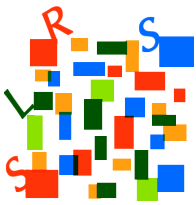


PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES POSÉS PAR LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE

Comment faire *d'un sein reconstruit mon sein*

En 2010 les progrès de la chirurgie réparatrice sont considérables. Pour certaines femmes l'accès à la reconstruction permet de pouvoir envisager la mastectomie. Pour celles qui y ont recours c'est réellement une restitution de leur apparence aux conséquences bénéfiques.

Pourtant ce sont probablement moins de 40% des femmes qui y ont recours. Les chiffres précis sont difficiles à obtenir. S'interroger sur ces chiffres impose d'aborder les problèmes psychologiques de la reconstruction mammaire. Cela permet de comprendre pourquoi, malgré ses aspects positifs, et ils sont réels et importants, la reconstruction n'est pas choisie plus souvent. Il est vrai que, quelle que soit la technique chirurgicale proposée, elle demande après les traitements longs et pénibles du cancer un parcours qui n'est jamais simple, avec des interventions importantes, parfois répétées. Il faut vouloir se faire reconstruire. Ces interventions sont présentées comme la « reconstruction du sein opéré » la réparation de la perte. Or pour comprendre les obstacles psychologiques à la reconstruction, il est nécessaire d'admettre que nous avons tous deux corps, notre corps visible et un corps imaginaire tout aussi essentiel à notre équilibre psychologique. Dans cette perspective la reconstruction s'inscrit dans la réparation **d'une double perte**, la perte visible infligée par la chirurgie et l'effraction contre l'image de soi que représente tout cancer du sein, effraction aggravée en cas de mastectomie. C'est pourquoi **un temps d'élaboration du traumatisme est nécessaire** pour envisager la reconstruction ou choisir de la refuser, faire face à ce qui est **toujours un choix difficile et personnel**. La reconstruction ne doit jamais être imposée. Si elle est une évidence pour certaines femmes, pour beaucoup il s'agit d'une décision qui demande du temps.



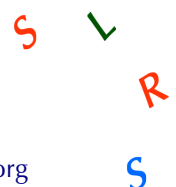
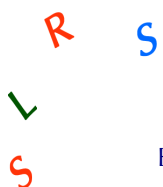
Le travail psychologique doit permettre progressivement à la patiente de faire du sein reconstruit son sein, intégré dans l'image qu'elle se fait d'elle-même.

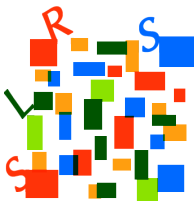
De plus le choix n'est pas toujours simple, plusieurs techniques peuvent être proposées, l'information vient de plusieurs sources parfois contradictoires, hôpital, internet, patientes satisfaites ou non de la reconstruction.

Enfin les réactions psychologiques à la mastectomie sont étroitement liées au traumatisme du diagnostic. Chaque femme aura sa propre organisation face au traumatisme, mais celui-ci ne peut nié ou évacué sans risque. Proust l'a bien dit « Nul n'échappe à une grande douleur que s'il l'a vécue jusqu'au bout. »

1) le traumatisme du cancer du sein

Toute femme est assaillie par ce qui est une **trahison de son propre corps**. L'horreur « *c'était le cancer, la mort et dans mon sein* » nous dit une d'elles. Pourquoi moi ? Vais-je mourir ? A ce désarroi s'ajoute l'absurde de la conservation de l'état général. Toute peur renvoie à la peur de cette perte définitive : celle de la vie. Plus souvent qu'on ne le croit la peur de perdre son sein, exprime la peur plus profonde et difficile à dire de la mort. Angoisse qui s'ajoute à celle liée à la mutilation réelle ou imaginaire, même sans mastectomie l'atteinte du sein est une attaque contre l'image de soi. De nombreuses femmes revivent alors leur histoire et celle de leurs seins. La perte redoutée va faire ressurgir les autres pertes réelles ou imaginaires que comporte toute vie humaine. Son retentissement dépendra de l'histoire et des défenses psychologiques de chacune, de sa tolérance à la frustration, de son entourage affectif. Le cancer du sein s'inscrit dans un parcours de vie et en fait ressurgir les failles comme les solidités. Toutes les femmes sont confrontées à ces angoisses, même si le cas des plus jeunes paraît plus cruel et nous frappe tous. Il ne faut pas croire que ce soit toujours plus simple pour les femmes âgées. E. Bourstyn m'a dit la répugnance pour certaines femmes âgées à accepter la mastectomie « *comme si étant plus*





près de la fin de leur vie, elles ne pouvaient plus compenser une perte anticipatrice de la mort redoutée ».

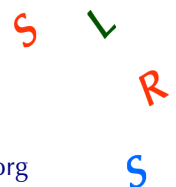
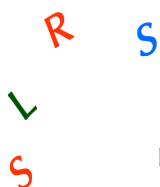
Le cancer s'inscrit toujours dans une histoire humaine. Il y aurait beaucoup à dire des femmes porteuses d'un gène de prédisposition ou d'une famille dont l'histoire la fait évoquer.

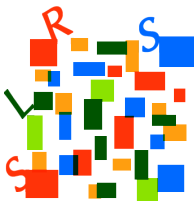
C'est donc avec son histoire, celle de ses relations avec son corps, de son souci de son apparence, de son mode de relation avec les autres que chaque femme va subir le choc du diagnostic de cancer du sein et éventuellement l'annonce d'une mastectomie. On doit se méfier des femmes « stoïques » qui semblent accepter calmement informations et décisions. La plupart font face à un vide intérieur si terrifiant qu'il leur interdit même les affects dépressifs. On peut aussi souligner les cas rares de patientes si perturbées que l'entrée dans la maladie grave vient en quelque sorte soulager leurs conflits ou leur incapacité à vivre. Comme il l'a été déjà dit, le cancer s'inscrit dans une trajectoire humaine et sera plus ou moins bien toléré en fonction des mécanismes de défenses psychologiques et de l'histoire de chacune.

2) Le corps réel et le corps imaginaire

L'annonce d'une mastectomie est une double attaque, contre le corps anatomique et contre le corps vécu. Toute atteinte à notre corps nous impose de profonds remaniements psychologiques. Il y a ce qui se voit et ce qu'on imagine, ce qu'est un sein et comment il est investi par chaque femme.

Le sein organe visible, fait pour être vu et montré, aimé et caressé est le symbole de la féminité des époques les plus reculées à nos jours. Très tôt les jeunes filles sont conscientes que de l'aspect de leur poitrine dépend une grande partie de leur pouvoir de séduction. Aujourd'hui on peut presque parler de fétichisation sociale des seins, étant donné leur rôle dans la publicité, les images de la femme en général, le recours de plus en plus fréquent à la chirurgie plastique pour avoir des seins conformes aux exigences des magazines ou du cinéma.





Cette dépendance à l'image sociale n'empêche pas que les seins s'inscrivent d'abord dans l'histoire de chaque femme. Des expériences précoces du nourrisson au plaisir que la mère prendra à voir sa fille devenir une femme, chaque étape du développement du corps féminin va permettre ou non à l'adolescente d'être heureuse de son corps et de se préparer à une vie sexuelle et affective satisfaisante.

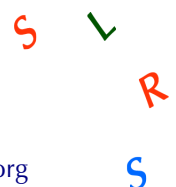
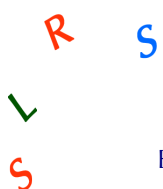
C'est toute cette histoire de chaque femme avec ses seins qui va constituer les représentations imaginaires de chacune et sa relation avec ses seins qui est mise en danger en cas de cancer et de façon plus violente encore si une mastectomie est indiquée. Sans parler des relations mère-fille dramatiquement interpellées.

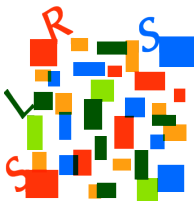
Une histoire personnelle riche sur le plan affectif et la reconnaissance de soi par les autres facilite l'acceptation d'une **perte**. Car c'est bien autour de cette notion de perte que va s'articuler la possibilité pour une femme de pouvoir faire face ou non au cancer et à la perte de son sein par la mastectomie. **Pour accepter la reconstruction il est essentiel d'avoir pu avant, accepter la perte**, il faut qu'elle ait été vécue dans le psychisme aussi pour être ensuite tolérée.

Cela demandera du temps, du soutien parfois une aide spécialisée. Les réactions sont aussi diverses que les femmes. Ce qui explique la diversité aussi des réactions au diagnostic de cancer comme au choix de la reconstruction.

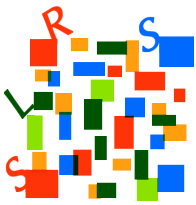
3) La reconstruction

La reconstruction est toujours proposée, c'est une possibilité qui doit être offerte à toutes les femmes subissant une mastectomie. Et j'ajoute sans exigences financières excessives comme ce peut être le cas. Si elle doit être proposée, il me semble qu'elle ne doit pas être discutée lors de la consultation d'annonce. Il faut d'abord intégrer le diagnostic, les traitements, plus tard on pourra proposer les diverses possibilités de reconstruction. **Elle demande aux patientes de faire un choix presque toujours angoissant** : rester avec une cicatrice et des prothèses externes ou se faire refaire un sein. De plus on leur propose des





choix entre plusieurs techniques. Ces choix sont d'autant plus difficiles que les femmes sont proches de l'intervention. C'est dans un climat de confusion, de difficulté à penser le corps opéré qu'il faut penser imaginer le sein reconstruit : « comment sera-t-il ? consistance ? apparence ? cicatrices ? sensibilité ? questions qui en recouvrent une plus profonde : comment en faire « mon sein ». Comment imaginer mon corps avec « cet autre sein ». Ce choix est presque toujours très angoissant il peut sembler impossible à certaines. Dans la réalité la reconstruction n'est pas une chirurgie simple. Il faut accepter des interventions parfois douloureuses, souvent plusieurs interventions successives, savoir qu'il peut y avoir des échecs. Enfin on ne doit pas oublier que pour les femmes actives cela veut dire encore deux mois d'arrêt de travail et des sacrifices matériels que toutes ne peuvent ou ne veulent pas faire. Une place à part doit être faite aux cas où la mastectomie est une indication pour des micro calcifications ou de petits cancers in situ et ne sera suivie d'aucun autre traitement. Il est très difficile de faire admettre aux patientes que « ce n'est pas grave, vous serez guérie mais il faut enlever votre sein.. » C'est dans ces cas que la reconstruction immédiate est légitime mais c'est l'indication opératoire qui est difficile à faire admettre en raison de l'écart entre une pathologie peu grave et la lourdeur de la sanction chirurgicale. Mais pour toutes, le choix confronte la femme avec violence avec son image, admettre la reconstruction signifie d'abord **admettre la destruction**, l'absence du sein, la cicatrice que certaines veulent cacher à tout prix. Il oblige la patiente à décider pourquoi elle veut se faire réparer, le prix qu'elle accorde à son image, à sa féminité qui viennent d'être attaquées par le cancer et ses conséquences sur l'image de son corps. On ne soulignera jamais assez le rôle du **regard** : regard que la femme ne peut plus porter sur sa cicatrice, regard des autres qu'elle redoute tant, regard des soignants qui a tant d'importance. Enfin en plus de la mastectomie, il faut affronter: perte des cheveux, altération du teint, du poids, de toute l'apparence et par conséquent une perturbation profonde de l'image de soi. La fatigue, la détresse normales dans cette période post thérapeutique expliquent aussi la difficulté à affronter la décision de la reconstruction.

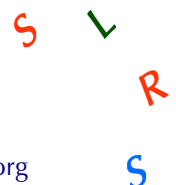
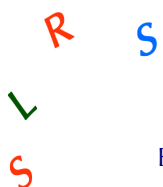


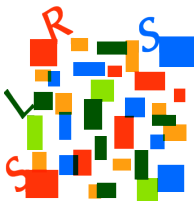
Enfin, la perte du sentiment d'invulnérabilité dont nous avons tant besoin pour affronter la vie que la plupart d'entre nous oublions que nous sommes mortels, cette perte aggrave l'angoisse ressentie. Pour les patientes, la découverte de leur vulnérabilité peut nuire à l'énergie qu'il faut pour faire un tel choix. Leur acceptation de la reconstruction va bien au-delà des propositions du chirurgien réparateur, elle implique l'acceptation d'une réparation de l'image interne, d'une **forme de réconciliation avec soi-même**.

Celle-ci suppose ce qui est un long travail d'élaboration du traumatisme lié au cancer et à la mastectomie.

Ce qui explique que certaines patientes vont se décider plusieurs années après la fin de leur traitement et pour des raisons liées parfois à un changement dans leur vie, à une intégration plus lente de l'idée qu'elles ont le droit de « se faire reconstruire » phrase aux multiples acceptions. Ce n'est pas que de la seule reconstruction d'un sein qu'il s'agit et toutes les femmes en ont plus ou moins conscience. Les représentations du chirurgien qui pense à la meilleure technique pour sa patiente sont parfois toutes autres que celle de sa malade. *Une patiente, âgée de 30 ans, ayant subi une double mastectomie attend beaucoup de la reconstruction. La chirurgienne qui l'opère lui dit avec gentillesse (dixit la malade) « eh bien cette fois vous allez pouvoir choisir la taille de vos seins ». Ce que la patiente a ressenti comme une agression brutale, « les femmes normales ne choisissent pas la taille de leurs seins » je ne pouvais pas répondre, cela me prouvait que ce ne serait pas mes seins.* On voit ici l'écart entre les représentations de chacune.

Cependant certaines, nous l'avons dit, vont refuser la mastectomie si elle n'est pas suivie d'une reconstruction immédiate, elles ne peuvent s'imaginer sans leur sein, il faut annuler la perte. Cela permet parfois à certaines d'annuler le cancer. Ma collègue Andrée Lehmann qui a beaucoup travaillé avec un chirurgien pratiquant la reconstruction immédiate a bien décrit les diverses réactions qui peuvent en résulter. Certaines allant jusqu'à nier avoir eu un cancer. Mais souvent il existe alors une sorte de **désillusion** : le sein reconstruit ne plait pas même si les résultats chirurgicaux sont satisfaisants, en fait ces difficultés s'expliquent

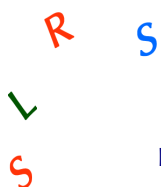


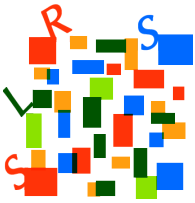


parce que, dans la plupart des cas, quand le sein est reconstruit immédiatement, il n'y a pas eu de temps pour une réelle intégration de la perte du sein enlevé, la femme n'a rien vu. **Il y a bien un sein mais ce n'est pas encore mon sein.** Pour l'anecdote, lors des toutes premières reconstructions, un chirurgien de Saint Louis croyant bien faire a reconstruit, très habilement, deux patientes sans les en prévenir, il a été stupéfait de leurs réactions d'effroi et de refus d'une telle « réparation », il croyait si bien faire...

Anecdote qui doit faire souligner l'importance, plus encore en cas de reconstruction immédiate, d'une information détaillée et qui laisse, si possible, le temps d'une seconde consultation pour évaluer avec la patiente ce qu'elle a pu intégrer de l'image de ce « nouveau » sein qu'on va refaire en même temps qu'on enlève son sein. Il faut en effet pour ces femmes faire en peu de temps le travail de deuil du sein qui va être enlevé et d'intégration du sein qui sera reconstruit. et ne sera jamais le sein perdu, sa consistance, sa sensibilité ne seront jamais les mêmes. Ce n'est jamais simple. Le temps si efficace, capable de modifier nos rapports les plus secrets avec nous-mêmes est un facteur essentiel pour permettre ces remaniements de l'image de soi qu'imposent à la fois la mastectomie et la reconstruction. Il faut bien l'expliquer aux femmes.

La chirurgie reconstructrice apporte beaucoup, les femmes « après » peuvent dire combien elles se sentent mieux avec un sein, même différent. Si, comme souvent, on a amélioré l'autre sein pour équilibrer leur apparence le bénéfice est encore plus grand. Il existe des déceptions, des séquelles douloureuses mal supportées, mais l'insatisfaction de la patiente peut être aussi liée soit à des problèmes relationnels soit à des problèmes psychologiques mal résolus : décision trop rapide sans intégration des traumatismes antérieurs, attente excessive vis à vis de la reconstruction qui doit « tout » réparer, Ce qui n'élimine pas les échecs techniques possibles ici comme ailleurs. Mais les chirurgiens savent bien qu'il n'y a pas toujours de lien entre la satisfaction de la patiente et la leur.. Les réclamations, les demandes de réparation peuvent être justifiées mais elles sont souvent liées à un refus bien





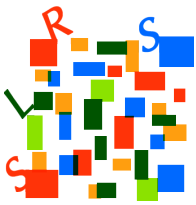
plus profond du cancer, des traumatismes subis que « rien » même un sein refait ne peuvent combler.

La femme doit accepter que ce n'est pas **son sein** qu'on vient de lui refaire mais un sein qu'elle devra apprendre à toucher, à voir, à accepter comme une partie d'elle-même, à laisser toucher par son partenaire. Enfin qu'elle devra intégrer dans le corps imaginaire dont nous avons parlé alors qu'il n'est pas encore inscrit dans l'histoire du corps où on l'a mis.

Bien sûr l'entourage familial, le partenaire de la patiente vont jouer un rôle important. L'attitude du partenaire compte surtout s'il peut avec sa propre sensibilité, sa possibilité de s'identifier à sa compagne lui laisser la liberté et le temps de décider. Certaines ne vont pas mieux supporter « choisis c'est ton corps, à toi de voir » ou « je t'aime comme tu es, je n'ai pas envie que tu soies encore opérée » si sincères que soient ces phrases. Là encore ce que ressent la patiente est difficile à partager. Tout dépend de la communication dans le couple, et la famille et cela bien avant le cancer. Je l'ai dit souvent le cancer ne crée pas la rupture mais comme les grandes marées découvrent le sol de la plage et ses failles, le traumatisme du cancer met à nu le socle solide ou non d'une relation affective. Certaines femmes découvrent chez leur mari une tendresse et une écoute qu'elles n'imaginaient pas. Le choix de la reconstruction peut alors être le signe que la femme se permet, pour elle comme pour son compagnon, de réparer son image, de lutter contre la perte.

Pour d'autres l'incompréhension peut créer des conflits douloureux. Enfin il faut se méfier de certaines patientes qui sont tellement détruites par de diagnostic qu'elles se précipitent avec un mouvement auto agressif dans la rupture ou les conflits.

La qualité de la relation avec le chirurgien plasticien est ici essentielle. La confiance est capitale mais elle doit s'assortir du respect du temps psychique de chacune. de celles qui veulent être réparées « tout de suite », ce n'est jamais simple, à celles à qui il faudra parfois des années pour accepter une telle réparation de leur corps blessé. Il faut informer certes, et ici plus qu'ailleurs, proposer des solutions, montrer des images mais **proposer sans imposer**, et donner du temps pour intégrer ce qui est toujours ressenti sous le double



registre de la réalité : celui des actes chirurgicaux proprement dits et de celui de l'appropriation de leurs conséquences dans le corps et l'esprit des la patiente. Ici plus que dans toute autre situation la femme ne doit pas se sentir contrainte.

Enfin il faut insister sur l'importance du « regard » que porte le chirurgien sur sa patiente, quel que soit son âge ou son apparence, celle-ci a besoin d'être regardée comme une femme, avec une complicité tolérante. Touts les femmes opérées ont souffert du « regard » sur leur corps opéré, celui qu'elles portent ou ne peuvent pas porter sur leur cicatrice, celui des êtres proches.

La tolérance du chirurgien aux manifestations d'angoisse, aux questions répétées est un élément essentiel, il permet entre lui et sa patiente une « alliance thérapeutique » rassurante. Elle facilite l'appropriation par la femme **du sein refait comme de son sein.**

Mais « imaginer » le sein reconstruit reste une épreuve, beaucoup de patientes appellent Europa Donna pour parler à « une patiente opérée comme moi » elles veulent pouvoir partager. Il est difficile de faire admettre qu'il y a rarement « une femme comme moi », veut-elle parler à une femme ravie de la reconstruction ou à celle qui n'en est jamais satisfaite ?? Parfois un entretien téléphonique permet de dire tout ce qu'elle redoute, de prendre le temps de se décider voire après un second avis thérapeutique.

Il y a dans la chirurgie de « reconstruction » un univers de représentations, d'angoisses mais aussi d'espoirs et de restauration de l'image du corps blessé par le cancer qui en font la difficulté mais aussi la grande richesse.

Nicole Alby

