

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation

Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N°1614

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'Etat en Masso-Kinésithérapie

par

HERMILLON Cindy

**Influence de la masso-kinésithérapie dans la
réappropriation de l'image de soi des patientes ayant subi
une mastectomie**

Influence of physiotherapy in the reappropriation of the self-
image in patients who have undergone a mastectomy

Directeur de mémoire

VANDEVELDE-ROUGALE Agnès

Année universitaire 2019-2020

Session 1

Membre du jury

BESANCON Ilona

BRUN Anne

VANDEVELDE-ROUGALE Agnès

CHARTRE ANTI-PLAGIAT DE LA DRDJSCS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue, que les directives suivantes sont formulées.

Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.

La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret2).

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »¹.

La contrefaçon (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

Article 1 :

Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 2 :

Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation² et du Code de la propriété intellectuelle³, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

Article 3 :

Tout candidat s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

*Je soussigné(e) **HERMILLON Cindy***

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes et de m'y être conformé(e)

*Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant : **Diplôme d'État en Masso-kinésithérapie***

Fait à Lyon, le 30 avril 2020

Signature :

Hermillon



¹ Site Université de Nantes : <http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp>

² Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »

³ Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle



Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N°1614

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'Etat en Masso-Kinésithérapie

par

HERMILLON Cindy

**Influence de la masso-kinésithérapie dans la
réappropriation de l'image de soi des patientes ayant subi
une mastectomie**

Influence of physiotherapy in the reappropriation of the self-
image in patients who have undergone a mastectomy

Directeur de mémoire

VANDEVELDE-ROUGALE Agnès

Année universitaire 2019-2020

Session 1

Membre du jury

BESANCON Ilona

BRUN Anne

VANDEVELDE-ROUGALE Agnès



Université Claude Bernard Lyon 1



Président
FLEURY Frédéric

Vice-président CA
REVEL Didier

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur
RODE Gilles

U.F.R d'Odontologie
Directeur
BOURGEOIS Denis

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux
Directrice
BURILLON Carole

Institut des Sciences
Pharmaceutiques et Biologiques
Directrice
VINCIGUERRA Christine

Département de Formation et
Centre de Recherche en Biologie
Humaine
Directrice
SCHOTT Anne-Marie

Institut des Sciences et
Techniques de Réadaptation
Directeur
PERROT Xavier

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (CEM)
COCHAT Pierre



**Institut Sciences et Techniques de Réadaptation
Département MASSO-KINESITHERAPIE**

Directeur ISTR
PERROT Xavier

Equipe de direction du département de masso-kinésithérapie :

Directeur de la formation
GREGOIRE Franck

Responsables des travaux de recherche
BOUDRAHEM Samir

Référents d'années
TOCINO-RUIZ Ulises
BESANCON Ilona
DALLEVET Dominique
BOUDRAHEM Samir

Référents stages cycle 1
KERN-PAQUIER Annie

Référents stages cycle 2
SANSONI-SIMONET Geneviève

Secrétariat de direction et de scolarité
MOIRON Audrey

« *La vie persiste au sein même de la destruction* »
GANDHI.

REMERCIEMENTS

À ma directrice de mémoire Madame Agnès VANDEVELDE-ROUGALE : je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance pour votre accompagnement dans l'élaboration de cette recherche. Merci pour votre soutien, votre disponibilité et vos précieux conseils.

À mon référent pédagogique Monsieur Samir BOUDRAHEM : je souhaite vous remercier pour votre soutien et le temps que vous m'avez consacré. Votre expérience et vos connaissances m'ont permis entre autres de concrétiser les démarches en lien avec le cadre réglementaire.

Aux membres de mon jury, Mesdames Ilona BESANCON, Anne BRUN et Agnès VANDEVELDE-ROUGALE : je vous témoigne toute ma gratitude pour le temps consacré à la lecture de mon manuscrit et pour avoir accepté de participer à ma soutenance.

À toute l'équipe pédagogique de l'IFMK de Lyon : je vous adresse mes profonds remerciements pour m'avoir permis d'acquérir, tout au long de mes études, les compétences nécessaires à la pratique professionnelle de masso-kinésithérapie.

Au cabinet de masso-kinésithérapie qui m'a permis d'interviewer des patientes : j'adresse mes sincères remerciements pour la confiance, l'aide et le temps consacré à mon projet.

Aux patientes interviewées : je vous exprime toute ma gratitude pour m'avoir accordé un entretien. Ce travail de sciences humaines et sociales n'aurait pas été réalisable sans votre participation active, merci pour votre temps et votre sincérité.

LISTES DES ACRONYMES

ARS : Agence Régionale de Santé

BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique

CPP : Comité de Protection des Personnes

IMRAD : Introduction, Méthodes, Résultats, Analyse et Discussion

MK : Masso-kinésithérapeute

PAC[®] : Port-à-cath[®]

SHS : Sciences Humaines et Sociales

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	1
I. QUESTION DE DEPART	3
II. EXPLORATION	6
1. Exploration documentaire	6
1.1. Précisions de la méthode	6
1.2. Représentation du sein	7
1.2.1. <i>Etymologie</i>	7
1.2.2. <i>Réflexion autour du sein</i>	8
1.3. Cancer du sein	9
1.3.1. <i>Etymologie et symbolique</i>	9
1.3.2. <i>Anatomopathologie</i>	10
1.3.3. <i>Problématique de santé publique</i>	11
1.3.4. <i>Traitements</i>	13
1.4. Image corporelle	16
1.4.1. <i>Etymologie</i>	16
1.4.2. <i>Cancérologie et image corporelle</i>	17
1.4.3. <i>Sexualité</i>	18
1.5. Traitement de masso-kinésithérapie post-mastectomie	19
2. Première approche du terrain	22
III. PROBLEMATISATION ET DEMARCHE DE RECHERCHE	24
1. Question de recherche	24
2. Construction du modèle d'analyse	24
3. Investigation : méthode de l'enquête	25
3.1. Recherche qualitative	25
3.2. Entretien semi-directif	25
3.3. Population	27
3.4. Mode d'accès indirect	27
3.5. Conditions des entretiens	28
3.6. Enregistrement audio	28
3.7. Guide d'entretien	29
3.8. Déroulement des entretiens	30
3.9. Anonymat des enquêtés	30
3.10. Cadre légal	30

IV. ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	32
1. Présentation des interviewées	32
2. Méthode de l'analyse.....	33
3. Analyse thématique : présentation et interprétation des résultats	35
3.1. Accompagnement biopsychosocial	35
3.1.1. <i>Contexte subjectif</i>	<i>35</i>
3.1.2. <i>Stratégies des patientes</i>	<i>37</i>
3.1.3. <i>Conseils et recommandations du masso-kinésithérapeute.....</i>	<i>38</i>
3.2. Prise de conscience des modifications corporelles	39
3.2.1. <i>Rapport au corps</i>	<i>39</i>
3.2.2. <i>Evolution des perceptions.....</i>	<i>40</i>
3.3. Revalorisation narcissique	42
3.3.1. <i>Réappropriation du corps.....</i>	<i>42</i>
3.3.2. <i>Image de soi</i>	<i>42</i>
3.3.3. <i>Patient-acteur.....</i>	<i>44</i>
4. Appréciation de l'étude	46
4.1. Synthèse des apports et discussion des hypothèses	46
4.2. Intérêts de l'étude.....	49
4.3. Limites de l'étude	51
V. CONCLUSION	53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES
ANNEXES.....

RESUME

Exploration. Le cancer du sein est un problème de santé publique régulièrement évoqué dans la littérature. De nombreux ouvrages évoquent le lien entre celui-ci et l'atteinte de l'image corporelle des patientes. L'objectif de ce mémoire est de déterminer comment le traitement de masso-kinésithérapie influence l'image corporelle et l'estime de soi des patientes confrontées à une mastectomie. *Méthode.* Pour ce faire, une approche qualitative au moyen d'entretiens semi-directifs en face-à-face auprès de quatre patientes a été effectuée ; le contenu des entretiens a fait l'objet d'une analyse thématique. *Résultats.* Les soins physiques (mécaniques et antalgiques) menés par le masso-kinésithérapeute, associés à une écoute régulière mais aussi à une sollicitation des patientes en tant qu'actrices de leur traitement, favorisent l'acceptation de leur corps et la réappropriation d'une mobilité psychique et corporelle. *Conclusion.* Des recherches ultérieures pourraient développer la place du masso-kinésithérapeute auprès et en lien avec les différents professionnels de santé intervenant autour de l'image corporelle dans le contexte de la mastectomie.

Mots-clés

Cancer du sein, estime de soi, image de soi, kinésithérapie, masso-kinésithérapie, mastectomie, mammectomie, rapport au corps.

ABSTRACT

Exploration. Breast cancer is a public health issue that is frequently discussed within a broad spectrum of literature. Numerous books examine the link between the latter and the patients' body image. The objective of this dissertation is to determine how the physiotherapy treatment can influence the body image and self-esteem in women patients facing a mastectomy. *Method.* A qualitative approach was implemented, based on semi-structured face-to-face interviews with four patients; the content of the interviews was subject to a thematic analysis. *Results.* The physical care (mechanical and analgesic) carried out by the physiotherapist, associated with a regular listening but also with a solicitation of the patients as actresses of their treatment, stimulates the acceptance of their body and the reappropriation of a psychic and physical mobility. *Conclusion.* Further research could develop the place of the physiotherapist along and in connection with the various health professionals intervening around the body image in the context of the mastectomy.

Keywords

Breast cancer, self-esteem, self-image, physiotherapy, masso-physiotherapy, mastectomy, mastectomy, relationship to the body.

INTRODUCTION GENERALE

Dans le cadre des études préparant au diplôme de masseur-kinésithérapeute, un mémoire de recherche est réalisé. Le thème de ma recherche se rapporte à l'oncologie « *Étude des tumeurs cancéreuses* » selon le dictionnaire *Le petit robert* (Rey-Debove & Rey, 2002) et plus précisément au cancer du sein. Dans ce mémoire, j'interroge l'influence de la masso-kinésithérapie sur l'image de soi des patientes ayant subi une mastectomie. Pour ce faire, l'approche qualitative est utilisée au moyen d'entretiens semi-directifs en face-à-face avec des patientes. Les entretiens sont conjugués à des apports issus de la littérature dans l'objectif de répondre à une problématique posée. Ce projet de recherche en sciences humaines et sociales (SHS) est l'opportunité d'approfondir la compréhension de l'expérience de ces patientes dans le cadre de la masso-kinésithérapie.

Ce mémoire se compose de plusieurs parties et sous-parties, organisées selon le processus de la démarche de recherche accomplie en sciences humaines et sociales. Toutefois, les éléments attendus dans le format IMRAD sont présents.

La première partie de ce mémoire débute par la « question de départ ». Mes motivations, mes connaissances préalables ainsi que mon expérience du sujet sont décrites. C'est également le démarrage des premiers questionnements concernant le thème de la recherche.

La deuxième partie, « étape exploratoire » est scindée en deux chapitres : exploration documentaire et approche initiale du terrain. Le premier chapitre débute par des précisions concernant la méthode utilisée pour l'exploration documentaire pour ensuite présenter quatre notions clés : le sein, le cancer du sein, l'image corporelle et le traitement de masso-kinésithérapie post-mastectomie. Le second présente l'approche du terrain au moyen d'un entretien préliminaire. Ces deux chapitres sont liés, articulés l'un avec l'autre. Selon le *Manuel de recherche en sciences sociales* (Van Campenhoudt et al., 2017), ce premier acte de la démarche de recherche s'appelle « *la rupture* », il permet de « *prendre du recul avec les idées préconçues* » (ibid.).

La troisième partie, charnière de ce mémoire intitulée « problématisation et démarche de recherche », consiste en la présentation de « *la construction* » (ibid.) de la problématique sur la base du travail exploratoire. Elle est composée de trois sous-parties : la question de recherche, la construction du modèle d'analyse et la méthode

de l'enquête d'investigation. Dans cette étape essentielle, la problématique est rédigée ainsi que la formulation des hypothèses. A la suite, les éléments de la méthode nécessaires à la réalisation de l'investigation de cette recherche qualitative sont énoncés. La problématique explorée dans ce mémoire est : **comment le traitement de masso-kinésithérapie influence-t-il l'image corporelle et l'estime de soi des patientes confrontées à une mastectomie liée à un cancer du sein ?**

La quatrième partie, « analyse, interprétation et discussion des résultats », est développée en quatre chapitres. Tout d'abord, la présentation des interviewées est exposée par le biais d'un tableau récapitulatif. Ensuite, la méthode de l'analyse thématique et ses résultats sont rédigés. Pour finir le chapitre « appréciation de l'étude », propose une synthèse d'analyse ainsi que les intérêts et les limites de cette étude par rapport à ma pratique professionnelle, pour la profession de masso-kinésithérapie et en lien avec le dispositif de recherche.

En conclusion, ce mémoire amène à une réflexion et une ouverture sur le phénomène étudié.

I. QUESTION DE DEPART

Lors de mon cursus antérieur, en licence de manipulatrice en électroradiologie médicale, j'ai eu l'opportunité d'effectuer un grand nombre d'étapes du parcours de soin des patientes ayant subi un cancer du sein. En stage de médecine nucléaire, j'ai pu observer la technique du ganglion sentinelle sous scintigraphie. Vers la fin de mes études, j'ai pu effectuer des mammographies et assister à des échographies ainsi que des biopsies du sein. L'approche multidimensionnelle de cette prise en charge m'a interpellée tout au long de mes études. Par la suite, ayant travaillé dans un centre de lutte contre le cancer en radiothérapie, j'ai accompagné des femmes de tout âge, jeune maman, active, retraitée, se dirigeant au « bunker » (lieu où se situe l'appareil de radiothérapie, plus précisément c'est une salle blindée pour protéger les intervenants de la radiation générée par les appareils) pour des séances de traitement. C'est dans ce contexte, que je découvre la mastectomie ou mammectomie, « *opération chirurgicale qui consiste à enlever le sein dans sa totalité pour traiter le cancer dont il est atteint* » (Institut national du cancer, 2019a) ce qui m'a permis de développer des connaissances théoriques et pratiques sur le cancer du sein.

Par la suite, lors de mon cursus de masso-kinésithérapie, j'ai accompagné des patientes atteintes de cette pathologie. J'observe alors les divers traitements de masso-kinésithérapie mis en place. C'est lors d'un stage réalisé en libéral qu'une patiente m'interpelle en m'expliquant son parcours de soin, insistant sur le lien étroit avec sa kinésithérapeute, l'approche du soin et du toucher de celle-ci par rapport à sa mastectomie. J'ai pu constater, de mes expériences sur le terrain, pour la plus grande majorité des patientes, une remarquable persévérance, implication et volonté face à la maladie.

Par ailleurs, certains livres m'ont amenée à me questionner sur différents aspects de la vie de la femme tels que *Le livre de ma mère* (Cohen, 1954) qui illustre la place de la mère, *La Guerre des tétons* (Sohn, 2015) relatant le cancer du sein vécu par une patiente avec humour, et *La mort intime* (Hennezel, 1995) sur la notion essentielle de la mort. Son questionnement sur la compassion - « *N'est-ce pas cela la compassion ? Se mettre à la place de l'autre - tout en sachant qu'on n'y est pas – n'est pas s'identifier à l'autre, c'est prendre le recul nécessaire pour évaluer les choses : si nous étions à cette place-là comment aimerions nous être aidés ?* » (Hennezel, 1995, p.155) reflète

mon envie de me questionner et de rechercher le point de vue des patientes ayant subi une mastectomie vis-à-vis de l'approche de la masso-kinésithérapie.

Dans l'éditorial « Les modifications de l'image corporelle en fin de vie et ses retentissements », Pierre Reboul écrit : « *Plus largement, au-delà de cette prise en charge soignante proprement dite, la psychologie, la sophrologie, la kinésithérapie, la relaxation peuvent se conjuguer pour aider la personne à faire face aux retentissements de ses modifications physiques* » (Reboul, 2014, p.9). Le masso-kinésithérapeute a-t-il un rôle primordial bien au-delà du soin physique à proprement parler ?

Les patientes, au cœur de cette modification corporelle, qu'évoquent-elles tout au long de leur parcours contre la maladie ? Quel est leur ressenti vis-à-vis de l'évolution de leur corps ? De quelle manière et quand expriment-elles leurs émotions ? Et si cela est nécessaire, quelle stratégie mettent-elles en place ? Que conseilleraient-elles à une consœur atteinte du même « mal » ?

Dans l'article « Après le cancer : reconnaître la détresse émotionnelle et l'anxiété pour avancer », Maryse Hecquet (2018), psychologue, livre des témoignages de patients atteints de cancer évoquant le stress, l'anxiété et l'angoisse post-cancer. L'exemple d'une patiente atteinte du cancer du sein après mastectomie semble révéler de multiples questionnements :

« L'image du corps est altérée, mais Madame F se préoccupe beaucoup de l'image qu'elle renvoie à ses interlocuteurs, elle utilise une prothèse mammaire, est restée coquette et féminine. Il faudra plusieurs mois pour pouvoir évoquer directement sa cicatrice, son sein absent et ce qu'elle éprouve. [...] Avec beaucoup de pudeur, elle parvient à dire qu'elle rejette cette partie mutilée de son corps, qu'elle ne reconnaît pas, tirant ou triturant la cicatrice par moments. Ce qui est très positif à ce moment-là de l'accompagnement de Madame F, c'est d'avoir pu verbaliser ses émotions, ce qu'elle pense, ce qu'elle fait. Elle fait partie d'une majorité des patientes qui, ayant supporté une mastectomie, développent dans l'après-cancer des stratégies d'évitement de la partie de la poitrine qui a été opérée. [...] » (Hecquet, 2018, p.62-66).

À propos d'une autre patiente subissant la même pathologie, Maryse Hecquet écrit :

« Nous avons identifié, avec la patiente, des stratégies d'évitement posant problème : éviter tous les miroirs, éviter totalement de toucher sa cicatrice, de faire des soins elle-même (massage, hydratation), de retirer la brassière médicale hors rendez-vous médical : un refus total de son corps dans les phases intermédiaires que sont la mastectomie et la chirurgie de reconstruction » (Hecquet, 2018, p.62-66).

Ces exemples de femmes ayant une zone corporelle externe modifiée par le cancer m'amènent aujourd'hui à interroger l'image corporelle dans le cancer du sein et le rôle que peut jouer la kinésithérapie à cet égard.

II. EXPLORATION

Mes motivations dans le choix du thème rédigées, j'aborde, dans ce second chapitre, l'étape exploratoire effectuée. Cette étape se décompose en deux parties : exploration de la littérature préexistante sur le sujet de recherche en parallèle d'un entretien exploratoire réalisé auprès d'une masso-kinésithérapeute. L'objectif de cette nouvelle étape est d'avoir une idée des travaux existants déjà sur la question et de préciser le cadre théorique. Mais également de confronter la question de départ à la littérature dans le but de vérifier si celle-ci est toujours adaptée au sens de l'étude.

1. Exploration documentaire

L'intérêt du cadre théorique permet de dépasser les interprétations établies, afin de redéfinir les notions déjà connues par l'investigateur (Van Campenhoudt et al., 2017). Il semble donc pertinent d'aborder, en premier lieu, les différentes notions clés de cette recherche.

1.1. Précisions de la méthode

Concernant mes lectures, deux mots-clés essentiels sont utilisés pour l'exploration documentaire : « kinésithérapie » (*physiotherapists*) et « cancer du sein » (*breast neoplasms*). Certains synonymes tels que « oncologie » (*oncology*) ; « région mammaire » (*breast*) ; « mastectomie » (*mastectomy*) amènent à une arborescence du plus général au plus spécifique. Cependant, d'autres mots-clés sont utiles tels que « l'image corporelle » (*body image*) ; « effets secondaires » (*adverse effects, side effects*) ; « qualité de vie » (*quality of life*) et « rééducation » (*rehabilitation, physical therapy*).

En matière de recherche d'article, les bases de données utilisées sont « Google scholar », « Cairn.info » et « PubMed » avec l'option « ADVANCED » permettant une recherche plus avancée et la sélection des « MeSH Terms » en utilisant HeTOP pour obtenir une traduction anglaise spécifique des mots. En ce qui concerne les « MeSH Terms », est utilisé « breast neoplasms » avec l'opérateur booléen « AND » et le mot « physiotherapists ». L'utilisation d'une troncature permet d'étendre la recherche. Une veille informationnelle pour rester avertie des publications sur ce sujet est mise en place. De plus, l'utilisation de la base de données « Cairn.info » permet une recherche ciblée de sciences humaines et sociales en langue française, mais également « EM premium », et le catalogue du système universitaire de documentation, qui permet

d'accéder au texte intégral des articles. Enfin, la base de données « Kinedoc » permet d'accéder à des ressources francophones spécialisées en masso-kinésithérapie.

Dans ce chapitre, les quatre grandes notions clés retenues (« représentations du sein », « cancer du sein », « image corporelle », « traitement de masso-kinésithérapie post-mastectomie ») sont décrites sous diverses approches réfléchies et travaillées. En particulier, les étymologies sont détaillées, dans le but de redéfinir des bases solides pour la suite de la compréhension de cette recherche, mais aussi, dans l'objectif d'investir d'autres concepts et d'autres réflexions qui, sans cela, n'auraient pas été exploités.

La partie documentaire commence par une approche du corps sain, autour des représentations du sein, pour comprendre ensuite le chamboulement du corps pathologique, un corps meurtri par le cancer. Elle se poursuit avec une présentation du cancer du sein. Celui-ci est un problème de santé publique : le quantifier, exprimer sa grandeur et son impact sur la société permet de rappeler et d'introduire l'importance des travaux de recherche à son égard. En lien avec cette difficulté collective, les traitements mis en place pour ces femmes confrontées au cancer du sein sont abordés sous différents angles chirurgicaux, médicaux ainsi que la radiothérapie.

Par la suite, la notion « d'image corporelle » est approchée sous différents points de vue en lien avec la cancérologie. Ces différentes approches permettent d'introduire le rapport entre l'image corporelle et la mastectomie.

Suite à la présentation de ces notions clés, une section est consacrée au traitement effectué par le masso-kinésithérapeute post-mastectomie en suivant les différentes étapes du parcours de soin des patientes.

1.2. Représentation du sein

1.2.1. *Etymologie*

Le mot « sein », dans le dictionnaire Larousse (Jeuge-Maynard, 2019b) évoque la polysémie de ce mot et ainsi toute la grandeur qu'il impose. Du latin *sinus*, le mot « sein » est décrit tel que « *[o]rgane pair très développé situé à la partie antérieure du thorax chez la femme, et qui contient la glande mammaire* ». Cette définition purement anatomique, intéresse de près le thème de cette recherche. Mais par ailleurs, ce mot peut également être défini comme « *Siège de la conception : Être dans le sein de sa mère* » ; « *Refuge que constituent les bras de quelqu'un, ou son écoute, sa tendresse* :

S'épancher dans le sein d'un ami » ; « Partie interne qui renferme quelque chose : Le sein de la terre ». Ces descriptions secondes montrent que « le sein » est aussi utilisé de manière figurative, conservant cependant un lien avec l'anatomie. Toutefois, ces dernières définitions paraissent également mettre l'accent sur des éléments primordiaux tels que, par exemple : « la conception » ou « l'écoute ».

1.2.2. Réflexion autour du sein

Lors de la 31^e Journée de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire en novembre 2009, Jérôme Goffette, maître de conférences en philosophie des sciences écrit « Le sein entre corps, symbole et expérience de la maladie ». Il évoque un ouvrage de référence de Jean Chevalier et Alain Gheerbrandt, *Dictionnaire des symboles: Mythes, rêves, coutumes, gestes, formes, figures, couleurs, nombres* (Chevalier & Gheerbrant, 1982). Soulignant la symbolique du sein, il cite précisément :

« SEIN. Symbole de protection et de mesure. [...] Le sein se rapporte au principe féminin c'est-à-dire à la mesure, dans le sens de limitation [...]. Le sein est surtout symbole de maternité, de douceur, de sécurité, de ressource. Lié à la fécondité du 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 ».

L'analyse de cette définition fait ressortir des qualificatifs tels que « *douceur* » ; « *sécurité* » ; « *intimité* » ; « *don* » ; et « *promesse de régénérescence* » (Goffette, 2009).

Dans une autre partie « le processus particulier de psychogenèse » du sein, Jérôme Goffette explique, le développement ultérieur des seins comparés, par exemple, à la plupart des autres parties du corps (les mains, les pieds ...). Jérôme Goffette en déduit que leur appropriation se fait chez un psychisme mature. De plus, le sein n'a pas d'aptitude motrice, ne se développe que chez les filles (or gynécomastie), et est directement en lien avec la fonction reproductrice. Il rajoute « *le sein a une inscription sociale et culturelle marquée, jouant du visible et du caché, du pur et de l'impur, du jeu des comportements sexuels, du regard et de l'érotisation, etc.* » (Ibidem, p.98). Cette approche « *du regard et de l'érotisation* » fait découler la réflexion de l'esthétique du sein.

Selon les époques, les pays et les individus les critères de beauté sont variables. Kamina évoque que « *L'esthétique du sein dépend essentiellement de son galbe et la topographie de l'aréole* » (Kamina, 2014, p.39). Ainsi que, « *les seins sont des glandes lactifères et sexuelles chez la femme* » (Ibidem, p.35).

Les multiples représentations du sein décrites ne lui retirent pas sa fonction première d'être un organe. Cette partie du corps humain est donc susceptible d'être altérée et entre autres par le cancer du sein.

1.3. Cancer du sein

1.3.1. Etymologie et symbolique

L'étymologie du mot « cancer » est fondamentale à évoquer pour une compréhension de la recherche, « *[d]érivé du grec karkinos qui signifie crabe ou pinces* » étant donné que, « *Hippocrate le premier compare un cancer à un crabe. Pour une tumeur du sein, à l'époque le plus fréquent des cancers visibles, cette comparaison est justifiée par l'aspect de la lésion quand elle atteint et éventuellement ulcère la peau, avec une zone centrale arrondie et des prolongements en rayons simulant les pattes de l'animal* » (Hoerni et al., 2014). Pour aller plus loin dans la démarche de compréhension de l'ensemble du terme, il est également noté que « *Cancer est souvent utilisé comme image (métaphore) pour qualifier un fléau social : le chômage, le racisme, la drogue, la corruption, [...]* » (Ibidem). L'étymologie de ce mot met en avant différentes représentations semblant s'opposer à celle du sein. Par exemple, « *douceur* » ; « *sécurité* » ; et « *promesse de régénérescence* » pour le mot sein contre « *racisme* », « *drogue* », « *corruption* » pour le cancer. Une concurrence semble installée entre ces deux mots.

Jérôme Goffette met en confrontation les seins et le cancer, « *Les seins, qui pouvaient être valorisés, valorisants, signe de féminité qui, même sous les habits, reste visible, deviennent des signes qui s'adressent désormais moins aux autres qu'à soi, des signes de danger. Bien des métaphores peuvent s'activer selon les personnes* » (Goffette, 2009, p.99). La métaphore mécanique « *Le grain de sable dans le rouage doit être résorbé ou excisé, afin que la fluide organisation des parties puisse être restaurée : réparation [...]* » (Ibidem, p.99), semble engendrer une neutralité des affects et permet ainsi une mise à distance. La métaphore guerrière, fréquemment présente en médecine, pour imager un combat contre l'ennemi, « *Parfois, pour se défaire de l'inquiétude, on comprend que certaines souhaitent la mastectomie : "plus*

de sein” signifie “plus de source de menace et d’inquiétude à venir” » (Ibidem, p.99). Cette dernière métaphore évoquant un combat contre l’ennemi, amène le lien avec le sujet des « Amazones », peuple de guerrières.

Le cancer du sein semble lié aux « Amazones ». Les Amazones sont un peuple de femmes guerrières représentées comme n’ayant qu’un sein. De nombreux récits évoquent ces femmes, néanmoins leur époque et leurs origines semblent naviguer entre mythe et réalité. Certains auteurs pensent qu’elles auraient vécu vers l’époque de la guerre de Troie sur les rives du fleuve Thermodon (actuellement la Turquie), d’autres historiens grecs et latins les situent en Scythie (actuellement au niveau de l’Ukraine), d’autres encore en Ethiopie. Cependant, en 1542, l’explorateur espagnol Orellana, nota avoir vu une bataille où une dizaine de guerrières Amazones combattaient (Samuel, 1976).

L’histoire de ces femmes Amazones difficilement atteignables est pourtant présente dans de nombreux films, récits, bandes dessinées, etc. où nous les retrouvons régulièrement présentées sur un champ de bataille, évoquant une image de guerrière. Il semble justement que cette image intéresse plus particulièrement le cancer du sein. En effet, il est décrit de nombreuses victoires des Amazones, montrant ainsi une héroïne, une combattante. Pierre Samuel écrit « *Une amazone, c’est surtout une femme libre, vigoureuse, indépendante, musclée qui vit par et pour elle-même* » (Ibidem, p.10).

Pour les patientes atteintes d’un cancer, les Amazones peuvent peut-être contribuer comme source d’inspiration et de courage. Mais la notion qui dépasse de loin toutes les autres, créant le lien entre les Amazones et les patientes ayant subi une mastectomie, semble être l’ablation des seins. Combattant à cheval avec un arc, un javelot, et un bouclier, les Amazones réaliseraient une automutilation des seins pour, selon les diverses sources que Samuel Pierre a traitées, concentrer la vigueur de l’autre côté du corps ou encore tirer à l’arc (Ibidem). En somme, les Amazones semblent peut-être permettre d’appréhender une image « positive » d’une femme avec ablation du/des seins.

1.3.2. Anatomopathologie

D’après Pierre Kamina, médecin et professeur d’anatomie, d’un point de vue morphologique, le sein occupe la partie antérosupérieure du thorax entre la 3^{ème} et 7^{ème} côte. Chez la jeune fille, le sein pèse en moyenne entre 150 g et 400 g, ou plus,

chez la nourrice. Il y a trois zones concentriques caractérisant le sein : la peau péri-aréolaire, l'aréole et le mamelon. Le sein est constitué de glande mammaire recouverte d'un plan cutané. C'est une glande tubulo-alvéolaire, constituée de lobules (permettant de produire le lait en période d'allaitement) et de canaux (transportant ce lait au niveau du mamelon). Les ligaments suspenseurs du sein sont constitués par de nombreux septums. Notons donc que la solidité de la peau mammaire et des ligaments suspenseurs du sein explique, en particulier, la rétraction cutanée dans le cancer du sein (Kamina, 2014).

À savoir que deux hormones permettent de développer la glande mammaire, l'œstrogène et la progestérone. Il est important de noter que le sein est traversé par des vaisseaux sanguins, mais également par un système lymphatique qui joue un rôle déterminant dans le développement des métastases.

Pour schématiser le processus du cancer, Lucien Israël médecin oncologue, explique que chaque tissu dispose d'une couche profonde de cellules-souches capable de se renouveler. Au-dessus de celle-ci, après cinq couches de cellules adultes, une dernière est capable de se détacher et mourir puisque c'est la plus ancienne. C'est ce que l'on nomme l'apoptose. Le cancer résulte d'une anomalie au niveau de la cellule-souche qui continue de se développer en dehors de tout besoin. Ces cellules acquièrent la capacité de créer des néovaisseaux qui leur permettent ainsi de coloniser, par la circulation sanguine, d'autres organes. Ce sont les métastases (Israel, 2010).

Deux grands types de cancers peuvent être distingués. Le carcinome in situ présent au niveau de la localisation primitive, et le carcinome infiltrant qui, comme son nom l'indique, a infiltré les tissus adjacents. Concernant, le carcinome in situ, il se décline en deux sous-groupes, le carcinome lobulaire in situ se développant à partir des lobules et le carcinome canalaire in situ à partir des canaux (Kamina, 2014). Ce cancer, de plus en plus fréquent, est devenu un problème de santé publique.

1.3.3. Problématique de santé publique

Dans les années 1940, le cancer du sein se place en première position du cancer féminin en France. Une femme sur neuf risque potentiellement d'en développer un. Repérons que cette fréquence s'explique principalement par une augmentation de l'espérance de vie et du dépistage (Rouëssé, 2011).

Jacques Rouëssé, cancérologue, propose dans son livre *Une histoire du cancer du sein en Occident : Enseignements et réflexions* (2011) de décrire les facteurs de risques et de les classer en deux catégories : les facteurs intrinsèques et les facteurs extrinsèques. Dans les facteurs intrinsèques, nous retrouvons l'âge, le sexe, la prédisposition et l'hérédité, la vie génitale, le rôle des œstrogènes. Concernant le psychisme et le stress, ils restent incertains. En ce qui concerne les facteurs extrinsèques, il cite, entre autres, la géographie et le climat, les agressions chimiques et la sédentarité (Rouëssé, 2011).

Selon l'Institut national du cancer, le rapport « Les cancers en France : l'essentiel des faits et chiffres/ Édition 2019 » relate 177 400 nouveaux cas de cancer du sein estimés en 2018 en France métropolitaine. Ce qui reste de loin le plus fréquent, chez la femme, devant les cancers colorectaux et du poumon. Ce rapport évoque parallèlement que le dépistage organisé est en légère baisse. En effet, plus de 10 millions de femmes âgées de 50 à 74 ans sont éligible au programme, tous les deux ans. « *Taux de participation (taux brut) : **49,9 %** en 2017 [...].Taux de cancers détectés par le programme : **7,5 %** **femmes dépistées**, soit 38 905 cas de cancers invasifs et carcinomes canalaire in situ détectés en 2015-2016. Part des cancers in situ détectés : **11,7 % chez les femmes** ayant effectué leur premier dépistage et 14,2 % chez les femmes ayant effectué un dépistage subséquent en 2015-2016* » (Institut national du cancer, 2019c, p.9 - soulignés par les auteurs). Cela montre la nécessité de maintenir et de poursuivre les actions en faveur de la lutte contre le cancer du sein. La recherche biologique ainsi que la recherche des soins de supports sont une nécessité. Les recherches entamées sur ce thème sont nombreuses, néanmoins elles peuvent toutes faire émerger de nouvelles approches.

Le cancer du sein est un enjeu de santé publique. Depuis le 1er janvier 2019, le programme de dépistage organisé du cancer du sein n'est plus départemental mais régional. Il offre aux femmes de 50 à 74 ans la possibilité d'un examen clinique des seins et une mammographie tous les deux ans. Il inclut, également, une seconde lecture d'une mammographie normale en première lecture. Le dépistage de cette maladie, en phase préclinique, permet une prise en charge immédiate améliorant ainsi le pronostic. Selon le site web Santé publique France, « *Le taux national de participation pour l'année 2018 est de 50,3 %, c'est-à-dire qu'environ 2 595 000 femmes se sont fait dépister au cours de l'année* ». Un des objectifs ultérieur de Santé publique France est de comprendre en quoi certaines régions participent davantage

que d'autres, en somme d'où viennent les inégalités territoriales (Santé Publique France, 2019).

En plus du dépistage, le gouvernement français a instauré des plans cancers depuis 2003, sous la présidence de Jacques Chirac. Ils constituent une suite de plans tels que les plans 2003-2007, 2009-2013, 2014-2019. Leurs objectifs généraux sont de lutter contre le cancer et d'améliorer la prise en charge des patients. Le troisième plan cancer 2014-2019 est constitué de dix-sept objectifs. Un des axes primaires de ce plan est de « *répondre aux besoins et aux attentes des personnes malades, de leurs proches et de l'ensemble des citoyens* ». De même, ce Plan cancer soutient l'ensemble des soignants, professionnels du social, chercheurs, mais également les acteurs de prévention travaillant contre ce fléau (Institut national du cancer, 2020).

Le premier plan cancer a également permis la création des cancérôpôles. Ils sont au nombre de sept organismes en France. A l'échelle régionale, ils permettent une coordination optimale concernant la recherche en cancérologie. Mais également, de faciliter les échanges entre les différentes régions. Les cancérôpôles participent activement à différentes missions du Plan Cancer (Cancérôpôles, 2018). La concrétisation de toutes ces actions réalisées permet le traitement des patientes.

1.3.4. Traitements

A ce jour, différents traitements sont proposés dans l'objectif de détruire ou d'enlever les cellules cancéreuses. Il est possible de les classer en trois grandes catégories : chirurgicaux, médicamenteux et la radiothérapie. Les traitements peuvent être concomitants ou non. Ils sont adaptés selon chaque cas, le chirurgien, l'oncologue et le radiothérapeute étudient le dossier de la patiente afin de déterminer le traitement le plus adapté. Plusieurs critères sont à prendre en compte : la nature du cancer constatée après prélèvement et analyse des cellules, la taille de la tumeur, l'atteinte des ganglions ou un autre organe, ménopausée ou non, et la tolérance aux différents traitements, etc. Ce chapitre se propose donc d'expliquer certaines notions concernant les traitements, nullement de définir des normes arbitraires (Fitoussi & Rixe, 2006).

- Chirurgie

La chirurgie est un traitement local pouvant traiter à la fois le sein et les ganglions. Elle permet dans un premier temps d'ôter la tumeur se situant dans le sein et dans un deuxième temps de faire réaliser, par l'histologiste ou l'anatomopathologiste, un

examen microscopique de la tumeur. L'intérêt de ce dernier est d'évaluer la maladie et donc adapter adroitement le traitement. Il existe différents types d'opérations :

La chirurgie conservatrice ou tumorectomie. Cette intervention consiste à enlever la tumeur en conservant le sein et le mamelon de la patiente. Elle est habituellement suivie par une radiothérapie locale. Elle n'est cependant pratiquée que lorsque le chirurgien estime pouvoir associer des résultats médicaux et esthétiques acceptables. Il convient toutefois de préciser la possibilité d'un risque de récurrence conduisant, dans certain cas, à une mastectomie par la suite.

La chirurgie oncoplastique est issue de la chirurgie plastique et est utilisée lors du traitement du cancer du sein. Elle permet la conservation d'une partie de la glande mammaire ensuite remodelée comme la plastie mammaire. Dans le cadre d'une lésion se situant à la partie centrale du sein, l'aréole et le mamelon peuvent être enlevés pour être ensuite reconstruits ultérieurement.

La chirurgie radicale ou mastectomie (ou mammectomie). Cette technique chirurgicale, est une opération consistant en l'ablation du sein. C'est-à-dire de la glande mammaire, l'aréole et le mamelon. Elle est généralement réalisée pour les cas de tumeurs multiples ou lorsque le volume de la tumeur est trop important vis-à-vis du sein. Toutefois, la mastectomie ne signifie pas nécessairement un cancer plus grave, en effet des lésions peu agressives mais disséminées peuvent nécessiter la réalisation d'une telle intervention.

Le creux axillaire contient de nombreux ganglions. Les ganglions correspondent à des petites glandes se situant sur le trajet de la lymphe assurant sa filtration. Ces éléments du corps humain sont impliqués dans les défenses immunitaires de l'organisme. Le curage axillaire ou curage ganglionnaire, pour un cancer du sein, ôte un ensemble de ganglions lymphatiques situé dans l'aisselle. Ce prélèvement est, par la suite analysé (Fitoussi & Rixe, 2006).

La reconstruction n'est pas impérative et dépend des patientes. Cette décision mérite une réflexion approfondie entre les attentes et les possibilités. Une discussion avec le chirurgien, le psychologue ou des échanges avec d'autres femmes déjà opérées peuvent aider à prendre une décision appropriée.

Il existe deux grands types de reconstruction, la prothèse mammaire interne ou l'autogreffe de tissus (lambeaux musculo-cutanés). D'un côté, la prothèse mammaire interne est une enveloppe de silicone flexible. De l'autre, la reconstruction mammaire par portion du muscle abdominal ou par portion du muscle grand dorsal. Dans les deux cas, diverses conditions peuvent engendrer le choix de l'un ou l'autre, l'opinion de la patiente, la taille du sein restant et sa forme, l'état des tissus employés pour la greffe, etc. (Fitoussi & Rixe, 2006).

Concernant la reconstruction mammaire, Delphine Hequet, médecin gynécologue spécialisée en oncologie chirurgicale, a réalisé une étude descriptive auprès de 1 937 patientes atteintes du cancer du sein. D'après son étude incluant spécifiquement des patientes ayant eu une mastectomie entre 2004 et 2007 « *La reconstruction mammaire est loin d'être systématique* » (citée dans Francequin, 2012, p.86). Elle révèle que 70 % d'entre elles ne réalise pas une « reconstruction mammaire » après l'ablation de leur sein (Ibid.).

D'après une autre étude, « satisfaction des patientes après reconstruction mammaire immédiate : comparaison entre cinq techniques chirurgicales », les reconstruction mammaire immédiates par lambeaux libres semblent être des techniques qui donnent la meilleure satisfaction auprès des patientes. En effet, ces techniques semblent fiables dans le temps, et réalisées avec des tissus autologues (Durry et al., 2019).

- Médicaments

Les médicaments comme traitement du cancer du sein se classent en deux grandes catégories :

La chimiothérapie est utilisée pour réduire la taille de la tumeur avant une chirurgie et/ou traiter des cellules cancéreuses situées à distance de la tumeur primitive. Ce sont des médicaments délivrés par voie intraveineuse ou par voie orale agissant sur plusieurs cibles dans la cellule en division. En conséquent, les effets secondaires tels que par exemple, la perte des cheveux, peuvent être expliqués par le fait que la chimiothérapie agit également sur certaines cellules saines (follicules pileux). Les principaux médicaments utilisés actuellement sont les anthracyclines, les taxanes, les vinca-alcaloïdes. Les divers protocoles de chimiothérapies peuvent associer plusieurs médicaments.

L'hormonothérapie est un traitement utilisant des médicaments par injections sous-cutanées ou par voie orale. Au niveau du cancer du sein, le développement des cellules tumorales est stimulé par les hormones telles que l'œstrogène et la progestérone. C'est ce que l'on appelle : un cancer hormonodépendant (Fitoussi & Rixe, 2006).

- Radiothérapie

La radiothérapie est un traitement locorégional du cancer du sein. Elle utilise les rayons X à haute énergie pour le traiter. Ces rayons X détruisent les cellules cancéreuses en s'attaquant au noyau de celles-ci. La radiothérapie est utilisée à petites doses quotidiennement, cela permet aux cellules saines de se réparer entre les séances, contrairement aux cellules cancéreuses ne possédant pas un système assez rapide. Ce traitement est réalisé dans des centres de radiothérapie, il ne nécessite pas d'hospitalisation (Fitoussi & Rixe, 2006).

En conclusion de ce chapitre, une citation de Ginette Francequin, maître de conférences en psychologie clinique et sociale : *« Les traitements médicaux, biologiques ou chirurgicaux connaissent des progrès importants. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une relation clinique où soin et care se combinent : ce terme care est un anglicisme qui a fait son entrée très récemment dans les sciences humaines pour signifier aussi bien une "disposition affective ou morale qu'une pratique de soins" »* (Francequin, 2012, p.16). Ginette Francequin semble engager dans cet extrait un lien entre le psychique et le physique dans le soin. Le cancer du sein et le traitement de celui-ci ont des impacts sur le corps biologique. Mais en ont-ils aussi sur la représentation du corps ? Le sein peut-il être perçu différemment lors d'une atteinte cancéreuse ? Autrement dit, le cancer modifie-t-il la représentation du sein ?

1.4. Image corporelle

1.4.1. Etymologie

L'étymologie du mot « image », vient du latin « *imaginem* » et le mot « corporel » du latin « *corporalis* ». Dans le dictionnaire Larousse (Jeuge-Maynard, 2019a), différentes définitions sont proposées pour le mot « image ». Entre autres, « *Reproduction d'un objet matériel donnée par un système optique et, en particulier, par une surface plane réfléchissante ou un miroir : regarder son image dans une glace* » ; « *Représentation mentale élaborée à partir d'une perception antérieure : image visuelle. L'image d'un*

être cher » ; « Aspect sous lequel quelqu'un ou quelque chose apparaît à quelqu'un, manière dont il le voit et le présente à autrui, notamment dans un écrit : L'image que les Français se font d'eux-mêmes », les **multitudes** facettes de ce mot montrent la complexité de cette notion.

1.4.2. Cancérologie et image corporelle

Selon l'Institut national du cancer « *L'image corporelle correspond à la perception et au vécu intime, le plus souvent inconscient, que nous établissons avec notre propre corps. L'image du corps est un fondement de l'estime de soi. L'estime de soi est justement l'appréciation que nous pouvons nous faire de nous-mêmes, tant individuellement que dans les interactions avec les autres. On peut comprendre que le cancer du sein et ses traitements peuvent affecter l'image corporelle et l'estime de soi* » (Institut national du cancer, 2019b).

Pour savoir comment faire face aux modifications de l'image corporelle induite par le cancer du sein, le site de l'institut national du cancer émet des conseils : « *En discuter avec votre médecin ou avec un autre membre de l'équipe soignante* » ; « *Se laisser du temps pour accepter sa nouvelle image et récupérer une estime de soi. Cela évolue avec le temps* » (Ibidem).

Ces conseils abordés, de manière explicite, par le site de l'Institut national du cancer amènent une interrogation : La question de l'image corporelle est-elle omniprésente chez les patientes ayant un cancer du sein ?

« *Le cancer du sein occupe une place singulière* » d'après Andrée Lehmann, psychanalyste en cancérologie (citée dans Espié & Gorins, 2007). La maladie est mise en avant par une atteinte visible et « *porte sur un lieu du corps symboliquement investi, étroitement lié à la vie dans tous les sens du terme* » (Ibidem). Au moment de l'annonce du diagnostic, un ensemble de représentations et de pensées émergent, les patientes se visualisent menacés dans l'intégrité de leur corps et dans leur identité de femme. L'atteinte somatique interroge l'existence mais aussi la femme en tant que femme. « *L'image du corps participe à la constitution du sentiment d'identité qui se forge à partir de ces deux composantes : se sentir vivant, se sentir homme ou femme* » (Ibidem).

Le développement de l'être humain et la construction d'une identité physique sont longs. Différents processus tels que l'enfance, la préadolescence, l'adolescence et

l'adulthood sont mis en place pour permettre l'appropriation d'un schéma corporel. De plus, les modifications corporelles acquises pendant la croissance sont étroitement liées avec une construction psychique associée. Concernant les patientes ces deux notions semblent être remis en cause : « *Les dégradations physiques sont vécues comme une destruction des conquêtes et maîtrises corporelles* » ; « *La déconstruction des repères corporels va ainsi de pair avec la déconstruction de l'édification psychique* » (cité par Espié & Gorins, 2007). Outre cela, l'image du corps semble d'autant plus complexe du fait de la symbolique reliée au sein, cet organe particulièrement érotisé, sein maternel, symbole d'appartenance, etc. Ainsi selon Andrée Lehmann, « *Le sein est inscrit dans un registre sensoriel différent des organes internes. Des organes internes il n'existe ni perception ni représentation, seule la douleur sert de repère* » (Ibidem). Toutes ces modifications corporelles et psychiques semblent tourmenter l'image corporelle des patientes. Les patientes semblent devoir, par conséquent, effectuer un travail de restauration d'elles-mêmes pour faire découler un nouveau rapport à elles-mêmes en tant que femmes ainsi qu'à l'ensemble de leur histoire.

Les dimensions reproductives et érotiques du sein sont régulièrement mentionnées par des ouvrages. Mais que deviennent ces dimensions et leurs représentations quand elles sont associées au cancer du sein ? Le domaine médical leur accorde-t-il une place ? C'est en ce sens que le chapitre suivant évoque la sexualité de ces femmes en post-mastectomie.

1.4.3. Sexualité

Jérôme Goffette développe deux points de vue : celui du « *corps-machine* » et celui du « *corps-sujet* ». Il évoque, qu'à la Renaissance, deux concepts s'opposent : « *D'un côté, un sein anatomique secondaire vis-à-vis de la matrice, de l'autre, une poitrine sur laquelle le regard focalise sa tendresse et son désir. D'un côté, la froide extériorisation d'un sein mort épluché par l'anatomiste, de l'autre, un sein doux, tiède, sensible, érotisé, transfiguré socialement et culturellement. D'un côté, un sein sous le scalpel de la vérité, de l'autre, un sein sous le regard de la beauté et de l'amour* ». Cet antagonisme peut nous amener à la réflexion que le sein d'une femme peut être perçu de manière totalement divergente suivant les points de vue, mais également selon la profession (Goffette, 2009, p.97).

L'image de femme mise en avant par les publicités, dans la rue, transmet l'image d'un sein sexualisé au travers d'un soutien-gorge, d'une lingerie ou d'un décolleté en jouant sur le galbe, une courbe, une ligne, etc. D'un autre côté pour le couple, le sein est un symbole de la possibilité de reproduction mais également l'atout sexuel le plus visible, d'après Dominique Delfieu, médecin généraliste, qui écrit : « *Il est, pour la jeune fille, l'organe contribuant à l'intégrer son image corporelle de femme, il agit pour l'homme comme premier signal sexuel et tient un rôle relationnel capital dans son rapport au partenaire* » (dans Espié & Gorins, 2007).

Malgré cette forte dimension sexuelle du sein, la sexualité reste, encore aujourd'hui, un sujet délicat et tabou dans le domaine médical. Or, l'activité sexuelle influence sur la qualité de vie des patientes. L'abord de ce thème, sexualité, n'est pas sans oublier qu'il y a de nombreuses variations d'une femme à une autre. D'après Dominique Delfieu, « *La femme mutilée découvre la nouvelle image de son corps morcelée, inacceptable, et ce sentiment est accentué par la crainte de la récurrence et de la mort. Blessure narcissique, l'absence d'un organe essentiel à son identité féminine entraîne un traumatisme psychique et des réactions de rejet, d'auto-dépréciation qui peuvent être paroxystiques* » (dans Espié & Gorins, 2007). Ce paragraphe liant l'approche entre le cancer du sein et la sexualité semble mettre en avant l'importance du sein pour l'identité féminine.

1.5. Traitement de masso-kinésithérapie post-mastectomie

Marie-Hélène Scapin, du centre paramédical pôle médecine physique et de réadaptation, qui évoque la masso-kinésithérapie, indique : « *Les témoignages et la satisfaction des patientes à toutes les étapes de ce soin sont un encouragement à la poursuite de cet accompagnement* » (dans Espié & Gorins, 2007).

La masso-kinésithérapie s'inscrit dès le début de la phase de traitement et instaure un suivi régulier. Elle est effectuée sur la base d'une prescription médicale. Le masso-kinésithérapeute peut ensuite réaliser son bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) dans le but de réaliser un traitement en association avec les objectifs de la patiente. Les traitements masso-kinésithérapiques en post-mastectomie seront décrits suivant les différentes phases du parcours de soin des patientes. Ce paragraphe n'est pas exhaustif, il présente certaines possibilités de traitements de masso-kinésithérapie post-mastectomie (dans Espié & Gorins, 2007).

- L'hospitalisation

Dès le lendemain de l'intervention, le masso-kinésithérapeute entre dans la chambre de la patiente. Il réalise un bilan articulaire post-opératoire, un bilan de la douleur et cutané-trophique, un bilan de la sensibilité, ainsi qu'un bilan respiratoire spécifique à la mastectomie. Il peut être amené à proposer des exercices d'auto-mobilisation. Le masso-kinésithérapeute lors de cette étape participe également à l'éducation de l'autosurveillance indispensable pour la suite. Cette présentation de rééducation est donnée à titre d'exemple, c'est l'étude de la prescription médicale par l'ensemble de l'équipe soignante qui définit la prise en charge optimale pour chaque patiente.

- Phase ambulatoire : radiothérapie et chimiothérapie

Dans un deuxième temps, la phase ambulatoire du traitement est constituée de la radiothérapie et de la chimiothérapie. Lors du traitement de radiothérapie des séances de masso-kinésithérapie peuvent être nécessaires. En effet, une amplitude articulaire appropriée au niveau de l'épaule est indispensable pour une incidence optimale d'émission des rayons. Toutefois concernant la chimiothérapie, le drainage lymphatique manuel est recommandé mais pas seulement. Selon Marie-Hélène Scapin, « *La rencontre avec les patientes pendant les périodes de chimiothérapie est le plus souvent liée [...] à un travail sur l'acceptation de leur corps par la rééducation, en partenariat avec les psychologues* » (dans Espié & Gorins, 2007). Elle souligne donc que durant cette phase ambulatoire, le masso-kinésithérapeute a un rôle dans l'acceptation du corps malmené par la maladie et les traitements.

- Phase éventuelle de reconstruction

Dans un troisième temps, les suites de la prise en charge sont en lien avec une reconstruction ou non. Cette phase propose un travail de souplesse, au niveau des différents plans : cutané et musculaire. La masso-kinésithérapie accompagne la reconstruction à travers un travail des brides, drainage, etc.

La non-reconstruction d'une mastectomie entraîne différentes conséquences. D'un côté, l'enroulement antérieur de la patiente dans le cas d'une mastectomie bilatérale ou la fermeture de l'hémithorax du côté opéré, de l'autre un déséquilibre morphostatique. Ces modifications corporelles entraînent fréquemment des douleurs rachidiennes. Le travail régulier de la statique est indispensable. Pour ce faire, le

masso-kinésithérapeute propose divers traitements dont des groupes de gymnastique dans le but de stimuler la statique rachidienne.

Le drainage lymphatique manuel est une des techniques de masso-kinésithérapie utilisées en cancérologie. Ce traitement s'effectue par massage pour aider le système lymphatique à drainer le bras après un curage axillaire. Il peut également être complété avec des bandages compressifs en dehors des séances.

En somme, toutes ces techniques de masso-kinésithérapie ont pour but de traiter les déficiences en lien avec la pathologie. Cependant, Marie-Hélène Scapin va au-delà du soin technique pour aborder l'intérêt de la masso-kinésithérapie en lien avec les modifications corporelles perçues et ressenties par les patientes. « *Le masso-kinésithérapeute est perçu par le patient comme un professionnel "du corps", de la fonction, connaissant la maladie cancéreuse mais à distance et contribuant à la "restauration d'un avenir". [...], et pour ceux qui le souhaitent, il est un auditeur de choix pour verbaliser leur souffrance* » (d'après Espié & Gorins, 2007). Elle souligne l'aspect fonctionnel, mais également un aspect psychologique dont le masso-kinésithérapeute est le principal acteur. De plus, elle écrit que « *L'apport de la masso-kinésithérapie est essentiel. [...]. Soin de support, elle permet [...] de quitter la phase strictement thérapeutique de la maladie cancéreuse pour une réappropriation de leur corps* » (Ibidem). Marie-Hélène Scapin parle donc de « *réappropriation* » du corps par la masso-kinésithérapie. Il semble que toutes les techniques de masso-kinésithérapie entrelacées dirigent les patients vers une nouvelle acceptation de leur corps.

Jean-Pierre Beziau, masseur-kinésithérapeute, souligne que « *La kinésithérapie est une thérapie du mouvement par le mouvement* » (dans Francequin, 2012, p.159). La kinésithérapie permet de retrouver du mouvement par le soin et la mobilité facilite les actions de tous les jours « *c'est donner un confort, un goût de vivre, du plaisir de bouger* » (Ibidem, p.159). Jean-Pierre Beziau ne travaille pas seulement le sein opéré lors de ces séances : « *je travaille avec l'enroulement de l'épaule jusqu'aux lombaires, avec la chaîne diagonale spiralée des muscles, enroulés autour des os* » (Ibidem, p.159). Suite à une opération telle que l'ablation d'un sein, les patientes tendent à adopter une posture délétère : « *La personne qui souffrait se met en position fœtale, petit à petit, car les muscles qui enroulent sont plus puissants que les muscles qui ouvrent et donnent* » (Ibidem, p.160).

De plus, Jean-Pierre Beziau a pu apprécier après les séances de masso-kinésithérapie une amélioration à la fois physique mais également psychologique des patientes : « *Et quand on a réussi, on voit le rire, la détente et la beauté qui reviennent sur le visage* » (Ibidem, p.160). Il résume son approche de la masso-kinésithérapie vis-à-vis de ces patientes par : « *Je sais maintenant que l'essentiel est l'écoute des autres, pour mieux connaître la maladie, la réflexion qui doit toujours précéder l'action pour le mieux-être* » (Ibidem, p.161). La kinésithérapie semble être un rendez-vous où patient et praticien se retrouvent pour travailler ensemble le corps, permettant ainsi d'améliorer le moral.

En parallèle de ma recherche documentaire, la réalisation d'une interview exploratoire en face-à-face avec un masso-kinésithérapeute a permis d'ajuster et matérialiser ma recherche.

2. Première approche du terrain

Concernant l'entretien exploratoire, son intérêt est dans un premier temps de s'informer au mieux sur le sujet de recherche dans l'objectif de mobiliser des lectures pertinentes. Dans un second temps, il permet de considérer des aspects non envisagés au moment de la question de départ et amène à cibler davantage la problématique. En somme « *Les entretiens exploratoires n'ont donc pas pour fonction de vérifier des hypothèses préétablies mais bien de trouver des idées d'hypothèses susceptibles de guider la suite du travail* » (Van Campenhoudt et al., 2017).

J'ai choisi de réaliser un premier échange avec un professionnel de santé en masso-kinésithérapie libéral, prenant en soins principalement une patientèle ciblée sur le cancer du sein. L'objectif était d'échanger et de confronter les représentations se rapportant à ce sujet. Par le biais de mon université, j'ai sollicité une enseignante qui m'a accordé un entretien libre autour de mon thème de recherche. Pour ce faire, j'ai obtenu un rendez-vous au sein même de son cabinet. L'entretien d'une trentaine de minutes a été résumé pour en tirer les éléments essentiels. Cette première approche du terrain a permis de confirmer la pertinence du sujet de recherche mais également d'aider à préciser l'approche de celui-ci.

La masso-kinésithérapeute interviewée spécialisée dans le cancer du sein précise que certaines patientes se confient sur leurs préoccupations face à la maladie, cependant en parallèle d'autres ont une attitude plus « *discrète* ». La question de l'image corporelle est abordée sous l'idée que « *certaines patientes ne regardent même pas*

leur sein », se rapportant au sein ayant subi la mammectomie. Ces premiers éléments confirment que la question de l'image corporelle peut représenter un enjeu pour les patientes. L'entretien a également permis de valider l'intérêt d'interviewer des patientes plutôt que des masso-kinésithérapeutes. L'influence du traitement de masso-kinésithérapie sur l'image corporelle semble être une notion à appréhender directement avec le/la principal-e intéressé-e sans biais d'intermédiaire. De plus, l'amélioration de la pratique professionnelle dans le domaine de la santé semble être en lien avec la satisfaction du/des soins par le patient.

La plus-value de cet entretien est également de m'avoir permis de concrétiser un répertoire d'adresses, et par la suite de rencontrer la masso-kinésithérapeute libérale qui m'a permis de réaliser mes entretiens me mettant ainsi en relation directe avec des patientes.

III. PROBLEMATISATION ET DEMARCHE DE RECHERCHE

1. Question de recherche

D'après le *Manuel de recherche en sciences sociales*, la problématique est « *l'angle sous lequel les phénomènes vont être étudiés, la manière dont on va les interroger* » (Van Campenhoudt et al., 2017). Le chercheur doit mettre en parallèle l'exploration documentaire et les entretiens exploratoires dans l'objectif de faire émerger une problématique : « *Lecture et entretiens l'amènent à aborder le problème sous un certain angle, qui lui paraît le plus intéressant et le plus pertinent au regard de ses propres objectifs. C'est cet angle qu'on appelle la problématique* » (Ibidem).

D'après la littérature et la réalisation de l'entretien initial, l'annonce d'un cancer du sein et les traitements associés à celui-ci modifient la perception que les patientes ont de leur corps (leur « image corporelle »), pouvant affecter leur estime d'elles-mêmes, c'est-à-dire « l'appréciation » qu'elles se font d'elles-mêmes « *tant individuellement que dans les interactions avec les autres* » (d'après Institut national du cancer, 2019b, op. cit.). Il semble résulter que les patientes post-mastectomie sont souvent démunies face aux changements corporels s'installant. Le masso-kinésithérapeute travaille cette modification corporelle en collaboration avec la patiente. Dans cette recherche, je questionne le lien entre le cancer du sein, l'image corporelle et la masso-kinésithérapie. Plus précisément, je cherche à comprendre ce qui se passe entre le traitement de masso-kinésithérapie et la façon dont les patientes se perçoivent. Ma problématique peut se résumer ainsi : **comment le traitement de masso-kinésithérapie influence-t-il l'image corporelle et l'estime de soi des patientes confrontées à une mastectomie liée à un cancer du sein ?**

La question de recherche permet par la suite de « *construire des propositions explicatives du phénomène étudié, prévoir le plan de recherche, les opérations à réaliser et les conséquences à attendre* » (Van Campenhoudt et al., 2017). J'ai pu à partir de cette question de recherche, définir une méthode d'investigation avec d'une part la formulation d'hypothèses et d'autre part une approche de recherche qualitative au moyen d'entretiens.

2. Construction du modèle d'analyse

Le but du modèle d'analyse est de déterminer une base solide mais flexible qui servira pour la construction de l'investigation. « *Le modèle d'analyse se compose de concepts*

et d'hypothèses qui s'articulent entre eux pour former un cadre cohérent » (Van Campenhoudt et al., 2017). Les hypothèses retenues sur la base de mon approche exploratoire sont :

- Première hypothèse : Le traitement de masso-kinésithérapie permettrait ou accompagnerait chez les patientes une acceptation de leur corps modifié par les traitements.
- Deuxième hypothèse : Le travail sur le corps mené par le masso-kinésithérapeute associé à une écoute des patientes favoriserait leur projection dans un avenir.
- Troisième hypothèse : La reconquête de leur intégrité corporelle contribuerait à la revalorisation des patientes, à leur estime d'elles-mêmes.

3. Investigation : méthode de l'enquête

M'inspirant du livre *Manuel de recherche en sciences sociales* (Van Campenhoudt et al., 2017), je précise l'approche empirique.

3.1. Recherche qualitative

Cette recherche est une étude qualitative. La recherche qualitative permet d'interroger les sujets pour étudier leurs vécus et leurs ressentis. Et par la suite de tester et préciser les hypothèses préétablies. Dans mon étude, je cherche à découvrir aux travers de la recherche qualitative le point de vue des patientes sur des phénomènes auxquels elles ont participé (Bréchon, 2011). Pour ce faire, j'ai réalisé des interviews en face-à-face de manière individuelle avec des patientes atteintes de cancer du sein traités par mastectomie. La qualité d'une étude qualitative n'est pas corrélée au nombre de personnes interviewées. Le nombre d'entretiens n'est pas véritablement défini au départ, au fur et à mesure des entretiens l'enquêteur doit observer la présence de nouvelles informations. Dans le cas contraire, l'enquête parvient à la « *saturation* » (Ibidem). Cependant, dans le contexte universitaire une contrainte temporelle s'ajoute. J'ai donc opté pour le choix d'un nombre réduit d'entretiens dans l'objectif de mener convenablement l'analyse et l'interprétation. Ce travail de recherche s'appuie ainsi sur quatre entretiens approfondis avec des patientes.

3.2. Entretien semi-directif

Cette recherche qualitative est réalisée grâce à des entretiens dits semi-directifs. Pascal Fugier, dans l'article « Les approches compréhensives et cliniques des

entretiens sociologiques » (2010), recadre certains éléments pour permettre au chercheur de comprendre la posture à mettre en place lors des entretiens semi-directifs. « *Lorsqu'il effectue ses entretiens dans une posture semi-directive, le chercheur limite ses interventions à quelques relances afin de susciter la parole de l'enquêté ou de recentrer son propos vis-à-vis de la consigne de départ* » (Fugier, 2010). De plus, l'entretien semi-directif semble être le plus adapté, par rapport aux autres approches possibles, pour mon objet de recherche. En effet, « *La posture semi-directive apparaît alors comme le meilleur compromis entre le "laisser-aller" de l'entretien non-directif et le dirigisme de l'entretien directif (qui prend quasiment la forme d'un interrogatoire plutôt que d'un entretien)* » (Fugier, 2010).

En d'autres termes, l'utilisation d'un entretien semi-directif en face-à-face permet un échange direct avec les patientes, autour d'un fil conducteur qui permet de laisser les patientes développer leurs propos, tout en menant l'entretien dans la direction de la recherche. Son intérêt est également de pouvoir aborder ou approfondir certaines notions ou questions qui n'avaient pas été définies au départ de l'entretien, en fonction des apports des interviewées (Van Campenhoudt et al., 2017).

L'entretien qualitatif doit être réalisé selon certaines règles. Entre autres, l'intervieweur écoute de manière amicale et avec patience. Il s'engage également à comprendre la personne interviewée sans jugement. L'entretien doit être réalisé d'égal à égal, et l'enquêteur s'abstient de toute opinion pour éviter d'influencer l'interlocuteur. Enfin, l'empathie est nécessaire pour comprendre le positionnement de l'interviewé (Bréchon, 2011).

La durée de l'entretien est un facteur de mise en place d'un échange « riche ». L'entretien suppose que si on laisse suffisamment de temps aux interviewés de riches informations pourront être exprimées (Ibidem). Le chercheur ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées dans son guide d'entretien, et peut-être amené, si besoin, à modifier la formulation de celles-ci (Van Campenhoudt et al., 2017).

En outre, l'entretien constitue une période agréable et stimulante de la recherche. La rencontre est au cœur de notre métier de masso-kinésithérapeute et cet échange relatant l'opinion, la vision, plus concrètement le vécu des patientes m'a permis d'approfondir l'apprentissage de l'écoute des patients et de l'analyse de leurs propos.

3.3. Population

Dans cette approche réalisée en sciences humaines et sociales des critères d'inclusion et critère d'exclusion sont adoptés. Ils permettent de délimiter la recherche.

Les données portent sur des individus, et plus précisément, des patientes en cours de traitement de masso-kinésithérapie. Ces patientes souffrent d'un cancer du sein et plus exactement, ont subi une mammectomie reconstruite ou non. Il existe deux types d'intervention chirurgicale, une conservatrice, qui consiste à enlever uniquement la tumeur (tumorectomie ou segmentectomie) ou une chirurgie non conservatrice, qui consiste en l'ablation de la totalité du sein (mammectomie ou mastectomie totale). Dans certains cas de carcinomes canalaire in situ (CCIS), l'ablation de quelques ganglions est indispensable (ganglion sentinelle). Mon mémoire se limitera à la mammectomie. La tranche d'âge des patientes ainsi que la latéralité du sein pathologique ne sont pas délimitées pour cette étude, cependant, chaque entretien les précisera.

Les critères d'exclusion sont tels que les données concernant les cancers affectant un autre territoire que le sein seront exclus. Le cancer du sein masculin ne sera pas représenté, ainsi la population cible sera strictement féminine. Cette population est également choisie, d'une certaine manière, par le biais du masso-kinésithérapeute effectuant les soins.

3.4. Mode d'accès indirect

Selon Pierre Bréchon (2011), il existe deux manières pour prendre contact avec les interviewés : « *les modes d'accès direct et indirect* ». Concernant ma recherche, j'ai utilisé « *le mode d'accès indirect* ». Mes entretiens ciblant une population dite « *confidentielle* », j'ai eu recours à un intermédiaire : une masso-kinésithérapeute libérale spécialisée dans le traitement du cancer du sein. Cette méthode m'a permis d'organiser mes rendez-vous aisément ainsi que d'utiliser les locaux à disposition. Cependant, je suis consciente que cette méthode a des limites. Ce procédé de recrutement peut induire un choix involontaire des patientes par l'intermédiaire. Cependant rappelons qu'aucune méthode de recrutement n'est parfaite (Bréchon, 2011).

3.5. Conditions des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans un endroit calme permettant le respect de l'intimité et de la confidentialité. Le cabinet de masso-kinésithérapie disposait d'un endroit où les entretiens pouvaient être réalisés. Le sujet de ma recherche se rapportant à un sujet confidentiel et intime, j'ai estimé important de définir un espace agréable sans dérangements possibles. Les patientes connaissant le lieu, elles pouvaient facilement s'organiser en fonction de leurs séances de masso-kinésithérapie. J'ai apporté une attention toute particulière à l'organisation des entretiens afin d'éviter l'accumulation des déplacements effectués par les patientes. En effet, il me semble indispensable de se rendre disponible pour les entretiens dans l'objectif de respecter les besoins des interviewées d'autant plus dans un contexte de santé.

De plus, lors des entretiens il me semblait pertinent de choisir une tenue civile et non pas d'utiliser ma tenue professionnelle. Ce choix m'a permis une proximité avec les patientes en étant davantage d'égal à égal. La tenue blanche aurait pu paraître comme « une barrière médicale » à l'entretien, en me positionnant en tant que soignante.

3.6. Enregistrement audio

En amont de l'entretien, l'objectif de l'enregistrement a été expliqué aux patientes. Selon Pierre Bréchon l'enregistrement peut être présenté aux patientes en mettant les éléments suivants en avant : « *L'enregistrement est un simple support qui garantit la fidélité de la retranscription ultérieure* » (Bréchon, 2011). D'après Stéphane Beaud, sociologue et Florence Weber sociologue et anthropologue, l'enregistrement permet bien davantage « *c'est une condition sine qua non* » pour réaliser un bon entretien (Beaud & Weber, 2010). Il permet de rester disponible pour une écoute fine et participer aux interactions au travers de signes non-verbaux. « *L'enregistrement est donc plus qu'une simple raison de confort, il conditionne la qualité de votre écoute* » (Ibid.). Les quatre entretiens ont été réalisés sous enregistrement audio, au préalable une demande a été effectuée auprès des patientes. L'enregistrement a commencé seulement après acceptation de celui-ci. Les entretiens n'ont pas eu de limite de temps, si ce n'est celui des patientes. Ils ont duré entre trente minutes et deux heures. Chaque patiente interviewée était libre de s'exprimer pendant tout l'entretien et ce même après l'arrêt de l'enregistrement.

L'enregistrement n'enlève pas l'intérêt d'un stylo et d'un papier pendant l'entretien. Bien au contraire, en complément de l'enregistrement une prise de notes a été

effectuée. Les mots-clés ainsi que mes divers ressentis en tant qu'intervieweur ont été identifiés au fil de l'entretien. Cette prise de notes a permis un suivi attentif et a participé à matérialiser l'entretien pour les patientes.

3.7. Guide d'entretien

D'après Pierre Bréchon, « *Le guide d'entretien est un document qui synthétise les questions, les principaux thèmes et la stratégie à suivre pour la conduite d'un entretien en face-à-face* » (Bréchon, 2011). Le guide d'entretien (Annexe II) est construit en six parties dont : une introduction, quatre thèmes principaux et une conclusion.

Dans un premier temps, « l'introduction » permet une approche globale de la patiente. La patiente est libre de s'exprimer et de se présenter comme elle le souhaite. Cependant, si elle n'aborde pas spontanément les thèmes « profession », « situation familiale », « enfant(s) » et « allaitement », ces questions lui seront posées par la suite.

Le thème numéro un, « définir le contexte », apporte une vue d'ensemble concernant la situation de la patiente. Les notions évoquées dans cette partie sont la mastectomie et le masso-kinésithérapeute. Le thème deux, « soins », permet une entrée dans la relation qu'entretient la patiente avec son corps. Mais également les soins que la patiente effectue vis-à-vis de cette mastectomie. Le thème trois, « socialisation », permet d'établir comment cette modification corporelle a plus ou moins engendré des répercussions sur les activités professionnelles et extraprofessionnelles de la patiente. Cette partie se termine sur la compréhension de ce que cela a induit sur le ressenti et la perception de la patiente vis-à-vis du regard des autres face aux modifications corporelles qu'elle a subies. Le thème quatre, « image corporelle – masso-kinésithérapie », est la partie centrale correspondant au cœur de la recherche. En effet, elle aborde directement la façon dont la patiente appréhende son corps après une mammectomie ainsi que le lien avec la féminité perçue avant/après l'opération. Autrement dit, elle a pour objectif d'approfondir les perceptions des patientes et plus précisément, leur ressenti face à leur image corporelle. Cette partie est l'avant dernière de l'entretien, cela semble permettre à la patiente de s'approprier celui-ci. La disposition des thèmes est définie dans l'ordre chronologique des notions les plus générales aux notions les plus spécifiques.

Pour le guide d'entretien de cette recherche exploratoire, la dernière partie, « conclusion », est composée de trois questions. La première interrogation permet à

la patiente d'effectuer, si nécessaire, des compléments à cet entretien. La deuxième interrogation apporte la possibilité de revenir sur l'objet de ma recherche. Pour conclure, il semblait pertinent de comprendre quelles sont les motivations des patientes d'accepter cette interview : Pourquoi sont-elles intéressées pour donner de leur temps à cette étude ? Qu'en retirent-elles ?

3.8. Déroulement des entretiens

Le début de chaque entretien s'est effectué par ma présentation ainsi que l'explication des objectifs de ce mémoire. Par la suite, un temps a été dédié à la lecture complète du « document information » (Annexe I) par chaque patiente. Toutes les patientes interviewées ont ainsi confirmé leur participation à l'étude. Le document de consentement a été signé sur deux exemplaires dont un remis à la patiente concernée. La demande concernant l'enregistrement audio s'est effectuée juste après. L'enregistrement lancé, l'entretien pouvait commencer.

3.9. Anonymat des enquêtés

Dans le respect de la confidentialité des observations rapportées, les noms/prénoms des patientes sont modifiés. Toutes les données recueillies sont anonymisées, les prénoms des patientes présents dans ce mémoire sont remplacés par un autre de façon arbitraire. Comme le souligne Emmanuelle Zolesio, dans l'article, « Anonymiser les enquêtés » (2011), le chercheur débutant peut-être amener à « *opter pour des moyens mnémotechniques faciles* » pour le choix des pseudonymes, qui selon elle peuvent être source d'ambiguïté et donc porte le risque de lever l'anonymat. L'anonymisation n'est donc pas « *qu'une simple opération technique* » mais bien une réflexion importante. Définir des prénoms peut aussi permettre une meilleure compréhension de l'ensemble de la recherche par le lecteur (Zolesio, 2011). Pour cette recherche une réflexion a donc été menée concernant les prénoms des patientes interviewées. En effet, les pseudonymes utilisés associent la lettre « A » pour le premier entretien réalisé, la lettre « B » pour le second entretien réalisé et ainsi de suite, sans attention particulière aux caractéristiques sociologiques éventuellement associées aux prénoms, afin de préserver au mieux l'anonymat.

3.10. Cadre légal

Lors des premières ébauches de ce mémoire, je me suis confrontée aux exigences réglementaires d'une enquête en science humaines et sociales dans le domaine de la

santé. Effectivement, dans l'objectif de réaliser une étude conforme aux règles en vigueur, s'informer du cadre légal est l'un des premiers éléments à prendre en compte. Mon investigation sur le terrain se rapportant à des entretiens semi-directifs en face-à-face avec des patientes je me suis questionnée sur les autorisations nécessaires. Souhaitant mettre en place cette méthode d'investigation, j'ai réalisé les procédures nécessaires pour répondre aux exigences de la loi Jardé. L'autorisation réglementaire indispensable pour la réalisation de mon étude est une demande au Comité de protection des personnes (CPP). Après étude de mon dossier par le comité, l'avis favorable à mon dossier a été prononcé le 04 octobre 2019.

IV. ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

L'analyse et l'interprétation des résultats constituent une étape permettant de vérifier les hypothèses (Van Campenhoudt et al., 2017). Pour ce faire, après une présentation des interviewées, les résultats observés sont présentés, analysés, comparés et mis en relation entre eux. D'autre part, les résultats seront mis en lien avec les apports de la littérature scientifique présentés dans l'exploration documentaire.

1. Présentation des interviewées

Le tableau de synthèse ci-dessous est une présentation des quatre interviewées (Annexe III). Les données transmises sont en accord avec les principes de confidentialité et d'anonymat. Nous retrouvons les caractéristiques sociales des interviewées, la durée de chaque entretien ainsi que des précisions sur les patientes au regard du cancer du sein et du traitement de masso-kinésithérapie. Nous pouvons observer que le premier entretien réalisé interroge une patiente ayant subi une tumorectomie. J'ai choisi de conserver son entretien et de l'analyser au même titre que les autres puisqu'une tumorectomie touche à l'intégrité du corps et a des conséquences sur l'aspect du sein, bien que moins « radicale » qu'une mastectomie. Les trois autres entretiens sont des discours de patientes ayant subi une mastectomie. Les entretiens ont duré entre trente minutes et deux heures.

Tableau I : Présentation des interviewées

INTERVIEWEES CARACTERISTIQUES SOCIALES	ANDREA	BLANDINE	CAMELIA	DIANE
AGE	[Environ 50 ans]	[Environ 40 ans]	[Environ 50 ans]	[Environ 50 ans]
SEXE	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin
PROFESSION	Chargée de clientèle	Profession médicale	Métier de la bureautique	Travail dans le secteur tertiaire
SITUATION FAMILIALE	Mariée	Mariée	Mariée	Mariée
ENFANTS	Un enfant	Trois enfants	Un enfant	Deux enfants
SITUATION ENVIRONNEMENTALE	Rural	Périurbain	-	-
MASTECTOMIE/TUMORECTOMIE	Tumorectomie	Mastectomie	Mastectomie	Mastectomie
SEIN PATHOLOGIQUE	Gauche	Gauche	Gauche	Droit
TRAITEMENT DE MASSO-KINESITHERAPIE	En cours	En cours	En cours	En cours
DUREE DES ENTRETIENS	1 heure	30 minutes	45 minutes	2 heures

Après la réalisation des entretiens, des premières impressions se font ressentir. Les quatre entretiens réalisés m'ont montré la complexité de l'approche de l'image de soi de femmes confrontées au cancer du sein. Ces patientes ayant des parcours différents que ce soit du point de vue de leur profession, familial ou médical apportent un ressenti et un vécu distincts. De plus, j'ai ressenti une « atmosphère » qui variait selon les interviewées. Effectivement, la dynamique du dialogue variait suivant la personnalité de la patiente plutôt loquace ou laconique. Autrement dit, animant l'entretien d'un rythme lent ou rapide selon les patientes. J'ai adapté en conséquence ma communication ainsi que ma posture. C'est pourquoi la prise de notes pendant l'entretien était plus ou moins aisée. Toutefois, chaque entretien a pu bénéficier d'un enregistrement audio complet. Celui-ci m'a permis de « revivre » les entretiens à posteriori et ainsi être attentive à davantage de détails.

Par ailleurs, les patientes sont les premières considérées par cette étude. La dernière question de ma grille d'entretien, « *Pourquoi avez-vous accepté de participer à ma recherche ?* », prend en considération l'opinion et l'intérêt que ces patientes portent à l'étude. Les réponses ont été variées. Cette question montre que l'étude révèle pour les interviewées des attentes différentes, entre volonté d'aide et besoin de revalorisation. Pour trois d'entre elles, nous retrouvons une volonté d'« *aider d'autres personnes* » (Andréa) qui sont confrontées à la même maladie ou encore le désir de m'aider dans mes études. Blandine indique ainsi : « *j'étais bien contente de trouver des gens (rires) pour répondre à mes questionnaires* » (Blandine). Identiquement à Blandine, Camélia souhaite soutenir mon projet « *J'étais étudiante, je m'en rappelle. Et puis, parce que ça m'intéresse car je pense que c'est ce qui fait avancer les choses ce type de travaux* ». Nous retrouvons aussi la volonté de transmettre le message d'être valorisé en tant qu'individu, pas seulement comme un patient commun. Diane met un point d'honneur à exprimer que chaque patient est différent : « *c'est important de nous voir comme une personne mais pas un cas* ».

Ces éléments me semblent confirmer l'intérêt de ma problématique comme celui d'interviewer des patientes en prenant le temps d'écouter leur parcours.

2. Méthode de l'analyse

L'analyse qualitative a permis de faire ressortir des informations pertinentes des entretiens en lien avec le thème de la recherche. L'analyse du contenu a été réalisée de façon méthodique. D'abord, une retranscription mot-à-mot ou dite intégrale de

chaque entretien a été réalisée. Cette étape chronophage est essentielle pour la suite. Puis chaque entretien a été dans un premier temps étudié individuellement, dans l'objectif de les comparer par la suite (Bréchon, 2011).

L'analyse réalisée dans ce mémoire s'intéresse au sens du contenu de la retranscription. Les différentes idées véhiculées dans les discours sont analysées méthodiquement par le biais d'une analyse thématique (Van Campenhoudt et al., 2017).

L'analyse thématique permet de classer par thème l'ensemble des entretiens et ceci dans l'objectif de répondre aux hypothèses. « *L'analyse thématique [...] consiste à découper transversalement tout le corpus. L'unité de découpage est le thème qui représente un fragment de discours* » (Blanchet & Gotman, 2007). Pour réaliser l'analyse thématique, l'architecture des entretiens a été défectueuse dans le but de rechercher une « *cohérence thématique inter-entretiens* » (Ibidem). Pour ce faire j'ai réalisé un tableau à double entrée permettant d'étudier et de croiser le contenu des entretiens. Les thèmes principaux ainsi que les patientes étaient indiqués dans celui-ci. Chaque compartiment du tableau évoquait les verbatims clés des patientes sur les thématiques en question. Mes premières impressions/réflexions ont pu être écrites dans ce tableau.

J'ai ordonné mon analyse thématique suivant trois axes en lien avec les concepts identifiés lors de la construction de mon modèle d'analyse et plus précisément lors de mes hypothèses. Pour ce faire, ces trois axes sont subdivisés eux-mêmes en sous-parties :

Dans un premier temps, j'analyse la place de l'accompagnement du masso-kinésithérapeute pour des patientes confrontées au cancer du sein. Cette partie expose la perception que les patientes ont d'elles-mêmes et les « stratégies » qu'elles mettent en œuvre, ce qui constitue l'environnement ou contexte subjectif dans lequel les « conseils et recommandations du masso-kinésithérapeute » vont intervenir.

Dans un deuxième temps, j'étudie la prise de conscience des modifications corporelles de ces patientes. Pour ce faire, le « rapport au corps » est étudié par l'intermédiaire des perceptions des patientes dans l'objectif d'entamer la seconde sous-partie : « évolution des perceptions ».

Dans un dernier temps, j'appréhende la « revalorisation narcissique » dans les soins de masso-kinésithérapie de ces patientes. La première sous-partie présente la « réappropriation du corps », la seconde développe l'« image de soi » des patientes. Enfin, la dernière sous-partie fait émerger le concept du « patient-acteur » de cette revalorisation.

Cette analyse me permettra entre autres de répondre à ma problématique et de confirmer ou d'infirmer les hypothèses préétablies. La partie exploration documentaire sera mobilisée durant toute l'analyse dans l'objectif de discuter les résultats élaborés au fur et à mesure.

3. Analyse thématique : présentation et interprétation des résultats

Les soins de masso-kinésithérapie s'articulent avec d'autres soins et accompagnements (suivi chirurgical, soins de support, etc.) dont bénéficient les patientes, cependant cette analyse se focalise sur les actions de masso-kinésithérapie. L'analyse thématique de mes entretiens fait ressortir une action de masso-kinésithérapie sur trois principales dimensions : accompagnement biopsychosocial, prises de conscience des modifications corporelles, revalorisation narcissique.

3.1. Accompagnement biopsychosocial

3.1.1. Contexte subjectif

Le cancer du sein ce n'est pas seulement la mastectomie. Pour Diane « *La mastectomie fait partie du cancer du sein mais il n'y a pas que ça. Il y a plein d'autres choses autour qui sont tout aussi traumatisantes et invalidantes* ». Elle souligne, « *C'est cet aspect de malade, de cancéreux on va appeler un chat un chat. Cette image de cancéreux que vous renvoyez aux autres qui est la plus dure je trouve* ». Dans un premier temps, l'image « *renvoyée aux autres* » semble pour Diane se positionner comme un des aspects négatifs liés au cancer du sein.

Identiquement à Diane, Blandine et Camélia s'expriment sur ce point : la mastectomie ne semble pas être dissociable des effets secondaires liés à certains traitements, tels que le lymphœdème, la perte des cheveux, la fatigue, etc. Par exemple, Camélia est davantage affectée par la perte de ses cheveux que de son sein : « *Après la mastectomie m'a moins embêtée que perdre mes cheveux, [...] les cheveux repoussent c'est sûr et le sein non, mais je suis plus embêtée par les cheveux que par*

le sein sans doute parce qu'on peut le cacher ». L'opposition de la perte de ses cheveux et de son sein met en avant la possibilité et l'envie de « camoufler » / « cacher » ce cancer au monde extérieur. En opposition Blandine indique : « *après dès que j'ai pu mettre la prothèse en mousse ça ne se voit pas extérieurement* ». Pour elle, il semblerait que le dissimuler ne suffisse pas, une prothèse en mousse semble nécessaire pour certaines situations. Les patientes semblent tout de même se rejoindre concernant l'image renvoyée au monde « extérieur » par le corps. En effet, cela est présent dans leurs propos et semble avoir un impact pour elle.

De plus, ces trois interviewées se rejoignent dans l'objectif d'une reconstruction mammaire dès que possible, l'exprimant différemment allant du souhait à l'impératif absolu. Blandine : « *Je pense que je veux faire une reconstruction mammaire* » ; Camélia : « *par la suite je veux faire une reconstruction* » ; Diane : « *je ne pense qu'à une chose c'est reconstruire* ».

Dans l'approche du contexte subjectif dans lequel pourra être mis en œuvre le traitement de masso-kinésithérapie, il est bien mis en évidence que pour les interviewées l'impact du cancer du sein sur l'image corporelle et l'estime de soi va au-delà de la mastectomie. Le point clé identifié par les quatre interviewées semble être la « peur » du regard extérieur qui leur renverrait une image dans laquelle elles ne souhaitent pas se reconnaître (celle de « cancéreuse »). Ceci s'accorde avec la définition de l'« estime de soi » rédigé par l'Institut national du cancer mentionnée dans la partie exploration documentaire : « [...] *L'estime de soi est justement l'appréciation que nous pouvons nous faire de nous-mêmes, tant individuellement que dans les interactions avec les autres.* [...] » (Institut national du cancer, 2019b, op. cit.). L'interaction avec les autres, ce qu'on projette qu'ils perçoivent de nous, fait partie intégrante de l'estime de soi (Ibid.).

Concernant l'idée d'une reconstruction mammaire, toutes les interviewées ayant subi une mastectomie veulent la réaliser. Cela peut sembler s'opposer au fait que des études ont montré que la reconstruction mammaire n'était pas systématique (Francequin, 2012). Cette opposition apparente peut être engendrée par divers facteurs. D'une part, la population interviewée dans mon étude est de petite taille et n'est peut-être pas représentative comparativement à l'étude consultée. D'autre part, les patientes que j'ai interviewées évoquent explicitement l'envie d'une reconstruction, cependant vont-elles et peuvent-elles aller jusqu'à sa réalisation ? Dans l'attente d'une

possible reconstruction mammaire, les patientes semblent mettre en place des stratégies pour répondre à court-terme aux modifications corporelles engendrées par le cancer du sein. Le sein garde une place importante, dont témoigne la reconstruction mammaire envisagée, mais pas exclusive au vu des stratégies mises en place par les patientes.

3.1.2. Stratégies des patientes

L'analyse du contenu des entretiens fait ressortir un changement d'attitude des patientes vis-à-vis de leur corps. Elles semblent prendre davantage soin d'elles : d'après Blandine « *finalement je fais peut-être plus attention à moi* ». La mastectomie ou la tumorectomie semblent amener à prendre soin de soi ou encore davantage, si cela était déjà effectué auparavant. D'une certaine façon, faire attention au corps dans sa globalité.

Blandine fait ressortir explicitement le temps accordé à cela : « *Je fais plus attention à mon corps dans le sens aussi, où je mets de la crème etc. Je crois que je n'ai jamais passé autant de temps dans ma salle de bain* ». Les interviewées se maquillent davantage, utilisent des foulards, vernis à ongles, etc. Mais cela ne semble pas véritablement être un choix. Diane raconte « *Et pour le coup, c'est à ce moment-là que vous êtes vraiment obligée de faire attention et de prendre soin de votre corps. C'est là où je me suis vraiment maquillée, car j'étais jamais maquillée ou juste pour les événements particuliers* ». Ce verbatim montre clairement les nouvelles stratégies mises en place après la mastectomie, indispensables d'après les patientes interviewées. Un avant/après mastectomie semble se dessiner. Elles paraissent dans le besoin d'être « convenables » pour le monde extérieur.

Les propos des patientes semblent mettre en avant une atteinte de leur « *identité* » en tant que femme, et il semble apparaître une reconquête du « *sentiment d'identité* » (Espié & Gorins, 2007) au travers de ces diverses stratégies (vernis à ongles, foulards, maquillage ...), comme cela a pu être montré dans la littérature scientifique. C'est dans ce contexte subjectif que le masso-kinésithérapeute intervient. Il semble essentiel que le masso-kinésithérapeute prenne en compte l'ensemble de ces conditions pour répondre davantage aux requêtes des patientes.

3.1.3. Conseils et recommandations du masso-kinésithérapeute

Le masso-kinésithérapeute semble accompagner la patiente dans la réappropriation de son corps par différents moyens autre que le soin lui-même. Tout d'abord, il réalise un suivi régulier des patientes par le biais de séances de l'ordre d'une ou deux par semaine. Ces séances régulières permettent à la patiente de s'exprimer, poser diverses questions mais également d'aborder le thème de la reconstruction. Ainsi, les masso-kinésithérapeutes peuvent rediriger, si nécessaire, les patientes vers leur chirurgien, soins de support ou autres techniques. Diane indique : « *Nous ne sommes pas juste un cancer de plus, c'est tous les jours que les questions nous viennent à l'esprit* ». Un masso-kinésithérapeute spécialisé en cancérologie peut avoir un carnet d'adresses bien fourni facilitant l'accès aux ressources nécessaire à chaque patiente. Andréa souligne : « *En ce qui concerne la kiné, allez-y le plus vite possible, et puis des personnes professionnelles qui sauront apporter des solutions vous expliquer ce qu'il faut faire pour aller mieux* ». Dans ce verbatim, Andréa semble mettre en avant les conseils du masso-kinésithérapeute. Autrement-dit, pour elle, les masso-kinésithérapeutes apportent par le biais de leurs compétences des réponses aux questions fréquentes.

À propos du traitement du cancer du sein, les séances de masso-kinésithérapie apportent un soin physique, cependant d'après les quatre interviewées un accompagnement psychologique est également présent. Camélia explique son ressenti « *la kiné je trouve que c'est ce lien avec le côté à la fois physique et psychologique parce qu'on est sur quelque chose entre les deux* ». Andréa a également le même opinion : « *il n'y a pas que l'accompagnement physique il y a aussi l'accompagnement tout ce qui est psychologique, mental* ». Blandine quant à elle fait le lien entre le bien-être et la masso-kinésithérapie : « *Parce que ça m'aide à me sentir mieux finalement tous les soins* ». Enfin, d'après Camélia le fait que le masso-kinésithérapeute réalise un soin sur son corps physique lui apporte un soin psychique : « *Là, ça me fait du bien physiquement mais je sens aussi que ça me détend aussi dans la tête. Tout est lié* ».

La kinésithérapie semble être pour ces patientes le soulagement de blessures physiques ainsi que morales. Elles expriment une notion de lien entre le corporel et le moral. Il semblerait, d'après les propos de Camélia que travailler sur le physique améliore également le moral. Ginette Francequin avait évoqué « *la combinaison de*

soin et care » (Francequin, 2012, p.16) ; nous observons que sur le terrain, les ressentis et les descriptions des patientes se rapprochent de ces notions. Les propos des interviewées s'accordent également avec ceux de Marie-Hélène Scapin s'exprimant au sujet du masso-kinésithérapeute : « *il est un auditeur de choix pour verbaliser leur souffrance* » (dans Espié & Gorins, 2007). Le mot « auditeur », semble renvoyer à la notion d'écoute. Yves Mairesse, psychologue clinicien, livre deux aspects de l'écoute que le masso-kinésithérapeute semble effectivement pouvoir mettre à disposition des patientes : d'une part, « *[...] ouvrir un espace social où chacun pourra se sentir écouté et respecté* » et, d'autre part, assurer une « *qualité de présence [qui] repose pour beaucoup sur la primauté donnée à la réponse par rapport à la question* » (Mairesse, 2019, p. 219-220). En résumé, l'approche biopsychosociale réalisée par le masso-kinésithérapeute semble apporter un soulagement physique et psychologique aux patientes. Contribue-t-elle à une nouvelle acceptation de leur corps ?

3.2. Prise de conscience des modifications corporelles

3.2.1. Rapport au corps

Le traitement de masso-kinésithérapie est mis en place rapidement. Andréa, explique « *Tout de suite après l'opération, j'ai pu commencer les séances de kiné* ». Les patientes décrivent le besoin et l'envie de réaliser les séances. Blandine « *Je demandais que ça en fait, j'avais super hâte de commencer mes séances* ».

Les effets secondaires du cancer du sein semblent être l'une des premières raisons incitant les patientes à vouloir réaliser les séances. Les différents effets secondaires évoqués par les patientes sont le lymphœdème, les cordes axillaires, les douleurs, la/les cicatrices et la diminution de mobilité de l'épaule. Ils semblent réellement « *handicaper* » (Andréa) les patientes lors des gestes de la vie courante. Les patientes interviewées décrivent et expliquent leurs impacts :

« *j'avais hâte de venir parce que j'étais très gênée par beaucoup d'œdèmes, les tissus étaient très infiltrés voilà* » (Blandine)

« *j'avais deux cordes axillaires sous le bras qui m'empêchaient vraiment, enfin ça m'handicapait je ne pouvais pas déplier le bras vraiment même pas à 90 degrés j'y arrivais pas, tendre le bras c'était impossible, lever c'était même pas la peine une brûlure* » (Andréa)

« vous ne pouvez pas parler de la mastectomie sans parler du lymphœdème sans parler des douleurs dans le bras » (Diane)

« il y a un côté avec un sein et l'autre sans sein, il y a un déséquilibre dans le corps forcément un côté plus lourd où il y a une masse et l'autre non » (Camélia)

Une interviewée centre ses propos sur le corps image plutôt que sur le corps sentant pour faire le lien entre le lymphœdème⁴ du bras et son impact sur l'image corporelle. Cette patiente ayant une profession dans le secteur médical, elle s'exprime : *« des patientes qui ont eu des lymphœdèmes et je trouvais ça trop dur parce que là pour le coup l'image corporelle en prend un coup c'est le truc qui me fait super peur je fais tout pour ne pas en avoir »* (Blandine). Les effets secondaires imposent en parallèle de la mastectomie d'autres modifications corporelles. Pour lutter contre ces effets secondaires des traitements de masso-kinésithérapie sont mis en place.

Selon les expressions des interviewées, les traitements de masso-kinésithérapie reçus sont : *« massage de la cicatrice »* (Andréa), *« travail de la mobilité »* (Blandine), *« prise en charge des adhérences, du dos »* (Camélia) et *« travail manuel et [...] travail avec le LPG® »* (Diane). Les patientes en soulignent la plus-value, même si le soin ne semble pas toujours infradouloureux : *« Dès la première séance, moi, j'ai trouvé que j'en ai ressenti du bénéfice »* (Blandine) ; pour Andréa, le soin de masso-kinésithérapie *« a tout débloqué le bras donc vraiment ça a été vraiment souverain »* ; *« pour moi ce sont des séances qui font mal parfois mais c'est du "mal-bénéfique" »* (Camélia).

Dans les premiers temps post-opération (mastectomie ou tumorectomie), les patientes semblent avoir un rapport au corps perturbé. Cette perturbation est mécanique, mais aussi sensorielle (douleur) et symbolique (image du corps) autour du sein meurtri. Elles semblent rechercher de « l'aide » pour « débloquer » (Andréa) la situation de départ. D'après les interviewées, l'action du masso-kinésithérapeute soulage les lésions mécaniques et douloureuses, sans pour autant oblitérer ce souvenir mais permet de ne pas rester dans la situation de souffrance.

3.2.2. Evolution des perceptions

La prise de conscience des modifications corporelles par les patientes semble pouvoir être perceptible par les termes employés.

⁴ L'impact visuel du lymphœdème du bras : gonflement du bras, asymétrie des deux bras.

En amont des soins de masso-kinésithérapie, les patientes décrivent leur mastectomie en insistant sur l'aspect visuel et tactile, mais aussi en convoquant des images liées à la fermeture : Blandine évoque une « *écaille de tortue* », une « *carapace* », qui peut se rapporter à une notion de fermeture protégeant « quelque chose ». Elle ajoute : « *ça me faisait comme un carcan* » (Blandine), qui semble se rapporter à l'idée d'être condamné. Cette citation semble plus négative que les deux précédentes mais Blandine emploie l'imparfait exprimant une situation déjà finie au moment où elle le dit. Nous pouvons supposer que ce ressenti est déjà désuet grâce, entre autres aux, soins de masso-kinésithérapie. Dans un autre temps Diane formule : « *vous avez une fermeture éclair à la place du sein* ». Plusieurs notions semblent émaner de cette métaphore. Le sein ne paraît plus être un organe mais semble être remplacé par la représentation d'un objet, la « vie » ne semble plus présente dans cette partie du corps. De plus, l'image de la « *fermeture éclair* » semble transmettre l'idée d'une éventuelle réouverture et en conséquence celle d'une possible nouvelle opération à subir.

La peau « *cartonnée* » (Andréa) qui fait suite à la radiothérapie semble moins bien vécue qu'une peau « *souple* » (Andréa), antérieure aux rayons, et paraît altérer l'image corporelle des patientes. L'influence du soin de masso-kinésithérapie sur l'aspect corporel semble contribuer à une revalorisation de cette image. Ainsi, au sujet de sa cicatrice, Andréa nous exprime sa perception : « *Au début on a une grosse cicatrice mais ça s'estompe. Voilà maintenant j'ai vraiment une belle cicatrice* ». Le passage du terme « *grosse cicatrice* » à « *belle cicatrice* » fait apparaître une revalorisation de celle-ci. Nous pouvons donc suggérer que le soin induit des modifications positives de l'image corporelle des patientes, qui avait été altérée par la mastectomie et les rayons.

Enfin, les patientes décrivent l'efficacité du soin de masso-kinésithérapie en intégrant le corps dans sa globalité et non pas seulement la mastectomie. Pour elles, il permet « *de retrouver la souplesse dans le thorax* » (Blandine), « *d'être beaucoup plus élastique, beaucoup plus fluide, beaucoup plus souple après* » (Andréa) ; « *La prise en charge [...] du dos* » (Camélia) mais également de « *retrouver mon corps dans sa mobilité* » (Blandine). D'après ces patientes, le corps semble répondre positivement aux divers soins réalisés par le masso-kinésithérapeute. La « *souplesse* » (Andréa) retrouvée semble permettre aux patientes une revalorisation de leur corps.

Toutes les perceptions/descriptions des interviewées semblent concorder avec l'analyse de Marie-Hélène Scapin citée dans la partie exploration documentaire. Marie-Hélène Scapin évoque concernant la partie ambulatoire du traitement : « *le travail sur l'acceptation de leur corps par la rééducation* » (dans Espié & Gorins, 2007). Par exemple, Andréa passe du terme « *grosse cicatrice* » à « *belle cicatrice* », dans les deux cas la cicatrice est toujours présente. Cependant, l'adjectif employé par Andréa est différent. Il semblerait que les soins de masso-kinésithérapie améliorent la perception de la cicatrice d'un point de vue physique. Dans ce cas précis, les techniques cicatricielles (massages, lever d'adhérences, etc.) permettent l'amélioration de la cicatrice dont l'aspect mais aussi le statut évoluent aux yeux de la patiente.

3.3. Revalorisation narcissique

3.3.1. Réappropriation du corps

Marie-Hélène Scapin relie également le soin de masso-kinésithérapie à la « *réappropriation de leur corps* » (dans Espié & Gorins, 2007). Afin de définir davantage le terme de réappropriation, de nouvelles ressources documentaires ont été mobilisées. Le dictionnaire Cordial propose la description suivante : « *Fait de s'approprier à nouveau, de refaire sienne une culture, un bien perdu* » (Cordial, s. d.). Cette définition rejoint les propos de Blandine s'exprimant ainsi : « *retrouver son corps* ». Le cancer du sein semble amener à la perte d'une partie de son corps ou de son corps en globalité puisque, de façon générale, tous (les auteurs consultés et les interviewées) s'accordent pour exprimer la notion de se ré-emparer de son corps. Les patientes semblent se réapproprier leur corps par l'intermédiaire du traitement de masso-kinésithérapie, Camélia indique : « *Je sens que ça travaille ça fait du bien c'est constructif* ». Elle semble faire référence à quelque chose qui avance, qui peut permettre d'aboutir à des résultats positifs. Dans ce « *travail* » (Camélia) de masso-kinésithérapie, les patientes paraissent investies, engagées, comme le décrit Andréa : « *je prends soin de mon corps pour qu'il retrouve sa souplesse, venir c'est déjà une démarche* ». Qu'en est-il de l'image de soi de ces patientes en cours de traitement de masso-kinésithérapie ?

3.3.2. Image de soi

L'acceptation de ce « *nouveau corps* » en perpétuel remaniement amène les patientes à la modification de l'image d'elles-mêmes, rejoignant « *la métaphore guerrière* »

soulignée par Jérôme Goffette (Goffette, 2009). Cette métaphore retrouvée chez les quatre interviewées fait écho aux formules telles que « combattre la maladie », souvent présente en médecine et qui n'est pas propre au cancer du sein.

Andréa indique ainsi *« je prends ça comme une épreuve, un défi qui a été lancé un moment de ma vie, on le relève avec plus ou moins de facilité et plus ou moins de réussite »*. L'image de « battante » plutôt que « victime » du cancer semble ressortir du discours d'Andréa. Pour elle c'est comme une « épreuve » qui a commencé et elle doit dans tous les cas essayer de relever ce « défi ». Ces propos semblent insister sur la notion de « challenge » apparu dans sa vie : *« j'me dis, depuis le début c'est aussi une espèce de challenge. Tu as ça, tu as un cancer, il faut relever le défi, voilà moi je l'ai pris comme ça »*. Elle semble être dans une optique de « fonceuse », et semble courageusement lutter contre le cancer du sein.

Diane évoque une image combative lors de ses propos en lien avec la chimiothérapie subie : *« A l'instant T, vous ne le sentez pas trop car vous vous battez contre le truc »*. A un second moment de l'entretien, elle évoque ne pas souhaiter transmettre ses souffrances : *« je ne voulais pas, comment dire, me faire plaindre c'est vraiment un truc que je ne voulais pas. C'est peut-être pas le mot adéquat, enfin je voulais pas de compassion »* (Diane). Parallèlement à Blandine, qui en sollicitant ses proches, peut garder le moral : *« ça n'a jamais été mal, parce que j'ai toujours été soutenue par mon entourage »* (Blandine). Les deux patientes font face aux difficultés liées aux cancers avec des stratégies différentes mais avec énergie et action.

Dans la partie documentaire, j'ai souligné que Pierre Samuel évoquait « les Amazones », peuple de guerrières symbolisées comme n'ayant qu'un sein (Samuel, 1976). D'un autre côté à propos du cancer du sein, Andréa exprime : *« il ne faut pas se laisser abattre »*. L'ensemble paraît se diriger vers la notion d'une bataille. Dans les propos d'Andréa, nous retrouvons un caractère courageux. Un combat entre deux adversaires semble se mettre en place, d'un côté une femme, de l'autre le cancer. D'un point de vue métaphorique, nous pouvons relier le traitement de masso-kinésithérapie à une arme et le soignant à un allié de combat pour la guerrière/patiente utilisé contre les effets du cancer. Plusieurs outils sont mis à dispositions des patients, radiothérapie, soins de support, chirurgie, etc. pouvant être utilisés ou non et de diverses manières.

On retrouve aussi le besoin d'un retour à la paix, également souligné par Jérôme Goffette qui indiquait : « *Parfois, pour se défaire de l'inquiétude, on comprend que certaines souhaitent la mastectomie : "plus de sein" signifie "plus de source de menace et d'inquiétude à venir"* » (Goffette, 2009). Ainsi, Camélia souligne : « *je lui [chirurgien] ai dit je veux pas de risque du tout, vous m'enlevez tout, dans ma tête j'étais prête* » ou encore « *c'était plutôt un soulagement j'étais contente qu'on me débarrasse de ça* ».

Il semblerait que le masso-kinésithérapeute intervenant dans le soin du cancer du sein travaille dans un contexte où la patiente est une femme « battante »/« forte ». Les exercices masso-kinésithérapiques sont-ils un des supports permettant aux patientes d'adopter une attitude de « combattante » ?

3.3.3. Patient-acteur

D'après Diane, « *c'est le kiné qui fait en sorte que votre corps aille mieux* ». Cependant, le soin de masso-kinésithérapie ne semble pas seulement se limiter à la réalisation de séances au sein du cabinet libéral. Pour que toutes ces modifications corporelles se mettent en place et se conscientisent, le masso-kinésithérapeute rend acteur le patient par le biais d'exercices d'auto-rééducation. Pour Andréa, il permet de retrouver de « *l'autonomie* » et donc par la suite le « *self-care* ».

Les patientes décrivent une posture corporelle en fermeture. Camélia relate : « *je sens que mon corps a tendance à se mettre en boule, je me force parfois à me dire "non tiens-toi droite", on a tous tendance mais là encore plus je trouve. Je pense que c'est par protection* ». La masso-kinésithérapie en modifiant leurs postures fait prendre conscience aux patientes de leurs capacités pour reconsidérer et modifier leur schéma corporel. Le travail « d'ouverture » semble permettre un redéploiement du corps, qui lui-même incite implicitement à « s'ouvrir » au monde extérieur par le biais de la posture.

Blandine s'exprime au sujet de ses exercices : « *elle m'a donné des exercices d'étirements* ». Par le biais des étirements et de mobilisation articulaire les patientes retrouvent de la mobilité : « *j'ai l'impression d'être beaucoup plus élastique, beaucoup plus fluide, beaucoup plus souple* » (Andréa) ; « *je retrouve de la mobilité, ça a accéléré la mobilité au niveau de l'épaule* » (Blandine) ; « *au niveau de la peau je sens que ça détend tout* » (Camélia).

Pour les patientes, le masso-kinésithérapeute les dirige vers la réalisation de gestes en autonomie. Comme nous pouvons l'observer avec la réponse d'Andréa : « *Oui la kiné m'avait dit, vous pouvez le faire [réaliser les massages de cicatrice] aussi comme ça si vous sentez et si vous n'avez pas mal. Et c'est vrai que du coup de temps en temps je le faisais* » ou encore « *la kiné, [...] vous explique ce qu'il faut faire pour aller mieux* ». D'après Blandine s'exprimant au sujet des exercices donnés par la masso-kinésithérapeute : « *oui je les fais* » ou par rapport aux soins « *c'est aussi moi qui ai un rôle à jouer dedans* ». Identiquement Camélia rejoint les propos des autres interviewées concernant les manœuvres : « *J'avais commencé un petit peu mais j'ai pas voulu faire de "bêtises" j'ai attendu d'avoir les bons renseignements pour me lancer à faire des mouvements* ». Les explications du masso-kinésithérapeute ont permis à Camélia d'agir et de réaliser des exercices : « *Elle m'a expliqué dès la première séance [...] puis après d'autres, tout le long des séances [...]. Et donc je les fais le matin systématiquement* ». L'encouragement régulier et le rôle de soignant semble amener en quelque sorte les patientes à accomplir les exercices.

Au-delà des bienfaits thérapeutiques qu'ils peuvent engendrer, il semblerait que les exercices de masso-kinésithérapie permettent de passer de soins passifs (que la patiente subit, tels que la tumorectomie, la mastectomie ou les rayons) à des soins actifs (dans lesquels elle est actrice du traitement).

Cette section dédiée au « patient-acteur » rejoint les propos de Jean-Pierre Beziau masseur-kinésithérapeute. D'après lui les soins de masso-kinésithérapie de façon générale c'est « *donner [...], un goût de vivre, du plaisir de bouger* » (dans Francequin, 2012, p.159). Par l'intermédiaire d'exercices recommandés ou exigés par le kinésithérapeute, les patientes semblent retrouver au fur et à mesure l'envie de faire par elles-mêmes. Les soins tels que la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie semblent à l'inverse être des soins où le patient est « passif ». Comme le signale Andréa dans son discours « *toute l'équipe de radiothérapie était super. C'est un rendez-vous tous les soirs, ils ont été sympa [...] c'est presque dommage de les laisser, de les quitter, car après on se sent un petit peu tout seul. C'est un peu comme un enfant à qui on lâche la main en lui disant maintenant tu vas avancer tout seul [...]* ». La masso-kinésithérapie quant à elle vise à ramener le patient vers l'autonomie après tous les soins réalisés. Cette étape semble essentielle pour permettre un retour dans la vie active.

Camélia aborde un autre point clé en lien direct avec la modification corporelle : la reconstruction mammaire. Le masso-kinésithérapeute semble avoir à un rôle déterminant dans l'optique d'une éventuelle reconstruction mammaire. Elle indique :

« Je pense que la kiné doit aussi aider à accepter son nouveau corps, avec le recul j'y pense, le fait de travailler la cicatrice, qu'elle soit plus jolie, de préparer si on le souhaite bien sûr à la reconstruction parce que c'est vrai je me souviens d'une séance où la kiné m'a dit " votre cicatrice est super au niveau d'adhérence c'est bien vous être bientôt prête pour la reconstruction " ça m'a fait plaisir, je me suis dit elle me prépare à une autre étape donc ça c'est chouette ».

En somme le traitement de masso-kinésithérapie semble être « *indispensable* » (Diane) et les patientes « *recommande[nt]* » (Camélia) cette technique de soin, qui permet de se réapproprier son corps et de se projeter dans un avenir.

4. Appréciation de l'étude

4.1. Synthèse des apports et discussion des hypothèses

Cette synthèse reprend les éléments clés étudiés dans l'analyse. Elle prétend éclairer la problématique (comment le traitement de masso-kinésithérapie influence-t-il l'image corporelle et l'estime de soi des patientes confrontées à une mastectomie liée à un cancer du sein ?) ainsi qu'infirmer, confirmer ou préciser les hypothèses établies : le traitement de masso-kinésithérapie permettrait ou accompagnerait chez les patientes une acceptation de leur corps modifié par les traitements (hypothèse 1) ; le travail sur le corps mené par le masso-kinésithérapeute associé à une écoute des patientes favoriserait leur projection dans un avenir (hypothèse 2) ; la reconquête de leur intégrité corporelle contribuerait à la revalorisation des patientes, à leur estime d'elles-mêmes (hypothèse 3).

D'après les interviewées, le lien entre le cancer du sein et l'image corporelle ne semble pas être seulement l'action chirurgicale sur le corps, avec la mastectomie (ou la tumorectomie). Il semblerait que d'autres facteurs imputent l'image corporelle de ces patientes en lien avec l'estime de soi. L'image d'elles-mêmes pour elles-mêmes ainsi que l'image renvoyée aux autres semblent être affectées. Par exemple, Blandine indique : « *En fait voilà c'était par rapport aux autres... de ne pas être symétrique ça me gênait un petit peu* ». Quant à Diane, elle s'exprime à deux reprises sur ce sujet au cours de l'entretien de recherche : « *la seule chose qui était difficile*

c'est comment les autres vous regardent », « cette image de cancéreux que vous renvoyez aux autres qui est la plus dure je trouve ».

Même si une reconstruction mammaire est envisagée, elle exige un temps de préparation en amont, qui amène les patientes interviewées à mettre en place des moyens pour dissimuler leur mastectomie comme l'utilisation d'une « *prothèse en mousse* » (Blandine) dans leur soutien-gorge. Mais aussi, des stratégies qui marquent l'investissement ou le réinvestissement d'autres zones du corps que le ou les seins comme supports de féminité. Les moyens mis en œuvre évoqués par les interviewées sont axés sur une visibilisation de la féminité par l'utilisation du maquillage, pose de vernis à ongles, utilisation de foulards sur la tête ou de manière moins visible l'utilisation de crème pour le corps.

Toutefois ces pratiques ne semblent pas être réellement considérées comme un choix par les patientes : « *c'est à ce moment-là que vous êtes vraiment obligée de faire attention et de prendre soin de votre corps* » (Diane). Elles souhaitent être « convenables » pour le monde extérieur, manifestant une conformité à certains modèles de féminité (tel que le modèle d'une femme maquillée ou apprêtée) mais aussi le réinvestissement d'une place qui n'est pas celle de malade subissant des soins. L'analyse thématique a mis en évidence que le masso-kinésithérapeute semble pouvoir agir sur certains de ces besoins par des soins sur le corps (par exemple : réduction de l'œdème, lever des adhérences cicatricielles, rétablissement de la mobilité articulaire) mais aussi sur le positionnement des patientes comme actrice de leur prise en charge.

Le rapport au corps des patientes semble très clairement affecté par les effets secondaires qu'elles subissent. Il semble se dessiner une première étape « critique » lors de leur arrivée au cabinet de masso-kinésithérapie. Elles expriment cela comme un « *handicap* » (Andréa) au niveau de leur bras homolatéral à la pathologie. Nous pouvons facilement imaginer la difficulté de prendre soin de soi lorsqu'un de nos deux bras est « *handicapé* » (Ibidem). Elles semblent à la recherche d'aide pour être « *débloquées* » (ibidem) dans les gestes tels que lever le bras ou encore pour réguler le « *déséquilibre* » (Camélia) induit par la mastectomie. Il semble que les premiers traitements mis en place par le masso-kinésithérapeute pour lutter contre les effets secondaires permettent de faire céder cet état critique petit à petit : « *ça a été vraiment*

souverain » (Andréa), *« je suis ressortie avec pratiquement le bras en autonomie »* (Ibidem).

La prise de conscience de ces modifications corporelles a pu être mise en évidence par les termes utilisés au fur et à mesure de l'entretien. Ils ont pu être classés en avant/après soin de masso-kinésithérapie car plusieurs des représentations corporelles des patientes semblent s'être modifiées : *« Au début on a une grosse cicatrice mais ça s'estompe. Voilà maintenant j'ai vraiment une belle cicatrice »* (Andréa). De plus, d'après les patientes les soins semblent être *« constructifs »* (Camélia). De façon générale même si cela peut parfois être douloureux elles décrivent le soin de façon *« positive »* : c'est un *« mal-bénéfique »* (Camélia). L'analyse thématique a montré que les patientes semblent se ré-emparer à nouveau de leur corps entre autres grâce aux soins de masso-kinésithérapie.

D'autre part, d'après les quatre interviewées, les traitements de masso-kinésithérapie mis en place permettent un soulagement physique ainsi que moral. Par exemple, Camélia l'exprime à deux reprises lors de son entretien : *« la kiné je trouve que c'est ce lien avec le côté à la fois physique et psychologique parce qu'on est sur quelque chose entre les deux »* ou encore *« Là, ça me fait du bien physiquement mais je sens aussi que ça me détend aussi dans la tête. Tout est lié »*. Compte tenu des enjeux de la mastectomie pour le corps et l'estime de soi des patientes relevés dans cette recherche et conformément aux compétences de la profession de masso-kinésithérapie, l'approche biopsychosociale semble avoir un intérêt capital.

Enfin, l'image de soi des interviewées qui émerge est une image en lien avec la *« métaphore guerrière »* (Goffette, 2009) faisant référence à une lutte contre la maladie. Nous pouvons nous demander si le masso-kinésithérapeute par le biais de ces exercices amène une attitude positive et autonome ou bien si c'est l'attitude battante et courageuse des femmes qui les amènent à réaliser les exercices de masso-kinésithérapie. Pour répondre à la question, nous avons pu voir dans l'analyse que les encouragements et le suivi du soignant permettaient aux patientes d'adopter une attitude active. Ces actions influencent l'image de soi des patientes, grâce à une revalorisation de l'estime de soi en appui sur une réappropriation du corps, même si celui-ci a été modifié par le cancer (chirurgie et autres traitements).

En résumé, il ressort de l'analyse que le traitement de masso-kinésithérapie favorise chez les patientes une acceptation de leur corps – H1 – en apportant des soins

physiques, soulageant les lésions douloureuses et mécaniques ; par ailleurs, le travail sur le corps mené par le masso-kinésithérapeute associé à une écoute mais aussi à une mobilisation des patientes en tant qu'actrices de leur traitement – H2 et H3 – favorise la réappropriation d'une mobilité corporelle, par exemple au niveau du bras, mais également psychique avec la possibilité de se projeter dans l'avenir, d'envisager de nouvelles étapes telles que la reconstruction mammaire.

4.2. Intérêts de l'étude

Les intérêts de ce mémoire peuvent se subdiviser en deux parties : les apports de l'étude concernant la profession de masso-kinésithérapie et les apports pour l'enquêteur en lien avec sa future pratique professionnelle.

Dans un premier temps, cette recherche en sciences humaines et sociales a permis d'analyser la posture des patientes par rapport au soin de masso-kinésithérapie après un cancer du sein. Leurs témoignages et leurs opinions sur les pratiques de masso-kinésithérapie ont permis de repérer leurs stratégies mises en place post-mastectomie (ou tumorectomie). Les patientes ont transmis de multiples informations lors des entretiens. Ces informations transmises ont permis d'enrichir ma compréhension du sujet : le corps et sa lésion ne se limitent pas à la zone directement touchée (le sein ou la mastectomie) ; par exemple, se posent aussi la question de la perte des cheveux, la limitation très importante liée à la corde axillaire, le lymphœdème etc.

Dans un deuxième temps, cette étude m'a permis d'approfondir et de compléter la préparation de ma future pratique professionnelle. Dans le cadre de ce mémoire en sciences humaines et sociales, la partie investigation a été réalisée à l'aide d'un outil fort : l'entretien. Ce choix me semblait pertinent dès le début de l'approche de mon mémoire et s'est renforcé au fil de celui-ci. Cette approche se dessinait comme une opportunité de pouvoir rencontrer des patientes, d'obtenir un temps consacré en face-à-face pour échanger au sujet de leurs opinions, ressentis, vécus, dans l'objectif d'une future pratique professionnelle de santé. S'ouvrir aux ressentis des patientes « comme on pourrait prendre un café avec une amie », toutefois dans un contexte de recherche, m'a permis de réaliser que le cancer « *il faut se surveiller [...]. En fait, il ne faut pas se dire que ça n'arrive qu'aux autres, voilà ce n'est pas comme un accident, ce n'est pas comme quand vous tombez dans un escalier, ça peut arriver à n'importe qui il faut prendre soin de soi* » (Diane). De plus, cette recherche a consolidé ma représentation de la place des « patients » dans le soin. Comme l'indiquait Diane, ils ne sont pas que

« des cas ». J'ai aussi appris l'importance de positionner le patient comme acteur de ses soins et ainsi l'accompagner à dépasser les étapes difficiles qu'il subit.

Le masso-kinésithérapeute réalise lors du premier rendez-vous du patient un bilan diagnostic kiné (BDK) incluant une anamnèse nécessitant un échange entre soignant/soigné. L'exercice de mener un entretien semi-directif me paraît un entraînement des plus précieux. L'anamnèse et l'entretien semi-directif semblent avoir plusieurs points communs : la condition du face-à-face, le nombre conséquent d'information à analyser, et le suivi d'une grille préétablie pouvant se modifier au cours de l'entrevue.

Par la suite le travail de retranscription réalisé par le biais des enregistrements audio a permis un feedback des propos des patientes mais également d'entendre sa propre intonation de voix et ses formulations de phrases. Cela m'a permis de comprendre l'intérêt de questions concises et précises permettant ainsi une réponse adéquate. L'analyse précise et développée d'un discours patient est enrichissant pour ma pratique future. Effectivement, l'analyse des verbatims m'a permis de réaliser la richesse des mots et les propos pouvant se dissimuler dans un discours.

Dans un troisième temps, cette étude m'a convaincue d'accompagner les patients vers la sortie d'un état de dépendance aux soins et de permettre ainsi de les rendre acteurs de leur santé. La médecine actuelle semble tendre vers cela avec les nouveaux dispositifs mis en place par exemple : éducation thérapeutique et l'accompagnement.

En amont de ce mémoire, la notion « d'écoute » me paraissait disposer d'une place importante au sein du métier de masso-kinésithérapeute. Ce mémoire et les propos de Jean-Pierre Beziau, masseur-kinésithérapeute, me confirment et ancrent la notion que le soin commence déjà par une écoute attentive « *Je sais maintenant que l'essentiel est l'écoute des autres, pour mieux connaître la maladie, la réflexion qui doit toujours précéder l'action pour le mieux-être* » (cité par Francequin, 2012, p.161, op. cit.).

Enfin, concernant les forces de cette étude nous pouvons noter que d'un point de vue réglementaire elle a été validée par un comité de protection des personnes. En rappelant les missions d'un CPP, nous pouvons observer les exigences de celui-ci d'un point de vue « *méthodologique* » ainsi que la « *pertinence* » de l'étude. D'après l'article de l'agence régionale de santé (ARS) : « *Les CPP se prononcent sur les conditions dans lesquelles le promoteur de la recherche assure la protection des*

personnes et notamment des participants, sur le bien-fondé et la pertinence du projet de recherche et sur sa qualité méthodologique ». (ARS, 2017)

4.3. Limites de l'étude

Certaines limites sont décelables à cette étude. Tout d'abord, comme précisé dans la partie exploration documentaire en référence à Pierre Bréchon (Bréchon, 2011), la qualité de l'étude qualitative n'est pas liée aux nombres d'entretiens réalisés. Toutefois, l'étude ne semble pas être arrivée à « *saturation* ». Lors du dernier entretien réalisé, de nouvelles informations étaient observées. Dans cette mesure, quelques entretiens supplémentaires auraient peut-être permis d'approfondir le sujet.

D'autre part dans l'objectif de réaliser des entretiens, la prise de contact avec les interviewées s'est effectué par le mode d'accès indirect. Je suis consciente que cette méthode était un biais pour mon étude. Toutefois, le public ciblé pour cette étude est lié au principe du secret professionnel. De plus, le choix des interviewées a été réalisé à mon insu par l'intermédiaire de la masso-kinésithérapeute. Néanmoins rappelons que toutes les méthodes de recrutement ne sont pas parfaites (Bréchon, 2011).

Ensuite, cette étude aurait pu mettre en lumière d'autres points de vue. La réalisation d'entretien auprès des masso-kinésithérapeutes semblait pertinente pour conforter ou infirmer les opinions des patientes. La confrontation des discours aurait pu permettre de percevoir une différence ou non entre les traitements voulant être réalisés et ceux réellement effectués. Dans le cadre fixé par mes études, le temps qui m'était imparti n'a pas permis ces entretiens supplémentaires. De plus au fur et à mesure de l'avancement de mon travail d'analyse j'ai réalisé que la question « Avez-vous des connaissances dans votre entourage ou des professionnels que vous consultez, pour vous aider dans ce cheminement de la reconquête de votre corps ? » aurait peut-être été pertinente. La reconquête corporelle comme étudiée est physique mais également psychologique. Cette information aurait pu apporter des éléments supplémentaires montrant peut-être une différence entre les patientes accompagnées et celles non accompagnées. D'autre part, aux prémices de mon étude, il me semblait pertinent de recruter des patientes étant « en cours » de traitement de masso-kinésithérapie. Mais, après réflexion concernant mon mémoire s'intéresser à l'opinion des patientes dont les soins sont terminés aurait pu être pertinent.

Par ailleurs mon étude n'a pas permis de mettre en lien la place du masso-kinésithérapeute par rapport aux autres soins et professionnels de santé intervenant

dans le cadre de cette pathologie. Autrement dit, il semblerait intéressant de prendre en compte l'ensemble de la sphère médicale dans laquelle les patientes se soignent pour ainsi définir leurs complémentarités. D'autre part, l'analyse a montré des patientes actrices de leur prise en soin, néanmoins le terme « patientes » faisant référence à la patience aurait pu être exploré. Ce terme semble inadéquat par rapport au rôle repéré de celles-ci pendant les soins de masso-kinésithérapie.

Enfin, le rôle d'enquêteur n'est pas inné. D'après Stéphane Wahnich, directeur de l'institut d'études et de sondages SCP Communication, « *la valeur de l'analyse dépend intrinsèquement de la qualité humaine de ceux qui fabriquent l'étude* » (Wahnich, 2006). Je peux modestement ajouter le biais de « l'apprenti enquêteur » à cette étude. Même si en amont, la réalisation de cette enquête de terrain a été travaillée, c'est une approche demandant de la rigueur et du savoir-faire. De plus, lors des différents entretiens dans l'objectif d'une transparence et d'une compréhension du sujet par les interviewées, je me suis présentée en tant qu'étudiante en masso-kinésithérapie. Nous pouvons supposer une posture différente des patientes vis-à-vis de leur intervieweur selon l'identité qu'il met en avant. Cette idée reste une hypothèse que je n'ai pas vérifiée, ne m'étant pas présentée d'une autre manière à mes enquêtées.

V. CONCLUSION

L'objet d'étude de ce mémoire est « l'image corporelle des patientes confrontées à un cancer du sein » en lien avec la profession de masso-kinésithérapie. Cette recherche en sciences humaines et sociales a utilisé une approche qualitative par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs dans l'objectif de comprendre comment le traitement de masso-kinésithérapie influence l'image corporelle et l'estime de soi des patientes confrontées à une mastectomie liée à un cancer du sein.

La partie exploration documentaire a permis de souligner la complexité de ce thème. La représentation du sein est une variable se modifiant selon les époques, les cultures et les individus. Quant à l'image corporelle, elle représente une dimension abstraite et propre à chaque individu. Cependant cette notion est en lien directe avec le cancer du sein. C'est dans ce contexte délicat que les professionnels de santé doivent adapter les traitements pour répondre au mieux aux besoins de chaque patiente.

C'est par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs en face-à-face avec des patientes atteintes du cancer du sein que ce mémoire a permis d'apporter des réponses à cette problématique. Une analyse qualitative a pu être réalisée grâce à la retranscription mot-à-mot de chaque entretien. Par la suite le choix de l'analyse thématique a permis de croiser les verbatims des patientes et ainsi permettre d'identifier les cohérences thématiques.

L'interprétation des entretiens a pu mettre en avant que l'image de soi, en cas de cancer du sein, était impactée par un ensemble de facteurs dont la mastectomie. L'estime de soi des patientes est apparue comme modifiée, atteinte. Autrement dit, les patientes ont décrit être affectées par le regard des autres sur leurs corps (ou ce qu'elles percevaient du regard des autres). Les interviewées décrivent mettre en place plusieurs stratégies pour pallier les perturbations mécaniques, sensorielles et symboliques du sein atteint. Néanmoins il semble apparaître une période délicate où la nécessité de soins de masso-kinésithérapie se fait ressentir par les patientes, en raison entre autres de la corde axillaire.

La partie synthèse des apports et discussion des hypothèses a permis de mettre en lumière des éléments répondant à la problématique. Les soins physiques menés par le masso-kinésithérapeute, et plus précisément, le soulagement des lésions mécaniques et douloureuses chez les patientes favorise l'acceptation de leur corps. D'autre part, ces soins corporels associés à une écoute mais aussi à une sollicitation

des patientes à devenir actrices de leur traitement favorisent la réappropriation d'une mobilité corporelle ainsi que psychique. Ceci entraîne la possibilité pour les patientes de se projeter dans l'avenir et d'envisager de nouvelles étapes, telles que la reconstruction mammaire.

Ma recherche s'est organisée autour de l'influence de la masso-kinésithérapie sur l'image de soi de patientes atteintes d'un cancer du sein. À son issue, de nouvelles questions ont été soulevées notamment celle de l'impact du terme « patiente » dans une prise en soin où les interviewées semblent être nécessairement actrices de celle-ci. D'autre part, ce mémoire m'amène à questionner la place du masso-kinésithérapeute auprès et en lien avec les autres professionnels de soin (exercice pluridisciplinaire) autour de l'image corporelle dans le contexte de la mastectomie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARS. (2017). *Comité de protection des personnes*. Consulté le 10 mars 2020, à l'adresse <http://www.ars.sante.fr/comite-de-protection-des-personnes-1>
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques* (4e édition augmentée). Paris : La Découverte.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'entretien* (2e éd. refondue.). Paris : Armand Colin.
- Bréchon, P. (2011). *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Cancéropôles. (2018). *7 Cancéropôles, accélérer la recherche sur le cancer*. Consulté 10 janvier 2020, à l'adresse <http://www.7canceropoles.org/>
- Chevalier, J., & Gheerbrant, A. (1982). *Dictionnaire des symboles : Mythes, rêves, coutumes, gestes, formes, figures, couleurs, nombres*. Paris : Robert Laffont.
- Cohen, A. (1954). *Le livre de ma mère*. Paris : Gallimard.
- Cordial. (s. d.). *Définition : Réappropriation - Le dictionnaire Cordial*. Consulté 05 février 2020, à l'adresse <https://www.cordial.fr/dictionnaire/definition/r%C3%A9appropriation.php>
- Durry, A., Baratte, A., Mathelin, C., Bruant-Rodier, C., & Bodin, F. (2019). Satisfaction des patientes après reconstruction mammaire immédiate : Comparaison entre cinq techniques chirurgicales. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 64(3), 217-223. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2018.12.002>
- Espié, M., & Gorins, A. (2007). *Le sein. Du normal au pathologique : Etat de l'art* (3e édition). Paris : Eska.
- Fitoussi, A., & Rixe, O. (2006). *Cancer du sein : Guide à l'usage des femmes* (3e édition.). Paris : Bash.

- Francequin, G. (dir.). (2012). *Cancer du sein : Une féminité à reconstruire*.
Toulouse : Eres.
- Fugier, P. (2010). *Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques*. Consulté 22 juin 2019, à l'adresse <https://www.revue-interrogations.org/Les-approches-comprehensives-et>
- Goffette, J. (2009). Le sein entre corps, symbole et expérience de la maladie. *Leçon Charles-Marie Gros*. 31es Journées de la SFSPM, Lyon.
- Hecquet, M. (2018). Après le cancer : Reconnaître la détresse émotionnelle et l'anxiété pour avancer. *Le Journal des psychologues*, 353, 62-66.
- Hennezel, M. de. (1995). *La mort intime : Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*. Paris : Robert Laffont.
- Hoerni, B., Rouëssé, J., & Godet, J. (2014). *Dictionnaire historique des cancers : D'Hippocrate à nos jours*. Paris : Frison-Roche.
- Institut national du cancer. (2019a). *Définition mastectomie*. e-cancer. Consulté 24 juin 2019, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/M/mastectomie>
- Institut national du cancer. (2019b). *Estime de soi, cancer du sein*. Consulté 24 juin 2019, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Estime-de-soi>
- Institut national du cancer. (2019c). *Les cancers en France en 2018 : L'essentiel des faits et chiffres (édition 2019)*. Consulté 23 juin 2019, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-en-2018-L-essentiel-des-faits-et-chiffres-edition-2019>
- Institut national du cancer. (2020). *Plan cancer 2014-2019*. e-cancer. Consulté 15 janvier 2020, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il>

- Israel, L. (2010). *Le cancer : De quoi s'agit-il ? Où en est-on ?* (p. 139). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.acad.2010.01.0139>
- Jeuge-Maynard, I. (dir.). (2019a). *Définitions : Image - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 27 juin 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/image/41604>
- Jeuge-Maynard, I. (dir.). (2019b). *Définitions : Sein - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 23 juin 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sein/71850>
- Kamina, P. (2014). *Anatomie clinique. Tome 3, Thorax, abdomen*. Paris : Maloine.
- Mairesse, Y. (2019). « Écoute clinique ». In Vandeveld-Rougale A. & Fugier P. (dir.), *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 219-220). Toulouse : Erès.
- Reboul, P. (2014). *Les modifications de l'image corporelle en fin de vie et ses retentissements*. N° 118(3), 5-12.
- Rey-Debove, J., & Rey, A. (dir.). (2002). *Le nouveau petit Robert*. Paris : Dictionnaires le Robert.
- Rouëssé, J. (2011). *Une histoire du cancer du sein en Occident : Enseignements et réflexions*. Paris : Springer.
- Samuel, P. (1976). Les amazones : Mythes, réalités, images. *Les cahiers du GRIF*, 14(1), 10-17. <https://doi.org/10.3406/grif.1976.1113>
- Santé Publique France. (2019). *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2017-2018*. Consulté 20 janvier 2020, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2017-20182>
- Sohn, L. (2015). *La Guerre des tétons*. Neuilly-sur-Seine : Michel Lafon.

Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Malakoff : Dunod.

Wahnich, S. (2006). *Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique*. Consulté le 16 mars 2020 à l'adresse <http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>

Zolesio, E. (2011). *Anonymiser les enquêtés. N°12-Quoi de neuf dans le salariat ?*
Consulté 22 juin 2019, à l'adresse <http://www.revue-interrogations.org/Anonymiser-les-enquete>

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Document information patient

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Tableau I de présentation des interviewées

Annexe IV : Résumé entretien – Patiente Andréa

Annexe V : Résumé entretien – Patiente Blandine

Annexe VI : Résumé entretien – Patiente Camélia

Annexe VII : Résumé entretien – Patiente Diane

ANNEXE I : Document information patient : *Modèle anonymisé*

PLACE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE DANS LA REAPPROPRIATION DE L'IMAGE CORPORELLE DES PATIENTES AYANT SUBI UNE MASTECTOMIE

N° ID RCB: [Numéro]

Version n° 2 du [Date]

DOCUMENT D'INFORMATION

<u>Promoteur</u>	<u>Coordonnées de la personne contact au niveau du promoteur</u>	<u>Coordonnées L'investigateur coordonnateur</u>
[Nom] [Adresse] SIREN : [Numéro]	[Nom] [Adresse] [Numéro de téléphone] [Mail]	HERMILLON Cindy [Adresse] [Numéro de téléphone] [Mail]

Dans le cadre du mémoire de fin d'études de masso-kinésithérapie, encadré par M. BOUDRAHEM Samir, référent quatrième année et enseignant au sein de l'Université Claude Bernard Lyon 1 et Mme VANDEVELDE-ROUGALE Agnès, directrice de recherche pour ce mémoire.

Objectif de l'étude

Mme HERMILLON Cindy propose de participer à un projet de recherche qualitative dont le thème est « *la masso-kinésithérapie et la réappropriation de l'image corporelle de patientes ayant subi un cancer du sein* ».

En effet, pendant mes études, j'ai découvert un grand nombre d'étapes figurant dans le parcours de soin des patientes ayant subi un cancer du sein. Plus précisément, en masso-kinésithérapie, les techniques utilisées ainsi les approches soignant-soigné m'ont rapidement intéressée. Notamment, concernant le lien avec l'image corporelle. C'est pourquoi, aujourd'hui, je souhaite réaliser une recherche plus approfondie des relations entre l'image corporelle, le cancer du sein et la masso-kinésithérapie.

Déroulement

Réalisation d'un entretien semi-directif en face-à-face avec Mme HERMILLON Cindy. Pendant cet entretien, nous échangerons sur différents thèmes, soins, socialisation, image corporelle. Mon objectif est précisément de mieux comprendre votre point de vue ainsi que votre ressenti.

- Votre participation consiste à participer à un entretien en face-à-face.
- Toutes les données recueillies seront anonymisées.
- Vous êtes libre d'accepter ou de refuser l'entretien. De plus, vous pouvez, à tout moment, demander l'arrêt de votre participation.

- Vous pouvez poser toutes les questions qui vous paraissent utiles.
- L'étude ne nécessite aucune mesure invasive.
- Vous pouvez participer simultanément à une autre recherche.
- La participation ne fera l'objet d'aucune rétribution.
- L'entretien sera enregistré, si vous le permettez. Cet enregistrement sera seulement utilisé pour complément à la prise de notes. Vous pouvez, à tout moment, demander l'arrêt de cet enregistrement sans vous justifier.
- Vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse pour mon mémoire et ne seront jamais reliées à vos noms et prénoms.

Informations réglementaires

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données, vous pouvez :

- Demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant
- Vous opposez au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises
- En cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission National de de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>

Traitement des données

Personne désignée comme responsable du traitement des données par le promoteur

HERMILLON Cindy

[Adresse]

[Numéro de téléphone]

[Mail]

Le traitement informatisé des données nominatives est conforme aux dispositions de la loi 2012-300 du 5 mars 2012, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Conformément à l'arrêté du 11 août 2008 fixant la durée de conservation par le promoteur et l'investigateur des documents et données relatifs à une recherche biomédicale autre que celle portant sur des médicaments à usage humain, elles seront ensuite archivées durant au moins 15 ans.

Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier.

Cette étude a reçu l'accord du Comité de Protection des Personnes sous la référence

interne [Référence]

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au [Numéro de téléphone] pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

HERMILLON Cindy

Je soussignée Mme (Nom, Prénom) :

déclare avoir été bien informé(e) sur l'étude « PLACE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE DANS LA REAPPROPRIATION DE L'IMAGE CORPORELLE DES PATIENTES AYANT SUBI UNE MASTECTOMIE ». J'accepte de participer à cette étude dans les conditions précisées ci-dessus.

Fait à, en deux
exemplaires dont un est remis à
l'intéressé(e).

Signature du patient :

ANNEXE II : Guide d'entretien

PLACE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE DANS LA REAPPROPRIATION DE L'IMAGE CORPORELLE DES PATIENTES AYANT SUBI UNE MASTECTOMIE

N° ID RCB: [Numéro]

Version n° 1 du [Date]

ENTRETIEN

INTRODUCTION

- **Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?**
 - *Age ; profession ; situation familiale ; enfants ?*
 - *Si oui, combien avec allaitement ou non et pourquoi ?*

THEME 1 - DEFINIR LE CONTEXTE

a) MASTECTOMIE

- **Pourriez-vous me parler de votre expérience de la mastectomie ?**
 - *Comment avez-vous vécu votre opération ? Et l'après ?*
 - *Cela a-t-il changé quelque chose pour vous laver, vous habiller, vous regarder ?*
 - *Comment ont réagi vos proches ?*
 - *L'opération a-t-elle changé votre perception de votre corps ? En quoi ? Qu'avez-vous fait ?*
 - *La mastectomie se situe au niveau de votre sein gauche ou droit ?*
 - *Et si cela avait été l'autre sein ?*

b) MASSO-KINESITHERAPIE

- **A quelle période, après votre opération a débuté votre prise en charge en kinésithérapie ? Comment l'avez-vous vécue ?**
- **Qu'avez-vous ressenti avant/pendant/après les séances, en fonction des soins faits ?**
- **Qu'avez-vous pensé des soins de kinésithérapie ?**
 - *Après la mastectomie, qui vous a adressé vers un kinésithérapeute ?*
 - *Avez-vous choisi ou changé votre kinésithérapeute ?*

- *Si oui, qu'est-ce qui vous a amenée à en changer, comment avez-vous choisi le nouveau ?*
- Avant la mastectomie, avez-vous déjà fait de la kinésithérapie ?
 - *Si oui, dans quel contexte ?*
 - *D'après vous, faire de la kinésithérapie après une mastectomie est-ce pareil qu'après votre expérience précédente ? Si oui/sinon, en quoi ?*

THEME 2 – SOINS

- Avez-vous (*sur la demande du kinésithérapeute*) effectué des exercices de kinésithérapie à la maison ?
 - *Que ressentez-vous quand vous faites ces exercices à la maison ?*
 - *Où faites-vous vos exercices à la maison ?*
- Qu'envisagez-vous de faire au niveau corporel ?
 - *Que pensez-vous de la reconstruction mammaire ?*
- Avez-vous eu recours à d'autres méthodes ou techniques autres que la kinésithérapie ? Le cas échéant, que vous ont-elles apportées ?
- Face à une patiente ayant un cancer du sein, que lui conseilleriez-vous ?
 - *Et, plus spécifiquement, dans le domaine de la masso-kinésithérapie ?*

THEME 3 – SOCIALISATION

- **Entre avant et après la mastectomie, pensez-vous que vos activités professionnelles et extraprofessionnelles ont évolué et/ou changé ?**
 - *Si oui, en quoi ? Qu'en pensez-vous ? Pensez-vous que cela soit lié à la façon dont vous vous sentez et vous voyez ? Ou/et à la façon dont vous vous sentez vue par les autres ?*

THEME 4 - IMAGE CORPORELLE – MASSO-KINESITERAPIE

- **Selon vous, les soins de masso-kinésithérapie jouent-ils un rôle dans la façon dont vous appréhendez votre corps, et comment ?**
- **Comment décririez-vous votre féminité ?**
 - *D'après vous, y a-t-il un avant/après la mastectomie ?*
 - *Et un avant/après les soins de masso-kinésithérapie, et en quoi ?*

CONCLUSION

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? Y a-t-il une question que je ne vous ai pas posé et à laquelle vous aimeriez répondre ?
- Avez-vous des questions sur ma recherche ?
- Pourquoi avez-vous accepté de participer à ma recherche ?

Remerciement

ANNEXE III : Tableau I de présentation des interviewées

INTERVIEWEES CARACTERISTIQUES SOCIALES	ANDREA	BLANDINE	CAMELIA	DIANE
AGE	[Environ 50 ans]	[Environ 40 ans]	[Environ 50 ans]	[Environ 50 ans]
SEXE	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin
PROFESSION	Chargée de clientèle	Profession médicale	Métier de la bureautique	Travail dans le secteur tertiaire
SITUATION FAMILIALE	Mariée	Mariée	Mariée	Mariée
ENFANTS	Un enfant	Trois enfants	Un enfant	Deux enfants
SITUATION ENVIRONNEMENTALE	Rural	Périurbain	-	-
MASTECTOMIE/TUMORECTOMIE	Tumorectomie	Mastectomie	Mastectomie	Mastectomie
SEIN PATHOLOGIQUE	Gauche	Gauche	Gauche	Droit
TRAITEMENT DE MASSO-KINESITHERAPIE	En cours	En cours	En cours	En cours
DUREE DES ENTRETIENS	1 heure	30 minutes	45 minutes	2 heures

ANNEXE IV : Résumé entretien – Patiente Andréa

Andrea a environ 50 ans, elle est mariée et a un enfant qu'elle a allaité pendant un mois et demi puis n'avait plus suffisamment de lait maternel. Elle habite en campagne et travaille dans une grande entreprise, elle est chargée de clientèle. C'est lors d'une mammographie de contrôle que des microcalcifications ont été détectées dans son sein gauche. Dans l'objectif de détailler ce diagnostic le radiologue lui avait prescrit une échographie de contrôle. Pour finir une biopsie mammaire a confirmé le diagnostic de cancer du sein. La prise en charge globale d'Andréa a été : une tumorectomie associée à une radiothérapie et hormonothérapie. Andrea n'a pas eu de chimiothérapie. En s'exprimant au sujet de toutes ces étapes, elle décrit avoir été soutenue par son compagnon et son entourage. De plus, elle a apprécié le discours franc et l'accompagnement de la part des soignants pendant ces étapes. Pour Andréa le cancer semble se présenter comme un « *challenge* », un « *défi* » et d'après elle un cancer du sein touche la féminité. Cependant, elle décrit que rien n'a changé vis-à-vis de la perception de son corps. Sauf au début où elle n'était pas sûre entre mastectomie ou tumorectomie : à cette étape-là elle doutait mais elle a « *occulté* » cela puisqu'elle a subi une tumorectomie. Juste après l'opération, elle a pu commencer les séances de masso-kinésithérapie. La nécessité dans un premier temps était les deux cordes axillaires qui se situaient sous son bras. Elle se décrit comme vraiment « *handicapée* » par les effets secondaires. Elle décrit les séances de masso-kinésithérapie comme « *appréciables* » et bénéfiques car elles lui ont permis de retrouver son « *autonomie* ». Elle insiste sur l'effet « *souverain* » des soins de masso-kinésithérapie. Elle précise également que sa « *cicatrice cartonnée* » en bénéficiant de massage par le praticien a permis son amélioration d'un point de vue cutané trophique. Des exercices de masso-kinésithérapie lui sont donnés tels que des étirements, des exercices de respiration et du Pilate réalisés au cabinet. Les soins de masso-kinésithérapie sont décrits autant comme un accompagnement physique que psychologique. Le masso-kinésithérapeute, d'après Andréa, a répondu à ses attentes et lui apporte des solutions et des réponses.

ANNEXE V : Résumé entretien – Patiente Blandine

Blandine a environ 40 ans, elle est mariée et a trois enfants qu'elle a allaités. Elle habite dans un environnement périurbain. Elle travaille dans le secteur médical. Blandine a deux expériences de la mastectomie : une expérience professionnelle puisqu'elle a travaillé dans un service de reconstruction mammaire et une expérience personnelle beaucoup plus récente. Elle a subi une mastectomie du sein gauche et un curage axillaire. Blandine n'a pas eu d'appréhension à toucher la cicatrice de sa mastectomie, peut-être en lien avec sa profession. Cependant Blandine explique qu'elle utilise « *toujours un t-shirt ou un foulard devant pour camoufler un peu* », puis dès qu'elle a pu, elle a utilisé une prothèse en mousse. Pour elle, l'opération a tout de même changé la perception de son corps. Elle fait plus attention à elle dans le sens où elle reste plus longtemps dans sa salle de bain, utilise de la crème etc. Elle a débuté la prise en charge de masso-kinésithérapique un mois et demi après l'opération. Blandine avait « *hâte* » de commencer ses séances. Elle décrit qu'elle était « *très gênée* » par « *beaucoup d'œdèmes* » et des « *adhérences* ». Dès la première séance elle a ressenti du « *bénéfice* » et elle a retrouvé de la « *mobilité au niveau de l'épaule* » mais également globale. Elle évoque également que les séances lui ont permis de retrouver sa position de sommeil sur le côté. Sur la demande du masso-kinésithérapeute elle effectue des exercices d'étirement à la maison. Elle pense à l'heure actuelle effectuer une reconstruction mammaire. D'après Blandine, les soins de masso-kinésithérapie ont joué un rôle dans la façon dont elle appréhendait son corps car finalement tous les soins lui ont permis de retrouver entre autres « *la souplesse du thorax* ». Face à une patiente ayant eu un cancer du sein Blandine conseillera d'en parler et de communiquer.

ANNEXE VI : Résumé entretien – Patiente Camélia

Camélia a environ 50 ans, elle est mariée et a un enfant qu'elle n'a pas allaité suite à des complications d'une réduction mammaire antérieure. Elle travaille dans le secteur de la bureautique. Elle a subi une mastectomie du sein gauche et est actuellement en cours de traitement de masso-kinésithérapie. Camélia s'exprimant au sujet de sa mastectomie était « *contente qu'on [la] débarrasse de ça* ». Elle n'a pas voulu s'informer sur internet, car elle pense qu'il « *y a beaucoup de choses à prendre avec du recul* » : cependant elle a souhaité voir à quoi ressemblait une mastectomie pour lui éviter l'effet de « *surprise* ». D'après elle, et je suppose en lien avec son expérience de réduction mammaire, il semblerait que la mastectomie soit plus « *embêtante* » pour les femmes qui ont une « *forte poitrine* » que celles avec une « *petite poitrine* ». La mastectomie l'a « *moins embêtée* » que perdre ses cheveux parce que pour elle, le sein on peut le cacher et elle avait déjà des cicatrices mammaires. Néanmoins, elle souhaite faire une reconstruction mammaire dès que possible. Concernant les séances de masso-kinésithérapie, elle trouve celles-ci « *géniales* », pour elle se sont des soins globaux (adhérences, cicatrices, dos). Pour toucher sa cicatrice elle a attendu d'avoir « *les bons renseignements* » de la part du masso-kinésithérapeute, elle ne souhaitait pas « *faire n'importe quoi* ». Camélia pense que la kinésithérapie aide à « *accepter son nouveau corps* », par exemple le fait d'avoir une cicatrice « *plus jolie* », et prépare à la reconstruction mammaire. Elle recommande l'activité physique que ce soit pour un bien-être corporel ou moral.

ANNEXE VII : Résumé entretien – Patiente Diane

Diane a environ 50 ans, elle est mariée et a deux enfants. Elle a allaité son premier enfant mais pas son deuxième suite à des complications. Elle travaille dans le secteur tertiaire. Elle a subi deux opérations dont un curage ganglionnaire associé à une chimiothérapie et une radiothérapie. Elle a souhaité dans un premier temps « *sauver* » le galbe de son sein par le biais d'une tumorectomie associée à une chimiothérapie néoadjuvante. Malgré la mise en place de ces traitements, une mastectomie du sein droit a fini par être réalisée. D'après Diane, la perte de l'image corporelle est un ensemble lié à la perte de ses cheveux, de ses cils, de ses sourcils, la fatigue, les ongles etc. mais aussi la mastectomie. Pour elle, le sein est une partie du corps qui renvoie à au moins trois éléments : la féminité, la sexualité, et la maternité. C'est à ce moment-là qu'elle s'est sentie « *obligée* » de faire attention à elle et de prendre soin de son corps. Elle est « *gênée* » par le regard des autres, cet « *aspect de malade* », « *de cancéreux* » qu'elle ressent comme difficile. Elle décrit le moment où elle visualise pour la première fois son corps sans son sein droit. Elle aurait souhaité être davantage accompagnée et préparée pour cette situation. Diane s'exprime sur un jeûne thérapeutique qu'elle a mis en place d'elle-même, et qu'elle a beaucoup apprécié. Cependant, elle précise tout de même qu'il est important de suivre les recommandations de l'hôpital et que chaque situation est différente. Diane pense que la prise en charge de kinésithérapie est « *indispensable* » et qu'il faut la mettre en place rapidement. En dehors des séances, Diane effectue des étirements prescrits par le masso-kinésithérapeute. Elle m'explique également les différents soins de support dont elle a pu bénéficier. Diane conseillerait à une patiente atteinte du cancer du sein d'en parler, de ne pas rester seule face à cette difficulté. Pour finir elle met l'accent sur l'importance que chaque soignant réponde aux questions des patients.

RESUME

Exploration. Le cancer du sein est un problème de santé publique régulièrement évoqué dans la littérature. De nombreux ouvrages évoquent le lien entre celui-ci et l'atteinte de l'image corporelle des patientes. L'objectif de ce mémoire est de déterminer comment le traitement de masso-kinésithérapie influence l'image corporelle et l'estime de soi des patientes confrontées à une mastectomie. *Méthode.* Pour ce faire, une approche qualitative au moyen d'entretiens semi-directifs en face-à-face auprès de quatre patientes a été effectuée ; le contenu des entretiens a fait l'objet d'une analyse thématique. *Résultats.* Les soins physiques (mécaniques et antalgiques) menés par le masso-kinésithérapeute associé à une écoute régulière mais aussi à une sollicitation des patientes en tant qu'actrices de leur traitement favorisent l'acceptation de leur corps et la réappropriation d'une mobilité psychique et corporelle. *Conclusion.* Des recherches ultérieures pourraient développer la place du masso-kinésithérapeute auprès et en lien avec les différents professionnels de santé intervenant autour de l'image corporelle dans le contexte de la mastectomie.

Mots-clés

Cancer du sein, estime de soi, image de soi, kinésithérapie, masso-kinésithérapie, mastectomie, mammectomie, rapport au corps.