

## PRATIQUES ET TENDANCES

# Reconstruction mammaire après cancer du sein : les motifs du refus

## Why do women refuse reconstructive breast surgery after mastectomy?

M. Henry, C. Baas, C. Mathelin\*

Unité de sénologie, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

Reçu le 27 mai 2009 ; accepté le 20 octobre 2009

Disponible sur Internet le 26 février 2010

---

### Résumé

La mise en place des programmes de dépistage mammographique et l'avènement des thérapeutiques néoadjuvantes ont modifié la chirurgie des cancers mammaires qui est devenue moins mutilante qu'autrefois. Cependant, malgré ces avancées, le traitement des cancers mammaires passe encore par la mastectomie dans plus de 20 % des cas. Le vécu de la mastectomie varie considérablement d'une femme à l'autre, entraînant des perturbations plus ou moins profondes de l'image de soi, de la féminité et de la sexualité. La reconstruction mammaire constitue pour certaines femmes une réponse à ces perturbations, tout en ne dispensant pas du deuil du sein perdu et de l'appropriation du sein reconstruit. Pour d'autres femmes, plus nombreuses (environ 80 %), la reconstruction mammaire n'est pas souhaitée, même lorsqu'elle est encouragée par l'équipe soignante. Notre mise au point concerne ces patientes n'ayant pas souhaité avoir recours à la reconstruction mammaire, afin d'analyser leurs motivations, leur vécu et le sens du choix qui les conduit à s'en abstenir. © 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

The implementation of mammographic screening and neo-adjuvant therapeutics has profoundly modified breast cancer surgery, making it less aggressive. Despite these progresses, mastectomies must be performed in more than 20% of breast cancer cases. Psychological disorders following mastectomy are numerous and lead to various alterations of self-esteem, femininity and sexuality. Reconstructive breast surgery proves to be beneficial to improve these psychological disorders in about 20% of women, who accept breast mourning and appropriate their reconstructed breast. However, 80% of the patients refuse reconstructive breast surgery. Our review aims at analysing different motivations explaining reconstructive breast surgery refusal and different ways of "reconstructing psychologically" after mastectomy. © 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Mots clés* : Cancer du sein ; Féminité ; Mastectomie ; Reconstruction ; Sexualité

*Keywords* : Breast cancer; Femininity; Mastectomy; Reconstructive surgery; Sexuality

---

## I. INTRODUCTION

Les progrès de la cancérologie fondamentale, la mise en place des programmes de dépistage mammographique et l'avènement de la chimiothérapie néoadjuvante ont modifié la chirurgie des cancers mammaires qui est devenue moins mutilante qu'autrefois. Cependant, malgré ces avancées, le traitement des

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [carole.mathelin@chru-strasbourg.fr](mailto:carole.mathelin@chru-strasbourg.fr) (C. Mathelin).

cancers mammaires passe encore de nos jours par la mastectomie dans plus de 20 % des cas [1,2]. Celle-ci reste indiquée pour les cancers inflammatoires (après chimiothérapie néoadjuvante) et chaque fois que la tumeur mammaire mesure plus d'une certaine taille (généralement fixée à 5 cm [3], mais modulable selon le rapport entre le volume tumoral et le volume mammaire), qu'il s'agit d'un cancer multicentrique ou bien encore d'une récurrence sur un sein déjà traité de manière conservatrice. De plus, la découverte de plus en plus fréquente de cancers canaux in situ (CCIS) aboutit à un paradoxe, car des cancers de gravité moindre sont parfois traités par des mastectomies en raison de leur extension diffuse à l'ensemble du sein. Enfin, parmi les indications de mastectomie, l'existence d'un gène de susceptibilité (*BRCA1* ou *BRCA2*), d'un terrain familial prédisposant au cancer mammaire ou de lésions histologiques à risque conduit parfois à ce choix thérapeutique [4]. Dans ces cas-là, la chirurgie est généralement bilatérale.

La possibilité de reconstruction mammaire (RM) est systématiquement expliquée aux patientes avant toute mastectomie, qu'elle soit curative ou préventive [5]. La RM permet de restituer la forme et le volume du sein au prix d'une chirurgie fondée sur l'utilisation de prothèses ou de lambeaux. La RM ne restitue, en revanche, ni la sensibilité du sein, ni la fonctionnalité de la plaque aréolomamelonnaire [6]. Les techniques de chirurgie plastique disponibles pour la RM se sont beaucoup diversifiées et permettent aujourd'hui d'obtenir des résultats esthétiques satisfaisants dans la majorité des cas [7]. Les prothèses mammaires ont fait la preuve de leur innocuité sur le plan carcinologique et immunitaire. Les lambeaux musculocutanés restent une bonne indication après radiothérapie. Enfin, une nouvelle technique de transposition d'adipocytes utilisant les principes de la lipoaspiration permet d'améliorer la forme du sein reconstruit par une chirurgie ambulatoire sous anesthésie locale. Sachant que toutes ces techniques réparatrices existent, la patiente accepte souvent mieux la mutilation que représente la mastectomie [8]. La RM immédiate, réalisée dans le même temps opératoire que la mastectomie, est en plein essor, mais reste réservée à des indications très précises (CCIS ou cancer infiltrant ne relevant d'aucun traitement complémentaire ou bien encore mastectomie préventive). La RM différée reste largement prédominante.

Il est difficile de connaître avec précision le nombre des patientes traitées par mastectomie qui optent pour une RM. Lorsque la RM est immédiate, elle est volontiers acceptée par les patientes [9,10]. En revanche, lorsqu'elle est différée, les taux de chirurgie réparatrice sont nettement plus faibles, même s'ils sont en augmentation constante.

Notre mise au point concerne les patientes n'ayant pas recours à une RM, afin d'analyser leurs motivations, leur vécu et le sens du choix qui les conduit à s'en abstenir.

## 2. MASTECTOMIES ET RECONSTRUCTIONS : DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les données provenant du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de connaître

avec précision les thérapeutiques mises en œuvre dans les différents établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. Les taux de mastectomie, qui étaient de 42 % en 2001, décroissent lentement mais régulièrement pour atteindre 37,9 % en 2005 (ce qui représente 18 878 mastectomies). Ces taux sont comparables dans les pays anglo-saxons. Ainsi aux États-Unis, plus de 190 000 femmes sont traitées chaque année pour un cancer mammaire et environ 69 000 ont une mastectomie (36 %) [11]. Des taux similaires de mastectomie (40 %) sont enregistrés en Grande-Bretagne [12].

Plus récemment, l'Observatoire français des cancers du sein invasifs a estimé le taux de mastectomie à 22,7 % pour la période 2007–2008 [2]. Ce taux s'est révélé plus élevé chez les patientes les plus jeunes et les plus âgées (32,6 % pour les patientes de moins de 40 ans et 28,2 % pour les patientes de plus de 70 ans) que celui observé chez les patientes appartenant à des tranches d'âge intermédiaires (23,3 % pour les patientes de 40–49 ans et 19,3 % pour les patientes de 50–70 ans) [2].

En France, la proportion de femmes qui optent pour une RM (immédiate ou différée) reste inférieure à 20 % mais en augmentation constante. À titre d'exemple, une étude menée par la Direction régionale du service médical (DRSM) de l'Assurance maladie à partir des données du PMSI a dénombré 18 % de RM secondaires réalisées dans les établissements de santé du Pays-de-la-Loire en 2002 [13]. Aux États-Unis, Polednak [14] a publié les chiffres du registre du Connecticut à propos de 4688 femmes opérées d'une mastectomie, 12,5 % ayant choisi de faire une RM. En Grande-Bretagne, le taux de RM était de 18 % en 2000 [12].

Les contre-indications médicales à la RM sont exceptionnelles et liées à la réévaluation du cancer, au grand âge de la patiente ou à l'existence de co-morbidités importantes. La répartition par âge des cancers montre que plus des trois quarts des cancers mammaires surviennent après la ménopause. Or, ce sont surtout les femmes jeunes qui ont recours à la RM. Dans la série américaine précédemment citée [14], les RM ont concerné 35 % des femmes de moins de 45 ans et seulement 2 % des patientes de plus de 65 ans. Ceci permet d'expliquer, partiellement du moins, pourquoi le nombre de recours aux RM est faible proportionnellement au nombre de mastectomies.

Par ailleurs, les patientes qui optent le plus volontiers pour une RM sont celles dont le pronostic est meilleur. Dans la série américaine [14], 28 % des RM ont été faites après traitement d'un CCIS et 5 % ont concerné des patientes métastatiques. La mortalité par cancer du sein décroît régulièrement et les cancers mammaires sont diagnostiqués de plus en plus précocement [2]. Ces données pronostiques contribuent probablement à l'augmentation du recours à la RM (9 % de reconstructions en 1992 pour 16 % en 1996 aux États-Unis [14]).

L'analyse de la littérature montre que dans la plupart des cas, l'abstention de RM est liée au choix de la patiente et non à un refus de l'équipe médicale.

### 3. IMPORTANCE DU DIALOGUE MÉDECIN-MALADE

La consultation médicale qui accompagne l'annonce du cancer et de la mastectomie est très différente de celle qui répond à la demande d'informations sur la RM [15]. Dans le premier cas, le médecin a affaire à des malades qu'il s'agit de soigner selon les recommandations actuelles de la médecine, alors que dans la seconde situation, il est confronté à des personnes traitées qu'il doit aider à faire un choix délicat de réparation esthétique. La nature du problème et les buts de la chirurgie sont radicalement différents dans ces deux situations. Le savoir médical ne donne en aucun cas le droit au médecin de choisir pour sa patiente, mais de l'accompagner dans sa décision. Ainsi, même si le médecin n'impose rien, ses propos peuvent être déterminants pour l'acceptation ou le refus de la RM. Très souvent, en effet, les patientes s'imaginent que la RM est un acte chirurgical simple, qui permet de restaurer sans grandes difficultés un sein d'aspect naturel en préservant toute sa sensibilité et sa fonctionnalité. Ces conceptions sont d'ailleurs régulièrement alimentées par la manière dont sont médiatisées les dernières avancées de la chirurgie esthétique et réparatrice. La pratique de l'information médicale « claire et exhaustive » impose au médecin de partager ses connaissances sur la RM avec la malade, et de lui remettre le pouvoir de décision, les décisions qu'il s'agit de prendre ici sortant du cadre de la médecine curative. Le dialogue médical peut donc ébranler la foi irréaliste que certaines patientes ont dans la chirurgie réparatrice ; elles sont souvent déçues d'apprendre la lourdeur du geste opératoire (plusieurs interventions étant nécessaires), les rançons cicatricielles, la perte de sensibilité du sein reconstruit et l'évolution parfois défavorable des résultats cosmétiques après quelques années (imposant des reprises chirurgicales itératives). Il n'est donc pas rare qu'à l'issue d'une consultation médicale, lors de laquelle les bénéfices et les insatisfactions potentielles de la chirurgie réparatrice ont été détaillés, la demande de RM formulée initialement par la patiente soit finalement abandonnée.

Dans d'autres cas, lorsque le type particulier de RM souhaité par la patiente n'est pas réalisable concrètement, le dialogue médical peut à nouveau conduire à un renoncement à la RM. À titre d'exemple, certaines patientes ne supportent pas l'idée que la RM puisse donner lieu à la mise en place d'un corps étranger (refus de prothèse), l'atteinte d'une région anatomique saine telle que le dos ou l'abdomen (refus de lambeaux musculocutanés) ou la symétrisation du sein controlatéral indemne. Ainsi, lorsque la technique proposée par le chirurgien plasticien s'avère contraire aux attentes des patientes, celles-ci peuvent soit se soumettre au choix du médecin et donc renoncer au type de RM qu'elles auraient préféré initialement, soit renoncer définitivement à toute RM.

### 4. MOTIFS ET ENJEUX PSYCHOLOGIQUES QUI CONDUISENT UNE FEMME À REFUSER LA RM

Les motifs qui conduisent une femme à préférer vivre sans sein ou vivre avec un sein reconstruit, dépassent l'appréciation

rationnelle et objective des réalités, des avantages et des inconvénients de chacune de ces deux possibilités. Car plus fondamentalement la question de vivre sans sein ou vivre avec un sein reconstruit se pose de façon subjective pour chaque femme mastectomisée. Et cette question dépend de la représentation qu'a la femme de ce qu'est un sein reconstruit. Une fois que les informations sur les techniques chirurgicales et les résultats prévisibles de la RM lui sont données, l'attente de restitution du sein, bien qu'illusoire, est plus ou moins relativisée selon les dispositions subjectives de chaque femme. En effet, les paroles du chirurgien plasticien à ce sujet n'ont pas la même portée selon l'état émotionnel de la femme, son histoire, son vécu de la mastectomie [16], et c'est ce contexte singulier qui détermine avant tout sa réceptivité aux informations médicales, ce qu'elle est en mesure d'entendre, de comprendre, ce qu'elle filtre ou retient des informations médicales pour finalement prendre sa décision.

C'est pourquoi, la manière dont une femme se représente la RM, ainsi que le choix d'y recourir ou non sont avant tout contingents de plusieurs questions subjectives qu'il s'agit d'analyser. Comment une femme investit-elle son corps et notamment ses seins sur le plan affectif et libidinal avant la mastectomie ? Que deviennent l'image de son corps et sa sexualité après la RM ? Dans quelle mesure la disparition du sein génère-t-elle un manque ? Enfin, dans le contexte du cancer du sein, quels sont les retentissements de son état émotionnel et de ses angoisses sur sa décision de recourir ou non à la RM ?

#### 4.1. Les seins dans l'image du corps et la sexualité

Le vécu intime du corps diffère d'une personne à l'autre selon l'investissement libidinal des différentes zones érogènes de son corps depuis sa naissance. Ainsi se constitue une image inconsciente du corps propre à chaque femme : il s'agit d'une construction subjective à la fois imaginaire et symbolique, résultant des expériences vécues, de la représentation de soi et de son rapport à la différence des sexes ; il s'agit d'une construction qui évolue au fil de son existence [17]. Ainsi, les seins sont présents dans l'image inconsciente du corps de la femme, bien avant d'exister dans leur réalité anatomique et dans son schéma corporel. En effet, la petite fille dépourvue de seins s'identifie déjà aux femmes de son entourage grâce à la promesse qu'elle aussi aura des seins lorsqu'elle sera plus grande. Cette promesse lui procure une gratification narcissique et l'inscrit symboliquement dans l'appartenance au sexe féminin. De là, on peut comprendre que la mastectomie puisse parfois être vécue comme une régression à un stade infantile et comme une destitution sexuelle de l'identité féminine [18].

Généralement, la place des seins dans l'image du corps évolue au fil de la vie sexuelle et amoureuse de chaque femme. L'investissement libidinal des seins et l'attachement affectif d'une femme à ses seins dépend à la fois du rapport qu'elle entretient avec son corps et sa féminité depuis son plus jeune âge, mais aussi du cours de sa vie amoureuse et de la réalisation de ses désirs, lesquels sont déterminants dans le choix de recourir ou non à une RM [19].

On peut observer des périodes de la vie, notamment avant la ménopause, où l'identité sexuelle de la femme et l'émergence de son désir sont davantage liés à ses seins : les seins en tant que zone érogène et attributs esthétiques féminins culturellement valorisés, sont souvent considérés comme un atout majeur dans les jeux de séduction et la sexualité. En ce sens, les seins ne sont pas qu'un objet de gratification narcissique qui valorise l'appartenance au sexe féminin, ils soutiennent aussi le désir sexuel de chacun dans la rencontre amoureuse. Pour des femmes en quête d'un partenaire amoureux, la mastectomie fait souvent surgir l'inquiétude de voir leur vie sentimentale et conjugale menacée, du fait de la disparition de ce ressort libidinal important dans les jeux de séduction et la sexualité. Elles peuvent alors se demander si elles sont encore désirables avec un seul sein, ou sans seins dans le cas d'une mastectomie bilatérale. Cette inquiétude les amène bien souvent à miser sur la RM qu'elles considèrent comme un substitut indispensable pour préserver leur vie intime. Celles-ci sont davantage disposées à endurer la pénibilité de la RM, ses risques et ses contraintes, pourvu qu'on puisse remédier à la perte du sein qui pourrait perturber leur image du corps, compromettre leur sexualité et éventuellement leur projet de vie.

Inversement, certaines femmes, souvent plus âgées, expriment d'emblée leur choix de ne pas vouloir de RM. Elles invoquent alors le fait qu'à leur âge, leurs seins n'ont pas la même importance que dans leur jeunesse, qu'elles peuvent désormais vivre sans leur sein sans pour autant se sentir perturbées dans leur vie intime. Avec l'âge, les transformations du corps et le vieillissement, la place des seins dans l'image de soi devient plus relative, et s'accompagne parfois d'un désinvestissement libidinal de cette zone érogène dans le contexte d'une sexualité moins active. Si bien que pour des femmes plus âgées, le choix de s'abstenir de RM apparaît souvent comme une évidence, avant même que toute information médicale leur soit communiquée.

Cela étant, pour la plupart des femmes, cette décision suppose d'avoir l'assurance qu'aux yeux de leur partenaire, elle reste la même au-delà et malgré la mastectomie. Ainsi, la décision de ne pas recourir à une RM est prise d'autant plus facilement par une femme lorsque son partenaire fait prévaloir ses sentiments et son estime pour elle et le soulagement qu'elle soit en vie quelle que soit son apparence.

#### 4.2. La question du manque et l'angoisse de castration

Le projet de RM s'articule avec la question du manque dans la mesure où il suppose que la femme ressent le besoin d'avoir un substitut à la place du sein disparu. Cela étant, la disparition du sein n'entraîne pas inéluctablement un vécu de manque ou la sensation d'un trou, d'un vide à combler. Ce qui procure le sentiment de manque ne tient pas exclusivement à la réalité objective du corps : le manque est à resituer avant tout au niveau psychique, car il s'inscrit dans la structuration du sujet désirant. Le manque peut surgir au cœur de ce qui soutient le sujet, entre ses objets de désir et son image du corps, ceux-ci évoluant au fil de sa vie.

Certes la perte du sein bouleverse aussi le schéma corporel et produit une asymétrie au niveau du buste. Mais, au-delà des apparences, le sentiment d'une mutilation de soi ou d'atteinte de sa féminité, comme le sentiment de dépossession de soi, sont autant de ressentis subjectifs angoissants qui ne surgissent pas fatalement avec la disparition du sein. Après une mastectomie, toutes les femmes n'éprouvent pas nécessairement un manque qui se devrait d'être comblé par une RM. Ainsi, l'idée selon laquelle une femme ressent nécessairement le besoin d'une RM, procède plutôt d'un préjugé répandu qui fait de la femme un être indissociable de ses seins, que d'une réalité avérée. C'est pourquoi, il importe de préciser aux femmes que la RM n'est pas une nécessité mais plutôt une possibilité, tant ce préjugé normatif pourrait les contraindre malgré elles à s'y conformer.

L'ablation du sein peut toutefois représenter effectivement une perte subjective qui éveille une angoisse dite de castration : la disparition du sein génère dans ce cas un sentiment de manque dans la mesure où, chez certaines femmes, les seins sont scellés de façon intime à leur identité, et occupent alors une place essentielle dans la structuration psychique de leur image du corps. Ces femmes sont alors en détresse face à l'angoisse d'être manquantes parce qu'elles se sentent menacées dans leur identité, privées ou coupées des fondements psychiques que représentait le sein et sur lesquels reposait pour une part leur image du corps. Là où le sujet désirant serait en quelque sorte identifié à ses seins, il se retrouverait désespéré devant son image dépourvue d'un sein ou de ses seins. Ainsi, selon le cours de sa vie et le degré d'attachement psychique du sujet à ses seins en tant qu'image, symbole et objet de désir, la mastectomie peut représenter une menace subjective et ce, parfois même avant l'ablation effective du sein. Ainsi, le simple projet de mastectomie suffit parfois à éveiller l'angoisse de se voir dépossédé de soi-même, jusqu'à faire vaciller le sujet dans un état d'étrangeté, voire de régression infantile puisqu'il anticipe déjà une altération ou une dégradation de son identité sexuelle. Lorsqu'une femme est déjà en proie à cette angoisse de castration, la perturbation effective des sensations à l'endroit de la mastectomie, la vision et la sensation de son buste, plat d'un côté et intact de l'autre, peuvent exacerber ce sentiment d'étrangeté et même creuser le manque ressenti. Cependant, l'angoisse de castration, l'impression d'être manquante comme le sentiment d'étrangeté peuvent s'estomper dans le temps, à mesure que la femme fait le deuil de son sein d'origine [20].

Mais chez certaines femmes, une telle transformation ne va pas sans un profond remaniement de leur assise psychique. En effet, si l'identité sexuelle d'une femme repose sur l'équation « avoir des seins équivaut à être une femme », le travail de deuil nécessaire à l'acceptation de la mastectomie est d'autant plus douloureux que la représentation du corps féminin sans un sein s'avère inconcevable. Sur fond d'une angoisse de castration, le sentiment d'appartenance au sexe féminin et les fondements du sujet sexué sont menacés, si bien que la femme peut plonger dans un état d'impuissance qui lui interdit toute possibilité de dépassement et qui la maintient dans la position passive de celle qui subit. Ainsi, l'angoisse de castration éveillée peut inhiber

durablement le processus de deuil du sein d'origine et faire perdurer le sentiment de mutilation et de dépossession.

En revanche, lorsque le deuil du sein perdu s'amorce, la femme reprend en main son devenir de femme car son identité et le sentiment de son appartenance au sexe féminin se dissocient de la représentation archétypale de la femme au buste pourvu de deux seins, et de certains traits de sa propre image auxquels elle serait identifiée. À mesure que s'opère ce détachement du sujet désirant à certaines représentations, il lui devient possible d'accueillir une perception remaniée de son corps et de s'approprier une nouvelle représentation de soi. Ce faisant, le travail psychique de deuil restaure l'intégrité subjective en dépit des transformations du corps. Un réinvestissement libidinal de l'image du corps est alors possible, lequel permet de métaboliser l'absence du sein et de surmonter le sentiment de mutilation.

Dans certains cas, il se peut que le travail de deuil du sein perdu en vienne à vider de son sens le projet de RM entre le moment de la mastectomie et le moment où une femme peut bénéficier d'une RM. Ainsi s'expliquent certains renoncements à la RM, alors que celle-ci était désirée et demandée dans un premier temps.

En outre, grâce au travail de deuil du sein perdu, la femme peut être en mesure d'entendre qu'un sein reconstruit n'est pas une restitution du sein d'origine. Autrement dit, ce cheminement rend possible, d'une part, la prise en considération des aléas éventuels de la RM (cicatrice, gêne, symétrisation...) et, d'autre part, la représentation du sein reconstruit comme un semblant de sein ou un sein d'apparat qui ne saurait remplacer le sein d'origine. En ce sens, le travail de deuil est essentiel pour que la femme puisse se préparer au mieux à la RM, ou y renoncer.

D'ailleurs, certaines femmes ne sont émotionnellement pas en état de se représenter leur corps avec un sein reconstruit tant qu'elles n'ont pas fait le deuil de leur sein perdu, c'est-à-dire tant qu'elles sont sous l'emprise de l'angoisse de castration et qu'elles vivent dans « l'idéalisation du sein perdu considéré comme irremplaçable » [21]. Dans ce cas, la RM au lieu de compenser en partie la perte du sein pourra être interprétée comme ce qui rappelle au quotidien qu'il n'est plus là. Au lieu de favoriser le deuil du sein perdu, le sein reconstruit pourrait alors symboliser l'absence définitive du sein d'origine, comme une réminiscence permanente ou comme une stèle commémorative. Dans ce contexte, la RM peut raviver une souffrance plutôt que de l'atténuer et le sentiment d'altération de soi peut prédominer sur les agréments de vivre avec un sein reconstruit.

### 4.3. Le renoncement à la RM selon le rapport intime des femmes à leur sein et leur féminité

Il n'est pas rare que certaines femmes, en quête de retrouvailles avec leur sein d'origine et qui aspirent absolument à la RM, changent d'avis et renoncent à ce projet quand elles prennent conscience que la RM n'est qu'un artifice pour pallier à la perte de leur sein d'origine et que la RM ne leur rendra pas ce qui les attachait à leur sein. Ainsi, selon la manière dont chaque femme a investi ses seins sur le plan affectif et libidinal,

ce ne seront pas les mêmes raisons, ni les mêmes transformations occasionnées par la RM qui détermineront une déception ou un abandon du projet de RM. Différentes conceptions de la RM impliquant le rapport intime et singulier qu'une femme entretient avec ses seins et sa féminité peuvent être évoquées.

Pour certaines femmes, c'est le sein en tant qu'organe sensoriel et érogène qui importe plus que l'apparence générale. La RM redonne une symétrie au buste en redessinant la silhouette féminine en apparence, mais sans pour autant redonner au sein reconstruit une sensibilité tactile satisfaisante, ni la moindre sensibilité érogène.

D'autres femmes sont soucieuses de l'aspect esthétique de leur sein et sont donc réfractaires à l'idée d'infliger à leur buste de nouvelles cicatrices suite à la RM. De plus, ces nouvelles cicatrices, s'ajoutant aux marques laissées par la mastectomie, attestent que le corps a été le lieu d'un combat avec la mort et amplifient par conséquent le sentiment d'avoir été globalement mutilées. Ainsi, la RM peut parfois être présente comme un dommage supplémentaire, et non comme une réparation, surtout lorsque la symétrisation plastique des seins suppose de remodeler le sein controlatéral, alors qu'il n'a pas été atteint par le cancer.

Inversement, des femmes sont disposées à accepter d'éventuelles cicatrices induites par la RM car de leur point de vue, ce qui importe avant l'apparence et la sensibilité du sein, c'est leur silhouette générale et le fait même « d'en avoir ».

Certaines femmes se contentent de savoir qu'elles peuvent bénéficier de la RM, même si elles n'y auront jamais recours concrètement, car la promesse de pouvoir par la RM recouvrer ce qui a disparu suffit à apaiser l'angoisse d'« être manquante ». C'est dire combien l'angoisse liée au manque avant même d'être éventuellement éprouvée, s'articule d'abord avec une conception imaginaire et symbolique qu'a la femme d'elle-même.

En outre, le fait qu'une femme s'abstienne de RM ne signifie pas nécessairement qu'elle la refuse ni qu'elle se plaint dans une réaction d'opposition. En effet, son choix peut aussi s'interpréter comme un choix positif tourné vers un autre horizon. Étant alors engagée dans une affirmation de sa féminité autrement, elle peut adopter une manière de s'habiller différente, jouer de son apparence avec un style différent, parfois plus androgyne, tout en restant coquette et féminine.

Ainsi, il ne s'agit pas de vivre en dépit de la perte du sein mais avec cette perte, il s'agit de se l'approprier sans nécessairement se sentir manquante. La position du sujet désirant ne tient plus au fait d'avoir ou non des seins, mais d'être femme tout simplement, une femme affranchie de ses seins en tant qu'attributs sexuels exclusifs, puisque ceux-ci ne sont dorénavant plus conçus comme co-substantiels de son identité féminine. Dans ce cas, la perspective d'une RM peut paraître accessoire et s'y conformer reviendrait à se masquer derrière une parure, à se réduire à une apparence ou à se dérober devant la réalité. Ici, le renoncement à la RM procède d'un travail de deuil accompli, dont la femme tire assurément des bénéfices subjectifs pour réaffirmer sa féminité autrement que par le truchement d'une chirurgie plastique.

Mais s'agissant des femmes qui ne parviennent pas à faire leur deuil et à advenir autrement, la décision même motivée de refuser la RM ne signifie pas nécessairement qu'elles soient satisfaites de leur image féminine en l'état. Dans ce cas, il se peut que les prothèses amovibles demeurent une solution insatisfaisante qui ne les console en rien de l'altération de leur féminité. Au contraire, les contraintes vestimentaires liées à ces prothèses, la vigilance qu'elles requièrent, l'inconfort, et les éventuelles restrictions d'activités (comme la plage ou le sport) sont d'autant plus mal vécus au quotidien qu'elles rappellent constamment l'absence du sein perdu, tout en suscitant la nostalgie de leur état antérieur. En outre, une mastectomie non assumée aura des incidences durables dans la vie intime, car une femme qui ne se sent plus femme aura davantage de difficultés à assumer sa nudité, à se sentir désirable et à éveiller le désir de son partenaire.

#### 4.4. Le refus de la RM et l'angoisse de mort

Le refus de la RM s'entend souvent chez les femmes traumatisées par le diagnostic de cancer, les interventions chirurgicales multiples, la pénibilité des chimiothérapies ou les traitements de longue durée comme l'hormonothérapie. Ces femmes peuvent développer une aversion du milieu hospitalier, celui-ci étant associé au cancer et à l'angoisse de mort, leur rappelant la fragilité de leur condition de mortelle [22]. Elles aspirent alors à tourner une page et ne veulent plus entendre parler d'interventions, pas même de RM, surtout lorsqu'elles prennent en considération la lourdeur du geste opératoire de la RM.

L'angoisse de mort peut également biaiser leur appréhension de la RM : en effet, la menace du cancer ravive l'angoisse de mort, celle-ci se manifestant par la crainte d'une récurrence ou de l'apparition d'un nouveau cancer. Il est d'ailleurs fréquent d'entendre l'inquiétude, pourtant médicalement erronée, selon laquelle la RM serait susceptible de provoquer une réévolution cancer. Face à l'angoisse de mort, la RM serait vécue comme « l'effraction de l'enveloppe corporelle » [23] et comme une intrusion dans la zone mortifiée et désormais interdite de la mastectomie. Par conséquent, une profanation de cette zone serait susceptible de réveiller le cancer, comme s'il s'agissait d'un mauvais génie ou d'une figure monstrueuse latente, prête à ressurgir à tout moment. D'ailleurs, l'imaginaire collectif produit des visions cauchemardesques du cancer, celui-ci prenant l'allure d'un crabe qui ronge de l'intérieur, d'une figure diabolique, ou d'un sortilège. En effet, certaines femmes se demandent ce qu'elles ont fait de mal pour avoir engendré ce cancer ou pour s'être attiré ce mal. C'est un sentiment de culpabilité refoulé mais réactualisé par le cancer, qui confère souvent à ce mauvais génie le pouvoir de châtier ou de punir d'une faute non expiée. La femme qui se sent implicitement coupable de quelque faute commise, se doit de l'expier d'une manière ou d'une autre : c'est pourquoi ces femmes consentent au sacrifice de leur sein pour vivre, et généralement se privent d'une réparation telle que la RM qu'elles estiment non méritée. Dans leur interprétation des choses, pour survivre au cancer, c'est le sein ou la vie. Elles

estiment que grâce à la mastectomie, le mal a été chassé hors d'elle et préfèrent en rester là.

## 5. CONCLUSION

Il est difficile de connaître avec précision toutes les raisons qui conduisent une femme mastectomisée à refuser une RM. Quoi qu'il en soit, le choix de ne pas recourir à la RM va à l'encontre d'un préjugé normatif qui considère la femme comme étant inséparable de ses seins, préjugé que nous sommes censés dépasser pour comprendre les motifs de ce refus. En effet, ces motifs sont souvent multiples et intriqués, mêlant des éléments médicaux, sociétaux et psychologiques, aussi bien conscients qu'inconscients. C'est pourquoi, le choix pour une femme de ne pas recourir à la RM n'a rien d'évident, ni de définitif. Il importe donc de lui laisser le temps de la réflexion d'autant qu'elle est susceptible de changer d'avis. En outre, le refus de la RM s'entend fréquemment chez les femmes âgées dont le rapport au corps et à leur féminité s'est transformé. Toutefois, le motif de refus le plus souvent invoqué porte sur l'incorporation d'un sein d'apparat qui certes remodèle le buste mais qui pour autant ne restaure ni les fonctions organiques ni la sensorialité du sein. Quant aux femmes pour qui la restauration de la silhouette importe avant tout, quelles que soient les cicatrices, et en dépit de la perte sensorielle, il se peut néanmoins que le traumatisme des traitements médicaux ou la crainte d'une récurrence du cancer les conduisent au refus d'une RM.

Lorsque le renoncement à la RM procède d'un travail de deuil accompli, les remaniements de l'image inconsciente du corps permettent un réinvestissement libidinal de la zone mutilée. Dans ce cas, ce choix produit des bénéfices subjectifs dans la mesure où il s'inscrit pour ces femmes dans la perspective de vivre leur féminité autrement. Ce faisant, leur estime de soi s'en trouve même parfois revalorisée.

## CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.

## RÉFÉRENCES

- [1] Brettes JP, Mathelin C, Gairard B, Belloq JP. Cancer du sein. Masson: Issy-les-Moulineaux; 2007. p. 356.
- [2] Cutuli B. Impact du diagnostic précoce sur la prise en charge du cancer du sein invasif : analyse comparative 2001–2002/2007–2008. Communication aux 30<sup>e</sup> Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (prévention du cancer du sein : mythe ou réalité ?). La Baule, 5–7 novembre 2008.
- [3] Gligorov J, Namer M, Serin D, et al. Cancer du sein : compte rendu du cours supérieur francophone de cancérologie (Saint-Paul-de-Vence). Springer; 2007. p. 551.
- [4] Croce S, Bretz-Grenier MF, Mathelin C. Most common benign epithelial breast diseases: diagnosis, treatment and cancer risk. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:788–99.
- [5] Baas C, Henry M, Mathelin C. Les reconstructions mammaires : enjeux médicaux et psychologiques. *Psychooncol* 2008;2:71–6.
- [6] Bruant-Rodier C, Kjartansdottir T. Reconstruction mammaire et sexualité. *Rev Francoph Psychooncol* 2005;3:157–60.
- [7] Petit J-Y. Cancer du sein et reconstruction mammaire : aujourd'hui et demain. *Oncologie* 2006;8:279–81.

- [8] Bricout N. La reconstruction mammaire différée. *E-Mem Acad Natl Chir* 2007;6:31–9.
- [9] Ananian P, Protiere C, Tallet A, et al. Breast reconstruction after mastectomy for breast cancer: which reconstructive surgical procedure should be retained? *Ann Chir* 2004;129:192–202.
- [10] Ananian P, Houvenaeghel G, Protiere C, et al. Determinants of patients' choice of reconstruction with mastectomy for primary breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2004;11:762–71.
- [11] Morrow M, Scott SK, Menck HR, et al. Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: a National Cancer Database study. *J Am Coll Surg* 2001;192:1–8.
- [12] Callaghan CJ, Couto E, Kerin MJ, et al. Breast reconstruction in the United Kingdom and Ireland. *Br J Surg* 2002;89:335–40.
- [13] [http://www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/sante/spca\\_fichiers/stprca000.pdf](http://www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/sante/spca_fichiers/stprca000.pdf).
- [14] Polednak AP. How frequent is postmastectomy breast reconstructive surgery? A study linking two statewide databases. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:73–7.
- [15] Acea Nebril B. Patient information in oncoplastic surgery for breast cancer. *Cir Espec* 2007;82:204–8.
- [16] Brun D. Violence de l'annonce, violence du dire. 7<sup>e</sup> Colloque de médecine et psychanalyse, (Paris, 15 et 16 janvier 2005) ; organisé par la Société médecine et psychanalyse, le Centre de recherches psychanalyse et médecine, l'Association française contre les myopathies (AFM). Éditions Condé-sur-Noireau: Études freudiennes; 2005, 400 p.
- [17] Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris: Édition du Seuil; 1984 375 p.
- [18] Dolto F. Sexualité féminine. Paris: Éditions Gallimard; 1996, 579 p.
- [19] Anzieu A. La femme sans qualité. Esquisse psychanalytique de la féminité. Paris: Éditions Dunod/Bordas; 1984, 213 p.
- [20] Grosclaude M. Les mots du sein. *Rev Med Psychosom* 1987;28:101–20.
- [21] Pasqualin F, Wilk A, Gros D, Grenier JF. Refusal of reconstruction after mastectomy for cancer of the breast. *Ann Chir Plast Esthet* 1988;33:127–9.
- [22] Tatossian A. Les structures existentielles chez les cancéreux. *Rev Med Psychosom* 1977;20:143.
- [23] Anzieu D. Le Moi-peau. Paris: Éditions Dunod; 1995, 304 p.