

**Mémoire d'initiation à la recherche et d'ingénierie en Masso-Kinésithérapie
(Unité d'enseignement 28)**

2^{ème} Cycle 2018-2020

Cancer du sein et Image corporelle

***Une étude qualitative sur le rôle des masseurs-kinésithérapeutes à
partir d'entretiens semi-directifs***

RUAUD Camille

Mémoire dirigé par ROLLAND Jocelyne

Résumé :

Introduction : Le cancer du sein et ses traitements génèrent des conséquences physiques et psychosociales, dont l'altération de l'image corporelle. Pour lutter contre celles-ci, les soins de support interviennent dont la masso-kinésithérapie fait partie. Mais quel est le rôle du masseur-kinésithérapeute face aux répercussions psychosociales ?

Méthode : Trois entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des masseurs-kinésithérapeutes, puis retranscrits pour les analyser. Cinq thèmes ont été abordés : (1) La prise en charge et la masso-kinésithérapie dans le parcours de soin, (2) les impacts perçus par les masseurs-kinésithérapeutes, (3) le masseur-kinésithérapeute dans l'accompagnement psychologique, (4) La relation thérapeutique et (5) le masseur-kinésithérapeute et l'image corporelle.

Résultats : Les masseurs-kinésithérapeutes interviewés perçoivent l'altération de l'image corporelle. Ils considèrent que l'impact psychologique, incluant cette dernière, fait partie intégrante de la rééducation, car ils sont confrontés aux étapes du deuil de l'ancien corps et donc de l'image corporelle. Le temps qu'ils passent avec ces patientes les placent au premier plan face aux conséquences du cancer. Pour cela, ils impliquent leurs patientes dans la prise en charge par le toucher et l'activité physique. Mais ils donnent également une place essentielle à la relation de soin. L'écoute et le soutien apparaissent comme des outils majeurs.

Conclusion : Le masseur-kinésithérapeute est un acteur privilégié de cette prise en charge intégrant l'ensemble des déterminants de santé. Cette double facette de praticien et communicant lui permet d'aborder globalement ses patientes, et les accompagner psychologique vers l'acceptation du nouveau corps et d'une nouvelle image.

Mots clés : Cancer du sein, mastectomie, kinésithérapeutes, image corporelle, entretien

Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail de formation et d'initiation à la recherche en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'enseignement intégré à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'École Nationale de Kinésithérapie et Rééducation, en tant qu'IFMK, n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à la disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@enkre.fr et enkre@gth94n.fr

Liens utiles

Code de la propriété intellectuelle. Article L 122.4.

Code de la propriété intellectuelle. Article L 335.2 – L 335.10.

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

École Nationale de Kinésithérapie et Rééducation

12-14 rue du Val d'Osne 94410 Saint Maurice tel : 01 43 96 64 64

secretariat@enkre.fr et enkre@gth94n.fr

<http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Presentation/2/142>

Version 30/04/2020

UE 28 - MEMOIRE

DECLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), RUAUD Camille

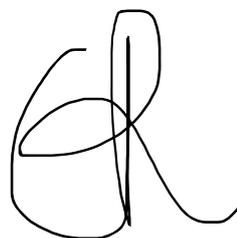
Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément l'origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuite devant le conseil de discipline de l'ENKRE et les tribunaux de la République Française.

Dans la mesure où je souhaiterai publier, ou inscrire pour un concours, le présent travail, je m'engage à en demander l'autorisation à l'ENKRE qui en est le partenaire.

Fait à Verrières le buisson, le 04/05/2020

Signature



Remerciements :

Mes premières pensées s'adressent à ma directrice de mémoire, madame Rolland Jocelyne, pour m'avoir suivi dans ce projet que j'avais à cœur de réaliser. Je vous remercie pour vos précieux conseils et l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Je remercie monsieur Yann Strauss et Gabriel pour leurs conseils avisés en méthodologie ayant contribué à l'avancée de ce mémoire dans les meilleures conditions.

Je remercie infiniment mon compagnon, Rémi, pour m'avoir toujours soutenu et su trouver les bons mots lorsque je doutais. Merci de croire en moi et de me pousser toujours plus loin.

Je remercie mes parents et leurs compagnons pour leur soutien et la confiance en mon travail. Vous n'avez jamais douté de mes capacités de réussite, malgré les difficultés rencontrées.

J'ai également une pensée particulière pour ma petite sœur, Marie, avec qui j'ai partagé ces derniers mois de travail, dans ces conditions exceptionnelles. Merci d'avoir supporté mes doutes, mon stress et d'avoir transmis ta bonne humeur.

Mes remerciements vont également à mes amis qui ont su m'aider et m'encourager tout au long de ce travail. Vos encouragements ont été d'un immense soutien.

Enfin, j'ai une grande pensée pour les masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu positivement à ma recherche, et ayant permis la construction de ce travail. Au-delà cette étude, ces entretiens furent un réel échange et enrichissement, et pour cela, je vous en suis extrêmement reconnaissante.

Tables des matières

INTRODUCTION.....	8
CADRE THEORIQUE.....	10
1. CANCER DU SEIN : MASTECTOMIE ET CONSEQUENCES.....	10
1.1. GENERALITES	10
1.2. LES TRAITEMENTS CURATIFS ET ESTHETIQUES	12
1.3. CONSEQUENCES DU CANCER ET DE SES TRAITEMENTS	15
2. L’ALTERATION DE L’IMAGE CORPORELLE APRES UN CANCER DU SEIN TRAITE PAR MASTECTOMIE	16
2.1. LES ORIGINES : DU SCHEMA CORPOREL A L’IMAGE CORPORELLE	16
2.2. L’IMAGE CORPORELLE DE LA FEMME APRES UNE MASTECTOMIE	17
2.3. L’ADAPTATION VERS L’ACCEPTATION D’UN NOUVEAU CORPS	22
3. LE ROLE DU MASSEUR-KINESITHERAPEUTE DANS LA PRISE EN CHARGE D’UNE FEMME APRES UNE MASTECTOMIE	24
3.1. LA PROFESSION ET LES COMPETENCES	24
3.2. LA KINESITHERAPIE DANS LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL	25
3.3. LA RELATION THERAPEUTIQUE DANS LA PRATIQUE MASSO-KINESITHERAPIQUE	27
3.4. UNE PRATIQUE QUI RENOUVE AVEC LE MOUVEMENT	31
4. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	32
5. METHODOLOGIE	32
5.1. LA RECHERCHE QUALITATIVE	33
5.2. OUTIL D’INVESTIGATION : L’ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	33
5.3. POPULATION DE RECHERCHE ET RECRUTEMENT.....	35
5.4. DEROULEMENT ET ANALYSE DES DONNEES.....	35
5.5. IMPLICATION DE L’INVESTIGATEUR	37
6. RESULTATS.....	38
6.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS.....	38
6.2. RESULTATS DES ENTRETIENS-SEMI-DIRECTIFS	38

7. DISCUSSION	46
7.1. RESUME DES RESULTATS PRINCIPAUX.....	46
7.2. ANALYSE DES RESULTATS.....	47
7.3. ANALYSE METHODOLOGIQUE, LIMITES ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION.....	50
7.4. ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE ET DES CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES	53
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES	66
1. ANNEXE I : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	66
2. ANNEXE II : QUESTIONNAIRE D'INFORMATION	67
3. ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN.....	68

Abréviations utilisées :

INCa : Institut National du Cancer.

CIRC : Centre International de Recherche contre le Cancer.

HAS : Haute Autorité de Santé.

PAM: Plaque Aréolo-mamelonnaire.

AJCC: “American Joint Committee on Cancer”.

SBR: “Scarff Bloom Richardson”.

DIEP: “Deep Inferior Epigastric Perforator”.

COREQ: “Consolidated criteria for reporting qualitative research”.

BIS: “Body Image Scale”.

EORTC QLQ-BR23: “European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – BR23”.

FACT-B: “Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast”.

DU : Diplôme universitaire.

Introduction

L'annonce d'un cancer est vécue comme un véritable bouleversement dans la vie d'un individu et de son entourage. Selon la dernière étude menée par l'Institut National du Cancer (INCa) et le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC), les français l'associent à la pathologie la plus dangereuse, devant le sida et les maladies cardio-vasculaires. En effet, le cancer a longtemps été attaché à une maladie incurable, renvoyant alors l'Homme à son caractère de mortel, sa vulnérabilité face à la maladie. Bien que la science évolue, il garde cette connotation péjorative à laquelle il a longtemps été rattachée. Son imprévisibilité et les conséquences engendrées génèrent de la peur (Reich, 2009).

En 2017, la prévalence totale de cancer en France métropolitaine recensée par l'INCA s'élève à 3,8 millions de cancer. Ce nombre s'explique par la hausse du nombre de nouveaux cas (incidence) et la baisse du taux de mortalité, en cohérence avec le vieillissement de la population. Ces deux variables divergent par les progrès médicaux, c'est à dire des traitements de plus en plus efficaces et un dépistage précoce renforcé par le plan cancer 2014-2019 (Colonna, 2018). Parmi les 380000 nouveaux cas recensés par l'INCa en 2018, le cancer du sein reste de loin le plus fréquent avec 56000 cas. C'est la première cause de décès par cancer chez la femme.

L'OMS définit la maladie chronique comme une affection de longue durée, dont le cancer fait partie. Le Haut Conseil de Santé Publique précise que c'est « un état pathologique de nature physique, psychologique et/ou cognitive appelé à durer avec un retentissement majeur sur la vie quotidienne du patient ». En effet, bien que la médecine évolue, il existe de nombreuses répercussions psychosociales affectant la qualité de vie de ces patients (Libert, 2006).

Lorsque le cancer du sein est diagnostiqué, ces femmes rentrent dans un véritable parcours de soins, où la décision des traitements est prise. Ces derniers engendrent d'importantes conséquences physiques et psychosociales. En effet, la mastectomie bouleverse l'intégrité physique affectant profondément ces femmes. Nous évoluons dans une société où le changement est mal supporté. C'est à dire qu'elle éprouve de la difficulté à voir les corps vieillir, s'abîmer contre notre volonté en cas de maladie, ou mourir. Cette peur est renforcée par les influences socio-culturelles et médiatiques de l'apparence idéale, renvoyant à nos qualités sociales (Bacqué, 2008).

Cependant, comme dit précédemment, la maladie ne se résume pas à la modification du corps. Elle rentre dans la vie du patient et affecte son esprit. Georges Sand a écrit justement : « *Nous ne sommes pas seulement corps, ou seulement esprit ; nous sommes corps et esprit tout ensemble* ». La modification du corps impacte alors la perception, la représentation que chaque individu a de son corps mais aussi l'image que l'on renvoie aux autres. Cela soulève la problématique d'image corporelle. Celle-ci représente la principale préoccupation d'ordre psychosocial, largement étudiée du point de vue des patientes.

Le parcours de soins inclue différents acteurs de santé, dont ceux prodiguant les soins de support. Ces derniers sont définis comme les soins intervenant pour contrer les conséquences néfastes du cancer, dont la masso-kinésithérapie fait partie (HAS, 2010). C'est une discipline basée sur le corps, définie comme la thérapie du mouvement. Bien que le masseur-kinésithérapeute dispose de nombreux moyens pour contrer les conséquences physiques du cancer du sein, qu'en est-il des répercussions d'ordre psychologique et social ? Cette étude a donc pour objectif de comprendre le rôle du masseur-kinésithérapeute face à ces conséquences, incluant la problématique d'image corporelle.

Cadre théorique

1. Cancer du sein : mastectomie et conséquences

1.1. Généralités

1.1.1. Anatomie du sein.

Les caractères sexuels secondaires se manifestent au cours de la puberté, vers l'âge de 11 ans pour les filles. Cela correspond, entre autres, au développement de la glande mammaire, sous l'influence des hormones sexuelles, l'œstrogène et la progestérone. Les seins, ou région mammaire, se développent à la partie antéro-supérieure du thorax, en avant et au centre de la région pectorale. Séparés par le sternum, ils s'étendent de la 3^{ème} à la 7^{ème} côte. La limite inférieure est formée par le sillon sous-mammaire, créé par le poids du sein. Semi-sphériques ou coniques, ils ont un volume variable selon la femme et la situation (grossesse et allaitement).

La peau, majorité de la face extérieure du sein, s'amincit à l'approche de l'aréole. Celle-ci forme avec le mamelon la Plaque Aréolo-Mamelonnaire, plus pigmentée, au centre du sein, légèrement en dehors de la verticale. Le muscle aréolaire sépare la peau de la glande mammaire, discoïde et aplatie, de densité variable. Celle-ci se divise en une vingtaine de lobes, à leur tour en 20 à 40 lobules, contenant jusqu'à 100 alvéoles ou acini, partie sécrétrice du sein. Cela permet aux seins de réaliser leur fonction première, la lactation, grâce aux canaux galactophores qui convergent vers le mamelon. Le volume du sein s'explique par la présence de tissu adipeux. Nous distinguons une couche pré-glandulaire, non présente sous la PAM, cloisonnée par les ligaments de Cooper, reliant la peau et la glande. Ainsi qu'une couche postérieure, séparée du fascia superficialis par du tissu conjonctif, formant le plan de glissement avec le grand pectoral. Le tissu conjonctif cloisonne donc cet ensemble et est à l'origine des moyens d'attaches du sein.

La glande mammaire contient un réseau lymphatique qui lui est propre, dont les principaux ganglions sont : sous et sus-claviculaires, mammaires internes et axillaires (Les traitements des cancers du sein, 2013).

1.1.2. Physiopathologie du cancer du sein

Le « cancer » est un terme générique qui définit un ensemble de pathologies, touchant les différentes parties du corps humain. Leur point commun est la cellule, plus petite unité vivante

capable de se reproduire de manière autonome. Elle compose le corps humain par milliers de milliards. Chaque cellule a la capacité de se diviser mais également d'induire l'apoptose ou mort cellulaire, grâce à la protéine P53, en cas d'endommagement ou de cellule vieillissante. Ces mécanismes forment le cycle cellulaire, commandé par l'ADN, présent dans le noyau. Une anomalie au niveau du gène codant pour cette protéine génère le processus de cancérisation. La cellule, initialement normale, ne peut plus entrer en apoptose, et devient dangereuse. Elle prolifère jusqu'à former une masse tumorale, ou tumeur. Elle fabrique alors des vaisseaux permettant son alimentation et ainsi former un mini-organisme indépendant. Les cellules cancéreuses peuvent ensuite se disséminer dans les organes, généralement par voies lymphatiques, pour former des métastases (Gire, 2005).

Le sein étant une glande, lorsqu'une tumeur maligne se développe, nous parlons d'adénocarcinomes. Ils peuvent être in situ, c'est à dire au niveau des canaux ou lobules, sans franchir la membrane basale. À l'inverse, ce sont des adénocarcinomes infiltrants. Dans le cas où le cancer évoluerait au stade métastatique, nous retrouvons les cellules cancéreuses au niveau du foie, des os, des poumons ou du cerveau (INCa).

1.1.3. Épidémiologie

Les estimations faites entre 1990 et 2018 révèlent une poursuite de l'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer chez les femmes, tous cancers confondus, malgré une évolution plus modérée depuis 2010. Cela s'explique par l'augmentation de l'incidence du cancer du sein, favorisée par le renforcement du dépistage. Ce dernier reste de loin le plus fréquent chez les femmes, devant le cancer colorectal et celui des poumons. En effet, il ne représente pas moins de 1/3 des nouveaux cas et la première cause de décès par cancer chez la femme (Defossez, et al, 2019).

1.1.4. Diagnostic et facteurs de risques

Depuis 2004, le dépistage organisé a été mis en place dans le but de favoriser le diagnostic précoce. Il est éligible aux femmes de 50 à 74 ans avec un risque moyen de développer un cancer du sein, c'est à dire qu'elles ne présentent pas de symptômes apparents ou facteurs de risques particuliers (Santé Publique France). Les symptômes correspondent à une apparition anormale due au cancer. C'est à dire une boule dans le sein, une modification de sa taille, de sa

forme, de la peau, du mamelon, ou encore des ganglions durs sous l'aisselle. En cas d'anomalies décelées au dépistage, ou de symptômes avérés, un bilan s'impose. Selon la HAS, cela repose sur un examen clinique avec un médecin spécialisé et une mammographie des seins, généralement associée à une échographie des seins et des aisselles. Enfin le diagnostic est posé grâce au prélèvement anatomopathologique. Ce dernier nous apporte des indications sur le type de cancer (in situ ou infiltrant), son étendu soit le stade, son agressivité soit le grade, et s'il présente des récepteurs hormonaux (Her2). Le stade est associé à la classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer et l'AJCC. Les critères sont la taille de la tumeur, l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques et enfin le développement ou non de métastases. Le grade est, quant à lui, défini par la classification SBR (ou grades histopronostiques d'Elston-Ellis), selon les paramètres morphologiques de la tumeur. C'est à dire l'architecture tumorale, la forme du noyau des cellules et le nombre de cellules qui se divisent.

L'INCa définit des facteurs de risques connus et non modifiables comme l'âge, les antécédents personnels et familiaux (maladie, cancers) et les prédispositions génétiques, comme la mutation des gènes BCRA 1 et 2 augmentant le risque. Mais également des facteurs modifiables comme le mode de vie. En effet, cela comprend la consommation de tabac, d'alcool, le surpoids et le manque d'activité physique. Près de la moitié des cancers, hommes et femmes confondus, pourraient être évités en agissant sur les facteurs de risques modifiables. L'alcool, étant le premier facteur de risque évitable, est responsable de 20% des cancers, dont 8000 cancers du sein (Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine, 2018).

1.2. Les traitements curatifs et esthétiques

Selon la HAS, les traitements ont pour but « d'éliminer la tumeur et les cellules cancéreuses, limiter l'évolution de la maladie, réduire le risque de récurrence et enfin améliorer la qualité de vie par traitement des symptômes ». Généralement plusieurs traitements sont associés. Le choix repose toujours sur une concertation pluridisciplinaire, en accord avec la patiente et selon les caractéristiques du cancer et de la patiente (HAS, 2010).

1.2.1. Le traitement chirurgical : la mastectomie

La mastectomie, ou chirurgie non conservatrice, consiste en l'ablation complète du sein où se situe la tumeur, dont la PAM. Cela s'oppose à la tumorectomie, conservatrice, où la tumeur est retirée en conservant le sein. Nous distinguons la mastectomie totale et radicale modifiée. La différence tient dans le retrait de ganglions lymphatiques de l'aisselle pour la chirurgie radicale modifiée. Cette étude porte uniquement sur la mastectomie unilatérale.

L'intervention chirurgicale non conservatrice repose sur les indications médicales, et les préférences de la patiente. Elle est indiquée lorsque la tumeur est trop volumineuse par rapport à la taille du sein. C'est à dire que cela ne permet pas de retirer une marge suffisante de tissu sain, sans déformer le sein. Mais également si les traitements néoadjuvants (en amont du traitement principal) ne peuvent la réduire. Aussi, lorsque la présence de plusieurs foyers tumoraux dans le sein, la forme ou encore la localisation de la tumeur ne permettent pas de garder le sein, sans altérer son intégrité, alors une chirurgie non conservatrice est mise en place. Cette chirurgie peut être proposée en cas de cancer infiltrant ou canalaire in situ (Cancers du sein/ Du diagnostic au suivi, 2016). La mastectomie représente 30% des chirurgies du sein (Institut Curie).

1.2.2. Les traitements non chirurgicaux adjuvants ou néoadjuvants

Parmi ces traitements, la radiothérapie vise à détruire les cellules en contrant leur multiplication par l'intermédiaire de rayons. Ils s'appliquent uniquement sur la zone à traiter, soit dans le cas de la mastectomie, sur la paroi thoracique ou la chaîne ganglionnaire. Elle est généralement indiquée lorsqu'il y a un risque de récurrence.

Les autres traitements sont des thérapies médicamenteuses. Tout d'abord la chimiothérapie qui agit aussi sur la multiplication cellulaire. Or contrairement aux thérapies ciblées, celle-ci vise toutes les cellules à renouvellement rapide, elle peut donc atteindre des cellules saines. Elle peut être néo adjuvante pour réduire la taille de la tumeur, avant une chirurgie conservatrice, ou adjuvante après la chirurgie selon les caractéristiques du cancer et des risques de récurrence. Enfin l'hormonothérapie est utilisée lorsque le cancer est hormonosensible, soit 80% d'entre eux. C'est à dire que les hormones sexuelles féminines présentes dans le corps favorisent sa croissance. Cela dépend de la présence des récepteurs hormonaux. (INCa).

1.2.3. *La reconstruction mammaire chirurgicale*

Après toute intervention chirurgicale, chaque femme est informée des différentes possibilités de reconstruction, quel que soit leur décision. Celle-ci peut être immédiate, durant l'intervention de mastectomie, ou alors retardée sur une prochaine opération. La HAS recommande un report en cas de radiothérapie et/ou chimiothérapie, altérant les tissus. Actuellement, la reconstruction tend à être immédiate après une mastectomie.

Selon l'Institut Curie, centre de référence dans le traitement du cancer du sein, il existe plusieurs techniques : l'implant mammaire, le plus courant, les lambeaux (grand dorsal, DIEP ou lambeau abdominal) et le lipomodelage. Quand la reconstruction est souhaitée, soit 20 à 30% des femmes, la décision est prise en collaboration avec le chirurgien, selon les caractéristiques de la patiente. C'est un choix personnel qui doit prendre en compte un nouveau long processus opératoire, avec 2 à 3 interventions supplémentaires avant d'obtenir un résultat harmonieux. Les chirurgiens essaient de se rapprocher du corps antérieur par la forme et le volume, sans sa fonction et sa sensibilité. C'est la reconstruction d'un sein et non de leur sein (Bacqué, 2008).

Certaines femmes ne ressentent pas le besoin de combler cette perte ou refusent la reconstruction. Cela peut être justifié par la désillusion entre la réalité et les attentes des patientes. Celles-ci évoquent la peur d'une nouvelle intervention et des conséquences engendrées telles que de nouvelles cicatrices, des douleurs ou encore le fait de toucher une autre partie du corps, jugée saine, comme l'autre sein (Guérir le regard, Henry 2010). Mais également, la peur de cacher un cancer récidivant, bien que cela a été démenti, ou encore la peur des complications possibles (Drageset, 2016). Toutefois elles peuvent choisir la solution des prothèses externes ou, de plus en plus répandu, le tatouage artistique masquant la cicatrice ou reproduisant le mamelon en 3D. Ce choix dépend finalement de la subjectivité du vécu de chacune, de l'investissement de leur corps avant la chirurgie, des éléments sociétaux et symboliques mais aussi psychologiques (Henry, 2010).

1.3. Conséquences du cancer et de ses traitements

1.3.1. Conséquences physiques

Le cancer peut être à l'origine de manifestations physiques importantes. Selon le traitement mis en place, il existe des modifications réversibles et irréversibles altérant l'intégrité physique. La chirurgie est définitive et radicale dans le cas d'une mastectomie. Cette-dernière engendre la perte totale du sein, laissant place à une asymétrie et une cicatrice, témoins de la maladie et du corps passé (Reich, 2009).

Nous retrouvons également les effets indésirables des autres traitements adjuvants. La chimiothérapie est associée à la perte des cheveux, poils, cils et sourcils, témoins visibles du cancer, l'atteinte des ongles, les nausées et l'atteinte immunitaire. La radiothérapie entraîne également des troubles cutanés. Enfin l'hormonothérapie génère les signes d'une ménopause artificielle, souvent accompagnée d'une prise de poids (Przezdziecki, 2012, INCa). Tous ces traitements vont avoir des répercussions fonctionnelles telles que des douleurs musculaires et articulaires, une atteinte de la mobilité de l'épaule, de la fatigue et donc un déconditionnement à l'effort. Le lymphœdème du bras est aussi retrouvé, bien que son incidence diminue avec le progrès médical (DiSipio, 2013).

1.3.2. Conséquences psychosociales

L'annonce du diagnostic d'un cancer est un véritable bouleversement émotionnel dans la vie de la femme (Bacqué, 2008). De l'annonce à la réalisation des traitements, les événements s'enchaînent rapidement et ces femmes n'ont pas le temps d'assimiler la situation (Les cancers en France, édition 2019). Cela génère des répercussions psychologiques plus ou moins sévères, si bien que certaines sont sujettes à de l'anxiété voire de la dépression, nécessitant un suivi psychologique (Libert, 2006 ; Bacqué, 2008 ; Reich, 2009 ; Rosenberg 2012).

Cela les impacte à tous les niveaux, même professionnellement. Selon une enquête de l'INCa, 1 personne sur 5 a perdu son emploi, notamment pour les personnes moins diplômées ou dans la tranche d'âge avant 40 ans ou après 50 ans (La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, 2018). Cela impacte alors les revenus d'un foyer et donc l'équilibre familial. La maladie touche tant la patiente que l'entourage. C'est donc aussi une atteinte sociale (Tassin, 2011). En effet, les interactions sociales sont perturbées, notamment avec le conjoint, où des difficultés

relationnelles et sexuelles apparaissent (Libert, 2006). Certaines ont le sentiment de ne plus être aussi séduisante, désirable ou peur d'être rejetées à cause de cette nouvelle apparence.

Ces femmes souffrent alors du regard qu'on leur porte, soulevant la problématique de l'image corporelle à laquelle un grand nombre de femmes sont exposées après un cancer du sein. L'altération de cette image est un des facteurs principaux qui contribuent à l'atteinte de leur qualité de vie. Celle-ci est plus faible en cas de chirurgie non conservatrice, causée par cette atteinte de l'image corporelle (Tsai, 2017 ; Ng, 2019).

2. L'altération de l'image corporelle après un cancer du sein traité par mastectomie

2.1. Les origines : du schéma corporel à l'image corporelle

L'image corporelle est un phénomène complexe qui s'est vu attribuer un grand nombre de définitions. Celle-ci a fait l'objet de nombreuses recherches depuis le début du 19^{ème} siècle, et même avant, dans le domaine de la neurophysiologie, psychologie et psycho-oncologie. En 2000, White publie un article dans une revue psycho-oncologique afin de réaliser un état des lieux de ce concept. Au fil des années, l'image corporelle n'a jamais été clairement définie et est souvent mal comprise. Chaque chercheur a établi sa propre interprétation, ce qui, à termes, a créé des biais car la conception de chacun n'était pas fondamentalement identique (White 2000).

L'image corporelle a longtemps été confondu avec la notion de schéma corporel. En effet, les premières recherches à ce sujet ont été menées par Head et Holmes, au tout début du 19^{ème} siècle, en neurologie. Leurs travaux portaient sur la nature des informations sensorielles à l'origine du sens de la position des membres. C'est à dire qu'ils associaient l'image du corps au fait de connaître la position d'un membre par rapport aux autres dans l'espace, grâce au mouvement. Aujourd'hui cela correspond à la sensibilité profonde responsable des informations proprioceptives. Ils se sont également rendu compte que même sans mouvement, nous avons une connaissance du corps grâce aux diverses informations sensorielles, emmagasinées lors des changements de posture. C'est ce qui a été démontré dans les études menées sur des sujets ayant eu des lésions cérébrales, avec des séquelles d'héminégligence, montrant l'atteinte de l'intégration sensorielle. Ou encore sur des sujets amputés avec des

douleurs fantômes, justifiant la présence d'une mémoire sensorielle (Jeannerod, 2010 ; White 2000). L'image corporelle est donc décrite comme une forme d'information proprioceptive, qui finalement correspond à la définition du schéma corporel (Reich, 2009).

Ce sont alors des psychanalystes qui vont commencer l'approche de ce concept, avec une théorie « non aboutie » (Pireyre, 2015). C'est à Paul Schilder, psychiatre et psychanalyste autrichien, que nous devons les origines de cette notion avec son livre « L'image du corps », paru en 1935 (Reich, 2009). Ce dernier donne alors sa définition : « L'image du corps humain, c'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 » (Schilder, 1935). Il démontre que chaque individu possède une « représentation » mentale de son corps, liant corps et esprit. Ce dernier, suivi de Jacques Lacan et Françoise Dolto, donnent les prémices de cette théorie. Ils s'accordent sur le fait d'associer l'inconscient et le désir à ce concept. Paul Schilder, quant à lui, ajoutera une dimension sociale à l'image corporelle, qui aura son importance par la suite (Pireyre, 2015).

Il existe donc deux concepts, grâce aux précisions de Françoise Dolto. Le schéma corporel qui correspond au corps dans sa dimension anatomique et la perception de celui-ci dans l'espace grâce aux informations sensorielles et proprioceptives. Ainsi que l'image corporelle, une image que chacun se fait de son propre corps (Reich, 2009 ; Dolto, 2014).

2.2. L'image corporelle de la femme après une mastectomie

2.2.1. Définition et dimensions : vue d'ensemble

Les troubles d'image corporelle ont été largement étudiés dans le cadre des désordres alimentaires, tels que l'anorexie mentale ou encore la boulimie, dans les travaux de Cash T.F. (Cash, 2004). Mais aussi dans d'autres domaines de santé tels que les grands brûlés, les amputés et d'autres maladies chroniques comme le cancer (Rhoten, 2016). Ces troubles ont été majoritairement décrits pour les cancers générant des modifications corporelles visibles, comme les cancers de la tête et du cou, colorectaux ainsi que du sein (Reich, 2009). Ce dernier reste le plus étudié à ce sujet (Rhoten, 2016).

En 2000, White dénonce les premières études définissant ce concept comme une construction unidimensionnelle, intégrant seulement les expériences subjectives de chaque

individu vis à vis de son corps. Or l'investissement de chacun pour son apparence a été fortement négligée (White, 2000 ; Pireyre, 2015). En effet, cela ne dépend pas uniquement de la modification de l'apparence (Rhoten, 2016). Les différents chercheurs se sont donc accordés sur les caractères complexes et multidimensionnels représentant la construction de l'image corporelle (White, 2000 ; Cash, 2004 ; Paterson, 2016 ; Rezaei, 2016 ; Hopwood, 2018).

White soumet l'idée que l'image corporelle comprend une dimension évaluative de l'apparence. C'est ce qu'il nommera le schéma d'image corporelle. Il montre qu'un écart entre le moi réel (les attributs physiques que nous possédons) et le moi idéal (ceux vers lesquels nous tendons) peut entraîner de la déception chez l'individu, mais aussi une gêne ou de la honte quand cet écart est perçu par les autres. Il définit ce schéma comme déterminant du degré d'investissement de son apparence (White, 2000).

Or, plusieurs auteurs distinguent la notion d'évaluation de celle de l'investissement. Pour cela, Cash T.F. établit un modèle cognitivo-comportemental de l'image corporelle. Il montre alors qu'il y a deux types d'attitudes générant des émotions et comportements vis à vis de son apparence. Nous retrouvons donc l'évaluation de l'image corporelle, c'est à dire notre degré de satisfaction de notre apparence selon l'écart entre nos caractéristiques physiques perçues et idéales. Et l'investissement de l'image corporelle définit comme la valeur attribuée à son apparence ou à certains de nos attributs physiques (Cash, 2011 ; Fingeret, 2013). Il souligne également que l'image corporelle est largement influencée par nos relations sociales et la culture sociale et médiatique. Dany L. et Morin M. reprennent ces notions sous les termes de corps réel, perçu et idéal. Le corps réel représente nos caractéristiques humaines, mesurables objectivement. Le corps perçu reprend les dimensions évaluatives et d'investissement. Et enfin le corps idéal fait référence aux influences socio-culturels (Dany et Morin, 2010). La dimension sociale, déjà décrite par Schilder en 1935, fait donc partie intégrante du complexe de l'image corporelle (Schiler, 1935). D'autres auteurs, comme H. Moreira, ajoutent les informations qui découlent de l'apparence comme la pensée, les émotions et le comportement (Moreira, 2010).

Finalement, plusieurs études récentes définissent généralement l'image corporelle comme la perception de son corps. C'est une construction qui englobe les pensées, les émotions, les attitudes et comportements vis à vis de son propre corps et de son fonctionnement (Fingeret, 2013 ; Paterson, 2016 ; Fingeret, 2016 ; Muzzatti, 2016). Rezaei M. précise également que c'est aussi

les perceptions et attitudes d'autrui vis à vis de nos corps, renvoyant à la dimension sociale (Rezaei, 2016). Ce terme de construction montre donc que c'est un processus qui s'étale dans le temps, sous l'influence de nos expériences de vie (Chuang, 2018). Mais également indissociable des sentiments éprouvés à l'égard de soi ainsi que des facteurs sociétaux et sociaux (White, 2000). Le corps est donc une interface avec le monde, permettant d'interagir avec autrui (Muzzatti, 2016). Cela contredit la dualité corps-esprit et démontre que l'image corporelle est liée au corps (Hopwood, 2018). Cela expliquerait l'altération de l'image corporelle des patientes atteintes du cancer du sein, subissant des modifications physiques importantes par les traitements.

2.2.2. *L'image corporelle après un cancer du sein*

Après l'annonce d'un cancer, les premières préoccupations de ces femmes sont en faveur de leur survie et de l'éradication des cellules cancéreuses. Dès la décision pour les premiers traitements, et leur mise en place, elles s'interrogent sur le devenir de leur apparence. Il naît alors une autre préoccupation, l'image corporelle (Moreira, 2010 ; Grogan, 2016). Dans le cadre d'un cancer du sein, cette dernière est l'inquiétude d'ordre psychosociale la plus commune (Fingeret, 2016). Ces femmes sont deux fois plus affectées par cette préoccupation que les femmes dites « saines » (Guedes, 2018). En 2013, Fingeret M.C. recense une incidence de 15 à 33% en comparant plusieurs études. Ce qui n'est pas négligeable (Fingeret, 2013).

L'image corporelle n'est donc pas que mentale. Elle s'inscrit également au sein du corps physique. Chaque corps a une histoire et traverse des événements comme le vieillissement ou la maladie. Elle se construit en partie sur ces expériences, dans un environnement social et culturel. Le corps comme l'esprit se façonnent socialement (Hopwood, 2018). Cela montre donc la maniabilité de l'image corporelle face aux modifications physiques brutales du cancer et ses traitements (Przezdziecki, 2012).

En 2016, Bethany A. Rhoten réalise une étude sur l'analyse du concept d'image corporelle à partir des données de la littérature. Ce concept nous révèle l'existence de trois attributs définissant son altération chez les individus atteints de cancer. Nous distinguons premièrement la perception d'un changement de son apparence et d'une insatisfaction à son égard. Dans le cadre du cancer, cela se traduit par les conséquences physiques imposées par les différents traitements. Dans un deuxième temps, nous retrouvons l'altération de la fonction et du fonctionnement social. La fonction fait référence aux limitations fonctionnelles résiduelles, aux

difficultés sexuelles. Le fonctionnement social représente les comportements engendrés tels que l'isolement social, les difficultés relationnelles, la place dans la société. Enfin, la détresse psychologique entraînée par l'altération de l'image corporelle. Cela peut se manifester par de l'anxiété, la dépression, une perte de confiance en soi ou d'estime de soi (Rhoten, 2016). Cela renforce le fait que dans le cadre d'un cancer du sein, l'image corporelle est alors directement liée à la maladie et les impacts des traitements (Muzzatti, 2016).

La définition de l'image corporelle peut donc être adaptée au cancer du sein. C'est l'image que chacun se fait de son propre corps, associée à des aspects affectifs/émotionnels (féminité, attraction féminine), cognitifs ou attitudes (satisfaction de l'apparence et sa valeur), comportementaux (isolement social) et enfin socio-culturels (symbole de la femme et du sein, regard des autres), (Paterson, 2016). L'atteinte de l'image corporelle varie donc selon l'investissement de chacun pour son corps (Reich, 2009). Les comportements et l'état psychologique de ces femmes seront alors impactés selon cette perception (Dany et Morin, 2010).

Cependant, cette image est subjective, donc dépendante de chaque femme et son vécu face au cancer et ses traitements (Muzzatti, 2016). Certaines ne sont pas touchées et se relèvent plus « facilement ». L'expérience d'un changement physique n'engendre pas toujours une altération de l'image corporelle. C'est à dire que cela implique bien le sentiment de chaque individu vis à vis de son apparence, mais aussi l'impact social (Rhoten, 2016). Certaines femmes arrivent à se détacher de ces influences et se créer une nouvelle identité corporelle positive. Elles associent leurs cicatrices à des blessures de guerre, témoins de la victoire face au cancer (Grogan, 2016).

2.2.3. *Les influences*

De nombreux facteurs vont venir impacter l'image corporelle, dont la chirurgie (Rezaei, 2016). De nombreuses études comparent l'altération de celle-ci selon le traitement. La chirurgie conservatrice, la mastectomie sans reconstruction et avec reconstruction sont généralement mises en parallèle. Dans la majorité des études, ceux sont les patientes ayant subies une mastectomie qui possèdent l'image corporelle la plus altérée (Falk Dahl, 2010 ; Rosenberg, 2012 ; Tsai, 2017). La chirurgie bouleverse alors l'intégrité physique irréversiblement créant une insatisfaction corporelle (Reich, 2009 ; Paterson, 2016). Également, il ne faut pas oublier les traitements adjuvants générant aussi des modifications visibles et donc un impact négatif sur

cette image (Falk Dahl, 2010). En effet, la perte des cheveux, la prise de poids, ou encore le lymphœdème, sont parfois plus difficiles à accepter car visibles aux yeux de tous, contrairement à la perte du sein, cachée sous des vêtements (Rosenberg, 2012 ; Grogan, 2016). Associé aux traitements, l'âge auquel le diagnostic a été fait doit être pris en compte. En moyenne 30% des femmes sont touchées avant l'âge de 50 ans (Paterson, 2016 ; INCa). Le cancer est tout aussi dévastateur pour cette tranche d'âge car il est perçu comme une maladie du vieillissement. Beaucoup de jeunes femmes sont touchées par des cancers plus agressifs menant à un traitement chirurgical radical, avec un taux deux fois plus important de mastectomie chez les moins de 40 ans. (Rosenberg, 2012 ; Paterson, 2016). Cela expliquerait pourquoi l'image corporelle est plus altérée chez les jeunes femmes (Paterson, 2016).

Il existe des facteurs personnels et psychologiques. L'annonce d'un cancer amène à une double peine, les souffrances, ou la mort, et la symbolique de l'organe touché (Tassin, 2011). La violence psychique est accentuée par la radicalité de la transformation physique, et d'autant plus lorsque cela touche la sphère de l'intime (Bacqué, 2008). Le sein, est un organe avec une symbolique forte puisqu'il représente la maternité, par l'allaitement du nouveau-né, la sexualité, la féminité et c'est aussi une différence physique avec l'homme (Chuang, 2018). Ces symboles s'écroulent avec la perte du sein, entraînant une remise en cause perpétuelle de la vie de ces femmes (Bacqué, 2008). La femme est donc touchée au plus profond d'elle, affectant la confiance et l'estime d'elle, mais également son rôle dans la société en tant que femme et possiblement en tant que mère (Hopwood, 2018). Bien que la société évolue, cela est renforcé par les stéréotypes socio-culturels du corps féminin et de beauté, qu'elle rencontre en grandissant (Chuang, 2018). À commencer par le poids, où la minceur rime avec santé, générant une pression, surtout chez les jeunes femmes, des pays développés, qui vivent à travers ses normes corporelles transmises par les médias, voire même l'influence familiale (Dany et Morin, 2010). L'identité corporelle est donc largement influencée puisque les cheveux et la poitrine sont aussi associés à la féminité et la beauté (Bacqué, 2008 ; Chuang 2018). Dans la féminité dite traditionnelle, les seins sont sexualisés et très représentés dans les médias. Cela « oblige » la femme à se conformer dans cet idéal de beauté où celle-ci, et par association sa féminité, est liée à ses attributs physiques (Grogan, 2016). Les femmes parvenant à se détacher de cette objectivité possèdent une meilleure image corporelle (Grogan, 2016).

Cette stigmatisation provient aussi des autres, générant des facteurs sociaux (Grogan, 2016 ; Hopwood, 2018). Les femmes changent de regard vis à vis de leur corps, mais le regard des autres aussi (Reich, 2009). Dans un premier temps, l'activité professionnelle est un facteur prédictif des troubles de l'image corporelle, par la confrontation aux regards de l'entourage professionnel (Faten, 2018). Mais également, et dans une plus grande mesure, les proches et notamment le conjoint vont avoir une grande influence. Les deux membres d'un couple sont affectés car ce dernier doit aussi accepter les modifications corporelles subies par sa femme (Bacqué, 2008, Rezaei, 2016). Cela montre à quel point le regard de l'autre peut être dévastateur, puisqu'elles prennent conscience de cette transformation à travers les yeux de leurs proches et du conjoint. Après l'annonce du cancer, 25% des relations de couples se retrouvent altérées (Faten, 2018). Mais le couple renvoie également à l'intimité. Les conséquences des traitements ainsi que le regard du partenaire impactent la sexualité, avec le sentiment d'être moins attractive. Nous retrouvons une plus grande difficulté chez les jeunes femmes qui investissent plus leurs seins dans la féminité et la sexualité (Paterson, 2016 ; Faten, 2018). L'altération de l'image corporelle est alors d'autant plus grande que le partenaire ne comprend pas les émotions et sentiments de la patiente vis à vis de son apparence (Paterson, 2016). En effet, l'approbation du conjoint influence positivement la perception de son corps (Cash, 2004).

Enfin, il est important de préciser que le degré d'investissement pour son corps avant l'annonce du cancer et de la chirurgie est à prendre en compte. Une femme avec une image corporelle plus pauvre, ou du moins, une faible estime de son corps au préalable, sera d'autant plus sujet à développer ce type d'atteinte (Moreira, 2010). Elle aura alors plus de difficulté à faire face à cette adaptation physique et psychologique (Paterson, 2016).

2.3. L'adaptation vers l'acceptation d'un nouveau corps

Malgré que les résultats médicaux puissent être encourageants, la rapidité de ces changements amène ces femmes à s'adapter, aussi bien physiquement que psychologiquement (Przedziecki, 2012). Cette adaptation psychologique laisse place à des mécanismes de défense correspondant au deuil du sein, du corps passé (Reich, 2009). Le modèle du deuil, avec ses cinq étapes, a été décrit par Elisabeth Kübler-Ross, à l'origine suite à la perte d'un être cher ou l'annonce de la mort. Aujourd'hui, ces cinq étapes sont une référence et peuvent s'appliquer à d'autres situations comme la maladie ou la perte d'un membre (Kübler-Ross, & Kessler, 2011). Nous retrouvons tout d'abord le déni représentant l'impossibilité d'intégrer la réalité, ici le cancer.

Une fois que la prise de conscience est faite, survient alors la colère contre soi, par de la culpabilité, mais aussi contre autrui, le personnel soignant par exemple. Le marchandage où l'individu tente de négocier le retour de ce qu'il a perdu. Puis lorsqu'il réalise que cela a bien eu lieu, nous avons la dépression. Enfin, l'individu arrive dans une phase d'acceptation, pour laquelle il peut être nécessaire d'être accompagné pour se reconstruire (Kübler-Ross, & Kessler, 2011). Cela ne fait pas forcément référence à la reconstruction chirurgicale, car elle ne facilite pas toujours le deuil. En effet, avec l'enchaînement des événements, le deuil du sein passé avant la reconstruction, permet de mieux l'assimiler. Beaucoup de femmes sont déçues à la découverte de ce nouveau sein d'apparat, peut-être par un désir fort de retrouver leur ancien corps. Le deuil apparaît comme une étape nécessaire pour comprendre la réalité de la reconstruction chirurgicale (Henry, 2010).

Il y a une forme de chronicité dans la souffrance créée par ce corps changeant, qui nécessite un temps d'adaptation et d'acceptation (Chuang, 2018). Ce processus peut être plus au moins long et laisse parfois place à d'autres troubles. En effet, l'image corporelle peut être associée négativement à l'adaptation psychologique (Moreira, 2010 ; Hopwood, 2018). Beaucoup de femmes développent alors une détresse émotionnelle (Przedziecki, 2012). Cela se traduit par de l'anxiété, la dépression, une peur de la récurrence ou encore une fatigue (Falk Dahl, 2010 ; Paterson, 2016). Cela implique une qualité de vie moins bonne (Cash, 2004 ; Falk Dahl, 2010 ; Fingeret, 2013 ; Paterson 2016, Hopwood, 2018). Au contraire, l'acceptation évolue positivement avec l'image corporelle (Hopwood, 2018).

Cependant, nous avons vu précédemment que l'image corporelle pouvait être altérée par les modifications physiques, prouvant alors sa maniabilité. Ce mouvement indique donc une possibilité d'influence sur celle-ci. Cela peut être par la personne atteinte du cancer, par l'auto-compassion et la bienveillance envers son corps, ayant un impact positif sur la réduction de la détresse psychologique, l'autocritique, la honte et enfin les émotions négatives (Przedziecki, 2012). La motivation et les efforts mis en place pour maintenir son apparence favoriseraient aussi le contrôle sur celle-ci et les modifications corporelles (Moreira, 2010). Mais également la pratique d'activité physique, qui a un impact positif sur le bien-être psychologique et donc l'image corporelle (Paterson, 2016). Elle peut également être influencée par les autres. En effet, le soutien social apporté par l'entourage proche et surtout le conjoint aurait alors un effet positif, générant une meilleure adaptation (Rhoten, 2016).

L'adaptation est donc un long processus pour s'écarter des objectivations sociales mais aussi pour se reconstruire et accepter une nouvelle expérience corporelle. Pour cette raison, les professionnels de santé ont leur rôle à jouer, bien que l'image corporelle soit souvent négligée après un cancer du sein (Chuang, 2018). Ce soutien peut donc aussi être apporté par les soignants. C'est le devoir de l'ensemble des soignants intervenants d'identifier ces troubles afin de préserver une qualité de vie élevée (Rhoten, 2016). De nombreuses interventions psychosociales ont été décrites comme les psychothérapies, les thérapies cognitivo-comportementales, ou encore les interventions psycho-sexuelles ou psycho-esthétiques. Parmi ces différentes stratégies, la relation soignant-soigné prend place. L'approche centrée sur le patient, la narration du vécu et surtout l'écoute influencent positivement l'image corporelle (Fingeret, 2013). Cela nécessite donc d'avoir des connaissances biomédicales mais aussi psychosociales afin d'intégrer ces patientes avec leurs émotions, leurs inquiétudes et leurs besoins (Reich, 2009, Fingeret, 2013).

3. Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge d'une femme après une mastectomie

3.1. La profession et les compétences

Toutes les professions de santé, dont la masso-kinésithérapie, sont détaillées dans le code de la santé publique. Actuellement, la profession de masseur-kinésithérapeute est définie par l'article L.4321-1 (à L.4321-22, et R.4321-1 à R.4321-145), version en vigueur depuis le 28 janvier 2016. Ce dernier reprend notamment les savoirs fondamentaux, et les moyens pratiques adaptés, mis en œuvre pour répondre aux problématiques de santé de chaque patient, d'un point de vue fonctionnel. En 2012, le conseil de l'ordre publie l'édition 2013 du référentiel de la profession. Bien qu'il ait été conçu sur l'ancienne version de cet article, l'ordre a proposé une nouvelle définition, en s'appuyant sur des études scientifiques faites auprès des masseurs-kinésithérapeutes. Cette-dernière s'avère être plus actuelle et en phase avec la réalité pratique des professionnels. La masso-kinésithérapie est alors caractérisée comme « centrée sur le mouvement (...) dans un but thérapeutique ou pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes ». Cette fois-ci, nous retrouvons deux notions supplémentaires qui sont la part psychologique et sociale de la santé. Cette précision est importante car elle amène l'idée de globalité dans la prise

en charge. Cela est particulièrement intéressant compte tenu des multiples impacts engendrés par le cancer du sein et surtout les traitements mis en place.

Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'État, un certain nombre de compétences sont à acquérir et ont été décrites dans l'arrêté du 2 septembre 2015. Un référentiel de compétences, soit 11 au total, se trouve dans l'annexe 2 de ce dernier. Dans les grandes lignes, un masseur-kinésithérapeute doit donc être en mesure de conduire un bilan diagnostique kinésithérapique dans le but d'établir un projet thérapeutique. Chaque prise en charge est adaptée au patient, avec des moyens pratiques ou instrumentaux appropriés, afin de maintenir ou améliorer leur santé. En effet, pour une même pathologie, la prise en charge varie selon le profil de chaque patient. Il est donc primordial d'identifier, et surtout de prendre en compte, leurs besoins, leurs inquiétudes, l'état psychologique, l'environnement social, qui pourraient impacter le bon déroulement de celle-ci. Ainsi, chaque praticien doit construire une relation thérapeutique avec la personne soignée. Cela nous renvoie à la compétence 5 : « Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie ».

Nous voyons bien qu'au-delà de ses qualités de praticien, le masseur-kinésithérapeute est un communicant. La considération de l'état du patient à tous niveaux, physique, psychologique et social est fondamentale. En effet, le cancer a de multiples impacts qu'on ne peut écarter de la prise en charge. Il est donc naturel d'intégrer la santé psycho-sociale à notre prise en charge.

3.2. La kinésithérapie dans le modèle biopsychosocial

La masso-kinésithérapie vient du grec kinêsis, c'est à dire la thérapie du mouvement. Un mouvement déficitaire, ou encore les conséquences d'une opération, engendre un problème de santé d'ordre fonctionnel. Néanmoins, il peut avoir des répercussions psychologiques et sociales chez l'individu. Ce dernier se retrouve alors au centre d'un problème de santé global. C'est ce que nous retrouvons dans le cancer du sein. Des impacts physiques qui engendrent des répercussions psychologiques et sociales profondes (Reich, 2009).

La démarche masso-kinésithérapique ne peut donc pas s'appuyer uniquement sur un modèle linéaire (modèle biomédical) où seul les facteurs physiologiques sont pris en compte. Elle s'inscrit alors dans un modèle biopsychosocial, car l'altération de la santé, dans le cas du cancer,

ne se limite pas à l'atteinte physique. Ce modèle a été décrit par Georges L. Engel en 1977 avec son article « The need for a new medical model : a challenge for biomedicine ». Ce dernier décrit les limites du modèle biomédical et le qualifie alors de modèle « réductionniste » (Engel, 1977). Ce modèle ne suffit pas à comprendre les différents déterminants de la maladie. C'est alors que le modèle biopsychosocial est né, incluant à la fois le patient et la pathologie. Ce dernier se définit comme étant un ensemble d'hypothèses explicatives, qui considère toujours les facteurs biologiques mais aussi les facteurs psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité. Bien qu'il soit encore mal compris, bien intégré, il représente un puissant outil pour le diagnostic et la prise en charge (Berquin, 2010).

Certains exemples ont été démontré dans la littérature comme par exemple le stress dans les pathologies cardio-vasculaires (Engel, 1980). Les facteurs psychosociaux sont d'une grande valeur diagnostic et pronostic. D'autres études, plus tard, ont repris ce modèle dans le cas de la lombalgie. Il a été démontré que ces facteurs avaient des conséquences sur la chronicité. Cela comprend les croyances du patient qui peuvent impacter l'adhésion au traitement, comme la peur du mouvement (Berquin, 2010 ; Sanders, 2013). Cela peut tout aussi bien s'adapter au cancer du sein avec l'activité physique et la fatigue. Certaines femmes pourraient penser que l'exercice n'est pas bénéfique et aurait tendance à les fatiguer encore plus.

Bien que les masseurs-kinésithérapeutes prennent conscience de l'influence des facteurs psychosociaux, ce modèle est souvent mal compris, et donc difficilement intégrer à la prise en charge. Ils ont donc tendance à avoir une approche plus biomédicale et éviter ces facteurs, ou alors rediriger vers d'autres professionnels. Cela est en partie dû à un manque de connaissances, induisant une reconnaissance et une évaluation superficielles de ces facteurs, qui pourtant ont leur importance (Singla, 2015). Ainsi, pour les comprendre et les éliminer, il est primordial d'avoir une bonne communication avec son patient. C'est une manière de « reconnaître et légitimer les préoccupations du patient" et ils ont du temps à y consacrer. Cela passe par la construction d'une relation thérapeutique, qui fait partie intégrante de la pratique kinésithérapique (Sanders, 2013).

3.3. La relation thérapeutique dans la pratique masso-kinésithérapique

3.3.1. L'établissement d'une relation de soin

Dans toute prise en charge, l'aspect relationnel apparaît comme primordial. En cancérologie, de nombreuses patientes décrivent cette relation comme morcelée. C'est à dire qu'elles ont le sentiment d'être associées à leur pathologie et ainsi avoir un médecin pour la tête et un pour le sein (Soum-Pouyalet, 2009). Or nous avons pu voir précédemment que l'état psychologique a des répercussions sur la prise en charge (Berquin, 2010).

Ce lien entre le soigné et le soignant émanant de la relation thérapeutique est essentiel. Cette relation de soins résulte d'une confiance mutuelle. Cette dernière naît tout d'abord du fait que chaque praticien est tenu au secret professionnel. Cela apparaît comme une garantie qui alimente cette confiance en cours. Cependant, c'est une construction perpétuelle qui nécessite d'être entretenue. La confiance du soigné est influencée par ses expériences passées, la maladie qui impacte la confiance en soi et l'estime de soi, mais aussi par le thérapeute. Ce dernier est également co-acteur de cette édification par sa sincérité, son respect et son engagement auprès du patient, et surtout son accompagnement et son soutien (Mauduit & Ferring, 2016). La relation thérapeutique est alors une construction dynamique, qui évolue afin de s'approprier à chaque situation (Miciak, 2018).

Toutefois, des conditions sont nécessaires à l'engagement des deux acteurs dans la relation comme dans la prise en charge. Cela sous-entend donc que la contribution du patient est essentielle. Ces conditions vont alors créer un environnement sécuritaire, favorable à l'engagement (Miciak, 2018). Miciak associe ces dernières à une construction ou contenant thérapeutique, dont les fondations correspondent à la présence et la réceptivité du thérapeute :

- La présence se réfère au temps accordé aux patients, savoir prendre le temps pour ceux qui ont besoin d'être guidé ou émotionnellement en difficulté. Cela leur donne le sentiment d'être considéré en tant que personne, dans sa globalité.
- La réceptivité, quant à elle, c'est l'ouverture du praticien sur l'histoire du patient, sa situation actuelle, tant physique que mentale, par une écoute attentive. Cette dernière est primordiale car cela va permettre de cibler ses besoins, ses peurs et de les intégrer à la prise en charge. Ainsi, c'est une ouverture à l'engagement du patient.

Nous retrouvons également deux autres conditions, essentielles, mais variables selon le praticien. Ce sont l'authenticité et l'engagement :

- Être authentique, c'est être soi et transparent. Cela rend le praticien approachable, et permet l'expression du patient. Ce dernier peut alors être lui-même à son tour avec ses blessures, hors de jugement, permettant d'atténuer les perceptions négatives envers son corps. Mais c'est également s'intéresser à la personne, en dehors du cadre pathologique. C'est un métier qui offre une certaine proximité avec le patient qui peut amener également le professionnel à divulguer des informations personnelles, tout en gardant une distance professionnelle. Cela humanise le thérapeute et met en confiance le patient qui se livre également sur des aspects très personnels, voir intimes, comme la sexualité.
- Et enfin être engagé à comprendre la situation du patient dans tous les déterminants de santé. Cela pousse alors le patient à s'investir dans cette compréhension, et s'engage dans cette collaboration, qui est dans son propre intérêt.

Cet ensemble crée un espace thérapeutique sûr dans lequel la relation thérapeutique est centrée sur le patient (Miciak, 2018).

La relation soignant-soigné peut également être une relation d'aide psychologique, décrite par C. Rogers. Elle s'installe généralement dans des situations jugées difficiles par le patient, telles que la maladie, le deuil, la perte. Relation dans laquelle, sous réserve d'une confiance mutuelle et d'empathie, le patient peut exprimer ses inquiétudes. Cela sous-entend la mise en place des différentes conditions d'engagement (Formarier, 2007 ; Miciak, 2018). Cette relation peut également être éducative, notamment lorsque nous impliquons le patient dans sa prise en charge. En effet, les patientes révèlent souvent un manque d'informations concernant la maladie et ses effets indésirables, accentuant la détresse psychique et une pauvre estime de soi (Libert, 2006 ; Soum-Pouyalet, 2009 ; Fingeret, 2013). Cela nécessite bien plus qu'un transfert d'informations, c'est un soutien et un accompagnement psychologique vers le changement. En effet, la relation soignant-soigné est aussi une source de soutien moral pour le patient, mais aussi pour l'entourage (Formarier, 2007).

Se centrer sur le patient et ses préoccupations est une qualité de la relation thérapeutique et est un élément essentiel pour qu'il reprenne confiance en lui (Fingeret, 2013). Cela influe également sur sa satisfaction, son adhésion aux soins et enfin la réussite de la prise en charge. Par ailleurs, la masso-kinésithérapie offre un terrain propice à son développement, car le patient

est reçu sur une période de 30 minutes en moyenne, généralement plusieurs fois par semaine et ce sur du long terme (Miciak, 2018).

3.3.2. *La communication verbale*

La communication est primordiale dans l'établissement d'une relation thérapeutique. Elle s'établit dès la première rencontre, à chaque début de séance, comme une base à la prise en charge. Elle permet aux deux interlocuteurs de « se mettre en contact » (Bjorbækmo, 2016).

La communication est un élément essentiel dans le domaine de la santé, puisqu'elle suscite l'intérêt pour le patient et ses besoins (Hiller, 2015). Elle naît du flux d'informations qui découlent à la fois du thérapeute et du patient. C'est une coopération où chaque interlocuteur, avec son expérience et ses compétences, contribue d'égal à égal dans la mise en place de cette relation de soin. Cela sous-entend, que les informations apportées par le patient ont autant de valeurs que celles du thérapeute, l'impliquant alors dans sa prise en charge (Thornquist, 1990). Cela nécessite que la communication soit centrée sur le patient. En effet, il existe deux modèles de communication. D'un côté centré sur le thérapeute, où il dirige un échange basé sur les facteurs biologiques. De l'autre, la communication est centrée sur le patient, c'est à dire qu'il est considéré dans sa globalité. Ce deuxième cas s'inscrit dans le modèle biopsychosocial et permet un équilibre dans cette coopération, indispensable à l'adaptation du plan de soin (Hiller, 2015).

Cet échange doit donc être construit à partir de questions ouvertes, propice à l'expression du patient. Cela s'oppose donc aux questions fermées, où le thérapeute structure l'interaction selon les informations qu'ils souhaitent connaître. C'est ce qui a notamment été exposé dans la relation médecin-patient où ce dernier est souvent interrompu par des questions fermées (Fingeret, 2013). Cependant, les masseurs-kinésithérapeutes évoquent souvent se fier à leur intuition selon le patient. Hiller met en évidence qu'ils utilisent souvent un modèle fermé dans le but d'obtenir les informations nécessaires au diagnostic, contrebalancé par des conversations informelles. En effet, ils ont tendance à casser cette structure par des discussions plus décontractées et non médicales, plus personnelles, des rires. Ces dernières sont essentielles au lien patient-thérapeute.

La communication n'est pas uniquement verbale. Nous retrouvons également le langage du corps, tels que les expressions faciales, la posture, le geste, c'est à dire le toucher ou le mouvement et aussi le contact visuel (Hiller, 2015 ; Kelly, 2019). La peau est le plus grand organe sensoriel du corps, c'est à travers elle que nous établissons le contact humain, grâce au toucher (Mühlenpfordt, 2019). Bien que très décrit dans la littérature en soins infirmiers, le toucher occupe une place centrale en masso-kinésithérapie. En effet, cette dernière prend place parmi les professions qui touchent leur patient. La toucher offre une proximité corporelle, légitime, jugée comme nécessaire par les patients qui se sentent alors écoutés et pris en compte (Bjorbækmo, 2016).

Au-delà des mots, le toucher, outil diagnostic et de soin, est décrit comme un moyen de communication bienveillant (Bjorbækmo, 2016 ; Kelly, 2017 ; Miciak, 2018). Ici, le toucher va au-delà de la simple sensation cutanée. Au travers ses mains, le masseur-kinésithérapeute écoute les réactions corporelles et expressives de son patient afin d'adapter sa prise en charge. Il se crée alors une connexion entre l'extérieur, les mains du praticien et l'intérieur, les sensations du patient. Cela s'affine avec le temps et l'expérience du thérapeute. Cette connexion crée une relation confiante et respectueuse entre les 2 interlocuteurs (Bjorbækmo, 2016).

Le toucher est également un moyen d'expression (Kelly, 2019). Son impact va induire chez le patient une réponse physique et psychologique, positive ou négative (Mühlenpfordt, 2019). En effet, dans le domaine de la santé, nous l'associons comme un moyen bénéfique et générateur de bien-être à la fois physique et mental (Bjorbækmo, 2016 ; Mühlenpfordt, 2019). Par cette connexion établie avec le patient, il permet d'exprimer de l'empathie, de la compassion, une attention (Kelly, 2017 ; Bjorbækmo, 2019 ; Kelly 2019). C'est le témoin d'un engagement et d'un intérêt pour son patient, et donc fondamental dans l'établissement d'une relation thérapeutique (Hiller, 2015). Dans sa forme expressive, le toucher évoque donc le relationnel mais aussi la présence du thérapeute (Kelly, 2019).

Il existe des effets physiques et psychologiques. C'est à dire la diminution des douleurs mais aussi des bienfaits sur la perception de soi et la reconnexion du patient avec son corps (Bjorbækmo, 2016 ; Mühlenpfordt, 2019). En fin des effets sociaux, puisqu'il prodigue un soutien aux personnes confrontées à des détresses importantes, comme en oncologie (Mühlenpfordt, 2019).

La communication non-verbale repose également sur l'empathie. Cette dernière correspond à la compréhension de son patient et une réaction en conséquence. Cela demande une attention particulière et surtout la qualité d'écoute du praticien. L'écoute, puissant outil thérapeutique, nous permet d'acquérir des informations importantes sur les patients telles que son expérience personnelle dans le soin et la maladie. L'écoute et l'empathie ont donc un impact positif sur la prise en charge (Formarier, 2007 ; Miciak, 2018). Cela sous-entend aussi la possibilité de silence. Certains thérapeutes sont mal à l'aise et ressentent le besoin de le combler par la parole. Cependant, c'est un moment propice à l'observation des messages non verbaux des patientes, en leur laissant le choix de l'interaction verbale ou non (Kacperck, 1997).

3.4. Une pratique qui renoue avec le mouvement

Parmi les acteurs de la lutte contre le cancer du sein, nous retrouvons les soins de support, comptant la masso-kinésithérapie. Ce sont les soins contre les conséquences du cancer et ses traitements, afin d'avoir une prise en charge globale. En effet, ces patientes sont amenées à rencontrer des douleurs, raideurs, une perte musculaire, une fatigue accrue contre lesquels les masseurs-kinésithérapeutes doivent lutter (HAS, 2010). L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes définit la profession comme un soin de support essentiel, car elle accompagne les patientes selon les conséquences engendrées par les différents traitements. Mais la kinésithérapie est avant tout la science du mouvement, ce sont donc des vecteurs à l'activité physique, et permettent de renouer avec le mouvement.

De nombreuses idées reçues associent la prise en charge masso-kinésithérapique à celle du lymphœdème, pourtant de plus en plus d'études se dirigent vers l'activité physique. Celle-ci ne représente pas un frein à la diminution de ce dernier, bien au contraire (Hasenoehrl, 2020) Une rééducation précoce, avec des exercices, mobilisations, massages, drainage, et de l'éducation, réduit le risque de développer un lymphœdème (Merchant, & Chen, 2015). En effet, la réhabilitation physique a montré d'autres avantages tels que la diminution de la fatigue, le contrôle du poids, les fonctions cardio-respiratoires, une meilleure qualité de vie physique et mentale. Ces effets sont majorés lors d'une prise en charge en groupe (Leclerc, 2017). Et cela est d'autant plus vrai lorsque l'on prend en compte le patient dans sa globalité, c'est à dire avec les conséquences psycho-sociales (Soum-Pouyalet, 2009 ; Leclerc, 2017).

4. Questionnement professionnel

Le cancer du sein impose une forte charge émotionnelle. Dès lors que les traitements modifient radicalement l'enveloppe corporelle, tels que la mastectomie, le devenir de l'apparence devient une préoccupation majeure. L'impact physique de l'opération accentue la charge mentale. Nous retrouvons donc des conséquences psychosociales, dont la plus commune est l'altération de l'image corporelle. Or son atteinte, générée par la perte physique, montre une certaine flexibilité, en lien avec l'adaptation psychologique. Nous avons donc la possibilité d'agir dessus, possibilité qui s'offre aux soignants, bien qu'elle soit souvent négligée.

Cette altération a été largement étudiée en soins infirmiers, pourtant différents professionnels de santé interviennent dans la lutte contre le cancer et ses conséquences. Le masseur-kinésithérapeute prend place parmi les soins de support. Étant donné le caractère multidimensionnel du cancer, nous nous interrogeons sur le rôle du masseur-kinésithérapeute face aux répercussions d'ordre psycho-sociales, affectant alors la qualité de vie de ces patientes. Ce dernier est amené à passer beaucoup de temps avec ces patientes, favorable à l'élaboration d'une relation thérapeutique. Face aux retentissements du cancer dans leur quotidien, ce professionnel prend une place centrale dans la vie de ces patientes. Ce lien soignant-soigné lui donne une place privilégiée car c'est le premier professionnel auquel elles sont confrontées en post-opératoire, et ce sur du long terme. Nous nous demandons alors si celui-ci a conscience de l'impact psychosocial et s'il l'intègre à sa prise en charge. Cela nous amène alors à notre problématique qui est : *Le masseur-kinésithérapeute, acteur des soins de supports dans la prise en charge post-mastectomie, dispose de nombreux moyens pour pallier les conséquences physiques et fonctionnelles du cancer. Mais qu'en est-il des répercussions psychologiques ? Comment le masseur-kinésithérapeute appréhende les conséquences néfastes du cancer telles que l'altération de l'image corporelle ?*

5. Méthodologie

Cette partie a été rédigée selon les précautions méthodologiques d'une étude menée en 2012 par C. Baribeau et C. Royer, afin de donner une valeur scientifique à cette étude. Pour cela, la nature de l'étude, les caractéristiques des participants, les instruments utilisés, la méthode d'analyse et les précautions éthiques doivent être abordés.

5.1. La recherche qualitative

La recherche qualitative permet de comprendre des phénomènes, une situation, un processus (Baribeau & Royer, 2012). Cette dernière s'oppose souvent à la recherche quantitative, pourtant la construction scientifique est la même, seules les finalités changent. En effet, une question de recherche, débutant généralement par « comment » ou « pourquoi », est élaborée à partir des données de la littérature, dont la réponse est établie à l'aide de la méthode la plus appropriée. Le qualitatif est adopté lorsque des données subjectives sont étudiées, malaisément mesurables (Aubin-Auger, 2008 ; Doody, 2013). Ce type de recherche est très utilisé dans les différents domaines de la santé car elle favorise la compréhension des déterminants de soins. Cela permet de faire le lien entre le vécu du thérapeute et les données de la littérature (Aubin-Auger, 2008). Nous souhaitons donc comprendre ce lien entre l'altération de l'image corporelle et la masso-kinésithérapie.

En 2001, P. Hopwood a élaboré l'échelle BIS évaluant l'altération de l'image corporelle. (Hopwood, 2001). Elle reprend les différentes dimensions de celle-ci. Des échelles de qualité de vie ont également été développées, où la question de l'image corporelle est abordée. Il existe EORTC QLQ-BR23 et FACT-B validées pour les patientes ayant eu un cancer du sein (Nguyen, 2015). Cependant, ces différentes échelles s'adressent aux patientes. Dans cette étude, nous souhaitons avoir le point de vue des masseurs-kinésithérapeutes face aux répercussions psychosociales du cancer et de ses traitements.

5.2. Outil d'investigation : l'entretien semi-directif

Pour comprendre l'implication des masseurs-kinésithérapeutes face à la problématique d'image corporelle, nous nous intéressons à leur expérience de prise en charge de patientes après une mastectomie. La méthode la plus appropriée est l'entretien, instrument privilégié en recherche qualitative, car c'est une méthode dite « parlante » (Baribeau et Royer, 2012 ; Doody, 2013). Selon Poupart, trois raisons peuvent justifier l'utilisation de l'entretien. Nous pouvons y avoir recours dans un but épistémologique, éthique et politique ou encore méthodologique. Cette étude se trouve dans le troisième cas de figure. En effet, nous souhaitons saisir les perceptions, les émotions et points de vue de l'interviewé, en s'appuyant sur son expérience et l'interprétation qu'il en a, afin de les rendre explicites et les comprendre (Poupart, 1997 ; Tong, 2007 ; Aubin-Auger, 2008).

Nous allons utiliser l'entretien semi-directif, le plus courant en recherche qualitative et dans la santé, décrit par Savoie-Zajc (Doody, 2013 ; Kallio, 2016). Cet outil de collecte de données verbales se construit dans l'interaction entre un intervieweur, l'investigateur de cette étude, et un interviewé, les participants, dans le but de « partager un savoir expert et de dégager une compréhension du phénomène » (Baribeau et Royer, 2012). Celui-ci a l'avantage de laisser libre court au dialogue, par le format ouvert des questions, tout en restant dans un cadre, afin de permettre la comparaison des données recueillies. Ce cadre est fourni par le guide d'entretien, construit au préalable (Doody, 2013).

L'usage de l'entrevue semi-directive suscite 5 grandes étapes décrites par Kallio, H. dans une revue méthodologique systématique : « (1) identifier les conditions préalables à l'utilisation des entretiens semi-directifs, (2) récupérer et utiliser les connaissances antérieures, (3) formuler le guide d'entretien semi-structuré préliminaire, (4) essai pilote du guide d'entrevue, (5) présenter le guide d'entretien semi-structuré complet » (Kallio, 2016). L'élaboration du guide arrive à la troisième étape (Annexe III). Les questions de celui-ci reposent sur les théories renseignées au préalable. La première étape de ce guide consiste à réaliser un « brainstorming » des idées en lien avec l'objet d'étude, qui doivent ressortir lors de l'entretien (Sylvain, 2002 ; Kallio, 2016). Celles-ci ont ensuite été regroupées en 3 grands thèmes : la prise en charge d'une patiente post-mastectomie, les répercussions psychologiques et enfin, la relation thérapeutique. Cet ordre nous permet de débiter par un sujet dit léger, et assez générale, pour mettre en confiance le sujet, puis approfondir dans l'objet d'étude (Kallio, 2016). À partir de là, 3 questions ouvertes par thème ont été établies. Celles-ci doivent permettre d'accéder aux connaissances, opinions, émotions et/ ou expériences des sujet (Doody, 2013). Il est également possible de rajouter des reformulations ou relances dans ce guide (Sylvain, 2002). Nous précisons que l'image corporelle n'apparaît pas dans les questions afin de savoir si elle est perçue par les masseurs-kinésithérapeutes interrogés.

Enfin il est essentiel de tester le guide avant la réalisation des entretiens, pour en apprécier sa compréhension et sa cohérence. Il a tout d'abord été relu par 3 individus neutres puis testé sur une étudiante. Cela permet d'ajuster ou reformuler certaines questions afin d'obtenir des réponses spontanées et approfondies. Après modification, nous rentrons dans la dernière phase où le guide est finalisé, les entretiens débutent (Kallio, 2016). Selon les réponses des participants,

l'intervieweur peut poser de nouvelles questions ouvertes pour apporter des précisions, ou relancer en reformulant pour s'assurer de la compréhension de leurs dires (Doody, 2013 ; Kallio, 2016). Toutefois, les temps de silence sont respectés laissant le temps au sujet d'approfondir (Kallio, 2016).

5.3. Population de recherche et recrutement

Les entretiens sont donc à destination des masseurs-kinésithérapeutes. Pour des raisons de faisabilité, l'objectif est de conduire 3 à 5 entretiens. En effet, la qualité d'une recherche qualitative est d'autant plus liée à la nouveauté des informations apportées, qu'à la taille ou la représentativité de l'échantillon. Pour pouvoir joindre cette étude, les participants devaient répondre à 4 critères. Les professionnels doivent avoir la nationalité française, posséder un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et intervenir dans la prise en charge des patientes ayant subi une mastectomie post-cancer du sein. Pour la compréhension et le bon déroulé des entretiens, ils ne doivent présenter aucun trouble cognitif. Enfin, l'âge, le sexe et l'année d'obtention du diplôme des participants ne représentent pas des critères d'exclusions.

L'annonce de recrutement a été déposée sur le réseau social Facebook®, sur deux groupes de masseurs-kinésithérapeutes. L'un n'est pas spécifique et le deuxième s'adresse à ceux intervenant après un cancer du sein. Les participants pouvaient donc habiter hors Ile-de-France. Nous avons rapidement obtenu 8 réponses. Cependant, seulement 3 d'entre eux ont fait suite. Ces derniers ont donc été sélectionnés de manière non probabiliste, c'est à dire volontaires. Les 3 participants sont des femmes.

5.4. Déroulement et analyse des données

Les entretiens se sont déroulés durant une période de 1 mois, du 1^{er} février au 1^{er} mars 2020, en individuel. Leur réalisation nécessite le respect des critères d'éthique c'est à dire la mise en place d'un consentement libre et éclairé (Annexe I). C'est la responsabilité de l'investigateur. Dans celui-ci apparaît la présentation de l'investigateur ainsi que l'objet de l'étude. Nous retrouvons également le rôle du participant, dans le respect de ses droits et intérêts, et surtout l'assurance de la confidentialité des données et de la protection de leur anonymat. Bien sûr le participant est libre de se retirer de l'étude sans conséquences. Celui-ci a été lu, rempli et signé avant de réaliser les entretiens, en 2 exemplaires afin que le participant

en conserve un (Baribeau, & Royer, 2012). En amont, ils doivent également remplir un questionnaire d'informations afin de mieux connaître la population de recherche (Annexe II). Les sujets ont renseigné des données personnelles, et confidentielles, afin de les contacter si besoin. Ainsi que des données professionnelles dont les formations complémentaires (toutes confondues), le mode d'exercice et la fréquence de prise en charge post-mastectomie.

Les entretiens ont été réalisés en face à face ou, le cas échéant, en visio-conférence. Les participants n'ont pas été rencontrés au préalable. Avec l'accord de ces derniers, au travers du consentement, les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Dès le début, le type semi-directif est défini, ainsi que les 3 thèmes pour donner une vision d'ensemble aux participants. L'investigateur, étant novice, n'a pas pris de notes au cours des entretiens afin d'être attentif à l'ensemble des données apportées (Doody, 2013). Les entrevues ont duré entre 55 et 70 minutes (1h10).

Chaque entretien doit ensuite être retranscrit c'est à dire convertir les données verbales enregistrées en un texte écrit au mot près. Bien que certains s'y opposent, la transcription permet d'offrir un support à l'analyse des données. Toutefois il faut compter entre 6 et 7 heures de travail pour un entretien d'1 heure (Halcomb, & Davidson, 2006). Chaque entrevue a été retranscrite avant la réalisation de la suivante. Cela a permis d'avoir un feedback sur la bonne formulation des questions et l'utilisation des relances, et ainsi de s'améliorer (Doody, 2013). Comme annoncé dans le consentement, les retranscriptions sont envoyées aux participants afin d'attester leur propos, et d'apporter des précisions si besoin. Aucun sujet n'a modifié son entretien.

Puis l'investigateur procède à une analyse de contenu. La première étape consiste au codage. Chaque entretien est relu et analysé individuellement, afin de relever les informations les plus pertinentes dans les thèmes prédéfinis par le guide. Ces informations sont des codes, ou fragments d'entretien, permettant la comparaison des 3 entretiens. Le but étant de repérer des similitudes, ou au contraire des oppositions. Selon les données, il est possible de faire émerger de nouveaux thèmes, nécessaires pour répondre à la problématique (Romelaer, 2005)

5.5. Implication de l'investigateur

Le contenu et la crédibilité de cette étude tient aussi de l'implication que le chercheur a dans l'objet de recherche. Il est primordial que le celui-ci se positionne afin de permettre au lecteur de comprendre ses motivations personnelles, ses hypothèses, notamment lors de l'analyse des résultats (Borgès Da Silva, 2001). Cette partie engage uniquement le chercheur, étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie.

Les réseaux sociaux et la société médiatique sont générateurs de complexes et d'insatisfactions corporelles, en prônant une image faussée des femmes. Celles-ci construisent alors leur identité corporelle dans une société où le paraître est mis en avant. Bien que les mœurs tendent vers une femme plus moderne et naturelle, la différence physique peut être difficile à porter.

Lorsque le diagnostic du cancer du sein est posé, toute cette problématique autour de l'apparence physique, et par association l'image corporelle, est bouleversée. Certains traitements vont modifier radicalement le corps, laissant place à la stigmatisation de soi, mais aussi des autres, renforcé par cet environnement socio-culturel. Parmi eux, la mastectomie, qui par son irréversibilité, est responsable de la perte d'un sein et de cette symétrie corporelle, propre à l'Homme. L'ensemble des traitements génèrent alors des troubles fonctionnelles, mais aussi et surtout un impact psychologique très fort. Il y a une grande charge émotionnelle à la perte d'une partie de soi, d'un corps qui ne sera plus jamais comme avant.

Le cancer du sein est donc une pathologie multidimensionnelle par les impacts qu'il entraîne. Lorsqu'une femme mastectomisée est prise en charge, ce sont tous ces aspects qui doivent être pris en compte. Ces patientes rencontrent différents professionnels de santé, dont le masseur-kinésithérapeute. Celui-ci est alors confronté à une patiente avec des conséquences fonctionnelles, mais aussi psychologique et sociale, altérant sa qualité de vie.

La masso-kinésithérapie est propice à ce type de prise en charge par le temps qu'elle confère à ces patientes. En effet, c'est une profession qui offre une certaine proximité corporelle, mais aussi de l'esprit finalement, car l'altération du corps se répercute psychologiquement. Ce lien lui permet alors d'accéder aux besoins et préoccupations de ces patientes, dont la vie a été chamboulée. Il se doit de mettre en place des moyens appropriés pour contrer ces conséquences,

mais il est également en mesure d'écouter leurs maux, et de les rassurer. Enfin, il va permettre de casser la stigmatisation du regard des autres, par un regard professionnel et bienveillant.

L'hypothèse est donc que le masseur-kinésithérapeute, en tant que professionnel de soin de support, est un acteur privilégié pour lutter contre les impacts physiques et psychosociaux du cancer. En effet, il est amené à passer beaucoup de temps avec ses patientes, favorisant un lien. Celui-ci propice aux confidences donne une place importante au soignant dans la vie de ces femmes. Ces deux facettes, de praticien et de communicant, lui confère alors un rôle essentiel face à l'altération de l'image corporelle de ses patientes.

6. Résultats

6.1. Présentation des participants

Nous rappelons que les entretiens ont été réalisés auprès de trois femmes masseurs-kinésithérapeutes, prenant en charge des patientes post-mastectomie. Seuls leur âge ainsi que l'expérience (début d'exercice, formations) varient. Compte tenu des critères d'éthique, les participantes ont été nommées par des prénoms d'emprunt.

Léa est diplômée depuis 4 ans. Elle détient son expérience de ses stages et des différentes prises en charge depuis le début de son exercice, essentiellement à domicile. Julie est également diplômée depuis 4 ans et a réalisé une formation « Rééducation post-cancer du sein ». Cette dernière va prochainement entamer un diplôme universitaire (DU) de perfectionnement. Enfin, Marie exerce depuis 27 ans, dont 13 ans en oncologie. La quasi-totalité de sa patientèle sont des femmes après un cancer du sein. Elle possède un DU et enseigne également à ce sujet.

6.2. Résultats des entretiens-semi-directifs

Les résultats ont été reclassés selon 5 thèmes : la prise en charge et la masso-kinésithérapie dans le parcours de soin ; les impacts perçus par le masseur-kinésithérapeute ; son rôle dans l'accompagnement psychologique ; la relation thérapeutique et enfin l'image corporelle et la masso-kinésithérapie.

6.2.1. *Thème 1 : La prise en charge et la place de la masso-kinésithérapie dans le parcours de soin*

Dès les premiers temps de l'entretien, les trois masseurs-kinésithérapeutes interrogées caractérisent la masso-kinésithérapie par trois adjectifs différents afin de souligner son importance : « *important* » (Léa), « *primordial* » (Julie), « *fondamentale* » (Marie). Elle est essentielle par la fréquence et le temps de prise en charge : « *je les voyais 2/3 fois par semaine, toutes les semaines* » (Léa) ; « *3 fois par semaine une demi-heure à ¾ d'heures* » (Julie) ; « *on les garde une demi-heure en main* » (Marie). Elles affirment également que c'est le thérapeute qui est le plus vu par ces patientes, dans les soins post-opératoire : « *pendant un mois en fait le seul spécialiste enfin le seul paramédical/ médical qu'elle va voir c'est le kiné* » (Julie), « *la kiné qu'on voit 2/3 fois par semaine qu'au médecin qu'on voit 1 fois occasionnellement* » (Léa).

De manière générale, les thérapeutes ont eu recours aux mêmes techniques telles que « *la mobilisation* », « *les étirements* », « *la respi* », « *le drainage* », « *la mobilisation de cicatrice* », « *le massage* », « *le k-tape* ». Cependant, deux d'entre elles témoignent que finalement, par les moyens employés, la rééducation est dite classique : « *la rééducation classique, drainage, retrouver l'amplitude* » (Julie), « *Tout ce qu'on fait sur une prise en charge de cancer du sein c'est des techniques de base* » (Marie). La particularité de la prise en charge provient des traitements mis en place : « *On travaille l'épaule, on travaille les amplitudes, étirements selon ce qui a eu, si après mastectomie totale il y a eu chimio, rayons* » (Léa), « *la prise en charge kinésithérapique correspond à la prise en charge des effets indésirables des traitements du cancer* » (Marie), « *si elle est en train de faire la chimio, si elle est en train de faire la radiothérapie (...) on n'aura pas la même prise en charge* » (Julie). Et certains traitements ont lieu durant la prise en charge : « *je n'ai plus que 3 semaines parce que 1 mois après commence la radiothérapie* » (Marie), « *on est obligé de gérer avec la radiothérapie* » (Julie).

Les trois professionnelles se rejoignent ensuite sur l'impact du toucher comme étape de la rééducation. En effet, c'est une profession qui est amenée à toucher les patientes et pour certaines, ce n'est pas toujours évident : « *ça dépend les patientes, y'en a qui sont assez ouvertes et qui vont te le dire direct, ça dépend de leur caractère aussi, et puis t'en a d'autres qui sont beaucoup plus fermées* » (Julie), « *je sais d'emblée que l'impact de ma main sur la peau ne va pas être le même qu'avec quelqu'un qui va avoir plus de facilités etc etc. Donc y'a la pudeur, y'a la personnalité* » (Marie). Pour cela, les masseurs-kinésithérapeutes doivent s'adapter et ne

sont pas amener à toucher leurs patientes dès la première séance : « *Et y'a des fois je ne touche pas trop près, toujours pareil c'est en fonction de l'adaptation* » (Marie), « *je la touche pas beaucoup au premier bilan enfin à la première séance* » (Julie), « *je cherche pas à m'imposer trop vite dès la première séance pour les mettre en confiance* » (Léa). Cela s'engage progressivement et elles se décrivent comme des vecteurs au toucher et au regard de cette zone sans sein : « *c'est nous aussi qui allons amener la patiente à se toucher, à toucher la partie voilà, à peut-être se regarder dans le miroir* » (Julie), « *Arriver à se regarder dans une glace sans se dire "ah mais c'est quoi cet horreur" tu vois, juste "je suis comme ça mais ce n'est pas grave"* » (Léa). Finalement, les trois participantes s'accordent sur le fait que le masseur-kinésithérapeute, par l'intermédiaire du toucher, a un rôle dans l'acceptation du nouveau corps : « *il y a une perte de sensibilité ça leur permet de retrouver une petit peu de voilà de leur redonner confiance dans la prise en charge globale quand c'est de la reconstruction, les aider à mieux accepter* » (Marie), « *déjà juste toucher sans se regarder tu vois mais toucher sentir puis après amener le fait peut être de se regarder voilà de, pour amener vers l'acceptation de son nouveau corps* » (Julie), « *retrouver de la mobilité de la peau, retrouver une sensibilité normale et accepter la ba la zone* » (Léa).

Enfin, la prise en charge repose également sur la reprise d'une activité physique : « *l'activité physique aussi que c'est super important* » (Julie), « *on a d'autant plus une importance c'est que nous sommes la kinésithérapie, c'est la thérapie par le mouvement, nous devons être présent pour stimuler les patientes pour l'activité physique* » (Marie), « *je demande aussi des exercices de remise en forme de manière générale* » (Léa).

6.2.2. Thème 2 : Les impacts perçus par les masseurs-kinésithérapeutes

Au cours des entretiens, les trois participantes ont mis en lumière les différents impacts imposés par le cancer et ses traitements, à commencer par la perte d'un symbole : « *quand tu perds ton sein, tu perds une partie de ce qui est censé faire ta féminité et alors que c'est pas que la dedans ta féminité* » (Léa), « *ça va être sa féminité, ça va être donc pour elle-même déjà, ça va être dans son couple, ça va être aussi auprès des enfants parce que le sein c'est la maternité, c'est l'allaitement* » (Julie), « *c'est un symbole de sexualité, c'est un symbole de maternité, c'est un symbole de féminité donc c'est tout ça d'un coup qui disparaît* » (Marie). C'est aussi la distinction homme-femme : « *C'est quand même ce qui fais de toi, ce qui fais la*

différence physique avec un homme » (Léa), « *ça fais partie d'une des spécificités de la femme* » (Julie). Elles décrivent cette perte comme un bouleversement et une remise en question de leur vie : « *ba y'en a beaucoup qui remettent un peu en doute leur féminité surtout quand il y a les cheveux en plus* » (Léa), « *j'en ai beaucoup des patientes qui remettent totalement en question leur vie, leur manière de vivre, leur manière d'être* » (Julie), « *elles veulent tout modifier dans leur vie, elles veulent changer de boulot, c'est le coup de ménage là. C'est logique. Elles sont passées à ça de la mort* » (Marie).

Parmi les impacts exposés, nous retrouvons aussi l'aspect physique : « *C'est une transformation physique qui est radicale quand même, qu'on le veuille ou non* » (Marie), « *il y a l'impact du cancer... entre la perte des cheveux, les ongles qui noircissent, je pense que ça, outre le fait que ce soit le sein* » (Léa), « *puis même les douleurs que tu peux avoir du coup t'as un déséquilibre, ça va être les douleurs de dos* » (Julie). Mais c'est également des impacts psychologiques comme la dépression. Toutefois la préoccupation qui ressort le plus est le regard des autres : « *le regard des autres, l'impact le regard des autres ... et puis encore en plus si elles sont en chimio, qu'elles ont plus de cheveux* » (Julie), « *j'en avais qui se cachaient que de l'extérieur mais pas de leur mari et de leurs enfants. J'en avais qui se cachaient de tout le monde, y'avait que moi qui les voyait et dès qu'il y avait quelqu'un qui rentrait même en cognant et tout, même quelqu'un de très proche, elles se cachaient* » (Léa), « *Mais elles, elles ont l'impression que tout le monde voit, tout le monde !* » (Marie). Et Marie soutient également que ses patientes l'évoquent en séance : « *elles me racontent des astuces pour pas que ça se voit, on voit bien que c'est une préoccupation majeure* ». Il y a une réelle volonté à se cacher jusque dans le comportement. Marie insiste sur l'enroulement de l'épaule, témoin de ce besoin.

Elles relient également cette inquiétude aux idéaux féminins de la société : « *je pense qu'on demande beaucoup à une femme dans son image dans la société et quand on perd cette image que la société attend de nous, je pense que c'est ... c'est dur* » (Léa), « *là on est très aujourd'hui sur la beauté, sur l'esthétique donc le fait de plus avoir de sein qu'on soit plus jeunes (...) même les femmes d'une cinquantaine d'années, d'une soixantaine d'années qui prennent soin d'elles* » (Julie), « *on est écrasé par tous ces magazines, tous ces machins, tous ces trucs, tous ces lobbies où il faut être mince* » (Marie).

Enfin, cela n'impacte pas seulement la personne touchée, puisque la question de l'entourage, personnel et professionnel, est également abordée : « *ce qui lui avait fait bizarre c'est de voir sa mère sans cheveux... de voir sa mère amaigrie* » (Léa), « *l'impact que ça a aussi, le fait de savoir voilà que les collègues le sachent* » (Julie). Ainsi que le conjoint, où l'impact est tel qu'il atteint la vie intime : « *C'était une grosse étape pour elle de voilà s'assumer en sortant de la douche devant son mari* » (Léa), « *Ouai y'a des patientes elles vont te dire il me touche plus du tout ou il veut plus du tout regarder* » (Julie), « *c'est difficile pour le « pas malade » d'être en soutien, mais je pense que comme ça a un impact sur la sexualité, sur l'intimité, sur la féminité, je pense que ça amène aussi cette séparation, cette rupture, ou ça termine les choses ou ça les démarre et les gens se séparent* » (Marie).

6.2.3. Thème 3 : Le masseur-kinésithérapeute dans l'accompagnement psychologique

Nous ressentons que l'aspect psychologique prend une part importante dans la prise en charge : « *la part psychologique dans la maladie c'est énorme* » (Léa), « *t'es obligé de traiter la patiente voilà en elle-même et du coup avec ses problèmes psychologiques, avec ses peurs, avec ses angoisses* » (Julie), « *c'est un soin qui fait partie de la violence de cette pathologie et qui est nécessaire pour améliorer l'état de la patiente tant physique que psychologique* » (Marie). Cela est pris en compte dès le premier contact avec le thérapeute : « *poser beaucoup de questions les premières séances pour savoir elle son état d'esprit (...) c'est ce sur quoi je me penche le plus* » (Léa), « *le bilan il est super important, il est super important parce que t'apprends pleins de choses, t'apprends pleins de choses sur l'état de la patiente, déjà comment elle se situe* » (Julie), « *ce qui est le plus important à travailler et bin ce dont la patiente a besoin. Et comment on sait ce dont elle a besoin ba par un bilan performant* » (Marie).

Elles ont donc conscience de la part psychologique. Cette perte est un deuil. Elles sont exposées aux différentes étapes qui le constituent :

- Extraits de Julie : « *Soit elles le manifestent avec désinvolture ou elles vont être très cru voilà "J'ai plus de seins !"* », « *y'a beaucoup de pleurs au début (...) elles ont pas le temps de se rendre compte trop de ce qu'il se passe et souvent c'est après coup* », « *Entre une patiente qui va elle-même avoir palper, qui va avoir attendu, qui va peut-être culpabiliser* ».
- Extraits de Marie : « *elle avait une adaptation psychologique et qu'elle pouvait être très agressive et que c'était pas contre moi, c'était contre la pathologie* ». « *Les plus*

dérangeantes étant le déni et l'agressivité », « on le voit parce qu'elles se manifestent au cabinet. Moi j'ai des patientes qui pleurent parce que c'est dur ».

Elles soulignent l'importance de l'intégrer et l'influence que cela peut avoir sur la prise en charge : *« qu'elle soit pas sur la défensive et du coup crispée et stressée ce qui nuirait à la récupération »* (Léa), *« Donc si la patiente elle n'est pas bien et qu'elle a pas confiance en toi, y'a des choses qui marcheront pas »* (Julie), *« Il ne faut pas que ce soit quelque chose qui bloque la rééducation »* (Marie). Cette dernière l'utilise comme outil : *« Elle est dans la colère et bien on va écouter cette colère et on va essayer d'en faire quelque chose ».*

Elles exposent avoir un rôle important dans l'accompagnement : *« l'accompagnement psychologique... après la famille, j'ai l'impression qu'on est presque au premier plan en tant que kiné »* (Léa), *« c'est plein de choses, c'est physique, c'est psychologique, c'est un soutien, je pense que on a un métier qui est vraiment fait pour tout ça »* (Marie), *« c'est un accompagnement qui est global, c'est ça qui est super intéressant dans cette pathologie »* (Julie). Or, à plusieurs reprises, les sujets ont évoqué un manque de formation à ce niveau : *« on est pas assez... pas assez préparé à cet accompagnement psychologique voilà. Ba qui pourtant je pense est essentiel »* (Léa), *« j'ai pas eu du tout de cours sur le post cancer du sien donc ... j'ai appris un peu sur le tas »* (Julie). Marie soutient même une formation trop centrée sur la pratique et notamment le drainage : *« aujourd'hui ce qui s'enseigne majoritairement dans les écoles c'est le lymphœdème du gros bras »* (Marie). Elles prônent toutes les trois le besoin de se former et d'aller vers la connaissance, car cela les aide à prendre en charge leur patiente.

6.2.4. Thème 4 : La relation thérapeutique, une qualité de soin

C'est avant tout une relation basée sur la confiance : *« Moi je me rends compte aujourd'hui que j'ai une relation privilégiée avec mes patientes (...), avec beaucoup de confiance »* (Marie), *« 3 fois par semaine une demi-heure à $\frac{3}{4}$ d'heures, automatiquement on parle beaucoup tu vois et ... ba y'a une confiance qui s'installe »* (Julie), *« j'essaie de créer ... pareil ... créer le lien pour avoir une relation de confiance »* (Léa). Cette relation nécessite la présence du thérapeute : *« des fois c'est pas un mot c'est une main sur l'épaule tu vois »* (Léa), *« c'est quelque chose d'intime, on prend le temps »* (Julie), *« on est très présent, on est très à l'écoute »* (Marie). Et comme l'évoque Marie, le masseur-kinésithérapeute doit aussi être à l'écoute de l'autre : *« elles veulent être rassurées ... qu'on les écoute tu vois »* (Julie), *« D'être à l'écoute je pense que c'est ce qui fonctionne le mieux »* (Marie). Enfin, elles mettent en lumière un autre élément de

la relation qu'est l'empathie : « *y'en a pas mal c'est ouai pas de pitié, l'empathie mais pas de la pitié* » (Julie), « *de bien leur montrer moi j'ai ... j'ai de l'empathie mais j'ai aucune pitié* » (Léa), « *c'est un soin qui est extrêmement important quand on est empathique* » (Marie).

Cette relation se construit aussi autour de la communication, mais il faut veiller à l'impact des mots : « *tu vois je sais très bien que tout ne peut pas aller bien donc je fais très attention à ne pas dire « ça va aller » ou ... ou « vous allez guérir » ou très trucs comme ça* » (Léa), « *Ça apprend du coup, ça nous apprend aussi à peser les mots, les mots c'est super important* » (Marie). Certaines ont également recours à l'humour comme outil : « *j'essaie de dédramatiser un peu les choses aussi des fois. Des fois je me permets de faire de l'humour* » (Léa), « *Moi je suis quelqu'un de très déconneuse, j'adore rigoler et donc je m'appuie aussi énormément sur ça* » (Marie). La communication est importante car nous ressentons que la séance est un lieu d'expression pour leurs patientes : « *tu sens que ça a besoin de parler* » (Léa), « *On est amené beaucoup à discuter. Je pense que c'est un bon endroit pour parler en plus donc voilà* » (Marie), « *elles parlent de beaucoup de choses et du coup au fur et à mesure elles vont se livrer* » (Julie). Elles remarquent qu'au fur et à mesure, leurs patientes se confient et notamment sur des sujets intimes : « *je sais que mes patientes elles me confient des trucs (...) des trucs super intimes* » (Léa), « *elles te confient beaucoup de choses, même des choses des fois qu'elles racontent pas à leur mari ou pas à leurs enfants* » (Julie).

Cependant, bien que cette relation soit importante, il faut savoir garder cette distance professionnelle : « *j'essaie toujours de garder une certaine distance tu vois... notamment avec le ... avec le vouvoiement* » (Léa), « *tu la gardes la distance mais c'est quand même une relation qui est un petit peu plus particulière parce que tu les vois souvent* » (Julie), « *j'essaie de mettre de la distance pour me protéger moi et surtout parce que ça ne fait avancer personne de le dire* » (Marie). Nous remarquons que pour deux d'entre elles, avec une expérience moins importante comparé à notre troisième sujet, il est difficile de s'écarter émotionnellement de la maladie, c'est très lourd : « *moi je suis assez empathique et... genre il voit très bien que leur situation me touche tu vois, j'arrive pas à le cacher* » (Léa), « *parce qu'au début tu sais tu commences tout ça et que peut-être que je... je m'investissais un peu trop* » (Julie), « *ça c'était y'a 13 ans, parce que je ne savais pas, parce que j'avais pas pris de recul, parce que j'avais appris à mettre de la distance, (...) j'étais très dans l'affect de cette perte* » (Marie). Avec l'expérience, il y a une prise de recul afin de se détacher émotionnellement de cette perte.

Précédemment, chaque participante a évoqué les impacts perçus de la maladie, dont le regard des autres. Elles montrent finalement que le rôle du masseur-kinésithérapeute est globale, c'est un accompagnement dans cette acceptation et adaptation d'un nouveau corps et nouvelle image : « *On les accompagne sur tout en fait, sur le physique, ... on les accompagne sur le psychologique, on les accompagne dans la reconstruction, reconstruction de soi, la reconstruction ... ce n'est même pas une reconstruction en fait c'est, pour moi c'est l'acceptation de son nouveau corps* » (Julie), « *Je pense que notre travail, il est important dans l'aide à l'adaptation à l'annonce de la maladie, à l'ablation du sein, à l'acceptation de la chimio, de la radiothérapie* » (Marie). Il est essentiel car les patientes ont perdu confiance en elles, s'estiment moins. C'est un long cheminement où le masseur-kinésithérapeute leur redonne cette place dans la société et cette image d'elle : « *c'est de les rassurer, c'est leur redonner une nouvelle image d'elle, une bonne image d'elle tu vois* » (Julie), « *c'est redonner une place même si le sein il est plus là* » (Julie), « *je leur explique comment c'est important pour elles physiquement, intellectuellement, psychologiquement de retrouver une place dans la société donc on discute beaucoup de ça aussi. On a vraiment un rôle qui est très important* » (Marie).

Les sujets insistent alors sur le besoin de les écouter afin de prendre en compte leurs besoins mais aussi leurs inquiétudes. Elles expriment le fait que leurs patientes ont besoin d'être rassurer, c'est donc aussi pouvoir leur apporter des réponses : « *bien se renseigner tu vois sur les effets secondaires, en fait t'as tellement de questions qu'elles te posent que c'est à nous aussi de se remettre en questions, d'aller se renseigner* », « *si elles ont des questions, qu'elles hésitent pas et que peut être je pourrais les diriger vers les personnes appropriées* » (Léa), « *on connaît et on va les rassurer, on va les aider dans ce combat* » (Marie). Cela nécessite d'aller vers la connaissance et notamment en psychologie pour les aider à intégrer ça. Mais aussi savoir rediriger lorsque nous ne sommes pas en mesure de répondre. Cette intégration passe par la relation thérapeutique, qui prend une place importante ici, mais aussi par l'implication des patientes : « *j'essaie de ... de les impliquer beaucoup. Je donne toujours des exercices à faire tout seul... donc peut être que ça ça peut aider* » (Léa), « *c'est qu'elles puissent s'auto-gérer toute seule tu vois, auto-étirements, auto-drainage si elles peuvent c'est bien à expliquer, l'activité physique aussi que c'est super important* » (Julie), « *on est important dans l'aide à la reprise de l'activité physique ou le début de l'activité physique mais on est important dans la*

reprise de l'activité professionnelle » (Marie). Mais aussi dans les auto-soins de cicatrice par exemple.

Elles proposent des conseils esthétiques à leur patientes pour les accompagner dans ce cheminement : « *les accompagner aussi si elles ont chimio, perruques, foulards tu vois, ça aussi je, j'aide beaucoup, y'a la clinique, clinique des cheveux où je renvoie* » (Julie), « *on parle beaucoup de tout ce qui est vestimentaire, quel type de soutien-gorge elles peuvent avoir. J'essaye toujours de me renseigner sur quel type de marque va faire des choses un petit peu sexy parce qu'on a longtemps proposé des trucs de mémères* » (Marie).

Et enfin, cette réappropriation de son image peut aussi nécessiter une reconstruction chirurgicale. Elles évoquent la difficulté des patientes à l'intégrer car le résultat n'est pas toujours celui attendu, causé par un désir fort que tout redevienne comme avant : « *j'ai eu beaucoup de femmes qui étaient surprises du résultat après* » (Léa), « *si la mastectomie est violente c'est parce que y'a plus rien donc y'a un désir ultra fort d'une reconstruction en étant persuadée que ça va remettre nickel les choses comme avant* » (Marie). Cela passe par un soutien et une information suffisante pour qu'elles assimilent la réalité de la reconstruction, quand elle est désirée. Marie précise également que ces patientes sont parfois plus dures à prendre en charge car elles n'ont pas le temps de faire leur deuil. Cette adaptation demande un temps qu'il faut savoir s'accorder.

7. Discussion

7.1. Résumé des résultats principaux

Les masseurs-kinésithérapeutes interviewés donnent une place essentielle à la masso-kinésithérapie dans le parcours de soin post-mastectomie. Ils exposent un véritable suivi dans le temps, avec une fréquence de prise en charge supérieure aux autres professionnels rencontrés par leurs patientes. Pour eux, la spécificité de la prise en charge dépend des traitements mis en place et des conséquences engendrées. En effet, les masseurs-kinésithérapeutes interrogés ont conscience et perçoivent des impacts physiques, personnels, socio-culturels mais aussi psychologiques principalement en rapport avec le regard des autres.

Dans chaque entretien réalisé, la charge psychologique imposée par la maladie est importante. Les masseurs-kinésithérapeutes expliquent alors qu'ils intègrent l'état psychologique dès le bilan initial, car cela pourrait représenter un frein à la prise en charge. En effet, ils associent la mastectomie à la perte d'un symbole, plus ou moins investi selon leurs patientes, amenant à un deuil. Ce dernier se manifeste durant leurs séances par des pleurs, du déni, de la culpabilité et surtout de la colère. Ils affirment donc avoir un rôle d'accompagnement physique et psychologique essentiel, pour lequel ils exposent ne pas être assez formés. Ils sont un soutien face à ces répercussions, dont la problématique autour de l'image corporelle.

Les interviewés attachent de l'importance à la relation thérapeutique. Selon eux, la qualité de cette dernière repose sur la confiance, qui s'établit progressivement, avec leurs patientes, leur présence, l'empathie et surtout leur capacité d'écoute. En d'autres termes, ils affirment que leurs patientes ont besoin de parler, mais aussi d'être entendues et comprises. Ces dernières ont de multiples interrogations pour lesquelles ils estiment devoir les rassurer et y répondre. Les masseurs-kinésithérapeutes montrent que la connaissance de la pathologie est primordiale. Enfin, avec leurs expériences, ils apprennent à peser les mots, qui peuvent impacter négativement leurs patientes. La communication doit être adaptée.

Mais les masseurs-kinésithérapeutes s'appuient aussi sur le toucher. Ils s'accordent pour dire que ce dernier est nécessaire à l'acceptation du nouveau corps. Ils amènent leurs patientes à toucher cette zone sans sein, et la regarder. Cet accompagnement passe par l'implication de leurs patientes dans les soins, mais aussi en leur redonnant une image et une place dans la société. Les masseurs-kinésithérapeutes prônent alors l'importance de l'activité physique.

7.2. Analyse des résultats

Dès lors que le diagnostic est posé, les patientes rentrent dans un parcours de soin, où différents traitements vont être mis en place. Une fois la mastectomie réalisée, les soins de supports interviennent, bien que certains traitements adjuvants se poursuivent (HAS, 2010). Les masseurs-kinésithérapeutes comptent parmi eux. Une fois sorties de l'hôpital, ce sont les soignants que les patientes sont amenées à voir le plus fréquemment. En effet, elles reverront leur médecin spécialiste à des intervalles plus ou moins longs. C'est cette présence qui fait la richesse de la masso-kinésithérapie, car cela offre un véritable accompagnement et suivi au

travers des traitements. Les masseurs-kinésithérapeutes reçoivent alors leurs patientes 2 à 3 fois par semaine, et ce sur plusieurs mois (Miciak, 2018). Ils sont donc confrontés au contrecoup de l'annonce du cancer et surtout de la mastectomie. C'est pour cela que nous définissons les soins de support comme la prise en charge des conséquences, et c'est ce qui est mis en avant par les interviewés. Cependant, leurs perceptions de ce contrecoup ne se limitent pas aux conséquences physiques et fonctionnelles imposées. En effet, ils décrivent également des répercussions personnelles, psychologiques et sociales majeures succédant à la perte du sein. Celles-ci vont influencer à leur tour la prise en charge.

Le cancer du sein est souvent associé à des répercussions psychosociales plus ou moins sévères, dont l'altération de l'image corporelle. Bien qu'elle ne soit pas explicitement mentionnée, les trois masseurs-kinésithérapeutes mettent en évidence les dimensions qui la composent (Paterson, 2016). Ils insistent tout d'abord sur la dimension sociale avec, selon eux une préoccupation majeure, le regard des autres. Cette dimension intervient jusque dans l'intimité de leurs patientes, car elles se confient sur leurs relations conjugales et sexuelles qui sont également bousculées. Cela est accentué par la société. En effet, les masseurs-kinésithérapeutes interrogés soulignent que cette perte est d'autant plus dure à accepter qu'elles sont confrontées aux idéaux du physique féminin prônés pendant longtemps par la société médiatique (Chuang, 2018). Ils décrivent également les dimensions affectives et cognitives. En effet, leurs patientes confient se sentir moins femmes, moins féminines, s'estiment moins, se traduisant par des sentiments négatifs à l'égard de leur apparence physique (Rhoten, 2016). Ces modifications physiques altèrent l'intégrité physique mais aussi psychologique (Hopwood, 2018).

L'impact psychologique de la maladie occupe alors une place forte, si bien que, dès le début des entretiens, les masseurs-kinésithérapeutes considèrent qu'il fait partie intégrante de la rééducation. En effet, les modifications physiques imposées contraignent l'esprit à les intégrer (Reich, 2009). Les patientes subissent donc une adaptation psychologique, générée par la perte de ce symbole. Cet ajustement se traduit par le deuil, auquel les thérapeutes interviewés sont confrontés. L'image corporelle est donc directement liée à cette adaptation psychologique, puisque son altération provient de l'atteinte physique marquée par l'ablation du sein. Or cette altération peut aussi être influencée positivement par autrui, grâce au soutien de l'entourage mais aussi des soignants (Rhoten, 2016 ; Hopwood, 2018). Les masseurs-kinésithérapeutes jouent alors un rôle d'accompagnement et de soutien psychologique essentiel. L'état psychologique

du patient, ses émotions, formant les drapeaux jaunes, sont donc intégrés car ils peuvent représenter un frein à l'adhésion de la patiente et donc les résultats de la prise en charge (Berquin, 2010). Ignorer cet impact serait ignorer le propre de la pathologie, et passer à côté de ce qui préoccupe les patientes. C'est pour cela qu'il est intégré dès le bilan initial.

Pour comprendre ces patientes et intégrer leurs vécus, les masseurs-kinésithérapeutes établissent un cadre sécurisé. C'est ici qu'intervient la relation soignant-soigné. Le temps passé avec les patientes, et la proximité induite par la profession créent un lien entre les deux interlocuteurs. Les interviewés insistent alors sur la nécessité d'une confiance mutuelle (Mauduit & Ferring, 2016). En effet, ils rentrent dans l'intimité corporelle, puisqu'ils apposent leurs mains sur le corps des patientes. Mais également dans l'intimité de l'affect causé par la perte du sein au travers des confidences, ce qui leur donne une place privilégiée. La communication est essentielle car cela permet de montrer de l'intérêt pour ces patientes et leurs besoins, à conditions qu'elle soit adaptée (Hiller, 2015). En effet, les informations que les patientes leur apportent au sujet de leur préoccupations ont également leur importance pour le devenir de la prise en charge. Mais la prise en compte de celles-ci s'associe à l'empathie et l'écoute, car ils favorisent leur expression, et permet aux patientes de mettre des mots sur les maux. Les masseurs-kinésithérapeutes définissent alors la séance comme un lieu d'expression pour leurs patientes, d'autant plus qu'elles leur confient des pensées intimes, qu'elles ne partagent pas avec leur entourage. Ces deux éléments sont donc primordiaux pour comprendre les patientes et rendre légitimes leurs préoccupations. C'est une marque d'engagement auprès d'elles. Finalement, l'écoute et l'empathie sont des outils pour créer cette relation d'aide dont ces patientes ont besoin (Formarier, 2007).

Le soutien et l'écoute donnent alors une relation centrée sur le patient, favorable à une meilleure image corporelle (Fingeret, 2013). En effet, la narration du vécu a un fort impact, mais le toucher aussi. Les masseurs-kinésithérapeutes ont un rapport au corps particulier. Cette proximité leur offre une place de choix dans l'acceptation du nouveau. Le toucher renforce alors la relation de soin (Hiller, 2015 ; Kelly, 2019). Mais pour les patientes, c'est également un moyen de reprendre connaissance avec leurs nouvelles limites corporelles, de nouvelles informations sensorielles et donc de rencontrer leurs nouveaux corps (Bjorbaekmo, 2016 ; Mühlentfordt, 2019). Les masseurs-kinésithérapeutes sont des précurseurs et les accompagnent dans le toucher, et l'affrontement du regard, afin qu'elles prennent à leur tour soin de leur corps.

L'implication des patientes apparaît fondamentale dans cette prise en charge. Cela passe également par la remise en forme progressive au travers de l'activité physique. Elle est essentielle car redonne confiance en leurs capacités et en elles-mêmes pour reprendre leur place de femme dans la société et une image positive de leur corps (Paterson, 2016 ; Leclerc, 2017).

Les masseurs-kinésithérapeutes interviewés démontrent donc que ce sont des intervenants pour tous les aspects de santé, puisqu'ils sont confrontés aux conséquences aussi bien physiques que psychosociales du cancer. C'est donc un accompagnement global et un soutien pour ces patientes, car ils prennent place dans leur quotidien, et deviennent des alliés dans l'acceptation du nouveau corps, et donc de l'image corporelle. Ce sont des acteurs privilégiés par ce suivi propice à l'écoute et le dialogue. Nous comprenons alors que la notion de globalité est essentielle dans cette prise en charge, où tous les déterminants de santé doivent être pris en compte. C'est donc une prise en charge qui s'adapte à ces répercussions mais également au profil de chaque patient. Cette globalité s'inscrit dans le modèle biopsychosocial, qui paraît essentielle dans l'intégration des troubles d'image corporelle (Berquin, 2010). Cela confirme nos hypothèses, cependant nous devons comprendre que ce type de prise en charge demande de la connaissance, notamment en psychologie (Singla, 2015).

7.3. Analyse méthodologique, limites et perspectives d'amélioration

L'analyse méthodologique de cette étude s'appuie sur la traduction française des lignes directrices COREQ s'appliquant aux entretiens individuels et de groupes focalisés (Gedda, 2015 ; Tong, 2007). L'analyse s'effectue selon les trois domaines décrits soit : l'équipe de recherche et de réflexion, la conception de l'étude puis analyse et résultats. Le but étant d'évaluer cette étude afin de ressortir les points forts, mais aussi les points faibles, et d'amélioration.

7.3.1. L'équipe de recherche et de réflexion

L'équipe de recherche correspond à l'unique investigateur de cette étude. Le sexe, le nom et prénom, le statut d'étudiant ont été précisés aux participants lors du recrutement, et également sur le formulaire de consentement. Cependant, ces données n'ont pas été répétées au moment de l'entretien.

Dans ce type de recherche, il peut être difficile de contrer les biais personnels. De ce fait, le lecteur connaît l'identité, le statut, l'expérience de l'investigateur ainsi que ses hypothèses et son implication pour le sujet de recherche. Cela permet d'évaluer le degré d'influence de celles-ci sur les résultats, et ainsi donner de la crédibilité à l'étude.

7.3.2. *La conception de l'étude*

Les participants n'ont pas été sélectionnés, nous avons interviewés les volontaires ayant fait suite au recrutement de la population de recherche. L'absence de sélection à amener à interroger un petit échantillon, justifié pour des raisons de faisabilité, mais seulement des sujets femmes.

Un entretien a été réalisé en face en face, uniquement en présence de l'investigateur et du participant. Ce dernier a été réalisé au sein de l'établissement scolaire de l'investigateur. Les deux autres ont été réalisés en visioconférence, en raison de la distance kilométrique, dans leur domicile respectif. Le fait d'être dans un environnement familier peut faciliter l'ouverture des sujets. Pour des raisons de faisabilité et de temps, un seul entretien a été réalisé par participant.

Le guide d'entretien a été relu puis testé une seule fois auprès d'une étudiante. Il aurait été plus intéressant de le tester avec un masseur-kinésithérapeute expert de la pathologie. Une question a dû être reformulé au cours du premier entretien faute de compréhension, ce qui a été pris en compte pour les suivants.

L'investigateur n'a pas tenu de cahier de terrain, cependant il a la sensation d'avoir gagné en aisance au fur et à mesure des entretiens.

7.3.3. *Analyse et résultats*

Les entretiens ont été réalisés et analysés par l'investigateur de cette recherche. Cela favorise les biais personnels soit l'influence des motivations du chercheur dans les observations et résultats.

Le recueil et l'analyse ont été réalisés indépendamment d'un logiciel. En effet, le temps de familiarisation avec ce type d'outil de codage aurait été délétère pour le bon déroulement de cette étude.

Il existe deux critères de validité scientifique. Tout d'abord la triangulation ou le recours à plusieurs instruments de collecte de données afin de compenser les biais personnels. L'implication du chercheur et le retour des transcriptions aux participants renforcent ce phénomène et donc la crédibilité des résultats. Cependant, aucun sujet n'a souhaité apporter de modifications (Borgès Da Silva, 2001 ; Baribeau, & Royer, 2012). Le deuxième critère est la saturation. C'est un moment de la recherche où les entretiens n'apportent plus de données inédites nécessaires à la compréhension du phénomène étudié (Baribeau, & Royer, 2012). Cela étant généralement décrit avec un échantillon plus conséquent, ce critère n'a donc pas été abordé.

Nous retrouvons une cohérence entre les données présentées et les résultats de la cette étude.

7.3.4. *Perspectives d'amélioration*

Nous avons soulevé des points d'amélioration dans le but d'optimiser la pertinence des résultats. Nous avons jugé qu'il aurait été intéressant d'avoir un échantillon plus grand avec des masseurs-kinésithérapeutes hommes parmi les sujets. Nous aurions pu apprécier l'approche d'un homme face à un sujet aussi intime. Bien qu'ils ne possèdent pas les mêmes caractéristiques physiques, cela n'empêche pas leur sensibilité face à cette perte du sein et les répercussions psychosociales.

Le point de vue des patientes sur le rôle du masseur-kinésithérapeute face à l'altération de l'image corporelle aurait été un point de comparaison intéressant. En effet, nous retrouvons de nombreuses études qualitatives sur leur avis face à l'altération de leur image corporelle mais pas sur la prise en charge masso-kinésithérapique.

Bien que la dernière participante soit experte de ce domaine par son expérience et sa formation, il serait intéressant d'interroger des masseurs-kinésithérapeutes avec un même niveau de formation et d'expertise de cette prise en charge afin d'analyser leur approche de l'altération de l'image corporelle.

7.4. Évolution de la pratique et des connaissances professionnelles

Compte tenu de l'étendue des impacts du cancer du sein et de ses traitements, la globalité apparaît comme un élément indissociable de la prise en charge. Une pathologie chronique se caractérise alors par un retentissement dans le quotidien des patientes, mais aussi de leur entourage. Chaque patiente doit donc être prise en charge dans son intégralité, avec toutes les conséquences qui l'entourent. S'arrêter aux problèmes d'ordre physique serait ignorer l'impact même de la pathologie. C'est pourquoi le modèle biopsychosocial est d'une grande richesse (Berquin, 2010). Le masseur-kinésithérapeute s'inscrit alors dans ce modèle, car les répercussions sont perçues et vécues en séances. Il doit donc mettre à profit ses compétences de praticien et de communicant pour intégrer l'ensemble des déterminants de santé.

La masso-kinésithérapie par définition permet à ces patientes de renouer avec le mouvement, à travers différentes techniques kinésithérapiques dont l'activité physique (Leclerc, 2017). Mais c'est surtout un renouement avec leurs corps, et leurs images. Cela passe alors par le toucher, outil nécessaire à l'acceptation. Ce dernier est d'autant plus riche qu'il est au tournant entre la pratique et le relationnel (Bjorbaekmo, 2016 ; Kelly, 2017, Miciak, 2018). En effet, la pratique et la technicité de la profession ne doivent pour autant évincer l'impact de la relation de soin.

La qualité de prise en charge d'un masseur-kinésithérapeute ne relève donc pas uniquement de ces compétences de praticien. Bien que la pratique soit essentielle dans une profession basée sur le corps, où le toucher a une place centrale, l'importance de la relation de soins ne doit pas être négligée. Elle est à la base de la prise en charge (Bjorbaekmo, 2016). Les qualités humaines ne doivent donc pas être oubliées. Tendre la main à ces patientes, les soutenir, les écouter et les considérer en tant que personne, et non par leur pathologie, sont aussi une forme de soin (Formarier, 2007 ; Fingeret, 2013 ; Rhoten, 2016). Avant d'être malade, ce sont surtout des femmes.

Cette considération des impacts psychologiques et sociaux peut toutefois être interprétée en dehors du champ de compétences du masseur-kinésithérapeute (décret sept. 2015). Bien entendu, il ne prend pas la place d'un psychologue, mais il doit être en mesure de réorienter et proposer un réel suivi psychologique lorsque l'état de la patiente est préoccupant (Falk Dahl, 2010 ; Paterson, 2016 ; Hopwood, 2018). En effet, certaines femmes développent des détresses émotionnelles sévères telles que de l'anxiété voire de la dépression (Libert, 2006).

Toute cette complexité nécessite une parfaite connaissance de la pathologie dans un premier temps. Mais aussi des connaissances en psychologie, dont la problématique d'image corporelle. Celles-ci représentent des ressources supplémentaires afin d'aider le masseur-kinésithérapeute à comprendre et intégrer cette adaptation, et ainsi accompagner au mieux leurs patientes dans ce cheminement vers l'acceptation.

Ces répercussions psycho-sociales intègrent donc la prise en charge post-cancer du sein. Pourtant, ce sont souvent des points peu abordés dans la formation initiale (Singla, 2015). Il serait alors intéressant d'analyser l'impact de ces compétences supplémentaires dans la prise en charge et l'accompagnement dans l'altération de l'image corporelle.

Conclusion

Le cancer du sein, pathologie chronique, retentit dans la vie des patientes, mais aussi de leur entourage, à tous les niveaux. En effet, les traitements mis en place génèrent des conséquences sans précédent tant physiques que psychosociales. Parmi ces dernières, la préoccupation psychosociale la plus commune est l'altération de l'image corporelle, liée à la modification de l'apparence physique.

Pour lutter contre ces conséquences, des soins de support interviennent dont la masso-kinésithérapie. Bien que l'image corporelle ne soit pas le centre de cette prise en charge, les retentissements sont tels que le masseur-kinésithérapeute aborde l'ensemble des déterminants de santé. Ce dernier s'appuie donc sur une prise en charge globale, centrée sur ses patientes.

Le masseur-kinésithérapeute est alors un acteur privilégié de cette pathologie grâce à ces deux facettes de praticien et de communicant. Les soins prodigués, mais aussi le temps, l'écoute et le soutien sont des atouts majeurs dans l'accompagnement psychologique de ces patientes, et par association l'évolution positive de l'image corporelle. Ce sont donc des vecteurs essentiels pour les réintégrer dans la société en tant que femmes.

Bibliographie

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.

Bacqué, M.-F. (2008). *Reconstruire le corps... une complexité inouïe*. *Psycho-Oncologie*, 2(2), 69–70. doi:10.1007/s11839-008-0081-1

Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative: usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45.

Berquin A. Le modèle biopsychosocial : plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale suisse* [en ligne]. 2010 Repéré à : <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>

Bjorbækmo, W. S., & Mengshoel, A. M. (2016). “A touch of physiotherapy” — the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(1), 10–19. doi:10.3109/09593985.2015.1071449

Borgès Da Silva, G. (2001). La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 32(2), 117-121.

Bouvier A-M, et al. Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum - Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM. Programme partenarial Francim/HCL/SPFrance/INCa ; 2018 avr

Cash, T., Melnyk, S., Hrabosky, J., 2004. The assessment of body image investment: an extensive revision of the appearance schemas inventory. *International Journal of Eating Disorders* 35, 305e316.

Chuang, L.-Y., Hsu, Y.-Y., Yin, S.-Y., & Shu, B.-C. (2018). Staring at My Body. *Cancer Nursing*, 41(3), E56–E61. doi:10.1097/ncc.0000000000000507

Code de la santé publique - Article L4321-1 | Legifrance. (2016, janvier 28). Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031930031&idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>

Colonna M, et al. Time trends and short term projections of cancer prevalence in France. *Cancer Epidemiol.* oct 2018 ;56:97 105.

Dany, L., & Morin, M. (2010). Image corporelle et estime de soi: étude auprès de lycéens français. *Bulletin de psychologie*, (5), 321-334.

Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Remontet L, Colonna M, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Synthèse. Saint Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p. Disponible à partir de : www.santepubliquefrance.fr et <https://www.ecancer.fr>

DiSipio, T., Rye, S., Newman, B., & Hayes, S. (2013). Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *The lancet oncology*, 14(6), 500-515

Dolto, F. (2014). *L'image inconsciente du corps*. Le seuil.

Doody, O., & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse researcher*, 20(5).

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2016). "I just have to move on": Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 205–211. doi : 10.1016/j.ejon.2015.10.005.

Engel, G. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*, 196(4286), 129–136. doi:10.1126/science.847460

Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116(15), 3549-3557.

Faten, E., Nader, M., Raies, H., Sana, M., Amel, M., & Fadhel, M. M. (2018). *Le trouble de l'image du corps chez 100 femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein*. *Bulletin Du Cancer*, 105(4), 350–356. doi:10.1016/j.bulcan.2018.01.008

Fingeret, M. C. (2016). Psychological perspectives for treating body image issues in breast cancer patients. *Breast Diseases: A Year Book Quarterly*, 4(27), 248-251.

Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2013). *Managing body image difficulties of adult cancer patients: Lessons from available research*. *Cancer*, 120(5), 633–641. doi:10.1002/cncr.28469

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. doi:10.3917/rsi.089.0033.

Gedda, M. (2015). *Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative*. *Kinésithérapie, La Revue*, 15(157), 50–54. doi:10.1016/j.kine.2014.11.005

Gire, V. (2005). La sénescence: Une barrière télomérique à l'immortalité ou une réponse cellulaire aux stress physiologiques?. *médecine/sciences*, 21(5), 491-497.

Grogan, S., & Mehan, J. (2016). *Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts*. *Journal of Health Psychology*, 22(11), 1480–1490. doi:10.1177/1359105316630137

Guedes, T. S. R., de Oliveira, N. P. D., Holanda, A. M., Reis, M. A., da Silva, C. P., e Silva, B. L. R., ... & de Souza, D. L. B. (2018). Body image of women submitted to breast cancer treatment. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(6), 1487.

Halcomb, E. J., & Davidson, P. M. (2006). *Is verbatim transcription of interview data always necessary?* *Applied Nursing Research*, 19(1), 38–42. doi:10.1016/j.apnr.2005.06.001

Haut Conseil de la Santé Publique. (2009). La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Repéré à http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_prisprotchronique.pdf

Haute autorité de santé (2010). ALD n°30- Guide patient : la prise en charge du cancer du sein. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/c_985221/fr/ald-n-30-cancer-du-sein

Hasenoehrl, T., Keilani, M., Palma, S., & Crevenna, R. (2020). Resistance exercise and breast cancer related lymphedema - a systematic review update. *Disability and rehabilitation*, 42(1), 26–35. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1514663>

Henry, M., Baas, C., & Mathelin, C. (2010). *Reconstruction mammaire après cancer du sein : les motifs du refus.* *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38(3), 217–223. doi:10.1016/j.gyobfe.2009.10.003

Hiller, A., Guillemin, M., & Delany, C. (2015). Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient education and counseling*, 98(10), 1222-1228.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). *A body image scale for use with cancer patients.* *European Journal of Cancer*, 37(2), 189–197. doi:10.1016/s0959-8049(00)00353-1

Hopwood, P., & Hopwood, N. (2019). New challenges in psycho-oncology: An embodied approach to body image. *Psycho-oncology*, 28(2), 211-218.

Institut Curie - Centre de recherche et traitement du cancer en France. (s. d.). Repéré à l'adresse <https://curie.fr/>

Institut Curie (2014, 26 septembre). "Guérir le regard": se reconstruire après une mastectomie. [Vidéo en ligne] Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=uev1ARP9cmI>

Institut National Du Cancer. (s. d.-a). Cancers du sein - Du diagnostic au suivi (Novembre, 2016) Repéré à <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancers-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi>

Institut National Du Cancer. (s. d.). Institut National Du Cancer - Accueil. Repéré à <https://www.e-cancer.fr/>

Institut National Du Cancer. (s. d.-c). Les traitements des cancers du sein (2013). Repéré à <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-traitements-des-cancers-du-sein>

Institut national du cancer (INCa). La vie cinq ans après un diagnostic de cancer/ Deuxième enquête. INCa ; 2018 juin.

Institut National du Cancer, Inc. (2019). *Les cancers en France en 2018 - L'essentiel des faits et chiffres (édition, 2019)*. Repéré à <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-en-2018-L-essentiel-des-faits-et-chiffres-edition-2019>

International Agency for Research on Cancer. (I.A.R.C.), Centre International de Recherche sur le Cancer. (C.I.R.C.). Lyon. FRA. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. 2018 p. 271p.

Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185-194.

Kacperck, L. (1997). *Non-verbal communication: the importance of listening*. *British Journal of Nursing*, 6(5), 275–279. doi:10.12968/bjon.1997.6.5.275

Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). *Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide*. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. doi:10.1111/jan.13031

Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T. (2017). *Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions*. *Qualitative Health Research*, 28(2), 200–212. doi:10.1177/1049732317707726

Kelly, M., Svrcek, C., King, N., Scherpbier, A., & Dornan, T. (2019). *Embodying empathy: a phenomenological study of physician touch*. *Medical Education*. doi:10.1111/medu.14040

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2011). *Sur le chagrin et le deuil: trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. JC Lattès.

Leclerc, A. F., Foidart-Dessalle, M., Tomasella, M., Coucke, P., Devos, M., Bruyère, O., Bury, T., Deflandre, D., Jerusalem, G., Lifrange, E., Kaux, J. F., Crielaard, J. M., & Maquet, D. (2017). *Multidisciplinary rehabilitation program after breast cancer: benefits on physical function, anthropometry and quality of life*. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 53(5), 633–642. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04551-8>

Libert, Y., Merckaert, I., Étienne, A.-M., Farvacques, C., Liénard, A., Messin, S., ... Razavi, D. (2006). *Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer: une étude nationale belge*. *Oncologie*, 8(5), 465–476. doi:10.1007/s10269-006-0439-6

Mauduit, L., & Ferring, V. (2016). *La confiance dans la relation patient–thérapeute*. *Kinésithérapie, La Revue*, 16(180), 60–64. doi:10.1016/j.kine.2016.09.025

Merchant, S. J., & Chen, S. L. (2015). *Prevention and Management of Lymphedema after Breast Cancer Treatment*. *The Breast Journal*, 21(3), 276–284. doi:10.1111/tbj.12391

Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Archives of physiotherapy*, 8(1), 3.

Ministère social, de la santé et du droit des femmes, (2015). Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031127778&categorieLien=id>

Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). *A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease*. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 263–270. doi:10.1016/j.ejon.2010.04.001

Mühlenpfordt, I., Stritter, W., Bertram, M., Ben-Arye, E., & Seifert, G. (2019). *The power of touch: external applications from whole medical systems in the care of cancer patients (literature review)*. *Supportive Care in Cancer*. doi:10.1007/s00520-019-05172-7

Muzzatti, B., & Annunziata, M. A. (2016). *Body image assessment in oncology: an update review*. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 1019–1029. doi:10.1007/s00520-016-3538-y

Ng, Ang, Tran, Ho, Zhang, Tan, ... Ho. (2019). *Comparing Quality of Life in Breast Cancer Patients Who Underwent Mastectomy Versus Breast-Conserving Surgery: A Meta-Analysis*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4970. doi:10.3390/ijerph16244970

Nguyen, J., Popovic, M., Chow, E., Cella, D., Beaumont, J. L., Chu, D., ... Bottomley, A. (2015). *EORTC QLQ-BR23 and FACT-B for the assessment of quality of life in patients with breast cancer: a literature review*. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 4(2), 157–166. doi:10.2217/ce.14.76

Ordre des masseur-kinésithérapeutes (2019). *La kinésithérapie, un soin de support essentiel pour les malades atteints de cancers*. Repéré à <http://www.ordremk.fr/actualites/patients/la-kinésithérapie-un-soin-de-support-essentiel-pour-les-malades-atteints-de-cancer/>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2001). Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf?sequence=1

Paterson, C., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Toftagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer nursing*, 39(1), E39.

Pireyre, Éric W. (2015). *Clinique de l'image du corps: Du vécu au concept*. Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.pirey.2015.01.

Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 173, 209.

Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2012). *My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion*. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1872–1879. doi:10.1002/pon.3230

Reich, M. (2009). *Cancer et image du corps: identité, représentation et symbolique*. *L'information Psychiatrique*, 85(3), 247. doi:10.3917/inpsy.8503.0247

Rezaei, M., Elyasi, F., Janbabai, G., Moosazadeh, M., & Hamzehgardeshi, Z. (2016). *Factors Influencing Body Image in Women with Breast Cancer: A Comprehensive Literature Review*. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(10). doi:10.5812/ircmj.39465

Rhoten, B. A. (2016). *Body image disturbance in adults treated for cancer - a concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1001–1011. doi:10.1111/jan.12892

Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche. Dans : , P. Roussel & F. Wacheux (Dir), *Management des ressources humaines: Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (pp. 101-137). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Rosenberg, S. M., Tamimi, R. M., Gelber, S., Ruddy, K. J., Kereakoglow, S., Borges, V. F., ... Partridge, A. H. (2012). *Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer*. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1849–1855. doi:10.1002/pon.3221

Sanders, T., Foster, N. E., Bishop, A., & Ong, B. N. (2013). Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC musculoskeletal disorders*, 14(1), 65.

Santé publique France. Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein [Internet]. Repéré à <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladieschroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistagedes-cancers/Evaluation-du-programme-dedepistage-du-cancer-du-sein>

Schilder P. L'Image du corps. Études des forces constructives de la psyché. Paris : Gallimard, 1935, 1968.

Singla, M., Jones, M., Edwards, I., & Kumar, S. (2015). Physiotherapists' assessment of patients' psychosocial status: are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Manual therapy*, 20(2), 328-334.

Soum-Pouyalet, F., Vega, A., & Cousson-Gélie, F. (2009). *Le « moral » en cancérologie Stratégies et discours des soignants dans l'accompagnement des malades*. *Psycho-Oncologie*, 3(3), 161–167. doi:10.1007/s11839-009-0142-0

Sylvain, L. (2002). Le Guide d'entrevue son élaboration, son évolution et les conditions de réalisation d'une entrevue. In 023147 *Actes du 12e Colloque de l'ARC*. Association pour la recherche au collégial.

Tassin, S., Bragard, I., Thommessen, M., & Pitchot, W. (2011). Aspects psycho-sociaux du cancer du sein. *Revue Médicale de Liège*, 66(5-6), 315-319.

The clinical application of the biopsychosocial model. (1980). *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535–544. doi:10.1176/ajp.137.5.535

Thornquist, E. (1990). Communication: what happens during the first encounter between patient and physiotherapist?. *Scandinavian journal of primary health care*, 8(3), 133-138.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. doi:10.1093/intqhc/mzm042

Tsai, H.-Y., Kuo, R. N.-C., & Chung, K. (2017). *Quality of life of breast cancer survivors following breast-conserving therapy versus mastectomy: a multicenter study in Taiwan*. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(10), 909–918. doi:10.1093/jjco/hyx099

White, C. A. (2000). *Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model*. *Psycho-Oncology*, 9(3), 183–192. doi:10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<183::aid-pon446>3.0.co;2-1

Annexes

1. Annexe I : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, soussigné(e) _____, déclare accepter librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude de Mme RUAUD Camille, étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie à l'ENKRE, et investigateur principal.

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche sous la direction de Mme Jocelyne Rolland.

Ce dernier est un état des lieux du rôle des masseurs-kinésithérapeutes face aux conséquences psychologiques du cancer du sein. Cela concerne les répercussions psychologiques engendrées par le cancer et le traitement par mastectomie totale. La méthode consiste donc en l'élaboration d'entretiens semi-directifs avec des masseurs-kinésithérapeutes prenant en charge ces patientes.

L'investigateur principal (Mme RUAUD Camille) s'engage à mener cette étude dans le respect des participants et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Les données de l'entretien sont réservées à l'usage exclusif de ce mémoire de fin d'étude.

Le participant est libre de suspendre son consentement à tout moment sans encourir aucunes responsabilités ni conséquences. Ce dernier accepte que l'entretien soit enregistré puis retranscrit. La version écrite lui sera ensuite communiquée, afin d'apporter des modifications si nécessaires. Les données seront alors analysées dans le but de répondre à une problématique.

Enfin, toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle.

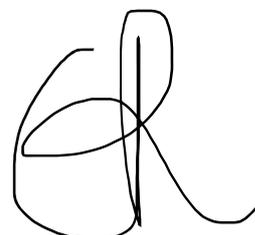
Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires.

Signatures :

Le participant (Nom, prénom)

L'investigateur principal

RUAUD Camille



2. Annexe II : Questionnaire d'information

QUESTIONNAIRE D'INFORMATION

Informations personnelles :

Nom :

Prénom :

Age :

Téléphone :

Mail :

Informations professionnelles :

Année d'obtention du diplôme d'État :

Formations complémentaires :

-
-
-
-
-
-

Type d'exercice :

- Salarié.
- Libéral.
- Mixte.

À quelle fréquence prenez-vous en charge des patientes post mastectomie totale ?

- Chaque semaine.
- Chaque mois.
- Autre :

Combien de femmes recevez-vous en moyenne ?

Travaillez-vous dans une structure spécialisée dans la prise en charge post-cancer du sein ?

- Oui.
- Non.

Si oui, laquelle ?

3. Annexe III : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Question de départ : Quel est le rôle du MK face à l'altération de l'image corporelle, dans le cadre d'une mastectomie sans reconstruction chirurgicale.

Thème 1 : La prise en charge d'une femme après une mastectomie curative	
Ce que l'on souhaite savoir, renseignements	Questions ouvertes
<ul style="list-style-type: none"> - Globalité. - PEC adaptée au profil de la patiente. - Nombreuses techniques masso-kinésithérapiques de soins validées. - Conséquences physiques multiples : douleur, rétractions musculaires, posture de protection, amplitude limitée, fatigue. - Prévention des effets 2aire immédiats à la chirurgie. - Informer et éduquer. - Altération de la qualité de vie. - Répercussions psychologiques. 	<p>Quelles sont vos stratégies de prise en charge pour une femme ayant eu une mastectomie ?</p> <p style="text-align: center;"><i>Relances :</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Quels sont les éléments importants de votre bilan ?</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Quels sont vos objectifs et moyens ?</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Acteur central de la PEC. - Soins de support. - Remise en confiance. - Reprendre le cours de sa vie. - Acceptation de soi. - Le MK fait le lien entre le corps abîmé et la redécouverte de son corps. 	<p>Selon vous, quelle place a la masso-kinésithérapie dans le parcours de soin ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Reprise de connaissance avec son corps. - Sensibilité de la zone. - Réappropriation de ses limites corporelles. - Prise en compte du nouveau schéma corporel. - Reconnexion avec son corps. 	<p>Quel est, selon vous, l'impact du toucher sur le sein opéré ?</p>
Thème 2 : Les répercussions psychologiques : les représentations	
Ce que l'on souhaite savoir, renseignements	Questions ouvertes
<ul style="list-style-type: none"> - Répercussions multidimensionnelles. - Atteinte de l'intégrité physique et psychique de la femme. - Altération de la qualité de vie. - Impacts socio-professionnels. - Sentiment de trahison du corps. 	<p>Selon vous, quels sont les impacts de la mastectomie chez ces femmes ?</p>

<ul style="list-style-type: none"> - La maladie et ses traitements : impact sur la femme et l'entourage. - Peur de la mort, récurrence. - Répercussions sur la symbolique du sein. - Atteinte du corps et de l'esprit. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Altération de l'image de soi. - Peur du regard des autres/ jugement/ différence. - Perte de confiance en soi. - Diminution de l'estime de soi. - Processus de deuil possible. - Variabilité : toutes les femmes ne vivent pas la chirurgie de la même manière. - Répercussions variables selon le degré d'investissement de son corps. 	<p>Comment percevez-vous les répercussions psychologiques du cancer et de ses traitements sur ces femmes ?</p> <p style="text-align: center;"><i>Ou</i></p> <p><i>Comment se manifeste les répercussions psychologiques de la mastectomie (+/- associée à d'autres traitements) ?</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Connaissances de la notion de deuil. - Connaissances des différents stades du deuil. - Savoir reconnaître les différentes phases. - Regard bienveillant du soignant sur le corps meurtri. 	<p>Quel regard portez-vous sur la perte et le deuil du sein ?</p>
<p>Thème 3 : La relation de soin</p>	
<p>Ce que l'on souhaite savoir, renseignements</p>	<p>Questions ouvertes</p>
<ul style="list-style-type: none"> - PEC adaptée vécu de chaque femme. - Écoute active. - Identification des besoins. - Donner le sentiment d'être entendu et comprise à la patiente. 	<p>Comment intégrez-vous l'état psychologique, l'histoire de la maladie à votre prise en charge ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Relation privilégiée. - Rôle centrale dans l'instauration d'une relation de confiance. - Aboutit à la mise en place de l'alliance thérapeutique. - Le MK devient un conseiller confident face au traumatisme. 	<p>Quelle place accordez-vous à la relation dans soin dans votre prise en charge ?</p> <p><i>Relance : Comment trouver les bons mots ?</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Soutien psychologique : avoir confiance en elles. - Accompagnement vers l'acceptation du corps. - Réappropriation du corps. - Aide au deuil du sein. - Aide à accepter le regard de l'autre. - Amélioration de l'estime d'elle. 	<p>Comment accompagnez-vous ces femmes vers la reconstruction ?</p>

Titre : Cancer du sein et image corporelle. Une étude qualitative sur le rôle des masseurs-kinésithérapeutes à partir d'entretiens semi-directifs.

Mots clés : Cancer du sein, mastectomie, kinésithérapeutes, image corporelle, entretien

Résumé

Introduction : Le cancer du sein et ses traitements génèrent des conséquences physiques et psychosociales, dont l'altération de l'image corporelle. Pour lutter contre celles-ci, les soins de support interviennent dont la masso-kinésithérapie fait partie. Mais quel est le rôle du masseur-kinésithérapeute face aux répercussions psychosociales ?

Méthode : Trois entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des masseurs-kinésithérapeutes, puis retranscrits pour les analyser. Cinq thèmes ont été abordés : (1) La prise en charge et la masso-kinésithérapie dans le parcours de soin, (2) les impacts perçus par les kinésithérapeutes, (3) le masseur-kinésithérapeute dans l'accompagnement psychologique, (4) La relation thérapeutique et (5) le masseur-kinésithérapeute et l'image corporelle.

Résultats : Les masseurs-kinésithérapeutes interviewés perçoivent l'altération de l'image corporelle. Ils considèrent que l'impact psychologique, incluant cette dernière, fait partie intégrante de la rééducation, car ils sont confrontés aux étapes du deuil de l'ancien corps et donc de l'image corporelle. Le temps qu'ils passent avec ces patientes les placent au premier plan face aux conséquences du cancer. Pour cela, ils impliquent leurs patientes dans la prise en charge par le toucher et l'activité physique. Mais ils donnent également une place essentielle à la relation de soin. L'écoute et le soutien apparaissent comme des outils majeurs.

Conclusion : Le masseur-kinésithérapeute est un acteur privilégié de cette prise en charge intégrant l'ensemble des déterminants de santé. Cette double facette de praticien et communicant lui permet d'aborder globalement ses patientes, et les accompagner psychologiquement vers l'acceptation du nouveau corps et d'une nouvelle image.

Key words: Breast cancer, mastectomy, physical therapists, body image, interview

Abstract

Introduction: Breast cancer and its treatments generate physical and psychosocial consequences, including body image impairment. To fight against those ones, supportive care steps in, of which physiotherapy is a part. So, what is the role of physical therapist faced with psychological impact?

Method: Three semi-directive interviews with physical therapists have been done, then transcribed to analyse them. Five themes have been discussed: (1) Patients care and physiotherapy in care path, (2) impact perceived by physical therapists, (3) physical therapist and psychological support, (4) therapeutic relationships and (5) physical therapist and body image.

Results: Physical therapists interviewed perceived the body image degradation. They take into consideration the psychological impact, including the latter, which is part of the rehabilitation, because they are exposed to the mourning stages of the old body therefore going through the process of mourning their old body image. The time spends with his patients place them in the forefront of cancer consequences. For this, they involve their patients in the rehabilitation with the touch and physical activity. However they also give an essential place to the care relationship. Listening and support appear as major tools.

Conclusion: Physical therapist has an important role is in this rehabilitation managed to integrate all of health determinants. This practitioner and communicator double aspect allows him to approach his patients globally and support them psychologically towards the acceptance of the new body and the new body image acceptance.