste, « tend le micro » à plusieurs femmes qui nous transmettent leur rapport compliqué avec leur poitrine. Nombreuses d'entre elles soulignent un paradoxe important dans notre société : alors que les seins sont omniprésents, ils restent bien souvent un tabou ou jugés indécent si exposés en public. Cette contradiction révèle d'une difficulté sociale à percevoir le sein autrement que d'un point de vue sexuel. Un des témoignages relate : « *J'étais [...] au bord du lac sein nu en train de bouquiner [...] et il y a la police [...] qui sont arrivés [...] et qui m'ont demandé en faite de me rhabiller de remettre un haut. [...] moi je leur dis mais attendez il y a des hommes derrière qui sont en maillot de bain torse nu. [...] c'est pas pareil.. donc je leur dis, si enfin, vous ne pouvez pas discriminer en fonction du sexe* ».

De plus, Marie-Cécile Loubaresse souligne également dans l'article *L'allaitement maternel : une pratique entre nature et culture*, un autre paradoxe important : lorsque le sein est envisagé dans sa fonction première, notamment à travers l'allaitement, il peut encore susciter gêne, malaise ou jugement dans l'espace public « *Dans notre société occidentale, le sein est devenu un objet de désir érotique avant d'être un organe nourricier. Allaiter en public, c'est confronter l'autre à cette ambivalence et briser le tabou du corps sexué dans l'espace public.* ». Ainsi la poitrine féminine se retrouve victime de signification forte allant au-delà d'un simple attribut de féminité.

Dans cette perspective, il est légitime de s'interroger sur la manière dont une pathologie touchant le sein peut transformer l'expérience vécue par les femmes. Au-delà de sa portée symbolique, c'est toute l'image corporelle qui se trouve bouleversée. Ainsi, lorsque le sein est atteint par la maladie, en particulier dans le cas d'un cancer, les répercussions peuvent être multiples, tant sur le plan physique que psychologique

4.3 La mastectomie

L'ablation du sein, dans le cadre d'une mastectomie, représente bien plus qu'une simple intervention chirurgicale. Elle constitue pour un individu, une perte totale de ces repères physiques, psychiques, et sociaux. Ce nouveau corps, impact non seulement les contours de son propre corps mais aussi son identité et l'image de soi.

4.3.1 Les répercussions physiques

Lorsqu'on pense à la mastectomie, on pense tout d'abord aux répercussions physiques qui viennent transformer le corps. Au-delà de l'ablation mammaire à proprement dite, la mastectomie engendre des répercussions posturales qui modifient l'équilibre corporel.

Cette asymétrie déplace le centre de gravité des patientes et contribue à de possibles troubles musculosquelettiques secondaires. Plusieurs études scientifiques telles que *Changes in Postural Control in Mastectomized Women* de scientific Research ou encore *Impact of unilateral mastectomy on body posture: A prospective longitudinal observational study* de Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, explorent plusieurs de ces troubles ou affections. L'article *Changes in Postural Control in Mastectomized Women* nous présente ces différentes atteintes « *Mastectomy is one of the most commonly recommended treatments for breast cancer, despite the fact that it may carry several comorbidities, including postural changes, such as a greater angle of trunk inclination, higher positioning of the scapula on the affected side in the frontal plane, greater angle of pelvis twisting, steepening the trunk forward, more abducted scapula and changes in the thoracic kyphosis and lordosis lumbar angles* ».

L'article *Impact of unilateral mastectomy on body posture: A prospective longitudinal observational study* issue de la revue Asia-Pacific journal of Oncology Nursing précise que les anomalies posturales représentent « 50,94% à 59,75 % » des patientes opérées. Cette étude nous renseigne également sur l'évolution du changement physique dans le temps « *au fil du temps, la prévalence des anomalies posturales a lentement augmenté dans les 3 mois suivant la mastectomie, suivie d'une augmentation évidente entre 3 et 6 mois après la mastectomie* ». Dans le cas de madame A, dès le lendemain de son opération elle communique déjà au soignant cette sensation étrange « comme un poids en moins ». Est-ce le poids de la tumeur disparue ou cette nouvelle asymétrie corporelle ? En effet, il était trop tôt pour cette patiente de percevoir les répercussions à venir, mais cela laisse à présager nombre d'inconforts dans son nouveau quotidien. Par ailleurs, ce changement corporel peut induire des douleurs neuropathiques à moyen terme altérant la qualité de vie des femmes.

Au-delà de la douleur liée à la cicatrice et à l'intervention, l'article *Post Mastectomy Pain Syndrome : A Systematic Review of Prevention Modalities* issue de la revue JPRAS Open présente les résultats de preuve d'une compilation de données provenant de l'analyse de 7092

articles issus de plusieurs bases de données solides. Ainsi, les auteurs montrent l'existence d'un « *syndrome de douleur post-mastectomie (SPM)* » qui serait favorisé “par des facteurs de risque tels que la douleur pré-opératoire, la dissection des ganglions axillaires, l'anxiété, le jeune âge et la radiothérapie”. Selon cette synthèse d'articles, « 20 % à 50 % » des personnes opérées souffrent de « *douleur persistante* ». Ce syndrome est « *une affection neuropathique définie comme une douleur située sur la face antérieure de l'aisselle thoracique, l'épaule ou la moitié supérieure du bras, qui persiste plus de 3 mois après l'opération* ». Ce caractère chronique et envahissant du SPM ne se limite pas à un inconfort sensoriel, il altère profondément la fonctionnalité du membre supérieur, limitant l'amplitude articulaire de l'épaule et entravant les gestes les plus simples du quotidien.

Outre les répercussions posturales et douloureuses de cette amputation, la chirurgie peut occasionner des troubles sensitifs au niveau des tissus restants. L'article *Sensibilité mammaire après mastectomie et reconstruction mammaire par implant* de E. Bijkerk, S. M. J. van Kuijk, J. Beugels, A. J. M. Cornelissen, E. M. Heuts, R. R. W. J. van der Hulst et S. M. H. Tuinder souligne l'altération des branches nerveuses cutanées entraînant une perte significative de la sensibilité. Cette perte de sensibilité peut impacter plusieurs perceptions : « *La sensibilité du sein se caractérise par différents aspects, des récepteurs tactiles (sensibilité au toucher et à la pression), des récepteurs thermiques (chaleur et froid), des pruricepteurs (démangeaisons) et des nocicepteurs (douleur). De plus, la sensibilité du sein se complexifie par la sensation érogène.* » Par conséquent, pour de nombreuses femmes, cette absence de sensation transforme leur poitrine en une zone « stérile » rendant la réappropriation physique plus complexe et renforçant ce sentiment « d'étrangeté ».

4.3.2 Le schéma corporel

Le terme de schéma corporel a été défini par P. Bonnier, psychanalyste, il explique que « *Le schéma corporel ou le modèle standard du corps est une structure permanente remise incessamment en question par l'expérience dans l'espace et dans le temps. C'est une idée de notre corps plus ou moins consciente qui n'est pas définitive.* »

Le schéma corporel fait « *appel à l'ensemble des informations cutanées, sensorielles, et proprioceptives qui permettent au cortex la représentation spatiale du corps* » selon Kotzki N, Brunon A et Pellisier J dans leur ouvrage *Amputation et schéma corporel* . En d'autres termes, le schéma corporel est la connaissance que l'on a de son propre corps. Il s'élabore à partir de sensation et évolue dans le temps et dans l'espace. Il naît de nos apprentissages et de nos expériences sensorielles. Par conséquent, il évolue tout au long de la vie et permet la coordination des mouvements et de l'équilibre.

Ainsi, toute altération physique du corps entraîne une désintégration du schéma corporel et demande un travail de réappropriation afin de rétablir une perception intègre de soi et de son corps. Ce processus implique souvent une reconstruction progressive, où les patientes doivent réapprendre à percevoir et à intégrer leur corps dans leur environnement, en mobilisant à la fois des ressources cognitives, sensorielles et motrices.

A. Lehmann, psychanalyste en cancérologie ajoute « *Certaines précisent que cette partie de leur corps, elles ne la sentent plus, qu'il y a une perte des sensations tactiles non seulement à l'emplacement du sein mais sous l'aisselle, dans le cas du curage axillaire. Grâce à un travail personnel plus poussé de certaines patientes, il est apparu que tant cette sensation tactile n'était pas récupérée, il leur était impossible de faire face à leur nouvelle image.* » L'autrice argumente l'indispensable perception sensorielle, élément incontournable à l'acceptation de ce nouveau corps.

Si le schéma corporel concerne la perception de notre corps dans l'espace, l'image du corps repose sur la singularité de chaque individu.

4.3.3 L'image du corps et Identité

Pour C. Tourette-Turgis, l'image de soi ou l'image du corps « *est constituée par l'ensemble des représentations que la personne se fait d'elle-même. Ainsi structurée, l'image de soi est un point de repère central qui permet à la personne de se situer par rapport aux autres, de contrôler ses états internes et les excitation extérieures* ». En d'autres termes, l'image du corps ne se limite pas à l'apparence physique, mais correspond à la représentation mentale, consciente

et inconsciente, que l'individu se fait de son propre corps à travers son histoire personnelle, ses émotions et le regard autrui.

Lorsque la maladie vient impacter cette image corporelle, les repères précédemment établis par les femmes se voient bouleversés. Les relations, les rencontres et notre manière d'être face au monde s'appuient sur cette image du corps. En modifiant cette dernière par la chirurgie, il en résulte une altération dans notre rapport à l'autre et notre identité. Un processus de déconstruction doit alors s'engager.

Andrée Lehmann précise dans son ouvrage *L'atteinte du corps* : « *C'est un corps privé d'une de ses parties, sur laquelle se concentrent depuis toujours les multiples aspects du rapport de la femme à l'autre, avec toute leur ambiguïté.* » ; « *La mastectomie prive la femme de la partie de son corps qui représente, et pas seulement pour elle, le rapport à l'autre. Or, c'est dans le rapport à l'autre que se trouve, non sans mal, la confirmation et la reconnaissance de son identité.* » Chez les femmes, le corps, et plus particulièrement le sein, occupe une place importante dans la construction de l'identité et de la féminité. Ainsi, toute modification corporelle, notamment dans le cadre du cancer du sein, peut venir perturber cette image.

L'autrice ajoute également, « *Le regard de l'autre ne leur renvoie plus leur intégrité corporelle. Au contraire, il leur rappelle la réalité de la mutilation.* ». Ainsi le regard d'autrui valide notre existence en tant qu'individu « entier » et « normal ». La femme ne se voit plus comme une personne complète dans les yeux d'autrui. Après la mastectomie, les patientes peuvent avoir l'impression que le regard de l'autre se pose précisément là où il y a maintenant un vide. Ce regard ne voit plus la "femme", il voit la "maladie" ou la "femme opérée". Aussi, lors de l'étape cruciale du premier pansement, les femmes passent d'un corps imaginé à une autre réalité, celle de l'absence et de la cicatrice. Dans ce contexte de grande vulnérabilité, le regard du soignant relève d'une importance majeure. Il est le premier à se poser sur ce nouveau corps et peut être à la fois moteur de l'acceptation de cette nouvelle image de soi ou à l'inverse destructeur de l'estime de soi.

Si nous partons du postulat que le regard de l'autre influence la dignité personnelle, nous pouvons nous questionner sur l'intime de la relation avec un conjoint.

Michel Reich illustre cette composante dans son article *Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique*. En effets, « *La mastectomie renvoie à une perte d'identité avec l'atteinte à l'intégrité physique par la mutilation et la détérioration de l'image de soi (apparence, désirabilité). Elle oblige la patiente à faire le deuil du sein retiré par rapport à la silhouette antérieure et à s'adapter à une asymétrie et des modifications du volume et des sensations tactiles pouvant entraîner des répercussions sur la sexualité et la vie conjugale* »

Andrée Lehmann précise la pensée de Michel Reich : « *Pour le moins, il s'agit bien de la perte d'un organe, objet à la fois de plaisir et de séduction. Cette perte remet en cause chez la femme sa capacité à plaire et d'être aimée. Dépourvu d'un de ses principaux attributs sexuels le sein étant de tout temps l'emblème de la féminité, elle se met à douter fondamentalement de sa valeur ; elle redoute que l'ablation ne modifie inéluctablement son rapport à l'autre, elle craint de n'être plus désirable, abandonné par lettre chère et mise à l'écart de la société.* »

De ce fait, les deux auteurs soulignent que la mastectomie n'est pas simplement le retrait d'un organe, mais arrache un symbole puissant. L'ablation déclenche un conflit de valeurs ou la patiente ne se sent plus « suffisante » face au standard de beauté défini par la société actuelle. Aussi, ce n'est pas seulement la silhouette qui est altérée, mais bien le sentiment de désirabilité qui s'effondre. Cette transformation désorganise l'image de soi et s'immisce dans l'intimité la plus profonde du couple. La perte de confiance en son pouvoir d'attraction et la modification des perceptions tactiles transforment alors la sexualité. Autrefois espace de plaisir, elle devient un espace de vulnérabilité où la femme doit réapprendre à habiter son corps pour préserver sa vie conjugale.

Dès lors, ces femmes peuvent traverser un large éventail d'émotions complexes et profondes. Michel Reich disait : « *L'importance du retentissement sur le corps va dépendre de la symbolique, du degré d'investissement et des représentations associées à l'organe atteint et des modifications du fonctionnement corporel.* »

4.4 Angoisse et travail de deuil

4.4.1 Angoisse

D'après le CNRTL l'angoisse peut se définir comme : « *Inquiétude intense, liée à une situation d'attente, de doute, de solitude et qui fait pressentir des malheurs ou des souffrances graves devant lesquels on se sent impuissant* ». Dans le cancer du sein et la mastectomie, l'angoisse ne se limite pas à la simple crainte d'une intervention chirurgicale. L'angoisse première naît d'abord de la confrontation avec sa finitude. Le sein devient alors une menace mortelle qu'il faut amputer pour survivre. Françoise Brullmann, psychanalyste, évoque ce sentiment dans son article *Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée*. Elle énonce : « *Le psychisme est alors massivement envahi par une angoisse qui ne laisse place à rien d'autre qu'à cette idée de tumeur (tu meurs) dans le sein, de menace de mort imminente.* »

De plus, Thierry Dong, Alvy Gislaine Magne Fongang et Hassan Njifon Nsangou mentionnent également l'angoisse de mort dans l'article *Vécu mélancolique et altération de la sexualité chez les femmes mastectomisées avec cancer du sein*. Selon eux : « *Elle entraîne chez toutes les participantes, tristesse et angoisse. Submergées par l'émotion à l'évocation de ce moment, toutes les participantes disent avoir craint pour leur vie et pour leur sein. Elles se sont senties en danger et elles disent avoir été massivement envahies par des idées de perte, de panique et de mort imminente* ». Dans ce contexte, la mastectomie est vécue comme un véritable traumatisme aboutissant à des angoisses de mort. Cette sensation de mort imminente envahit le psychisme des patientes ne laissant plus aucune place pour l'avenir. L'assimilation phonétique entre la « tumeur » et « tu meurs » transforme le sein malade en un « mauvais objet » qu'il faut retirer. L'ablation du sein devient alors une dualité paradoxale : elle est une mutilation impensable mais s'impose comme l'unique recours face à la vie.

Françoise Brullmann présente cette angoisse comme une « angoisse de castration », concept introduit précédemment par S. Freud. Elle explique : « *Hantée par la crainte fantasmatique de perdre l'amour de l'objet, équivalent chez la femme de l'angoisse de castration masculine selon S. Freud, sera-t-elle jamais la même dans le regard des autres, se demande la femme, dans une angoisse multiple, inextricable* ». En psychanalyse, cette angoisse renvoie à la peur fondamentale de perdre l'attribut qui établit un sujet. Pour les femmes, le sein

est investi de symboles qui façonnent son identité féminine. Dès lors, son ablation rend compte d'une « *blessure narcissique* » qui l'ampute de sa valeur aux yeux de la société et de son partenaire. Certaines femmes peuvent craindre de ne plus se sentir entière, que ce manque soit visible renforçant l'angoisse d'être défaillante aux yeux d'autrui.

Andrée Lehmann rejoint également cette idée de « castration » que certaines femmes peuvent ressentir : « *Pour expliquer l'intensité de ces réactions et leur caractère à la fois dramatique et paradoxal, psychologue et psychanalyste ont mis l'accent sur la signification symbolique du sein et de ce fait, sur la gravité subjective de la mutilation, certains allant jusqu'à voir dans la mastectomie l'équivalent d'une « castration.* » En résumé, l'angoisse de castration se déplace de l'organe vers l'identité. Le sein n'est pas seulement retiré, c'est le sentiment d'être une femme valable qui est abolit. Ce vide laissé par la mastectomie n'est pas seulement physique, mais symbolise le vide de sa propre désirabilité.

4.4.2 Un travail de deuil

Les ajustements psychologiques induits par la mastectomie sont semblables au processus de deuil. La patiente doit se détacher de son image corporelle antérieure pour tenter d'intégrer sa nouvelle réalité. Elizabeth Kübler Ross, figure historique des réflexions sur le travail du deuil, théorise ce processus en cinq étapes :

- **Le déni** : *Un refus initial de la réalité de la perte*
- **La colère** : *Une réaction émotionnelle forte face à l'injustice perçue de la perte*
- **Le marchandage** : *Une tentative de négocier pour éviter la perte ou ses conséquences*
- **La dépression** : *Une période de tristesse profonde et de retrait*
- **L'acceptation** : *Une reconnaissance finale de la réalité de la perte et un ajustement à la nouvelle normalité*

La première étape du processus, peut apparaître lors des premiers soins, notamment celui de la première réfection de pansement, où l'impossibilité de regarder la cicatrice protège le psychisme d'une réalité trop brutale. Tant que le corps reste dissimulé sous les bandes et les pansements, la patiente peut maintenir l'illusion d'une intégrité préservée.

A cette phase, succède souvent la colère ou le sentiment d'injustice, « *pourquoi moi, qu'ai-je fait pour mériter ça, pourquoi maintenant* », « *Les pensées s'entrechoquent, incapables de remettre de l'ordre dans ce bouillonnement désordonné, faisant tout au plus émerger un sentiment mêlé d'injustice et de culpabilité.* ». F.Brullmann.

Vient ensuite le marchandage, où la patiente cherche des compromis, par la reconstruction immédiate ou des prothèses externes pour annuler symboliquement cette perte. Dans ma situation, madame A, m'a rapidement questionné sur les différentes « *méthodes pour cacher le sein qui allait bientôt lui manquer* ». Par ailleurs, la confrontation à la cicatrice et à son nouveau reflet dans le miroir peut finir par déclencher la dernière phase avant l'acceptation : la dépression.

A son tour, Andrée Lehmann expose « *Dans ce contexte, à partir de leur expérience de travail auprès de femmes ayant eu à subir une mastectomie, psychologue et psychanalyste ont souligné la nécessité d'un « travail de deuil », indispensable pour accepter la perte de cet organe spécialement investi.* ». « *On parle de deuil quand un objet qu'on estimait essentiel à sa vie ou à son équilibre est perdu.* ».

De plus, « *Ceci nous amène à souligner que le deuil met en cause une dimension essentielle, celle du temps.* ». « *Le temps du deuil se divise en 3 moments, dont chacun est déterminant et produit des effets et des manifestations différentes : les effets liés à l'annonce de la perte à venir ; ceux de la réalité de cette perte une fois que celle-ci est effective ; enfin, les remaniements qu'elle entraîne.* ». Ainsi l'expérience du deuil ne peut se réduire à une émotion statique, elle s'inscrit dans une temporalité psychique complexe et avant tout singulière. Le temps devient un élément indispensable qui permet de passer du choc ou du déni à l'intégration de cette nouvelle réalité. Le temps du deuil nécessite un travail « *d'élaboration* » qui demande « *un temps variable* » et un « *rythme propre à chacune* ».

Dès lors, comment les soignants peuvent-ils accompagner ses femmes ? Quelle place ont-ils dans le cheminement personnel des patientes ?

4.5 L'accompagnement

Dans les soins infirmiers, l'accompagnement constitue un soin relationnel fondamental. Selon le Dictionnaire humaniste infirmier : « *L'accompagnement inclut l'écoute et l'aide apportée dans des champs interdisciplinaires, en fonction des étapes de la vie.* »

Pour Maëla Paul, docteur en sciences de l'éducation et auteur de nombreux ouvrages dont *Penser la relation d'accompagnement*, l'accompagnement est avant tout une posture professionnelle qui repose sur la relation et la présence à l'autre. Accompagner, ce n'est pas assister ni diriger, décider ou faire à la place de la personne, mais être avec elle. « *La définition du verbe « accompagner » affine sa compréhension: « se joindre à quelqu'un » (dimension relationnelle), « pour aller où il va » (dimension temporelle incluant un déplacement), « en même temps que lui » (à minima à son rythme).* » Maëla Paul précise également que l'accompagnement, *c'est « être avec », et « aller vers » dans une visée de partage (du latin accum-pagnis).*

« *Être avec* », c'est d'abord être présent auprès de la personne, physiquement et psychiquement. C'est une attitude « *de corps et d'esprit* ». Cela exige de l'infirmier, de ne pas se limiter au geste technique, mais être à l'écoute et attentif aux émotions exprimées par la personne. Lors de la première réfection de pansement, l'infirmier ne se contente pas de réaliser un soin. Il adopte une posture de « non-savoir », qui « *privilégie l'intelligence qui naît des échanges, du dialogue avec l'autre, et non des théories en surplomb. Il soutient un questionnement plutôt que l'affirmation* ». En ce sens, l'infirmier doit s'efforcer de ne pas « *comprendre trop vite l'autre* », ni « *d'énoncer « le » choix qu'il conviendrait de faire* » afin de garder « *l'esprit ouvert* », c'est de cette empathie que naît l'authenticité de la relation . « *Ne pas savoir* » ne signifie pas être indifférent mais laisse place aux dialogues et à une recherche mutuelle de sens en accueillant ainsi les émotions de la patiente dans ce moment de grande vulnérabilité.

De plus, l'autrice précise dans *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique* que « *l'accompagnement, [...] se trouve davantage dans la « sollicitation » que dans la « sollicitude ».* *L'accompagnement ne conçoit pas celui qu'on accompagne comme dépourvu ou insuffisant.* ». En d'autres termes, si l'infirmier se limite uniquement à une attitude de « *sollicitude* », il condamne la patiente à être « objet de soins » dépourvu de moyen face à sa maladie. Dès lors qu'il place la patiente en sujet acteur de ses soins, il « *sollicite* » l'autonomie de cette dernière. L'infirmier prend donc la place d'une personne « ressource » créant un environnement sécurisant pour que la patiente puisse exprimer son vécu.

« *Aller vers* », c'est ensuite un mouvement qui se synchronise à l'autre pour « *aller où il va* ». « *Aller vers* » signifie accompagner la patiente sans décider où elle devrait aller mais plutôt l'accompagner là où elle veut aller. Si elle n'est pas prête à regarder sa cicatrice, l'infirmier doit respecter cette temporalité. Cela implique de cheminer « de concert » et « en même temps » en respectant la temporalité de la patiente et en s'accordant au rythme de son cheminement. Andrée Lehmann ajoute « *la confrontation à la cicatrice après une mastectomie illustre les différences entre les manières de percevoir les problèmes et les remèdes à y apporter, selon que l'on est du côté soignant ou du côté patient. Certains soignants préconisent une confrontation aussi rapide que possible à la cicatrice.* » Or, « *Le moment le plus approprié après une mastectomie pour « regarder » la cicatrice ne peut être décrété par avance.* ». En ce sens, imposer un moment précis pour la réfection du pansement, c'est risquer de commettre une violence psychique si la patiente n'a pas encore mobilisé les ressources nécessaires. L'infirmier doit aider la patiente dans son cheminement vers l'acceptation de son nouveau schéma et image corporelle en respectant sa temporalité.

Ainsi « *la visée de partage* », implique une relation « *coopérative* » ou d'une part la patiente est reconnue comme experte de son propre corps et partage son ressenti, et d'autre part l'infirmier met à disposition son savoir professionnel. L'accompagnement devient un espace d'intimité où la patiente n'est plus objet de soins mais un sujet acteur de son parcours.. L'infirmier peut donc favoriser l'autonomie de la patiente en lui montrant comment mobiliser ses propres ressources.

En définitive, l'accompagnement s'inscrit dans le temps et s'adapte au rythme de la personne accompagnée, sans chercher à imposer un chemin ou une solution. Dans les soins

infirmiers, cela signifie être présent, écouter, soutenir et sécuriser, tout en respectant l'autonomie et la singularité du patient.

Michel Fontaine, Professeur et chargé de cours à l'université de Lausanne, part du postulat : « *Soigner c'est nécessairement accompagner* ». L'accompagnement n'est pas considéré comme un soin en plus, c'est sa composante même. L'auteur poursuit en détaillant dans son article *L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmier* les six réalités (issus de Marie Françoise Collière) qui constitue la spécificité de l'accompagnement infirmier : Soins d'apaisement : Il s'agit de la capacité de l'infirmier à calmer l'angoisse et la douleur, tant physique que psychique face à la découverte de la cicatrice.

- Soins de compensation : Aider la patiente pour les gestes qu'elle ne peut plus faire seule (douche, habillage). Cela rejoint la pyramide des besoin fondamentaux de Virginia Henderson.
- Soins de stimulation et d'entretien de la vie : Encourager la patiente à mobiliser ses ressources pour accepter son nouveau corps. Le but n'est pas de faire à la place de, mais de la solliciter.
- Soins de confortation et du paraître : Accompagner la femme dans la réappropriation de son image et de sa féminité après la chirurgie. Cela vise à renforcer le sentiment de sécurité de la patiente que ce soit à travers la parole ou l'écoute.

W.Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, précise l'intention de l'accompagnement pour laquelle la qualité de la rencontre constitue un paramètre essentiel. Michel Fontaine parle de "*processus de synergie qui est engagé*" dans la relation de soins.

La posture de l'infirmier lors de ce premier pansement peut contribuer à réintroduire de l'humanité là où la femme ne perçoit plus que la trace d'une mutilation. Ainsi, dans un contexte temporel restreint, le soignant peut-il aider la patiente à réinvestir son schéma corporel ?

Pour parvenir à obtenir des éléments de réponse, j'ai orienté mon enquête exploratoire vers une analyse qualitative.

5 Enquête exploratoire

Cette phase d'enquête exploratoire a pour objectif de tester la pertinence de ma problématique initiale ainsi que mon cadre de référence au regard des pratiques réelles et des témoignages des infirmiers interviewer. Ainsi dans cette cinquième partie, je détaillerai les différentes modalités de réalisation et le déroulement de cette enquête.

5.1 Méthode

La méthode de recherche retenue pour réaliser mon enquête exploratoire est la méthode clinique. Cette méthode ne se limite pas à de simple recueil de données mais elle s'intéresse avant tout à comprendre la singularité d'un sujet. Selon Claude Revault d'Allonnes, « *La démarche clinique consiste à entendre ce que le sujet a à dire de lui-même, à travers la singularité de sa parole, de son histoire et de sa situation. Elle implique une implication du chercheur et une attention portée à la dynamique de la relation.* » En d'autres termes, cette méthode place la subjectivité au cœur de son processus. Cette dernière me permettra ainsi de faire émerger des questionnements variés et hétérogènes essentiels pour confronter mes apports théoriques avec la réalité du « terrain ».

Dans le cadre de la chirurgie du sein, une approche qualitative m'est alors paru la plus adaptée. La mastectomie n'est pas seulement un acte chirurgical, c'est un événement de vie qui vient bouleverser l'image du corps, la féminité et l'intégrité physique des femmes. Par conséquent, une approche quantitative ne pourrait rendre compte des répercussions de cette chirurgie mutilante et de l'accompagnement menée par les soignants.

En adoptant cette démarche, je m'autorise à recueillir la parole des infirmiers et des infirmières au plus proche du vécu de ces femmes en étant attentive aux émotions de chacun. Ainsi, la phase exploratoire ne vise pas à généraliser un parcours de soin, mais à saisir le sens que ces femmes donnent à cette transformation corporelle au travers de chaque soignant en garantissant une analyse respectueuse de la complexité de cette expérience humaine.

5.2 Le choix de la population

L'accompagnement des femmes dans leur parcours chirurgical et oncologique peut s'avérer différent selon les prises charges. Ainsi, il m'a paru évident d'interroger quatre à six infirmiers diplômés d'état (IDE). Mon choix s'est porté sur une population hétérogène d'infirmier diversifiée par l'âge, le sexe, et les années d'expérience professionnelle. Cette pluralité de profils me permettra de mettre en lumière ces différents points de vue, variés et complémentaires :

- **La diversité des expériences :** Interroger aussi bien des infirmiers novices que des infirmiers expérimentés me permettra de comprendre si l'expertise permet des habiletés professionnelles plus spécifiques lors du premier pansement.

Par ailleurs, cette diversité me permettra de saisir les différentes méthodes utilisées dans l'accompagnement mais aussi les ressources que chaque professionnel mobilise pour faire face à la complexité émotionnelle de la patiente. Cette confrontation de parcours pourra ainsi mettre en lumière comment l'expérience influence la posture soignante, passant d'une simple réfection de pansement à une présence thérapeutique capable de soutenir les émotions de l'autre.

5.3 Lieux d'investigation

Mon sujet de mémoire ainsi que mon questionnement de départ étant relativement précis, le choix du lieu d'investigation c'est alors relevé évident. J'ai souhaité mener des entretiens dans un service de chirurgie prenant en charge des patientes opérées du sein.

J'ai adressé des demandes d'autorisation d'entretien à des établissements privés et publics. Mon choix s'est porté sur un Centre Hospitalier (CH), un Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) et une clinique privée. J'ai fait l'hypothèse que les professionnels exerçant dans des centres prenant en charge exclusivement les chirurgies gynécologiques avaient possiblement des compétences spécifiques que ne possédaient pas les soignants d'une structure privée de chirurgie générale accueillant des femmes pour mastectomie.

- **Le CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire) :** Le service est caractérisé par sa haute technicité et accueille souvent des cas complexes. Y mener mes entretiens me permettra d'analyser l'accompagnement dans un environnement où la recherche et l'enseignement prédominent, et où le flux de patientes peut influencer la disponibilité psychique des soignants.

- **Le CHR (Centre Hospitalier) :** Etant une structure de proximité, il offre souvent une prise en charge à taille humaine. Il me semble intéressant d'y observer comment la continuité des soins et la connaissance du réseau local influencent le suivi psychologique des femmes opérées.

- **La Clinique Privée :** Son mode de fonctionnement, souvent axé sur des parcours de soins optimisés, peut induire une autre dynamique dans l'accompagnement. Interroger des professionnels du privé permettra d'identifier si le nombre de mastectomies réalisées par an influence l'accompagnement et l'approche du soignant pour le premier pansement.

Deux établissements m'ont répondu positivement, le CHR n'a pas émis de réponse favorable.

5.4 Outils d'enquête

Enfin, concernant le choix de l'outil, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs comme outil de recueil de données. « *L'entretien est à la fois une situation et un outil de recueil et/ou d'accueil de données, il se caractérise par un espace-temps délimité de rencontre avec l'autre, d'expression de l'autre et d'écoute de ce que l'autre veut bien nous livrer de lui-même* » Eymard, 2018. Par conséquent, contrairement à un questionnaire, l'entretien semi-directif repose sur un guide d'entretien composé de questions et de thématiques ouvertes, offrant ainsi un espace de parole plus favorable à l'expression du soignant. Cet outil facilite le traitement des données qualitatives et permet par la suite de croiser les réponses des soignants. L'entretien semi-directif permet également d'accéder à la subjectivité des infirmiers et de saisir la complexité des relations qui se jouent lors de la première réfection de pansement. D'autre part, cet outil laisse à l'interlocuteur une liberté de parole suffisante pour faire émerger des éléments imprévus, des ressentis profonds ou des nuances de pratique. Enfin, dans un souci d'exactitude

j'utiliserai un dictaphone afin d'enregistrer les entretiens afin de retranscrire les verbatims précisément.

6 Recueil et analyse des entretiens

6.1 Les limites

La réalisation de cette phase exploratoire m'a permis de confronter ma problématique au vécu des soignants en service de chirurgie. Cependant, je dois présenter les limites de mon travail de fin d'étude.

En tant étudiante novice dans le domaine de la recherche, mon manque d'expérience dans la conduite des entretiens semi-directifs a pu impacter la richesse des échanges et ainsi influencer mon analyse en limitant l'approfondissement de certaines thématiques. A cela, et malgré une volonté de neutralité, s'ajoute également mes propres représentations façonnées par mon parcours personnel et mes expériences de stages.

Par ailleurs, la taille restreinte de l'échantillon interrogé ne me permet pas d'établir une analyse fine des données. Celles recueillis reflètent la singularité des parcours individuels de chaque soignant et ne sauraient être généralisées à l'ensemble des professionnels de soins. De plus les conditions de réalisations des entretiens ont pu nuire à la qualité de ce recueil. En effets, lors de mes entretiens au CHU, j'ai échangé avec Isabelle et Dominique dans une chambre patient vacante, assises toutes deux sur un lit faute de chaises. Mes entretiens à la clinique se sont déroulés dans des locaux peut propices à la sérénité des propos. La première interview a eu lieu dans une salle d'attente initialement libre puis investie par l'arrivée des patients et pour le dernier entretien, dans une salle de pause. En outre, l'absence de disponibilité des infirmières en lien avec leur charge de travail a probablement favorisé des réponses écourtées, et parfois hors sujet.

6.2 Présentation des entretiens

Entretien n°1 au CHU

Lors de mon premier entretien, j'ai fait la connaissance d'Isabelle, infirmière depuis 28 ans et exerçant en service de chirurgie gynécologie depuis 14ans. Le jour de notre rencontre, elle travaille sur le secteur des hospitalisations post chirurgie. Ce secteur accueille des femmes mastectomisées pour une durée moyenne de séjour de 48 heures.

Isabelle me confie également à la fin de l'entretien, qu'elle est particulièrement sensible au sujet de mon mémoire car son travail de fin d'étude était adossé à la même thématique.

Entretien n°2 au CHU

Pour mon second entretien, j'ai rencontré Dominique. Elle exerce au sein de cet établissement depuis 41 ans. Anciennement agent de service hospitalier puis aide-soignante, elle est maintenant infirmière. Son parcours l'a conduit à occuper des postes dans « tous les services ». Elle exerce ses missions depuis 2004 dans le service de gynécologie. Elle possède une expérience étayée sur le pôle, de la consultation de gynécologie au secteur de l'ambulatorio actuellement.

Entretien n°3 en clinique

Mon troisième entretien s'est déroulé dans un service de chirurgie polyvalent d'une clinique privé à but non lucratif . L'activité de ce secteur repose sur la chirurgie viscérale, orthopédique, urologique, sénologique et gynécologique.

Florence, infirmière à mi-temps sur le secteur uro-gynéco répond à mes questions. Avant de travailler dans cette clinique, Florence me souligne son expérience dans les « pansements sur les cancers du sein ».

Entretien n°4 en clinique

Enfin, pour le quatrième et dernier entretien, j'ai rencontré Coline, jeune infirmière, diplômée depuis 4 ans et exerçant au sein du même service que Florence depuis 1 ans. Avant cela, elle a exercé pendant 1 ans dans un service de « brûlés et plaies complexes » et a fait plusieurs missions en chirurgie « vasculaire », « névrologie », « locomoteur », « amputé » et « ambulatorio ».

Selon son témoignage, le service accueille en moyenne 3 à 5 patientes par semaine pour de la chirurgie mammaire toute étiologie confondue.

6.3 Analyse croisée

L'analyse de mes entretiens va me permettre une mise en relation de ma question de départ avec les données issues du terrain. Je souhaite comprendre les « habiletés de métiers » et « savoirs-agir » permettant **d'accompagner les femmes mastectomisées lors du premier pansement, afin de limiter l'angoisse liée à la perte du sein et aux changements du schéma corporel.**

Si la mastectomie demeure un acte chirurgical invasif et aux conséquences identitaires importante, son intégration dans les parcours de soins actuels révèle des paradoxes importants entre les besoins théoriques des patientes et les contraintes organisationnelles du terrain.

Les premières questions sont orientées vers l'analyse de l'activité. Les données recueillies révèlent des volumes d'activité significatifs : **80** mastectomies¹ sont réalisées en moyenne par an dans la clinique, dont la moitié en ambulatoire, contre **41**² au CHU dont **10** en ambulatoire. Toutefois, malgré des organisations institutionnelles différentes, un constat commun émerge : la durée d'hospitalisation est similaire dans les deux types d'établissements. On observe également un basculement notable vers des parcours de plus en plus en ambulatoires, une évolution organisationnelle qui restreint considérablement le temps dont dispose les soignants pour créer du lien avec ces patientes et les accompagner dans leur parcours. Dans le cadre d'une durée de moyenne de séjour de 48h, les deux IDE³ interrogées indiquent que le premier pansement est réalisé à domicile.

Cette externalisation des premiers pansements interroge sur les modalités mises en place par une nouvelle IDE pour accompagner la patiente lors de la découverte de la cicatrice.

¹ Chiffre de 2025

² Chiffre de 2025

³ Infirmier Diplômé d'Etat

6.3.1 La mastectomie : la blessure de l'identité féminine

L'analyse de mes entretiens révèle que les étapes du parcours en cancérologie des femmes atteint d'un cancer du sein est généralement connu des infirmières interrogées. Pour Isabelle, ce parcours commence par une « *phase diagnostique* » qui « *se fait par imagerie et puis par biopsie.* » l.21 puis « *mastectomie, pareil, chimio ou radiothérapie en plus. Soit des fois malheureusement le cancer étant très avancé, il faut d'abord commencer par la chimiothérapie et faire la mastectomie dans un second temps* ». Dominique rajoute quant à elle la notion de « *bilan d'extension* » l.20 et Coline « *la mammographie à partir d'un certain âge on te sensibilise à la palpation* » l.46. Ces verbatims révèlent une bonne connaissance du parcours en cancérologie de ces femmes. Dès lors, la prise en compte des particularités d'un parcours complexe permet aux soignants d'adapter leur posture relationnelle à la singularité de la personne et à la vulnérabilité liée à la modification physique à venir.

Peu de patientes posent des questions directes sur leur prise en charge lors de leur arrivée dans le service. En effets, tant au CHU qu'en clinique, les quatre infirmières interrogées précisent que les patientes bénéficient en amont, d'une consultation approfondie avec le chirurgien et l'infirmière de consultation. Cette dernière « *leur fait une présentation de l'intervention* » l.40-41, « *la chirurgienne elle les prépare tellement et en fait elle voit déjà tout le parcours.* » l.94. Ce temps d'échange préalable s'avère alors crucial pour préparer l'intervention, répondre aux questions et apaiser les doutes. Néanmoins, Coline infirmière en clinique, nuance ces propos en expliquant que lorsque « *c'est non programmé, c'est un peu dans l'urgence, là par contre, c'est vrai que c'est beaucoup d'interrogations* » l.97-98. Privées de ce temps indispensable d'anticipation et de préparation psychocorporelle, les patientes peuvent alors se trouver submergées par un flot d'interrogations face à la rapidité de l'annonce de l'intervention. Cependant, il arrive parfois, que certaines femmes témoignent de leur ressenti après la chirurgie. Isabelle précise alors « *les questions viennent plus après la chirurgie* » l.48-49, et qu'elle se sente « *en colère ou triste ou en sensation d'injustice par rapport à ça* » l.51. Cela confirme les propos d'Elisabeth Kübler-Ross dans sa description des étapes de deuil théorisé vécu différemment par chaque femme.

Les infirmières mettent en lumière un autre élément. Alors que la littérature insiste sur l'intensité du remaniement psychique en amont d'une mastectomie, la réalité organisationnelle actuelle tant à réduire la durée d'hospitalisation de ces femmes. Les soignantes s'accordent à

dire que l'évolution des pratiques hospitalières modifie considérablement l'accueil pré-opératoire. Isabelle constate que « *les admissions la veille se font de plus en plus rares* » l.42 au profit d'une prise en charge « *à J0* » l.38. Par ailleurs, Dominique précise que cette accélération du rythme altère la durée et la qualité du temps passé avec les patientes : « *on ne les voit pas longtemps avant.* » l.33. Toutefois, les infirmières semblent être attentives aux perceptions ressenties. Dominique trouve que certaines femmes « *n'expriment pas beaucoup d'émotion* » l.34. De nombreuses patientes sont décrites comme « *angoissées* » l.71, « *démunies* » l.71 ou « *hyper anxieuses, qui vraiment sont paniquées* » l.82-83, « *elles ne veulent pas en parler, elles ne disent pas le mot, tout simplement.* » l.71-72 conclut Florence. Coline souligne à son tour « *c'est la peur vers l'inconnu et puis l'image de soi, enfin une femme normalement, ça te représente ta poitrine.* » l.85-86. Cette angoisse pré-opératoire dépasse la simple peur de l'acte chirurgical pour toucher à l'essence même de l'identité de la femme. Ces témoignages font écho à la symbolique du sein décrite notamment par Marilyn Yalom et aux répercussions psychologique de cette chirurgie décrite par Michel Reich : « *La mastectomie renvoie à une perte d'identité avec l'atteinte à l'intégrité physique par la mutilation et la détérioration de l'image de soi* ». Enfin, Coline me témoigne d'une autre réaction que je n'ai pas abordée dans mon cadre théorique, celle de la « *libération* » l.77 et du « *soulagement* » l.117. Cette chirurgie est alors abordée avec « *confiance* » l.77, elles expriment que « *pour elles c'est peut-être la libération de quelque chose* » l.77. Il est assez fréquent de constater un souhait rapide de chirurgie pour « *extraire* » la tumeur. L'ablation devient un soulagement, celui de ne plus avoir à porter les cellules malignes du cancer.

6.3.2 Premier pansement : entre regard et évitement, quand les émotions s'expriment.

La confrontation de ce corps opéré reste malgré tout une étape hautement traumatique dans le parcours de soins, « *une sensation de mutilation* » l.32-33. Les soignantes mettent en évidence une ambivalence marquée lors des premiers jours post-opératoires : celle d'un déni protecteur ou d'un besoin de confrontation. Deux infirmières précisent : certaines « *patientes qui refusent catégoriquement de voir la cicatrice dans les premiers jours* » l.28-29, « *elle nous dit de suite, c'est moche, c'est laid, ça ne ressemble plus à rien.* » l.65-66 ou à l'inverse « *Il y en a certaines au contraire qui veulent voir* » l.29-30, « *il y a des patientes qui sont au clair et qui ont accepté on va dire, en quelque sorte qui va y avoir un changement d'image* » l.62-

63. Néanmoins, Dominique note en ambulatoire qu'il n'y a « *pas trop de réaction, parce qu'il y a le pansement.* »l.28 et précise « *C'est pas là qu'on enlève le pansement* »l.29. En effet, le maintien du pansement initial agit comme une barrière protectrice à la fois physique et psychologique. Dès lors, nous pouvons nous interroger sur l'éventualité d'un environnement intime et sécuritaire, celui du domicile, qui serait plus favorable à la découverte du corps modifié ?

Ainsi, Reich argumente : « *L'importance du retentissement sur le corps va dépendre de la symbolique, du degré d'investissement et des représentations associées à l'organe atteint et des modifications du fonctionnement corporel.* »

Les témoignages des infirmières interrogées, révèlent que la confrontation visuelle avec la cicatrice est très disparate. D'un côté, certaines infirmières affirment « *qu'il y en a plus qui veulent voir plutôt [...] que celles qui ne veulent pas voir* »l.72 tandis que d'autres pondèrent « *c'est moitié moitié* »l.91. Ensuite, les verbatims mettent en lumière une distinction, dans la prise en charge ambulatoire, entre la mastectomie et la tumorectomie. Dominique souligne « *la mastectomie, nous, elles ne les regardent pas puisqu'elles ont le pansement compressif.* », « *sur une tumorectomie, elles regardent.* »l.66-68. Lors d'une tumorectomie, le sein étant conservé, le regard peut alors être plus facile, car l'intégrité et l'image corporelle sont préservées. Coline me fait remarquer l'évolution esthétique de cette chirurgie car « *avant c'était un peu tabou si je peux dire ça, maintenant il y a tellement de nouvelles méthodes qui sont faites, les cicatrices elles sont hyper jolies.* »l.144-145 Ainsi les progrès techniques opératoires atténuent le sentiment de mutilation et facilite le processus d'appropriation de ce nouveau corps.

Cependant la réfection du premier pansement reste pour certaines femmes une étape difficile. En effets, les deux infirmières du CHU témoignent d'émotions marquées telles : la « *peur* »l.55, « *la déception de voir la cicatrice* »l.55 ou encore « *le choc* »l.51 , « *la tristesse* »l.51, « *un peu de colère aussi.* »l.51. Isabelle ajoute, certaines femmes sont « *choquées parce qu'entre l'imaginaire et le réel, il y a quand même... un fossé* »l.57. Ces verbatims font sens avec l'article *Vécu mélancolique et altération de la sexualité chez les femmes mastectomisées avec cancer du sein*, il porte à notre connaissance les émotions négatives ressenties : « *Elle entraîne chez toutes les participantes, tristesse et angoisse.* ».

Coline exprime : *« c'est quand même l'image de son mari, quand il va la découvrir »* l.104. Elle introduit la dimension symbolique sexuée du sein. Andrée Lehmann confirme *« elle redoute que l'ablation ne modifie inéluctablement son rapport à l'autre, elle craint de n'être plus désirable, abandonné par l'être chère et mise à l'écart de la société. », « Le regard de l'autre ne leur renvoie plus leur intégrité corporelle. Au contraire, il leur rappelle la réalité de la mutilation »*. Au travers de ces confidences les soignants mettent en lumière l'angoisse vécue principalement par la peur du regard de l'autre et donc de l'intime. La littérature désigne des angoisses de mort ou de « castration », ce qui n'est pas retrouvé dans les verbatims des professionnels.

Lors de mes interviews, je remarque que les IDE expriment difficilement les émotions ressentis par les patientes. Pour trois d'entre elles, j'ai dû reformuler ma question initiale afin d'obtenir leur qualification. Je m'interroge alors sur les motifs. Est-ce un manque de confidences des patientes ou l'absence de réparaage des soignants dans un contexte de prise en charge ambulatoire ou de courts séjours ?

Pour me projeter dans un futur professionnel je souhaite saisir les habiletés professionnelles qu'utilisent les infirmières face à l'angoisse ressentie d'une patiente. Je constate que chaque IDE adopte une attitude différente dans cette relation soignant/soigné. Certaines expliquent *« c'est du spontané »* l.61, *« on essaye de créer un dialogue quand même pour qu'elles expriment leurs émotions »* l.102, *« on va essayer de les rassurer »* l.123. D'autres en revanche, s'efforceront plutôt de trouver des solutions pratiques *« les aider à mettre soit un soutien-gorge avec une prothèse en mousse, provisoire, pour essayer d'atténuer un peu le visuel »* l.64-66, *« leur proposer la psychologue »* l.67, *« on les invite à bouger rapidement, à se lever, à bouger les bras, à ne pas avoir peur. »* l.104 *« on essaie toujours de trouver une petite solution de positif même si des fois c'est compliqué et qu'elles n'entendent pas forcément »* l.129-130.

En orientant le discours vers des solutions concrètes et garder espoir en une reconstruction, les soignants ne déploient-ils pas des mécanismes de défenses pour se préserver de leurs propres émotions ? L'une d'entre elles confie qu'il est *« difficile aussi de ne pas... se refléter un peu »* l.124 dans ce miroir que peut être la patiente. Ainsi, je m'interroge : ce premier pansement pourrait-il représenter une étape sensible pour le soignant féminin et constituer une projection de son propre corps ?

Dans cette continuité, j'ai laissé aux infirmières la possibilité de me raconter une situation qui les avez marqués. Aucune d'entre elle me relate une situation précise mais trois s'accordent à me dire que les personnes jeunes les touches particulièrement : « *Chaque patiente est unique, ça nous touche beaucoup plus quand c'est des patients qui sont très jeunes.* » l.120 « *moins de 30 ans* » l.123, « *celle qui m'ont le plus marquée, c'est sur des patientes très jeunes* » l.78 « *il y a leur histoire de vie, ce qui se passe à côté.* » l.80. En effets nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une maternité ou un allaitement par exemple pourrait accentuer le traumatisme de la chirurgie chez les femmes jeunes. En questionnant d'avantage, l'une d'elle me répond « *comme je disais tout à l'heure, le reflet, quand c'est des personnes jeunes* » l.154 « *Parce que tu te dis, ça peut peut-être m'arriver à moi aussi* » l.156. Ce témoignage illustre le contre-transfert du soignant qui se retrouve confronté à sa propre vulnérabilité. Bien que la dimension émotionnelle du soignant lors de la réalisation du premier pansement n'ait pas été initialement intégrée à mon cadre théorique, les données recueillies révèlent qu'il pourrait s'agir d'un objet de recherche à envisager secondairement.

Florence quant à elle, pense qu' « *une personne qui est très âgée, même si c'est encore important, ça n'a pas le même impact sur la vie personnelle pour la suite.* » l.128-129. Néanmoins, aucune des littératures scientifiques recensées dans mon cadre conceptuel, ne démontre de lien explicite entre l'âge et impact physique et psychologique de la mastectomie. On peut alors se demander si les impacts de la mastectomie diffèrent selon l'âge des patientes ? La symbolique du sein demeure-t-elle inchangée ?

Pour certains soignants, les difficultés liées à la réfection de pansement sont souvent confondues avec des complications post-opératoires. Pour les deux infirmières de la clinique : « *Les problèmes, ce serait peut-être un saignement, les hématomes* » l.185, « *C'est des complications classiques que je peux dire, faire un hématome ou soit un écoulement de lymphe.* » l.199-201. Dès lors, il convient alors d'interroger cette ambiguïté : découle-t-elle d'une mauvaise interprétation de la question, ou témoigne-t-elle d'un mécanisme de défense visant à réduire le soin à sa seule technicité pour se préserver des émotions ?

Florence ajoute que l'apparence des cicatrices est parfois impressionnante : « *C'est vrai que parfois, les cicatrices elles sont grandes, quand même* » l.197, « *ce n'est pas simple* » l.198. Dominique révèle ses difficultés non pas en tant qu'infirmière mais en tant que patiente : « *De la voir* » l.28, « *c'est le choc* » l.108. Cette professionnelle me confie en début d'entretien avoir

subi une mastectomie. Le terme employé « choc » confirme l'absence de distanciation entre l'acte de soin et son histoire personnelle.

Ainsi les soignants s'identifient spontanément à la souffrance et à la mutilation de l'autre, démontrant à quel point le premier regard posé sur la plaie constitue une effraction psychologique qu'ils doivent eux même affronter. Isabelle conclue en exprimant « *qu'avec le temps, on apprend à mieux gérer le soin* » l.130.

6.3.3 Accompagner dans la pluralité des soins

Dans cette dernière partie, l'étude des verbatims révèle la singularité de la relation soignant-soigné : il apparaît alors, qu'il existe autant de manières d'accompagner que d'individualité. Pour Coline l'accompagnement est comparable à de « *l'empathie, la bienveillance et de la réassurance au maximum.* » l.166. En revanche pour Isabelle l'accompagnement signifie « *prendre du temps, essayer de s'adapter le plus possible à leurs besoins* » l.88 « *différer les soins* » l.90 « *rassurer par rapport à la douleur* » l.93. Pour Florence l'accompagnement passe par « *les accueillir le mieux possible* » l.144 et le dialogue « *j'essaye de leur faire comprendre que tout est fait pour que tout se passe bien, pour le mieux pour elles.* » l.155-156. Et enfin Dominique se situe dans une démarche de compétences « *infirmières de la consulte qui sont formées dans une démarche d'accompagnement.* » l.84, « *elles présentent les prothèses post-op* » l.85 pour proposer aux patientes des solutions pratiques.

Ces différentes visions de l'accompagnement sont abordées par Michel Fontaine dans son article *L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmier*. En effets, ces témoignages confirment les propos de l'auteur : « soins de compensation », « soins de confortation et du paraître », « soins d'apaisement ».

Ensuite, lorsqu'il s'agit d'évoquer plus spécifiquement le rôle infirmier dans la préparation à cette transformation physique, les réponses de deux IDE mettent en évidence la complexité du soin relationnel : l'une confie ne pas avoir de « *remède miracle* » l.103, tandis que l'autre estime que cet accompagnement relève du « *feeling de chacun* » l.168. Florence poursuit en expliquant que l'intégration progressive de la patiente dans le soin, notamment en

l'invitant à « *se mettre devant le miroir habillé [...] puis peut-être toucher, voir* »l.166 , s'avère déterminant dans l'appropriation de ce nouveau corps. Cette approche fait directement écho aux travaux de Maela Paul pour qui l'accompagnement « *se trouve donc davantage dans la « sollicitation » que dans la « sollicitude* ». Selon cette autrice, cette posture refuse de concevoir la personne accompagnée « *comme dépourvue ou insuffisante* », mais vise plutôt à mobiliser ses propres ressources et son autonomie face à l'épreuve.

Dans quelques semaines je serai diplômée. Le parcours complexe en cancérologie de ces femmes nécessite d'être formé spécifiquement. Lorsque j'interroge les infirmières sur la connaissance de méthode d'accompagnement, Dominique indique avoir suivi « *la même formation que les infirmières de la consulte* »l.84. De son côté, Isabelle exprime avoir cherché des réponses concrètes lorsqu'elle était étudiante :: « *Pour vous dire à quel point c'est quelque chose qui m'avait manqué, c'est que mon mémoire à l'époque portait sur le même thème* », ajoutant, « *on n'avait pas eu assez d'informations* »l.140-141.

Enfin, trois d'entre elles expliquent orienter les patientes vers différents dispositifs institutionnels mis à leur disposition. Au sein du CHU, l'accent est mis sur le soutien psychologique ainsi que sur l'intervention d'associations telles que « *l'ERI* »l.98 (espace rencontre information) et « *vivre comme avant* »l.115. Du côté de la clinique, le parcours de soins intègre une préparation spécifique en amont de la chirurgie qui s'intitule la « *RAAC* »l.178 (réhabilitation améliorée après chirurgie), elle consiste à faire intervenir des kinésithérapeutes et des psychologues dans une approche pluridisciplinaire. Les femmes sont ensuite dirigées vers le réseau « *DIANE* »l.72. « *C'est un collectif qui rassemble tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux travaillant de manière coordonnée pour assurer une prise en charge médico-psycho-sociale personnalisée des patientes atteintes du cancer du sein.*⁴ »

⁴ Définition du site : <https://reseaudiane.fr>

6.4 Synthèse

L'analyse des données révèle toute la complexité de la prise en charge relationnelle des patientes lors du premier pansement. Ces femmes oscillent entre un besoin de confrontation immédiate et un déni protecteur face à la cicatrice. Cette épreuve réactive des émotions complexes telles que la tristesse ou la colère, parfois le soulagement ainsi qu'une profonde angoisse liée à l'altération de la féminité et à la peur du regard du conjoint. Face à l'absence de « *remède miracle* », l'accompagnement infirmier s'appuie sur la singularité de chaque soignante, chacune s'adapte à la personne et apporte soutien et empathie. Sur le plan corporel, les soignantes privilégient une stratégie d'exposition visuelle et tactile progressive, visant à mobiliser les ressources et l'autonomie de chaque patiente. Enfin, cette confrontation à la cicatrice n'est pas neutre pour les soignants : elle engendre un phénomène de contre-transfert et d'identification, particulièrement face aux femmes jeunes. En définitive, les données du terrain révèlent qu'il n'y a pas de différence majeure dans la prise en charge globale de ces femmes entre le public et le privé.

Ce constat m'a alors mené à la conclusion: il n'existe pas *un* accompagnement unique et, mais bien *des* accompagnements pluriels, dont la forme se réinvente à chaque instant selon la singularité de la relation soignant-soigné et la posture de chaque professionnel.

7. Problématique et question de recherche

Ma situation de départ m'a initialement conduit à m'interroger sur les représentations du sein, sur les répercussions de la mastectomie ainsi que sur l'angoisse des patientes et l'accompagnement infirmier. Néanmoins, la perte du sein ne représente qu'une des nombreuses figures de la mutilation et de la rupture identitaire. Qu'il s'agisse de la création d'une stomie définitive, d'une amputation ou de brûlure graves, l'infirmier de chirurgie est régulièrement confronté à des personnes dont l'intégrité physique est profondément altérée.

Ces différentes pathologies, bien que distinctes dans leurs manifestations physiques, partagent un dénominateur commun : l'effondrement brutal du schéma corporel. Le corps, qui

était jusqu'alors le vecteur de la relation à soi et au monde, devient soudainement source de souffrance, d'inconnus et de stigmates. Cette altération ne se limite pas à une perte anatomique et ou fonctionnelle, elle bouscule les fondements mêmes de l'identité d'un sujet. L'anxiété face au regard d'autrui, la peur du rejet, le sentiment de vulnérabilité et la perte parfois d'autonomie sont autant de bouleversements psychologiques qui se superposent aux conséquences physiques.

Dans ce contexte de grande vulnérabilité, l'infirmier en service de chirurgie se trouve aux premières loges de ce bouleversement intime, souvent au moment où le patient est confronté pour la première fois à sa nouvelle image. L'accompagnement infirmier se révèle être alors un pilier indispensable. Il s'agit à mon sens, d'aider le patient à verbaliser ses craintes, à cheminer vers l'acceptation de son nouveau corps et à mobiliser ses propres ressources pour initier un processus de résilience. Trouver l'équilibre entre l'urgence de certains soins, l'organisation du service de chirurgie et la charge émotionnelle de cet accompagnement, représente un défi quotidien pour les infirmiers et l'ensemble des professionnels de santé. A mon sens, c'est précisément à la croisée des soins techniques et du soin relationnel que se situe le cœur de notre pratique.

Dès lors, ma démarche réflexive conduit à la question de recherche suivante

Dans quelle mesure l'infirmier en service de chirurgie parvient-il à concilier les exigences des soins techniques et organisationnels avec l'accompagnement relationnel nécessaire pour soutenir le patient confronté à la découverte et à l'acceptation de son nouveau schéma corporel après une intervention mutilante ?

Conclusion

Ce travail de fin d'études est l'aboutissement d'une réflexion approfondie autour de l'accompagnement infirmier des femmes mastectomisées lors de la première réfection de pansement post-opératoire. Ce premier soin n'est pas un simple acte technique, mais un moment d'intimité particulier entre le soignant et la patiente.

Prochainement infirmière, ce travail de recherche m'a obligé à prendre du recul pour analyser les situations vécues en stage ce qui a progressivement transformé mes représentations. Confrontée au sentiment d'impuissance ressenti lors de mon stage en chirurgie, j'ai compris que l'accompagnement d'une chirurgie mutilante ne s'improvise pas « *feeling* ». Ce travail m'a permis de m'approprier les concepts fondamentaux d'« *être avec* » et d'« *aller vers* » de Maela Paul. J'ai intégré l'importance de respecter le rythme, la temporalité et le cheminement de la patiente, sans lui imposer de confrontation précoce avec sa cicatrice. Ce mémoire de fin d'étude m'aura également permis de mieux cerner les contours de l'angoisse liée à la perte du sein et l'importance du rôle infirmier qui se situe au cœur d'une équipe pluridisciplinaire. En redonnant une place centrale au soin relationnel au moment de la première réfection de ce pansement hautement symbolique, cela contribue à humaniser le parcours de soins en chirurgie-oncologique.

J'envisage désormais ma future pratique professionnelle comme une démarche réflexive constante, où l'acte de soins se synchronise à la singularité et à la vulnérabilité de chaque patient.

Bibliographie

- Angoisse.** (s. d.). Dans *Lexicographie du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*.
- Arte Radio.** (2020, 24 mars). *La vie des seins I Un podcast à soi (32)* [Épisode de podcast audio].
- Brullman, F.** (2007). Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée. *Le Carnet psy*, (119), 46-51.
- Chevalier, J., & Gheerbrant, A.** (1982). *Dictionnaire des symboles : Mythes, rêves, coutumes, gestes, formes, figures, couleurs, nombres*. Paris, France : Robert Laffont/Jupiter.
- Dong, T., Fongang, A. G. M., & Nsangou, H. N.** (2020). Vécu mélancolique et altération de la sexualité chez les femmes mastectomisées avec cancer du sein. *Psycho-Oncologie*, 14(1).
- Fontaine, M.** (2009). L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 99(4), 43-60.
- Fontanel, B.** (1997). *Corsets et soutiens-gorge : L'épopée du sein de l'Antiquité à nos jours*. Paris, France : La Martinière.
- Goujon, O.** (2018). *Ces seins que l'on ne saurait voir : Histoire d'une trahison*. Paris, France : Robert Laffont.
- Gregory, C.** (2020). *Les cinq étapes du deuil : Étude du modèle de Kübler-Ross*.
- Haute Autorité de Santé (HAS).** (2021). *Reconstruction mammaire : la HAS et l'INCa présentent une plateforme d'aide à la décision partagée*.
- Hesbeen W.,** 2009, *La pratique soignante : une rencontre et un accompagnement* , in Dire et écrire la pratique soignante du quotidien, Paris, Seli Arslan, p. 27-47.
- Institut National du Cancer (INCa).** (2026). *Les cancers du sein*.
- Kübler-Ross, É.** (1975). *Les derniers instants de la vie*. Genève, Suisse : Labor et Fides.

- Lehmann, A.** (2003). *L'atteinte du corps*. Paris, France : L'Harmattan.
- Loubaresse, M.-C.** (2012). *L'allaitement maternel : Une pratique entre nature et culture*. Paris, France : L'Harmattan.
- Mimoun, M.** (1996). *L'impossible limite : Cahier d'un chirurgien*. Paris, France : Éditions du Seuil.
- Montezuma, T., de Castro, A. S., de Oliveira, S. M., & de Abreu, D. C.** (2014). Changes in postural control in mastectomized women. *Journal of Cancer Therapy*, 5(6), 493-499.
- Museu Carmen Thyssen Andorra.** (s. d.). *Les représentations de la poitrine féminine*.
- Paillard, C.** (2016). *Dictionnaire humaniste infirmier : Lexique de la relation de soin*. Noisy-le-Grand, France : Setes.
- Paul, M.** (2002). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, 70(3), 139-145.
- Paul, M.** (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris, France : L'Harmattan.
- Reich, M.** (2010). Cancer et image du corps. *Psycho-Oncologie*, 4(1), 17-21.
- Revault d'Allonnes, C.** (1999). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris, France : Dunod.
- Sun, Y., Shen, J., & Wu, X.** (2020). Impact de la mastectomie unilatérale sur la posture corporelle : une étude observationnelle longitudinale prospective. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(2), 154-160.
- Thouaille, É.** (2011). *Le sacro-sein : De la valeur sacrée de cet organe et de la sécrétion du lait maternel*. Paris, France : L'Harmattan.
- Wauthy, P.** (2011). Bref historique de la chirurgie. *VCP (Vaisseaux, Coeur, Poumons)*
- Wöckel, A., & Janni, W.** (2013). Sensibilité mammaire après mastectomie et reconstruction mammaire par implant. *Breast Care (Recherche et traitement du cancer du sein)*.

Yalom, M. (1997). *Le sein : Une histoire*. Paris, France : Hachette Littératures.

Première de couverture : Image libre de droit

LES ANNEXES

ANNEXE I : Entretien infirmier n°1 au CHU avec Isabelle

- 1 Salomé : **Bonjour, est-ce que vous pouvez vous présenter et me raconter un petit peu votre**
2 **parcours professionnel, en quelques mots ?**
- 3 Isabelle : Euh, donc je m'appelle Isabelle, je suis infirmière depuis 98 et en service de gynéco
4 depuis 14 ans. Avant ça, j'ai fait d'autres services, pas forcément de la chirurgie, un peu de tout,
5 et de l'extrahospitalier aussi.
- 6 Salomé : Ok
- 7 Salomé : **Est-ce que vous prenez en charge des patientes mastectomisées dans votre unité**
8 **? Et si oui, à peu près combien de fois par semaine ou par mois ?**
- 9 Isabelle : Alors oui, les patientes sont prises en charge en service d'hospit complète pour les
10 mastectomies, quand ce sont des mastectomies simples, c'est-à-dire sans reconstruction. Elles
11 peuvent aussi être prises en charge en ambulatoire. C'est possible. En ce qui concerne la
12 fréquence, c'est difficile de donner un chiffre, là pour avoir une idée en ce moment, on en a une
13 ou deux, je crois, sur 20 patientes.
- 14 Salomé : **Donc du coup, combien de temps elles sont hospitalisées ?**
- 15 Isabelle : L'ambulatoire donc ça peut être fait sur la journée et sinon elles restent soit parce
16 qu'elles ont des antécédents particuliers soit parce qu'elles ont une reconstruction par prothèse
17 et qu'elles ont des systèmes de drainage avec lesquels elles ne peuvent pas rentrer à la maison,
18 En règle générale, la mastectomie simple, c'est 48 heures.
- 19 Salomé : **Ok. Pourriez-vous me dire si vous connaissez le parcours en cancérologie d'une**
20 **femme atteinte ducoup d'un cancer du sein ?**

21 Isabelle : Alors, la phase diagnostique se fait par imagerie et puis par biopsie. Ensuite, soit en
22 fonction du type de cancer, il y a plusieurs possibilités, soit c'est une tumorectomie, plus ou
23 moins chimio, plus ou moins radiothérapie, soit mastectomie, pareil, chimio ou radiothérapie
24 en plus. Soit des fois malheureusement le cancer étant très avancé, il faut d'abord commencer
25 par la chimiothérapie et faire la mastectomie dans un second temps.

26 Salomé : **Quelles sont les réactions les plus fréquentes lors de la découverte de ce corps**
27 **post mastectomie ?**

28 Isabelle : Alors on a des patientes déjà qui refusent catégoriquement de voir la cicatrice dans
29 les premiers jours, elles ont besoin d'un peu plus de temps. Il y en a certaines au contraire qui
30 veulent voir, qui veulent avoir une photo pour voir l'évolution de.. à chaque pansement. Mais
31 il y a vraiment tout type de réactions. Mais à chaque fois qu'elle veuille...ou qu'elle ne veuille
32 pas découvrir la cicatrice, c'est... c'est toujours une sensation quoi, très souvent une sensation
33 de mutilation. La reconstruction peut être immédiate ou elle peut être différée. Euh, voilà.. après
34 chacune fait comme elle le sens.

35 Salomé : **Pourriez-vous m'indiquer dans quel état émotionnel se situent les patientes que**
36 **vous accueillez mais en préopératoire ? Quand elles arrivent dans le service.**

37 Isabelle : Ben.. euh... c'est difficile à dire parce que maintenant on reçoit beaucoup de gens à
38 J0, on n'a pas beaucoup de temps pour jauger leur état émotionnel. On leur demande si elles
39 sont...arrivent deux heures avant le départ au bloc.

40 Salomé : OK.

41 Isabelle : On leur demande si elles sont stressées par l'intervention. On leur donne le traitement
42 si nécessaire, avant d'aller au bloc. Et les admissions la veille se font de plus en plus rares, donc
43 on n'a pas beaucoup de temps pour les accompagner par rapport à ça.

44 Salomé : **Et ducoup, est-ce que les patientes, elles posent des questions sur la chirurgie, sur**
45 **les soins post-opératoires, sur la douleur ? Quelles en sont les natures ?**

46 Isabelle : Je pense que leurs questions, elles les ont beaucoup posées aux chirurgiens au moment
47 de la consultation qui prévoient l'hospitalisation et l'intervention. Une fois qu'elles sont là,
48 généralement elles ont eu pas mal de réponses à leurs questions. Je dirais que les questions

49 viennent plus après la chirurgie, une fois bah, qu'il y a les soins, des fois les drains, Là, elles
50 posent plus de questions. Mais avant d'aller se faire opérer, à part le fait qu'elles sont des fois...en
51 colère ou triste ou en sensation d'injustice par rapport à ça, mais elles n'ont pas vraiment de
52 questions par rapport ou.. à la chirurgie en elle-même.

53 Salomé : **Est-ce que vous pouvez me citer trois émotions exprimées par les patientes lors**
54 **du premier pansement pour cette mastectomie ?**

55 Isabelle : Bah la peur. Des fois la déception de voir la cicatrice qui n'est pas aussi propre qu'elles
56 auraient aimé. Et je pense que même si elles savent à quoi s'attendre, elles sont quand même
57 toujours un peu choquées parce qu'entre l'imaginaire et le réel, il y a quand même... un fossé
58 entre les deux, donc je pense qu'il y a un petit choc émotionnel quand même.

59 Salomé : **Et face à cette angoisse ressentie et à cette confrontation avec ce nouveau schéma**
60 **corporel, vous, quelle est votre attitude face à cela ?**

61 Isabelle : C'est difficile, il n'y a rien qui nous l'enseigne réellement, c'est du spontané. On essaye
62 de s'adapter le plus possible à la patiente. Après, il y en a qui ont besoin de plus de temps aussi,
63 donc quand on peut prendre plus de temps pendant le pansement, On va les accompagner une
64 fois que le pansement est fini pour les aider à s'habiller, pour les aider à mettre soit un soutien-
65 gorge avec une prothèse en mousse, provisoire, pour essayer d'atténuer un peu le visuel et
66 qu'elle puisse s'habiller. C'est dans ces petites choses-là où on peut faire quelque chose
67 après...Malheureusement, on peut leur proposer la psychologue, mais nous, bah..on n'est pas
68 psychologue. On peut rassurer, reconforter, mais on n'a pas grand-chose de plus pour les aider,
69 c'est compliqué. Des fois, elles sont tristes, il n'y a rien à dire... c'est comme ça.

70 Salomé : **Et du coup, est-ce que ces femmes sont majoritairement dans le refus de regarder**
71 **la cicatrice ou au contraire elles veulent...vraiment à regarder ce sein.**

72 Isabelle : C'est difficile.. mais je dirais qu'il y en a plus qui veuille voir plutôt... la proportion
73 de celles qui ne veulent pas voir est moins importante que celles qui veulent voir.

74 Salomé : **Et est-ce que vous vous souvenez d'un premier pansement qui vous a**
75 **particulièrement touché ? Est-ce que vous pourriez un petit peu m'en parler, si quelque**
76 **chose vous vient ?**

77 Isabelle : Non rien en particulier.. je sais plus.. j'ai pas d'exemple... Il y a eu des fois ou c'était..
78 je pense que celle qui m'ont le plus marquée, c'est sur des patientes très jeunes. Je pense que là,
79 c'est celle pour qui, déjà, c'est le plus difficile, je pense. Et je pense que c'est celle aussi qui
80 nous touche le plus. Puis après, il y a leur histoire de vie, ce qui se passe à côté. Des fois, il y a
81 elles qui sont malades, puis il y a un autre membre de la famille qui est malade à côté. Donc
82 euh..mais je n'ai pas le souvenir d'une personne en particulier.. a si, une femme très jeune, je
83 me souviens, mais bizarrement, moi j'ai été touchée, mais elle était très forte. Donc oui, c'est
84 comme ça. Ce n'est pas parce que la patiente pleure que nous on n'est pas...qu'on pleure en
85 même temps et vice-versa.

86 Salomé : **Et du coup, comment vous définiriez l'accompagnement en soins infirmiers pour**
87 **ces femmes-là ? Est-ce qu'il y a un type d'accompagnement particulier ?**

88 Isabelle : Moi je pense que ce qui est important c'est de prendre du temps et.. et ben.. essayer
89 de s'adapter le plus possible à leurs besoins et que si le pansement, elles ne sont pas prêtes à
90 10h et ben qu'elle préfère attendre l'après-midi. On peut différer les soins, on peut essayer de
91 s'adapter à ce qu'elles veulent. Et les rassurer en disant qu'on maîtrise le soin, que pour elle c'est
92 tout nouveau, mais que nous, On peut les accompagner, on peut essayer de faire en sorte que
93 ça se passe le mieux possible. Les rassurer par rapport à la douleur parce que c'est quand même
94 un soin qui n'est pas très douloureux, donc ça rassure aussi. Le pansement est souvent elles
95 n'ont pas beaucoup de sensibilité à ce niveau-là, donc on peut facilement les rassurer par rapport
96 à la douleur physique déjà. Après ...l'émotionnel, chacune..., chacune réagit comme elle le peut,
97 puis il y a des jours où ça se passe mal, puis le lendemain ça va aller si tu fais la même personne.
98 Des fois, le premier pansement se passe bien et puis c'est le deuxième qui ne va pas parce qu'il
99 y a une espèce de douche froide, une réaction qui se fait ..ça y est, il n'est plus là.

100 Salomé : **Et dans quelle mesure un infirmier peut aider à préparer une patiente à faire**
101 **face à cette transformation ?**

102 Isabelle : Alors là, je ne sais pas si c'est possible. [blanc] Je n'ai vraiment pas de remède miracle
103 pour les aider à traverser cette épreuve.[bruit de fond d'une autre soignante] Si ce n'est que
104 voilà,... leur donner l'exemple d'autres patients qui sont passés avant elle. On a la chance
105 d'avoir l'association de l'ERI aussi, qui est très active et qui propose plein de rencontres entre
106 patientes qui ont eu les mêmes pathos et elles peuvent en discuter entre elles. Et je pense que

107 c'est le meilleur moyen de surmonter ça, c'est d'avoir...pouvoir partager avec d'autres femmes
108 qui sont dans la même situation. Parce que moi, j'aurais beau dire que je les comprendrais, je
109 ne suis pas dans la même situation, donc c'est difficile de comparer.

110 Salomé : Cette association, elle fait partie du CHU ?

111 Isabelle : Oui, elle fait partie du CHU. Donc il y a L'ERI et il y a une autre asso qui s'appelle
112 aussi Vivre comme avant.

113 Salomé : Ok.

114 Isabelle : Voilà, c'est deux... L'ERI, c'est tous les cancers, et Vivre comme avant, c'est que le
115 cancer du sein.

116 Salomé : D'accord.

117 **Du coup, on en a un petit peu parlé, mais est-ce que vous avez d'autres connaissances dans**
118 **votre établissement de ressources pour ces femmes ?** il n'y a que ces deux associations-là ?

119 Isabelle : Il y a ces deux associations-là et puis bah la psychologue à qui on peut faire appel.
120 Après...après, c'est plus les services d'onco avec la chimio, mais les orienter vers quelqu'un
121 pour les prothèses capillaires, les choses comme ça, on dévit un peu de la mastectomie mais
122 malheureusement souvent... La patiente que j'ai en ce moment, elle a eu sa chimio, quoi elle a
123 eu la mastectomie, elle a commencé la chimio, mais là, il y a des complications, donc elle
124 revient.

125 Salomé : **Et est-ce que vous, vous avez rencontré des difficultés lors des pansements post-**
126 **opératoire et est-ce qu'il y a quelque chose pour vous qui est compliqué à ce moment-là ?**

127 Isabelle : Non, je pense que...Ça fait tellement longtemps que je suis dans le service que j'ai du
128 mal à me souvenir des premiers pansements que j'ai pu faire de mastectomie. Je ne sais pas si...
129 Oui, je pense qu'avec le temps, on apprend à mieux gérer le soin et peut-être à...être plus
130 rassurant, je ne sais pas si les patients le ressentent, en tout cas, le fait de...que ce n'est pas la
131 première fois et que du coup on n'est pas dans l'hésitation. Les pansements, je pense, les plus
132 difficiles... que j'ai eu à faire sur des seins, sur des hémorragies, des choses comme ça.

- 133 Salomé : Sur des complications ?
- 134 Isabelle : Oui, sur des complications.
- 135 Salomé : Ok. **Et est-ce que vous, en tant que professionnel, vous avez reçu une formation**
- 136 **spécifique pour aider ces femmes dans le cadre de mastectomie ou pas forcément ?**
- 137 Isabelle : Ça remonte à très longtemps [rire]
- 138 Salomé : Oui.
- 139 Isabelle : Mais...pour vous dire à quel point c'est quelque chose qui m'avait manquée, c'est que
- 140 mon mémoire à l'époque porté sur le même thème.
- 141 Salomé : Ok, d'accord
- 142 Isabelle : Donc c'était quelque chose qui me tenait particulièrement à cœur et pour lequel j'avais
- 143 l'impression d'avoir.. voila.. pour lequel on n'avait pas eu assez d'informations, pas assez de
- 144 vécu, de choses comme ça, j'avais besoin d'aller chercher.
- 145 Salomé : Merci beaucoup.
- 146 Isabelle : Bah, Merci

ANNEXE II : Entretien infirmier n°2 au CHU avec Dominique

1 Salomé : **Bonjour, est-ce que vous pouvez un petit peu vous présenter et me raconter votre**
2 **parcours professionnel ?**

3 Dominique : Je suis Dominique ***** infirmière, je suis à l'hôpital depuis 41 ans, bientôt, 40
4 ans et demi, donc autant dire je m'envais bientôt , à la fin de l'année d'ailleurs. J'ai commencé
5 comme ASH, puis après aide-soignante et puis après infirmière. Je suis passée partout, dans
6 tous les services, enfin de beaucoup en tout cas, et je suis en gynéco depuis 2004. Et là, je suis
7 à l'ambulatoire du gynéco c'est un peu pareil. Ok.

8 Salomé : **Du coup est-ce que vous prenez en charge des patientes mastectomisées dans**
9 **votre unité et si oui est-ce que vous pouvez me dire à peu près combien c'est par semaine**
10 **ou par mois si vous avez un peu une idée?**

11 Dominique : Je n'ai pas compté parce qu'on fait plus de de tumorectomie que de mastectomie,
12 même à l'hospitalisation complète. Je pense qu'ils ont plus de tumo. Ils ont peut-être plus de
13 mastectomie en hospit complète que nous, on fait plus de tumorectomie, mais on doit avoir
14 deux mastectomies par mois à peu près, en ambulatoires.

15 Salomé : Du coup, vous, elles sont en ambulatoire, donc elles ne restent pas hospitalisées du
16 tout ?

17 Dominique : Non.

18 Salomé : **Est-ce que vous pourriez me dire si vous connaissez un petit peu le parcours en**
19 **cancérologie d'une femme atteinte d'un cancer du sein ?**

20 Dominique : Le parcours c'est la découverte après, il y aura l'intervention et le bilan d'extension.

21 Vous le connaissez, le bilan d'extension ?

22 Salomé : Oui, un petit peu.

23 Dominique : Donc, c'est tout ce qui recherche le...Les métastases, déjà s'il y a des ganglions, ça
24 sera fait à l'intervention. Et après, s'il y a des métastases, on fait le bilan d'extension sur le foie,
25 sur les os et au cerveau. C'est là que ça métastase. Et au poumon.

26 Salomé : **Quelles sont les réactions les plus fréquentes lors de la découverte de ce corps un**
27 **peu post mastectomie ?**

28 Dominique : Là, ici, en service ambulatoire, pas trop de réaction, parce qu'il y a le pansement.
29 Ce n'est pas là qu'on enlève le pansement, et ce n'est pas le plus douloureux, je pense.

30 Salomé : **Est-ce que vous pourriez m'indiquer dans quel état émotionnel se situent les**
31 **patientes quand vous les accueillez en préopératoire ? Vous les voyez du coup un peu avant**
32 **?**

33 Dominique : On ne les voit pas longtemps avant. Ces derniers temps, je trouve qu'elles
34 n'expriment pas beaucoup d'émotion

35 Salomé : Ils sont dans le retrait peut-être ?

36 Dominique : Peut-être, oui. Ok.

37 Salomé : **Est-ce que du coup, les patients vous posent des questions sur la chirurgie, sur**
38 **les soins post op, la douleur ?**

39 Dominique : on nous pose oui des questions de savoir si ça va être douloureux mais elles ont
40 avant l'intervention, une consultation avec l'infirmière de la consultation qui leur fait une
41 présentation de l'intervention, donc en fait elles n'arrivent pas à froid. Je ne sais pas comment
42 vous dire. Elles ont les informations. Elles savent ce qu'on va leur faire. Elles voient
43 l'anesthésiste avant, elles ont déjà les médicaments, quand elles sortent. Elles ont beaucoup
44 d'informations qui sont un peu une consultation d'annonce, il y a l'annonce par le médecin et
45 puis après l'infirmière qui reprend tout. Donc en fait, ici, elles ne sont pas perdues quand elles
46 arrivent.

47 Salomé : **Est-ce que vous pourriez me citer trois émotions exprimées par les patients ? du**
48 **coup lors de ce premier pansement à post mastectomie**

49 Dominique : Trois émotions, on va dire, je ne sais pas comment vous dire ça

50 Salomé : Il n'y a pas de mots justes ?

51 Dominique : ça le choc, y a de la tristesse. Un peu de colère aussi.

52 Salomé : **Et face à cette angoisse ressentie, à cette confrontation finalement avec ce**

53 **nouveau schéma corporel, quelle est vous votre attitude ?Face à cela.**

54 Dominique : Après, moi, je leur pose la question s'ils vont faire une reconstruction. En fait, sur

55 les statistiques, il n'y a pas beaucoup de femmes qui reconstruisent, mais moi j'ai l'impression

56 qu'il y en a beaucoup qui se font faire en reconstruction. Et donc c'est quand même un espoir

57 de la reconstruction c'est un espoir derrière.

58 Salomé : ça donne peut-être un but ? ok

59 Dominique :Et on en parle et ça peut... Après, souvent, il y a les traitements derrière. Donc, soit

60 il y a de la chimio, mais ce n'est pas pour toutes. Mais de la radiothérapie, il y en a. Elles sont

61 dans le soins tout de suite.

62

63 Salomé : **Est-ce que les femmes sont plutôt majoritairement dans le refus, vous pensez, de**

64 **regarder cette cicatrice ou bien au contraire elles souhaitent vraiment regarder de suite**

65 **ce nouveau corps ?**

66 Dominique : Alors, comme je dis, la mastectomie, nous, elle elles ne les regardent pas

67 puisqu'elles ont le pansement compressif. Après, sur une tumorectomie, elles regardent. Mais

68 la tumorectomie, elle passe par l'aréole. Ils font ça bien

69 -----

70 *Discussions hors entretien avec Dominique*

71 -----

72 C'est dur. Et ça, je ne vous parlais pas en tant qu'infirmière, je vous parlais en tant que femme.

73 Parce que moi, on me la fait. Donc, on vous enlève le pansement il y a un grand trait..

74 Salomé : **Est-ce que du coup, vous vous souvenez d'un premier pansement qui vous a**
75 **particulièrement touchée ? Est-ce que vous pouvez m'en parler un petit peu ?**

76 Dominique : Oui, parce que je pense que quand on est soignant, on est un peu maladroit aussi
77 et que l'infirmière quand elle l'a défait, elle a dit que c'était beau. La cicatrice était bien. Mais
78 moi, je me disais, voilà, apres coup.... Et quand l'interne est arrivée, et qu'il a dit la même
79 chose. Donc quand le médecin est arrivé, lui, il a été reçu. Parce que je dis surtout qu'on ne dit
80 pas que beau.. les autres ont regardé leurs pieds mais bon, et ça ça reste je veux dire

81 Salomé : **Comment vous définiriez l'accompagnement en soins infirmiers pour ces**
82 **femmes-là ? Est-ce qu'il y a un type d'accompagnement ?**

83 Dominique : Je trouve qu'ici, il est très bien fait. Ok, donc les choses ont beaucoup évolué et
84 qu'il y a des infirmières de la consulte qui sont formées dans une démarche d'accompagnement.
85 Elles présentent les prothèses post-op, ou les prothèses qu'on peut mettre en attendant de faire
86 une reconstruction.

87 Salomé : **Et dans quelle mesure vous pensez qu'un infirmier peut aider à préparer une**
88 **patiente face à cette transformation ?**

89 Dominique : Justement, en lui donnant toutes les informations. Et dans la chirurgie immédiate
90 en disant ce que ça va être, même si le chirurgien a déjà expliqué que la prise en charge de la
91 douleur . Moi, je n'ai pas trouvé que c'était douloureux. C'est dans la tête que ça fait mal. Quand
92 on vous dit qu'on va vous enlever un sein c'est... Après, moi, je ne suis pas très algique, je suis
93 résistante à la douleur, ça, je le sais. Mais ce n'est pas très douloureux le sein, pas physiquement

94 Salomé : Plutôt psychologiquement ?

95 Dominique : *acquiesce d'un hochement de tête*

96 Salomé : **Et est-ce que vous avez des connaissances dans votre établissement de ressources**
97 **possibles ?**

98 Dominique : Oui, il y a l' ERI. L'ERI, ça se trouve à l'institut de cancérologie et c'est un endroit
99 d'information et de sources on leur parle autant de foulards pour les dames qui perdent leurs
100 cheveux qu'on leur donne des adresses pour les soutiens-gorges de post-op, que nous on as

101 aussi.. Il y a des pharmacies qui le font. On n'a pas le droit de dire une telle est mieux qu'une
102 telle mais on peut donner une liste.

103 Salomé : **Et est-ce qu'à titre personnel, vous avez rencontré des difficultés lors des**
104 **pansements post-opératoires, si vous en avez fait ? Si oui, lesquelles ?**

105 Dominique : Non, après coup, non. Après cette première fois, non. Après, il n'y a pas eu de
106 difficulté.

107 Salomé : **Quelles étaient vos difficultés dans ce premier pansement ?**

108 Dominique : De le voir et puis le contact que je vous ai dit. Après après ça ça passe, c'est le
109 choc, il est qu'une seule fois. C'est comme de perdre ses cheveux, le choc, on l'a une fois. Après,
110 les cheveux, ils n'y sont plus, mais on prend l'habitude.

111 Salomé : **Et est-ce que vous avez reçu une formation spécifique ?**

112 Dominique : Alors moi j'avais fait la même formation que les infirmières de la consulte, j'y
113 allais un peu à un moment. Où on apprend à reprendre les termes du médecin avec l'empathie
114 et encore qu'ils ont beaucoup d'empathie nos médecins. Ils sont très proches des patientes.

ANNEXE III : Entretien infirmier n°3 en clinique avec Florence

1 Salomé : **Bonjour, est-ce que vous pouvez un petit peu vous présenter et me raconter en**
2 **quelques mots votre parcours professionnel ?**

3 Florence : Alors, je m'appelle Florence, je suis infirmière désormais à mi-temps en urogynéco,
4 du coup principalement. Au départ, j'étais à la clinique K*****, aussi sur Nîmes, qui est
5 fermée désormais ou j'ai vu plus de pansements sur les cancers du sein parce que les patients
6 étaient hospitalisés un petit peu plus longtemps peut-être, et il y avait aussi beaucoup
7 d'esthétique. Donc j'ai suivi un peu les chirurgiens de K***** ici, notamment Mme P****
8 qui fait beaucoup de reconstruction mammaire.

9 Salomé : **Est-ce que dans cette unité, vous prenez en charge des patientes mastectomisées**
10 **?**

11 Florence : Aussi mais moi dans le cadre de mon mi-temps je les rencontre un peu moins
12 souvent, il nous arrive quand même encore de faire des pansements mais souvent les
13 pansements c'est en fin de semaine moi sur le moment où je suis plus là. Mais sinon après au
14 niveau des pansements, souvent ils reviennent avec des pansements compressifs. On les défait
15 une fois que le chirurgien est passé. On les refait une fois que le chirurgien est passé. Seulement
16 ils retirent et regardent. On les refait à l'identique. Au niveau des pansements, ils sont livrés par
17 une société en pansements qui passent sous l'eau, pour pas dire de marque, et souvent on
18 applique un tulgras

19 Salomé : **Et est-ce que vous pourriez me donner un chiffre de patientes un petit peu**
20 **mastectomisées dans le service en termes de semaines de mois si vous en avez connaissance**
21 **?**

22 Florence : Un chiffre je ne connais pas du tout et du tout. Surtout que je ne les vois pas tous,
23 donc ça serait plus avec la cadre qu'il faudrait voir. Pour des chiffres, oui. Après, savoir que
24 moi j'en rencontre au moins 3 ou 4 minimum par semaine.

25 Salomé : D'accord. **Et est-ce que vous pourriez me dire combien de temps elles sont**
26 **hospitalisées dans l'unité ?**

27 Florence : En général, ça doit être une moyenne de 3 jours.

28 Salomé : 3 jours, ok. Elles sont systématiquement hospitalisées ici ou il y a un parcours aussi
29 ambulatoire ?

30 Florence : Alors, il y en a qui passent par l'ambulatoire, mais sinon, ils sont principalement chez
31 nous. On essaie de faire des économies... Du coup, parfois on essaye de faire en sorte qu'il y
32 ait un parcours quand même, qu'elle rentre le matin et ne passe pas par le SAPO qu'elle soit
33 prise en charge directement dans le service. Le SAPO, c'est le service où ils sont accueillis en
34 bas, où ils se déshabillent, tout ça et tout.

35 Ils vont au bloc, après salle de réveil et après ils montent à l'étage. Là ils sont accueillis
36 directement dans le service et peuvent s'installer directement dans leur chambre.

37 C'est plus personnalisé. On les coucoune beaucoup plus. Et avant, il y avait un service, qui est
38 maintenant fermée parce qu'il n'y avait pas assez de patients, où c'était vraiment des chambres
39 qui leur étaient dédiées. Des belles chambres avec des miroirs, une déco un peu particulière,
40 très féminine.

41 C'était plus sympa.

42 Salomé : Donc vous diriez qu'il y en a plus quand même qui restent hospitalisés plutôt qu'en
43 ambulatoire ?

44 Florence : En ambulatoire, ça vraiment de la petite chirurgie .Après on a entre guillemets de
45 l'ambulatoire, elles arrivent le matin, elles sont opérées. Elles voient le chirurgien et elles partent
46 après dans la soirée. D'accord. On peut dire que c'est aussi ambulatoire. Ok. Mais elle ne passe
47 pas par un vrai service d'ambulatoire

48 Salomé : **D'accord. Est-ce que vous pourriez me dire si vous connaissez le parcours en**
49 **cancérologie d'une femme atteinte d'un cancer du sein ?**

50 Florence : Complètement non.

51 Salomé : **Qu'est-ce que vous en savez un petit peu du parcours ?**

52 Florence : Je sais qu'une fois qu'après qu'elles sont prises en charge avec une chirurgie, des
53 chimios, des rayons, elles ont la possibilité au niveau de l'institut de cancérologie de voir des
54 personnes qui sont vraiment dédiées à ça. Pour les aider. Les faire rencontrer des psychologues.
55 Voilà.

56 Salomé : **Et quelles sont à votre avis les réactions les plus fréquentes ?lors de la découverte**
57 **de ce corps post-mastectomie ?**

58 Florence : Alors déjà on leur demande si elles veulent voir ou pas... ou ne serait-ce que toucher,
59 après, là où j'étais, comme elles restées hospitalisées plus longtemps, on avait la possibilité de
60 leur proposer des prothèses en mousse à mettre dans le soutien-gorge qui se collaient. Elle
61 choisissait, on avait plusieurs formes. Ici, on ne le voit pas. Peut-être que ça se fait après sur
62 l'institut de cancérologie mais je sais que ça ça se fait aussi, après on peut rencontrer des
63 personnes qui vont tatouée qui vont voilà avoir un parcours mais ça, ça ne se fait pas ici ça se
64 fait dans le cadre c'est organisé et accompagné mais ça ne se fait pas sur cette clinique.

65 Salomé : **Est-ce que vous pourriez m'indiquer dans quel état émotionnel se situent les**
66 **patientes que vous accueillez, mais en préopératoire ?Cette fois-ci ?**

67 Florence : C'est mieux quand elles viennent pour une reconstruction. Souvent, on les voit pour
68 une reconstruction un an après. C'est mieux. Ça veut dire qu'ils auront fini le traitement, on va
69 leur tirer le porte-à-cath.

70 Salomé : Vous diriez du coup qu'elles sont plus angoissées, tristes ?

71 Florence : Ah bah oui, elles sont angoissées, elles sont démunies. Parfois, elles ne veulent pas
72 en parler, elles ne disent pas le mot, tout simplement.

73 Salomé : **Et du coup, est-ce que les patientes, elles vous posent des questions sur la**
74 **chirurgie, sur les soins post-opératoires, sur la douleur ?**

75 Florence : En général, elles n'ont pas besoin parce qu'elles sont très bien encadré par les
76 chirurgiennes qui leur expliquent tout.

77 Salomé : D'accord. En amont ?

78 Florence : Avant. Elles ont vraiment un parcours, elles ont beaucoup de documents, tout ça. Et
79 puis, il y a des personnes qu'elles peuvent voir avant, à leur demande.

80 Salomé : Quel type de personnes elles peuvent voir un petit peu avant ?

81 Florence : C'est à l'institut de cancérologie, il y a des personnes qu'elles peuvent rencontrer, on
82 leur donne des numéros et après elles ont le choix d'y aller ou pas pour poser des questions.
83 Mais elles sont très renseignées. Elles ne nous posent pas beaucoup de questions dans la mesure
84 où elles sont déjà bien renseignées

85 Salomé : Ok est-ce que vous pouvez me citer trois émotions exprimées par les patientes lors du
86 premier pansement post mastectomie ?

87 Florence : Elles ne veulent pas regarder. Elles tendent la tête ou alors il y en a qui se touchent.

88 Voilà.

89 Salomé : **Vous diriez qu'il y a une proportion de femmes qui souhaitent plutôt plus**
90 **regarder ou au contraire qui sont plus dans le refus ?**

91 Florence : C'est moitié moitié .

92 Salomé : Et vraiment en termes d'émotion à proprement parler, est-ce que c'est de la tristesse,
93 c'est de la colère?

94 Florence : De la colère, je n'en ressens pas. Non, elles sont prêtes pour moi à se battre, à faire
95 ce qu'il faut et souvent elles sont aussi accompagnées par leur conjoint quand elles en ont. C'est
96 important.

97 Salomé : D'être entourée?

98 Florence : Et moi, souvent, je leur dis, vous voulez qu'ils sortent ou pas? c'est vous qui décidez.

99 Salomé : **Face quand même à cette angoisse un petit peu ressentie d'une patiente et à la**
100 **confrontation avec ce nouveau schéma corporel. Vous, quelle est votre attitude face à ça**
101 **?**

102 Florence : Alors on essaye de créer un dialogue quand même pour qu'ils expriment leurs
 103 émotions et parfois on leur propose, on a une psychologue qui passe ici. Donc on leur propose
 104 de voir un psychologue, voilà. Et après, on les invite à bouger assez rapidement, à se lever, à
 105 bouger les bras, à ne pas avoir peur. Très longtemps, on leur disait ne pas bouger le bras, ne pas
 106 faire ceci, ne pas faire cela, alors que maintenant, au contraire. Et souvent, elles partent avec un
 107 drain de redon aspiratif. Il y a une association qui fait des petits sacs avec de très jolis tissus.
 108 Pour mettre le redon, pour qu'elle soit plus discrète pour sortir quand elle sort avec le redon.

109 Salomé : Elle le garde combien de temps à peu près ce redon ?

110 Florence : Ça dépend de la quantité qui est donnée. Souvent, on en donne aussi un. Au cas où
 111 il n'y ait plus le vide ou quoi que ce soit pour que l'infirmière change à la sortie voilà. Et après,
 112 si c'est bien prescrit, on le donne plus de tant , on le laisse et quand il donne moins de tant, le
 113 retirer par l'infirmière. On les aide surtout à bien positionner leur soutien-gorge, leur brassière,
 114 les zébras. Quand ils arrivent, ils viennent souvent avec une prescription de soutien-gorge
 115 particulier. Et dès qu'elles remontent du bloc, si elles l'ont pas sur elles, on leur met et on essaye
 116 de les adapter. Leur expliquer de toujours commencer par le bras opéré, après l'autre bras. Les
 117 conseiller un petit peu. Oui, voilà.

118 Salomé : **Du coup, est-ce que vous vous souvenez d'un premier pansement qui vous a**
 119 **particulièrement touché ? Est-ce que vous pourriez m'en parler en quelques mots ?**

120 Florence : Chaque patiente est unique, ça nous touche beaucoup plus quand c'est des patients
 121 qui sont très jeunes. Qui ont des mammectomies parce que c'est génétique. Même si le cancer
 122 n'a pas commencé à se développer, leurs mamans en ont eu un et on leur a demandé de prendre
 123 la décision. C'est dur aussi...moins de 30 ans

124 Salomé : En prophylaxie vous voulez dire ?

125 Florence : Ouais c'est c'est pas facile à accepter. Et souvent, on a beaucoup de très jeunes
 126 personnes.

127 Salomé : C'est-à-dire à peu près moins de 30 ans ?

128 Florence : Oui, c'est ce qui nous marque le plus, je pense. Parce qu'on se dit, une personne qui
129 est très âgée, même si c'est encore important, ça n'a pas le même impact sur la vie personnelle
130 pour la suite.

131 Salomé : **Qu'est-ce que ça impacterait selon vous ?**

132 Florence : Une jeune femme c'est sa sexualité, son image corporelle, se mettre en maillot de
133 bain, avoir des tenues sexy, enfin plaire, faire envie tout simplement pouvoir se toucher, enfin
134 voilà quoi. Après, il y a la suite. Une fois qu'on a eu une intervention avec son partenaire, ce
135 n'est pas facile non plus. Ou ses enfants , aborder le sujet avec ses enfants, ses jeunes enfants,
136 quand on a une jeune maman qui a des enfants de tout juste un an et qui dit que c'est injuste ?
137 Oui, ça paraît injuste.

138 Salomé : Et est-ce que du coup le fait qu'elle soit jeune vous faites comme une sorte de contre-
139 transfert, est-ce que ça vous renvoie quelque chose à vous ou c'est juste

140 Florence : Non, moi personnellement ça ne me renvoie à rien, parce que dans ma famille,
141 personne n'a eu ce type de cancer. Ok. Voilà. J'ai des garçons. Je ne pose pas trop la question
142 voilà ok

143 Salomé : **Comment vous définiriez l'accompagnement aux soins infirmiers pour ces**
144 **femmes-là ?**

145 Florence : Alors l'accueil, il y a déjà à les accueillir le mieux possible parce qu'elles n'ont rien
146 demandé. Personne n'a rien demandé. Mais bon, on est des femmes entre nous, donc bon, c'est
147 quelque chose qui nous touche plus, peut-être. Quand même, on se met un peu à leur place.
148 Quel que soit l'âge, et on sent bien que souvent elles sont accompagnées de leur maman ou de
149 leur sœur aussi, souvent. Et que le premier accueil c'est important parce que même si on est
150 dans le speed, on est toujours dans le speed ici, il faut quand même essayer d'arrondir les angles
151 et d'essayer d'avoir un moment d'écoute. Il y a quelque chose aussi qui se passe c'est que souvent
152 le chirurgien avant l'intervention dès que les patientes sont en tenue, monte et avec son feutre,
153 il va faire encore les derniers marquages pour quand c'est de la reconstruction, que les choses
154 soient symétriques, jolies. Souvent je leur dis, l'intervention est longue, vous allez remonter très
155 tard, parce que le chirurgien prend son temps et s'applique. Donc laissez-le s'appliquer, ce n'est

156 pas grave si vous finissez tard, si vous ne voyez pas votre famille ce soir. J'essaye de leur faire
157 comprendre que tout est fait pour que tout se passe bien, pour le mieux pour elles.

158 Salomé : Les rassurer?

159 Florence : Oui voilà.

160 Salomé : **Et dans quelle mesure vous pensez qu'un infirmier peut aider à préparer une**
161 **patiente à faire face à cette transformation ?**

162 Florence : Un homme vous voulez dire, un infirmier ?

163 Salomé : Un infirmier, peu importe, ou une infirmière.

164 Florence : C'est quoi la question ?

165 Salomé : Dans quelle mesure un infirmier peut aider à préparer une patiente à faire face à cette
166 nouvelle image, cette nouvelle transformation physique.

167 Florence : D'abord, se mettre devant le miroir habillé, peut-être ? Déjà ? Puis peut-être toucher,
168 voir. Après, il y a des choses qu'on fait naturellement. On ne se pose pas de questions. Il n'y a
169 pas d'école pour ça. C'est au feeling de chacun.

170 Salomé : C'est spontané ?

171 Florence : Oui, voilà, je pense. Puis avec l'âge aussi, c'est sûr qu'un jeune personnel va être très
172 mal à l'aise.

173 Salomé : Pour quelles raisons vous pensez ?

174 Florence : Pas beaucoup d'expérience, peur des questions qu'on peut leur poser et qu'elles ne
175 sachent pas répondre. Voilà.

176 Salomé : Et on en a un petit peu parlé tout à l'heure, vous m'avez dit qu'il y avait des fois des
177 psychologues qui passaient dans les services. **Est-ce que vous avez d'autres connaissances**
178 **dans votre établissement de ressources possibles pour ces femmes-là ?**

179 Florence : Au niveau de la RAC, réhabilitation précoce, il y a une kiné. Il y a des journées rac
180 où elles viennent le matin et elles rencontrent des infirmières, une kiné, qui leur expliquent
181 comment ça va se passer, il y a ça aussi, qui leur donnaient parfois des brassières adaptées, ou
182 qui leur expliquent déjà en amont les gestes qu'elles pourront faire, tout ça pour les rassurer.

183 Salomé : D'accord. **Et est-ce que vous avez rencontré des difficultés lors des pansements ?**
184 **de post-opératoire de ces mastectomies-là et lesquelles ?**

185 Florence : La douleur, on ne peut pas dire que ce soit très douloureux. La douleur, on leur donne
186 des médicaments systématiques, donc on ne peut pas dire que. Les problèmes, ce serait peut-
187 être un saignement, les hématomes. Alors là, tout de suite, c'est une urgence. Tout de suite
188 quand ils reviennent du bloc, moi, je viens leur dire voir si ça durcit, si ça fait mal, ça veut dire
189 que c'est une alerte. Ou je leur explique aussi le petit drain de redon par rapport au téton, je leur
190 dis, voyez, quand il est tout serré, c'est-à-dire qu'il aspire, parce qu'il faut qu'elle soit aussi
191 actrice. Donc, il faut nous alerter tout de suite parce qu'il faut le changer. Ça ne va plus être
192 aspiratif. Ça ne va plus faire son travail. Je leur explique pourquoi elles ont un drain. Ce n'est
193 pas une punition, ce n'est pas une complication de l'intervention, c'est justement pour ne pas
194 qu'il y ait de complications. C'est important de leur expliquer pourquoi elles ont tout ça.

195 Salomé : **Est-ce que vous, quand vous avez fait ces pansements-là, il y a quelque chose qui**
196 **vous a mis en difficulté, que ce soit dans la réalisation de ce pansement ou le côté**
197 **psychologique ? Est-ce qu'il y a quelque chose ?**

198 Florence : C'est vrai que parfois, les cicatrices elles sont grande, quand même. Alors, quand
199 elles nous disent elle est grande comment, la cicatrice..ce n'est pas simple. Ce n'est pas simple.
200 Déjà, quand les patients rentrent, c'est bien de leur demander si elles ont compris ce qu'on allait
201 leur faire. Je pense souvent qu'on ne peut pas se rendre. Vous rentrez pour quel type
202 d'intervention ? Est-ce que vous le savez ? Déjà là, si elles savent expliquer...C'est qu'elles ont
203 accepté. C'est ça. Elles disent les mots. Elles savent à quoi s'en tenir. Après, si elles ne savent
204 pas trop, ça veut dire que soit il y a déni, parce que les chirurgiens expliquent forcément. Déjà
205 leur demander, ça met sur la voie.

206 Salomé : **Et est-ce que vous avez reçu une formation spécifique ?**

207 Florence : Autodidacte.

- 208 Salomé : Autodidacte ?
- 209 Florence : C'est l'expérience dans le temps. Voilà.
- 210 Salomé : Rien qui pourrait aider ces femmes-là ? Je ne sais pas, moi, que ce soit des
211 connaissances en cancéro, que ce soit de l'hypnose de la RESC?
- 212 Florence : Non, pareil. Rien à part votre expérience.
- 213 Salomé : Est-ce que vous voulez ajouter autre chose ?
- 214 Florence : Non rien.
- 215 Salomé : Merci beaucoup
- 216 Florence : Bah de rien, j'espère que ça vous aura servis

ANNEXE IV : Entretien infirmier n°4 en clinique avec Coline

1 Salomé : Bonjour, **est-ce que vous pouvez en quelques mots vous présenter et me raconter**
2 **votre parcours professionnel?**

3 Coline : Je suis Coline, infirmière depuis.. diplômé depuis juillet 2022. J'ai commencé d'abord
4 en service de premier poste de brûlée et plaies complexes. Également aussi j'ai aussi fait les
5 locomoteurs, tout ce qui est secteur mains, épaules, coudes, tout ce qui est AVP. Quelques fois
6 dépannées aux amputées. Je suis restée pendant un an. Après mon compagnon a été mutée à
7 Lyon, donc je suis partie à Lyon et là j'ai fait de l'intérim un mois. J'ai été dans une clinique
8 dans laquelle je me suis bien plu. Donc ducoup il avait un poste de vacations avec des vacations
9 Hublot, tout ça. Donc j'ai fait plusieurs missions là-bas et après avec la cadre, je m'arrangeais
10 pour faire les missions sur.. puisqu'il y avait deux filles qui étaient à 50% chacune pour un
11 départ à la retraite. Du coup j'étais en service de principalement de chirurgie vasculaire et
12 névrologie et en plus je faisais de l'ambulatoire.

13 Salomé :Ok

14 Coline : Après des fois ça arrivait quand, pareil qu'ici, quand il manquait dans les autres
15 services, j'ai pu faire du coup de l'urologie, plus digestif et de l'ortho

16 Salomé : Ok et là ça fait combien de temps que vous êtes là ici

17 Coline : Je suis arrivée ça va faire un an là fin mai.

18 Salomé :Ok, là il n'y a que de la gynéco ici ou c'est un petit peu tout mélangé ?

19 Coline :Non, là c'est mélangé. Donc là on a la gastro. On a des fois de la médecine type AEG,
20 perte d'appétit, etc. On a de l'ortho, même si on a un service d'ortho en face, de l'uro, de la
21 gynécologie, de la scénologie. Des fois, on a des échecs ambu ou des patients qui sont seuls,
22 donc on appelle ça aussi pareil échecs ambu mais exemple des cataractes, des fois c'est un petit
23 vieux tout seul qui reste une nuit ici et il rentre le lendemain. Et après, principalement ceux qui
24 sont seul

25 Salomé :Ok, ducoup **est-ce que vous prenez en charge des patientes mastectomisées dans**
26 **votre unité ?**

27 Coline :Oui

28 Salomé :Est-ce que vous sauriez me dire un petit peu combien vous en avez par semaine ou par
29 mois ? si vous avez une idée

30 Coline : Par semaine, on en a au moins...Après, ça dépend des chirurgiens, mais c'est sûr que
31 dans la semaine, on peut avoir... Ça dépend s'il y a deux cabinets différents. Donc, ça dépend
32 s'ils travaillent tous les deux. Mais au minimum, on en a au moins trois.

33 Salomé :OK.

34 Coline : Et ça peut aller des fois jusqu'à cinq.

35 Salomé : Ouais.

36 Coline :Mastectomie, quadrantectomie, tout ça.

37 Salomé :Ok, tout mélanger.

38 Salomé : **Et combien de temps elle reste hospitalisée ici ?**

39 Coline : Alors ça dépend de la chirurgie en elle-même. Normalement, c'est une nuit au
40 minimum. Et ça dépend après s'il y a un curage derrière, que si c'est un peu plus profond, on va
41 dire elles restent au moins deux nuits. Et souvent elles sortent après avec le redon, un suivi
42 derrière quand même accru, elles ne sortent pas comme.

43 Salomé :**Est-ce que vous pourriez me dire si vous connaissez le parcours en cancérologie**
44 **d'une femme atteinte d'un cancer du sein ?** Qu'est-ce que vous en savez ?

45 Coline :Ça dépend après comment c'est diagnostiqué. Là maintenant, on fait de plus en plus
46 passer la mammographie à partir d'un certain âge on te sensibilise à la palpation, etc. Donc là,
47 ce parcours-là, on sent la mammographie. Soit la mammographie, il y a quelque chose direct
48 quand on fait le...on va dire de prévention dans ces cas-là du coup derrière après il y a un retour
49 de l'imagerie de la mamo et donc Du coup, on lui dit, je suppose, de prendre contact avec un
50 oncologue, un chirurgien spécialisé pour la scénologie. Et après, elle, elle voit en fonction du
51 type, parce qu'il y a des types de cancer. Selon le cancer, tu vas peut-être mettre en place de

52 l'immuno, de la radio ? D'abord peut-être tu vas faire un curage et après tu feras la chimio ou
53 d'abord tu vas peut-être commencer la chimio et après...

54 Salomé : ou l'inverse ?

55 Coline :Voilà, c'est ça. Et dans le cas où c'est pas préventif, mais c'est plus une sensibilisation,
56 tu vois, une grosseur et tout, du coup, tu fais toi, de toi-même, tu vas faire une imagerie. Après,
57 c'est un autre cas de figure. Je pense que déjà, tu...Tu vois ça, tu te rends peut-être contact avec
58 un chirurgien, un médecin spécialisé. Et après de là, il te dis les examens complémentaires à
59 faire.

60 Salomé :**Et quelles sont les réactions les plus fréquentes lors de la découverte de ce corps**
61 **post-mastectomie ?**Qu'est-ce que vous avez pu percevoir ?

62 Coline :Alors il y a deux cas de patients. il y a des patientes qui sont au clair et qui ont accepté
63 on va dire, en quelque sorte qui va y avoir un changement d'image. Et il y a des patientes où
64 quand elles ont eu la première fois dans un miroir, ou même quand nous, on fait la première
65 refection du pansement après le passage chirurgical, elle nous dit de suite, c'est moche, c'est laid,
66 ça ne ressemble plus à rien. Mais quand c'est.. c'est encore plus dur, je pense déjà, quand c'est
67 des personnes plus jeunes, quand ça touche des plus jeunes, et que c'est une totale. Là, on fait
68 une ablation totale. Là, c'est plus compliqué. Mais après, on a de la chance que nos
69 chirurgiennes Le chirurgien quand même les prépare très bien et elles sont vraiment dans
70 l'écoute, empathiques. Je ne peux pas dire sur ça, vraiment incroyable.

71 Donc déjà ça, je pense que ça ménage...Puis il y a les patientes, elles sont suivies, il y a un
72 réseau, Diane, je crois que ça s'appelle. Elles sont suivies par un psychologue avant.
73 Normalement, elles font un parcours tout ça une peu HDJ.

74 Salomé :**Et du coup est ce qu'à l'inverse vous pourriez me dire dans quel état émotionnel**
75 **se situent les patientes que vous accueillez mais en préopératoire cette fois-ci ?**

76 Coline :Ah, préopératoire ? alors on a toujours pareil deux cas de figure où il y a des personnes
77 qui sont confiantes et qui savent pour elles c'est peut-être la libération de quelque chose, dans
78 le sens où ça y est on va me l'enlever et du coup je pourrais dire adieu au cancer, parce qu'il y
79 en a des fois qui font juste la mastectomie et qui derrière ne vont pas avoir de traitement ou soit

80 des traitements per ros. Alors que quand tu as la chimio après derrière, ce n'est pas la même
81 acceptation.

82 J'ai pu constater et après des fois il y a des patientes qui sont hyper anxieuse, qui vraiment sont
83 paniqué en fait. Elles me posent 40 questions, c'est plein de questions qui viennent, même si
84 elles ont déjà été vues en amont, elles ont déjà été rassurées, elles sont accompagnées mais je
85 pense que c'est la peur vers l'inconnu et puis l'image de soi, enfin une femme normalement, ça
86 te représente ta poitrine. C'est quand même quelque chose de... Puis, surtout, les périodes qui
87 vont arriver avec l'été. Je ne vais pas me mettre trop au soleil, si tu fais une total le temps de
88 remettre des prothèses après derrière est-ce que déjà ça va être possible sur la cicatrisation ou
89 pas. C'est plein de petites questions qu'elle se pose au final.

90 Salomé : **Et du coup, on a un petit peu abordé, mais du coup, est-ce qu'elle vous pose les**
91 **patientes des questions sur la chirurgie, sur les soins en post-opératoire, sur la douleur**
92 **tout ça ?**

93 Coline : Oui souvent elles me posent des questions mais pas tant que ça comme je te disais
94 parce que la chirurgienne elle les prépare tellement et en fait elle voit déjà tout le parcours. Tout
95 ça, elles savent qu'elles vont rentrer à la maison, peut-être avec des redons. Quand c'est préparé,
96 quand c'est programmé, elles savent déjà tout ça. Après, des fois, quand c'est là, ça ne nous
97 arrive pas tout le temps, mais ça nous arrive quand même, quand c'est non programmé, c'est un
98 peu dans l'urgence, là par contre, c'est vrai que c'est beaucoup d'interrogations. Et on le voit.
99 On le ressent des patients, on ressent que ce n'est pas la même... La prise en charge a été
100 beaucoup plus rapide. Il a fallu de suite aller à l'essentiel.

101 Salomé : **Et est-ce que vous pourriez me citer trois émotions exprimées par les patientes**
102 **lors du premier pansement post-mastectomie ?**

103 Coline : Alors, il y a des patients où c'est moche. J'ai plus de sein et des fois c'est quand même
104 l'image de son mari, quand il va me découvrir, bah je n'ai plus rien quoi c'est moche. Surtout
105 encore quand t'as une petite poitrine, bon ça va, mais quand c'est des dames qui ont une poitrine
106 assez imposante, la première fois, c'est compliqué. Et alors, au contraire, c'est ça, c'est joli, la
107 cicatrice est belle. Parce que derrière, elles savent, elles sont préparées au fait que derrière, il

108 peut y avoir une possibilité de prothèse. Donc, je pense que ça aussi ça y joue mal
109 psychologiquement.

110 Salomé :Donc est-ce que vous diriez qu'elles sont plutôt tristes, angoissées, en colère ou plutôt
111 au contraire soulagées ?

112 Coline :Ça dépend des patientes. En colère, non, je n'irai pas. Pour l'instant, jusqu'à présent, je
113 n'ai jamais vécu ce type-là. C'est plus soit de la tristesse ou soit du soulagement.

114 Salomé : Ok.

115 Coline : Je n'ai jamais été confrontée à une patiente qui était en colère. Au contraire, soit elle
116 était très triste de ce qui se passait parce qu'elle ne comprend pas pourquoi elle en est arrivée
117 là. Soit des fois, c'était du soulagement, ça y ai maintenant, des fois elles nous dises « cette
118 foutue de masse, elle est partie, le cancer est parti » ou « c'est le début de quelque chose et je
119 sais que derrière j'ai la chimio mais ça va aller vers le mieux parce que le corps est parti » quoi
120 donc ouais c'est plus ça.

121 Salomé : Ok et **face souvent à cette angoisse ressentie par les patientes et à cette**
122 **confrontation de ce nouveau schéma corporel quelle est, vous, votre attitude face à cela ?**

123 Coline : Alors nous, on va essayer de les rassurer. Exemple, moi, là, dernièrement, j'ai une
124 patiente, une jeune. Donc des fois, c'est difficile aussi de ne pas faire...réfléter un peu. Mais une
125 jeune, elle a la prédisposition de faire une mastectomie bilatérale, mais totale. Même si elle
126 n'avait pas une grosse poitrine, elle est arrivée en pleurs, c'était très très compliqué. Et derrière,
127 moi ducoup pour la rassurer, je lui ai dit, oui, là, certes, vous allez faire une totale. Mais derrière
128 c'est pour mettre à plat tout et peut-être après cicatrisation, un an, un an et demi après, on pourra
129 voir pour des prothèses. Donc derrière, on essaie toujours de trouver une petite solution de
130 positif même si des fois c'est compliqué et qu'elles n'entendent pas forcément. Mais je trouve
131 que chez ces patientes-là là elles ont tellement une force quand même mentale. Des fois, il y a
132 des personnes qui se plaignent pour un mot tête alors qu'elles se raccrochent toujours un peu
133 vers le positif.

134 Donc c'est vrai qu'il faut toujours essayer de rester possible tout en étant quand même..en
135 rapport avec la réalité. Si on sait que derrière, la prothèse, c'est impossible. On ne va pas lui

136 vendre la prothèse alors que...non. Donc il faut faire attention à ça et après, comme je disais,
137 positiver, la rassurer, lui dire qu'elle va être accompagnée par les l'infirmière à la maison, que
138 si jamais il y a le moindre souci sur les papiers de sortie, il y a notre numéro de téléphone pour
139 nous appeler même si c'est une question peut-être bête, il y a le cabinet qui est très disponible
140 aussi. Donc on essaye de faire en sorte qu'elles ne se sentent pas seules en fait.

141 **Salomé : Est-ce que du coup on en a un petit peu parlé mais les femmes sont**
142 **majoritairement dans le refus de regarder cette cicatrice ou bien au contraire ?**

143 Coline : Non, moi je trouve que maintenant honnêtement ça évolue positivement c'est à dire
144 qu'avant c'était un peu tabou si je peux dire ça , maintenant il y a tellement de nouvelles
145 méthodes qui sont faites, les cicatrices elles sont hyper jolie. Moi, j'avais fait mon stage en
146 troisième année en onco-hémato, les cicatrices étaient des cicatrices un peu... Des fois,
147 c'était...c'était compliqué à voir. Alors que là, c'est des cicatrices, souvent ils essayent au
148 maximum de les faire à la colle ou au surjet donc c'est des cicatrices quand même très jolies
149 quoi.

150 **Salomé : Est-ce que vous vous souvenez d'un premier pansement qui vous a**
151 **particulièrement touché ?**vous pourriez m'en dire quelques mots s'il y a quelque chose qui
152 vous vient.

153 Coline : Toucher, non. Je n'irai pas à ça. Parce que je n'ai pas forcément de pansements qui...qui
154 m'ont touchée. Mais c'est plus... c'est vrai que peut-être, comme je disais tout à l'heure, le reflet,
155 quand c'est des personnes jeunes, c'est plus, je dirais pas, je suis mal ou quoi, non, pas du tout.
156 Mais...c'est plus compliqué quand même. Parce que tu te dis, ça peut peut-être m'arriver à moi
157 aussi. Le reflet...est plus facilement fait que quand c'est des patients qui sont un peu plus âgés
158 et a qui ça peu arrivé.

159 **Salomé : Comment vous définiriez l'accompagnement en soins infirmier pour ces femmes-**
160 **là ?**

161 Coline :C'est-à-dire ?

162 **Salomé : De manière générale, pour vous, c'est quoi l'accompagnement ?**Comment vous
163 pourriez le caractériser ?

164 Coline : Le type d'accompagnement qu'on va avoir ?

165 Salomé : Oui

166 Coline :Moi, je dirais vraiment l'empathie, bienveillance et réassurance au maximum.

167 Salomé : **Et selon vous, dans quelle mesure un infirmier peut aider à préparer une patiente**
 168 **à faire face à cette transformation physique ?**

169 Coline : Déjà, peut-être, selon le type, ce qui est derrière envisagé, peut-être déjà...lui
 170 proposer... je sais qu'avant, en HDJ, ils voient le réseau DIANE, ils voient les infirmières déjà,
 171 je crois que c'est une infirmière et psychologue et elle leur montre vous savez les prothèses qui
 172 se mettent dans la brassière. Tout ça déjà, c'est quelque chose de... Ok, l'été, ce n'est pas...voilà.
 173 Mais l'hiver, si on doit sortir, mettre un décolleté, ça évite d'avoir tout à plat. Je pense sur ce
 174 truc là pour les aider.

175 Salomé : **On en a un petit peu parlé, mais est-ce que vous avez connaissance dans votre**
 176 **établissement de ressources possibles pour ces femmes-là ?** Vous m'avez parlé de Diane, du
 177 réseau Diane. Est-ce qu'il y a autre chose qui me vient là à l'esprit ?

178 Coline :Non la qui me viennent à l'esprit..

179 Salomé :Il y a des psychologues, peut-être, qui passent ?

180 Coline : Nous, il y a les psychologues du service qui passent mais souvent, quand elles sont
 181 vues par le réseau DIANE, elles ont leur propre psychologue.

182 Salomé :Ok

183 Coline : C'est-à-dire que le réseau a un psychologue, a une infirmière, je crois. Ils ont autre
 184 chose aussi, je crois, même, je ne sais pas s'ils n'ont pas une esthéticienne. Ils sont
 185 pluridisciplinaires.

186 Salomé : Et ce réseau, il est vraiment spécifique à la clinique ?

187 Coline : Les chirurgiens qui travaillent, qui font les mastectomies tout ce qui est cancéro, tout
 188 ce qui est sénologie, quoi. Elle travaille avec eux, justement, sur le réseau DIANE.

189 Salomé :OK.

190 Coline :Donc, elles sont rattachées pour travailler en équipe quoi.

191 Salomé :**Est-ce que vous avez rencontré des difficultés lors des pansements post-**
192 **opératoires si oui lesquelles ?**

193 Coline : Les difficultés qu'on a eues récemment d'ailleurs une patiente qui a été opérée
194 mastectomie avec curage axillaire à gauche, la patiente en fait elle a voulu se lever, se mobiliser
195 alors qu'on lui avait dit il faut y aller progressivement, elle a forcé sur son bras. Et en fait, ce
196 qui devait arriver .. Bon, manque de pot pour elle, elle était sous anticoagulant avec l'eliquis
197 juste avant.. et en fait, elle a fait un hématome. Et donc, du coup, au début, le pansement, bref,
198 ça avait gonflé.. on a fait un compressif, etc. Et au final, trois jours après, elle a été reprise au
199 bloc pour une évacuation d'hématome. Ça, c'est un peu ce qui nous arrive, ce qui peut arriver,
200 les complications. C'est des complications classiques que je peux dire, faire un hématome ou
201 soit un écoulement de lymphes. C'est des choses qui arrivent.

202 Salomé : Et ça vous met en difficulté par rapport aux soins à proprement parler ou est-ce que
203 c'est le côté psychologique là pour vous qui peut être compliqué ?

204 Coline : En fait le soin a proprement parlé ça reste un pansement, moi j'ai été au brûlé plaie
205 complexe donc forcément ça reste pour moi un pansement assez simple mais c'est plutôt pour
206 la patiente parce que quand tu te retrouves avec un hématome et un placard, une ecchymose qui
207 part de la jusqu'en bas du dos.. quand tu vas à la salle de bain déjà, tu vois ton changement et
208 tu vois ce bleu qui part de là jusqu'en bas. Et puis tu as toujours je pense l'angoisse de te dire,
209 je l'ai fait une fois, je peux le refaire. Surtout quand c'est des patientes qui sont sous
210 anticoagulants. Ils ont l'appréhension de se dire, je vais reprendre mon éliquis. Peut-être que je
211 vais refaire mon hématome, je vais devoir revenir...C'est un contexte un peu anxieux.

212 Salomé :Et vous, ça ne vous a pas, au niveau psychologique, impacté ?

213 Coline : Non, après on essaie quand même, je pense dans ce genre de spécialité, il faut essayer
214 de se détacher.. Déjà qu'on fait pas mal... Plus en plus, on a une population qui est très jeune,
215 qui est touchée. Si en plus c'est en plus à chaque pansement ou chaque truc, il faut prendre sur...
216 Je pense qu'il faut vraiment se détacher. Même si c'était des fois c'est compliqué.

- 217 Salomé : Oui, j'imagine. **Et est-ce que vous avez reçu une formation spécifique, que ce soit**
218 **en cancéro, sur de la chirurgie gynéco en particulier, sur l'hypnose ?**
- 219 Coline :En tout cas, moi, depuis que je suis là, rien du tout.
- 220 Salomé :Ok. Est-ce que vous voulez rajouter autre chose ?
- 221 Coline :Non
- 222 Salomé : Merci beaucoup.
- 223 Coline : Avec plaisir.

ANNEXE V : Guide d'entretien

Pouvez-vous vous présenter et raconter votre parcours professionnel? (Type de service, année d'expérience, autre formation auparavant)

La mastectomie et cancérologie :

- Prenez-vous en charge des patientes mastectomisées dans votre unité ? Si oui combien par semaine ou par mois ?
- Combien de temps sont-elles hospitalisées ?
- Pourriez-vous me dire si vous connaissez le parcours en cancérologie d'une femme atteinte d'un cancer du sein ? (Annonce, les différents traitements, IDE de coordination, PEC psy)
- Quelles sont les réactions les plus fréquentes lors de la découverte de ce corps post mastectomie ? (angoisse ou soulagement)
- Pourriez-vous m'indiquer dans quel état émotionnel se situe les patientes que vous accueillez en pré-opératoire ?
- Les patientes posent-elles des questions sur la chirurgie, les soins post-opératoires et la douleur ? Si oui quelles sont leur nature ?

Pansement et travail de deuil : les émotions ressenties

- **Pouvez-vous me citer 3 émotions exprimées par les patientes lors du premier pansement pour une mastectomie ?**
- Face à l'angoisse ressentie d'une patiente et à cette confrontation avec ce nouveau schéma corporel quelle est votre attitude ?
- Est-ce que ces femmes sont majoritairement dans le refus de regarder la cicatrice ou bien est-ce le contraire ?
- Vous souvenez-vous d'un premier pansement qui vous a particulièrement touché, pourriez-vous m'en parler ?

L'accompagnement dans la modification du schéma corporel :

- **Comment définiriez-vous l'accompagnement en soins infirmier pour ces femmes-là ?**
- **Dans quelle mesure un infirmier peut aider à préparer une patiente à faire face à cette transformation physique ?**
- **Avez-vous connaissance dans votre établissement de ressources possibles pour ces femmes ?**
- Avez-vous rencontré des difficultés lors des pansements post-opératoire ? lesquels ? (niveau émotionnel ?)
- Avez-vous reçu une formation spécifique (cancérologie, chirurgie gynécologique, hypnose, RESC, autres) ?
- Autre chose à ajouter ?

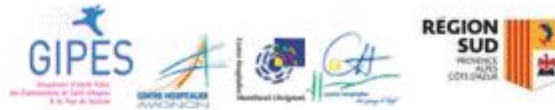
ANNEXE VI : Grille d'analyse

Thématique	Questions	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4
La mastectomie et cancérologie :	Quelles sont les réactions les plus fréquentes lors de la découverte de ce corps post mastectomie ?	« patientes qui refusent catégoriquement de voir la cicatrice dans les premiers jours » « Il y en a certaines au contraire qui veulent voir » « très souvent une sensation de mutilation. »	« J.A. ici, en service ambulatoire, pas trop de réaction, parce qu'il y a le pansement. C'est pas là qu'on enlève le pansement, et c'est pas le plus douloureux, je pense. »	« on leur demande si elles veulent voir ou pas... ou ne serait-ce que toucher »,	« il y a deux cas de patients. Il y a des patientes qui sont au clair et qui ont accepté en va dire, en quelque sorte qui va y avoir un changement d'image. Et il y a des patientes où quand elles ont eu la première fois dans un miroir, ou même quand nous, on fait la première réflexion du pansement après le passage chirurgien, elle nous dit de suite, c'est moche, c'est laid, ça ne ressemble plus à rien. » « c'est encore plus dur... quand ça touche des plus jeunes, et que c'est une totale »
	Pourriez-vous me dire si vous connaissez le parcours en cancérologie d'une femme atteinte d'un cancer du sein ?	« la phase diagnostique » L.21 « mastectomie, pareil, chimio ou radiothérapie en plus. » soit « la chimiothérapie et faire la mastectomie dans un second temps »	« Le parcours c'est la découverte après, il y aura l'intervention et le bilan d'extension. »	« qu'une fois qu'après qu'elles sont prises en charge avec une chimio, des chimios, des rayons, elles ont la possibilité au niveau de l'institut de cancérologie de voir des personnes qui sont vraiment dédiées à ça. Pour les aider »	« la mammographie à partir d'un certain âge on te sensibilise à la palpation » « prendre contact avec un oncologue, un chirurgien spécialisé pour la scénologie. » « Selon le cancer, tu vas peut-être mettre en place de l'immuno, de la radio »
	Prenez-vous en charge des patientes mastectomisées dans votre unité ?	« Oui, [...] quand ce sont des mastectomies simples, c'est-à-dire sans reconstruction » Et « prises en charge en ambulatoire »	« qu'on fait plus de de mastectomie que de mastectomie, même à l'hospitalisation complète. » « mais on doit avoir deux mastectomies par mois à peu près, en ambulatoire. »	« dans le cadre de mon mi-temps je les rencontre un peu moins souvent »	« oui ». Mais au minimum, on en a au moins trois. » « des fois jusqu'à cinq » « Mastectomie, quadrantectomie, tout ça. »
	Combien de temps sort-elles hospitalisées ?	« ambulatoire » et « la mastectomie simple, c'est 48 heures »	Ambulatoire	« une moyenne de 3 jours. »	« c'est une nuit au minimum. » « s'il y a un curage derrière, que si c'est un peu plus profond, on va dire elles restent au moins deux nuits. »
	Pourriez-vous m'indiquer dans quel état émotionnel se situe les patientes que vous accueillez en pré-opératoire ?	« c'est difficile à dire parce que maintenant on reçoit beaucoup de gens à J0 » « On leur demande si elles sont stressées par l'intervention. » « traitement si nécessaire » « les admissions la veille se font de plus en plus rares »	« On ne les voit pas longtemps avant. C'est derniers temps, je trouve qu'elles n'expriment pas beaucoup d'émotion »	« C'est mieux quand elles viennent pour une reconstruction », « elles sont angossées, elles sont démunies. Parfois, elles ne veulent pas en parler, elles ne disent pas le mot, tout simplement. »	« on a toujours pareil deux cas de figure où il y a des personnes qui sont confiantes et qui savent pour elles c'est peut-être la libération de quelque chose » « des fois il y a des patientes qui sont hyper anxieuses, qui vraiment sont paniquées en fait. » « Elles me posent 40 questions » « que c'est la peur vers l'inconnu et puis l'image de soi, enfin une femme normalement, ça te représente la poitrine. »
	Les patientes posent-elles des questions sur la chirurgie, les soins postopératoire et la douleur ? Si oui quelles sont leur nature ?	« questions [...] j'elles les ont beaucoup posées aux chirurgiens au moment de la consultation » « les questions viennent plus après la chirurgie » « une fois, qu'il y a les soins, des fois les drains » « en colère ou triste ou en sensation d'injustice par rapport à ça »	« oui des questions de savoir si ça va être douloureux mais elles ont avant l'intervention, une consultation avec l'infirmière de la consultation qui leur fait une présentation de l'intervention »	« elles n'ont pas besoin parce qu'elles sont très bien encadrées par les chirurgiennes qui leur expliquent tout »	« Oui souvent elles me posent des questions mais pas tant que ça comme je te disais parce que la chirurgienne elle les prépare tellement et en fait elle voit déjà tout le parcours. » « quand c'est non programmé, c'est un peu dans l'urgence, là par contre, c'est vrai que c'est beaucoup d'interrogations »

Thématique	Questions	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4
Pansement et travail de deuil : les émotions ressenties	Pouvez-vous me citer 3 émotions exprimées par les patientes lors du premier pansement pour une mastectomie ?	« peur » « la déception de voir la cicatrice » « choquées parce qu'entre l'imaginaire et le réel, il y a quand même... un fossé »	« le choc, y a de la tristesse. Un peu de colère aussi. »	« Elles ne veulent pas regarder. Elles tendent la tête ou alors il y en a qui se touchent. » « De la colère, j'en ressens pas. Non, elles sont prêtes pour moi à se battre »	« c'est moche. J'ai plus de sein et des fois c'est quand même l'image de son mari, quand il va me découvrir » « Et alors, au contraire, c'est ça, c'est joli, la cicatrice est belle », « C'est plus soit de la tristesse ou soit du soulagement »
	Face à l'angoisse ressentie d'une patiente face à cette confrontation avec ce nouveau schéma corporel quelle est votre attitude ?	« il n'y a rien qui nous l'enseigne réellement, c'est du spontané » « On essaye de s'adapter le plus possible à la patiente » « prendre plus de temps pendant le pansement » « les aider à mettre soit un soutien-gorge avec une prothèse en mousse, provisoire, pour essayer d'atténuer un peu le visuel » « leur proposer la psychologue » « rassurer, reconforter »	« je leur pose la question si elles vont faire une reconstruction. » « Et donc c'est quand même un espoir de la reconstruction c'est un espoir derrière. »	« on essaye de créer un dialogue quand même pour qu'ils expriment leurs émotions et parfois on leur propose, on a une psychologue », « on les invite à bouger rapidement, à se lever, à bouger les bras, à ne pas avoir peur »	« on va essayer de les rassurer », « c'est difficile aussi de ne pas... se refléter un peu » « on essaie toujours de trouver une petite solution de positif même si des fois c'est compliqué et qu'elles n'entendent pas forcément » « elles ont tellement une force quand même mentale. » « toujours essayer de rester positif tout en étant quand même..en rapport avec la réalité. »
	Est ce que ces femmes sont majoritairement dans le refus de regarder la cicatrice ou bien est ce le contraire ?	« je dirais qu'il y en a plus qui veulent voir plutôt [...] que celle qui veulent pas voir »	« la mastectomie, nous, elle elles ne les regardent pas puisqu'elles ont le pansement compressif. », « sur une tumorectomie, elles regardent »	« C'est moitié moitié »	« qu'avant c'était un peu tabou si je peux dire ça, maintenant il y a tellement de nouvelles méthodes qui sont faites, les cicatrices elles sont hyper jolie. »
	Vous souvenez vous d'un premier pansement qui vous a particulièrement touché, pourriez vous m'en parler ?	« celle qui m'ont le plus marquée, c'est sur des patientes très jeunes » « il y a leur histoire de vie, ce qui se passe à côté. » « moi j'ai été touchée, mais elle était très forte. »	« Oui, parce que je pense que quand on est soignant, on est un peu maladroit aussi et que l'infirmière quand elle l'a défilé, elle a dit que c'était beau »	« Chaque patiente est unique, ça nous touche beaucoup plus quand c'est des patients qui sont très jeunes. » « moins de 30 ans » « Parce qu'on se dit, une personne qui est très âgée, même si c'est encore important, ça n'a pas le même impact sur la vie personnelle pour la suite. »	« je n'ai pas forcément de pansements qui...qui m'ont touchée » « comme je disais tout à l'heure, le reflet, quand c'est des personnes jeunes » « Parce que tu te dis, ça peut peut-être m'arriver à moi aussi »

Thématique	Questions	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4
L'accompagnement dans la modification du schéma corporel	Comment définiriez-vous l'accompagnement en soins infirmier pour ces femmes là ?	« important c'est de prendre du temps, essayer de s'adapter le plus possible à leurs besoins » « différer les soins » « rassurer par rapport à la douleur »	« des infirmières de la consulte qui sont formées dans une démarche d'accompagnement », « Elles présentent les probabilités post-op »	« les accueillir le mieux possible », « on est des femmes entre nous, donc bon, c'est quelque chose qui nous touche plus, peut-être. » « on se met un peu à leur place. » « premier accueil c'est important parce que même si on est dans le speed », « il faut quand même essayer d'arrondir les angles et d'essayer d'avoir un moment d'écoute. », « J'essaye de leur faire comprendre que tout est fait pour que tout se passe bien, pour le mieux pour elles »	« l'empathie, bienveillance et réassurance au maximum »
	Dans quelle mesure un infirmier peut aider à préparer une patiente à faire face à cette transformation physique ?	« J'ai vraiment pas de remède miracle » « leur donner l'exemple d'autres patientes qui sont passées avant elle » « l'association de l'ERI » « pouvoir partager avec d'autres femmes qui sont dans la même situation »	« en lui donnant toutes les informations »,	« D'abord, se mettre devant le miroir habillé, peut-être ? Déjà ? Puis peut-être toucher, voir. Après, il y a des choses qu'on fait naturellement. », « C'est au feeling de chacun »	« lui proposer... je sais qu'avant, en HDJ, ils voient le réseau DIANE »
	Avez-vous connaissance dans votre établissement de ressources possibles pour ces femmes ?	« L'ERI, c'est tous les cancers, et vivre comme avant, c'est que le cancer du sein. » « la psychologue » « c'est plus les services d'onco »	« Oui, il y a l'ERI. »	« de la RAC, réhabilitation précoce, il y a une kiné », « leur donnaient parfois des brassières adaptées, ou qui leur expliquent déjà en amont les gestes qu'elles pourront faire, tout ça pour les rassurer »	« DIANE », « Il y a des psychologues »
	Avez-vous rencontré des difficultés lors des pansements post-opératoire ? lesquels ?	« qu'avec le temps, on apprend à mieux gérer le soin » « être plus rassurant »	« De le voir et puis le contact que je vous ai dit » « c'est le choc »	« Les problèmes, ce serait peut-être un saignement, les hématomes », « C'est vrai que parfois, les cicatrices elles sont grande, quand même », « ce n'est pas simple »	« C'est des complications classiques que je peux dire, faire un hématome ou soit un écoulement de lymphes. » « proprement parlé ça reste un pansement, moi j'ai été au brûlé plaie complexe donc forcément ça reste pour moi un pansement assez simple » « il faut essayer de se détacher. »
	Avez-vous reçu une formation spécifique (cancérologie, chirurgie gynécologique, hypnose, RFSC, autres) ?	« pour vous dire à quel point c'est quelque chose qui m'avait manquée, c'est que mon mémoire à l'époque porté sur le même thème » « on n'avait pas eu assez d'informations »	« Alors moi j'avais fait la même formation que les infirmières de la consulte »	« Autodidacte. »	« rien du tout »
	Autre ?	/	/	/	/

ANNEXE VII : Autorisation de diffusion



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Salomé Beras

Promotion : 2023-2026

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) La mastectomie: Au-delà de l'amputation du sein

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 21 mai 2026 Signature :

La mastectomie : au-delà de l'amputation du sein

Résumé : Chaque année en France, des milliers de femmes subissent une mastectomie pour traiter un cancer du sein. Si cet acte chirurgical est essentiel à leur survie, il engendre néanmoins une altération de l'image de soi et du schéma corporel. Ce travail de fin d'études explore une étape du parcours de soin qu'impose cette chirurgie : celle de la première réfection du pansement post-opératoire. Ainsi ma question de départ est la suivante : « Comment l'infirmière en service de chirurgie peut-elle accompagner les femmes mastectomisées lors du premier pansement, afin de limiter l'angoisse liée à la perte du sein et aux changements de l'image corporelle ? » Dans un premier temps, mes lectures m'ont conduites à construire mon cadre théorique autour de la symbolique du sein, les impacts physiques et psychologiques de la mastectomie, l'angoisse et le travail de deuil, ainsi que l'accompagnement. Pour confronter ces concepts avec la réalité des services de chirurgie gynécologique, je me suis concentré sur une méthode clinique et qualitative avec des entretiens infirmiers semi-directifs. Ainsi, j'ai pu comprendre que le premier pansement post mastectomie, est bien plus qu'un simple soin autant pour la patiente que pour le soignant. Par conséquent ce travail de fin d'étude m'a permis de développer ma réflexion sur la capacité de l'infirmier en service de chirurgie à concilier les exigences des soins techniques et organisationnels avec l'accompagnement relationnel nécessaire pour soutenir le patient confronté à la découverte et à l'acceptation de son nouveau schéma corporel après une intervention mutilante.

Mots clefs : Mastectomie, Symbole, Image de soi, Accompagnement, Angoisse, Infirmier, Premier pansement

Mastectomy : beyond breast amputation

Abstract : Each year in France, thousands of women undergo a mastectomy as part of their breast cancer treatment. While this surgical intervention is vital for survival, it nonetheless results in an alteration of self-image and body schema. This end of course assignment explores a specific stage of the care pathway necessitated by this surgery: the first postoperative dressing change. Consequently, my initial research question is as follows: "How can the surgical nurse support women who have undergone a mastectomy during the first dressing change, in order to alleviate the anxiety associated with the loss of the breast and changes in body image?"

To begin, my research led me to develop a theoretical framework centered on the symbolism of the breast, the physical and psychological impacts of mastectomy, anxiety and the grieving process, and the nature of nursing support. In order to compare these concepts with the clinical reality of gynecological surgery departments, I focused on a clinical and qualitative method, utilizing semi-structured nursing interviews. This work addresses the issues of patient accompaniment during a critical moment of physical and psychological vulnerability. Thus, I have come to understand that the first post-mastectomy dressing change is far more than a simple clinical procedure, for both the patient and the caregiver. Consequently, this final thesis has allowed me to broaden my reflection on the surgical nurse's ability to balance technical and organizational care demands with the supportive relationship required to sustain a patient confronting the discovery and acceptance of their altered body image following a mutilating surgery.

Keywords : Mastectomy, Symbol, Self-image, Care management, Anxiety, Nurse, First dressing