

---

---

# REMARQUES ÉCHANGÉES A PROPOS DU CANCER DU SEIN PAR L'ÉQUIPE SOIGNANTE DU GROUPE HOSPITALIER « LES CHEMINOTS », DE RIS-ORANGIS (ESSONNE)

---

---

## *L'image de soi*

- Je constate quotidiennement que les personnes qui ont eu une ablation du sein ne nous en parlent pas ; elles ont tendance à passer outre. Et curieusement, même en faisant la toilette, je ne m'en aperçois qu'à peine. Il y a eu une ablation du sein mais c'est devenu... peut-être pas une routine, mais presque.

D'autre part, j'ai remarqué que ces patientes ont souvent de gros problèmes en amont de leur maladie, et que c'est de cela dont elles nous parlent. Les patientes qu'on reçoit ont souvent de gros problèmes dans leur vie privée. Par exemple, Madame X. parlait beaucoup de son fils, elle avait de gros problèmes avec lui, et c'était ce qui primait. Elle avait eu aussi une amputation d'une jambe, et cela passait avant son cancer du sein qui pourtant, chez elle, était très moche avec des nodules.

Pour Madame Y, c'était pareil. Sa vie familiale primait par rapport à son cancer du sein dont elle ne parlait pas. Est-ce dû aux conséquences de la « maladie cancer » sur la personne ? Ces conséquences prennent-elles plus d'importance que la maladie elle-même ? C'est sûr qu'au niveau de la vie sexuelle, face au mari et face à soi-même quand on se voit dans un miroir, cela ne doit pas être sans conséquences. Ma mère a eu un cancer du sein avec une ablation totale, et c'est vrai qu'au départ elle se posait beaucoup de questions, non par rapport à son cancer, mais par rapport à la réaction de son mari.

Josette Olier (J.O.) : L'effet que peut produire l'ablation d'un sein sur le partenaire de vie...

- Mme D, son mari ne la touche plus. Juste le bisou.

- Il y a aussi les jeunes femmes qui viennent d'un pays où la maladie cancer est une chose honteuse.

- Pour ma mère et les autres patientes qu'on a pu voir, c'était plus, à mon avis, un problème relationnel, un problème face au regard d'autrui plutôt qu'un problème de cancer en lui-même.

- J.O. : C'est la relation avec l'environnement familial ?

- Moi je pense que c'est important l'image que nous, nous renvoyons à ces personnes-là. Parce que cet handicap leur donne une mauvaise image d'elles-mêmes et elles ont peur de choquer leur entourage. Alors que nous, comme l'expliquait Catherine, nous passons outre.

- Je pense que c'est aussi en rapport avec ce que nous ressentons par rapport à la patiente. Notre regard ...

- C'est vrai qu'il s'agit du regard. Ce n'est pas qu'on ne voie pas, mais on en fait abstraction. Il manque quelque chose. Nous, en tant que femme, on se trouve normale, on a nos deux seins, mais elles, elles portent la maladie, elles ont été opérées. Cela ne reste pas... tabou, mais quelque chose de très délicat. C'est un sujet que j'ai du mal à aborder. Avec Mme Y., nous étions très proches, si j'ose dire, et on a parlé longtemps de la question de l'ablation du sein.

J.O. : Pour elle il n'y avait pas eu ablation, mais la crainte que cela puisse advenir !

- La peur et surtout l'angoisse ; elle ne se projetait plus dans l'avenir. Elle était marquée par des cicatrices, par le changement de couleur de sa peau, et de sa texture à la suite de la radiothérapie. Et nous, on ne savait pas comment aborder les choses avec elle. Nos réactions sont toujours si différentes de celles des patientes... Nous n'avons pas été éduquées pour... En tant que femme, on pense à nous, à ce que nous pourrions ressentir par rapport à l'ablation de notre sein. On projette cela sur notre patiente et on n'ose plus aborder le sujet. Alors ce que pense la patiente, on n'en sait rien, on ne sait pas comment aborder le sujet. C'est ce que nous ressentons, nous, en tant que femme... Il serait peut-être intéressant d'avoir aussi l'opinion d'un homme.

- Je suis infirmière, et je voudrais vous parler de ce que nous avons évoqué l'autre fois vis-à-vis des soins et de l'évolution de la plaie.

- J.O. : Oui, car vous, en tant qu'infirmière, vous voyez le corps dénudé des patientes alors que tout le monde n'y est pas forcément confronté, comme Virginie au secrétariat, qui voit les patientes

habillées, mais n'est pas en situation de voir le corps comme vous.

- Dans les derniers temps, je n'arrivais pas bien à discuter avec Mme X. Il y avait un silence qui s'installait quand nous lui faisons son pansement. Nous, de notre côté, nous voyions l'évolution et elle, elle essayait de nier cette évolution. Son corps apparaissait de jour en jour plus détérioré. On essayait de voir sa souffrance, mais la plupart du temps elle ne s'exprimait pas. Quand on l'installait, elle nous tournait le dos. On ne pouvait pas faire autrement que de l'installer comme cela...

Comme elle n'exprimait ni sa douleur physique ni sa douleur morale, il y avait une espèce de silence qui s'installait... C'était assez pesant et on ne savait pas comment rompre ce silence.

### *Continuer les soins en dépit de l'échec thérapeutique*

- Il est certain que lorsqu'il y a un silence comme cela qui s'installe dans une situation lourde, grave, tragique, ce n'est pas facile de trouver ce qu'on peut dire, ce qu'on pourrait dire.

- Quand on voit une patiente qui va bien comme Madame D., qui est belle, ça fait plaisir, mais malgré tout, je ne peux pas m'empêcher de penser à Madame X qui, elle aussi allait bien au moment de sa première hospitalisation, et qu'on a vue revenir ici avec une reprise de sa maladie qui l'a finalement emportée.

- Madame X., au début, avec l'évolution favorable, on se disait : « C'est bien. On lui fait de la chimio, et elle est reçue en consultation ». Mais un jour, on n'a plus trop su ce qu'il en était de son traitement. C'est-à-dire que nous ne savions plus si elle allait mieux lorsqu'elle recevait de la chimio. Et puis, à partir du moment où son médecin oncologue a supprimé la chimio... qu'est ce qu'on peut dire à la patiente de ce qui se passe ... ?

- Vis à vis de l'évolution, nous on ne savait pas trop ce qu'il fallait dire.

- J.O. : Parce que pour vous, lorsque le médecin oncologue décide d'arrêter la chimio, qu'est ce que cela suppose ? Comment vous le ressentez ?

- C'est tout de même un échec.

- Vous le ressentez comme un échec ...

- J'étais très mal face à elle quand je lui enlevais ses pansements ...

- Oui parce que cela voulait dire qu'au bout on n'avait plus la perspective de guérir. Donc ça suppose qu'on attend le moment ultime. C'est vrai que c'est un problème.

- En plus, c'est tout de même embêtant pour le soignant. C'est vrai que c'est un échec pour l'équipe

soignante, pas seulement pour la malade. C'est un échec pour la médecine et non pas un échec personnel. En tant que soignant c'est vrai qu'on préfère voir partir les gens debout, mais il faut bien se dire qu'on ne peut pas tout guérir, que nous avons des limites, que la médecine a des limites, elle a ses frontières et il ne faut pas qu'on se culpabilise par rapport à cela. C'est dommage que la médecine ne puisse pas aller plus loin pour soigner la personne, mais quand on a fait tout ce qu'il fallait faire... Moi je ne le considère pas comme un échec personnel, ni comme un échec d'équipe mais comme un échec de la médecine qui n'est pas encore assez évoluée pour traiter ce genre de cas. Sur le coup cela me fait de la peine, mais après, je le prends avec une certaine sérénité puisqu'on ne peut pas guérir tout le monde.

- Je suis d'accord avec Catherine mais ce n'est pas forcément en lien avec la maladie du cancer du sein, c'est en général.

### *En soignant, on s'identifie au patient*

- J.O. : Ce que rappelle Danielle, c'est que cette patiente, nous la connaissions depuis longtemps, donc qu'il y avait un attachement, un lien personnel qui s'était établi entre elle et nous. C'est dans ce sens là aussi que cela devient plus difficile.

- Oui, on avait sympathisé avec elle,

- On connaissait bien sa vie, elle nous en avait parlé en long en large et en travers, avec ses difficultés personnelles. Dans ces cas-là, même si on dit toujours qu'entre le patient et le soignant il faut mettre une barrière, quand la personne commence à vous parler de ses problèmes vous ne pouvez pas rester indifférent. Toutes les barrières que l'on peut avoir sont parfois grignotées par ce genre de personne qui sont assez prenantes et qui vous touchent. Dans toute histoire d'un patient, n'importe lequel, on arrive toujours à retrouver des bribes de sa propre vie et forcément cela nous touche. Moi je sais que Madame Y était là au moment de la récurrence du cancer de ma mère, donc forcément ses problèmes à elle, je les retrouvais un peu... Pour d'autres, cela a été autre chose, mais c'est vrai qu'avec chaque patient qui nous parle de ses problèmes, on se retrouve soi-même. Quand on voit par exemple certaines personnes qui ont un âge déjà avancé, avec des parents eux-mêmes hospitalisés, on sait très bien que cela va nous arriver un de ces jours. Nos parents eux aussi seront âgés et il va falloir s'en occuper. On s'investit donc plus avec certains patients qu'avec d'autres suivant notre propre vécu et Mme X était très prenante...

- Ce que dit Danielle, c'est un peu comme si nous subissions, nous aussi, une perte, le départ de quelqu'un, la rupture d'un attachement. Comme si on était amené nous aussi à faire un deuil.

- Parce qu'aussi, à sa place j'aurais fait comme elle. Elle était dans une bonne équipe, combative, et

pourtant au final, le résultat n'y était pas. Elle voulait s'en sortir, elle ne voulait pas rester ...

### *Cancer du sein et sexualité*

- Si le mari la laisse tomber, perdre un sein pour une femme, c'est, à la limite foutre sa vie en l'air.

- Les cancers du sein atteignent aussi parfois des personnes jeunes, elles n'ont pas terminé leur vie sentimentale, leur vie de mère peut-être, il faut faire le deuil de beaucoup de choses, c'est tout le côté féminin de la femme qui fout le camp, qui s'en va et qui se voit. On peut avoir une « anusectomie », cela ne se voit pas. On le sait, mais cela ne se voit pas. C'est aussi le côté féminin si on veut, mais ce n'est pas visible. A la limite si on ne veut pas le dire à son conjoint, on peut peut-être y arriver, mais l'ablation du sein, on ne peut pas la cacher. Ce que j'ai remarqué aussi c'est que beaucoup de femmes ne font pas de prothèse ; Pourquoi ? Elles mettent des prothèses dans le soutien-gorge, mais ne font pas de prothèse chirurgicale ou de reconstruction mammaire. C'est peut-être un peu comme celles qui sont en chimio et qui refusent la perruque. Est-ce que quelque part, c'est être vu sans vouloir être vu tout en étant vu ? C'est bizarre.

- J.O. : Oui, ne pas le dire tout en le disant ? En le montrant, c'est comme si on l'avait dit, sans le dire.

- A la limite, Madame Z. préférerait-elle - elle ne l'a pas exprimé comme cela - mais préférerait-elle perdre la vie plutôt que subir une ablation du sein ? En tout cas, par rapport à son image, à sa féminité, elle a préféré qu'on lui fasse seulement une exérèse large sans ablation du sein. Ça ne s'est pas bien terminé. La maladie a repris après. En plus, elle était très jeune, elle est décédée à 36 ans et a eu son cancer à 33 je crois. Ça a été assez rapide, elle avait refusé carrément l'ablation ; pourtant elle avait deux enfants en bas âge ; elle venait de divorcer et elle a complètement refusé. Elle avait peut-être l'espoir d'une nouvelle rencontre et elle pensait peut-être que cette ablation totale aurait mis des obstacles ? En tout cas elle a refusé complètement.

- J.O. : L'espoir d'une nouvelle rencontre serait-elle un obstacle à l'acceptation de l'ablation du sein...

- Face à une mutilation, le ressenti des hommes par rapport à une femme ayant subi une ablation des seins... il serait intéressant de le connaître...

- Les hommes ne s'expriment pas sur cette question, ils ne disent rien, ils sont plus pudiques que nous.

- Il manque des jouets pour faire l'amour. Et quand on voit certaines reconstructions, ça peut... enlever l'envie de faire une reconstruction.

- Quand il n'y a que tumorectomie, on sauve la face. Mais pour le mari, le problème reste dans la tête. Et face à la maladie, est-ce qu'il n'est pas préférable de retirer tout le sein pour se débarrasser de ce « crabe » ?

- Pour moi, non ! Pas d'accord ! Je préférerais une tumorectomie et le curage axillaire. Je fais confiance à la médecine.

Il faut un très bon chirurgien plasticien. Il faut qu'il puisse dire : « Moi, je ne vous toucherai pas ».

- Moi, j'ai mis trois ans à prendre la décision de me faire réduire la poitrine. Et j'ai choisi mon chirurgien. Je n'ai jamais compris les femmes qui veulent se mettre des implants mammaires.

- C'est un phénomène de mode.

- Lors de mes grossesses, mes seins m'ont gênée. J'avais l'impression d'être lourde. C'est dur de voir des patientes de plus en plus jeunes, en pleine force de l'âge, en début de vie... C'est pour ça que le contrôle, il faut y être vigilante. Parfois, il y a négligence de la part des femmes sur le plan gynécologique.

- Toutes ces publicités que l'on voit avec des sous-vêtements, cela flattent aussi bien l'homme que la femme, c'est vrai que c'est joli. Mais comment peut se sentir une femme qui vient d'être mutilée face à ces publicités ? Vis à vis de son mari, de ses amis...

- Je pense que le couple doit être vraiment soudé dans ces moments-là. Par rapport à l'ablation du sein de sa femme, si le mari ne s'intéresse pas au devenir, ça dérègle tout dans la vie du couple.

- On est marié pour le meilleur et pour le pire

- Oui, j'en conviens, mais quand tu as quelque chose, c'est comme une fleur fanée dans un bouquet, le bouquet est toujours joli mais il manquera une fleur dedans. Il faut tout un ensemble pour que cela puisse marcher. J'ai connu une patiente du premier étage, cette dame me disait : « C'est un sujet tabou. »

- Oui et c'est dommage que cela reste un sujet tabou.

- Elles gardent ça dans leur for intérieur et peut-être qu'en en parlant...

### *La souffrance morale*

- Cela constitue une double souffrance ; c'est-à-dire qu'on soigne sur le plan médical, et il est urgent de soigner sur le plan médical, mais on ne se pose pas la question de l'après...

- On ne nous apprend pas cela ; je suis diplômée depuis... mais on n'aborde même pas cela chez les plus jeunes. Les actes de soins proprement dits, oui ; mais on ne s'intéresse pas à ce qui est moral. D'ailleurs quand on commence vraiment à travailler dans un service, c'est ce qui nous choque. C'est parce qu'on ne l'a pas appris. Pendant les stages, on est entouré et on ne le ressent donc pas de la même façon. Quand on commence à travailler, quand on a son diplôme, c'est là qu'on commence à être confronté à la souffrance morale et c'est là que, bien souvent, on s'en prend plein la tête parce qu'on n'a absolument pas été préparé à ce genre de souffrance

morale. Arrivé là, on se fait des opinions, des idées, une interprétation... Cela nous arrive d'avoir des questions de patients que nous faisons semblant d'ignorer puisqu'on ne sait absolument pas comment faire pour y répondre et cela de manière générale.

- Donc on biaise, on évite...

- Par exemple une personne qui a eu une ablation, on sait très bien qu'elle a une souffrance, on en est consciente, mais comment l'aborder pour savoir si elle a envie de parler ? Parce que bien souvent, les gens, il leur suffit d'un tout petit mot pour déclencher tout ce qu'ils ont envie de dire et tout ce qu'ils ressentent. Mais personnellement, et je pense qu'il n'y a pas que moi, je ne sais pas comment aborder le sujet pour ne pas paraître choquante ou impudique. Nous voyons bien que la personne est peinée mais quand elle ne vous dit rien, nous ne savons pas comment l'aborder.

J.O. : Vous craignez que la personne ne se sente agressée si vous lui posez une question qui pourrait lui paraître trop directe ?

- Oui, on peut faire plus de mal que de bien finalement.

- Elle va trouver qu'on essaie de rentrer dans son intimité alors qu'elle n'en a pas envie. A l'extérieur de l'hôpital, des gens qui savent que je travaille dans le milieu médical parlent avec moi. Ils pensent que nous avons la science infuse (alors que nous en connaissons parfois peut-être moins qu'eux), alors ils nous parlent avec moins de pudeur qu'à d'autres. Ce qui est très bizarre, c'est qu'à l'intérieur de l'hôpital on a tendance à ne pas nous en parler. Pour moi, les seuls avec qui j'ai pu parler de sexualité étaient extérieurs à l'hôpital.

- C'est une question en effet. Pourquoi les gens, quand ils sont là, n'évoquent pas leur sexualité ?

- J.O. : Il est certain que parler de la sexualité est souvent quelque chose de difficile.

- C'est quelque chose qui se vit à deux, qui ne se vit pas en groupe. Classiquement, on va dire que cela se vit à deux et non avec le médecin ou etc.

- J.O. : A l'hôpital, où il est question de soigner le corps malade, est-ce qu'aucune parole ne peut venir se dire sur cette question de la sexualité...

- Vous voulez dire, est-ce qu'on en parle entre nous de ce que la personne peut ressentir ? Ou de ses attitudes.

- J.O. : Le fait d'être confronté au corps d'une personne bien précise, dans une chambre, une personne qui est allongée dans son lit, qui ne dit rien, induit chez le soignant un silence ? On ne veut pas choquer, on n'a pas les mots pour en parler, on ne sait pas comment faire...

- Dans ce cas là, j'ai hâte de terminer l'acte que j'ai à faire pour sortir de la chambre parce que je suis gênée.

- C'est vrai que, comme le dit Catherine, on a plutôt envie de s'effacer alors qu'il faudrait peut-être aider plus la patiente...

- Est-ce que cela vient du fait que la personne ne sait pas en parler, ou bien du fait que soi-même, en tant que soignant, on ne sait pas comment en parler ?

- Moi personnellement c'est plutôt parce que je ne sais pas comment en parler. C'est-à-dire que ce silence donne un sentiment de malaise.

- On est soignant / soignante et sur ce point-là, on ne sait pas comment faire, c'est pesant et on n'a pas de mots pour faire face.

- C'est ça, il y a une forme de timidité. C'est vrai que c'est une sorte de fuite, on se dépêche de finir les soins, et à la limite si on peut passer la main à une collègue ce n'est pas plus mal. C'est vrai que c'est pesant ; et pour Madame X, on s'arrangeait entre nous pour que ce soit une infirmière qui fasse la toilette, on faisait un roulement.

### *Une nécessaire tolérance à la frustration*

- Cela rend les choses plus supportables, d'établir un roulement ?

- Oui, c'est plus supportable et plus facile. On se partage la tâche. Et là où on ne va pas oser parler, peut-être que la collègue pourra être différente, et pour la patiente ce n'est peut-être pas plus mal non plus. Elle va peut-être pouvoir parler différemment. Je trouve que c'est bien, le roulement, ça nous donne le choix. Des fois, lorsqu'on est deux à faire la toilette d'un patient, le patient va toujours s'adresser à la même personne alors qu'on est deux dans la chambre. Celui à qui on ne s'adresse pas a l'impression d'être un peu laissé pour compte.

- Tu disais que lorsqu'on est deux on a un peu tendance à parler entre soignants et à oublier le patient...

- Ça dépend. Soit le patient peut oublier qu'il y a deux soignants et ne s'adresser qu'à un seul ; soit nous pouvons discuter entre nous et oublier un peu le patient, sans que nous nous en rendions compte bien sûr... Mais on s'en rend compte assez vite tout de même.

- Quand il y a deux soignantes et que la patiente s'adresse uniquement à l'une d'entre nous, ce n'est pas forcément facile d'être dans la position tierce, celle à qui on ne s'adresse pas.

- On est un peu vexé quelque part, alors on fait ce qu'on a à faire et puis c'est tout. Mais ce n'est pas plus mal puisqu'on se dit que si on avait été toute seule, la personne n'aurait peut-être pas parlé du tout ...

- Pour sortir de cette position de troisième à qui on ne s'adresse pas, est-ce qu'on peut imaginer que la

troisième personne intervienne aussi, qu'elle interfère dans la conversation ?

- Oui.

- Et quand deux soignants parlent entre eux, peut-on penser qu'il s'agit d'une fuite devant la situation ? Une manière de ne pas laisser venir les paroles de la patiente ? Une manière de résoudre la gêne sans trop en avoir l'air ?

- Je ne me suis jamais posé la question dans ce sens là. C'est possible. Ou bien c'est que les tâches sont tellement automatiques, tellement répétitives qu'elles entraînent le fait de jacasser entre nous. C'est vrai que par exemple quand vous faites des changes le soir et que vous en avez 8 ou 9 à faire, c'est toujours la même chose. Au bout d'un moment je m'aperçois que nous ne parlons pas au malade, mais ce n'est pas avec la volonté de l'isoler ou parce que c'est trop difficile. Je pense que c'est plutôt dû à la répétitivité.

- Est-ce qu'il y aurait d'autres points dont on pourrait parler et que nous n'aurions pas abordés du tout ?

- Je pense qu'on a fait un bon petit tour.

- La patiente face à son image dans la glace, face aux autres, face à son conjoint, face à la sexualité, le devenir de sa sexualité, de sa féminité, les seins étant synonymes de ce qui définit la femme, du moins pour l'extérieur, dans ce qui se voit.

- Et l'euthanasie ?

- On est là pour soulager la douleur, fournir l'oxygène, abaisser la température...

- Quand je travaillais en libéral, j'étais plus jeune, ce qui m'avait choquée, c'était la question de la fatalité. Elles me parlaient de leur cancer comme d'une fatalité puisque leur mère l'avait eu ... C'était comme cela et voilà. Elles refusaient aussi la prothèse parce que c'était comme cela, c'était la vie, il y avait une question d'hérédité.

- Le destin, la fatalité...

- Au moment de l'intervention, quand il y a une ablation de prévue, les patientes en ont la hantise et souhaitent faire une reconstruction très vite. Elles ne pensent qu'à cela. Puis, il y a le temps de l'opération... J'ai rencontré une femme pour qui le fait de savoir qu'il se pourrait qu'elle ait une ablation l'a empoisonnée pendant 6 mois. C'était une femme relativement jeune. Elle n'arrivait plus à se regarder dans la glace. Puis il y a eu une prothèse extérieure et maintenant elle parle moins de cette prothèse chirurgicale. Je crois qu'elle ne la fera pas ... Après l'ablation, pendant longtemps, c'était important pour elle de réussir à se regarder dans une glace. Mais elle ne parvenait pas à le faire ... Elle a fini par y arriver.

Je ne sais pas si elle se regarde beaucoup dans la glace maintenant, si elle accepte. C'est une femme qui n'avait jamais été malade ... Elle est toujours en

train de peser le pour et le contre, face au choix des traitements. Longtemps c'était des traitements intensifs.

- Elle aurait eu besoin d'être aidée...

- C'était pénible pour moi parce que d'abord au début, elle avait refusé l'ablation du sein parce qu'elle ne voulait pas qu'on touche à son image corporelle. Puis finalement elle a accepté. Petit à petit, elle a été amenée à comprendre que c'était le seul choix qu'elle avait.

- Et son mari ?

- Elle vivait seule.

Ce que je lui reprochais un peu, c'est qu'elle était négative, elle nous racontait toujours la même chose, ce n'était pas une personne sotte, mais elle ne savait pas tourner la page. Elle ne savait pas construire à partir de là où elle en était. Je crois que c'est la peur de la souffrance qui fait qu'elle n'a pas fait de reconstruction, alors qu'au début elle l'aurait voulu dans la foulée de l'ablation. Il est souvent nécessaire de laisser passer un an après la cicatrisation pour reposer la peau. De plus, s'il y a eu de la radiothérapie, cela modifie la structure de la peau. Si on a des morceaux à prélever, il faut savoir les prendre... Moi j'ai de la documentation dessus...

- Dans la recherche d'information, les malades arrivent toujours à connaître quelqu'un qui était plus ou moins dans la même situation qu'elles. Elles ne se rendent pas compte que chacun est différent. Elles se demandent : « Comment se fait-il qu'à telle personne le médecin a donné tel traitement, et pas à moi... ? » Cette question revient souvent.

- Peut-être que d'établir des comparaisons entre son cas personnel et celui des autres permet d'entretenir l'espoir, même dans les cas où la médecine ne peut plus en donner. Entendre qu'un tel s'en est sorti, c'est ce que retiennent les gens, alors que le médecin ne peut pas toujours, toujours donner une réponse positive.

- S'il n'y a pas qu'une seule parole, cela leur permet peut-être de « reformuler » ce qu'elles ont, et de faire face.

- On va s'arrêter là.

Ont participé à ce groupe de parole animé par Josette Olier:

Aimée Boucaud, Danielle Caille, Christine Cuvilliers, Jocelyne Doussaint, Sylviane Gailleton-Charpentier, Virginie Josso, Jacques Linon, Sylvain Murru, Georgette Nguta, Nathalie Roy, Frédéric Richard, Corinne Sense, Catherine Seutin, Mireille Sol, Marie-Constance Thérés.