

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

- REMERCIEMENTS -

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont su me faire avancer, réfléchir, et qui m'ont accompagné pendant ces trois années.

A mes parents, mon frère, mon compagnon, je les remercie de leur patience, de leur soutien inqualifiable.

A ma directrice de mémoire, Madame Gignoux, qui a su me faire me poser les bonnes questions, me faire découvrir des notions essentielles au soin et qui m'a accompagné depuis des mois sur ce travail de fin d'études.

A ma formatrice référente, Madame Doyen-Brunet, qui m'a aidée à me positionner durant ces trois années et à faire évoluer mes valeurs professionnelles et personnelles.

A tous les professionnels de santé qui ont su me donner de leur temps, mais surtout me faire aimer cette profession en partageant leurs expériences et leurs valeurs.

A toutes ces personnes soignées qui ont motivé mon choix de vouloir prendre soin.

- Table des matières -

Introduction	6
I. Les situations d'appels.....	8
1.1 Description de la première situation :	8
1.2 Description de la seconde situation :	9
1.3 Analyse des situations.....	10
II. Cadre de référence.....	14
2.1 Le cancer du sein.....	14
2.2 La mammectomie, ou mastectomie.	15
2.2.1 L'étymologie du mot.....	15
2.2.2 Histoire de la mammectomie.	16
2.3 Le sein, symboliques et représentations.....	16
2.3.1 Etymologie du mot sein.	16
2.3.2 Le sein maternel, nourricier.	17
2.3.3 Le sein érotique et sexuel.	18
2.4 L'image corporelle.	19
2.5 Le rôle infirmier.....	20
2.5.1 Cadre réglementaire de l'exercice de la profession.....	20
2.5.2 Le rôle « propre ».	21
2.5.3 La relation d'aide.	22
2.5.4 Les attitudes et « techniques » soignantes dans la relation d'aide.	22
2.6 La distance thérapeutique.....	23
2.6.1 Evolution de la profession infirmière.	23
2.6.2 La distance dans les soins.....	24
2.7 Le soignant, ses émotions, ses sentiments dans la pratique soignante.	26
2.7.1 Les mécanismes de défenses du soignant.....	26
2.7.2 Les émotions et les sentiments dans la pratique soignante.	28
III. Les enquêtes.....	30
3.1 Méthodologie de l'enquête.	30
3.1.1 Le choix de l'enquête qualitative.....	30
3.1.2 La mise en œuvre des entretiens.....	31
3.1.3 Les attentes des entretiens.	32
3.1.4 Les limites et difficultés de l'entretien.	33

3.2	Présentation des résultats bruts de l'enquête.....	34
IV.	L'analyse.....	38
4.1	Confrontation des résultats au cadre de référence.....	38
4.1.1	Confrontation des résultats du discours des soignants au cadre référence.	38
4.1.2	Observations du comportement et des attitudes du soignant lors de l'entretien.....	39
4.1.3	Confrontation des résultats au cadre de référence, analyse générale des entretiens.....	40
4.2	Discussion au regard de l'analyse et/ou de la situation d'appel.....	41
4.2.1	Retour sur la question de départ.....	41
4.2.2	Evolution de la réflexion.....	43
V.	Formalisation de la question de recherche ou de l'hypothèse.....	45
VI.	Conclusion.....	46
VII.	Bibliographie.....	48
VIII.	Annexes.....	50
8.1	L'outil d'enquête.....	50
8.2	Les réponses aux entretiens.....	52
-	Questionnaire numéro 1 -	52
-	Questionnaire numéro 2 -	54
-	Questionnaire numéro 3 -	56
-	Questionnaire numéro 4 -	58
-	Questionnaire numéro 5 -	60
IX.	Le résumé de recherche / Research summary : Abstract.....	63
9.1	Résumé de recherche en Anglais.....	63

« Tant que l'on n'a pas vu, on n'imagine pas vraiment. A chaque fois, sa découverte provoque un choc. Même sur une simple photographie. Un sein coupé, amputé complètement ? Horrible visu ! Beaucoup ne découvrent pas cette cicatrice sans émotion – peur, pitié, dégoût, révolte... »¹ Dominique Gros.

¹ GROS, Dominique. Cachez ce sein coupé que je ne saurais voir. *Oncomagazine*. [En ligne]. Trimestriel de février 2009, Volume 3-n°1. Disponible sur : http://www.la-maison-du-cancer.com/media/pièces_jointes/magazine/la-salle-de-soins/springersein.pdf

Introduction

Trois années se sont écoulées. Trois années intenses, riches en apprentissages qui me permettent aujourd'hui de me positionner différemment et m'orienter vers une posture réflexive. Autant de chemin parcouru qui me permet de développer ma posture soignante et donc de m'inscrire dans un processus de professionnalisation.

Inspection faite de mon parcours d'étudiante, un temps fort de mon expérience m'a interpellée au point de vouloir approfondir le thème dans le cadre des soins infirmiers. La complexité à trouver mon positionnement de future soignante lors de la confrontation avec un soin de mastectomie a motivé mon choix. Pour moi, il était important de traiter d'une situation où j'avais été en difficulté afin de pouvoir approfondir le sujet et m'apporter certains axes de réflexion en vue de ma future pratique.

Cette mutilation synonyme de soin a suscité chez moi un questionnement sur la représentation du corps et cela bien au-delà de l'aspect professionnel. En effet, mon intérêt pour l'art et pour la communication visuelle m'a implicitement guidée vers le choix de ce thème et il m'a semblé intéressant de le développer vers une vision plus professionnelle.

Dans la mesure où la profession de soignant implique nécessairement le rapport au corps et à l'autre, les difficultés liées aux changements corporels m'impliquent en tant que soignante.

Ce thème questionne sur la place des émotions et des sentiments du soignant en vue de la qualité des soins et plus précisément chez la femme mastectomisée. C'est donc cela que j'ai choisi de mettre en questionnement tout au long de mon travail. *«Les techniques de soins les plus performantes ne pourront jamais, assurer l'intégralité de la fonction « soins » : le facteur humain et les relations personnelles qui s'établissent entre l'équipe soignante et le malade, conserveront toujours un aspect primordial. Au-delà des actes techniques qu'elle pratique, une infirmière engage également sa personne : elle réagit non pas seulement comme elle a appris à le faire dans les écoles, en mettant en œuvre des connaissances, mais également en y ajoutant une part très importante d'implication et de sensibilité personnelles.»*²

Dans le cadre de ce travail, je me suis dans un premier temps appuyée sur les différentes rencontres que j'ai eu la chance de vivre pendant mon cursus d'étudiante.

² ARNOULT, Nicole ; DESCHAMPS, Claudine et al. *Femme soignée femme soignante, les soins infirmiers aux femmes mastectomisées*. Editions du Centurion. France : Paris. 1953. Préface.

Temps forts de ma formation, deux situations se sont principalement dessinées. Ces deux analyses de la pratique m'ont donc permis de choisir le thème de ce travail.

Par la suite j'ai procédé à une recherche théorique. Par une richesse littéraire sur le sujet, j'ai dès lors pu approfondir différents concepts en lien avec mon thème.

Afin de confronter mes sources théoriques à la pratique, j'ai effectué une recherche empirique qui m'a permis de comprendre comment certains concepts sont mis en œuvre au quotidien par les soignants et favorisent la qualité du soin.

I. Les situations d'appels.

1.1 Description de la première situation :

La première situation se déroule lors de mon dernier stage de première année dans un cabinet d'infirmières libérales.

L'infirmière et moi-même nous rendons au domicile de Madame L. 48 ans. qui doit bénéficier d'une réfection de pansement car elle vient de subir une mammectomie droite. C'est la première fois que nous allons voir cette personne.

Au cours du soin j'ai choisi la position d'observateur en mettant sur le côté : assez proche pour observer le soin mais relativement à l'écart par souci de discrétion.

J'assiste à ce soin avec beaucoup d'attention. Bien qu'ayant déjà rencontré des femmes qui ont subi une mastectomie lors de mon parcours professionnel et d'étudiante, la vue et la réfection d'un pansement de cette ablation est une découverte en soi.

L'infirmière qui exécute ce soin pour la première fois auprès de cette femme établit d'emblée une relation duale. Les regards, les gestes, les silences m'ont amenée à concevoir qui s'est directement établit une relation de confiance. Cette infirmière avait une attitude contenante dans les prémices de la relation. Une relation de confiance semble s'installer progressivement dans la mesure où l'infirmière est attentive aux paroles, au faciès, au non-verbal tout en effectuant des gestes précis et efficaces. Madame L. semble à l'aise et détendue : elle est souriante et communique librement avec l'infirmière sans porter réellement attention au soin qui est en train de se dérouler.

De mon côté, j'observe ce soin à distance et beaucoup de sentiments et de questions m'envahissent. Je ne dis rien, je m'oblige à tout contrôler : mon faciès reste stoïque, mon regard le plus neutre possible, ma présence la plus discrète qui soit.

Le soin se termine. Nous quittons le domicile de Madame L. L'infirmière n'ayant pas perçu mes difficultés et étant dans un souci organisationnel de ses prochains soins, je ne trouve pas l'occasion d'introduire le sujet afin de pouvoir verbaliser mon ressenti avec elle. Je décide donc de garder ce questionnement et ce vécu pour moi.

C'est au cours de cette première situation que des questions ont émergé, sans trouver de réponses jusqu'à cette deuxième situation qui m'a amenée à me réinterroger sur ce thème.

1.2 Description de la seconde situation :

Cette seconde situation se déroule lors de mon troisième stage de deuxième année dans une clinique en chirurgie générale. C'est à ce moment-là qu'il m'a semblé important de traiter ce sujet dans ce travail afin que je puisse évoluer dans ma réflexion.

Je rencontre Madame M., 38 ans, qui rentre dans le service pour mammectomie droite et curage axillaire.

Je me présente et j'effectue l'entretien d'accueil de Madame M. et d'emblée l'échange commence à prendre sens et respecte mon double objectif : recueillir des données et instaurer une relation de confiance.

Décidée à comprendre pourquoi ce soin avait suscité autant d'interrogations chez moi, il me fallait tenter de remédier à ce questionnement pour aller un peu plus loin dans la compréhension ; mon idée était donc d'assister à l'opération, en somme essayer de comprendre en quoi cette confrontation à l'absence m'avait autant interpellée la première fois.

L'intervention débute.

Pour avoir assisté à diverses chirurgies, je remarque et ressens que le silence est particulièrement pesant dans la salle, cet acte provoquant un mutisme chez tous les soignants. L'infirmier anesthésiste se confie discrètement à l'infirmière du bloc opératoire en disant combien il devait être difficile dans la vie d'une femme de devoir passer par cette épreuve. J'observe cet acte mutilateur en commençant à effectuer un cheminement, à comprendre les différentes dimensions de ce soin et à réaliser en quoi il faisait écho chez moi.

Après deux heures d'intervention, je sors du bloc en pensant avoir répondu à certaines de mes interrogations.

1.3 Analyse des situations.

Après analyse de mes actes et de mes gestes dans ces deux situations, j'ai pu m'apercevoir qu'en réalité elles étaient complémentaires et indissociables. Il me semblait donc nécessaire de relater ces deux expériences car seule leur association permet de comprendre le cheminement qui s'est inscrit dans ma pratique soignante.

Ma posture de recul et d'observation silencieuse ont effacé ma présence dans la première situation, ce qui a conduit à une relation duale. Position qui, a posteriori, m'a bien arrangée car je pense qu'inconsciemment, c'était le but recherché.

Beaucoup de sentiments m'ont envahie et j'ai été totalement déstabilisée par l'afflux de questions qui se sont bousculées dans ma tête : « Comment peut-on mener à bien une relation aidante dans ce soin, car avant d'être des soignantes nous sommes avant tout des femmes ? », « Pourquoi ce soin me met-il tant mal à l'aise ? »

Quand l'infirmière a enlevé le pansement, il était important pour moi de ne pas laisser paraître le malaise que je ressentais. Je devais essayer de tout contrôler en m'obligeant à maîtriser mes réactions, mon regard, mon faciès.

Encore aujourd'hui les mots sont difficiles à trouver pour évoquer ces sentiments... Pour moi, en tant qu'étudiante infirmière de première année, mes représentations du soignant m'interdisaient de pouvoir ressentir de tels sentiments lors d'un soin : « comment puis-je être soignante si j'implique trop d'affects et de ressentis dans un soin ? »

Déstabilisée, mes sentiments me faisaient peur... Une certaine pudeur s'installa. J'étais partagée entre le fait d'en parler à l'infirmière ou me taire et garder cela pour moi. J'attendais le « bon moment » pour pouvoir me lancer et me dévoiler. Hélas, je n'ai pas su le trouver. Dans un certain sens, qu'elle ne l'ait pas constaté me soulageait peut-être, car au fond j'avais honte... Honte de me dire : « Kelly, tu n'as pas été à la hauteur dans ce soin ! », honte de me dire que j'étais peut-être une mauvaise élève en ne sachant pas mettre mes émotions de côté, et peur que l'infirmière le pense. Cela faisait écho à mes représentations. Comme si les émotions et sentiments pouvaient interférer dans la réalisation du soin et donc de la qualité de celui-ci. L'image que l'on se crée en début de formation de la « soignante idéale » évolue pendant le cursus et à cette époque, la notion de distance thérapeutique était encore floue.

En première année, on nous donne rapidement ce statut particulier qu'instaure la blouse blanche sans avoir forcément intégré tous les sens et codes de cette tenue.

Il ne faut pas perdre de vue que nous intégrons une formation où nous évoluons grâce à nos différentes expériences, et aux diverses rencontres avec des soignants et des personnes soignées.

Mais aussi grâce à l'apprentissage d'un savoir et d'un savoir-être basés en partie sur nos représentations, nos valeurs personnelles ainsi que professionnelles.

Dans la communication et l'échange avec l'autre, le verbal ainsi que le non-verbal ont des impacts dans les soins. Mais c'est en voyant ce premier pansement d'ablation du sein que j'ai pris conscience des différentes dimensions qu'engendrait ce soin. Ce sein sacré, organe nourricier qui fait d'une femme une mère, ou encore organe sexuel qui renforce son statut de femme.

Un regard, un faciès, un mot peuvent devenir bienveillants ou non face à cette femme venant de subir cette intervention.

De cette première rencontre, des questions ont persisté : « Pourquoi ce soin m'a-t-il tant déstabilisée ? », « Quel est ce sentiment que je viens de ressentir pour la première fois lors d'un soin ? », « Que veut dire pour moi une distance thérapeutique ? »

Ces questions sont restées en suspens jusqu'à ma confrontation à une nouvelle situation en deuxième année.

Cette seconde situation m'a permis de prendre conscience des raisons qui m'ont mise en difficulté lors de cette première confrontation avec ce soin. Un an auparavant, je m'étais placée en tant que femme et non en tant que soignante. L'implication d'un point de vue masculin, au travers de cet infirmier anesthésiste qui verbalise la difficulté de cet acte ainsi que le silence au bloc m'ont fait prendre conscience que cette mutilation reste aussi une chose difficile à voir pour les soignants. Je n'étais donc pas seule à penser à ce soin, à me dire combien il pouvait me mettre en difficulté. De ce fait, je me suis sentie autorisée à éprouver et exprimer des sentiments et des émotions en tant que soignante.

Même si la vision de cette chirurgie est plus chargée en émotions, en ressentis et en symboliques qu'une réfection de pansements, il a été moins difficile pour moi d'y assister en comparaison avec ma première confrontation avec ce corps mutilé.

De plus, dans ma première situation, je n'avais pas fait réellement le choix d'aborder ce soin et surtout je n'avais pas pris conscience de l'impact qu'il aurait pu avoir sur moi.

Dans la seconde situation, je me suis placée en tant qu'actrice de mes choix et de mes actes : c'est moi qui décidais cette fois-ci d'affronter cette mutilation et cela m'engageait aussi à faire une introspection sur mes émotions.

J'ai réussi par la suite à échanger avec l'infirmière qui m'encadrait : je lui ai avoué à quel point ce soin me semblait difficile tant par la vue de cette ablation mais aussi au vu de toutes les symboliques qu'il représente. Je n'ai pas eu cette sensation de honte que j'avais ressentie la première fois : j'assumais mes difficultés et mes faiblesses en arrivant à les exposer à une pair sans craindre le jugement. Grâce à cela, j'ai pu remarquer mon changement dans ma formation et mon apprentissage : mes représentations de soignante ont évolué.

Le fait d'exprimer et d'échanger avec une professionnelle montre le cheminement que j'ai effectué entre les deux situations, l'évolution sur mon positionnement entre ma première et deuxième année d'école.

Grâce à la formation continue et aux différentes rencontres humaines, j'ai pu identifier et m'approprier certaines valeurs qui m'ont permis de construire et de commencer à affirmer la soignante que je suis.

Ayant partiellement répondu à mon questionnaire, une dernière interrogation subsistait : « En quoi dans ma fonction de future professionnelle infirmière je pouvais aider ces femmes ? Quelle relation fallait-il instaurer afin d'être aidante malgré les émotions que l'on peut parfois ressentir ? »

En me remémorant la confrontation à cette seconde situation, il m'a semblé important de traiter de la mammectomie dans ce travail afin que je puisse évoluer dans ma réflexion. Je me suis demandé l'intérêt de développer cette relation soignant-soigné : que peut-elle m'apporter dans ma future pratique professionnelle ?

L'oncologie est une spécialité difficile où l'image corporelle est souvent perturbée par les différentes thérapeutiques (chimiothérapie, radiothérapie). Douleur morale et physique, cette spécialité nécessite une connaissance et une maîtrise de soi afin de pouvoir instaurer une relation d'aide de qualité. Une maîtrise de soi : la connaissance de sa personne pour savoir « gérer » la relation afin que cette dernière soit efficiente. Tout ceci m'a donc amenée à me poser la question du rôle de l'infirmière dans cette prise en charge particulière. Il est vrai que nous avons l'habitude, en tant que soignant et notamment en chirurgie, d'évaluer la douleur des gens grâce à différents outils. Mais dans cette relation soignant-soigné, nous sommes confrontés à une douleur psychologique qui n'est pas quantifiable et propre à chaque femme.

Comment en tant que soignante, je peux être aidante en instaurant une relation d'aide de qualité et utile pour la personne soignée afin de l'accompagner vers un processus de reconstruction de soi face à cette destruction d'une partie d'elle-même ? Comment trouver la bonne distance pour percevoir les besoins différents de chaque femme ? Comment aider à surmonter cette asymétrie qui rappelle à chaque regard la maladie ? En somme, comment aider « à apprendre à vivre l'un sans l'autre » ? En quoi mes qualités, mes défauts et mes limites personnelles et professionnelles peuvent-ils être un frein à la prise en charge ?

La première situation a donc fait émerger des sentiments et questions que je ne me sentais pas autorisée à envisager. Avec la seconde situation, j'ai compris que si les sentiments sont tus, c'est peut-être cela qui met autant mal à l'aise.

Ces deux situations et ces questionnements m'ont donc amené à me poser la question de départ suivante :

⇒ **En quoi les émotions et sentiments du soignant sont-ils susceptibles d'influer sur la qualité de la prise en charge d'une femme mastectomisée ?**

II. Cadre de référence.

A l'issu du questionnement, il convient de présenter les concepts nécessaires à la recherche en vue de problématiser. Ils vont me permettre de mener à bien l'analyse finale.

Dans ce travail, j'ai choisi d'aborder différentes approches comme la psychologie, la sociologie, l'étymologie, l'anthropologie et un peu d'épidémiologie. Il m'a semblé important de les utiliser car le sein étant un organe sacré, présent et représenté depuis des siècles.

Dans un premier temps, il me paraît nécessaire d'aborder la discipline dont traite ce mémoire : la cancérologie et plus particulièrement le cancer du sein.

2.1 Le cancer du sein.

En 2011, l'épidémiologie du cancer du sein était estimée à 53 000 personnes en France pour 11500 décès³. C'est le cancer le plus fréquent chez la femme. Par ses symboliques, il reste le plus redouté chez les femmes car il nécessite parfois une mastectomie.

Le cancer est une maladie en lien avec un processus dégénératif qui induit une destruction des tissus. D'un point de vue médical, l'anatomopathologie du cancer correspond à une prolifération anarchique de cellules anormales qui ont dégénéré. Au-delà du processus médical, c'est un mot qui comporte des représentations variées tant chez le soignant que chez le grand public.

C'est aussi un bref mot avec des représentations variées. Dans la conscience des gens il est souvent associé à la peur, à la douleur, à la honte, à une malédiction voir une punition chez certaines personnes mais aussi à une maladie incurable et donc inévitablement à la mort. Maladie considérée dans notre société comme un fléau, elle reste parfois encore tabou, notamment à cause des effets secondaires mutilant le corps, visible de tous.

³ Agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie. Epidémiologie du cancer du sein en France Métropolitaine. [En ligne]. Mise à jour le 21 décembre 2011. Disponible sur : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/21-epidemiologie/28-donnees-essentiels/5-epidemiologie-du-cancer-du-sein-en-france-metropolitaine-donnees-essentiels/17-epidemiologie-cancer-sein-donnees-essentiels-france-metrop.html>

Il est coutume de dire que le cancer est une maladie du siècle, or dans l'antiquité, la pathologie était déjà connue et était associée à une bête qui ronge le corps tel que le crabe avec ses pinces perçu, comme un mal qui ronge et dévore. Entre le IV^{ème} et le V^{ème} siècle avant Jésus-Christ Hippocrate introduisit le terme de cancer, du grec « *cancros, crabe, car les douleurs éprouvées par les femmes souffrant de ce cancer évoquaient celles provoquées par la piqûre d'un crabe* »⁴ et précisait déjà dans un traité médical qu'il avait connaissance de la maladie.

2.2 La mammectomie, ou mastectomie.

2.2.1 L'étymologie du mot.

La mammectomie. « *Ablation de la glande mammaire* ».⁵

Cet acte chirurgical appelé aussi mastectomie vient du grec, « Mastec » est la racine grecque qui veut dire sein, alors que « mammec » est la racine latine qui signifie sein. « Tomie » signifie ablation en grec.⁶

Il est évident que la mammectomie n'est pas la seule décision thérapeutique. On parle aussi de chirurgie conservatrice (tumorectomie) ou radicale (mammectomie) avec des traitements Adjuvants ou Néo-adjuvants.

Le diagnostic peut donc suggérer une chirurgie plus ou moins invasive. Dans l'aspect chirurgical, la mammectomie est l'élément qui touche le plus, qui représente l'atteinte de l'image du corps la plus flagrante.

Je vais donc essentiellement développer la mammectomie car elle reste le sujet central de ce travail et malheureusement la mutilation extrême.

⁴ TUBANIA, Maurice ; MARTIN, Pierre-Marie (sous la direction de). *Le cancer du sein, vingt ans de progrès : Biologie du cancer du sein, progrès récents*. France : Bellon. Janvier 1993. Tome I, page 5.

⁵ DELAMARE, Jacques. *Garnier Delamare, dictionnaire illustré des termes de médecine*. Edition du Maloine. 29^e édition. France : Paris. 2006. Page 535 ;

⁶ JEHANE, Jeanette. *Se reconstruire face à un cancer du sein*. Editions de La chronique sociale. France : Lyon. Février 2000. Page numéro 23.

2.2.2 Histoire de la mammectomie.

Dans les textes, le cancer du sein était déjà cité sur certains papyrus égyptiens 3000 avant Jésus Christ.

L'amputation du sein par scalpel ou sa destruction par cautérisation seraient apparues avant l'ère chrétienne.

Cet acte a été longtemps sujet de discorde, mais c'est dans les années 1890 que le chirurgien américain William Halsted a ré-institué la mammectomie en tant que traitement certain du cancer du sein.

La mammectomie atteint donc la femme à double titre : elle signifie cancer avec les idées de maladie et ses représentations, et peut aussi engendrer une modification du schéma corporel, avec des troubles de la statique. Mais cette mutilation peut aller au-delà de l'acte chirurgical car elle peut être mise en parallèle avec les bénéfices d'un traitement.

Afin de comprendre l'impact de l'ablation du sein dans la vie d'une femme, il m'a semblait nécessaire d'approfondir les représentations du sein et de ses symboliques.

2.3 Le sein, symboliques et représentations.

2.3.1 Etymologie du mot sein.

Le sein : nom masculin : « *Mamelle et cancer du sein. Voir la définition de mamelle.* »⁷

Définition de Mamelle : « *organe pair et globuleux situé à la partie antéro-supérieure du thorax, se développant chez les femmes à la puberté et contenant la glande mammaire et du tissus adipeux* ».

Le mot mamelle est issu de « *mamma* » et évoque essentiellement la maternité.

Quant au mot sein, dérivé du latin « *sinus* » qui signifie un creux, une courbe, il apparaît surtout au 12ème siècle avec les troubadours qui dans leurs chansons portent un amour et un respect aux femmes et à leur féminité. Mais c'est aussi le siècle où se développe « l'amour courtois » qui donne une note plus humaniste de la relation homme-femme.

⁷ DELAMARE, Jacques. *Garnier Delamare, dictionnaire illustré des termes de médecine*. Edition du Maloine. 29^e édition. France : Paris. 2006. Page 530.

C'est à ce moment là de l'histoire que la femme a des seins et non plus des mamelles ; sa féminité est donc reconnue et elle n'est plus réduite à la fonction nourricière des mammifères.

Mais il est important de noter que ce n'est qu'en 1789 que le mot rentrera officiellement dans le dictionnaire de l'académie française.

Le sein est donc un organe sacré qui à travers l'histoire se définit par des symboliques diverses.

2.3.2 Le sein maternel, nourricier.

Organe narcissiquement valorisant et porteur de la double symbolique de femme et de mère, il est aussi celui où se croise sans cesse réel et imaginaire. Le sein symbole et « lieu » de plaisir, stimulant érotique, symbole de la femme ou de la maternité, il représente l'identité de la femme par la tendresse et sa fonction nourricière mais revendique aussi son statut de femme par sa fonction sexuelle en devenant un objet de plaisir, de tentation, de provocation.

L'image maternelle et nourricière, éternelle image qui reste universelle. Dominique Gros raconte le mythe gréco-romain de la voie lactée. En effet, elle aurait été constituée par un immense jet de lait issu des seins de Junon se dispersant dans le ciel et créant ainsi la voie lactée.

Nous pouvons aussi constater l'amplitude de cette image au regard du travail des peintres, lesquels ne peignaient que la fonction nourricière du sein comme en témoigne l'exemple de la vierge et l'enfant. Dans les prémices de la peinture, la fonction érotique du sein était proscrite car le sein dans cette fonction était assimilé à un pêché et donc mise à l'index par l'Eglise. La représentation du sein apparaît plus licencieusement au XIII^{ème} siècle dans l'ornement des églises.

Mais le sein ne représente pas que l'aspect maternel d'une femme. Il constitue la femme physiquement et la conditionne par cet attribut à sa vie sociale et personnelle. Le sein fait partie intégrante de la féminité et de son identité.

2.3.3 Le sein érotique et sexuel.

Organe de séduction et de désir, il est devenu l'objet de culte dans une société glorifiant la beauté et l'esthétique. Le sein se doit d'être beau, tonique, hypertrophié, galbé... la publicité n'hésite plus à utiliser le torse de la femme, le sein fait vendre s'il fait rêver. Objet de marketing, la femme dès son plus jeune âge se doit de découvrir son corps, l'appréhender et le confronter quotidiennement à des diktats de la mode. Le sein médiatique est constamment beau, plein de santé, hors des atteintes du temps et de la vieillesse et soumet la femme à la dictature du sein objet.

L'émergence de la chirurgie esthétique et le recours accentué à celle-ci ces dernières années explique l'impact psychologique que produit la société sur la féminité de la femme. Le vieillissement devient de ce fait une fatalité. Il en devient donc honteux d'avoir des seins non opulents, ptôsés. Ce sein surmédiatisé conditionne la femme et la force à s'identifier à sa poitrine qui représente l'intensité de son pouvoir de séduction mais aussi un des critères de réussite, tout cela impactant sur la vie relationnelle.

Parfois associée à une castration. Le sein symbole de féminité aurait la même signification que le pénis chez l'homme. « *L'atteinte ou la perte d'un sein aurait une signification de castration* » soulignait le psychanalyste Sandor Ferenczi

Comme disait Simone de Beauvoir « *on ne naît pas femme, on le devient* ». Dès la puberté, la jeune femme observe son corps évoluer et se doit de l'appréhender, de l'accepter et de l'assumer avec tous ses codes et ses symboles ; la relation de la femme avec ses seins révèle sa manière d'assumer sa propre féminité.

Ces différentes représentations peuvent esquisser en quoi le diagnostic de cancer du sein peut devenir un choc chez la femme confrontée à cette annonce.

La cicatrice et l'asymétrie lui rappelle donc sans cesse la maladie, et peut notamment impacter sur sa féminité et son statut de femme.

2.4 L'image corporelle.

Selon Paul Schilder, l'image corporelle est « *l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes.* »⁸

L'image corporelle renvoie à la notion de narcissisme. Mais plus précisément à l'émanation narcissique primaire de l'enfance qui est renvoyée par la figure maternelle.

Depuis le plus jeune âge, notre image s'est partiellement construite en fonction de ce que nous renvoie l'autre. Cela participe donc à l'évolution de la personnalité, car en renvoyant à autrui une image, une pensée, ce dernier l'interprète.

De ce fait, la mammectomie, par les symboliques et les représentations véhiculées peut affecter l'image corporelle d'une femme.

« *La peur des mutilations, quelles qu'elles soient, repose sur l'amour narcissique que nous avons pour notre corps dans son intégrité.* » Paul Schilder⁹

Françoise Dolto le définit comme « *une représentation dynamique du sujet en état désirant.* »¹⁰

L'image corporelle est donc la représentation de ce qu'est notre corps. Elle s'élabore en fonction des perceptions et représentations mentales de notre corps et se construit par les expériences agréables ou douloureuses notamment au travers du regard des autres.

Cette image de soi est donc perturbée lors d'une ablation du sein. Cette asymétrie rappelle sans cesse la maladie et touche la femme dans son identité. Se sentir femme en ayant perdu un des attributs de la féminité, là est le défi de chaque femme mutilée. Peut-elle encore se sentir femme en ayant perdu un attribut fortement valorisé dans la société ?

⁸ SCHILDER, Paul. *L'image du corps*. Editions Gallimard. Novembre 1980. 350 pages.

⁹ SCHILDER, Paul. *L'image du corps*. Editions Gallimard. Novembre 1980. 350 pages.

¹⁰ *Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. Chapitre 1, le schéma corporel.* [En ligne] [Consulté le samedi 10 mars 2012]. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioRENAULT/POLY.Chp.1.html>

Cette perte ne permet pas à ces femmes d'oublier ne serait-ce un instant la maladie. La cicatrice les y confronte perpétuellement et peut donc impacter l'image de soi, la confiance en soi, le narcissisme et donc leur statut de femme et leurs relations sociales.

Mais toutes ces représentations restent personnelles. J'ai le souvenir d'une professionnelle de santé me racontant l'histoire d'une femme ne supportant pas l'ablation de son utérus. Pour elle, cela était synonyme de féminité et de maternité. Son utérus était l'organe qui la rattachait à ses enfants, et de ce fait elle avait eu l'impression d'avoir détruit un lien avec eux par le biais de cette intervention.

Par sa fonction, l'infirmier a donc un rôle essentiel pour accompagner ces femmes dans ce parcours de vie difficile et, se doit de les aider à cheminer vers une acceptation de leur nouvelle image corporelle.

Les soins infirmiers ont donc un impact dans le processus de deuil de ces femmes soignées, ce que je vais maintenant développer.

2.5 Le rôle infirmier.

2.5.1 Cadre réglementaire de l'exercice de la profession.

Selon le décret de compétence de la profession infirmière, l'article R4311-2 relate « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci des composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :*

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mental des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ; [...]

5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »¹¹

2.5.2 Le rôle « propre ».

L'infirmier a une formation générale, concernant tous types de soins lui permettant de s'occuper de personnes atteintes de maladies différentes. Son domaine d'activité recouvre un champ d'action vaste qui suppose de prendre en charge une personne dans sa globalité.

Au-delà des prescriptions médicales, l'infirmier se doit de répondre aux besoins et aux attentes de la personne soignée. Toute la difficulté se trouve ici puisqu'il n'a pas forcément été formé spécifiquement à soigner une femme mastectomisée, d'où la difficulté pour situer son rôle propre. C'est donc avec sa personne, son vécu, son expérience qu'il va prendre soin de la femme soignée.

Il est donc important que le soignant ait conscience que les soins aux femmes mastectomisées ne consistent pas uniquement en l'application du rôle prescrit, rôle qui peut parfois être « sécurisant » pour le professionnel. Si ces soins peuvent être « rassurants » pour l'infirmier et que sa prise en charge reste axée sur les actes techniques, il est probable que la relation soignant-soignée ne permette pas à la personne soignée « de passer cet obstacle ».

La prise en charge infirmière résulte de la conception du soignant des soins infirmiers et donc de son rôle. Les composantes psychologiques de sa personnalité et le climat psychologique du service participent à la qualité de la relation soignant-soigné. Le contact étant au cœur des soins, la qualité des soins est donc liée à la qualité du contact.

L'infirmier se doit donc d'accompagner ces femmes, de prévenir et évaluer leur souffrance physique et psychologique et de participer à leur soulagement, en somme d'établir une relation de confiance basée sur l'écoute afin d'aider la personne soignée à cheminer.

¹¹ Exercice de la profession infirmier, actes professionnels. Article R4311-2. Recueil des principaux textes, Berger-Levrault. Mis à jour le 5 janvier 2011. Référence 531200. Page numéro 161.

2.5.3 La relation d'aide.

Le terme « relation » évoque le lien entre deux objets séparés par une distance. Du latin *referre*, « porter en arrière, reporter, porter en retour », cette étymologie suggère donc l'idée d'un mouvement entre deux lieux et surtout entre deux personnes.

Carl Rogers définit la relation d'aide comme une « *relation dans laquelle l'un des deux protagonistes au moins cherche à favoriser chez l'autre le développement, la croissance, la maturité, un meilleur fonctionnement, une plus grande capacité d'affronter la vie* ». ¹²

2.5.4 Les attitudes et « techniques » soignantes dans la relation d'aide.

Afin de mener à bien cette relation, l'infirmier se doit de respecter trois attitudes essentielles :

- La congruence : c'est-à-dire la capacité à être soi-même. Être vrai et authentique dans la relation avec l'autre et ne pas mentir à la personne.
- Le respect : qui implique de ne pas juger la personne sur ses actes et/ou paroles. Avoir un regard bienveillant et considérer le potentiel de la personne.
- L'empathie : savoir entendre et comprendre les sentiments et émotions d'une autre personne en différenciant cette notion de la sympathie. Le soignant peut comprendre et entendre mais il ne peut se mettre à la place de l'autre. L'empathie engage donc une notion de distance et notamment une notion de distance professionnelle dans les soins. Étymologiquement parlant, « empathie » signifierait : « comprendre l'émotion », et « pathos » signifierait plutôt « souffrance ».

Le soignant doit sans cesse se rappeler que la relation d'aide est en fait la création d'un chemin émergent vers des solutions pour le patient. Il doit aider la personne à mobiliser ses ressources pour trouver ses propres solutions. Le soignant ne donne pas les solutions, il invite la personne par diverses techniques à trouver ses réponses personnelles.

Le professionnel se verra donc recourir à des techniques comme la reformulation afin de pouvoir faire cheminer le patient et l'aider à découvrir ses richesses internes.

¹² ROGERS, Carl. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Editions ESF Editeur. Juillet 1999.

L'écoute active, le respect des silences, la disponibilité favorise l'émergence d'une relation de confiance et donc encourage le patient à se livrer et à se décharger de ses craintes, de ses peurs et de sa souffrance...

Le soin technique est dans un sens sommaire. Par exemple une réfection de pansement reste dans le domaine du savoir faire et de la connaissance de l'infirmier. Alors que la relation d'aide reste un soin muable, différent en fonction de la personne soignée, ce qui nécessite sans cesse que le soignant adapte les modes de communication. Il doit savoir répondre par l'écoute et comprendre les besoins physiques et psychologiques de la femme mastectomisée afin d'adapter au mieux les soins.

L'infirmier se doit aussi d'être disponible. Etre disponible, c'est avant tout une manière d'être qui suppose de faire attention à ce qu'il se passe, à une compréhension de la demande, à une certaine proximité physique. La disponibilité n'est pas chiffrée en temps ou en minutes, elle est quantifiable en termes de qualité. Au-delà du soin, si l'infirmier va vers la personne soignée c'est aussi pour inviter cette dernière à venir vers elle et créer ainsi une relation de confiance.

De plus, pour qu'une relation d'aide soit de qualité il est important de ne pas oublier, surtout dans les soins aux femmes mastectomisée, que la personne soignée est un individu unique et différent et qu'il est nécessaire d'individualiser le soin.

Cette relation engage deux personnes avec leur personnalité, leur vécu, leur apprentissage, d'où la nécessité pour le soignant de se connaître afin de mener une relation d'aide de qualité et ne pas évoluer vers une sympathie qui dépasserait la distance thérapeutique nécessaire dans les soins.

2.6 La distance thérapeutique.

2.6.1 Evolution de la profession infirmière.

En explorant l'évolution de la profession infirmière, il convient de remarquer que les premières infirmières étaient des religieuses ou des femmes dites « consacrées ». De ce fait, elles étaient indéniablement centrées sur la personne soignée en exerçant leur vocation et en se dévouant pleinement « corps et âme ».

Ainsi, la notion de distance thérapeutique n'existait pas puisque leur fonction d'aidantes les « obligeait » à prendre soin en respectant les idées que véhiculées la religion. A cette époque, on ne parle pas encore de soins infirmiers mais de soins donnés par des infirmières qui ont fondamentalement aucun rôle purement d'exécutantes. La soumission et l'obéissance aux médecins étaient absolument requises pour exercer ce métier marqué par le modèle religieux : abnégation et dévouement aux malades étaient attendus sans réserve. Les pratiques de soins de ces « femmes consacrées » s'adressaient essentiellement aux pauvres, aux humbles et aux indigents pour les aider à obtenir le Salut religieux.

C'est à la fin du XIX^{ème} siècle, avec la révolution pasteurienne, que l'approche de la maladie nécessite l'utilisation de techniques de plus en plus perfectionnées. L'approche au corps va changer. Les premières écoles d'infirmières vont ouvrir (première école en 1907 à la Salpêtrière à Paris) avec des cours qui affichent une orientation résolument médicale et technique avec des apports sur l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, les techniques de soins... La fonction soignante évolue, le « prendre soin » laisse place à « faire des soins », c'est-à-dire de façon purement technique. Les mains des infirmières deviennent des instruments et le corps de la personne soignée devient objet de manipulation. Cette nouvelle façon de considérer les soins infirmiers va induire une distance, dépourvue d'affects, et va opérer le changement du « corps sujet » au « corps objet ».

2.6.2 La distance dans les soins.

En ce qui concerne notre société, la notion de distance est présente dans la vie courante, l'évitement physique protégeant le sujet à certaines confrontations.

D'après Patrick PRAYEZ la distance serait « *la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable.* » Selon l'étymologie latine il s'agit de « *se tenir debout, en étant séparé de l'autre par un espace plus ou moins important* ». ¹³

Dans le cadre des soins, cela est impossible, le quotidien du soignant se définit par la rencontre avec l'autre et son corps car le contact physique est au cœur du soin.

La distance thérapeutique peut parfois paraître comme un terme piégé, car il peut être entendu au sens d'une distance froide et banalisant la souffrance d'autrui.

¹³ PRAYEZ, Pascal ; SLIWKA, Corinne (sous la coordination de). *Distance professionnelle et qualité de soins.* Gestion des ressources humaines. France : Paris. Editions : Lamarre. Collection fonction cadre de santé. 2006. Page 9.

Comme le dit Pascal Prayez « *trouver la distance, ce n'est pas manipuler des techniques, ce n'est pas aseptiser la relation ni s'éloigner du patient, la relation sera toujours défensive. Lorsqu'on repousse autrui loin de soi, c'est peut-être une rencontre avec une partie de soi-même que l'on refuse...* »¹⁴

Depuis ma première année de formation, cette notion est revenue fréquemment dans mes échanges avec les soignants. Il n'était pas rare d'entendre ce conseil à la fin de certains stages : « ne mets pas trop d'affects dans ta prise en charge », ou encore « apprends à te protéger », « pense à mettre plus de distance ». Cela m'a donc interpellée très rapidement.

Ces notions de distance relationnelle et distance thérapeutique m'ont questionnée au point de m'interroger sur la naissance de ce terme dans les soins. Malgré les recherches effectuées, je n'ai pu trouver de réponse mais suite à ma lecture de Walter Hesseben « prendre soin à l'hôpital », il apparaît que le médecin Raymond Gueibe relate que certains professionnels de santé préfèrent s'intéresser essentiellement aux symptômes et à la pathologie afin de ne pas être influencés par ce que représente et ce qu'est la personne soignée : « *la logique scientifique provoque l'exclusion du sujet. Ce n'est pas le sujet qui intéresse le médecin, mais le symptôme.* »¹⁵

Ce qui pourrait revenir à dire que le médecin, pour se protéger d'affects qui seraient susceptibles d'influencer sa pratique, les mettrait à distance en se focalisant sur la maladie.

Soigner des femmes mastectomisées renvoie la soignante à sa propre angoisse d'être ainsi mutilée un jour. Le phénomène du « miroir » peut donc amener la soignante à l'évitement ou à la fuite. C'est en cela que le concept d'identification peut parfois apparaître dans les soins. « Se mettre à la place de l'autre », une femme soignant une autre, et notamment un attribut féminin, peut induire une certaine complicité et une capacité à comprendre.

Cela créerait donc une relation privilégiée mais paradoxalement pourrait inévitablement créer une faiblesse dans la relation.

¹⁴ PRAYEZ, Pascal ; SLIWKA, Corinne (sous la coordination de). *Distance professionnelle et qualité de soin*. Gestion des ressources humaines. France : Paris. Editions : Lamarre. Collection fonction cadre de santé. 2006. Page 56.

¹⁵ HESBEEN, Walter ; LHEZ, Pierette (sous la direction de). *Prendre soin à l'hôpital*. France : Paris. Editions Masson. 1997. Citation du médecin Raymond GUEIBE. Page 14.

Le soin met en contact deux corps vivants, qui perçoivent des sensations, qui ressentent des émotions, et qui pensent. La relation thérapeutique est à la fois une réalité corporelle et une expérience psychique pour chacune des personnes.

Le professionnel de santé installe une relation et partage des moments de vie plus ou moins difficiles avec la personne soignée. Mais il ne faut pas oublier que le soignant est avant tout une personne humaine, avec ses qualités et ses défauts, et de ce fait, il peut adopter certains comportements, attitudes néfastes dans les soins.

2.7 Le soignant, ses émotions, ses sentiments dans la pratique soignante.

2.7.1 Les mécanismes de défenses du soignant.

Pour se protéger, l'infirmier peut être amené à établir une relation que lorsqu' il effectue des soins techniques. De ce fait, le soignant applique la prescription médicale, il exécute une partie de son rôle infirmier sans pour autant s'impliquer dans la relation. Il peut aussi avoir recours à différents types de réponses :

- La réponse par l'information. L'infirmier répond à une question de la personne soignée par une information sans l'adapter à la personne. Il répond par la technique et par l'information type. L'implication personnelle est absente dans la communication et le soignant l'utilise pour se réfugier dans le domaine de l'appris e de ses connaissances.
- La réponse « stéréotypée ». L'infirmier va apporter à la personne une réponse « type » visant à sécuriser le malade et répondre au besoin de maternage. Dans ce mode de réponse, le soignant ne se rend pas disponible et n'écoute pas réellement les besoins de la personne soignée. Par son attitude bienveillante, l'infirmier peut enfermer la personne dans un univers de bienveillance. Son rôle de consolatrice peut donc entraver la relation.
- La réponse par banalisation. Face aux questions et inquiétudes de la femme soignée, l'infirmier va apporter des réponses rassurantes, de manière à minimiser ou faire disparaître le problème. Il peut aussi apporter des solutions dérisoires à des problèmes réels ou être centrée sur des détails ou des choses secondaires.

Dans ce mode de réponse, l'infirmier peut être amenée à complètement nier les inquiétudes sans reconnaissance du mal être de la personne soignée.

Selon Pascal Prayez, « la juste distance » n'est pas une notion qui s'apprend dans les livres. Elle résulte d'une expérience soignante, d'une capacité à la remise en question de manière introspective mais aussi d'une capacité à échanger avec ses pairs. Elle n'est pas seulement question de mesure : donner un peu mais pas trop, être ni trop loin ni trop près... cela reste du quantitatif. Cette « juste distance » doit être qualitative. Il s'agit à la fois d'être une personne qui échange spontanément avec autrui, et d'être parallèlement au contact des ressentis de chacun et à distance pour mieux comprendre et observer. Ecouter et être disponible tout en gardant conscience de ce qui se passe en nous, de nos envies, de nos réactions.

Pascal Prayez définit « la juste distance » comme « *la capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places. Elle suppose une intelligence sensible des enjeux affectifs à l'œuvre dans la relation, et une conscience du lien social ainsi créé. La juste distance ne coupe pas d'autrui, elle construit au contraire un lien de qualité, point essentiel de la relation d'aide.* »¹⁶

Ce positionnement face à un autre être humain qui souffre est difficile à trouver. Entre professionnalisme et humanisme, il est complexe de s'y repérer et de trouver cette « juste distance ».

Il m'a donc semblé important d'associer dans ce travail distance professionnelle et qualité du soin, car si la notion de distance est mal comprise et utilisée à mauvais escient, elle devient une relation hyper-défensive, qui s'oppose à la qualité des soins.

Cette « juste distance » ne serait-elle pas une notion qui est propre à chaque soignant, et serait le résultat de ce chacun en fait ou a envie d'en faire ? Il me semble que cela reste propre à chaque professionnel en fonction de son vécu, de ses expériences, de sa connaissance de soi, mais surtout de sa conception du soin et du degré d'implication qu'il souhaite mettre en place.

¹⁶ PRAYEZ, Pascal ; SLIWKA, Corinne (sous la coordination de). *Distance professionnelle et qualité de soin*. Gestion des ressources humaines. France : Paris. Editions : Lamarre. Collection fonction cadre de santé. 2006. Page 75.

Un soignant pourra être amené à se dire que sa façon de panser et de penser est en relation avec une bonne qualité des soins, alors qu'un autre pourra estimer qu'il s'implique trop ou pas assez. Il me semble qu'en fait, « la juste distance » serait l'implication soignante en fonction de ses limites personnelles et professionnelles mais surtout la manière dont il va l'appliquer.

Le soignant se trouve donc dans un apprentissage difficile, à savoir celui de se positionner au quotidien pour soigner des personnes différentes. D'où la nécessité pour lui d'apprendre à se connaître, de repérer l'émergence d'émotions et de sentiments qui seraient susceptibles de le mettre en difficulté.

2.7.2 Les émotions et les sentiments dans la pratique soignante.

Pendant longtemps les émotions et les sentiments n'avaient pas de place dans les soins. L'idée de se consacrer à la personne soignée en laissant place aux ressentis et à la compassion était mise en parallèle avec la fonction des religieuses. La profession a évolué, mais avoir le droit d'éprouver de la compassion reste encore parfois tabou. Les émotions sont tolérées lorsque cela n'intervient pas dans notre façon de faire. Cela peut parfois évoluer vers une pratique courante qui pourrait paraître plus efficace, à savoir celle d'éliminer totalement les sentiments. De ce fait, cette méthode entraînerait inéluctablement la déshumanisation du soin et de la personne soignée.

L'acte de soin étant souvent associé à la notion de bienveillance et de compassion, il peut donc sembler évident qu'un lien privilégié et protecteur s'établisse entre le soignant et la personne soignée. Le soin impose des gestes intimes au regard de la nudité du corps souffrant. Dès lors comment faire pour ne pas se sentir touché en profondeur ?

Au-delà de sa fonction de soignante, l'infirmière est une femme et a une fonction sociale propre. Je pense qu'il est important d'admettre que la sensibilité féminine n'est pas indifférente lors de cette relation de soins surtout que la soignante implique de sa personne. Le renvoi réciproque d'images entre ces deux femmes est un élément important à prendre en compte dans la relation.

La mastectomie étant pour l'infirmière, par identification, l'une des mutilations les plus difficilement tolérable, elle est aussi pour elle, une source d'implications et d'interrogations personnelles, conscientes ou non.

Cette implication peut donc faire peur, car elle réveille l'histoire personnelle, faite de liens et de pertes, de ruptures et de deuils parfois enfouis au fond de nous et peut apparaître comme l'acte de se réparer soi-même au travers de l'autre. De ce fait, il serait intéressant dans ce contexte de comparer la prise en charge infirmière chez un soignant homme avec celle d'une soignante femme.

Afin de remplir pleinement sa fonction, il est attendu du soignant qu'il soit motivé, engagé dans sa profession, et donc par ce fait on ne peut éviter qu'il soit concerné par ses affects.

C'est sans doute en acceptant d'être ému que l'on peut saisir la mesure de l'émotion de l'autre, et il serait illusoire de penser que l'on peut rester indifférent à la douleur.

L'apprentissage de l'autre passe obligatoirement par l'apprentissage de soi. C'est dans la relation que le soignant va pouvoir apprendre à se situer et repérer les différents enjeux qu'occasionne cette rencontre. L'apprentissage se fait par les expériences, la bonne distance devient pertinente quand la personne sait trouver les limites de son propre espace vital.

Le positionnement face à un autre être humain est difficile à trouver pour un soignant : être professionnel et humaniste, il est difficile de s'y repérer.

Mais au fond, que deviendrait les soins si le soignant n'éprouvait pas d'émotions et de sentiments ? Le fait de souffrir d'une relation de soin ne rend-t-il pas le soignant plus humain ? C'est à ce propos que Pascal Prayez nous invite à réfléchir dans son livre « distance professionnelle et qualité des soins ».

Par les différentes lectures, il me semble que les émotions et les sentiments dans les soins tiennent une place importante dans la relation. Ce sont eux qui permettent que les soins restent de qualité et les rendent plus humains.

Mais la question ne serait-elle pas plutôt de savoir l'impact des émotions et des sentiments quand ils ne sont pas partagés, et donc de réfléchir à l'interrogation suivante : si les sentiments sont tus, ne serait-ce pas cela qui met autant mal à l'aise ? Le fond du questionnement n'est pas de ressentir ou non des émotions mais de savoir ce qu'il faut en faire, car avant d'être des soignants, nous sommes avant tout des humains et c'est en partie grâce à cela que les soins ne sont pas immuables.

III. Les enquêtes.

Le choix d'explorer ce thème par une enquête s'est présenté après plusieurs mois de travail.

Il est vrai que j'ai du arriver quasiment aux termes de la recherche sur mes concepts pour ressentir l'utilité d'aller explorer ailleurs.

L'enquête a ainsi consisté à m'aider à approfondir mon thème et ma question de départ afin de confronter les différents vécus à mon cadre de référence.

Il a été important pour moi de mener ces entretiens afin de développer les questions d'identification, mais surtout celles qui concernent la distance thérapeutique, et les émotions dans les soins.

3.1 Méthodologie de l'enquête.

3.1.1 Le choix de l'enquête qualitative.

Je me suis questionnée sur le choix de la méthode et, très vite, celui de l'entretien s'est présenté de façon évidente afin de pouvoir recueillir des vécus dans un cadre précis. En effet, mon thème traitant d'un sujet intimiste et personnel, il m'a semblé plus pertinent d'opter pour une technique « vivante » et une enquête qualitative dans le but de pouvoir mener à bien l'entretien et réorienter si besoin. Afin que le professionnel puisse s'exprimer plus aisément il m'a semblé essentiel d'aller à leur rencontre afin de me centrer sur la personne interrogée, me permettant ainsi d'inciter le soignant à développer ses réponses. Pour moi, un questionnaire bannissant le contact physique avec le professionnel me semblait trop impersonnel dans le cadre de mon travail. J'avais besoin que l'infirmier puisse s'exprimer dans un climat de confiance et que les réponses apportées soient propres à la personne soignante, centrées sur elle et sur ses pratiques.

Cela m'assurait aussi de bénéficier d'une observation directe me permettant ainsi d'apporter une attention particulière aux gestes, aux différentes expressions et silences du soignant, témoignant ainsi des éventuelles difficultés ou gênes.

3.1.2 La mise en œuvre des entretiens.

Après avoir choisi le mode d'entretien, j'ai commencé à réfléchir sur les différents lieux où je pouvais m'entretenir afin d'adapter mes questions aux lieux de soins. Grâce à la richesse qu'offre l'Ile De France sur les différentes structures en oncologie et en sénologie j'ai pu identifier des établissements de soins spécialisés dans la prise en charge de femmes mastectomisées.

Par la suite, je me suis demandé ce que je cherchais à approfondir pour construire mon outil d'entretien. J'ai donc décidé d'établir un entretien semi-dirigé afin d'obtenir des réponses libres, non préformées, donnant lieu à des développements et des échanges plus vastes. Les huit questions¹⁷ étant présentes dans le but de conduire ou réorienter l'entretien.

Dans la continuité de ce travail, je me suis questionnée sur le cadre de cette enquête. Dans un premier temps, j'avais estimé le temps de l'entretien entre trente à quarante minutes. Cependant, en raison d'un manque du personnel, les entretiens ont duré en moyenne dix à quinze minutes.

Même si mon travail de recherche s'appuie sur des données qualitatives, il m'a semblé nécessaire de l'approfondir de manière quantitative dans le but d'avoir des expériences diverses me permettant ainsi d'enrichir mon travail.

Afin de pouvoir me centrer sur l'échange avec le professionnel, il était important pour moi d'enregistrer l'entretien avec un dictaphone, me permettant ainsi d'être plus disponible, et d'avoir une attitude non-verbale plus « chaleureuse » afin d'instaurer un certain « climat de confiance ». Cela m'a permis aussi, de pouvoir orienter l'entretien plus aisément et de reformuler mes questions plus facilement. Le fait de ne pas se soucier de la retranscription a favorisé l'observation des attitudes non-verbales du soignant et me permet de garder un outil audible non négligeable pour l'analyse de mes entretiens.

Afin d'évaluer le thème de mon mémoire, il m'a semblé intéressant de m'entretenir aussi avec des soignants hommes afin de mesurer si les sentiments et les ressentis sont plus propices chez la femme soignante en raison du phénomène de la projection et de l'identification.

¹⁷ Outil d'enquête et entretiens disponibles dans les annexes. Pages 50 et 51.

La profession infirmière reste encore très féminine et de ce fait, je n'ai pu recueillir que les réponses d'un homme. J'ai donc pu avoir quatre entretiens avec des soignantes et un entretien avec un soignant dans deux structures différentes : un service de chirurgie spécialisé dans le cancer du sein, et un cabinet d'infirmier libéral.

Afin de ne pas influencer l'entretien et les réponses, j'ai préféré donner la question de départ à la fin de l'entretien. Les soignants ont eu connaissance au départ que du thème de mon travail : la prise en charge chez la femme mastectomisée.

3.1.3 Les attentes des entretiens.

En excluant l'aspect « réglementaire » d'effectuer des enquêtes dans ce travail, il m'a semblé nécessaire d'aller à la rencontre des professionnels. En effet, le partage des expériences me paraissait indispensable pour pouvoir approfondir mon thème et ma question de départ.

Comme je l'ai explicité précédemment, cette « étape » des entretiens m'a semblé nécessaire à la fin de la réalisation de mon cadre conceptuel. J'ai ressenti le besoin d'échanger sur mon sujet avec les soignants afin qu'ils puissent m'apporter des témoignages pour les confronter à mes idées et aux différents concepts que j'avais pu mettre en évidence.

De ces rencontres, j'attendais un regard et des réponses plus « professionnelles » sur mon travail, mais aussi qu'elles m'orientent sur des notions que j'avais peut-être omis de citer dans les concepts. En somme, j'attendais de ces infirmiers qu'ils m'aident à approfondir ce travail en me faisant partager leurs quotidiens, leurs expériences, mais surtout leurs ressentis et sentiments personnels dans la prise en charge d'une femme mastectomisée garantissant ainsi une certaine authenticité.

Dans mes attentes, il me paraissait propice de m'entretenir avec des soignants ayant des années d'expériences différentes dans le but de me permettre de confronter la pratique des infirmières expérimentées à celles bénéficiant d'une expérience plus récente.

Afin d'approfondir ma réflexion, il m'est apparu nécessaire de m'appuyer sur :

- Une question d'identification en évaluant le sexe et l'expérience de la personne interrogée, me permettant ainsi d'affirmer ou non l'impact de l'expérience et du sexe du soignant dans la prise en charge d'une femme mastectomisée.

- Dans un second temps, sur des questions traitant de notions présentes dans mon cadre de référence comme la distance thérapeutique, l'implication des sentiments et émotions dans les soins, l'évolution de la pratique soignante en fonction de l'expérience, cela me permettant ainsi de les mettre en parallèle avec les différents concepts.

3.1.4 Les limites et difficultés de l'entretien.

Les premières difficultés ont été d'obtenir les accords nécessaires pour pouvoir enquêter. En effet, les équipes soignantes ayant une charge de travail conséquente, il m'a été difficile de trouver des structures disponibles pour répondre à mes questions. De plus, l'afflux des étudiants dans le cadre du mémoire de fin d'études a submergé les équipes de demandes d'entretiens et a potentialisé les difficultés.

De plus, la durée initiale de trente à quarante minutes prévue pour mes entretiens étant trop importante, elle m'a valu un certain nombre de refus. Pour pouvoir m'entretenir avec des professionnels, elle a donc été réévaluée et abaissée à quinze minutes.

En ce qui concerne les limites que j'ai pu identifier, il m'a paru difficile d'instaurer un climat de confiance, et donc d'obtenir des informations personnelles sur le ressenti des soignants. Il m'a parfois semblé que les soignants avaient eu du mal à partager leurs ressentis et leurs émotions, que leur pudeur était omniprésente et qu'ils préféraient relater l'aspect technique et professionnel en délaissant l'aspect personnel qui pouvait intervenir dans un soin. De ce fait, je me suis demandée si c'était moi qui n'avais pas atteint mon objectif de départ en n'arrivant pas à créer un « climat de confiance », ou encore si la présence du dictaphone avait influé sur leur comportement.

J'ai pu remarquer qu'il m'a souvent fallu réorienter la discussion quand elle traitait des émotions ou des sentiments, et par leurs gestes et leurs attitudes j'ai pu ressentir la gêne que ma question pouvait occasionner.

En ce qui concerne le thème du mémoire, il est certain que les informations recherchées ont été difficiles à obtenir car j'ai pris parti de traiter d'un sujet qui touche le personnel et l'intimité de la personne soignante. N'étant pas dans la quête de réponses quantitatives, aucune valeur de référence ne fait office de jugement de bonnes ou mauvaises pratiques.

A la différence, par exemple d'un travail traitant des précautions standards, je ne dispose d'aucun outil de comparaison, si ce n'est de théorie, qui me permettrait de confirmer la justesse de l'acte. C'est en cela que l'entretien a parfois été compliqué car j'ai du rester attentive au verbal et non-verbal du soignant pour pouvoir le réorienter dans les questions, ou l'aider à approfondir. Dans un sens, j'ai du interpréter ce qu'il me renvoyait pendant l'entretien, en me permettant ainsi de reformuler ce que je comprenais pour qu'il affirme ou infirme ce que j'ai pu déduire.

La dernière difficulté rencontrée est celle du choix de la population interrogée. En effet, ayant eu des difficultés pour obtenir des entretiens, je n'ai pu respecter mes attentes initiales sur l'expérience et le sexe des soignants. Cela induit donc une incapacité à analyser de manière objective les « facteurs temps » et « sexe » dans la relation soignante chez la femme mastectomisée.

3.2 Présentation des résultats bruts de l'enquête.

Tableau d'identification du soignant :

Sexe :	Une femme	Un homme	Une femme	Une femme	Une femme
Expérience :	Diplômée depuis six mois.	Diplômé depuis un an.	Diplômée depuis sept ans.	Diplômée depuis un an.	Diplômée depuis douze ans.
Le soignant exerce en sénologie :	Depuis six mois. (premier poste).	Depuis un an. (premier poste).	Depuis un an en sénologie. (premier poste).	.Depuis un an. (premier poste).	Depuis neuf ans en libéral. A travaillé 3 ans en oncologie.

A la troisième question « Qu'est ce qui vous semble important, dans votre pratique, pour la prise en charge d'une femme mastectomisée ? »

- Tous les soignants interrogés, ont répondu que l'écoute était primordiale dans leur pratique pour prendre en charge une femme mastectomisée.
- Sur les 5 interrogés, 4 infirmiers évoquent l'importance de la disponibilité.
- 2 soignants ont parlé de l'importance de la relation d'aide.
- 2 soignants ont aussi évoqué l'importance de la connaissance de la maladie pour pouvoir prendre en charge une femme mastectomisée.
- Enfin, l'un d'entre eux a cité l'empathie comme étant importante dans sa pratique.

A la quatrième question « Comment concevez-vous « la distance thérapeutique » ? Qu'est ce que cela requiert en termes de posture ? »

- Parmi les différentes réponses, 2 soignants sur 5 pensent que la distance thérapeutique peut être difficile car il y a un risque de projection, alors que 2 autres disent ne pas avoir de problème avec la distance thérapeutique.
- 2 soignants sur 5 pensent que la distance thérapeutique est importante pour se protéger.
- 2 soignants sur 5 ont relaté le fait qu'il était plus difficile de mettre en place une distance thérapeutique avec une femme jeune.
- 1 soignant dit que lui pour lui, la distance thérapeutique est une distance verbale et non physique.
- 1 soignant homme a déclaré mettre moins de distance avec une femme mastectomisée, et se rendre ainsi plus disponible, sans que cela ne l'engage davantage émotionnellement.
- 1 soignant pense que la distance thérapeutique devient efficace avec l'expérience.
- Enfin, 1 soignant sur 5 pense que la distance thérapeutique évite au soignant la projection.

A la cinquième question, « Qu'en est-il pour vous de l'implication des émotions et des ressentis dans votre pratique professionnelle dans le cadre de la prise en charge d'une femme mastectomisée ? »

- Parmi les soignants interrogés, 4 ont cité l'importance de la distance thérapeutique pour gérer l'implication de leurs émotions dans leur pratique professionnelle.
- Sur les 5 interrogés, 4 disent que la gestion des émotions peut parfois être difficile car même s'ils sont soignants, ils restent humains.
- 2 soignants avouent essayer de ne pas en avoir ou de ne pas les montrer.
- 1 soignant dit ne pas avoir de problème avec l'implication de ses émotions et de ses ressentis dans sa pratique soignante.
- Enfin, 1 soignant relate le fait qu'on lui a conseillé de ne pas avoir d'émotions et de sentiments.

A la sixième question, « Entre votre première expérience et aujourd'hui, en quoi votre pratique a-t-elle éventuellement changé ? »

- Parmi la totalité des soignants interrogés, tous ont répondu que leur pratique avait évolué et 4 d'entre eux pensent que c'est notamment grâce à l'expérience et à la prise d'assurance.
- 1 soignant dit trouver la prise en charge plus facile comparé à ses débuts « hésitants ».
- Enfin, 1 soignant confie se trouver « moins choqué » par la prise en charge.

A la septième question, « Dans le travail au quotidien, éprouvez-vous des difficultés pour prendre en charge une femme mastectomisée ? »

⇒ Si oui, qu'avez-vous mis en place pour pallier à ces difficultés ? »

- Parmi la totalité des soignants interrogés, 4 ont répondu qu'ils n'avaient pas de difficultés pour la prise en charge.

- 1 soignant reconnaît avoir éprouvé des difficultés à une occasion, mettant alors en place une écoute active et faisant appel à une association spécialisée dans le cancer du sein.

A la huitième question, « D'après vous, en quoi les sentiments et les ressentis du soignant peuvent-ils influencer sur la qualité des soins chez une femme mastectomisée ? »

A cette question, tous les soignants ont répondu différemment.

- Un soignant pense que s'il y a des ressentis, il se doit de les garder pour lui et de ne rien laisser paraître.
- Un autre pense qu'il est important pour soigner de se connaître et d'être bien dans sa tête pour assurer une prise en charge de qualité.
- Le troisième soignant estime qu'il est primordial de se préserver pour assurer une telle prise en charge.
- Enfin, le soignant homme dit imaginer que ses collègues femmes sont potentiellement plus à même de ressentir des émotions par rapport à l'identification et la projection. En ce qui le concerne, il dit que cela ne le laisse pas indifférent. D'un point de vue masculin, il avoue que cela ne le laisse pas indifférent mais qu'il ne s'implique pas de la même façon, qu'il est plus dans le côté professionnel car il n'y a pas de projection.

En ce qui concerne l'observation des entretiens, il est apparu que certaines questions pouvaient mettre en difficulté certains soignants.

En effet, il en est ressorti de la cinquième et la huitième question un certain nombre de silences, de phrases reprises par les soignants, ou d'hésitations. Cette difficulté a été évoquée par trois soignants et cela a régulièrement nécessité que je reformule l'intitulé de la question dans le but de les aider à y répondre.

IV. L'analyse.

4.1 Confrontation des résultats au cadre de référence.

4.1.1 Confrontation des résultats du discours des soignants au cadre référence.

Suite au recueil des entretiens et à leurs analyses, les deux qualités principales qui ont émergé dans les différentes discussions sont :

- l'écoute et la disponibilité.

Tous les soignants ont cité ces attitudes comme les plus importantes. Etre à l'écoute de la personne soignée et se rendre disponible pour elle, attitudes spécifiquement citées dans mon cadre de référence quand j'ai abordé la notion de la relation d'aide.

D'autres notions comme :

- l'empathie et l'accompagnement de la femme mastectomisée restent des attitudes essentiellement citées dans les échanges et, indispensables dans cette prise en charge.

En ce qui concerne :

- les sentiments dans les soins, un certain nombre de professionnels disent qu'ils sont avant tout des humains et qu'il est normal d'être amené à ressentir des émotions.

Mais pour ces soignants, même si le souci de la qualité des soins est omniprésent, il n'en est pas moins important pour eux de se protéger.

- Le concept de distance thérapeutique a été régulièrement présent dans les discussions. Pour eux, cette « barrière imaginaire » serait nécessaire dans le cadre de leur exercice car elle leur permettrait de se protéger, d'éviter de se projeter et de faire des transferts.

- La connaissance de soi, notamment acquise avec l'expérience permettrait de repérer ses limites et de savoir déléguer à ses pairs.

- L'expérience, c'est aussi elle, selon la majorité des soignants, qui serait dans un sens garante de la qualité des soins. Elle permettrait une meilleure connaissance de soi, de la pathologie, du savoir-faire et du savoir-être nécessaires à une prise en charge globale et efficiente.

D'un point de vue masculin, il en est ressorti que la gestion des émotions et des sentiments était moins accentuée car il n'y avait pas ce problème de projection et d'identification que la femme pouvait avoir. Cela répond donc partiellement à mon interrogation dans le cadre conceptuel, car je n'ai pu interroger qu'un homme et cela ne fait pas office de résultats représentatifs.

4.1.2 Observations du comportement et des attitudes du soignant lors de l'entretien.

Ces entretiens m'ont permis de recueillir un certain nombre d'informations et d'expériences citées ci-dessus. Mais la complexité qui réside dans ce mode d'enquête reste les attitudes non-verbales des soignants. Comme cité précédemment dans ce travail, j'ai pris la décision d'enregistrer vocalement les différents échanges. Ce choix m'a donc laissée libre de pouvoir apprécier les réactions des soignants, repérer les silences, les gênes, les attitudes. De plus, les différentes auditions de la bande sonore m'ont permis de me questionner et de tenter d'analyser certains détails de la discussion.

Il est vrai que mon sujet traite d'un thème assez personnel qui implique les valeurs d'un soignant. De ce fait, j'ai pu remarquer que parfois une certaine pudeur pouvait être présente de la part des soignants.

Au regard des résultats, les données peuvent être comprises comme des interprétations qui révèlent que certains soignants pouvaient avoir recours à des mécanismes de défenses cités dans mon cadre de référence. En effet, plusieurs infirmiers me décrivaient la prise en charge technique de la femme mastectomisée, le parcours médical qu'elle allait suivre durant son hospitalisation, ou encore me décrivaient avec des termes techniques l'aspect d'une cicatrice de mastectomie.

Il a aussi été intéressant de repérer certains propos divergents dans un entretien. Il m'est arrivé à trois reprises que le soignant se contredise dans ses paroles.

Dans la première situation, la soignante me dit initialement qu'elle met en place une distance thérapeutique mais qui lui est déjà arrivé de se projeter et de s'identifier à des femmes jeunes.

Dans la deuxième situation, la soignante commence sa phrase en parlant d'elle, de ses sentiments et la termine en parlant de la femme soignée : « *c'est une pathologie qui touche les femmes, qui touche ta féminité, c'est évidemment une amputation qui touche notre féminité donc il faut comprendre les excès, les stress qu'il peut y avoir chez les patientes.*

Ou enfin, dans la troisième situation, une infirmière estime qui dit qu'elle ne pourra pas aider la personne soignée si elle se renvoie l'image de cette mutilation, alors que plus loin elle avoue que dans ses débuts, la prise en charge d'une femme mastectomisée lui faisait peur car cela la renvoyait à sa propre féminité. Au final, elle va être amenée à dire que la confrontation visuelle avec la mastectomie, même dans ses débuts, n'a pas été difficile car elle s'attendait à ne plus voir de sein et que cela n'avait rien de choquant pour elle.

Le principe d'identification est bien présent dans ces trois expériences, et même si les infirmières semblent au clair dans leurs propos, j'ai pu m'apercevoir que le discours pouvait parfois être ambivalent.

Par les silences et l'intonation de la voix, j'ai pu remarquer que parfois, mes questions pouvaient mettre en difficulté les soignants. Cette difficulté a même été verbalisée dans la discussion par deux soignantes après avoir fini l'entretien.

Tout cela m'a donc démontré que ce sujet pouvait paraître complexe et qu'il pouvait mettre le soignant en difficulté dans ses réponses.

4.1.3 Confrontation des résultats au cadre de référence, analyse générale des entretiens.

D'un point de vue général, je me suis entretenue en grande majorité avec des « jeunes infirmiers diplômés ». Je pense que malgré tout, cela a eu une influence dans les réponses étant donné qu'une grande partie d'entre eux m'ont cité l'expérience comme qualité permettant de prendre en charge une femme mastectomisée.

L'infirmière libérale, diplômée depuis 12 ans a été la soignante qui a traité le plus grand nombre de mes concepts cités dans mon cadre conceptuel. Elle a su répondre aux questions en faisant abstraction de sa pudeur, et est la seule qui m'a réellement parlé de la femme soignée qu'elle était avec ses craintes, ses gênes et ses questionnements.

Il me semble donc, qu'il aurait pu être intéressant d'avoir d'autres entretiens avec des infirmières exerçant depuis plusieurs années pour pouvoir confronter les réponses.

Il est vrai que les entretiens m'ont dans un sens surpris. Je pensais recueillir plus d'informations en parallèle avec mon cadre conceptuel. La quasi-totalité de mes notions ont été citées mais par des soignants différents. Même si l'écoute, la disponibilité, l'empathie, l'accompagnement, la distance thérapeutique, la connaissance de soi, et l'expérience ont été cités, cela ne s'est pas fait de manière collégiale.

Pourtant il m'aurait semblait que l'impact de la relation d'aide, le risque d'identification à la personne soignée, l'ambivalence et les pièges de la notion de distance thérapeutique, les valeurs personnelles et professionnelles qui influent sur le prendre soin, la relation de confiance et l'image corporelle n'est pas été plus abordé par les soignants. Je me suis donc questionnée sur la qualité de mes questions et de m'entretiens. Mais ayant comparé les réponses avec ma dernière enquête effectuée auprès de l'infirmière libérale, j'ai pu en déduire que soit je n'avais peut-être pas mis en confiance les soignants pour répondre à mes questions ou tout simplement, étant personnellement impliquée dans ce travail depuis des mois, les concepts mobilisés me paraissent évidents.

Il me semble que l'observation des pratiques aurait pu être associée à mon outil d'enquête mais je me suis interrogée sur l'impact éventuel sur la relation soignant-soigné, laquelle aurait pu être faussée par ma présence. De par les différentes complexités qu'engendrait cette enquête j'ai préféré y renoncer.

4.2 Discussion au regard de l'analyse et/ou de la situation d'appel.

4.2.1 Retour sur la question de départ.

Plusieurs mois se sont maintenant écoulés. A distance de mes deux situations d'appels, un certain nombre de lectures, de réflexions, de discussions et d'expériences partagées m'ont fait avancer et me positionner différemment dans ce travail de fin d'études.

De ces deux expériences vécues avaient résulté une multitude d'interrogations me permettant de concrétiser ainsi ma question de départ : « En quoi les sentiments et les émotions du soignant peuvent-ils influencer sur la qualité des soins chez une femme mastectomisée ? »

Tant de chemin parcouru qui me fait dire aujourd'hui que les émotions ressenties en première année face à la découverte de cette mutilation étaient en fait légitimes.

La mastectomie est certes un soin. Quoiqu'on en dise, elle reste malgré tout une mutilation amputant inéluctablement un certain nombre de symboliques dans la vie d'une femme.

La cicatrice peut être « propre », « non inflammatoire », elle n'en reste pas moins un choc visuel à sa découverte pouvant ainsi provoquer des émotions. La question qui s'est présentée était de savoir qu'est ce qu'il fallait faire de ces sentiments éprouvés... Les refouler ? Les taire ? C'est justement ce travail qui m'a appris que ce sont eux qui font la qualité et l'humanité des soins.

Eprouver des émotions est donc normal, l'important est de savoir les gérer, en parler, et savoir déléguer à ses pairs si cela devient trop envahissant pour nous et si cela handicape notre fonction de soignante.

Cela pose la question de cette notion de distance thérapeutique, ou plutôt « juste distance ». Etre prêt mais pas trop, en somme, savoir se positionner face à un autre être humain qui souffre. Tel est le défi de chaque soignant, apporter des soins tout en se préservant en trouvant sa « juste distance » personnelle. C'est celle que le soignant aura décidé de mettre en œuvre en fonction de ses valeurs personnelles et professionnelles, de son vécu, de son expérience et de son désir d'investissement dans sa fonction soignante. Lui seul pourra donner sa propre définition de cette distance car il est le seul à connaître ses propres limites et sa personne.

Mais entre professionnalisme et humanisme, il est complexe de s'y repérer et de trouver cette « juste place ». Selon la littérature et mes entretiens, l'expérience serait une des clés de cette réussite. Ce serait elle la garante du « bon positionnement » qui participerait en partie à la qualité des soins sous réserve qu'elle soit régulièrement remise en question.

De ce fait, je me permets de dire aujourd'hui, que les sentiments et les émotions peuvent influencer sur la qualité des soins chez une femme mastectomisée. En effet, si les émotions du soignant ne sont pas contrôlées, le soignant pourra être amené à ne plus exercer sa fonction aidante et accompagnatrice dans les soins. Il risquera de se perdre dans cette relation riche et intense en ressentis et perdra ainsi de vue le dessein de son activité soignante.

Mais à l'opposé, les barrières trop présentes, les émotions trop contrôlées pourront amener le soignant à prendre en charge un corps objet et de risquer ainsi de déshumaniser son soin. Cette qualité du soin chez la femme mastectomisée repose donc sur des composantes où les limites sont proches. C'est par conséquent au soignant de devoir sans cesse se positionner, se remettre en question, apprendre à s'écouter et se connaître pour prodiguer des soins humains et de qualité.

4.2.2 Evolution de la réflexion.

C'est donc en étant amenée à vouloir répondre à ma question de départ que je me suis surprise à réfléchir sur d'autres notions du soin. Au fond, je me suis essentiellement intéressée à la qualité du soin. La prise en charge d'une femme mastectomisée m'a fait réfléchir sur les attitudes et les qualités d'un soignant. C'est en développant mes différents concepts, en relation avec la mastectomie, que je me suis questionnée sur leurs buts, leurs impacts, leurs limites. Cela m'a interpellée car ils ne s'appliquent pas qu'à la seule discipline traitée ici : la sénologie.

En effet, je me suis aperçue que mon questionnement évoluait pas à pas et m'a permis d'approfondir des attitudes fondamentales pour prendre soin.

Par exemple, le simple mot « patient » fort en symboliques et connotations péjoratives s'est transformé en « personne soignée ».

Ce travail m'a permis de réfléchir sur le prendre soin et sur des notions basiques du soin. Au fond, s'asseoir quelques minutes auprès d'une personne soignée afin de discuter avec elle ne serait-il pas en soi un soin ? Ou est-on « meilleur soignant » si notre journée se résume à aller de porte en porte administrer des traitements, effectuer des injections, en somme cocher un à un les soins programmés sur la planification horaire ?

Au fond, qu'est ce qu'un soignant, et qu'est qu'un bon soin ?

Comme le dit Walter Hesbeen : « *le soin relève de l'attention. Il désigne le fait d'être attentif à quelqu'un ou à quelque chose pour s'occuper de son bien être ou de son état, de son bon fonctionnement. Plus précisément, l'expression « prendre soin » ou « faire avec soin » souligne cette attention particulière que l'on va apporter à soi même ou à un autre.* »¹⁸

Soigner et donner des soins ne serait-il pas en fait cela ? Porter de l'attention à cette personne soignée, ce corps-sujet que les soignants ont tendance à croiser entre deux frappements de porte pour prodiguer les soins prescrits par manque de temps ? Etre soignant ne correspondrait-il pas tout simplement à apporter une attention précise à une personne malade mais humaine ?

¹⁸ HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital. Editions Masson. Paris. 1997. Page 7

Il m'est souvent arrivé d'entendre dire « le patient de la chambre 12 », mais en soi, se souvenir de son nom de famille et l'appeler par sa vraie identité et non par l'organisation de la structure de soin n'est-il pas au fond les prémices du soin ? Savoir reconnaître la personne soignée comme corps-sujet et personne humaine qui reçoit des soins, et non par un numéro qui renvoie cette personne à l'anonymat et à l'indifférence en la déshumanisant et en la considérant comme un corps-objet.

L'expression « prendre soin » est à différencier de « prendre en charge ». Personnellement, il me semble que prendre en charge une personne soignée représente l'ensemble des actes du rôle prescrit. La personne a reçu ses injections, a bénéficié de l'aide pour sa toilette, a été surveillée dans son risque infectieux... Mais dans cette prise en charge, le soignant a-t-il pris le temps de prendre soin ?

Un soin peut paraître « accessoire » si il n'y a pas le désir de « prendre soin » même si il est important. Walter Hesse illustre bien cette pensée en expliquant que « *la toilette relève de l'accessoire en tant que technique de soins, et elle restera accessoire si le but poursuivi est de rendre le patient « propre », soit un but hygiénique.* »¹⁹

Encore une fois, chaque soignant est différent prodigue les soins en fonction de ses valeurs personnelles et professionnelles et de sa conception du soin.

Au fond, je pense qu'être soignant c'est être un professionnel humain, en ayant le souci de plein de « petites choses », en portant de petites attentions particulières aux différentes personnes soignées que nous sommes amenés à rencontrer tous les jours.

¹⁹ HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital. Editions Masson. Paris. 1997. Page 62

V. Formalisation de la question de recherche ou de l'hypothèse.

Comme énoncé précédemment, ce travail a été riche en réflexions de par les recherches empiriques mais aussi par les entretiens effectués.

De ma question initiale qui était : « En quoi les émotions et sentiments du soignant sont-ils susceptibles d'influer sur la qualité de la prise en charge d'une femme mastectomisée ? », ma réflexion a évolué vers l'importance d'humaniser les soins ainsi que la notion du prendre soin.

Ces constations m'ont questionné sur ce lien d'humanité que porte les soignants.

Il semble qu'en fonction d'une posture soignante adaptée, la place des émotions ne représente plus une difficulté dans la mesure où il s'agit d'intégrer dans le positionnement la notion du prendre soin.

De ce fait, cela induit une relation soignant-soigné égalitaire qui redonne toute sa valeur à la notion d'humanité dans les soins.

Dans les prémices de ce travail, la question de départ était d'approfondir la notion d'impact des émotions dans les soins pour arriver à dire que ce n'est pas le fait de ressentir des émotions qui est difficile, mais réellement la question de la posture et le positionnement infirmier en lien avec la notion du prendre soin.

La question de départ impliquait l'autorisation d'éprouver des sentiments, alors que c'est la question du prendre soin qui permet et autorise le ressenti des émotions et le travail sur ces dernières.

La question de recherche qui découle de la réflexion menée pourrait être : « En quoi la posture et le positionnement infirmier favorisent-ils ou non le prendre soin ? »

L'hypothèse pourrait alors se présenter sous la forme suivante : « la posture intégrante de la notion du prendre soin permettrait d'accepter et d'utiliser les sentiments afin de développer l'authenticité nécessaire dans les soins, et participerait ainsi à la reconnaissance des émotions au bénéfice de la qualité des soins. »

VI. Conclusion.

Tant de chemin parcouru qui me fait m'exprimer aujourd'hui. Ce travail débuté il y a déjà quelques mois me permet à ce jour de me positionner.

De ma question de départ, je ne pensais pas arriver à un tel cheminement, à ces différentes interrogations. De ce travail est né une remise en question de ma pratique soignante avant même de pouvoir réellement exercer comme professionnelle.

De cette prise en charge de la femme mastectomisée, de l'impact des émotions et des sentiments dans la pratique soignante est apparu des interrogations et des réponses qui me permettent de dépasser ce thème de mémoire.

En effet, le contenu de ce travail m'autorise à mettre en parallèle un grand nombre de disciplines médicales car les émotions et les sentiments auront toujours une place dans ma pratique, que j'exerce en chirurgie, en oncologie ou en réanimation.

Pour moi, les émotions ne sont donc pas dissociables du soin, elles le rendent plus humain et participe donc à la qualité des soins.

Le prendre soin permettrait donc un positionnement authentique et humain et favoriserait une relation égalitaire soignant-soigné. Il autoriserait ainsi la présence des émotions et des sentiments dans l'accompagnement de la personne soignée au lieu de s'épuiser à se les interdire.

A ce jour, j'ai donc envie de prendre en charge en prenant soin des personnes soignées.

De ce fait, je pense que par ce travail, je vais pouvoir débiter mes fonctions en ayant déjà connaissance de certaines notions que j'aurais pu mettre du temps à découvrir et à acquérir avec l'expérience. Je ne suis pas en train de dire que cela va être chose aisée, mais je pense que le fait d'y avoir réfléchi en amont me permettra d'être plus vigilante dans ma future pratique.

Je me permets donc de dire à ce jour, que ce travail me semble un atout non négligeable pour débiter, et qu'il représente ce que j'attendais de cet exercice. En effet, je portais espoir que ce travail m'apporte une réflexion sur ma personne et sur mes attentes de future soignante pour pouvoir prendre soin.

Il m'a permis de m'aider à me positionner, d'approfondir des notions encore floues mais surtout de me faire évoluer sur la conception du soin et de la professionnelle que je voulais être et devenir.

Humaniser le soin reste donc une priorité soignante qui nécessite une perpétuelle remise en question de sa pratique et de ses valeurs personnelles et professionnelles afin de pouvoir respecter le corps-sujet du soigné.

Entre professionnalisme et humanité, le soignant devra sans cesse savoir se questionner et se positionner pour mener à bien une relation de qualité, unique et personnalisée à chaque personne dans le but de garantir une satisfaction duelle.

L'engagement du soignant dans cette notion du prendre soin lui permettrait de s'investir dans une relation satisfaisante garantissant ainsi de répondre qualitativement aux attentes de ces personnes soignées.

Cela permettrait me semble t-il de soigner avec ses convictions et ses valeurs et minimiserait ainsi un des facteurs de l'épuisement professionnel...

VII. Bibliographie

Les différents ouvrages :

- ARNOULT, Nicole ; DESCHAMPS, Claudine et al. *Femme soignée femme soignante, les soins infirmiers aux femmes mastectomisées*. Editions du Centurion. France : Paris. 1983. 152 pages.
- DELAMARE, Jacques. *Garnier Delamare, dictionnaire illustré des termes de médecine*. Edition du Maloine. 29^e édition. France : Paris. 2006. 1048 pages.
- GROS, Dominique. *Le sein dévoilé*. Editions Stock. France : Paris. 1987. 285 pages.
- HANIA, Betty. *Ces femmes au sein blessé*. Editions du Félin. France : Paris. 1992. 161 pages.
- HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital*. Editions Masson. Paris. 1997. 184 pages.
- JEHANE, Jeannette. *Se reconstruire face à un cancer du sein*. Editions de La Chronique Sociale. France : Lyon. Février 2000. 127 pages.
- PRAYEZ, Pascal ; SLIWKA, Corinne (sous la coordination de). *Distance professionnelle et qualité de soin*. Gestion des ressources humaines. France : Paris. Editions : Lamarre. Collection fonction cadre de santé. 2006. 287 pages.
- ROGERS, Carl. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Editions ESF Editeur. Juillet 1999. Pour la notion de relation d'aide.
- SCHILDER, Paul. *L'image du corps*. Editions Gallimard. Novembre 1980. 350 pages. Pour les notions sur l'image du corps.
- TUBANIA, Maurice ; MARTIN, Pierre-Marie (sous la direction de). *Le cancer du sein, vingt ans de progrès : Biologie du cancer du sein, progrès récents*. France : Bellon. Janvier 1993. Pour la représentation du cancer. Tome I, page 5.

Articles à partir d'une ressource électronique et multimédia :

- Agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie. Epidémiologie du cancer du sein en France Métropolitaine. [En ligne]. Mise à jour le 21 décembre 2011. Disponible sur : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/21-epidemiologie/28-donnees-essentielles/5-epidemiologie-du-cancer-du-sein-en-france-metropolitaine-donnees-essentielles/17-epidemiologie-cancer-sein-donnees-essentielles-france-metrop.html>

- *Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. Chapitre 1, le schéma corporel.* [En ligne] [Consulté le samedi 10 mars 2012]. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioRENAULT/POLY.Chp.1.html>
- GROS, Dominique. « *Cachez ce sein coupé que je ne saurais voir* ». [En ligne]. Trimestriel Février 2009. Oncomagazine. Vol.3-n°1. Disponible sur : http://www.la-maison-du-cancer.com/media/pièces_jointes/magazine/le-bureau/SPRINGER_ONCOMAG_1-09.pdf

Texte réglementaire :

- Exercice de la profession infirmier, actes professionnels. Article R4311-2. Recueil des principaux textes, Berger-Levrault. Mis à jour le 5 janvier 2011. Référence 531200. 201 pages.

Photographie :

- RENATE, Zeun. Photographie en illustration de la page de couverture.

VIII. Annexes.

8.1 L'outil d'enquête.

Voici l'outil d'enquête que j'ai construis et utilisé dans le but de recueillir les propos des différents soignants. Il a été présenté sous la forme suivante aux différents professionnels de santé :

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers et de mon travail de fin d'études, je dois effectuer une recherche empirique me permettant d'explorer les différents concepts que j'ai choisi d'exploiter. En effet, ces différents entretiens vont me permettre de repérer les différentes pratiques mis en œuvre dans les soins.

Afin d'explorer mon thème et à ma question de départ, il m'a semblé évident de m'appuyer sur un entretien semi-dirigé estimé entre trente à quarante cinq minutes, qui va me permettre de recueillir des données qualitatives.

La question de départ ne sera volontairement pas exposé au début de cet entretien afin d'éviter d'influencer la personne enquêtée. Pour cela, je vais m'appuyer sur les questions suivantes :

La prise en charge infirmière chez la femme mastectomisée :

Le soignant est :

- Une femme.
- Un homme.

1. Depuis combien de temps êtes-vous infirmier ?
2. Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?
3. Qu'est ce qui vous semble important, dans votre pratique, pour la prise en charge d'une femme mamectomisée ?
4. Comment concevez-vous « la distance thérapeutique » ? Qu'est ce que cela requiert en terme de posture ?
5. Qu'en est-il pour vous de l'implication des émotions et des ressentis dans votre pratique professionnelle dans le cadre de la prise en charge d'une femme mastectomisée ?

6. Entre votre première expérience et aujourd'hui, en quoi votre pratique a-t-elle éventuellement changé?

7. Dans le travail au quotidien, éprouvez-vous des difficultés pour prendre en charge une femme mastectomisée ?

⇒ Si oui, qu'avez-vous mis en place pour pallier à ces difficultés ?

8. D'après vous, en quoi les sentiments et les ressentis du soignant peuvent-ils influencer sur la qualité des soins chez une femme mastectomisée ?

8.2 Les réponses aux entretiens.

- Questionnaire numéro 1 -

Le soignant est une femme.

Elle est infirmière depuis décembre 2011.

C'est son premier poste en sénologie.

Question 3:

« Je n'ai pas trop d'expérience, mais pour moi le plus important est l'écoute. Ecouter pour que la femme soignée puisse comprendre que nous sommes disponibles pour elle.

Il y'a aussi l'importance de l'entretien d'accueil, car cela permet à la personne soignée de comprendre qu'elle se sent écoutée. Il y'a l'importance de la valorisation et la revalorisation de la personne soignée. Cela regroupe l'importance de la relation d'aide. »

Question 4 :

« Distance thérapeutique, je ne sais pas trop quoi dire. Je n'ai pas de problèmes avec cela. Il est vrai qu'avec des femmes jeunes c'est plus délicat car on se projette nous, car on peut se dire que ça pourrait être nous. Le fait qu'elle soit plus jeune c'est vrai que je peux prendre un peu plus de distance mais à vrai dire je n'ai pas réellement été confrontée, je n'ai pas assez d'expérience. Je ne mets pas de distance de physique, c'est plus une distance au niveau des mots et une distance dans la relation. »

Question 5 :

« C'est difficile... En fait, il faut rester humain et montrer à la patiente qu'on comprend sa souffrance, sa situation, mais en même temps tu ne peux pas te mettre à pleurer avec la patiente. Donc du coup c'est toujours dans la distance thérapeutique, essayer d'être dans l'empathie mais chaque patient est différent donc tu t'adaptes à chaque patient. »

Question 6 :

« Oui, comparé au début où j'avais du mal à trouver ma place, où j'étais hésitante, j'ai pris de l'assurance et c'est plus facile pour moi et cette prise en charge est plus facile pour moi qu'au début. »

Question 7 :

« Non, depuis janvier je n'ai pas eu de situations compliquées. »

Question 8 :

« Notre regard est important. Maîtriser son faciès lors du premier pansement. Rassurer la patiente « la cicatrice est belle, pas inflammatoire ». Les choses que l'on dit sont importantes. L'accompagnement et la disponibilité sont importants. »

(Recentrage de la question de ma part.)

« Si il y'a des ressentis il faut essayer les garder pour soi. Parce que parfois ce n'est pas très joli mais on ne peut pas se permettre de dire que ce n'est pas beau et donc forcément il y'a des choses qu'on ne peut pas dire et qu'on est obligé de garder pour soi. »

- Questionnaire numéro 2 -

Le soignant est un homme.

Il est infirmier depuis avril 2011.

C'est son premier poste en sénologie.

Question 3 :

« La connaissance de la pathologie, de la maladie, de la dextérité au niveau des soins. Les qualités relationnelles pour rassurer, pour expliquer. »

Les soins sont en effet importants ici en post-op, mais aussi très important d'aborder avec elle la vie après avec elle quand elle sorte (cicatrice, prothèse).

Quand on fait les soins, c'est un moment privilégié pour parler avec elle de l'après, mais aussi au moment de l'accueil car on met en place une perspective positive pour faire passer le choc de la mutilation.

(Recentrage de la question de ma part sur l'importance du côté relationnel dans la prise en charge.)

D'un point de vue relationnel, importance d'être à l'écoute, d'être disponible. »

Question 4 :

« Je mets de la distance thérapeutique comme avec les autres. Pas plus ni moins, comme les femmes à qui on enlève une simple tumeur ou gynéco. »

(Recentrage du sujet de ma part.)

« Chez une femme mastectomisée, je vais plus « cocooner » car il y a la mutilation, surtout avec le premier pansement. On se base sur la première fois que la femme voit la cicatrice. Et donc du coup pour les premiers pansements on va parler de la cicatrice et entre guillemets on va la prendre par la main et on va prendre le temps et l'emmener avec nous dans la salle de bain pour qu'elle voit la cicatrice. Donc il y' a peut-être moins de distance thérapeutique qu'un autre pansement mais ça se justifie parce qu'il faut être plus être présent.

Au niveau psychologique, il y a un impact plus fort donc la prise en charge doit être plus adaptée. Moi, personnellement je ne m'engage pas plus émotionnellement mais je vais être plus disponible pour ces patientes-là. »

Question 5 :

« On sent qu'il y a des patientes qui le vivent plus mal que d'autres. Et des patientes qui le vivent mal et qui ont plus besoin d'évacuer ça peut être difficile. Mais je ne me suis jamais senti submergé par mes émotions et j'arrive à garder cette distance professionnelle. »

Question 6 :

« Oui, j'étais jeune DE, donc il y'a l'expérience qui s'est greffée dessus donc maintenant je suis énormément plus à l'aise avec les soins, avec l'éducation, avec le côté rassurant. A tous les niveaux j'ai progressé sans prétentions aucunes, c'est juste l'expérience qui fait cela. »

Question 7 :

« Non pas pour l'instant. »

Question 8 :

« Je pense, en fait je ne sais pas. C'est difficile. J'avoue que j'en ai parlé avec mes collègues femmes, mais j'imagine qu'elles sont plus potentiellement à même de ressentir des émotions par rapport à une mastectomie parce qu'elles ont elles-mêmes des seins en faisant un transfert.

Chez moi, ça ne me laisse pas indifférent mais d'un point de vue masculin on ne s'implique pas de la même façon. On est plus dans le côté professionnel car il n'y a pas de projection. »

- Questionnaire numéro 3 -

Le soignant est une femme.

Elle est infirmière depuis 7 ans. Elle est en sénologie depuis 1 an.

Question 3 :

« Ce qui est très important c'est l'accueil où on prend le temps avec chaque patiente, où on reste minimum vingt minutes, ça peut aller jusqu'à une heure. Donc importance d'être disponible. Importance de parler avec elle et notamment des informations pour la sortie avec l'éducation. »

(Recentrage du sujet de ma part sur le côté relationnel de la prise en charge.)

« Il faut de l'écoute et de l'empathie c'est obligatoire. C'est une pathologie qui touche les femmes, qui touche ta féminité, c'est évidemment une amputation qui touche notre féminité donc il faut comprendre le stress qu'il peut y avoir chez les patientes. »

Question 4 :

« C'est quelque chose qui vient vraiment avec l'expérience, c'est quelque chose qui est important pour se protéger et cela devient naturel après quand tu es habituée. Tu es le professionnel, tu es la personne vers qui ils vont se tourner pour répondre aux questions, déjà ça aide quand tu commences à savoir répondre aux questions et toi, gardes ta distance et ton image. Tu es l'infirmière, ça évite de se projeter. »

Question 5 :

« En général, on te dit de ne pas trop en avoir et on essaye de ne pas trop en avoir. Après, on est tous des êtres humains donc ça peut arriver, mais on ne le montre pas.

Mais importance du toucher dans le soin. Prendre la main d'une femme peut permettre de l'aider à décharger ses émotions. »

Question 6 :

« En sénologie, j'ai appris beaucoup. Au fil du temps je suis moins choquée c'est sûr. »

Question 7 :

« Pas de difficultés. »

Question 8 :

« Je pense qu'il faut être quelqu'un d'équilibré pour bien soigner. Il faut être bien dans ta peau, on est habitué à beaucoup de choses ici, il y' a très peu de choses qui vont nous stresser. Chacun garde un petit peu ses blocages. Moi ce qui va plus me déranger par exemple c'est les gens qui vont revenir plusieurs fois avec les complications, qui reviennent plusieurs fois se faire réopérer. Quand ils sont suivis chroniquement depuis longtemps, ca c'est difficile pour moi.

Mais il est primordial de se connaitre soi-même. Il y'a des réunions avec un psychologue ou les gens doivent s'inscrire, mais nous dans notre équipe nous n'y participons pas, car nous nous entendons très bien, nous avons tous quasiment le même âge donc on en parle beaucoup ensemble. »

- Questionnaire numéro 4 -

L'infirmière est une femme.

Elle est infirmière depuis un an dans le service. C'est son premier poste.

Question 3 :

« Le plus important c'est l'écoute de la patiente. Savoir si elle a envie de parler, de communiquer, de dire ce qu'elle ressent.

De toute façon tu le ressens au contact de la patiente si elle a besoin qu'on l'encadre ou pas psychologiquement, mais rester à l'écoute c'est très important. Sinon si il n'y a pas de contact établi, on a les psychologues ou alors on demande à une autre collègue.

L'écoute active est importante, si la patiente a besoin de parler on est là, au niveau relationnel on peut mettre en place des temps avec des associations.

C'est être à la disposition de la patiente mais surtout être là quand elle en a besoin.

C'est de la relation d'aide avec de l'écoute active. »

Question 4 :

« C'est plus difficile de mettre la distance quand la femme à environ ton âge. Après quand on sent qu'on a plus cette distance on peut faire appel à une autre collègue. Mais cette distance est souvent présente car professionnellement il faut que tu te places en tant que professionnelle et que tu te dises « oui c'est vrai elle se fait opérer, elle pas de chance malheureusement mais si moi je me renvoie l'image je ne pourrais pas l'aider. Donc bien garder cette distance, être présente tout en restant un professionnel. »

Question 5 :

« De toute façon on a toujours des ressentis parce qu'on a beau être des professionnels de santé, on est des humains. Après tu ne peux pas exercer ton métier sans en avoir, donc c'est faire avec et puis si tu n'arrives pas à établir cette distance relationnelle c'est passer la main et ça c'est super important. »

Question 6 :

« La première fois qu'on prend en charge une femme mastectomisée, on a un peu peur parce que c'est quand même l'image corporelle de la femme qui est touchée et qui est en cause donc étant moi-même une femme, c'est quand même psychologiquement dur.

Je pense qu'on évolue au fur et à mesure, il y a des choses qu'on se permet de dire qu'on n'aurait pas dit au départ et inversement.

Après, l'approche et la prise en charge est plus facile avec l'expérience. La notion de distance et implication des sentiments s'acquièrent plus facilement avec l'expérience. »

Question 7 :

« Non, pas spécialement. »

Question 8 :

« Nos sentiments, c'est nous. Même si on veut rester émotionnellement en gros inactive avec la distance professionnelle on emploie toujours des termes qui font toujours plus ou moins ressentir ce que l'on ressent et il est important de se préserver je pense.

Après qu'est ce que je peux te dire d'autres... »

(Recentrage de la question sur l'impact de la première vue d'une ablation d'un sein.)

« La confrontation visuelle avec la mastectomie, même dans les débuts, n'a pas été difficile car on s'attend à ce qu'il n'y'ai plus de sein. Donc de voir une cicatrice qui va du creux axillaire au sternum ca n'a rien de choquant, c'est très propre. C'est vrai qu'il n'y'a plus de sein, mais ce n'est pas nous qui avons subi cette intervention. Après, tout dépend de la patiente, de son âge, si elle a des enfants, ce qu'elle fait dans la vie. »

- Questionnaire numéro 5 -

Le soignant est une femme.

Elle est infirmière depuis 12 ans.

Elle a travaillé en oncologie pendant 3 ans. Elle est en cabinet libéral depuis 9 ans.

Question 3 :

« C'est plusieurs contacts, car ça soulève pas mal de problématiques pour prendre en charge une femme mastectomisée. Tu as d'abord la prise en charge du soin en lui-même qui selon l'ablation et les antécédents ne sont pas forcément facile, après tu as la prise en charge psychologique qui n'est pas forcément évidente parce qu'une femme c'est tout pour elle. Il y a une difficulté pour elle d'appréhender la chirurgie, la maladie et l'après. Donc il faut être très à l'écoute.

En général elle pose beaucoup de question sur les suites de la chirurgie, de la maladie, la reconstruction à venir, sur les traitements que l'on va leur proposer. Donc l'infirmière doit être au clair avec ces connaissances.

Il faut être très à l'écoute et attentive. Très attentive au moindre geste et à la moindre parole de la part de la patiente pour essayer de déceler la petite chose qu'elle ne va pas forcément te dire ou mettre en évidence. »

Question 4 :

« Le problème c'est qu'en libéral la distance c'est difficile comparé à l'hôpital. C'est d'autant plus difficile qu'on est femme aussi et qu'on se met aussi à la place de la patiente. Et je pense que la femme a besoin d'une soignante, la soignante c'est vraiment pour faire son pansement. Elle a vraiment beaucoup plus besoin d'une confidente et que quelqu'un l'écoute pendant ces moments là. Donc la distance n'est pas facile parce que là on rentre dans son intimité et ce n'est pas évident d'autant plus dans le milieu libéral car tu rentres carrément chez elle dans toutes les dimensions de son intimité, il n'y a pas le cadre de l'hôpital. »

Question 5 :

« C'est assez compliqué parce qu'il y'a la femme, et il y'a la soignante. Et donc il faut savoir quelque part rester soignant pour pouvoir apporter les informations qu'elle demande et il ne faut pas être non plus dans l'émotionnel. Il y a un sentiment d'empathie mais il ne faut pas non plus faire déborder les émotions. Elles ne cherchent pas de la pitié les femmes mastectomisées, mais de la compréhension. »

Question 6 :

« L'expérience fait que tu as un peu plus de recul dans ton soin. Déjà au niveau du soin, tu n'as plus la même technicité, tu es un peu plus experte. Et puis pareil, au niveau des connaissances que tu acquiers au fur et à mesure de ton expérience tu ne répons plus les mêmes choses et tu es peut-être plus attentive et on sait répondre plus facilement à leurs demandes qu'au début de l'exercice. »

Question 7 :

« En difficulté, une fois la reconstruction s'est mal passée. Du coup, il n'y avait plus du tout de reconstruction possible. Et là c'était très mal vécu pour la patiente et c'est difficile d'arriver derrière parce qu'il y a eu un échec médical d'un côté et tu as une patiente démunie et là tu n'as pas de réponses à lui apporter parce que c'est bien beau de lui dire d'essayer de relativiser, la personne ce n'est pas ce qu'elle a envie d'entendre.

Du coup, j'ai mis en place beaucoup d'écoute et j'ai fait appel à une association parce que je ne savais plus quoi répondre, et comme c'était des professionnels qui faisaient que ça et qu'il y'avait des femmes qui avaient vécu la même chose il me semblait que c'était la meilleure solution à lui apporter pour qu'elle puisse s'exprimer et trouver des réponses à ses questions. »

Question 8 :

« Ce n'est pas facile. Le côté émotionnel souvent c'est ta barrière que tu mets et en tant que soignant tu viens pour faire un soin et en général tu essayes de faire abstraction du reste.

Par exemple, moi je sais quand je vais chez une femme mastectomisée, j'évite de mettre un décolleté ou je mets un foulard mais j'évite de mettre ma poitrine en avant.

Par exemple, je viens d'avoir un bébé, et je sais quand j'ai des femmes qui ont des FIV ou qui n'arrivent pas à avoir de bébés je cache mes formes, j'en parle pas. »

IX. Le résumé de recherche / Research summary : Abstract.

9.1 Résumé de recherche en Anglais.

Key words : Mastectomy ; Relationship with ; Emotions ; Take care ; Fair distance.

The choice of this research paper is shown through an analyse of a situation concerning a women going through Mastectomy. It deals with the involvement of emotions and feelings of the medical person and the quality of the treatment.

It is through a sociological and psychological approach that the development of the concepts have been recorded such as the symbolic meaning of the breast, the relation with this, the therapeutic distance, but most of all the place taken by emotions during the treatment. This aspect brings about the notions which are the most important and essential reference as far the course of reflection is concerned.

This study was completed by a survey which was carried out in a specialised structure of Senology and in a private medical center and thereby allowed to face and confirm certain elements for the frame of reference. Between empathy and care, what is the real place for the feelings of treatment and the limitations of this relation in order to avoid the risk of projection ?

In this study, the nurses confided that they didn't feel the same emotions they did in the past. They also confirmed as well the difficulties linked to the identification and the importance to preserve their position as a nurse in order to be able to give a balanced treatment.

This led me to understand that the emotions felt by the professionals of health are human feelings which are in a way a testimony for the quality of the treatment. Emotions and care are not seperable, one has to learn to deal with it and know to position oneself at a fair distance from all this and this acquired during the action that goes on. This position thus enables one to take care and its due to this that the place for emotions is no longer a difficulty.

Between humanity and the nurse's activity, taking care permits to develop the genuineness in the nurse-patient relationship, a key element for the place of emotions. This will authorise the emotions to be at its best won't be fighting against it any longer and thus will guarantee a treatment of high quality.