

L'image de soi après une mastectomie

Travail de Bachelor

MEHMETI Artida

N° matricule : 19-544-659

TOFFEL Stéphanie

N° matricule : 19-543-594

Directrice : Fabienne TERRANEO - Maître d'enseignement HES

Membre du jury : Martine TYRODE MOREAU - Infirmière référente pour le cancer du sein

Août, 2022

Filière Soins infirmiers
Haute école de santé de Genève

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

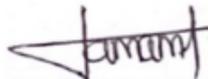
Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 14 août 2022

Stéphanie Toffel



Artida Mehmeti



REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier notre directrice de mémoire Madame Fabienne TERRANEO pour son implication à nos côtés, son encadrement, sa patience, sa disponibilité et surtout ses pertinents conseils qui nous ont poussés à la pratique réflexive.

Nous sommes également reconnaissantes envers notre experte de terrain Madame Martine TYRONE MOREAU, pour avoir accepté de prendre de son temps pour être membre jury lors de la soutenance de ce travail. Son savoir et ses années d'expérience nous ont été précieuses.

Enfin, un grand merci à Madame Sarah AUVRAY qui s'est investie en consacrant du temps à la relecture de notre travail.

RÉSUMÉ

Thème : Le cancer du sein est l'un des cancers des plus fréquents et des plus ravageurs à l'échelle mondiale. S'il touche également les hommes, il demeure le plus courant et plus meurtrier dans la population féminine. Ainsi, l'étude s'intéressera uniquement au cas des femmes. Pour traiter cette maladie, les femmes bénéficient aujourd'hui de traitements adaptés à leur pathologie. Une technique principalement utilisée est la mastectomie. Celle-ci est une chirurgie qui peut engendrer une détérioration du concept de soi, car elle entraîne la perte du sein et modifie profondément l'image corporelle de la femme.

Problématique : Ce travail vise à explorer le ressenti de la femme ayant subi une mastectomie en lien avec le remaniement de son image corporelle.

Méthode : Un PICOT a été élaboré à partir de la question de recherche. Avec l'aide de mots-clés provenant du PICOT, des équations de recherches ont été créées via la base de donnée PubMed. Cette recherche a permis de retenir 6 articles de recherche.

Résultats : L'analyse des articles a montré que les femmes se sentent fragilisées, non attirantes et comme déféminisées. Suite à l'intervention, elles ont cessé de se trouver belles. Cette peur de ne plus pouvoir plaire ni se plaire, entraîne chez ces femmes une baisse de l'estime de soi qui les pousse à se replier sur elles-mêmes. La reconstruction leur a permis de retrouver une « continuité » de leur apparence physique. Or, les témoignages des femmes des différentes études mettent en avant l'importance du soutien par les infirmières en oncologie.

Discussions / Conclusion : Chaque femme a une perception personnelle de son image corporelle. Suite à la perturbation de leur image corporelle initiale, il est important que les femmes soient suivies après l'hospitalisation. D'ailleurs, il existe différents réseaux externes vers lesquels elles peuvent se tourner pour trouver du soutien.

Mots-clés :

Cancer du sein / Breast neoplasms

Mastectomie / mastectomy

Concept de soi / Self concept

Interventions infirmières / Nursing care

Roy

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASAP	Association Savoir Patient
COREC	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
HEdS	Haute École de Santé - Genève
HETOP	Health Terminology/ Ontology Portal
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
MeSH	Medical Subject Headings
OFS	Office Fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PICOT	Population/ Pathologie, Intervention, Contexte, Outcomes, Temps
PubMed	US National Library of Medicine National Institutes of Health

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICOT	20
Tableau 2. Mots clés.....	20
Tableau 3. Démarches des équations de recherche.....	22
Tableau 4. Tableau relevant les principaux thèmes.....	26

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Tiré de : Office Fédéral de la statistique [OFS], 2020.....	10
Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.....	25

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements.....	iii
Résumé	v
Liste des abréviations	vi
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vi
Table des matières	7
Introduction.....	9
1. Problématique.....	10
1.1. Chiffres et étiologie.....	10
1.2. Répercussions de la mastectomie	12
1.3. Prise en charge infirmière.....	14
2. État des connaissances	15
2.1. Processus de deuil	15
2.2. Concept de soi.....	16
2.3. Relation d'aide.....	16
3. Modèle théorique	17
3.1. Modèle de l'adaptation de sœur Callista L. Roy.....	17
3.2. Choix, apports et justifications du cadre théorique	17
3.2.1. Métaconcepts	18
3.3. Question de recherche finale.....	19
4. Méthode.....	20
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	21
4.2. Diagramme de flux.....	26
5. Résultats.....	27
5.1. Thèmes abordés dans chaque article retenu	27
5.2. Tableaux comparatifs	27
5.3. Analyse critique des articles retenus.....	35
5.3.1. Concept de soi.....	35
5.3.2. Reconstruction mammaire	37
5.3.3. Soins infirmiers	39
6. Discussion	40
6.1. Concept de soi.....	40

6.2.	Reconstruction mammaire	44
6.3.	Approches infirmières	46
7.	Conclusion	48
7.1.	Apports et limites du travail.....	49
7.2.	Recommandations.....	49
7.2.1.	Clinique	49
7.2.2.	Recherche	52
7.2.3.	Enseignement.....	53
8.	Références.....	54
9.	Annexes.....	59
9.1.	Grille d'analyse	59

INTRODUCTION

La formation Bachelor en Soins infirmiers proposée par la Haute École de Santé [HEdS] s'achève par un travail de recherche reposant sur une revue de littérature. Le but de ce travail est d'aborder un thème touchant la discipline infirmière en se référant à des articles scientifiques.

Dans ce cadre, nous avons souhaité étudier la manière dont les femmes ayant subi une mastectomie suite à un cancer du sein se perçoivent. Autrement dit, la question est de déterminer l'image que ces femmes ont d'elles-mêmes, de leur corps et, au-delà, de leur être en tant que sujet social remplissant différents rôles (notamment celui d'épouse et de mère).

Le choix de ce sujet repose sur le fait que le cancer du sein est le plus fréquent et le plus meurtrier des cancers chez la population féminine. Il représente plus de 8% de l'ensemble des décès liés au cancer (OMS, 2021b). Cette pathologie a des répercussions sur la vie quotidienne des femmes, notamment sur leur santé physique et mentale, leur vie sociale ou encore leur relation de couple.

Pour contextualiser notre sujet, nous allons, en premier lieu, définir le cancer du sein ainsi que son épidémiologie puis présenter les traitements existants. De là, seront abordées les répercussions desdits traitements (notamment la mastectomie) sur la vie des femmes concernées mais aussi sur l'évolution de leur apparence physique, de leur image de soi, de leur bien-être psychologique. Afin d'ancrer notre travail dans un cadre théorique, nous utiliserons le modèle d'adaptation proposé par Callista Roy en définissant les concepts clés en lien avec le sujet.

Partant de là, les données récoltées nous permettront de définir notre question de recherche et, pour répondre à celle-ci, sera présentée une analyse de 6 articles scientifiques issus des bases de données. Ce qui nous conduira, à la rédaction d'un chapitre consacré aux résultats de ces études.

De là, toujours sur la base des écrits de Callista Roy et des 6 articles scientifiques, une partie consacrée à la discussion sera présentée afin d'apporter des précisions, mettre en lumière certaines limites inhérentes aux articles étudiés, et apporter des éléments nouveaux émanant d'autres articles.

En dernier lieu, ce travail présentera une conclusion ainsi que des recommandations touchant à la fois la pratique, l'enseignement et la recherche.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Chiffres et étiologie

D'un point de vue épidémiologique, le cancer représente la deuxième cause de décès dans le monde, toutes classes d'âge confondues. Chaque année, il cause la mort d'environ 10 millions de personnes. En cela, près d'un décès sur six est la résultante d'un cancer dans la population générale.

En 2020, parmi les 24 types de cancers existants, le cancer du sein fut l'un des quatre cancers les plus fréquents (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2021a). Selon l'Institut national du cancer (s.d.a), cette maladie désigne une tumeur maligne qui se développe au niveau de la glande mammaire. Cette tumeur est la conséquence de cellules ayant subi une accumulation de mutations génétiques non réparées lors des divisions cellulaires qui aboutissent ainsi à l'oncogenèse.

L'on trouve différents types histologiques du cancer du sein, dont le plus fréquent est l'adénocarcinome (95%). Comme dans tout cancer, il existe des facteurs de risque d'extension des tumeurs malignes. En effet, les cellules cancéreuses peuvent migrer dans une autre partie du corps - soit au niveau des ganglions lymphatiques ou dans des organes (os, foie, poumon, cerveau) : c'est ce que l'on nomme des métastases. Par conséquent, la présence de métastases entraîne un pronostic plus sombre.

D'après l'Organisation des Nations unies (2021), une étude de l'OMS a mentionné qu'à travers le monde, 2.3 millions de personnes ont reçu un diagnostic de cancer du sein sur l'année 2020. Bien sûr, la plupart sont des femmes mais il existe aussi un cancer du sein chez l'homme. Près d'une femme sur 12 développera un cancer du sein dans sa vie, alors que moins de 1% d'hommes sera touché.

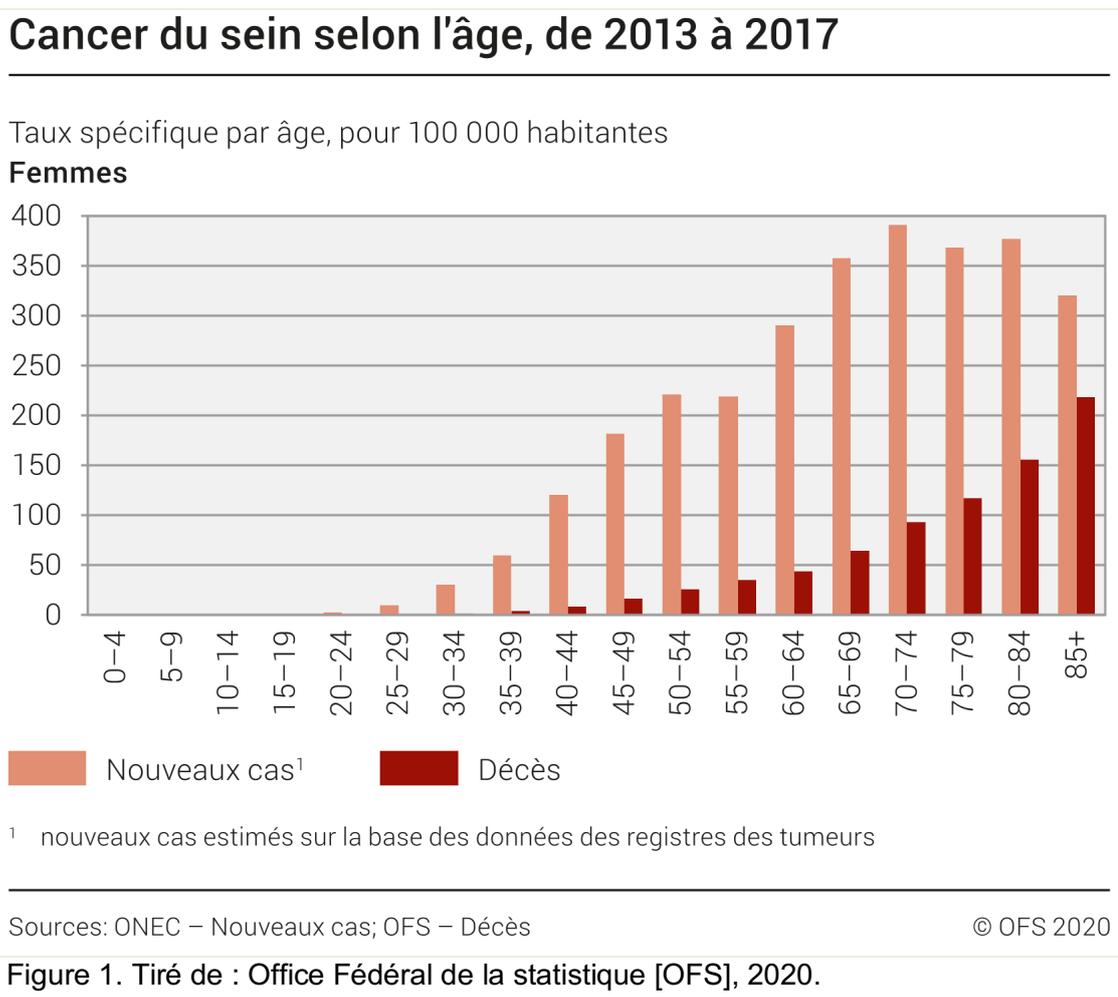
A l'échelle mondiale, ce type de cancer représente désormais la première cause de cancer. Toujours selon l'OMS (2021b), il est le plus fréquent et le plus meurtrier chez la population féminine à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement. Concernant ces derniers, l'incidence du cancer de sein ne cesse d'y progresser et serait possiblement la conséquence d'une plus longue espérance de vie, de l'adoption de modes de vie occidentaux et de l'augmentation de l'urbanisation.

La Suisse fait partie des pays où l'incidence de ce cancer est la plus élevée au monde ; en effet, si le taux standardisé européen est de 108 cas pour 100'000 femmes par an (Swiss Cancer Screening, s.d.), la Suisse, pour sa part, enregistre chaque année 6'200 nouveaux cas chez la femme (soit environ 16 femmes diagnostiquées par jour). Toutefois, la Suisse présente un taux de survie favorable de 87% à cinq ans après le diagnostic, tous stades de cancer confondus.

Bien que le risque augmente brutalement après l'âge de 50 ans, des jeunes femmes sont également impactées par cette maladie (Ligue suisse contre le cancer, 2020a). Néanmoins, le taux de mortalité reste faible, chez ces personnes, comparé à l'incidence et peut être expliqué par plusieurs facteurs tels que les stratégies préventives : en évitant les facteurs de risque et à l'aide d'un dépistage précoce (auto-examen des seins et mammographie).

Certains cancers du sein disposent d'un taux de guérison élevé s'ils sont détectés précocement et traités convenablement (Ligue suisse contre le cancer, s.d.a. ; OMS, 2021a). Raison pour laquelle, dès l'âge de 50 ans, une mammographie de dépistage est conseillée et gratuite tous les deux ans.

Par ailleurs, l'Institut national du cancer (s.d.b.) décrit certains facteurs de risque prédictifs (tels ceux liés à l'âge supérieur à 50 ans, une susceptibilité génétique, le mode de vie, certains antécédents médicaux personnels et familiaux) comme sources d'influence sur l'étiologie de ce cancer. Toutefois, certains choix de vie peuvent être considérés comme des facteurs protecteurs contre cette maladie. La Société canadienne du cancer (2021) souligne notamment le bénéfice de l'allaitement maternel et le fait de porter au moins un enfant avant l'âge de 30 ans.



Dès lors que l'on suspecte un diagnostic de cancer, une biopsie de la tumeur est l'étape clé pour confirmer le diagnostic. Par la suite, un bilan d'extension du cancer est essentiel pour définir le pronostic de la maladie et le plan de traitement (Fondation québécoise du cancer, 2021). Étant donné que chaque cancer est différent, il existe une panoplie de traitements et de protocoles de soins. Les principaux traitements sont la chirurgie (tumorectomie ou mastectomie), la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et la thérapie moléculaire ciblée (Centre hospitalier universitaire vaudois, s.d.).

Toutefois, ces interventions sont à l'origine de grandes conséquences physiques, émotionnelles et sociales. La Ligue suisse contre le cancer (s.d.b.) souligne que la personne atteinte peut se sentir seule et démunie face aux effets indésirables des traitements anticancéreux qui, sur le plan métabolique, provoquent une baisse de l'état général, des nausées, vomissements et des problèmes de transit. De plus, ils provoquent aussi une modification de l'image corporelle par la chute des cheveux et des poils, la fragilisation des ongles, une sécheresse de la peau et buccale ainsi qu'une perte ou une prise de poids en lien avec les traitements.

Sur le plan psychique, nous verrons que le cancer peut entraîner le développement d'un état dépressif accompagné d'une grande anxiété. Et cela, sans compter les conséquences professionnelles et sociales qui ne font pas partie de la thématique de notre sujet de recherche mais qu'il importe de mentionner puisque faisant partie des conséquences secondaires non directement médicales pouvant impacter l'état psychologique (perte d'emploi, difficulté à en retrouver un, fébrilité des banques et des sociétés d'assurance mais aussi isolement, voire rejet...) (Réassurez-moi.fr, 2022).

1.2. Répercussions de la mastectomie

Le traitement de première intention (ou traitement standard) est souvent la chirurgie. Deux types d'interventions chirurgicales peuvent être pratiqués : la mastectomie partielle ou la mastectomie totale. Dans un premier temps, la mastectomie partielle, appelée aussi tumorectomie, consiste à retirer la tumeur ainsi qu'une partie du tissu sain qui l'entoure. Autrement dit, elle vise à conserver le plus possible le sein et sa forme.

La mastectomie totale, quant à elle, est l'ablation complète du sein malade. Le chirurgien retire la glande mammaire, le mamelon et l'aréole. Cet acte peut s'accompagner d'une recherche du ganglion sentinelle et/ ou d'un curage axillaire. La recherche du ganglion sentinelle consiste à rechercher le premier ganglion dit relais ganglionnaire de la tumeur « dans les tumeurs du sein de petite taille. Ce(s) ganglion(s) correspond(ent) au premier relais du drainage lymphatique axillaire de la tumeur ». L'intervention consiste à sa

suppression, ce qui permet de l'analyser et ainsi, de déterminer l'étendue de la maladie pour ajuster les traitements adjuvants, et « de guider le geste chirurgical, d'éviter un curage axillaire systématique » (Scintidome.fr, s.d.).

Le curage axillaire, pour sa part, comprend l'ablation d'une dizaine de ganglions en réalisant une courte incision limitée à l'aisselle (Hôpitaux Universitaires Genève, 2022). Le curage ne concerne que les cancers à risque de propager des cellules cancéreuses en dehors du sein, donc des cancers dits infiltrants. Il porte sur les cancers du sein pour lesquels le retrait du ganglion sentinelle est impossible ou non indiqué, ou les cancers pour lesquels un ganglion sentinelle est analysé positif (avec des cellules cancéreuses) dans certains cas. Par l'analyse qu'il permet de réaliser, il offre la possibilité de « diminuer le risque de récidives locales ou à distance (métastases), c'est donc un traitement. Il est donc informatif, pronostic et thérapeutique ».

Des effets secondaires peuvent se manifester juste après la mastectomie ou bien plus tardivement. Les effets principaux comprennent : une fatigue, une douleur postopératoire qui peut se ressentir autour de l'incision et sous le bras, voire une raideur du bras ou de l'épaule du côté opéré. Cette dernière nécessite une rééducation précoce afin d'éviter des séquelles fonctionnelles du bras ou un éventuel lymphœdème (augmentation durable du volume d'un bras). En outre, cette intervention marque un changement de l'image corporelle et de l'estime de soi chez les patientes opérées, en raison de la cicatrice disgracieuse. D'après Sun et al. (2017), la stigmatisation associée à la perte d'un sein a conduit chez les femmes participantes à son étude, à s'isoler volontairement de la société pour éviter d'exposer leur « corps défiguré ».

Bien que la mastectomie perturbe l'image de soi, elle peut connaître une évolution positive selon les choix de la personne et selon ce qui lui sera proposé : d'après une étude quantitative (N=618) menée par Kim et al. (2014), les femmes ayant subi une chirurgie mammaire conservatrice ou une reconstruction immédiate après une mastectomie totale ont éprouvé une amélioration de leur qualité de vie par rapport aux femmes mastectomisées qui n'ont pas eu recours à de la chirurgie esthétique. C'est pourquoi, le chirurgien peut alors suggérer une intervention esthétique pour atténuer un aspect difforme de la cicatrice ou proposer une reconstruction mammaire dès l'intervention de l'ablation de la tumeur.

Par ailleurs, selon la Ligue suisse contre le cancer (2020b), le sein représente un symbole puissant de la féminité, de la maternité et de la sexualité. Cet organe n'est donc pas qu'une simple partie du corps : les seins dessinent la silhouette et sont donc importants dans la séduction. De plus, ils sont des attributs érotiques et sexuels pouvant jouer un rôle important dans les relations amoureuses.

Concernant cette dimension, une autre méta synthèse a été réalisée, portant sur douze études qualitatives ayant exploré l'impact de la perte du sein, d'un point de vue psychologique, chez les femmes survivantes d'un cancer du sein (Sun et al., 2017). « Perdre leur sein à cause du cancer, affirment ces femmes, n'est pas simplement l'ablation de la partie malade mais aussi une partie de leur identité » (p. 378).

De plus, d'après Marieb (2008), les seins ou glandes mammaires, ont également un rôle biologique chez la femme. Leur fonction principale est de produire du lait en période d'allaitement afin de pouvoir nourrir le nouveau-né. Ce phénomène contribue à l'attachement mutuel entre la mère et l'enfant. Or, en référence à la première étude précitée (Sun et al., 2017), cette ablation entraîne une difficulté, chez les survivantes du cancer du sein, à pouvoir s'identifier en tant que femme, épouse et mère. De nombreux questionnements peuvent ainsi surgir touchant, par exemple, leur capacité à pouvoir allaiter un jour.

D'après Piot-Ziegler et al. (2010), des femmes ont décrit l'acte de la mastectomie comme s'apparentant à de la mutilation. Au travers de ce terme fort, l'on peut identifier le profond mal-être vécu par ces femmes.

Enfin, pour conclure sur cette dimension psychologique, l'étude menée par Chen et al. (2012), auprès de 102 patientes, a décrit l'impact psychologique de la maladie faisant suite à une résection chirurgicale, par l'intermédiaire de questionnaires sur l'image corporelle, la détresse, l'anxiété et la dépression. Les résultats montrent que les émotions des femmes sont affectées négativement et que les problèmes d'image corporelle (plus fréquents chez les femmes ayant subi une mastectomie à un jeune âge) reposent sur « une image corporelle négative qui peut entraîner une faible confiance en soi et une insatisfaction à l'égard de l'image corporelle » (p.11).

Ainsi, dans le cas des personnes présentant une faible estime de soi, l'adaptation face aux changements s'avérera plus difficile. Au vu de ce constat, nous allons à présent, axer notre étude sur la prise en charge infirmière du cancer du sein et de ses conséquences.

1.3. Prise en charge infirmière

Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que la prise en soin des femmes mastectomisées ayant eu un cancer du sein est complexe. La prise en charge par l'infirmière se fait par la relation d'aide qu'elle va mettre en place auprès de la patiente, et ce, dès l'annonce du diagnostic. D'après Clergues & Lacroix (2008), cette relation fait partie du rôle propre de l'infirmière, qui est d'accompagner, soutenir et d'être à l'écoute. Plus précisément, elle va créer une relation de confiance avec la personne soignée pour

permettre un échange mutuel et favoriser l'expression du ressenti de la personne (ses questions, ses peurs, etc.).

L'infirmière peut orienter la patiente vers des structures adéquates (réseaux, associations, ateliers de maquillage, sport, perruquier...) afin de répondre à ses besoins spécifiques. Elle peut également avoir un rôle éducatif sur le plan esthétique en lien avec l'image corporelle de la personne soignée. L'infirmière pourra présenter les différents types de prothèses mammaires existant, et permettre ainsi à la patiente d'opter pour une éventuelle reconstruction mammaire, selon le besoin et/ou désir de la femme (Institut national du cancer (s.d.c). Toutes ces interventions infirmières auront pour but d'accroître l'estime de soi des femmes concernées, et de les aider à accepter leur nouvelle image corporelle. Enfin, à la suite de l'intervention, la soignante assure la prévention de toutes complications possibles ainsi que celle de la récurrence du cancer. Elle veille à prévenir l'épuisement de la femme et doit donc anticiper, adapter et organiser les soins selon l'état de la patiente.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre, trois concepts clés seront abordés pour aider à mieux comprendre notre thématique : le processus de deuil, la notion d'estime de soi et la relation d'aide.

2.1. Processus de deuil

Le deuil est une réaction affective chez la personne, provoquée par la perte d'un être cher ou d'une fonction. Il peut conduire à des possibles troubles anxieux qui auront une influence néfaste sur l'état de santé (Phaneuf, 2016).

Elisabeth Kübler-Ross (1978) définit le deuil comme un processus en cinq étapes que traverse une personne endeuillée. La première étape est le déni qui est un mécanisme de protection visant à éviter ou nier la réalité. La deuxième étape est la colère qui se traduit par une vive émotion liée à un mécontentement accompagné par un sentiment d'injustice : pourquoi moi ? La troisième étape est le marchandage qui est l'action consistant à négocier pour éviter de faire face à la vérité. Ensuite, la phase de dépression est induite par le fait que la personne prend conscience de la perte. Elle se caractérise par un sentiment persistant de tristesse et/ou de repli sur soi. Enfin, arrive le moment de l'acceptation où la personne accepte de vivre avec cette perte. Ce qui ne signifie pas que la personne ne ressent plus la douleur du manque.

Les stratégies d'adaptation de la personne endeuillée diffèrent d'un individu à l'autre. Plusieurs facteurs sont à considérer dont les principaux sont la personnalité de l'individu (ressources), l'entourage et l'environnement.

2.2. Concept de soi

Le concept de soi englobe l'image de soi et l'estime de soi qui sont deux composantes essentielles à la construction de l'identité. L'image de soi, ou l'image corporelle, correspond à la description que la personne se fait d'elle-même. C'est la façon dont elle se perçoit, se réfère à un ensemble de caractéristiques (intérêts, goûts, qualités, défauts), de traits personnels, de rôles dans la société et de valeurs, qu'elle s'attribue et qu'elle se reconnaît en dépit des changements.

En oncologie, un diagnostic de cancer suivi d'une chirurgie symbole de mutilation, de même que les effets secondaires des traitements, les symptômes etc. entraînent une atteinte à la qualité de vie des femmes. Ces derniers provoquent des changements dans leur corps et entraîne donc une altération de l'image corporelle. La personne malade a le sentiment de perdre le contrôle de son corps.

L'estime de soi, quant à elle, est la perception qu'une personne a de sa propre valeur, soit son degré de satisfaction d'elle-même. La personne qui a une estime de soi négative présentera davantage de difficultés à s'adapter à sa nouvelle condition de vie car, d'après elle, cette nouvelle condition ne correspondra plus aux attentes de l'environnement social de référence (MOICMOI, s.d.).

2.3. Relation d'aide

La notion de relation d'aide se définit par « la capacité que peut avoir un soignant à amener toute personne en difficulté à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation. C'est un soin relationnel. » (infirmier.net, 2018) Elle repose sur des principes et des valeurs comme : le respect, le non-jugement et la mise en confiance.

Concrètement, cette relation a pour visée d'aider le patient à accepter et à être clairvoyant quant à la situation qu'il est en train de vivre. Lorsque la relation d'aide est établie, il est plus facile d'établir un plan de soins avec le patient et de permettre ainsi un meilleur accompagnement (infirmier.net, 2018).

3. MODÈLE THÉORIQUE

3.1. Modèle de l'adaptation de sœur Callista L. Roy

Parmi les modèles théoriques existant touchant l'accompagnement infirmier, nous avons choisi d'étudier plus en détail celui de l'adaptation proposé par sœur Callista L. Roy, déjà mentionné brièvement.

La personne mastectomisée subit des modifications touchant son image mais aussi son rôle et sa place dans la société qui entraînent une perturbation de l'image de son corps - une notion en lien avec le concept de soi. Selon C. Roy, l'être humain est un système adaptatif capable de s'adapter à son environnement et aux stimuli focaux, contextuels et/ou résiduels. La présence de stimuli impacte la vie de l'être humain et sa santé. Ce qui aura une influence sur sa qualité de vie (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). Tout au long du développement de son modèle, C. Roy s'est inspirée de plusieurs théories dont la théorie de l'adaptation de Helson (1964) et la théorie générale des systèmes de Bertalanffy (1968).

C. Roy fait partie de l'école des effets souhaités, laquelle perçoit le sujet, la famille, le groupe comme un système en quête d'adaptation et d'équilibre. Les soins infirmiers ont pour visée de permettre au patient d'accéder et de préserver cet équilibre. Ces effets souhaités regroupent les stimuli ou les perceptions et sur l'adaptation du sujet à ces dernières.

Partant de là, C. Roy propose une théorie s'inscrivant dans le paradigme de l'intégration. Selon ce dernier, l'être humain est défini comme une entité à la fois bio-psycho-sociale et spirituelle. Le principe est le suivant : ce qui domine dans un phénomène de santé n'a pas une seule cause mais résulte de plusieurs facteurs qui interagissent et influencent son évolution, son contexte et son environnement.

La théorie de C. Roy est « à large spectre », possédant un très fort niveau d'abstraction. Elle présente un point de vue global de la discipline et décrit simultanément la nature, la mission et le but des soins infirmiers (Pépin et al., 2010).

3.2. Choix, apports et justifications du cadre théorique

Dans cette partie, seront évoqués deux concepts-clés issus de la théorie de l'adaptation de C. Roy en lien direct avec notre problématique de recherche : le concept de soi et la fonction du rôle.

Le concept de soi

Le concept de soi, décrit par Fawcett & Desanto-Madeya (2012), est l'un des quatre modes d'adaptation de C. Roy. Il est divisé en deux sphères : le soi physique et le soi personnel.

C. Roy définit le soi physique comme étant la capacité à ressentir ses propres sensations corporelles. Mais aussi la perception qu'a une personne de sa propre image corporelle (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). L'image de soi inclut donc la façon dont la personne se ressent et se perçoit.

Le soi personnel, selon C. Roy, comprend la cohérence de soi, l'idéal de soi, le moi moral- éthique et spirituel. Entre autres choses, il inclut le ressenti de la personne en prenant en considération ses émotions (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). En cela, ce concept est particulièrement présent dans la prise en compte de l'enjeu psychologique lié à la résection mammaire. Dans les articles traitant de cette question, l'on trouve à maintes reprises les termes : détresse émotionnelle, détresse psychologique, stress, anxiété et dépression. En notant que, selon l'article de Chen et al. (2012), la détresse psychologique et, plus particulièrement, le sentiment d'anxiété est plus fréquent chez les femmes survivantes du cancer du sein ayant une image corporelle négative.

La fonction du rôle

La fonction du rôle est un autre concept qu'il peut être intéressant d'approfondir du fait qu'il implique les rôles primaires, secondaires et tertiaires que l'on joue dans la société. Par rapport à notre sujet, le rôle secondaire a du sens concernant le statut de femme, d'épouse et de mère. Quelle que soit la perception du sein par la femme, celui représente une triple dimension importante : la dimension réelle (autrement dit, la réalité du sein), une dimension imaginaire (liée à la sexualité) et une dimension symbolique (liée à la maternité). Or, dans le cadre d'une résection mammaire, ce sont tout à la fois ces trois dimensions qui sont mises à mal (Koçan & Gürsoy, 2016).

A présent, nous allons aborder différents concepts plus généraux ou méta concepts, dont il importe de prendre en considération toute la complexité dans le traitement de notre sujet d'étude.

3.2.1. Métaconcepts

3.2.1.1. La personne

Dans l'approche de C. Roy (2009), la personne est prise en tant qu'individu ou en tant que groupe (comme les familles, les organisations, les communautés et la société). La personne est donc un ensemble complexe, vu comme un système adaptatif et comme un tout dont la visée est d'atteindre un but – ce dernier pouvant se traduire par le fait de

« continuer sa vie, dans le bien-être ». Partant de là, la personne avec un cancer du sein et mastectomisée doit donc être prise en considération dans son ensemble. Ce qui implique, au niveau des soins infirmiers, en plus de soigner la tumeur, de répondre aux besoins de la personne afin d'assurer sa qualité de vie.

3.2.1.2. *Le soin*

Le soin se fonde sur le soutien des capacités adaptatives de la personne soumise à une transformation de son corps. Il contribue à la santé et à la qualité de vie de la personne en intervenant sur les quatre modes suivants : le mode physiologique, le concept de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance (Roy, 2009). L'infirmier va travailler en collaboration avec la personne mastectomisée et la famille afin que la patiente développe ses capacités d'adaptation, touchant ces quatre modes. Et ainsi, qu'elle puisse évoluer et atteindre les objectifs qu'elle a fixés.

3.2.1.3. *La santé*

La santé, selon C. Roy, ne définit pas seulement comme l'absence de maladie mais comme le reflet de l'adaptation consécutive à l'interaction de la personne avec son environnement (Roy, 2009). Dans le cadre de notre sujet, la santé s'inscrit dans l'adaptation de la patiente à sa nouvelle image corporelle. Si la personne n'arrive pas à bien vivre avec les changements corporels subis, l'équilibre de la santé ne sera pas atteint car le but n'est pas uniquement de guérir d'une maladie mais aussi de soigner les conséquences que celle-ci aura engendrées.

3.2.1.4. *L'environnement*

C.Roy définit l'environnement comme l'ensemble des conditions internes et externes, des circonstances et des influences qui affectent le développement et le comportement d'une personne (Roy, 2009). En cela, une mastectomie va engendrer des changements dans l'environnement et dans le comportement d'une patiente puisque celle-ci devra s'adapter à sa nouvelle image corporelle ce qui influera sur son comportement, sa manière d'être et sa perception d'elle-même. Par conséquent, elle devra développer des stratégies de *coping* afin de pouvoir s'adapter à « nouveau corps » et continuer à se développer dans la continuité.

3.3. Question de recherche finale

Le cancer du sein est l'un des plus fréquents et des plus ravageurs à l'échelle mondiale. S'il touche également les hommes, il demeure plus courant et plus meurtrier chez la population féminine. Pour cette raison, c'est uniquement sur le cas des femmes que portera la présente étude.

Une fois le diagnostic du cancer du sein posé, un accompagnement thérapeutique est mis en place afin que la patiente puisse apprendre à vivre et à s'adapter à sa nouvelle condition. Des interventions et des traitements sont mis en place afin d'éradiquer la propagation du cancer pour, au final, traiter cette maladie et éviter la récurrence.

Toutefois, l'intervention chirurgicale ainsi que les traitements ne sont pas sans conséquences et peuvent parfois laisser des séquelles tant physiques que psychiques. Subir une mastectomie peut entraîner un état de mal-être profond, des troubles anxieux et dépressifs ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique (Chen et al., 2012). Elle entraîne la détérioration de l'image de soi et renvoie à une perte de l'identité sexuelle mais aussi, à une atteinte de l'identité de la femme en tant que mère. En outre, les effets secondaires des autres traitements du cancer (perte des cheveux, changements au niveau de la peau, perte ou prise de poids, baisse de libido et fatigue) peuvent provoquer le sentiment d'être « différente », voire étrangère face à son propre corps. (Reich, 2009). Pour l'aider à faire face à ces conséquences, la patiente sera accompagnée dans son deuil suite à la perte de son sein afin de pouvoir avancer dans le cours de sa vie dans l'acceptation de vivre avec ce nouveau corps. Il est donc important de suivre ces femmes tout au long de la prise en charge, y compris après leur sortie de l'hôpital.

En tant qu'infirmière, il est primordial d'être à l'écoute de leurs besoins et de les accompagner au cours des changements corporels et psychologiques qu'elles subissent. Des infirmières chercheuses se sont penchées sur ce sujet. Toutefois, sœur L. Callista Roy aborde le modèle de l'adaptation et, plus particulièrement, la notion de concept de soi, mais aussi celle de perturbation de l'image du corps et des conséquences dans l'environnement global de la personne. Cela nous amène à nous poser la question suivante : « **Quel est le ressenti de la femme ayant subi une mastectomie suite à un cancer du sein en lien avec le remaniement de son image corporelle ?** »

4. MÉTHODE

D'après Cochrane-Linked Data (2019), la méthode PICOT est utilisée pour formuler une question de recherche afin d'explorer différentes bases de données. PICOT est un acronyme qui correspond aux cinq éléments suivants :

- P : Population/ Pathologie
- I : Intervention
- C : Comparateur ou Contexte
- O : Outcomes (=résultats)
- T : Temps

Le PICOT est une méthode efficace pour interroger des bases de données. Des éléments de cet outil sont utilisés comme mots-clés pour permettre d'établir une équation de recherche documentaire.

Tableau 1. PICOT

P	Population/ Pathologie	Femmes atteintes d'un cancer du sein
I	Intervention	Soins infirmiers
C	Contexte	Mastectomie après un cancer du sein
O	Outcomes	Image corporelle, image de soi, estime de soi, adaptation
T	Temporalité	Dès le diagnostic cancer du sein posé

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Nous avons effectué nos recherches sur la base de données qui est la Us National Library of Medicine National Institutes of Health [PubMed]. Des recherches ont été également faites dans d'autres bases de données comme LiSSA et Embase mais nous n'avons rien trouvé de satisfaisant sur ces deux plateformes. Les mots clés cités auparavant ont été traduits en anglais grâce au logiciel Health Terminology/ Ontology Portal [HeTOP] et pour la plupart ont été transcrits en Medical Subject Headings [MeSH terms]. Quelques mots clés ont été effectués en traduction libre car le terme MeSH n'existe pas. Certains de ces mots ont été choisis pour la recherche sur la base de données. Afin de permettre d'avoir des résultats de recherche plus large, il a été nécessaire d'utiliser des synonymes des MeSH terms. Ces derniers ont permis une recherche en All fields en associant un opérateur booléen qui est le « AND ».

Tableau 2. Mots clés

Concept/ Thème	HeTOP Français (Termes du thésaurus MeSH)	HeTOP Anglais (Termes du thésaurus MeSH à reporter dans PubMed)	Mots- clés libre en anglais quand le terme MeSH n'existe pas
Femmes	Femmes	Women	
Cancer du sein	Tumeurs du sein	Breast neoplasms	Breast cancer
Sein	Sein	Breast	
Mastectomie	Mastectomie	Mastectomy	

Intervention infirmière	Soins infirmiers	Nursing care OR care OR Nursing	
Thérapie	Thérapeutique	Therapeutics OR Therapeutic OR Therapies OR Therapy OR treatments OR treatment	
Image corporelle	Image du corps	Body image	
Estime de soi	Concept du soi	Self concept OR self esteem	
Image de soi			Self image

4.1.1. Processus d'identification des articles

Pour la réalisation de la première recherche 4 mots clés ont été utilisés et combinés ensemble, 685 articles ont émergé sur PubMed. Etant donné du grand nombre d'articles obtenus, l'utilisation de filtre était nécessaire. Ceux utilisés ont été : la publication datant dès « 2011 » et le sexe « féminin ». De là, le nombre d'articles s'est réduit à 310. Le choix de faire la deuxième équation de recherche sur PubMed a été fait, car seulement 4 articles étaient pertinents pour la première équation faite sur PubMed. Lors de cette recherche, 110 articles ont été obtenus. Avec l'ajout de l'utilisation du filtre « texte intégral » et la publication datant de « 10 ans », il en ressort 43 articles.

La procédure utilisée pour trier les articles pertinents s'est basée selon des critères d'inclusion et d'exclusion. Pour ce faire, il a été nécessaire de lire les titres et/ ou les abstracts pour pouvoir sélectionner les bons articles.

Critères d'inclusion :

- Des femmes qui ont subi une mastectomie à la suite d'un cancer du sein
- Adultes + 18ans
- Les études doivent avoir été effectuées entre 2010 à aujourd'hui (6 avril 2022)

Au début, la recherche était uniquement centrée sur la perturbation de l'image corporelle en lien avec la chirurgie et non de manière plus large, avec les modifications physiques telles que la perte de cheveux et poils, la modification du poids corporel (prise ou perte de poids), la modification de la qualité de la peau etc. D'un point de vue concret, il a été difficile de séparer les conséquences de la chirurgie et les conséquences des autres traitements que la femme subit. En effet, la prise en soins de la femme sera globale et

le travail sur l'image corporelle prend en compte toutes ses dimensions. Pour cette raison, les recherches ont été élargies en intégrant les modifications physiques que le cancer peut entraîner.

Critères d'exclusion :

- Le devis d'étude est inapproprié à notre type de travail de recherche (exclusion des méta synthèses)
- La notion de l'image corporelle n'est pas présente
- Les articles n'analysant pas les données en lien avec notre population cible. Par exemple : hommes transgenres ayant subi une mastectomie

4.1.2. Équations de recherches

Ci-dessous est le tableau qui comprend les équations de recherches faites sur la base de donnée PubMed.

Tableau 3. Démarche des équations de recherches

	Bases de données	
	PubMed	
	1 ^{er} équation : (((mastectomy) AND (self image)) AND (breast) AND (therapy))	2 ^{ème} équation : (((breast cancer) AND (mastectomy)) AND (self image)) AND (nursing)
Filtres	Published date 2010- 2020 ; Female	Published in the last 10 years ; full text
Nombres d'articles trouvés	310	43
Nombres d'articles retenus via les titres et abstracts	22	1
Articles exclus via la lecture du texte intégral	18	0
Total des articles retenus	4	1
Références des articles retenus	Lagos Prates, A.-C., Freitas-Junior, R., Ferreira Oliveira Prates, M., De Faria Veloso, M. & De Moura Barros, N. (2017). Influence of Body Image in Women Undergoing treatment for Breast Cancer. <i>Revista Brasileira de Ginecologia</i> , 39(4), 175-183. 10.1055/s-0037-1601453	Koçan, S. & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy : A Qualitative Research. <i>Journal Breast Health</i> , 12(4), 145-150. 10.5152/tjph.2016.2913

	<p>McKean, L.-N., Newman, E.-F. & Adair, P. (2013). Feeling like me again : a grounded theory of the role of breast reconstruction surgery in self- image. <i>European Journal of Cancer Care</i>, 22(4), 493-502. 10.1111/ecc.12055</p> <p>Freysteinson, W.-M., Deutsch, A.-S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S.-K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. <i>Oncology Nursing Forum</i>, 39(4), 361-369. 10.1188/12.ONF.361-369</p> <p>Rosenberg, S.-M., Dominici, L.-S., Gerlber, S., Poorvu, P.-D., Ruddy, K.-J., Wong, J.-S., Tamimi, R.-M., Schapira, L., Come, S., Peppercorn, J.-M., Borges, V.-F. & Partridge, A.-H. (2020). Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well- being in Young Breast Cancer Survivors. <i>JAMA Surgery</i>, 155(11), 1035-1042. 10.1001/jamasurg.2020.3325</p>	
--	---	--

Au total, 5 articles ont été choisis suite à l'analyse du texte intégrale. Dans l'article Koçan, S. & Gürsoy, A. (2016), un article a été sélectionné dans leur référence bibliographique qui est : Garcia Arroyo, J.-M. & Dominguez Lopez, M.-L. (2011). Psychological Problems Derived from Mastectomy : A Qualitative Study. *International Journal of Surgical Oncology*, 2011(132461), 1-8. [10.1001/jamasurg.2020.3325](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.3325)

4.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 3. C'est un outil qui met en évidence le résumé de la démarche de recherche documentaire avec le critère d'éligibilité des articles.

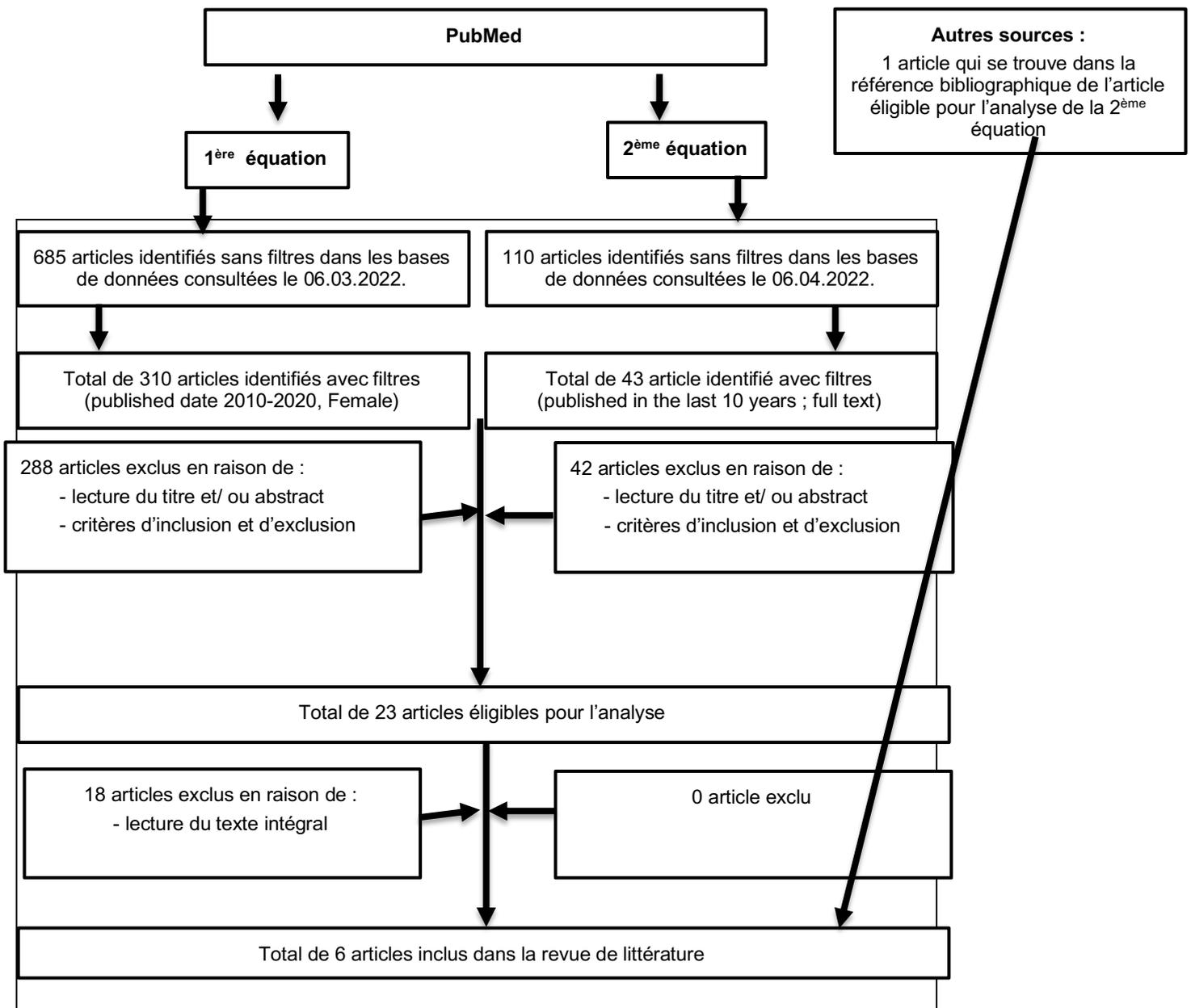


Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

Suite à la sélection des 6 articles scientifiques, des grilles de lectures ont été faite sous la forme d'un tableau permettant d'organiser, de présenter et trier les informations. Les

articles étant en anglais ont été traduits en français à l'aide du logiciel DeepL Translate. Les grilles effectuées se trouvent en annexe de la page 58 à la page 89. Ensuite, des tableaux de synthèse ont été créés de façon à synthétiser les grilles de lectures et offrir une compréhension claire aux lecteurs. De là, différents thèmes ont été relevés et retranscrits dans un tableau afin de guider la suite de notre travail.

5. RÉSULTATS

5.1. Thèmes abordés dans chaque article retenu

Tableau 4. Tableau relevant les principaux thèmes

	Lagos Prates et al. (2017)	Koçan & Gürsoy (2016)	Garcia Arroyo & Dominguez Lopez (2011)	McKean et al. (2013)	Freysteinson et al. (2012)	Rosenberg et al. (2020)
Concept de soi						
Soi physique						
Image corporelle	X	X		X	X	X
Soi personnel						
Perte		X				
Détresse émotionnelle	X		X			
Reconstruction				X		
Soins infirmiers					X	

5.2. Tableaux comparatifs

Les tableaux présentés ci-dessous permettent de mettre clairement en lumière les résultats des études susmentionnées et d'en faire une synthèse. (Tableau 5)

Tableau 5. Tableaux de synthèse retenus pour l'analyse critique (article 1, 2, 3...)

I. Ana Carolina Lagos Prates, Ruffo Freitas-Junior, Mariana Ferreira Oliveira Prates, Marcia de Faria Veloso & Norami de Moura Barros (2017). Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Quantitative Étude cas-témoins.</p> <p>Objectif de recherche : Étudier l'estime de soi chez les femmes avec et sans cancer du sein, en rapport avec leur image corporelle.</p>	<p>Population : Femmes habitant au Brésil ou qui y sont soignées.</p> <p>Échantillon : 167 sujets retenus durant la période de mars 2011 à février 2013.</p> <p>Échantillonnage : A été divisé en 2 groupes : le groupe CAS et le groupe TEMOINS.</p> <p>CAS : femmes atteintes d'un cancer du sein (n=90). Les critères d'inclusion sont : être âgée de plus de 18 ans et avoir subi une chirurgie conservatrice ou une mastectomie avec ou sans reconstruction mammaire immédiate. Les critères d'exclusion sont : avoir une maladie métastatique sans intention curative de traitement du cancer, souffrir de troubles neuropsychiatriques ou présenter des troubles cognitifs.</p> <p>TEMOINS : membres sans cancer du sein (n=77). Les critères d'inclusion sont : être âgée de plus de 18ans, se trouver dans la liste d'attente du programme de mastologie. Les critères d'exclusion sont : avoir subi une plastie mammaire, souffrir de troubles neuropsychiatriques ou présenter des troubles cognitifs.</p>	<p>Récolte et analyse de données sur la base d'entretiens (entre mars 2011 et février 2013). Deux échelles ont été utilisées qui sont l'échelle de satisfaction corporelle et l'échelle de l'estime de soi. Les participantes ont été approchées pendant la consultation médicale, et celles qui ont accepté de participer ont été dirigées vers la salle de psychologie- un espace créé par le programme de mastologie. Elles ont ensuite été divisées en deux groupes : CAS et TEMOINS afin de les comparer.</p> <p>Stratifications des groupes selon si la femme est porteuse d'un cancer du sein ou non.</p> <p>Les données ont été insérées dans une feuille de calcul Microsoft Excel (Microsoft, Redmond, WA, US) et l'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (IBM- SPSS, Chicago, Il, US), version 16.0. Enfin, le t- test a été utilisé pour évaluer les résultats de l'image corporelle et de l'estime de soi en fonction des procédures thérapeutiques auxquelles les femmes du groupe de CAS ont été soumises. Le coefficient de la corrélation de Pearson a été utilisé pour vérifier les corrélations entre les domaines de l'image corporelle et de l'estime de soi dans le groupe CAS. Le seuil de signification a été établi à 5% ($p < 0,05$). Estimation des risques absolus, différentiels et relatifs, pour chaque résultat.</p> <p>Les variables concernant les effets indésirables potentiels des outcomes.</p> <p>L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche (CEP) de l'institution sous le numéro de protocole 195/ 2010.</p>	<p>Les résultats de la présente étude montrent des différences entre le groupe CAS et le groupe TEMOINS en ce qui concerne l'image corporelle et l'estime de soi.</p> <p>Une différence significative a été trouvée entre les groupes en ce qui concerne l'apparence ($p = 0,001$) : les femmes atteintes d'un cancer du sein (groupe CAS) ont ressenti que leur apparence était compromise. Ce constat montre que la mastectomie a affecté négativement la perception qu'ont les femmes de l'étude de leur image corporelle en ce qui concerne l'apparence. La mastectomie présente un défi majeur pour les femmes, ces dernières la décrivent comme une « terrible mutilation », dévastatrice sur le plan émotionnel et qui les conduit à éviter les interactions sociales et les relations intimes avec leur conjoint. De plus, les patientes sous chimiothérapie font part d'une grande inquiétude concernant la perte de leurs cheveux.</p> <p>Les patientes soumises à un traitement conservateur du sein se sont révélées plus satisfaites de leur apparence, avec des niveaux de satisfaction plus élevés concernant leur image corporelle par rapport à celles soumises à une mastectomie avec reconstruction mammaire ($p < 0,001$).</p> <p>Une corrélation négative statistiquement significative a été trouvée entre l'image corporelle liée à l'apparence et à une haute estime de soi ($p < 0,001$) et une faible estime de soi ($p < 0,001$).</p>	<p>Limites : Il est important de mentionner que les différences trouvées dans les variables de traitement dans le groupe de CAS, peuvent être influencées par les différentes croyances religieuses des femmes. Une autre limite de cette étude, concerne le questionnaire lui-même car un grand nombre de femmes ont refusé de participer. Par conséquent, le moment de la collecte des données pour le groupe de femme qui n'étaient pas atteintes d'un cancer du sein était également une limite de l'étude, car il n'était pas possible d'atteindre les 90 questionnaires distribués à des femmes sans cancer du sein.</p>

II. José Manuel García Arroyo & María Luisa Domínguez López (2011). Psychological Problems Derived from Mastectomy : A Qualitative Study

Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Qualitative Étude phénoménologique.</p> <p>Objectif de recherche : Analyser en profondeur la réaction psychologique des femmes à travers les différentes étapes, du diagnostic au traitement chirurgical.</p>	<p>Population : 46 participantes qui font partie de l'Association andalouse des femmes mastectomisées, sélectionnées par un échantillonnage à participation volontaire.</p> <p>Critères d'inclusions : Souffrir d'un cancer du sein diagnostiqué et ayant eu une mastectomie.</p>	<p>La méthode consiste en une série d'entretiens programmés dans lesquels le rôle de l'enquêteur est de faciliter la liberté d'expression chez les femmes, permettant la communication sans restriction au sujet de de leur expérience de la maladie à ses différentes étapes. Pour atteindre cet objectif, les chercheurs doivent écouter et noter attentivement ce que la femme dit. Tout ce qui peut déranger la communication ou entraîner une mauvaise compréhension de la compilation des déclarations reçues doit être écarté (théories psychologiques ou psychiatriques, croyances personnelles, inquiétudes, allusions au corps, jugements de valeur, etc.) Pour ce faire, les chercheurs ont utilisé un matériel verbal non influencé par l'observateur. Par conséquent, les phrases enregistrées sont isomorphiques (donc correspondent, dans leur structure verbale) avec le langage utilisé par la femme lorsqu'elle exprime la détresse ressentie concernant son opération mammaire.</p>	<p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fracture du « corps imaginaire » : la mastectomie entraîne une baisse de l'estime de soi qui pousse la femme à ne pas s'aimer, voire à se rejeter, la conduisant à adopter des attitudes d'introversion, de repli sur soi, de timidité, d'insécurité, d'enfermement, et/ ou d'inhibition sociale, qui n'existaient pas avant. De tels sentiments peuvent être compensés par le développement d'activités (ex : travailler, lire etc.) qui par avant, ne présentaient pas d'intérêt pour la femme. - La question de la féminité et de la désirabilité (le fait qu'elle se sente désirée ou non) chez la femme ayant subi une mastectomie. Pour beaucoup de femmes, être une femme signifie porter une attention particulière à son corps (prendre soin d'elles, s'habiller, se préparer, etc.) Perdre un sein équivaut à perdre une partie de leur féminité, voire de leur identité. - Mutilation ou le « Réel » du corps : la question de la mutilation est liée à une dimension psychologique que Lacan appelait le « Réel » du corps pour désigner un trou impossible à intégrer dans le psychisme. Sans entrer dans le détail si dans le champ de la psychanalyse ce trou désigne la castration (autrement dit, le phallus manquant chez la femme), ce trou du réel corporel est réactivé par une mastectomie. Après cette opération, les chercheurs notent que certaines femmes ont peur de se regarder devant le miroir ou de toucher cette partie de leur corps. Lorsqu'elles la nettoient, elle le font les yeux fermés et/ ou dans l'obscurité car elles ne sentent pas prêtes à faire face à ce corps déformé. C'est une manière de se défendre contre le réel de la perte d'une partie importante du corps féminin sur le plan imaginaire. 	<p>Biais d'informations: La partie méthodologique est implicitement abordée mais les informations fournies sont lacunaires concernant les caractéristiques des participantes, et méthode utilisée.</p> <p>Biais de résultats : Les auteurs n'ont pas mentionné un retour aux participantes. Il n'y a pas de notion de seuil de saturation.</p> <p>Limites : L'étude a été uniquement réalisée au sein de l'Association andalouse des femmes mastectomisées. Il faudrait donc mener une étude plus vaste auprès d'autres populations et dans d'autres milieux de soins pour vérifier qu'elle soit généralisable. La durée de l'étude n'est pas mentionnée : a-t-elle été réalisée sur une courte durée ? Si oui, il aurait fallu une période de suivi plus longue afin de constater d'éventuels changements dans les résultats.</p>

III. Sema Koçan & Ayla Gürsoy (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy : A Qualitative Research

Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Qualitative Étude phénoménologique.</p> <p>Objectif de recherche : Acquérir une compréhension holistique et approfondie des effets de la mastectomie sur l'image corporelle des femmes atteintes d'un cancer du sein.</p>	<p>Population : 20 participantes ayant subi une mastectomie pour un cancer du sein primaire, sélectionnées parmi un échantillonnage raisonné. Les femmes ont été contactées par le biais de deux hôpitaux de la région orientale de la mer Noire, en Turquie.</p> <p>Critères d'inclusions : Les participantes devaient être âgées de 18 à 60 ans, parler turc, avoir un cancer du sein primitif, avoir été informées du diagnostic, avoir subi une mastectomie radicale modifiée unilatérale en raison d'un cancer du sein, n'avoir pas subi de reconstruction mammaire, n'avoir pas reçu de traitement systématique, n'avoir pas d'antécédents psychiatriques et n'avoir pas d'autre problème de santé pouvant affecter l'image corporelle.</p>	<p>Il s'agit d'entretiens semi- structurés menés au domicile des participantes au cours de la deuxième semaine suivant la mastectomie. Questions posées aux participantes : pouvez-vous me parler du chemin parcouru depuis que vous avez appris pour la première fois que votre sein devait être retiré ?</p> <p>Des questions supplémentaires ont été posées, portant sur le ressenti en lien avec l'absence d'un sein, la perception de soi, les relations avec les membres de la famille et les autres, et les effets de la mastectomie sur les choix vestimentaires. La dernière question était : y a-t-il autre chose que vous pensez que je devrais savoir à ce sujet ?</p> <p>Chaque entretien a été relu et retranscrit textuellement. Les réponses ont été soumises à une analyse thématique afin que leur compréhension soit le plus proche possible du sens exprimé par les participantes.</p> <p>Les données recueillies en langue turque ont été analysées en turc selon Braun et Clarke, puis traduites en anglais. Les données ont ensuite été codées pour créer des thématiques. Puis, ces thématiques ont été regroupées selon plusieurs thèmes principaux. Chaque thème principal possédant plusieurs sous-thèmes.</p>	<p>Thèmes principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce que représente le sein : organe qui symbolise la féminité, la beauté et la maternité. - La mastectomie et moi : le premier regard sur l'incision chirurgicale a choqué les femmes et a provoqué des réactions émotionnelles mitigées. - Mon image corporelle : les femmes ont décrit leur apparence comme laide, incomplète et bizarre. Elles essaient donc de changer leur style vestimentaire afin de faire face à ce mal-être et à cet inconfort. De plus, elles se sentent incapables d'accomplir des activités de la vie quotidienne. - Le changement d'image corporelle et la vie sociale : la perte d'un sein affecte les relations des participantes avec leur mari. Ces femmes ont tendance à se refermer sur elles-mêmes pour éviter les situations sociales en raison de leur nouvelle apparence. 	<p>Limites : L'échantillon est de petite taille et les femmes interrogées sont hospitalisées dans deux hôpitaux de la même région. En cela, l'échantillon risque de ne pas être représentatif de la population mondiale et donc non généralisable car l'image de la femme peut différer selon les pays, les cultures...</p> <p>Cette étude reflète la situation des femmes peu de temps après la mastectomie. Avec le temps, les femmes peuvent ou non mieux s'adapter à leur apparence altérée.</p> <p>Il serait donc intéressant d'effectuer une étude de suivi longitudinale pour déterminer les changements potentiels sur la manière dont la femme se perçoit au fil du temps.</p>

IV. McKean, L-N., Newman, E.-F. & Adair, P. (2013). Feeling like me again : a grounded theory of the role of breast reconstruction surgery in self- image

Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Quantitatif</p> <p>Étude de type phénoménologique.</p> <p>Objectif de recherche : Explorer la manière dont la reconstruction mammaire facilite le sentiment de normalité en termes d'image du corps et de soi, par le développement d'une théorie de base des relations entre le cancer du sein, la reconstruction mammaire et l'image de soi.</p>	<p>Population : Femmes faisant partie d'un groupe de soutien du cancer du sein.</p> <p>Échantillon : 10 femmes caucasiennes appartenant à 3 groupes de soutien.</p> <p>Échantillonnage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 femmes avec une reconstruction retardée. - 6 femmes avec une reconstruction immédiate. <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être âgée de plus de 18 ans à l'annonce du diagnostic du cancer du sein - Avoir eu une reconstruction mammaire. 	<p>Récolte et analyse de données au travers d'entretiens semi-structurés d'une durée de 35 min à 1 h 05, sur une période de 8 semaines, soit à l'hôpital, soit chez les femmes. Les interviews ont été réalisées de manière anonyme. Un questionnaire a été proposé comprenant des questions type :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quels aspects ont été déterminants quand vous avez décidé de faire ou non la reconstruction mammaire ? 2. En quoi la reconstruction a-t-elle changé la perception que vous aviez de vous-même ? 3. Pouvez-vous me décrire les effets provoqués par la reconstruction mammaire ? <p>Analyse statistique des données en utilisant la théorie ancrée. La variable concerne l'effet de la chirurgie de reconstruction mammaire sur l'image de soi pour savoir si celle-ci est effectuée de façon immédiate ou retardée.</p>	<p>Les analyses ont permis de relever 5 catégories centrales :</p> <p>1. Se sentir à nouveau soi-même :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte physique - Atteinte de l'identité - Reconstruction mammaire qui a pour but de faciliter l'acceptation de la maladie et de ses conséquences <p>2. Apparence normale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vêtements - Prothèses - Féminité - Intégrité <p>3. Vie normale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intégration sociale par le travail et la vie de famille <p>4. Passer à autre chose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Survie - Traitements <p>5. Image d'une personne malade :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur de la récurrence - Prendre sa vie en main <p>Les femmes ayant subi une reconstruction différée ont montré qu'elles subissaient plus d'impacts sur ces catégories. En effet, elles affirment que lorsque la reconstruction intervient bien après la mastectomie, elles ont le temps de voir leur corps « défiguré », ce qui entraîne un impact psychologique plus important sur le long terme. Allant dans le même sens, les femmes ayant eu recours à une reconstruction immédiate après la mastectomie expliquent avoir bénéficié d'une continuité dans leur apparence et évité tout impact psychologique consécutif à un changement trop radical de celle-ci.</p>	<p>Limites : Un échantillonnage trop petit pour développer la théorie et atteindre une saturation des thèmes.</p> <p>Les participantes étaient de la même origine culturelle ce qui peut limiter la généralisation des résultats au-delà de ce groupe.</p> <p>L'utilisation de conceptions rétrospectives peut signifier que les sentiments et les expériences rapportés par les participantes au moment de l'intervention ont été influencés par leurs pensées actuelles.</p>

V. Freysteinson, W.-M., Deutsch, A.-S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S.-K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy.

Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Quantitative Étude de type phénoménologique.</p> <p>Objectif de recherche : L'expérience des femmes se regardant dans le miroir après une mastectomie.</p>	<p>Population : 20 femmes ont été contactées dans un hôpital de santé à but non lucratif aux États-Unis.</p> <p>Échantillon : 12 femmes, avec l'expérience du miroir après la mastectomie, sélectionnées par un échantillonnage dirigé</p> <p>Critères d'inclusion : Ont été invitées à participer à l'étude, les femmes âgées de 18 ans et plus, parlant et comprenant l'anglais, ayant subi une mastectomie avec ou sans reconstruction dans les 3 à 12 mois.</p> <p>Critères d'exclusion : Nécessité d'un tuteur pour les décisions médicales, une détresse émotionnelle importante, un trouble de la dysmorphie corporelle.</p>	<p>Les participantes ont été contactées dans 3 hôpitaux d'un système de soins à but non lucratif. Chaque hôpital disposait d'une infirmière navigatrice en oncologie (INO) qui suivait les patients pendant une grande partie de leur traitement. Les INO ont invité les femmes à participer à l'étude lors des appels téléphoniques postopératoires de routine. Les femmes intéressées ont reçu le numéro de l'investigateur principal (IP) et ont été invitées à l'appeler. Avant de commencer les interviews, chaque participante a dû remplir une échelle de détresse psychologique.</p> <p>Les entretiens réalisés duraient environ 30 minutes, comportant des questionnaires enregistrés sur une bande audio puis retranscrits et analysés par les auteurs. L'analyse des réponses a été réalisée selon une lecture naïve, une analyse structurale et une interprétation phénoménologique. Les transcriptions ont porté sur un total allant jusqu'à 6 analyses.</p>	<p>Outcomes : Regarder sa mastectomie dans le miroir. Thermomètre de la détresse émotionnelle : Normes = 0 (pas de détresse) à 10 (détresse extrême) Dans l'étude chacune a un résultat inférieur à 4. Cela montre une détresse pas importante.</p> <p>Les 3 thématiques clés de l'analyse structurale</p> <p>« Mon corps » Regarder le site postopératoire avec ou sans miroir. La majorité des participantes souligne avoir eu des difficultés à regarder leur poitrine dans le miroir mais ont préféré être accompagnées lors de ce moment.</p> <p>« Mes pensées » Positive ; la foi et l'espoir Décourageantes ; le regard des autres</p> <p>« Les autres personnes de mon entourage » Les amis, la famille, les soignants, les groupes de support représentent ou pas un soutien. La majorité des femmes soulignent que l'infirmière en oncologie était la seule personne vraiment à l'écoute. Elles disent aussi que les groupes de soutien ainsi que les forums de discussions sont aidants, Mais que les amis ne sont pas forcément de bon soutien à cause de leurs problèmes personnels.</p> <p>Les 4 thèmes clés ayant au cours du processus phénoménologique</p> <p>« Je suis » La manière d'être dans toutes les expériences, les décisions et les actions (y compris se voir dans un miroir),</p>	<p>Limites : L'échantillon était de petite taille. Le contexte de l'échantillon n'était pas assez large. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés. La méthodologie utilisée dans la recherche phénoménologique consiste à réfléchir à ses pensées et à ses sentiments éprouvés dans un temps passé. Mais les souvenirs passés peuvent être influencés par les pensées actuelles et par d'autres variables.</p>

			<p>est la constante qui permet aux individus de reconnaître leur identité.</p> <p>Certains points influencent la façon d'être : l'éducation, l'environnement, les expériences de la vie.</p> <p>« Je décide »</p> <p>Se regarder ou non dans le miroir est un choix reposant sur des motifs personnels : la curiosité, les soins du site opératoire, prendre soin de son apparence.</p> <p>« Je vois »</p> <p>Se voir dans le miroir de 3 façons :</p> <ul style="list-style-type: none">- Avec l'esprit (l'image mentale combinée à l'appréhension, l'attente et l'espoir.)- Avec les yeux- En percevant la signification, le sens, l'explication de la chirurgie réalisée <p>« J'accepte »</p> <p>Je consens à ce que j'ai vu dans le miroir. Cela amène souffrance, consentement ou envie d'avancer vers l'avenir.</p>	
--	--	--	--	--

VI. Rosenberg, S.-M., Dominici, L.-S., Gerlber, S., Poorvu, P.-D., Ruddy, K.-J., Wong, J.-S., Tamimi, R.-M., Schapira, L., Come, S., Peppercorn, J.-M., Borges, V.-F. & Partridge, A.-H. (2020).

Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well- being in Young Breast Cancer Survivors

Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Quantitatif</p> <p>Étude de type cohorte prospective multicentrique</p> <p>Objectif de recherche : Évaluer les associations entre la chirurgie et la qualité de vie et les résultats psychosociaux de 1 à 5 ans après le diagnostic.</p>	<p>Population : L'étude a porté sur des femmes ayant reçu le diagnostic de cancer du sein précoce ou invasif entre 2006 et 2016, à Massachusetts.</p> <p>Échantillon : L'étude comprenait au total 826 femmes.</p> <p>Échantillonnage :</p> <ol style="list-style-type: none"> 375 femmes avec mastectomie bilatérale (MB) 254 femmes avec chirurgie conservatrice (CC) 197 femmes avec mastectomie unilatérale (MU) <p>Critères d'inclusion : Femme chez laquelle on a diagnostiqué un cancer du sein à 40 ans ou moins et ayant subi une intervention.</p>	<p>Les participantes potentielles ont été identifiées systématiquement en examinant les dossiers de pathologies et des listes de pathologies traitées par des cliniques, et ont été invitées à participer par courrier.</p> <p>Les participantes ont rempli des échelles sur la qualité de vie (CARES/CARES-F) et une échelle pour l'anxiété et la dépression (HADS). Les changements de 1 à 5 ans dans scores CARES + HADS ont été évalués avec des modèles linéaires mixtes.</p> <p>Toutes les analyses à l'aide de SAS, version 9.4.</p>	<p>La différence touchant le type de chirurgie influe sur la qualité de vie et le bien-être psychosocial dans les années qui suivent l'intervention (1 à 5 ans).</p> <p>Dans cette étude, parmi les femmes diagnostiquées comme ayant un cancer du sein à 40 ans ou moins, les résultats se sont améliorés au fil du temps. Cependant, les différences constatées variant selon la chirurgie réalisée persistent. Les femmes ayant subi une mastectomie bilatérale ont connu plus de problèmes sexuels et d'image corporelle, en particulier parmi celles qui n'ont pas eu de reconstruction.</p> <p>Tous les domaines de la qualité de vie liés au cancer sont concernés, y compris : la fonction physique CARES (changement estimé dans les scores moyens ajustés entre l'année 1 et l'année 5 : CC, 0,10 ; MU, 0,19 ; MB, 0,17 ; tous $P < 0,001$), mais aussi l'image corporelle (changement estimé des scores moyens ajustés entre la 1ère et la 5e année, CC, 0,16 ; $P = 0,009$; MU, 0,19 ; $P = 0,006$; MB, 0,14 ; $P = 0,007$).</p> <p>Le tableau 2 montre la prévalence des femmes décrivant au moins « une bonne quantité » de problèmes attribués à chaque item d'image corporelle CARES, démontrant des différences de conséquences selon la chirurgie utilisée, et cela, pour tous les domaines (tous les $P \leq .002$ significatifs) à 1 et 5 ans.</p> <p>Les femmes qui ont eu une MB (avec et sans reconstruction) ont fréquemment déclaré ressentir au moins une certaine gêne face aux changements corporels – une gêne à montrer leur corps aux autres et une gêne à montrer les cicatrices aux autres, à la fois au bout d'un an et de cinq ans. CC ont signalé moins de problèmes d'image corporelle à ces deux moments.</p>	<p>Limites : La plupart des participantes ne remplissent leur première enquête qu'après avoir subi une opération. Donc, les facteurs psychologiques et les comorbidités pré diagnostic pouvant avoir un impact sur le choix de la chirurgie mais aussi la qualité de vie post chirurgicale, n'ont pas été pris en compte.</p> <p>Les interventions chirurgicales ultérieures que les femmes ont pu subir entre les années 1 et 5 n'ont pas été prise en compte-- à l'exception de celles intervenues durant la 1^{ère} année de l'étude.</p> <p>L'échantillonnage est petit pour femmes ayant subi une chirurgie plus étendue et donc peu susceptible d'affecter significativement les conclusions car celles qui se sont inscrites plus récemment à l'étude n'ont pas encore atteint 4-5 ans de suivi.</p> <p>Une généralisation limitée car les participantes sont principalement des femmes blanches non hispaniques, traités dans des hôpitaux universitaires du Massachusetts.</p>

5.3. Analyse critique des articles retenus

5.3.1. Concept de soi

Le concept de soi fait partie d'un des quatre modes d'adaptation proposés par C. Roy. Elle sépare ce concept en deux parties ; le soi physique et le soi personnel (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012).

Soi physique

Pour définir le soi physique, C. Roy parle de l'image corporelle (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). La notion d'image corporelle est présente dans la plupart des six articles. Parmi ces derniers, nous proposons d'étudier celui de Lagos Prates et *al.* (2017) qui révèle que la question du changement d'apparence est jugée plus complexe chez les femmes atteintes d'un cancer du sein et en particulier celles ayant subi une mastectomie ou en cours de chimiothérapie, que les femmes qui n'ont pas de cancer du sein. En effet, une différence significative concernant le changement d'apparence a été trouvée chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ($p= 0,001$). Ces dernières ont le sentiment d'être « compromises », c'est-à-dire exposées, montrées du doigt. Ce constat montre également que l'intervention chirurgicale affecte négativement la perception qu'ont les femmes concernées, de leur propre image corporelle et de leur apparence. La mastectomie représente donc un défi majeur pour les femmes qui en parlent comme d'une « terrible mutilation » qui est émotionnellement dévastatrice et les amène à éviter les interactions sociales et l'intimité avec leur partenaire.

Dans une autre étude qualitative de type phénoménologique, dont l'objectif est de décrire l'expérience consistant à se regarder dans un miroir, Freysteinson et *al.* (2012) indiquent que la plupart des femmes ayant subi une mastectomie rencontrent des difficultés à se regarder dans le miroir. Dans cette même étude, les auteurs mettent en avant plusieurs éléments concernant cette expérience. En premier lieu, ils affirment que l'identité de la personne (son statut social, professionnel etc.) est déterminante. Cet élément est influencé par l'environnement, l'éducation et les expériences de vie. En second lieu, le choix de se regarder ou non dans un miroir dépend de motifs personnels comme la curiosité ou l'envie de prendre soin de son apparence. Cependant, les soins postopératoires obligent les femmes concernées à être confrontées à leur cicatrice. Partant de là, les auteurs suggèrent trois façons de se regarder dans le miroir : avec les yeux, avec l'esprit (ce qui implique de confronter la réalité avec ce que l'on appréhende, ce que l'on attend et ce que l'on espère de celle-ci), mais aussi en portant un regard compréhensif (intégrant la raison d'être et le sens de la cicatrice). Au final, pour les

femmes concernées, il apparaît donc que le fait de se regarder dans le miroir entraîne une souffrance – certaines parlant d'image corporelle perturbée tandis que d'autres décrivent leur apparence comme défigurée, laide et dégoûtante – mais aussi un travail d'acceptation de soi. En notant que ces mêmes termes forts se retrouvent également dans l'étude de Koçan & Gürsoy (2016).

Une année après l'étude de Freysteinson et *al.*, les auteurs McKean et *al.* (2013) ont, à leur tour, analysé ces questions. Leurs résultats indiquent que les femmes ayant subi une mastectomie expriment une perte physique non négligeable, une atteinte à leur féminité et à leur apparence. Dans cet article, le trouble causé par le changement d'apparence physique se traduit par un changement dans le choix opéré par les participantes concernant leurs vêtements. Se sentant mal physiquement, ces dernières affirment être limitées dans leurs choix vestimentaires.

Récemment, une étude quantitative (N = 926) a été menée dans l'objectif d'évaluer les répercussions de la chirurgie sur la qualité de vie et l'image corporelle au cours de la période allant de 1 à 5 ans après le diagnostic. Dans cette étude, des femmes ayant subi une mastectomie bilatérale ou une mastectomie unilatérale ont rempli une échelle de CARES. En effet, le Cancer Rehabilitation Evaluation System Short Form (CARES-SF) est un instrument qui a été validé et largement utilisé pour évaluer la qualité de vie chez les patients atteints de cancer. La sous-échelle de l'image corporelle (ayant 3 items du CARES) a également été incluse. Pour chaque item du CARES, les répondantes évaluent sur une échelle de 0 à 4 comment elles se sont senties au cours des dernières semaines. Les scores de chaque sous-échelle sont calculés à partir de la moyenne des évaluations de chaque item individuel et vont de 0 à 4. L'analyse des résultats obtenus montre la présence de problèmes importants en lien avec chaque *item* de l'image corporelle ($P \leq .002$ significatif) (Rosenberg et *al.*, 2020).

Soi personnel

Comme susmentionné, une femme atteinte d'un cancer du sein est plus insatisfaite de son image corporelle qu'une femme n'ayant pas de cancer du sein, en particulier lorsque les premières ont subi une mastectomie ou qu'elles sont sous chimiothérapie. Chez la femme, le sein est souvent l'expression de sa propre valeur et de son pouvoir : « Elle est fière de son sein, le cache ou le déguise, veut le montrer pour recevoir une louange, lui fait se sentir en confiance ou non, c'est lié à la honte » [Traduction libre] (Arroyo et Lopez, 2011).

La mastectomie entraîne la perte du sein et de l'imaginaire allant avec (au niveau de l'image de la femme comme objet de désir mais aussi comme mère), (Koçan & Gürsoy,

2016). Suite à une mastectomie, la femme cesse de se trouver belle et à l'impression d'être dans l'incapacité de séduire à nouveau. Ainsi, la question de sa désirabilité avérée mais aussi celle du sentiment d'être désirable occupent-elles une place importante. Concrètement, ces femmes se sentent amoindries, non attirantes et comme « déféminisées ». À l'heure où dans les médias, les femmes sont essentiellement montrées pour leur beauté physique, la question est donc d'autant plus douloureuse et importante à traiter. Ce sentiment de ne plus pouvoir plaire entraîne, chez ces femmes, une baisse de l'estime de soi qui les pousse à ne pas s'aimer, voire à se rejeter, les conduisant à adopter des attitudes d'introversion, de repli sur soi, de timidité, d'insécurité, d'enfermement et/ou d'inhibition sociale qui n'existaient pas avant. Or, de telles réactions peuvent être compensées par la pratique d'activités (comme lire, travailler sur un projet, étudier etc.) qui auparavant, ne présentaient pas d'intérêt pour ces femmes. Une participante explique ainsi : « J'ai commencé à étudier et je me sens mieux maintenant. Je ne pensais pas pouvoir le faire, mais voilà, la maladie m'a apporté quelque chose de bien » (Arroyo et Lopez, 2011). De même, beaucoup de femmes ressentent le besoin d'être actives car l'activité leur permet de s'évader, d'éviter de penser à la maladie qui prend déjà beaucoup de place dans leur quotidien (Arroyo et Lopez, 2011). En ajoutant que la pratique d'activités en groupe permet aussi de maintenir le lien social. En revanche, les 12 participantes de l'étude de Freysteinson *et al.* (2012) mettent en évidence l'importance de la foi. Elles associent cela à une pensée positive et qu'elle est essentielle. La foi leur permet d'avoir du courage de se regarder dans le miroir et l'envie d'aller de l'avant.

Concernant les méthodes permettant aux femmes de se sentir à nouveau féminines, il apparaît néanmoins que la plus efficace demeure la reconstruction mammaire (McKean *et al.*, 2013 ; Arroyo et Lopez, 2011). Cet aspect sera abordé par la suite.

En conclusion, Lagos Prates *et al.* (2017) mettent en évidence le fait qu'il existe une corrélation entre l'image corporelle et l'estime de soi ($p < 0,001$), ce qui signifie que la variable 1 a une influence sur la variable 2 et inversement. En d'autres termes, l'étude a permis de constater que l'insatisfaction éprouvée vis-à-vis de sa propre image corporelle est négativement corrélée à l'estime de soi.

5.3.2. Reconstruction mammaire

Concernant la reconstruction mammaire, une participante explique : « Me réveiller après la mastectomie sans qu'une reconstruction mammaire n'ait été réalisée immédiatement après, aurait été plus traumatisant pour moi. Avec le recul, la différence entre avoir une reconstruction immédiate et se réveiller sans son sein, tient dans l'impact psychologique

que cela déclenche, et qui aurait été assez important sur moi » [Traduction libre] (McKean et al., 2013).

La chirurgie de reconstruction joue plusieurs rôles : l'image de soi, l'image corporelle, l'apparence et la féminité. À ce sujet, il convient de citer l'étude qualitative descriptive (N= 10) de McKean et al. (2013) qui a eu pour but de comprendre le rôle de la reconstruction mammaire dans le concept de soi chez les femmes ayant subi une mastectomie. Les femmes de l'étude ont eu recours à une reconstruction immédiate ou retardée. Il en ressort que de manière générale, la reconstruction apporte des effets positifs sur l'image que les femmes ont d'elles-mêmes et qu'elle permet aux femmes de se sentir à nouveau elles-mêmes. En effet, pour elles, la reconstruction mammaire leur permet de retrouver le sein qu'elles avaient perdu et une féminité. L'étude montre aussi que le temps s'écoulant entre la mastectomie et la reconstruction mammaire est très important dans le processus d'acceptation de soi. En effet, chez les femmes ayant eu recours à une mastectomie avec une reconstruction simultanée, le souci de l'apparence physique était primordial afin d'éviter un trop grand choc psychologique. Dans l'extrait susmentionné, une participante confie que se réveiller et voir qu'elle n'avait plus de sein aurait engendré un lourd impact psychologique. En cela, la reconstruction immédiate permet aux femmes ayant subi une mastectomie de bénéficier d'une continuité touchant leur apparence et d'éviter l'impact psychologique engendré par un changement trop radical d'apparence.

Cette opinion est soutenue par certaines femmes ayant eu recours à la reconstruction mammaire bien après avoir subi une mastectomie. Elles affirment que la mastectomie est une perte physique non négligeable et une atteinte à leur identité. Elles ajoutent que le temps s'étant écoulé entre les deux opérations, leur a permis de voir leur corps comme défiguré et horrible. Cela signifie donc que la perturbation de l'image de soi serait plus longue et plus impactante lorsqu'un délai sépare les deux opérations (McKean et al., 2013). Ce même article soutient enfin que la reconstruction facilite l'acceptation de la maladie et de ses conséquences.

Toujours au sujet de la reconstruction mammaire, les participantes expliquent ressentir le sein reconstruit comme une partie d'elles-mêmes, aboutissant à une image du corps modérément impactée, comparable à ce qui se produit avec une prothèse. Toutefois, Lagos Prates et al. (2017) montrent que les patientes soumises à un traitement conservateur appelé tumorectomie (qui consiste à réaliser l'exérèse chirurgicale de la totalité de la tumeur tout en gardant le sein), se sont montrées plus satisfaites de leur

apparence par rapport à celles soumises à une mastectomie avec reconstruction mammaire ($P < 0,001$).

5.3.3. Soins infirmiers

Dans l'étude de l'expérience du miroir, les femmes témoignent de ce qui les a aidées dans le processus d'appropriation et d'acceptation de leur nouvelle image corporelle. Parmi ces sources d'aide, se trouve le soutien apporté par les infirmières en oncologie dont la nature aidante est mise en avant. De fait, selon les femmes interrogées, ces infirmières étaient les seules personnes vraiment à l'écoute. Une autre source d'aide repose sur les groupes de soutien (avec des forums de discussion) que les participantes qualifient de très importants pour le partage d'expérience et de vécu (Freysteinson et al., 2012).

L'étude de Freysteinson et al. (2012) traite des implications possibles de l'infirmière en lien avec l'expérience de chaque patiente devant un miroir. Se regarder dans le miroir permet de poser un premier regard sur la cicatrice. Cette même étude affirme que l'infirmière a les ressources pour limiter l'impact de la nouvelle image corporelle sur ces femmes. En amont de l'opération, l'infirmière explique à chaque patiente en quoi consiste l'expérience du miroir pour que chacune ait le choix d'y participer ou non. Cette étape permet aux patientes d'exprimer leur appréhension au sujet de ce qu'elles s'attendent à voir dans le miroir, mais aussi d'exprimer leur compréhension de ce qu'elles y voient au cours de l'expérience. L'infirmière peut éduquer les patientes au sujet de ce à quoi la zone cicatricielle va ressembler, dans le but d'atténuer les craintes, les attentes et les espoirs. D'ailleurs, après l'intervention, il est préférable que les infirmières soient munies d'un miroir dans leur poche afin qu'elles puissent le proposer aux patientes au cours des soins postopératoires. Avec le temps, il devient plus facile pour les femmes de regarder la cicatrice de leur mastectomie et ainsi, d'accepter l'ablation de leur sein. Toutefois, l'étude relève aussi un fait plus étonnant, à savoir dans les hôpitaux, l'on note un réel manque de miroirs. Or, si l'expérience du miroir est délicate et qu'elle doit être menée avec soin avec les infirmières en oncologie, le fait que ces infirmières n'aient pas à leur disposition de miroir en nombre suffisant entraîne des conséquences fâcheuses car les patientes ont le sentiment qu'on veuille leur cacher quelque chose, ce qui augmente l'anxiété et nuit à leur acceptation de leur nouvelle apparence physique.

6. DISCUSSION

Le présent chapitre consacré à la discussion se fonde sur l'analyse critique des articles sélectionnés et présentés dans le chapitre précédent. Ces derniers seront mis en lien avec d'autres articles pour tenter de répondre à la question de recherche : « **Quel est le ressenti de la femme ayant subi une mastectomie suite à un cancer du sein en lien avec le remaniement de son image corporelle ?** » En précisant que notre réflexion sera guidée par le cadre théorique proposé par Callista Roy.

6.1. Concept de soi

L'analyse de nos articles issus de la littérature a permis de relever l'existence de liens unissant ces mêmes articles. En effet, dans leur ensemble, ces documents confirment que les traitements du cancer du sein (qu'ils soient médicaux et/ou chirurgicaux) ont un fort impact sur l'image corporelle de la femme. Or, si l'apparence a toujours compté, comme en attestent un article intitulé « Histoire de la beauté » ou des ouvrages expliquant combien les hommes et les femmes prenaient déjà soin de leur corps dans des temps lointains (Braunstein & Pépin, 1999), il importe de noter que, de nos jours, l'apparence est une question devenue omniprésente du fait de l'importance prise par les médias habituels (télévision, journaux, magazines) mais aussi et surtout par les nouveaux médias (Internet et les réseaux sociaux) (HabiloMédias, s.d.).

Les premiers mettent en avant des corps parfaits d'hommes et de femmes (jeunes, minces, élancés...) tandis que sur les seconds, les Internaute peuvent avoir tendance à critiquer sévèrement quiconque sort des canons de beauté actuels. Certes, ces canons de beauté évoluent avec le temps, mais la poitrine des femmes demeure indubitablement une norme esthétique. Hormis quelques exceptions (comme les campagnes visant à inciter les femmes à consulter pour dépister la survenue d'un cancer du sein ou des vidéos intégrant des personnes à l'apparence différente comme des sujets souffrant d'un handicap), rares sont les images publicitaires, les campagnes de communication, les films, les clips vidéos montrant des personnes d'un certain âge et/ou aux physiques non conformes aux canons de beauté.

Sans nous étendre sur ce sujet en marge de notre problématique, nous partons du principe que l'apparence physique est importante non seulement pour la personne concernée mais aussi pour les personnes extérieures (de par le regard qu'elles jetteront à celle-ci), et cela, dans tous les types de relations que l'on peut être amené à nouer dans la société (relations professionnelles, amicales, amoureuses).

Or, les thérapies (radiothérapie/chimiothérapie/ hormonothérapie) entraînent des modifications physiques comme la perte de cheveux, des cils, des poils et une perte ou une prise de poids (Garcia Arroyo & Dominguez Lopez, 2011). Au vu de ces éléments, nous émettons l'hypothèse selon laquelle du fait de la surreprésentation des personnes jeunes, aux physiques en tout point conformes aux canons de beauté, les jeunes femmes atteintes d'un cancer du sein et ayant subi une mastectomie éprouvent avec plus de force que les femmes un peu plus âgées, l'impact de leur transformation physique. Pour le dire autrement, la perte d'un sein est d'autant plus mal vécue par les jeunes femmes que celles-ci voient constamment tout autour d'elles, une mise en avant de corps « parfaits ».

De fait, les participantes ayant subi une mastectomie affirment avoir été impactées au niveau de leur image corporelle, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. Comme nous l'avons vu, elles parlent d'une perte physique non négligeable, ou encore d'une « terrible mutilation » (Lagos Prates et al., 2017).

Le CNRTL définit la mutilation comme une « ablation accidentelle ou volontaire », comme « le retranchement d'un membre ou d'un organe externe qui cause une atteinte grave et irréversible », ou encore comme un « grave dommage apporté à la forme, à la croissance » mais aussi comme le « résultat de cette action ».

De son côté, le dictionnaire français Internaute (2021) définit la mutilation comme « l'action de mutiler, c'est-à-dire d'amputer un membre, d'infliger une blessure grave qui porte atteinte de manière irréversible à l'intégrité physique. »

En cela, l'emploi de ce terme laisse concevoir à quel point la femme perçoit sa nouvelle image corporelle de manière négative. D'ailleurs la question de la mutilation est abordée dans l'étude de Garcia Arroyo & Dominguez Lopez (2011) : pour ces chercheurs, la mutilation entraîne plusieurs conséquences : 1) la fracture de « l'imaginaire corporel » liée à la disparition d'un organe de valeur, liée aussi au sentiment de perte d'attractivité personnelle, de faible estime de soi et d'évitement des relations sociales des relations ; 2) le problème de la féminité lié à la question de la désirabilité ; 3) l'idée d'un « trou » impossible à intégrer, en lien avec la castration symbolique (autrement dit, le phallus manquant chez la femme) qui, selon les auteurs susmentionnés, est réactivé par une mastectomie ; 4) la vulnérabilité face aux phénomènes mentionnés.

Autrement dit, une mastectomie entraîne des répercussions psychologiques majeures : anxiété, détresse émotionnelle ou encore une dépression (Rosenberg et al., 2020). Il est montré que l'anxiété est plus élevée pendant la première année suivant la mastectomie, la moyenne des scores d'anxiété chez les femmes opérées approche des niveaux

anormaux. Cependant, l'anxiété s'améliore au fil des années ($P < 0,001$). En effet, la santé psychologique s'améliore avec le temps mais les femmes, avec une intervention touchant leur image corporelle, ont continué à être anxieuses. En plus d'être atteinte d'une maladie grave engendrant inquiétude et angoisse de mort, la femme va devoir accomplir un travail de deuil consécutif à la modification de son corps et à la modification des rôles qu'elle joue possiblement dans la société (en tant que femme, épouse et mère). Le cumul de ces conséquences explique pourquoi les femmes interrogées considèrent la mastectomie comme une atteinte à leur identité et à leur féminité (McKean et al., 2013), et pourquoi, chez ces femmes, la dégradation de l'image corporelle subie provoque, en outre, une dégradation de l'estime de soi.

Sœur Callista Roy (2009) s'est intéressée à ces rôles qu'elle a intégrés dans un des quatre modes d'adaptation qu'elle a proposés au cours de sa carrière ; le mode fonction de rôle. Plus précisément, Sœur Callista Roy s'est focalisée sur les rôles que la personne occupe dans la société. Comme mentionné précédemment, ces rôles sont influencés par des stimuli qui auront un impact positif ou négatif sur la manière dont la personne va s'adapter aux modifications de ses fonctions de rôles. Dans le cadre d'une résection mammaire, ce sont tout à la fois les trois rôles de la femme qui sont mis à mal (Koçan & Gürsoy, 2016).

Ainsi, concernant leur rôle de mère, certaines participantes affirment que la perte d'un sein a eu un fort impact sur l'idée qu'elles se font de leur capacité à prendre soin de leur enfant et participer à des activités avec leurs enfants du fait qu'elles appréhendent d'être confrontées à d'autres mères (McKean et al., 2013).

Concernant leur rôle de partenaire, il importe de tenir compte du regard que porte l'homme sur sa femme – un sujet abordé dans l'article de Koçan & Gürsoy (2016). Compte tenu du fait que le sein est un emblème de féminité, une mastectomie augmente les risques que la relation de couple soit compromise. Des participantes ont indiqué : « Bien sûr, cela a affecté les relations avec mon mari et ma vie sexuelle car je ne peux pas « satisfaire » mon mari. Je pense que mon mari a pitié de moi à cause de la maladie. » Ou encore : « Peut-être que mon mari ne ressent rien de mal envers moi, mais je ne veux pas me montrer à lui. Je ne veux pas montrer cette partie. Généralement, j'évite les environnements où les gens viennent avec leurs partenaires car s'y trouvent d'autres femmes qui ne font pas face à ce problème et forcément, je me demande ce que mon mari pense de ces autres femmes. Elles ont des seins mais pas moi. C'est tout ce à quoi je pense. » En outre, l'étude de Garcia Arroyo & Dominguez Lopez (2011) a démontré que la baisse de libido était associée au fait que les femmes se sentaient moins attirantes

après la chirurgie (choue, plus de sourcils, plus de cils). Elles se sentent défigurées et elles ont cessé de se trouver belle.

Au vu de ces témoignages, nous pouvons donc affirmer que la mastectomie entraîne des perturbations au niveau de la dimension imaginaire du sein, et donc à celui de la sexualité et de la maternité.

Mais l'impact touche également le mental sous un autre angle, comme en atteste l'étude de McKean et *al.*(2013). Cette dernière aborde une question n'ayant pas été étudiée dans les autres articles analysés : le fait que les cicatrices de la mastectomie sont, pour certaines femmes, les marqueurs du cancer et qu'en cela, elles obligent ces femmes à penser chaque jour aux risques de récurrence, entraînant un effet anxiogène.

Concernant leur rôle social, les femmes interrogées n'ont pas abordé la question des effets induits par la mastectomie sur leur vie professionnelle. La question se posant certainement plus tard, lorsque ces femmes, une fois que le cancer est en phase de rémission, reprennent une vie professionnelle.

Or, une revue de littérature qualitative menée par Adams et *al.* (2010) a fait ressortir que les expériences de vie en lien avec le cancer du sein varient selon l'âge de la personne. En effet, d'un point de vue psychologique et sociologique, l'âge est lié à des stades de développement humain. Concernant les jeunes adultes, les stades que l'on retrouve sont : le commencement d'une profession, les débuts des relations amoureuses, la parentalité et la stabilisation de son identité. Les femmes subissant un cancer avant 45 ans, ressentent plus vivement l'impact de la maladie qui bouleverse plus fortement les étapes de vie de cette tranche d'âge, par rapport à celles devant affronter cette épreuve à un âge plus avancé. Ainsi, les femmes de 45 ans décrivent-elles une plus mauvaise qualité de vie que leurs aînées.

En dépit de ces bouleversements et de leurs conséquences, certaines femmes mettent en lumière les effets positifs de la mastectomie leur ayant permis d'améliorer leur état de santé. Pour elles, retrouver une bonne santé prime sur les conséquences que la mastectomie peut engendrer (Koçan & Gürsoy, 2016) ; Freysteinson et *al.*(2012). Dans l'étude de McKean et *al.*(2013), des femmes affirment ; « Ça ne me dérange pas parce que j'avais hâte qu'on m'enlève le cancer. C'était un compromis, chaque point de suture en valait le coup. »

En dernier lieu, nous tenons à souligner les limites de la présente discussion, tenant dans deux phénomènes : le premier est que l'image de la femme mais aussi sa place sociale varient beaucoup selon les cultures et que le modèle occidental n'est pas forcément transférable aux autres contextes. Le deuxième phénomène, pour sa part,

concerne la littérature existante. En effet, il existe un grand nombre d'études et notamment d'articles portant sur ce sujet, dont beaucoup émanent de chercheurs basés en dehors de l'Europe et la plupart des articles trouvés étaient trop anciens.

6.2. Reconstruction mammaire

Des articles (McKean et *al.*,2013; Garcia Arroyo & Dominguez Lopez, 2011) portant sur la reconstruction mammaire ont démontré que cette opération améliore la perception et le vécu intime de la femme – un seul article (Lagos Prates et *al.*,2017) parmi ceux que nous avons étudiés a montré que cette opération n'engendrait pas de résultats significatifs ($P < 0.05$).

En effet, d'un côté, les résultats de l'étude de McKean et *al.*(2013) suggèrent que la reconstruction permet à la femme de se sentir à nouveau elle-même, de conserver une apparence normale et donc de diminuer l'impact de la mastectomie sur sa féminité. Une participante affirme d'ailleurs : « Après la reconstruction, j'étais si heureuse... Vous savez... je me sentais si bien, je commençais à m'en remettre et à redevenir... moi. » La reconstruction mammaire permet à la femme de retrouver une apparence normale : elle peut à nouveau se regarder devant un miroir et ne plus éprouver un si fort dégoût pour son corps. En outre, si la perte du sein renvoie chaque jour la femme à la maladie, la reconstruction mammaire permet de moins y penser. Cette chirurgie permet de ne plus refléter l'image d'une personne malade. Une participante mentionne que cela l'a aidée à s'accepter en dépit de ce qu'elle était en train de vivre. Pour certaines femmes, la reconstruction facilite la réintégration sociale, à la fois d'un point de vue professionnel et familial, leur permettant ainsi de retrouver une vie normale. Les femmes de l'étude se sentent plus sûres d'elles-mêmes du fait que leur apparence soit normalisée (McKean et *al.*, 2013). L'étude de Garcia Arroyo & Dominguez Lopez, 2011) mentionne que lorsque la reconstruction mammaire a réussi et que les femmes se disent satisfaites du résultat, elles recommencent à se sentir féminines : « Maintenant, j'ai cette forme, je sais que ce n'est pas mon sein, mais je peux m'habiller en femme et je n'ai pas besoin de porter un soutien-gorge orthopédique. Je suis libre de porter tous types de vêtements » (Garcia Arroyo & Dominguez Lopez, 2011). De plus, dans l'étude de McKean et *al.* (2013), il en ressort que le regard et le comportement des enfants joue beaucoup sur le vécu et le rôle de parentalité chez la femme. En effet, le changement d'apparence suite à une mastectomie, engendre chez beaucoup de femmes de cette étude, l'appréhension de ne pas ressembler aux autres mères. De plus, il est perçu comme un obstacle pour la femme lors d'activités extérieurs avec ses enfants. Ainsi, la reconstruction serait la solution à tout cela. Une participante dit : « Le fait de pouvoir aller nager et porter le

même maillot de bain que j'avais avant d'avoir le cancer, c'est tout simplement la normalité pour les enfants, ils ne veulent pas voir des choses horribles comme la mastectomie » (McKean et al., 2013). De plus, la reconstruction peut être envisageable afin de contribuer à protéger les enfants des jugements ou des remarques désagréables car ils ne pourraient pas savoir que leur maman a eu une mastectomie que s'ils en sont informés. Une participante confie : « Je pense que c'était aussi pour protéger ma fille parce qu'elle était très jeune et je ne voulais pas que les gens la regardent et disent : Oh, n'est-ce pas triste, regardez sa mère a le cancer . Alors j'essayais juste d'être normale ».

Cependant, l'étude de McKean et al.(2013) repose sur un échantillon de seulement dix femmes ce qui incite à limiter la généralisation de ces résultats. En outre, le but de cette étude est d'éclaircir le lien entre reconstruction mammaire et reconstruction de l'image de soi, et pas d'émettre un avis favorable ou défavorable vis-à-vis de la reconstruction mammaire.

Mais parallèlement, l'article de Lagos Prates et al.(2017) mentionne qu'aucune différence statistiquement significative ($p < 0.05$) n'a été constatée entre les femmes ayant eu recours à une reconstruction mammaire et celles ayant fait le choix de ne pas y avoir recours. Ces auteurs concluent que le fait d'avoir subi une reconstruction mammaire n'a fait aucune différence sur la manière dont les femmes se perçoivent.

Il est donc intéressant de comprendre ce qui peut expliquer le caractère contradictoire des résultats de ces études. En notant qu'au vu de notre propre étude, et après avoir reçu des témoignages de femmes indiquant à quel point la reconstruction mammaire a été importante pour elles, les conclusions de l'article de Lagos Prates et al.(2017) nous ont paru étonnantes. Pour mieux les comprendre, nous avons étudié l'article de Baker et al.(2021) dans lequel les auteurs ont interrogé 931 femmes ayant subi une mastectomie unilatérale ou bilatérale sans reconstruction. Leur objectif était de comprendre les raisons pour lesquelles les femmes avaient renoncé à une reconstruction. Le premier constat effectué est que 74% des participantes se disent satisfaites de ne pas avoir pratiqué de reconstruction mammaire : elles estiment qu'une paroi thoracique plate est une option qui devrait être mise en valeur par les équipes médicales. Quant aux principales raisons les ayant poussées à renoncer à la reconstruction mammaire, elles reposent sur « le souhait d'une récupération la plus rapide, le refus de placer en elles un corps étranger et la certitude que la reconstruction n'était pas essentielle pour leur image corporelle » (Baker et al., 2021).

À défaut de subir une reconstruction, l'étude de Reid-de Jong et Bruce (2020) montre que certaines femmes choisissent de faire un tatouage artistique sur la zone mastectomisée. Un moyen, pour elles, de reprendre le contrôle de leur corps – un contrôle qu'elles disent avoir perdu en apprenant leur maladie et surtout, à la suite de la chirurgie. Ces femmes affirment avoir changé de façon positive la manière dont elles se perçoivent et ajoutent se sentir à nouveau femmes. Ce qui pourrait laisser supposer que les tatouages peuvent apporter un mieux-être thérapeutique, en renforçant l'image de soi. Le tatouage permet à la femme de laisser libre court à sa créativité pour faire revivre cette zone qui est caractérisée comme « dégradée », voire morte.

Au vu des témoignages reçus, nous constatons que la reconstruction mammaire relève d'un choix très personnel. Or, le caractère personnel et même intime de ce choix doit nous faire prendre conscience, en tant qu'infirmiers et infirmières, de l'importance d'être à l'écoute de ces femmes et de respecter leur choix. D'ailleurs, selon Callista Roy, si la personne n'arrive pas à bien vivre avec les changements corporels subis, l'équilibre de sa santé ne sera pas atteint. Une question que nous allons développer plus largement dans le chapitre suivant.

6.3. Approches infirmières

Pour Callista Roy, l'infirmière doit travailler en collaboration avec la personne soignée et la famille de celle-ci, afin que la patiente développe ses capacités d'adaptation touchant les quatre modes : le mode physiologique, le concept de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance (Roy, 2009). Au-delà, ce travail en collaboration vise à ce que la patiente puisse évoluer et atteindre les objectifs qu'elle a fixés. Dans notre situation, l'infirmière sera en étroite collaboration avec les femmes mastectomisées. Pour ce faire, pour ces femmes, le fait d'être soutenues par une infirmière connaissant la maladie et ses conséquences est une ressource considérable. En effet, la place de l'infirmière dans le suivi de ces femmes peut être décisive dans les différents éléments abordés précédemment.

Il existe plusieurs méthodes pour accompagner ces femmes après ou pendant l'hospitalisation. L'une des méthodes d'accompagnement repose sur la manière dont le premier regard sera porté sur le sein enlevé. Comme nous l'avons déjà étudié, la plupart des femmes expriment une difficulté à se regarder dans le miroir et préfèrent être accompagnées. Par conséquent, la présence d'une infirmière possédant un miroir qui accompagnera la patiente, est essentielle lors de cette étape (Freysteinson et *al.*, 2012). Elle peut proposer le miroir lorsqu'elle enseigne les soins postopératoires du site

d'intervention. Avant que la femme ne fasse face au miroir, l'infirmière peut la préparer aux possibles conséquences de cette expérience. La femme peut exprimer la compréhension de ce qu'elle pense voir dans le miroir. De plus, l'éduquer sur ce à quoi ressemblera la zone postopératoire peut contribuer à estomper les attentes, les espoirs et les craintes. L'objectif principal de cette intervention est qu'une femme puisse regarder son site de mastectomie au moins une fois avant de quitter l'hôpital et éviter qu'elle se retrouve seule lors de cette étape importante. Après l'hospitalisation, l'infirmière de soins à domicile peut également proposer le miroir et notamment en discuter par la suite. L'infirmière peut prendre conscience du langage utilisé pour parler de son image corporelle et évaluer si elle fait l'expérience de la distanciation ou de l'appropriation. D'ailleurs, selon cette même étude, le soutien apporté par l'infirmière spécialisée en oncologie est considéré par ces femmes comme « le plus aidant ». De fait, les patientes affirment que ces infirmières sont les seules personnes à se montrer vraiment à l'écoute. Cependant, l'étude mentionnée ne portait que sur 12 participantes. De ce fait, il est impossible d'en généraliser les résultats.

7. CONCLUSION

Au niveau européen, le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent. Les avancées dans le traitement de ce cancer sont nombreuses et ont permis de développer des traitements plus ciblés, favorisant un meilleur pronostic pour le futur. Le traitement de ce cancer se fait généralement en plusieurs étapes et diffère d'une femme à l'autre car chaque personne est unique. Dans la plupart des cas, la femme doit passer par l'étape de la chirurgie qui consiste à retirer une partie du sein (tumorectomie) ou l'entièreté du sein (mastectomie) selon la localisation et l'extension de la tumeur. D'autres femmes, pour leur part, doivent subir des traitements par thérapie (radiothérapie, chimiothérapie etc.) Mais quel que soit le type de traitement, il s'avère que tous entraînent des conséquences importantes chez la patiente. En premier lieu, l'aspect physique est modifié, ce qui engendre des effets sur le psychisme, dans un effet boule de neige. En second lieu, la vie sociale, familiale, sexuelle et professionnelle est bouleversée – que ce soit par effet direct du traitement, par effet de la réaction des personnes extérieures (à commencer par le partenaire de la femme concernée) ou du fait des transformations psychologiques engendrées, provoquant mal-être et perte de la confiance en soi.

Sœur Callista Roy a proposé plusieurs modes permettant de différencier et de catégoriser les rôles sociaux de la femme. Des rôles qui, tous, se trouvent chamboulés par l'apparition d'un cancer mais aussi par les effets susmentionnés des traitements.

Que ce soit dans l'aide apportée aux patientes confrontées à cette maladie et à ses effets, ou dans l'accompagnement leur permettant de réaliser le deuil de leur apparence passée et d'accepter de vivre « sans » leur sein et « avec » leur nouvelle apparence, le rôle de l'infirmière est essentiel. Cet accompagnement se traduit par des conseils apportés mais aussi par une grande écoute permettant aux patientes de livrer leurs émotions et leurs ressentis sans peur d'être jugées. Chaque femme réagit différemment à la perte d'un sein –certaines femmes, en fonction de leur vie, du soutien qu'elles reçoivent, de leur psychologie, accepteront leur nouvelle apparence sans nécessiter beaucoup d'aide tandis que d'autres n'y parviendront jamais. De ce fait, il importe donc d'accorder à chaque patiente des conseils et une écoute bienveillante. Et, pour ce faire, l'infirmière doit se montrer empathique, compréhensive et ouverte.

7.1. Apports et limites du travail

En termes d'apports, notre travail a mis en lumière un manque d'études récentes concernant les conséquences, les ressentis et les outils thérapeutiques proposés aux femmes ayant subi une mastectomie. Or, les besoins des femmes actuelles ont évolué due non seulement à leurs changements de rôle, mais également par l'importance du corps dans notre société, sans cesse critiqué et regardé, virtuellement comme physiquement. Malgré cela, la plupart des articles récents consultés n'abordent pas la question des répercussions d'une mastectomie sur l'image corporelle des femmes, considérant qu'il s'agit de faits attestés et validés par des recherches antérieures. Nous avons donc dû nous fonder sur l'analyse de travaux plus anciens.

Les écrits récents posent surtout la question des bénéfices ou de leur absence quant à la reconstruction mammaire. Ils abordent la mastectomie, évoquent la chirurgie en elle-même sur le plan médical et non sur les soins de suivi nécessaires et relevant du champ des soins infirmiers.

Une difficulté à généraliser certains résultats a également été identifiée car les études présentent des petits échantillons.

Une limite de la présente étude tient dans le fait que nombre d'études étant rédigées en anglais, leur traduction a nécessité du temps afin de réussir à bien comprendre sans risque de mésinterprétation de ces travaux (en notant que le logiciel Deepl a parfois conduit à des erreurs de traduction).

Enfin, notre travail comporte aussi d'autres limites : en premier lieu, les articles scientifiques que nous avons sélectionnés pour la partie « résultats » proviennent tous de PubMed. Des recherches ont également été menées sur d'autres bases de données comme LiSSa et Embase, mais rien n'a été trouvé de satisfaisant sur ces deux plateformes. Toutefois, nous avons remarqué que certains des 6 articles sélectionnés étaient également présent dans la plateforme Cinahl lorsque nous étions à la recherche de nouveaux articles.

7.2. Recommandations

Au terme de ce travail de Bachelor, voici les recommandations essentielles au niveau de la clinique, de la recherche et de l'enseignement.

7.2.1. Clinique

En ce qui concerne la clinique, nous estimons que les femmes atteintes d'un cancer du sein, quel que soit le traitement prescrit, devraient être suivies par des infirmières

spécialisées en oncologie plutôt que par des infirmières généralistes, car cette maladie et les conséquences qu'elle engendre sont particulièrement lourdes et délicates à traiter. Un constat qu'étaye l'étude de Freysteinson et *al.* qui montre que les infirmières spécialisées sont les personnes les plus appropriées pour soutenir ces femmes (Freysteinson et *al.*, 2013).

Néanmoins, connaissant la difficulté organisationnelle et financière à recruter un grand nombre d'infirmières spécialisées, nous estimons également que les infirmières devraient être davantage renseignées sur les traitements du cancer du sein et sur la façon dont ces derniers affectent les patientes. En effet, saisir l'impact physique, psychologique et social que ces traitements entraînent permettrait à l'ensemble des infirmières de mieux répondre aux besoins de leurs patientes (en évitant certaines maladresses et en apportant une écoute et un soutien appropriés).

Au-delà, un travail de formation et d'information nous paraît nécessaire concernant certains concepts psychosociologiques comme le concept du soi. En cela, c'est un travail sur le long terme qui doit être mené de manière interdisciplinaire, afin que chaque professionnel (médecins, oncologues, infirmières, psychologues, psychiatres, sociologues...) puisse apporter des éléments d'accompagnement et voir ses limites comblées par d'autres professionnels. Un travail interdisciplinaire qui doit être complété par un enseignement portant sur les ressources extérieures existantes (comme, notamment, les techniques de suivi des femmes dont l'image corporelle a été perturbée).

Ajoutons enfin que, de nos jours, il existe des infirmières référentes spécialisées dans l'image corporelle de la femme. Toutefois, ces infirmières sont peu nombreuses. Raison pour laquelle, nous estimons que toutes les infirmières, au cours de leur formation, devraient, de manière générale, être formées à ces notions importantes. Cela permettrait ainsi, quelle que soit la spécialisation choisie mais aussi pour les infirmières généralistes, d'avoir pleinement conscience des conséquences majeures des changements d'apparence physiques pouvant être causés par nombre de maladies ou d'accidents (personnes accidentées, personnes ayant subi un AVC...). Et ainsi, d'aider au mieux les patients qu'elles auront en charge.

Par ailleurs, l'article de Freysteinson et *al.* (2012) montre que les groupes de parole, composé d'une infirmière et de femmes mastectomisées, s'avèrent efficaces car les femmes s'y sentent soutenues. De fait, les groupes de soutien nous semblent bénéfiques pour ces femmes car ils constituent une zone de partage où chacune exprime son vécu face à son expérience du cancer ce qui lui permet d'être entendue, prise en considération dans l'expression de ses affects et comprise. Être entourée de

personnes ayant traversé des épreuves similaires permet à ces femmes de se sentir moins seules, moins rejetées et moins incomprises. Pour celles qui ne se sentent pas à l'aise à l'idée de partager leur expérience avec d'autres personnes (par timidité ou peur de jugement), il existe un autre moyen de s'exprimer : le carnet de bord proposé par Association Savoir Patient [ASAP]. Ce dernier se présente comme un journal intime sur lequel les personnes atteintes de cancer peuvent faire un point de la situation, décrire leurs émotions et leur parcours. Nous pensons que le fait de dépeindre une émotion, de formaliser une pensée permet de mieux l'intégrer.

À Genève, le centre Otium propose un groupe de parole, des cours d'écriture ainsi que d'autres activités pour les personnes atteintes d'un cancer. Cette fondation offre également des conseils et du soutien afin d'aider les femmes à mieux vivre pendant et après le cancer dans le but d'apporter un mieux-être physique et psychologique pour les personnes concernées mais aussi pour leurs proches. Plus précisément, 40 types de thérapie sont mis en œuvre par des professionnels de l'accompagnement et du soin. Chaque personne choisit la thérapie qui correspond à ses désirs. Ces thérapies sont divisées en trois catégories : les cours collectifs, les cours individuels et les ateliers à thèmes. Les activités de ce centre se révèlent bénéfiques non seulement pour les femmes ayant subi une mastectomie mais aussi pour celles confrontées aux conséquences physiques des thérapies (perte de cheveux, perte et prise de poids...)

Dans leurs travaux, Garcia Arroyo & Dominguez Lopez (2011) affirment que le moyen le plus efficace permettant d'aider les femmes à cacher la perte de leur sein est la pose de prothèses mammaires externes. Toutefois, aux dires de certaines participantes de l'étude de McKean et *al.* (213), les prothèses mammaires externes ne sont guère pratiques car elles ont tendance à bouger, voire à partir. Pour pallier ce problème, des associations proposent aux femmes des lingerie adaptées à chaque type de cas afin de mettre en valeur le corps de la femme mastectomisée. À Genève, la fondation Emiliy crée de la lingerie, notamment des soutiens-gorge adaptés. Ces articles sont ajustés aux femmes portant ou non des prothèses après une mastectomie, ainsi qu'à celles ayant eu recours à une reconstruction mammaire. Les soutiens-gorge sont confectionnés de manière à s'adapter à tout type de profils et de désirs afin de protéger la cicatrice de l'intervention et de proposer un article pratique tout en faisant que les femmes se sentent jolies. Précisons que les actions d'Emiliy sont reconnues par l'AI et les assurances maladies. De ce fait, cette fondation peut accompagner les femmes dans les démarches administratives touchant le remboursement des moyens auxiliaires (Centre OTIUM, s.d.b.).

Parmi les outils apportant un mieux-être aux femmes, Garcia Arroyo et Dominguez Lopez (2011) insistent sur l'activité qui permet aux femmes de s'évader et d'éviter de penser à la maladie. De plus, les activités de groupe permettent aussi de maintenir un lien social. Allant dans ce sens, l'association Complément Femme a pour visée de permettre aux femmes de se sentir bien après une mastectomie. Pour ce faire, en 2019, cette association a organisé en Isère, au lac Paladru, une baignade entre femmes ayant subi une mastectomie (Le Dauphiné, 2021). Leur objectif était de s'assumer avec leur sein en moins et sans prothèse. L'on comprend aisément qu'il doit être très difficile pour ces femmes de s'exposer après une ablation du sein du fait de la pression sociale et du regard des autres. En outre, le choix de maillots de bain adaptés reste très limité. Mais cet événement a permis aux femmes de se sentir en confiance et libres. Ce type d'événement nous semble une bonne idée pour ce sont autant d'occasion, pour ces femmes, de retrouver confiance et ainsi, de retrouver leur place dans la société.

7.2.2. Recherche

De façon générale, les auteurs des différents articles analysés mentionnent la nécessité de travailler sur de plus grands échantillons. Nous nous permettons d'ajouter qu'il serait également intéressant de réaliser des études sur un laps de temps bien supérieur, afin de déterminer comment les femmes ayant eu un cancer du sein évoluent au fil des ans, à tout point de vue. La fin du traitement du cancer peut engendrer des émotions partagées. Même après la fin du traitement, il peut avoir d'autres questions à régler, comme la gestion des effets secondaires à long terme. Les femmes peuvent se sentir préoccupées dans les aspects suivants : la réadaptation physique après la chirurgie, la douleur, la sexualité, la fertilité etc.

De plus, il paraît important de mener des études portant sur des femmes d'origine ethniques/culturelles variées. En effet, les articles de McKean et *al.* (2013), Garcia Arroyo & Dominguez Lopez (2011) et Koçan & Gürsoy (2016) reposent sur l'analyse de femmes issues d'ethnies/cultures similaires, ce qui ne permet pas d'aboutir à une parfaite transférabilité des conclusions. D'ailleurs, McKean et *al.* (2013) ont proposé de réaliser une étude quantitative pour étayer les résultats de leur première étude.

De plus, au vu de l'article de Freysteinson et *al.* (2012), nous estimons qu'il serait pertinent de réaliser des études comparatives quantitatives. L'intérêt est de savoir quelles interventions sont efficaces, et lesquelles ne le sont pas.

En dernier lieu, il pourrait être judicieux d'exploiter les différents modes de prise en charge qu'offrent l'ensemble des établissements de soins basés à Genève (comme le

Centre du sein des HUG ou le centre Otium). Pour cela, une étude comparative quantitative pourrait être menée afin d'évaluer les bénéfices respectifs résultants de ces différents types d'accompagnement.

7.2.3. Enseignement

Concernant l'enseignement, nous estimons qu'il serait judicieux de former et de sensibiliser les étudiants en soins infirmiers sur l'image corporelle (ses composantes, ses rôles) et sur la manière dont celle-ci est impactée par un traitement du cancer du sein, en particulier par une mastectomie. L'idée de mettre en place un tel enseignement nous semble d'autant plus appropriée que, durant notre formation, un semestre est en partie consacré à l'oncologie - l'occasion paraît donc intéressante d'intégrer cette notion. Cela permettrait aux étudiants de comprendre la notion d'image corporelle et ses enjeux. Mais cela permettrait aussi, dans un second temps, de leur permettre de découvrir des pistes pour la prise en charge de cette problématique.

8. RÉFÉRENCES

- Adams, E., McCann, L., Armes, J., Richardson, A., Stark, D., Watson, E., & Hubbard, G. (2011). The experiences, needs and concerns of younger women with breast cancer : a meta-ethnography. *Psychooncology*, 20(8), 851-861. <https://doi.org/10.1002/pon.1792>
- Baker, J.L., Dizon, D.S., Wenziger, C.M., Streja, E., Thompson, C.K., Lee, M.K., DiNome, M.L., & Attai, D.J. (2021). « Going Flat » After Mastectomy : Patient-Reported Outcomes by Online Survey. *Annals of Surgical Oncology*, 28, 2493-2505. <https://doi.org/10.1245/s10434-020-09448-9>
- Braustein, F & Pépin, J.-F. (1999). *La place du corps dans la culture occidentale* (1^e ed.). Presses Universitaires de France.
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (s.d.). *Traitements du cancer du sein*. Consulté 25 mars 2021, à l'adresse https://centrescancer.chuv.ch/etape_diagnostic_trait/legoweb2_et_diag_trait_0016/
- Centre OTIUM. (s.d.a). *Mieux vivre pendant et après le cancer*. Consulté 16 juin 2022, à l'adresse <http://www.otium.center/fr>
- Centre OTIUM. (s.d.b). *Emily HOLLENDER : Prothésiste mammaire*. Consulté le 16 juin 2022, à l'adresse <http://www.otium.center/fr/les-therapeutes/hollender-emily>
- Chen, C.L., Liao, M.N., Chen, S.C., Chan, P.L., & Chen, S.C. (2012). Body image and its predictors in breast cancer patients receiving surgery. *Cancer Nursing*, 35(5), E10-E16. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182336fbb>
- Clergues, E., & Lacroix, M.L. (2008, juillet-août). La relation d'aide, un projet thérapeutique. *La revue infirmière*, (57)142, 43-45. <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2015/01/2015-Relation-d-aide.pdf>
- Cochrane-Linked Data. (2019). *PICO ontology*. <https://linkeddata.cochrane.org/pico-ontology>

- Le Dauphiné. (2021, 1 juillet). *Cancer du sein : « Avec ou sans lolo », elles se baignent de Paladru au Canada*. <https://www.ledauphine.com/sante/2021/06/29/isere-cancer-du-sein-avec-ou-sans-lolo-elles-se-baignent-de-paladru-au-canada>
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and theories*. F.A. Davis Company
- Fondation québécoise du cancer. (2021). *Classification du cancer : TNM, grade, stade*. <https://fqc.qc.ca/fr/information/le-cancer/classification-cancer>
- Freysteinson, W.-M., Deutsch, A.-S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S.-K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 361-369. [10.1188/12.ONF.361-369](https://doi.org/10.1188/12.ONF.361-369)
- Garcia Arroyo, J.-M. & Dominguez Lopez, M.-L. (2011). Psychological Problems Derived from Mastectomy : A Qualitative Study. *International Journal of Surgical Oncology*, 2011(132461), 1-8. [10.1001/jamasurg.2020.3325](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.3325)
- HabiloMédias. (s.d.). *L'image corporelle chez les filles*. Consulté 15 juin 2022, à l'adresse <https://habilomedias.ca/litteratie-numerique-et-education-aux-medias/enjeux-des-medias/image-corporelle/l'image-corporelle-chez-les-filles>
- Hôpitaux Universitaires Genève. (2002, 10 janvier). *La chirurgie du cancer du sein*. <https://www.hug.ch/centre-du-sein/chirurgie-du-cancer-du-sein>
- Infirmier.net. (2018). *La relation d'aide*. <https://www.infirmier.net/memo/relation-aide/>
- Institut national du cancer. (s.d.a). *Cancer du sein*. Consulté 15 mars 2021, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>
- Institut national du cancer. (s.d.b). *Cancer du sein : Facteurs de risque*. Consulté 16 mars 2021, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>

- Institut national du cancer. (s.d.c). *Prothèses mammaires externes*. Consulté 7 mai 2021, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Protheses-mammaires-externes>
- Internaute. (2021, 1 janvier). *Dictionnaire français : Mutilation*. <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/mutilation/>
- Kim, M.K., Kim, T., Moon, H.G., Jin, U.S., Kim, K., Kim, J., Lee, J.W., Lee, E., Too, T.K., Noh, D.Y., Minn, K.W., & Han, W. (2014). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *European Journal of Surgical Oncology*, 41(3), 426-432. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2014.12.002>
- Koçan, S. & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy : A Qualitative Research. *Journal Breast Health*, 12(4), 145-150. [10.5152/tjbh.2016.2913](https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913)
- Lagos Prates, A.-C., Freitas-Junior, R., Ferreira Oliveira Prates, M., De Faria Veloso, M. & De Moura Barros, N. (2017). Influence of Body Image in Women Undergoing treatment for Breast Cancer. *Revista Brasileira de Ginecologia*, 39(4), 175-183. [10.1055/s-0037-1601453](https://doi.org/10.1055/s-0037-1601453)
- Ligue suisse contre le cancer. (s.d.a). *Prévention et dépistage du cancer du sein*. Consulté 15 mars 2021, à l'adresse <https://www.liguecancer.ch/conseil-et-soutien/prevention-et-depistage/depistage/cancer-du-sein/prevention-et-depistage-du-cancer-du-sein>
- Ligue suisse contre le cancer. (s.d.b). *Les effets secondaires*. Consulté 15 mars 2021, à l'adresse <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-effets-secondaires>
- Ligue suisse contre le cancer. (2020a, décembre). *Chiffres cancer du sein*. <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-chiffres-du-cancer/>
- Ligue suisse contre le cancer. (2020b, novembre). *Le cancer du sein*. <https://boutique.liguecancer.ch/files/kls/webshop/PDFs/francais/le-cancer-du-sein-021071012111.pdf>

- Marieb, E.N., & Lachaîne, R. (2008). *Biologie humaines : Principes d'anatomie et de physiologie* (8e éd.). Pearson.
- McKean, L-N., Newman, E.-F. & Adair, P. (2013). Feeling like me again : a grounded theory of the role of breast reconstruction surgery in self- image. *European Journal of Cancer Care*, 22(4), 493-502. [10.1111/ecc.12055](https://doi.org/10.1111/ecc.12055)
- MOICMOI. (s.d.). *Image de soi et estime de soi*. Consulté 25 février 2022, à l'adresse <https://moicmoi.ch/accueil/adolescence-identite-et-image/image-de-soi-et-estime-de-soi/>
- Office Fédéral de la statistique. (2020, 11 novembre). *Cancer du sein selon l'âge, 2013-2017*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/graphiques.assetdetail.14816156.html>
- Organisation Nations Unies. (2021, 4 février). *Le cancer du sein est désormais le plus fréquent au monde*. <https://news.un.org/fr/story/2021/02/1088502>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021a, 3 mars). *Cancer*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021b). *Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie*. <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/>
- Pépin, J., Kerouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e ed). Montréal : Chenelière Education
- Phaneuf, M. (2016, février). *L'infirmière et le deuil : éléments théoriques*. <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2016/02/1-Le-deuil.pdf>
- Piot-Ziegler, C., Sassi, M.L., Raffoul, W., & Delaloye, J.F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and, impact on identity : a qualitative study. *The British Journal Of Health Psychology*, 15(3), 479-510. <https://doi.org/10.1348/135910709X472174>
- Réassurez-moi.fr. (2022). *Comment souscrire une assurance de prêt immobilier avec un cancer ?* <https://reassurez-moi.fr/guide/assurance-pre-immobilier/cancer>

- Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-247.htm>
- Reid-de Jong, V. & Bruce, A. (2020). Mastectomy tattoos : An emerging alternative for reclaiming self. *Nursing forum*, 55(4), 695-702. <https://doi.org/10.1111/nuf.12486>
- Rosenberg, S.-M., Dominici, L.-S., Gerlber, S., Poorvu, P.-D., Ruddy, K.-J., Wong, J.-S., Tamimi, R.-M., Schapira, L., Come, S., Peppercorn, J.-M., Borges, V.-F. & Partridge, A.-H. (2020). Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. *JAMA Surgery*, 155(11), 1035-1042. [10.1001/jamasurg.2020.3325](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.3325)
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. (3ème éd.). New Jersey : Pearson.
- Scintidome.fr. (s.d.). *La recherche du ganglion sentinelle*. Consulté 17 avril 2022 <https://scintidome.fr/examens/ganglion-sentinelle/>
- Société canadienne du cancer. (2021). *Réduire le risque de cancer du sein*. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/risks/reducing-your-risk>
- Sun, L., Ang, E., Darryl Ang, W.H., & Lopez, V.(2017). Losing the breast : A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. *Psychooncology*, 27(2), 376-385. <https://doi.org/10.1002/pon.4460>
- Swiss Cancer Screening. (s.d). *Épidémiologie du cancer du sein*. Consulté 10 mars 2021, à l'adresse https://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user_upload/Documents/Swiss CancerScreening/WWW/Editors/Downloads/Brustkrebs/Downloads_Fachinformationen_Brustkrebs/Infos_für_Fachpersonen/Epidmiologie_du_cancer_du_sein.pdf

9. ANNEXES

9.1. Grille d'analyse

Grille STROBE Article de Lagos Prates et al. (2017).

Titre	Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer : une étude qualitative de type cas témoins.
Résumé	On sait que les femmes qui suivent un traitement contre le cancer du sein ont une mauvaise estime de soi et une image corporelle altérée, l'objectif de l'étude était alors d'étudier l'estime de soi liée à l'image corporelle chez les femmes avec et sans cancer du sein.
Introduction	
Contexte/ justification	Des traitements pour combattre le cancer du sein existent et offrent de meilleurs taux de guérison mais souvent entraînent de graves dommages émotionnels, diminuent la qualité de vie des femmes et provoquent des changements dans leur corps.
Objectifs	Mentionné dans le résumé
Méthodes	
Conception de l'étude	L'étude se base sur des données comprises entre 2011 et 2013, pour comparer deux groupes cas/ témoins : <ul style="list-style-type: none"> - Groupe CAS : Les femmes sont atteintes d'un cancer du sein - Groupe TEMOINS : Les membres n'ont pas de cancer du sein <p>Les comparaisons effectuées concernent l'impact du cancer sur l'estime de soi liée à l'image corporelle de ces femmes, mais aussi dans un second temps de rechercher des corrélations entre l'image du corporelle et l'estime de soi de ces patientes.</p>
Contexte	Les données utilisées pour cette étude proviennent d'un centre de mastologie d'un l'hôpital universitaire de la ville de Goiânia, dans la région du Midwest brésilien. Les données utilisées sont datées de mars 2011 à février 2013.
Population	Au total, 257 femmes diagnostiquées avec un cancer du sein ont été traitées au programme de mastologie entre 2011 et 2013. Les participantes potentielles ont été approchés lors de la consultation médicale et ceux qui ont accepté de participer ont été dirigés vers la salle de psychologie, un espace créé par le programme de mastologie. Elles ont ensuite été divisés en deux groupes : <p>Concernant le groupe CAS était composé de patientes atteintes d'un cancer du sein. Les critères d'inclusion sont : âgée de plus de 18ans et ayant subi une chirurgie conservatrice ou une mastectomie avec ou sans reconstruction mammaire immédiate réalisée dans les 1 mois à 5ans. Les</p>

	<p>critères d'exclusions sont : atteinte d'une maladie métastatique sans intention curative de traitement du cancer, souffrant de troubles neuropsychiatriques, présente des troubles cognitifs ou ayant reçu une chimiothérapie adjuvante (qui ont été soumis à la chirurgie).</p> <p>Le groupe TEMOINS était des proches des patientes. Les critères d'inclusion sont : femmes de plus de 18ans qui se trouvaient dans la salle d'attente du programme de mastologie (accompagnatrices de patientes en attente de consultation médicale). Les critères d'exclusion sont : a subi une plastie mammaire entraînant une asymétrie des seins, atteinte de troubles neuropsychiatriques ou a des troubles cognitifs.</p>
Variables	Les résultats de la comparaison entre les deux groupes ont été ajustées pour les variables suivantes : groupe d'âge, état civil, niveau d'études, religion, emploi, revenu et origine.
Sources de données/ mesures	Données ont été insérées dans une feuille de calcul Microsoft Excel (Microsoft, Redmond, WA, US).
Biais	///
Taille de l'étude	A été fixée à 90 sujets au total.
Variables quantitatives	<p>Le t- test a été utilisé pour évaluer les résultats de l'image corporelle et de l'estime de soi en fonction des procédures thérapeutiques auxquelles les femmes du groupe de CAS ont été soumises.</p> <p>Le coefficient de la corrélation de Pearson a été utilisé pour vérifier les corrélations entre les domaines de l'image corporelle et de l'estime de soi dans le groupe CAS.</p> <p><i>Échelle de satisfaction corporelle</i> : Le questionnaire contient 25 questions dont les réponses sont données sur une échelle de type Likert allant de 1 (totalemment en désaccord) à 5 (entièrement d'accord). Il évalue deux facteurs : le degré de satisfaction vis- à- vis de sa propre apparence et la préoccupation concernant son poids. La valeur du α de Cronbach mesurée pour ces facteurs était respectivement de 0.90 et 0.79. Plus le score est élevé, moins l'individu est préoccupé par son poids et plus il est satisfait de sa propre image corporelle.</p> <p><i>Échelle de l'estime de soi</i> : Évalue l'attitude de l'individu et ses sentiments positifs/ négatifs à son égard. Il englobe des questions sur la satisfaction personnelle, l'autodérision et la perception des qualités, la compétence, la fierté de soi, l'estime de soi, le respect et le sentiment d'échec. L'estime de soi est ensuite classée sur la base d'un score final de 10 à 40 points. Un score de 26 à 40 points est classé comme une haute estime de soi, tandis qu'un score de 10 à 25 points indique une faible estime de soi. Le questionnaire est composé de 10 questions fermées qui sont évaluées</p>

	sur une échelle de type Likert dans laquelle 1 (totalement d'accord) à 4 (totalement en désaccord). La valeur du α de Cronbach mesurée était de 0.68.
Analyses statistiques	L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (IBM- SPSS, Chicago, IL, US), version 16.0.
Résultats	
Population	<p>Au total, 257 femmes diagnostiquées avec un cancer du sein ont été traitées au programme de mastologie entre 2011 et 2013. En 2011, 58 patientes ont été traitées. En 2012, 59 patientes ont été traitées. En 2013, 140 patientes ont été traitées.</p> <p>L'échantillon initial comprenait 92 femmes atteintes d'un cancer du sein. Or, deux d'entre elles n'ont pas répondu à toutes les questions posées. L'échantillon final est alors de 90 femmes. Le groupe contrôle était composé de 77 femmes. Au total, 167 participantes ont été choisies au hasard.</p>
Données descriptives	<p>L'ensemble des participantes sont domiciliées au Brésil ou du moins qui y sont assurées. La période suivi/ recueil de données via la base de données s'est étendue de mars 2011 à février 2013 c'est-à-dire sur une période de deux ans. Le groupe de cas était composé de 90 femmes atteintes d'un cancer du sein. L'âge de ces femmes est de 31 à 88ans (moyenne de 50ans ; écart type 10.3ans). Le groupe témoin était composé de 77 femmes sans cancer du sein. L'âge moyen de ces femmes est de 31 à 77ans (moyenne de 48ans, écart type 11.1ans).</p>
Données obtenues	<p>Les résultats de la présente étude montrent des différences entre le groupe CAS et le groupe TEMOINS en ce qui concerne l'image corporelle et l'estime de soi.</p> <p>Une différence significative a été trouvée entre les groupes en ce qui concerne l'apparence ($p= 0,001$) : les femmes atteintes d'un cancer du sein (groupe CAS) ont ressenti que leurs apparences étaient compromises. Cette constatation montre que l'intervention chirurgicale a affecté négativement la perception des femmes de l'étude concernant leur image corporelle liée à l'apparence. La mastectomie présente un défi majeur pour les femmes, ces dernières la décrivent comme une « terrible mutilation », dévastatrice sur le plan émotionnel et qui les conduit à éviter les interactions sociales et les relations intimes avec leur conjoint. De plus, les patientes sous chimiothérapie rapportent une grande inquiétude concernant leur perte de cheveux.</p> <p>Les patientes soumises à un traitement conservateur du sein se sont révélées plus satisfaites de leur apparence, avec des niveaux de</p>

	<p>satisfaction plus élevés concernant leur image corporelle par rapport à celles soumises à une mastectomie avec reconstruction mammaire ($p < 0,001$).</p> <p>Une corrélation négative statistiquement significative a été trouvée entre l'image corporelle liée au poids et à la faible estime de soi ($p = 0,039$) et l'estime de soi globale ($P = 0,034$).</p> <p>Une corrélation négative statistiquement significative a été trouvée entre l'image corporelle liée à l'apparence et à une haute estime de soi ($p < 0,001$) et une faible estime de soi ($p < 0,001$).</p> <p>Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les femmes qui ont subi une reconstruction mammaire et celles qui ont fait le choix de ne pas la faire, c'est-à-dire que le fait d'avoir subi une reconstruction mammaire n'a fait aucune différence sur comment la femme se perçoit.</p>
Principaux résultats	<p>Les résultats de cette étude montrent que l'estime de soi est affectée négativement chez les patients insatisfaits de leur image corporelle. En conclusion, l'étude a révélé que les femmes atteintes d'un cancer du sein étaient plus insatisfaites de leur image corporelle que les femmes sans cancer du sein, en particulier après une mastectomie ou pendant une chimiothérapie.</p>
Autres analyses	Rien à ajouter
Discussion	
Résultats clés	<p>Les résultats de la présente étude montrent des différences entre le groupe CAS et le groupe TEMOINS en ce qui concerne l'image corporelle et l'estime de soi. Il y avait un score moyen significativement plus élevé pour l'image corporelle liée à l'apparence dans le groupe TEMOINS par rapport au groupe CAS. Cette constatation montre que la mastectomie a affecté négativement la perception des femmes de l'étude concernant leur image corporelle liée à l'apparence. La mastectomie présente un défi majeur pour les femmes, ces dernières la décrivent comme une « terrible mutilation », dévastatrice sur le plan émotionnelle et qui les conduit à éviter les interactions sociales et les relations intimes avec leur conjoint. Les patientes sous chimiothérapie rapportent une grande inquiétude concernant la perte de cheveux.</p>
Limitations	<p>Il est important de mentionner que les différences trouvées dans les variables de traitement dans le groupe de CAS peuvent refléter les différentes croyances religieuses des femmes. Une autre limite de cette étude, concerne le questionnaire, car un grand nombre de femmes ont refusé de participer. Par conséquent, le moment de la collecte des données pour le groupe de femme qui n'étaient pas atteintes d'un cancer</p>

	du sein était également une limite de l'étude, car il n'était pas possible d'atteindre les 90 questionnaires aux femmes sans cancer du sein.
Interprétation	L'estime de soi est affectée négativement chez les femmes insatisfaite de leur image corporelle. L'étude a révélé que les femmes atteintes d'un cancer du sein, en particulier après une mastectomie ou pendant une chimiothérapie, étaient plus insatisfaites de leur apparence que les femmes qui n'ont pas de cancer.
Généralisabilité	Il y a une faible corrélation entre l'image corporelle et l'estime de soi, la variable 1 a une influence sur la 2 variable ou inversement (chiffres mentionnés plus haut).
Autre information	
Financement	Non mentionné

Grille COREQ Article de Koçan & Gürsoy. (2016).

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
Caractéristiques personnelles	
Enquêteur/ animateur	Sema Koçan & Ayla Gürsoy
Titres académiques	Non mentionné
Activité	Sema Koçan : Vocational School of Health Services, Rcep Tayyip Erdogan University, Rize, Turkey Ayla Gürsoy : Karadeniz Technical University, School of Health Sciences, Trabzon, Turkey
Genre	Deux femmes
Expérience et formation	Non mentionné
Relation avec les participants	
Relation antérieure	Non mentionné
Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	L'objectif de la recherche est d'acquérir une compréhension holistique et approfondie des effets de la mastectomie sur l'image corporelle des femmes atteintes d'un cancer du sein.
Caractéristiques de l'enquêteur	Non mentionné
Domaine 2 : Conception de l'étude	
Cadre théorique	
Orientation méthodologiquement et théorie	Étude qualitative de type phénoménologique impliquant une analyse de discours à travers un entretien semi-structuré.
Sélection des participants	

Échantillonnage	Échantillonnage raisonné. Les critères d'inclusion sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Âgées de 18- 60 ans, parlant turc. - Souffrant d'un cancer du sein primitif diagnostiqué. - Subi une mastectomie radicale modifiée unilatérale. - N'aient pas subi de reconstruction mammaire et/ ou de traitement systématique. - Pas d'antécédents psychiatriques. Pas d'autres problème de santé pouvant affecter l'image corporelle.
Prise de contact	Les participantes venaient de deux centres- villes différents de la région orientale de la mer Noire en Turquie.
Taille de l'échantillon	20 participantes ont été inclus dans l'échantillon.
Non- participation	0
Contexte	
Cadre de la collecte de données	L'entretien a été menée au domicile des participantes.
Présence de non-participants	/
Description de l'échantillon	Les données démographiques de l'échantillon: âge moyen est de 45.9.
Recueil des données	
Guide d'entretien	Il s'agit d'un interview semi- structuré, développé avant l'étude par les enquêteurs. Tout d'abord, ils ont demandé aux participantes : Pouvez-vous me parler du chemin parcouru depuis que vous avez appris pour la première fois que votre sein devait être retiré? Des questions supplémentaires portaient sur l'absence de sein, la perception de soi, les relations avec les membres de la famille et les autres et les effets de la mastectomie sur les choix vestimentaires. La dernière question était : Y a-t-il autre chose que vous pensez que je devrais savoir à ce sujet?
Entretiens répétés	Chaque entretien a été relu.
Enregistrement audio/ visuel	Non mentionné
Cahier de terrain	Des notes ont été prises par le chercheur lors de l'entretien qui documentaient le ton de la voix, les gestes et les expressions faciales de la participante.
Durée	Non mentionné
Seuil de saturation	Le nombre d'échantillon est déterminé par le point de saturation défini par le chercheur.

Retour des retranscriptions	Chaque entretien a été retranscrit textuellement et une analyse thématique a été effectuée.
Domaine 3 : analyse et résultats	
Analyse des données	
Nombre de personnes codant les données	Deux chercheurs et un doctorat
Description de l'arbre de codage	Les réponses aux entretiens ont été soumises à une analyse thématique : un moyen de s'assurer que l'analyse reste aussi proche que possible de la signification intentionnelle exprimée par la femme. Les données recueillies en langue turque ont été analysées en turc selon Braun et Clarke puis traduites en anglais. Les données ont ensuite été codées pour créer des thèmes, et sur la base de ces thèmes, des thèmes principaux ont été formés. Chaque thème principal a des sous-thèmes.
Détermination des thèmes	Mentionné au point précédent.
Logiciel	///
Vérification par les participants	Non mentionné
Rédaction	
Citations présentées	<p>Oui, des citations ont été utilisées pour illustrer chaque sous-thème.</p> <p>Sens de sein</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Le sein est l'organe qui montre la beauté des femmes. Je veux dire, ma poitrine était plus belle quand il y en avait deux. Mais je ne suis pas triste pour ça. Je veux dire, ils signifiaient la féminité, ils étaient importants pour moi. Mais je n'en fais pas grand-chose parce que je ne suis pas marié maintenant.</i> - <i>Le sein fait partie de moi, bien sûr. Il évoque ma féminité. J'ai trois enfants. Je les ai allaités. Cela me rappelle aussi l'allaitement.</i> - <i>Il représente ma féminité. C'est aussi très important en ce qui concerne la façon dont je recherche mon mari et mes vêtements sur moi. Quand je me regarde dans le miroir, ma poitrine n'y est pas. Je ne veux pas me regarder dans le miroir.</i> <p>Première rencontre après la chirurgie avec la perte du sein</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Je l'ai vu le deuxième jour après l'opération pour la première fois. À ce moment, rien ne me vint à l'esprit. Après, quand je suis allée dans la salle de bain et que je me suis regardée dans le miroir ; je me sens si mal, qu'est-ce que je suis devenue ! Je suis tordue.</i> - <i>Je ne voulais pas du tout voir la zone d'opération ; je l'ai vu quand j'étais de retour à la maison. Avant de la voir, je savais</i>

que j'allais sentir le vide mais quand je l'ai vu, je me suis sentie très différente, les mots ne suffisent pas à expliquer.

Conflit émotionnel

- *Tant que je suis en bonne santé, le sein ne signifie pas grand-chose pour moi. L'important c'est ma santé. Je veux dire, un sein artificiel ou une chirurgie esthétique fera l'affaire. La santé était la priorité pour moi.*
- *Avant l'opération, j'étais une personne normale. Mais après l'opération, il vous manque un côté. Bien sûr, je ressens un manque. Un côté est beau, l'autre côté s'est effondré. Mais l'opération était essentiel pour ma santé.*

Apparence modifiée

- *Je ne m'appréciais pas avant l'opération de toute façon. J'ai toujours pensé ; j'aimerais avoir les cheveux blonds, j'aimerais avoir les yeux bleus/verts. Mais maintenant, après l'opération, je pense.. j'étais plus jolie avant. Avant, j'étais belle mais maintenant j'ai perdu mon sein et pour être honnête, je me sens de plus en plus mal.*
- *Je me regarde et je pense qu'une partie de mon corps est inexistante. Pour être honnête, je n'ai jamais pensé que je serai dans cette situation, Je regarder dans un miroir et le résultat est une difformité. Rien, juste une difformité.*
- *J'ai honte alors j'essaie de couvrir ma poitrine avec mon bras. J'utilise du tissu à la place du soutien-gorge.*

Altération de l'estime de soi en tant que femme

- *Avant l'opération, je ressemblais aux autres femmes. Mes deux seins existaient déjà, mais après l'opération j'ai pensé que contrairement à d'autres femmes, je suis incomplète.*
- *Franchement, je me sens absent. Comme si mon corps était à moitié. Je sens qu'il y a des carences sur mon corps. Maintenant, je suis sûrement conscient que j'avais de l'amour propre dans le passé.*
- *Je n'ai pas encore fait le ménage, je soulève des articles divers mais pas des choses lourdes. Hier ma fille nettoyait la maison et j'ai dit que j'aurais aimé pouvoir le faire, j'en suis triste. Est-ce que quelqu'un veut faire le ménage ? Mais je voulais.*
- *Ma vie quotidienne a été affectée comme ça : je ne peux pas utiliser mon bras droit à cause de l'ablation des ganglions lymphatiques. Cette condition m'a donné le sentiment d'être une demi- personne parce que je fais généralement des travaux de jardinage et maintenant je ne peux plus.*

Ajustements vestimentaires

- *Comme je l'ai dit, comme si aucune robe ne me convenait plus. Je m'habille un de façon décontractée ou je mets quelque chose sur ma poitrine, par exemple une écharpe. Je ne peux pas supporter cette condition même quand je suis seule. J'essaie aussi de le cacher quand je suis seule.*

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Je ne peux plus porter mes vieux vêtements. Auparavant, je préférais porter des robes ajustées. Je m'efforce de cacher cela. Je ne veux pas que quelqu'un me voit dans cet état. Avec qui que je sois, j'essaie de le cacher et je porte surtout un gilet. Je porte des vêtements amples pour éviter le regard des gens.</i> <p>Changements dans les relations avec les membres de la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Peut-être que mon mari ne ressent rien de mal envers moi, mais je ne veux pas me montrer à lui. Je ne veux pas montrer cette partie à cause de la perte. Généralement, j'évite les environnements où les gens viennent avec leurs partenaires ; d'autres femmes ne luttent pas avec ce problème et je me demande forcément ce que pense mon mari de ces autres femmes. Elles sont des seins mais pas moi. C'est tout ce à quoi je pense.</i> - <i>Cela a affecté les relations avec mon mari, bien sûr. Cela a affecté ma vie sexuelle et aussi je ne peux pas servir mon mari. Je pense que mon mari a pitié de moi à cause de la maladie.</i> <p>Changements dans les relations avec les autres</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Je me dis que je devrais pas aller à certains endroits, comme les événements sociaux et les mariages. Les femmes là-bas vont bien et moi il me manque mon sein. Bien sûr, je voudrai couvrir et cacher le manque de ma poitrine.</i>
<p>Cohérence des données et des résultats</p>	<p>Sens du sein : Pour toutes les participantes, le sein était un organe qui symbolisait la féminité, la beauté et la maternité.</p> <p>Mastectomie et moi : Les patientes ont rapporté que lorsqu'elles ont vu leur site chirurgicale pour la première fois, elles se sont senties effrayées, mauvaises, étranges et différentes. Alors que certaines femmes estimaient que leur santé était plus importante que de ne pas avoir de sein, d'autres éprouvaient de la tristesse résultant de la perte du sein.</p> <p>Mon image corporelle : Les femmes ont décrit leur apparence comme laide, manquante, bizarre. Ces déclarations montrent que les femmes éprouvent des émotions négatives en raison des changements physiques résultant de l'opération. Elles ont déclaré qu'elles étaient enclines à porter des vêtements amples et qu'elles essayaient de couvrir leur incision chirurgicale. Elles essaient souvent de changer leur style vestimentaire afin de faire face à ce mal-être et à cet inconfort. Certaines participantes ont rapporté qu'elles se sentent incapables d'accomplir des activités de la vie quotidienne telles que les courses, nettoyer la maison et suspendre les vêtements.</p> <p>Changement d'image corporelle et vie sociale : Les patientes ont indiqué que la perte d'un sein affectait les relations avec leur mari et qu'elles craignaient que ce changement d'apparence n'ait un impact</p>

	négatif sur leur vie sexuelle. La plupart des femmes rapportent vouloir éviter les situations sociales en raison de leur nouvelle apparence.
Clarté des thèmes principaux	Oui, les résultats ont été classés selon les thèmes : <ul style="list-style-type: none"> - Sens du sein - Mastectomie et moi - Mon image corporelle - Changement d'image corporelle et vie sociale
Clarté des thèmes secondaires	Les thèmes secondaires : <ul style="list-style-type: none"> - Première rencontre après la chirurgie avec la perte du sein - Conflit émotionnel - Apparence modifiée - Altération de l'estime de soi en tant que femme - Ajustement vestimentaires - Changements dans les relations avec les membres de la famille - Changements dans les relations avec les autres

Grille COREQ Article de Garcia Arroyo & Dominguez Lopez (2011).

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
Caractéristiques personnelles	
Enquêteur/ animateur	José Manuel García Arroyo, María Luisa Domínguez López
Titres académiques	Non mentionné
Activité	José Manuel García Arroyo : Department of Psychiatry, Faculty of Medecine, University of Seville, 41004 Seville, Spain María Luisa Domínguez López : Mental Health Center, 21700 La Palma del Condado, huelva, Spain
Genre	1 homme et 1 femme
Expérience et formation	Non mentionné
Relation avec les participants	
Relation antérieure	Non mentionné
Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	L'objectif de la recherche est d'analyser en profondeur la réaction psychologique des femmes à travers les différentes étapes, du diagnostic au traitement chirurgical.
Caractéristiques de l'enquêteur	Biais d'informations : Information lacunaires sur les participants. La partie méthodique est implicitement abordé. Biais de résultats : Il n'y a pas de notion de seuil de saturation.
Domaine 2 : Conception de l'étude	

Cadre théorique	
Orientation méthodologiquement et théorie	Étude qualitative de type phénoménologique impliquant une analyse de discours à travers une série d'entretiens programmés.
Sélection des participants	
Échantillonnage	Les critères d'inclusion sont : souffrante d'un cancer du sein diagnostiqué et ayant eu une mastectomie.
Prise de contact	Les participantes font partie de l'Association andalouse des femmes mastectomisées.
Taille de l'échantillon	C'est un échantillon de 46 femmes.
Non- participation	0
Contexte	
Cadre de la collecte de données	A eu lieu dans le cabinet du médecin du Département de Psychiatrie de la Faculté de Médecine de Séville.
Présence de non-participants	///
Description de l'échantillon	Les données démographiques de l'échantillon : âge moyen, de la classe moyenne, femmes qui travaillaient et qui ne travaillaient pas.
Recueil des données	
Guide d'entretien	La méthode consiste en une série d'entretiens programmés dans lesquels le rôle de l'enquêteur est de faciliter la liberté d'expression chez les femmes permettant la communication sans restriction de leur expérience de la maladie à ses différentes étapes. Pour atteindre cet objectif, les chercheurs doivent écouter et noter attentivement ce que la femme dit, et tout ce qui peut déranger ou mal comprendre la compilation de ces déclarations doit être écarté (théories psychologiques ou psychiatriques, croyances personnelles, inquiétudes, allusions au corps, jugements de valeur, etc.). Ce faisant, les chercheurs ont utilisés un matériel verbal non influencé par l'observateur, et par conséquent, les phrases enregistrées deviennent isomorphes avec ce qui se passe dans « l'intérieur » de la femme lorsqu'elle exprime la détresse ressentie concernant son opération mammaire.
Entretiens répétés	Non mentionné
Enregistrement audio/ visuel	Mentionné dans le guide d'entretien
Cahier de terrain	Non mentionné
Durée	Non mentionné
Seuil de saturation	Non mentionné

Retour des retranscriptions	Non mentionné
Domaine 3 : analyse et résultats	
Analyse des données	
Nombre de personnes codant les données	Le nombre n'est pas précisé mais les enquêteurs étaient tous des médecins.
Description de l'arbre de codage	Non l'arbre de codage n'a pas été décrit.
Détermination des thèmes	L'analyse des données a révélé 3 thèmes.
Logiciel	Non mentionné
Vérification par les participants	Non mentionné
Rédaction	
Citations présentées	Oui des citations ont été utilisées et sont mentionnées au point suivant
Cohérence des données et des résultats	<p>Fracture du « corps imaginaire »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le sein fait partie de l'image du corps féminin, étant apprécié du point de vue érogène, qui est souvent l'expression de sa propre valeur et de son pouvoir : « elle est fière de son sein, le cache ou le déguise, veut le montrer pour recevoir une louange, lui fait sentir en confiance, c'est lié à la honte ». La mastectomie entraîne la perte de cette image digne, ce qui provoque la fracture de l'imaginaire corporel : « mon sein n'est pas digne, ensuite mon corps n'est pas digne, puis je ne suis pas digne ». Cela entraîne une baisse de l'estime de soi qui pousse la femme à ne pas s'aimer, voir à se rejeter, la conduisant à une attitude d'introversion, de repli sur soi, de timidité, d'insécurité, l'enfermement, et/ ou l'inhibition sociale, qui n'existaient pas avant. On peut même parler de sentiments d'infériorité : « je déteste la façon dont je suis parce que je ne me sens pas comme les autres femmes, je ne suis pas complète. Quand je suis avec mes amis, je deviens timide parce que je me sens inférieure etc. » De tels sentiments peuvent être compensés par le développement d'activités qui étaient auparavant sans intérêt, étudier, travailler, lire, embellir... : « j'ai commencé à étudier et je me sens mieux maintenant. Je ne pensais pas pouvoir le faire, mais voilà, la maladie m'a apporté quelque chose de bien ». Beaucoup de

femmes trouvent dans ces réactions un moyen de s'évader et d'éviter de penser à leurs problèmes.

- Les participantes ont rapporté que pour tenter de cacher la perte d'un sein, doivent composer avec le remplissage d'un soutien-gorge ou d'une prothèse car elles ont peur que les gens découvrent ce manque en elle.
- La plupart des femmes étaient réticentes à montrer à leur partenaire la plaie chirurgicale : « J'ai eu des relations sexuelles avec mon mari portant une chemise et un soutien-gorge. Je ne pouvais pas lui permettre de me voir ainsi. Je ne m'aimais pas ».
- La perte de cheveux, cils et poils, l'augmentation de poids et le gonflement résultant de l'inactivité due à la fatigue et à la rétention d'eau comme séquelle des médicaments, produisent également un rejet de la nouvelle image.

Problème de la « féminité » chez la femme mastectomisée

- L'étude a démontré que la diminution de la libido est liée au fait que la femme ne se sent pas attirante une fois le sein enlevé (chauve, sans sourcils, sans cils, plus de poils). Elle est défigurée, elle a cessé d'être belle et elle ne se sent pas assez capable de séduire.
- Une chose essentiel pour la femme dans le cadre de la féminité : la question de la désirabilité, c'est-à-dire le fait qu'elle soit désirée ou non. Si elle ne pense pas que son corps est attirant, il lui sera difficile de pouvoir provoquer le désir chez un homme.
- Fait intéressant, lorsque la reconstruction mammaire a réussi et qu'elles ont été satisfaites des résultats, elles ont recommencé à se sentir féminine : « maintenant, j'ai cette forme, je sais que ce n'est pas mon sein, mais je peux m'habiller en femme et je n'ai pas besoin de porter un soutien-gorge orthopédique. Je suis libre d'utiliser tous types de vêtements ».

Mutilation ou « le réel » du corps

- La question de la mutilation est liée à une dimension psychologique que Lacan appelait « le Réel » du corps pour désigner un trou impossible à intégrer dans le psychisme. La peur des patientes lorsqu'elles se regardaient dans le miroir dans l'obscurité ou lorsqu'elles touchaient cette partie de leur corps les yeux fermés étaient une manière de refuser d'être

	conscient de la mutilation qui est considérée comme une défense du « Réel ».
Clarté des thèmes principaux	Oui, les résultats ont été classés selon les thèmes : <ul style="list-style-type: none"> - Fracture du « corps imaginaire » - Problème de la « féminité » chez la femme mastectomisée - Mutilation ou « le réel » du corps
Clarté des thèmes secondaires	Non mentionné

Grille COREQ Article de McKean et al. (2013)

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
Caractéristiques personnelles	
Enquêteur/ animateur	L.N. McKEAN , DCLINPSYCHOL, E.F. NEWMAN , PHD, HEALTH PSYCHOLOGY LECTURER, P. ADAIR , PHD, PROFESSOR OF HEALTH PSYCHOLOGY
Titres académiques	McKEAN L.N., NEWMAN E.F. & ADAIR P.
Activité	L.N. McKEAN : Department of Clinical Psychology, Stratheden Hospital, Cupar. E.F. NEWMAN : School of Health in Social Science, University of Edinburgh, Edinburgh P. ADAIR : School of Social Work, Psychology and Public Health, University of Salford, Greater Manchester, UK
Genre	3 hommes
Expérience et formation	Mentionné au point 3.
Relation avec les participants	
Relation antérieure	Non
Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Objectif de recherche : Développer une compréhension théorique du rôle de la reconstruction mammaire dans l'image de soi des femmes.
Caractéristiques de l'enquêteur	Biais : <ul style="list-style-type: none"> - L'échantillonnage était trop petit pour développer la théorie et atteindre une saturation des thèmes donc, ils ont essayé d'atteindre la saturation théorique en adaptant et personnalisant les questions d'entretien au fur et à mesure que l'étude se développait. La saturation des thèmes peut être pas atteinte. - Les participantes étaient de la même origine culturelle ce qui peut limiter la généralisation au-delà de ce groupe culturel.

	- L'utilisation de conception rétrospective peut signifier que les sentiments et les expériences rapportés par ces derniers au moment de l'intervention ont été influencés par leurs pensées actuelles.
Domaine 2 : Conception de l'étude	
Cadre théorique	
Orientation méthodologique et théorie	Étude qualitative de type phénoménologique impliquant une analyse de discours à travers d'entretiens semi- structurés.
Sélection des participants	
Échantillonnage	Échantillonnage dirigé. Les critères d'inclusion sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Femmes âgées de 18 ans ou plus au moment du diagnostic du cancer du sein - Femmes ayant subi une reconstruction mammaire après une mastectomie totale ou partielle Critères d'exclusions : <ul style="list-style-type: none"> - Femmes ayant subi un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie au cours des 3 derniers mois. - Femmes ayant reçu un diagnostic de cancer en phase terminale.
Prise de contact	Les participants ont été identifiés par leur participation à l'un des trois groupes de soutien pour le cancer du sein gérés par un service de service local de soins du sein. Les personnes intéressées à participer ont reçu (de la part du premier auteur, LM) une feuille d'information et un formulaire de consentement et ont dû choisir de participer à l'étude. Les personnes qui ont renvoyé un coupon-réponse pour exprimer leur intérêt à participer ont été appelées par LM pour convenir d'une heure d'entretien.
Taille de l'échantillon	20 femmes ont consenti à y participer
Non- participation	Parmi les personnes contactées, aucune n'a refusé de participer ou ne s'est retiré de l'étude
Contexte	
Cadre de la collecte de données	Des entretiens individuels semi-structurés ont été menés par LM sur une période de 8 semaines, soit au domicile des participants ou dans une salle de clinique de l'hôpital.
Présence de non-participants	Non.

Description de l'échantillon	Tableau 2. Caractéristiques des participants								
	N° du participant	Âge (années)	Statut relationnel	Calendrier de la reconstruction	Type de reconstruction	Temps depuis la reconstruction (années)	Situation professionnelle (en chirurgie)	Expérience préalable de la CB	État de santé actuel en Colombie-Britannique
	1	35	Marié à	Immédiatement	Volet LD	4	Employé	Non	Clair
	2	60	Marié à	Retardé	Implantation	9	Employé	Oui	Clair
	3	36	Divorcé	Retardé	Volet TRAM	3	Chômeurs	Oui	Clair
	4	50	Marié à	Immédiatement	Volet LD	8	Employé	Non	Clair
	5	31	Marié à	Immédiatement	Volet LD	1	Chômeurs	Non	Clair
	6	45	Simple	Retardé	Implantation	2	Employé	Non	Clair
	7	44	Marié à	Immédiatement	Inconnu	8	Employé	Non	Clair
	8	40	Partenaire	Immédiatement	Implantation	4	Employé	Oui	Clair
	9	54	Marié à	Retardé	Volet LD	8	Employé	Non	Métastatique
	10	43	Marié à	Immédiatement	Volet LD	3	Employé	Non	Métastatique
Recueil des données									
Guide d'entretien	Un programme d'entretien a été conçu en fonction des objectifs de la recherche. Les questions typiques comprenaient : « <i>Quels étaient les facteurs importants pour vous lorsque vous avez décidé de subir ou non une reconstruction mammaire ?</i> » et « <i>Comment pensez-vous que la reconstruction mammaire a changé votre perception de vous-même ?</i> ».								
Entretiens répétés	Entretiens pas répétés								
Enregistrement audio/ visuel	Enregistrements numériques								
Cahier de terrain	Pas mentionné.								
Durée	Les entretiens duraient de 30 min à 1h05 min.								
Seuil de saturation	Oui, il est indiqué.								
Retour des retranscriptions	La validation par les participants a été demandée à trois personnes interrogées, qui ont fourni des commentaires sur les thèmes et le modèle.								
Domaine 3 : analyse et résultats									
Analyse des données									
Nombre de personnes codant les données	Les données ont été analysées en deux étapes et des mémos ont été utilisés tout au long du processus, conformément à la théorie de la base. Les transcriptions ont été lues et relues par le premier auteur. Le troisième auteur (PA) a contrevérifié un certain nombre d'entretiens transcrits annotés avec les codes initiaux et les mémos afin de valider les catégories émergentes.								
Description de l'arbre de codage	Figure 1 : Un modèle intégré du cancer du sein, de la reconstruction mammaire et de l'image de soi. IMMED., immédiate.								
Détermination des thèmes	Différents thèmes sont ressortis : <ol style="list-style-type: none"> 1. Me sentir à nouveau moi-même 2. Apparence normale 3. Vie normale 4. Aller de l'avant 								

	5. L'image d'une malade
Logiciel	Les données ont été organisées à l'aide du logiciel NVivo 8 (QSR International 2008).
Vérification par les participants	/
Rédaction	
Citations présentées	<p>Des citations ont été utilisées pour illustrer chaque catégorie et ont été les participantes ont été identifiées par numéro.</p> <p>1. Me sentir à nouveau moi-même :</p> <p>- Participante 3 : « <i>J'avais l'habitude de me regarder dans le miroir et de pleurer tous les jours...tu sais, parce que tu as perdu, tu as perdu...une partie de toi pour commencer... Et non seulement tu as perdu ta poitrine, mais tu as perdu tellement de choses, comme par exemple tant de rêves, tant d'espoirs, et...tu as perdu... tu sais, tellement de choses...</i> ».</p> <p>- Participante 9 : « Après la reconstruction, j'étais si heureuse... vous savez...que je me sentais si bien, et que je commençais à m'en remettre et à redevenir... moi. ».</p> <p>2. Apparence normale :</p> <p>- Participante 2 : « <i>Une fois que j'ai guéri un peu [après la mastectomie], je ne pouvais pas me regarder, j'étais absolument dégoûtée, mon image corporelle était... Juste du dégoût dans tout mon corps... Je ne pouvais pas regarder, c'était juste... horrible, et je n'ai jamais regardé, sauf cette fois-là, je me suis levée et je me suis regardé dans le miroir et je pouvais sentir mon estomac se retourner</i> ».</p> <p>Participante 1 : « C'est un rappel constant je pense si tu dois mettre quelque chose dans ton soutien-gorge tous les jours, alors que si tu ne le fais pas alors, tu es un peu plus libre, émotionnellement et physiquement ».</p> <p>Participante 5 : « Et je pense qu'avec le cancer du sein... vous êtes en quelque sorte décredibilisée en tant que femme... Ce cancer, probablement plus que tout autre, vous prive de votre féminité parce que vous perdez vos cheveux, vous pouvez perdre vos seins, vous pouvez perdre votre capacité à avoir des enfants aussi, toutes ces choses ».</p> <p>3. Vie normale :</p> <p>- Participante 10 : « Pouvoir aller nager et le fait que je pouvais toujours porter le même maillot de bain que j'avais avant d'avoir le cancer, vous savez, c'est juste la normalité pour les enfants, donc j'avais l'air normal</p>

	<p>et ils ne me voyaient pas comme un pouce endolori. Je pense que c'est juste qu'ils veulent que leur mère ait l'air comme elle a toujours eu l'air et ils ne veulent pas voir des choses horribles comme [mastectomies] ».</p> <p>4. Aller de l'avant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participante 7 : « Une fois que je suis rentré de l'hôpital, j'avais eu tous mes traitements, j'avais terminé et j'avais une attitude très positive de : Bon, c'est fini pour moi, je suis réparé, je suis réglé, je ne peux qu'aller de l'avant maintenant » - Participante 3 : « Ça va sembler idiot, mais mes nouveaux seins signifient la vie... comme mes propres seins signifiaient, eh bien, pas la mort, mais la douleur et la souffrance, la mort possible... Mes seins reconstruits sont une question de vie pour moi ». <p>5. L'image d'une personne malade :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participante 9 : « Je veux dire que vous vivez... je veux dire que vous vivez avec ça tous les jours, tu meurs tous les jours... je veux dire que c'est ce que l'on ressent sur le moment... il n'y a jamais un jour où vous n'y pensez pas... vous vous réveillez le matin et ça vous regarde en face... c'était une des raisons pour lesquelles j'ai décidé de faire la, la reconstruction, parce que ça me sautait aux yeux et je me suis dit que ça pourrait m'aider ».
Cohérence des données et des résultats	<p>Les analyses ont permis de relever 5 catégories centrales :</p> <p>1. « Se sentir à nouveau moi-même » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - perte physique - atteinte à l'identité - la reconstruction mammaire a pour but de faciliter l'acceptation de la maladie et des conséquences. <p>2. « Apparence normale » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les vêtements - les prothèse - la féminité - l'intégrité <p>3. « Vie normale » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intégration sociale comme le travail et la vie de famille <p>4. « Passer à autre chose » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - survie - traitements <p>5. « Image d'une personne malade » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la peur de la récurrence

	<p>- prendre sa vie en main</p> <p>Les femmes ayant subi une reconstruction différée ont montré qu'elles subissaient plus d'impact sur ces catégories. En effet, elles exprimaient que faire la chirurgie bien après la mastectomie, on a le temps de voir notre corps « défiguré » et cela à un plus gros impact sur le psychologique à long terme. Or, les femmes ayant eu recours à la mastectomie immédiate elles décrivent avoir eu une continuité de leur apparence après leur mastectomie et évité tout impact psychologique du au changement radical qu'elles allaient subir</p>
Clarté des thèmes principaux	<ul style="list-style-type: none"> - Me sentir à nouveau moi-même - Apparence normale - Vie normale - Aller de l'avant - Image d'une personne malade
Clarté des thèmes secondaires	Pas de thèmes secondaires

Grille STROBE Article de Rosenberg et al. (2020).

Titre et résumé	« Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors » : une étude de cohorte
Introduction	
Contexte/ justification	<p>L'étude est approuvée par le comité de révision institutionnel du Dana-Farber/Harvard Cancer Center et d'autres sites d'études.</p> <p>Jusqu'à présent, la plupart des études sur le bien-être physique et psychosocial des femmes subissant une chirurgie du cancer du sein se sont concentrées sur les femmes ménopausées et n'ont pas exploré les tendances sur un suivi à plus long terme. Une étude de 2017 montre que les femmes qui ont eu recours à la reconstruction, ont le niveau le plus bas au niveau de la perturbation de l'image corporelle.</p>
Objectifs	Évaluer les associations différentielles de la chirurgie avec la qualité de vie et les résultats psychosociaux de 1 à 5 ans après le diagnostic.
Méthodes	
Conception de l'étude	En utilisant une grande cohorte prospective de femmes chez qui on a diagnostiqué un cancer du sein à 40 ans ou moins, il est évalué la qualité de vie liée à la santé et les résultats psychosociaux dans les années suivant l'opération. Plus précisément, ils ont cherché à décrire les changements dans ces résultats entre 1 à 5 ans après le diagnostic en comparant la mastectomie bilatérale (MB) à la chirurgie conservatrice du

	sein (CC) et à la mastectomie unilatérale (MU), ainsi que d'examiner les différences selon le type d'irradiation et de reconstruction.
Contexte	L'étude sur le cancer du sein chez les jeunes femmes est une cohorte prospective multicentrique qui a recruté des femmes diagnostiquées comme ayant un cancer du sein à 40 ans ou moins entre 2006 et 2016. Les sites de l'étude Young Women's Breast Cancer Study comprend des hôpitaux universitaires et communautaires du Massachusetts et des sites universitaires du Colorado, du Minnesota et de Toronto, au Canada.
Population	L'étude a recruté des femmes ayant reçu le diagnostic de cancer du sein précoce ou invasif de au moins 40 ans entre 2006 et 2016. Les participants potentiels ont été identifiés systématiquement en examinant les dossiers de pathologie et des listes de cliniques et ont été invités à participer par courrier.
Variables	<p>Qualité de vie (QDV) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le fonctionnement physique, les difficultés à effectuer des tâches physiques et la douleur. - Santé sexuelle : l'attrait, l'intérêt et la fréquence de rapports. - Image corporelle <p>Anxiété et dépression</p>
Sources de données/mesures	<p>QDV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancer Rehabilitation Evaluation System Short Form (CARES-SF) pour le fonctionnement physique. - CARES-SF pour la santé sexuelle. - CARES sous-échelle pour l'image corporelle. - HADS pour l'anxiété et dépression
Biais	Échantillonnage petit pour femmes ayant subi une chirurgie plus étendue et donc peu susceptible d'affecter significativement les conclusions car celles qui sont inscrites plus récemment à l'étude n'ont pas encore atteint 4-5 ans de suivi.
Taille de l'étude	Des dossiers ont été consultés et ils ont par la suite contacté les femmes qui correspondaient aux critères souhaités.
Variables quantitatives	Mentionné au point suivant
Analyses statistiques	<p>Fréquence et moyennes calculé pour Co variables catégoriques et continues.</p> <p>Comparer caractéristiques des patientes, maladie, traitement selon type de chirurgie grâce au test χ^2 + analyse des variances.</p> <p>Évaluer changements de 1 à 5 ans dans scores CARES + HADS avec modèles linéaires mixtes.</p>

	<p>Dans chaque model : un groupe X temps et des interceptes aléatoires. P valeur = comparaisons par paires de moyenne ajustées en utilisant Hochberg.</p> <p>La fréquence et les réponses dichotomisées d'au moins « Certains nombres », « Beaucoup », « Très beaucoup » pour quantifier la prévalence des niveaux élevés de préoccupations liées à la sexualité et l'image corporelle à 1 et 5 ans. De plus, évaluer les différences selon la chirurgie à l'aide du test x2.</p> <p>Toutes les analyses à l'aide de SAS, version 9.4.</p>
Résultats	
Population	<p>A la date limite de l'analyse, le 05.02.2019, le suivi médian de l'ensemble de la cohorte était de 6,9 ans ; 75% avaient atteint au moins 5 ans de suivi. Parmi les 2162 femmes qui étaient éligibles, 1302 se sont inscrites à l'étude (taux de réponses 60%).</p> <p>Exclu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les participantes de Toronto car elles n'ont pas rempli la version complète de l'enquête. - Femmes atteintes d'un cancer du sein bilatéral (N=17) - Femmes atteintes malade novo de stade IV (N=48) - Femmes ayant eu une récurrence ou un nouveau cancer primaire (N=125). <p>La race et l'origine ethnique ont été auto-déclarées lors de l'enquête de base et complétées par les informations du dossier médical si les données n'étaient pas disponibles. L'état civil et la parité ont été obtenus soit pas l'enquête de base ou bien l'étude sur 1ans. Le statut des tests génétiques et résultats ont été auto-rapportés dans l'étude de 1 ans et complétés par l'examen du dossier médical.</p>
Données descriptives	<p>L'étude comprenait au total 826 femmes.</p> <p>La plupart venaient de sites universitaires académique du Massachusetts (n= 671 ; 81,2%), d'autres étaient traitées dans des sites communautaires de Massachusetts (n=68 ; 8,2%) et 10,5%(N=87) dans des sites universitaires du Colorado et du Minnesota.</p> <p>Mastectomie bilatérale(MB) = N 375 (45,4%) Chirurgie conservatrice(CC) = N 254 (30,8%) Mastectomie unilatérale(MU) = N 197(23,8%)</p> <p>Parmi celles qui ont subi une mastectomie, 83,6%(N= 478 sur 572) ont eu une reconstruction.</p> <p>Presque toutes les femmes (99,2 % ; n = 252 sur 254) qui ont subi une chirurgie conservatrice ont reçu une radiothérapie ; 52,8 % (n = 104 sur</p>

	<p>197) et 39,3 % (n = 147 sur 375) des femmes qui ont eu une UM et une BM, respectivement, ont subi une réception de la radiothérapie post mastectomie.</p> <p>Femmes blanches non hispaniques : 86,7%</p> <p>Femmes non blanches (N=105), la plupart asiatiques (N=41) ou noires, haïtiennes ou afro-américaines (N=23) ; 35 étaient hispaniques.</p>
<p>Données obtenues</p>	<p>QDV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonction physique : CC, MU, MB le $P < .001$ est significatif. - Image corporelle : CC le $P = .009$ / MU le $P = .006$ / MB le $P = .007$ est significatif - Sexualité : CC, MU, MB le $P < .001$ est significatif. <p>La trajectoire du score CARES montre que la fonction physique et l'image corporelle ne diffèrent pas selon la chirurgie alors que significativement, pour la sexualité, oui ($P = .03$).</p> <p>Après des ajustements, les comparaisons par paires montrent que comparé aux femmes ayant subi une CC, celles qui ont eu recours à MB avaient une fonction physique plus mauvaise dans les années 1 (MB, 0.51 vs CC, 0.39; $P = .002$), 2 (MB, 0.40 vs CC, 0.27; $P = .002$), et 4 (MB, 0.36 vs CC, 0.27; $P = .03$) de plus une plus mauvaise image corporelle (année 1: MB, 1.32 vs CC, 0.64; année 2: MB, 1.24 vs CC, 0.57; année 3: MB, 1.31 vs CC, 0.55; année 4: MB, 1.25 vs CC, 0.51; année 5: MB, 1.19 vs CC, 0.48; tous $P < .001$) pour finir la santé sexuelle (année 1, MB, 1.66 vs CC, 1.20; $P < .001$; année 2, MB, 1.39 vs CC, 1.10; $P = .005$; année 3, MB, 1.41 vs CC, 1.05; $P < .001$; année 4, MB, 1.42 vs CC, 1.08; $P = .001$; année 5, MB, 1.43 vs CC, 0.96; $P < .001$) à tous les points.</p> <p>Comparé avec les femmes qui ont eu une MU, les femmes ayant eu une MB avaient les fonctions physiques plus mauvaises dans la 2^{ème} année (MB, 0.40 vs. MU, 0.29; $P = .01$) and 4 (MB, 0.36 vs. MU, 0.25; $P = .02$), une plus mauvaise image corporelle dans l'année 3 (MB, 1.31 vs MU, 1.02; $P = .003$), année 4 (MB, 1.25 vs MU, 0.91; $P = .001$), et année 5 (MB, 1.19 vs MU, 0.96; $P = .02$), et une pire santé sexuelle sur toutes les années (année 1, MB, 1.66 vs MU, 1.41; $P = .02$; année 3, MB, 1.41 vs MU, 1.09; $P = .002$; année 4, MB, 1.42 vs MU, 1.07; $P = .001$; année 5, MB, 1.43 vs MU, 1.09; $P = .002$) excepté pour l'année 2 (MB, 1.39 vs MU, 1.30; $P = .39$).</p> <p>Parmi les femmes ayant subi une mastectomie, les trajectoires de changement ne diffèrent pas selon le statut RTMP pour le fonctionnement physique, mais différaient en fonction de la chirurgie pour l'image corporelle ($P = 0,009$) et la santé sexuelle ($P = 0,03$) chez les femmes ayant subi une RTMP.</p>

Parmi les femmes ayant subi une RTMP, le fonctionnement physique ne diffère pas entre les femmes ayant eu une MB ou une MU à un moment donné. L'image corporelle était moins bonne chez les femmes qui ont eu une MB au cours des années 3 à 5 (année 3 : MB, 1,79 vs MU, 1,43 ; P = 0,02 ; année 4 : MB, 1,74 vs MU, 1,33 ; P = 0,01 ; année 5 : MB, 1,63 vs MU, 1,29 ; P = 0,04), et la santé sexuelle était moins bonne au cours des années 3 (MB, 1,45 vs MB, 1,09 ; P = 0,02) et 4 (MB, 1,46 vs MU, 1,11 ; P = 0,03).

Parmi les femmes qui n'ont pas subi de RTMP, les femmes qui ont eu une BM avaient un fonctionnement physique moins bonne à 1 (MB, 0,57 vs MU, 0,40 ; P = 0,003), 2 (MB, 0,48 vs MU, 0,35 ; P = 0,02) et 4 ans (MB, 0,46 vs UM, 0,32 ; P = 0,02), une image corporelle plus mauvaise à tous les points (année 1 : MB, 1,32 vs MU, 0,96 ; P = 0,009 ; année 2 : MB, 1,18 vs MU, 0,91 ; P = 0,05 ; année 3 : MB, 1,24 vs MU, 0,95 ; P = 0,05 ; année 4 : MB, 1,19 vs MB, 0,82 ; P = 0,01) sauf la 5e année (BM, 1,16 vs MU, 0,96 ; P = 0,18), et une moins bonne santé à tous les points (année 1 : MB, 1,69 vs MU, 1,32 ; P = 0,01 ; année 3 : MB, 1,42 vs MB, 0,82 ; P = 0,01) 3 : MB, 1,42 contre MU, 1,11 ; P = 0,04 ; année 4 : MB, 1,45 contre MU, 1,07 ; P = 0,01 ; année 5 : MB, 1,50 vs MU, 1,09 ; P = 0,009) sauf l'année 2 (MB, 1,42 vs MU, 1,22 ; P = 0,16).

Le tableau 2 montre la prévalence des femmes rapportant au moins " une bonne quantité " de problèmes attribués à chaque item d'image corporelle CARES, démontrant des différences selon la chirurgie pour tous les domaines (tous les P ≤ .002 significatifs) à 1 et 5 ans. Les femmes qui ont eu une MB (avec et sans reconstruction) ont fréquemment déclaré ressentir au moins une certaine gêne face aux changements corporels, une gêne à montrer leur corps aux autres et une gêne à montrer les cicatrices aux autres, à la fois au bout d'un an et de cinq ans. CC ont signalé moins de problèmes d'image corporelle à ces deux moments.

Anxiété et dépression :

L'anxiété était la plus élevée au cours de la première année, les scores moyens chez les femmes qui avaient une MB (7,75) approchant des niveaux anormaux limites (scores 8-10). Par rapport à l'année 1, l'anxiété s'était améliorée dans tous les groupes à l'année 5 (changement estimé des scores moyens ajustés de l'échelle HADS de l'année 1 à l'année 5 : CC, 1,03 ; P < .001 ; MU, 0,79 ; P = .007 ; MB, 1,07 ; P < .001). La trajectoire globale de changement de l'anxiété (Figure 2A) différait selon la chirurgie (P = 0,02), l'anxiété étant pire chez les femmes ayant subi une MB que chez celles ayant subi une MU et une CC à 1 (MB, 7,75 vs CC ; 6,94, P =

	<p>0,03 ; MB, 7,75 vs MU, 6,58 ; P = 0,005), 2 (MB, 7,47 vs CC,6,18 ; P < 0,001 ; MB, 7,47 vs MU, 6,07 ; P < 0,001), et 5 ans (MB,6,67 vs CC, 5,91 ; P = 0,05 ; MB, 6,67 vs MU, 5,79 ; P = 0,05) ; au cours de l'année 4, l'anxiété était également moins bonne chez les femmes qui avaient une MB par rapport à une MU (BM, 6,99 vs UM, 6,04 ; P = 0,04). Parmi les femmes qui ont subi une mastectomie, on a constaté un effet différentiel des radiations, sans différence significative entre les groupes à n'importe quel point de temps. Parmi les femmes qui n'ont pas subi de TRMP, l'anxiété était plus élevée chez celles qui avaient subi une MB la première année (MB,8,24 vs. MU, 6,30,P < 0,001), 2 (MB, 7,87 vs. MU, 6,12,P = 0,002), et 4 (MB, 7,37 vs MU, 5,78 ; P = 0,006). Les trajectoires de changement ne différaient pas en fonction de la réception du PMRT. Pour tous les types de chirurgie, les niveaux de dépression se situaient dans la fourchette normale (scores <8) à tous les points. Cependant, les scores ont diminué au fil du temps pour les femmes ayant subi une MB(changement estimé des scores moyens ajustés de l'année 1 à l'année5, 0,60 ; P < 0,001) et CC (changement estimé des scores moyens ajustés de l'année 1 à l'année 5, 0,64 ; P < 0,001). La trajectoire de changement globale des scores de dépression ne différait pas selon la chirurgie, et les comparaisons par paires ne montraient que des différences isolées entre les groupes au cours du suivi. Les scores étaient similaires entre les groupes à tous les points de temps chez les femmes ayant subi une RTMP, mais plus élevés dans le groupe MB la première année (MB, 4,39 contre MU, 3,13, P = 0,003) et 4 (MB, 3,90 contre MU, 2,76, P = 0,01).</p>
Principaux résultats	<p>Le tableau 2 montre la prévalence des femmes rapportant au moins " une bonne quantité " de problèmes attribués à chaque item d'image corporelle CARES, démontrant des différences selon la chirurgie pour tous les domaines (tous les P ≤ .002 significatifs) à 1 et 5 ans. Les femmes qui ont eu une MB (avec et sans reconstruction) ont fréquemment déclaré ressentir au moins une certaine gêne face aux changements corporels, une gêne à montrer leur corps aux autres et une gêne à montrer les cicatrices aux autres, à la fois au bout d'un an et de cinq ans. CC ont signalé moins de problèmes d'image corporelle à ces deux moments.</p>
Autres analyses	/
Discussion	
Résultats clés	<p>La différence du type de chirurgie influe sur la qualité de vie et le bien-être psychosociale dans les années qui suivent l'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> - MB : problèmes de l'image corporelle & sexualité, plus pour celles qui n'ont pas eu de reconstruction.

	<ul style="list-style-type: none"> - Une étude de 2017 montre que les femmes qui ont eu recours à la reconstruction, ont le niveau le plus bas au niveau de la perturbation de l'image corporelle. - Dans une étude de 2018 de Parker et al, les femmes qui ont choisis une mastectomie prophylactique avaient des perturbations sur leur image corporelle avant la chirurgie et à 6, 12, 18 mois après. <p>Le fait que, dans les années qui suivent la chirurgie, certaines femmes ayant subi une chirurgie plus importante dans notre étude continuent à souffrir d'anxiété, ainsi que de problèmes sexuels et d'image corporelle par rapport aux femmes qui ont subi moins de chirurgie, souligne l'importance du conseil pré-chirurgical sur les attentes en matière de santé psychosociale post-chirurgicale.</p>
Limitations	<p>La plupart des participantes ne remplissent leur première enquête qu'après avoir subi une opération. Donc, les facteurs psychologiques et les comorbidités pré diagnostic n'ont pas été pris en compte qui peuvent avoir un impact sur le choix de la chirurgie mais aussi la qualité de vie post chirurgicale.</p> <p>Pas pris en compte les interventions chirurgicales ultérieures que les femmes ont pu subir entre les années 1 et 5 mais seulement celles de la 1^{ère} année de l'étude.</p> <p>Échantillonnage petit pour femmes ayant subi une chirurgie plus étendue et donc peu susceptible d'affecter significativement les conclusions car celles qui sont inscrites plus récemment à l'étude n'ont pas encore atteint 4-5 ans de suivi.</p> <p>Une généralisation limitée car les participantes sont principalement des blanches non hispaniques et que la plupart sont traités dans des hôpitaux universitaires dans le Massachusetts.</p>
Interprétation	<p>Dans cette étude, on voit clairement la différence entre les femmes ayant subi une chirurgie de reconstruction immédiate de celles qui ont subi une différée. Les comparaisons ont montré que la CC différée avait plus d'impact sur les aspects de la qualité de vie de la personne. La qualité de vie comprend en partie l'image corporelle. Celle-ci pour les femmes ayant fait une CC différée est plus difficile à accepter car elles ont eu le « temps » de voir leur corps comme elles le décrivent ; défigurée et mutilé. Or, les femmes ayant eu une CC n'ont pas le temps de voir ce nouvel aspect de leur corps car elles se réveillent directement avec leur nouveau sein.</p>
Généralisabilité	/

Autre information	
Financement	Ce projet a été soutenu par la subvention K01HS023680 de l'Agency for Healthcare Research and Quality.

Grille COREQ Article de Freysteinson et al. (2012).

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
Caractéristiques personnelles	
Enquêteur/ animateur	Wyona M. Freysteinson, Amy S. Deutsch, Carol Lewis, Angela Sisk, Linda Wuest, et Sandra K. Cesario.
Titres académiques	Wyona M. Freysteinson, PhD, MN , Amy S. Deutsch, DNP, RN, CNS, AOCNS® , Carol Lewis, BSN, RN, OCN® , Angela Sisk, MSN, RN, OCN® , Linda Wuest, BSN, RN, OCN® , and Sandra K. Cesario, PhD, RNC, FAAN
Activité	Wyona M. Freysteinson est professeur adjoint au College of Nursing de la Texas Woman's University. Amy S. Deutsch est une infirmière en oncologie de pratique avancée. C. Lewis + A. Sisk + L. Wuest sont des infirmières navigatrices en oncologie au Memorial Hermann Healthcare System. Sandra K. Cesario est la coordinatrice du programme PhD au College of Nursing de la Texas Woman's University
Genre	Elles sont toutes des femmes
Expérience et formation	Non spécifié
Relation avec les participants	
Relation antérieure	Non
Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Objectif de recherche : Décrire l'expérience de se voir dans un miroir après une mastectomie, en s'intéressant à leurs perceptions, leur attitude et changement après cette expérience.
Caractéristiques de l'enquêteur	<ul style="list-style-type: none"> - L'échantillon était de petite taille. - Le contexte de l'échantillon n'était pas assez large donc ça ne peut pas être une généralité pour tous. - La méthodologie utilisée dans la recherche phénoménologique consiste à réfléchir à ses pensées et à ses sentiments, mais ces souvenirs passés peuvent être influencés par le temps et d'autres variables.
Domaine 2 : Conception de l'étude	
Cadre théorique	

Orientation méthodologiquement et théorie	Étude qualitative de type phénoménologique impliquant une analyse de discours à travers d'entretiens enregistré sur bande.
Sélection des participants	
Échantillonnage	Échantillonnage dirigé. Les critères d'inclusion sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Femmes âgées de + 18 ans - Femmes parlant et comprenant l'anglais - Femmes ayant subi une mastectomie avec ou sans reconstruction dans les 3 à 12 mois
Prise de contact	Les participantes ont été recrutés dans 3 hôpitaux d'un système de soins à but non lucratif. Chaque hôpital disposait d'une infirmière navigatrice en oncologie (INO) qui suivait les patients pendant une grande partie de leur traitement. Les INO ont invité les femmes à participer à l'étude lors des appels téléphoniques postopératoires de routine. Les femmes intéressées ont reçu le numéro de l'investigateur principal (IP) et ont été invitées à l'appeler.
Taille de l'échantillon	20 femmes ont été contacté mais seules 12 femmes ont consenti à y participer.
Non- participation	6 femmes ont refusé de participer pour les raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - 1 femme ne pouvait pas encore faire face au miroir - 1 femme n'a pas donné de raison à son refus - 1 femme a pris rendez-vous avec l'IP mais ne s'est pas présenté au rendez-vous. - 1 femme étaient intéressée mais n'a pas appelé l'IP. - 2 femmes ont abandonné car elles se sentaient malades.
Contexte	
Cadre de la collecte de données	Chaque femme pouvait choisir l'endroit et quand rencontrer l'IP. Selon l'article, trois femmes l'ont rencontré dans leur propre domicile. Une femme l'a rencontré à l'hôpital dans un bureau calme. Pas d'informations pour le reste des participantes.
Présence de non-participants	Lors des entretiens il y avait que l'IP.
Description de l'échantillon	<ul style="list-style-type: none"> - N= 12 - Age : X=58.8 (32-76) - Origine : 8 Caucasien, 2 Afro-américain, 2 Hispanique. - État civil : 9 marié, 2 veuve, 1 simple - Education : 7 diplôme d'études secondaires, 4 collège de deux ans, 1 baccalauréat.

	<ul style="list-style-type: none"> - Revenu annuel : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plus bas que 18'000 : 2 ▪ 18'000-30'000 : 3 ▪ 30'001-50'000 : 3 ▪ 50,001-100,000 : 2 ▪ Plus élevé que 100,000 : 1 ▪ Refus de répondre : 1 - Type de mastectomie : 8 simples, 4 radicales, 3 bilatérales - Mois entre l'opération et l'entretien <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3-5 : 8 ▪ 6-9 : 4 ▪ TTT actuel par chimiothérapie : 5 - TTT antérieurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chimiothérapie et radiothérapie : 3 ▪ Mastectomie antérieure : 2 ▪ Radiation : 2 ▪ Chimiothérapie : 1
Recueil des données	
Guide d'entretien	Les participantes ont rempli le questionnaire de dépistage primaire de la détresse « The National Comprehensive Cancer Network's » : le thermomètre de la détresse. De plus, les participantes ont rempli un formulaire démographique. Pour finir, des entretiens conversationnels enregistrés sur bande magnétique ont été effectués avec 6 questions centrées sur l'expérience vécue quand elles se sont regardées dans le miroir pour la première fois après la mastectomie.
Entretiens répétés	Entretiens pas répétés
Enregistrement audio/ visuel	Les interviews étaient enregistrées
Cahier de terrain	Après l'entretien individuel
Durée	Les entretiens duraient environ 30 minutes
Seuil de saturation	Oui
Retour des retranscriptions	Les descriptions ont été partagées avec les participants à la fin de chaque entretien conversationnel. Des réunions formelles de validation ont été organisées avec deux participants.
Domaine 3 : analyse et résultats	
Analyse des données	
Nombre de personnes codant les données	Les enregistrements ont été transcrits par l'IP. Le texte a été analysé par tous les chercheurs lors de la lecture naïve. L'IP a effectué le reste de l'analyse avec la contribution de tous les co-chercheurs.

Description de l'arbre de codage	Figure 2 : Analyse structurale des expériences des femmes après une mastectomie. Figure 3 : Thèmes phénoménologiques de se regarder dans le miroir après une mastectomie.
Détermination des thèmes	3 thèmes ont été déterminé après les interviews conversationnel : <ul style="list-style-type: none"> - « Mon corps ». - « Mes pensées ». - « Les autres personnes de mon entourage ». 4 points clés ont émergé tout au long du processus phénoménologique : <ul style="list-style-type: none"> - « Je suis ». - « Je décide ». - « Je vois ». « J'accepte ».
Logiciel	Pas de logiciel mentionné
Vérification par les participants	/
Rédaction	
Citations présentées	Des citations ont été utilisée pour illustrer chaque catégorie et elles étaient identifiées. Mon corps <ul style="list-style-type: none"> - Judy : « Si vous montrez à quelqu'un quelque chose qui est hors de leur champ de vision il suffit de prendre le miroir et de laisser s'allonger, s'imprégner de son corps ». - Elie : « Mon médecin et l'infirmière... ils ont dit, "Êtes-vous prête à vous voir ?" Et mon mari était avec moi... J'étais heureuse pour moi que ça se passe vraiment devant d'autres personnes ». - Lisa : « Si j'avais pu, tu sais, je me serais regardé dans le miroir, tout de suite... juste pour éviter d'avoir des attentes ou de penser...comme, à quoi ça va ressembler ?... Se voir dans le miroir est une confrontation, comme, ouais, c'est confrontant, et je pense que si je pouvais y faire face plus tôt, je pourrais plus tôt commencer à faire avec ». « Mes pensées » <ul style="list-style-type: none"> - Sarah : « Oui, c'est moche et ça le sera toujours à moins que je n'aie une chirurgie de reconstruction. Mais ça ne me dérange pas vraiment, parce que... J'étais excitée d'enlever le cancer. C'était un compromis ; ça valait chaque point de suture ».

	<ul style="list-style-type: none"> - Ericka : <i>« Au début, j'ai pensé, tu sais, tout le monde peut le voir... J'ai juste l'impression que tout le monde peut le voir, même avec le soutien-gorge et tout. J'ai toujours l'impression que tout le monde peut voir ou qu'ils peuvent dire que quelque chose ne va pas ».</i> <p><i>« Les autres personnes de mon entourage »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ericka : <i>« Je pense que les infirmières devraient laisser les femmes en parler (le miroir). Pas ce truc de "comment ça va aujourd'hui" parce que on va juste dire, "Bien, merci." Vous savez, vous devriez dire aux femmes, "Comment allez-vous vraiment, comment tu te sens vraiment ?" et ensuite donner aux gens une chance de dire ce qu'il y a vraiment dans leur tête ».</i> <p><i>« Je suis »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarah : <i>« Je suis un vieil oiseau fort ».</i> <p><i>« Je décide »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamie : <i>« Je ne savais pas si je voulais le regarder ou non, mais une curiosité naturelle vous envahit... Vous devez prendre une respiration et avaler et dire, "ça va être bien." ».</i> - Mary : <i>« Vous devenez très créatif après avoir subi cette opération... mettre mon soutien-gorge et devoir mettre mes chaussettes [dans son soutien-gorge en se regardant dans le miroir]. S'assurer que je ne suis pas, vous savez... pas de travers ou... l'un est plus gros que l'autre et des trucs comme ça ».</i> - Lisa : <i>« Je veux dire, tôt ou tard, j'avais besoin de [me regarder dans un miroir]. J'avais les drains donc j'avais besoin de, de voir où ils étaient. ... et nettoyer la zone ».</i> <p><i>« Je vois »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mary : <i>« Si tu regardes en bas, tu peux le voir, mais tu ne fais pas vraiment le rapprochement... mais quand tu te regardes dans le miroir, tu vois, genre, tout ton être. Et c'est juste, boom, c'est là... tout ton être. »</i> - Ericka : <i>« En fait, honnêtement, parfois je me sentrais comme moins qu'une femme ».</i> - Janie : <i>« Vous voyez ça à chaque fois que vous vous tenez devant le miroir. Ce n'était pas un joli site ».</i> <p><i>« J'accepte »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Angie : <i>« Ca fait profondément mal, très profondément ».</i>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Joanie : « <i>Je regarde toujours dans le miroir et j'aimerais en avoir plus, tu sais, là-haut, mais je dois apprendre à l'accepter, comme c'est</i> ». - Lisa : « <i>D'une certaine manière, j'ai besoin de commencer à aimer cette partie de moi à nouveau. Ok, c'est une mastectomie... c'est la raison pour laquelle je me regarde dans le miroir</i> ».
<p>Cohérence des données et des résultats</p>	<p>L'analyse structurelle décrit l'expérience des femmes qui ont subi une mastectomie comme étant centrée sur leur corps, leurs pensées et l'influence d'autres personnes. Quant à elle, l'interprétation phénoménologique a décrit l'expérience du point de vue d'une femme se regardant dans un miroir.</p> <p>Dans l'analyse structurelle les résultats mettent en évidence :</p> <p>Le manque de miroir dans les hôpitaux. Le miroir effraie beaucoup de personnes mais les pensées qu'elles ont pendant qu'elles évitent le miroir c'est pire. Après l'observation initiale de la mastectomie, toutes les participantes ont continué à observer leur site post-opératoire dans un miroir et, avec le temps, l'observation est devenue plus facile. Les bénéfiques d'être accompagnée et soutenue par les proches ou bien les infirmières lors de cette étape.</p> <p>Pour toutes les participantes, la foi était essentielle pour les aider à se regarder dans le miroir.</p> <p>Dans l'interprétation phénoménologique :</p> <p>La personne qui se regarde dans le miroir vit une expérience unique et individuelle.</p> <p>Les 3 raisons principales que l'on décide de se regarder dans le miroir : la curiosité de voir à quoi on ressemble, la nécessité de s'occuper du site de la mastectomie et prendre soins de son apparence.</p> <p>Chaque femme a exprimé une signification ou une compréhension différente de ce qu'elle voyait dans le miroir. Toutes les femmes de l'étude actuelle ont perçu une partie de leur corps comme déformé, grosse, chauve ou laide lorsqu'elles se sont vues dans le miroir.</p> <p>Consentir à ce qu'on a vu dans le miroir se traduit par la souffrance, l'acquiescement ou la projection dans l'avenir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je décide, je vois, je sais et je consens. L'interprétation souligne que chaque femme crée sa propre signification ou compréhension et explication de ce qu'elle voit dans un miroir.

	<p>Voir l'expérience de la femme mastectomisée qui se regarde dans un miroir, nous apporte une perspective unique. Cela nous permet de nous rapprocher de la compréhension de leur monde et cela peut nous guider dans la pratique infirmière en respectant les choix et significations d'une personne à l'égard du miroir.</p>
Clarté des thèmes principaux	<p>4 points clés ont émergé tout au long du processus phénoménologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Je suis » - « Je décide » - « Je vois » - « J'accepte »
Clarté des thèmes secondaires	<p>Le thème « Implications pour les soins infirmiers » a été abordé.</p> <p>Le miroir n'est pas exploré dans les soins infirmiers. Elles doivent être conscientes que le miroir est un outil qui peut être utilisé pour voir le site de mastectomie. L'utilisation du miroir ou non est un choix personnel.</p> <p>Les infirmières peuvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préparer les patientes à l'impact de l'expérience du miroir - Discuter de l'expérience du miroir en pré-op pour savoir ce qu'elles pensent voir - Éduquer sur ce à quoi va ressembler la zone en post-op pour aider à atténuer les attentes, les espoirs et les craintes irréels. - Discuter de ce qu'elles pensent voir après l'opération afin de permettre un moment de réflexion et de guérison. - Avoir un miroir dans leur poche afin de proposer à la patiente de regarder sa cicatrice lors du changement de pansement. - Des questions sur le miroir et l'image corporelle devront être développées et intégrées aux évaluations psychosociales. <p>Une formation sur la prise de conscience de l'expérience de se voir dans un miroir et sur l'utilisation du miroir est nécessaire.</p>