

**Sexualite Post Mastectomie: Quel Impact Sur La
Satisfaction Sexuelle?
- Etude De Cas -
Sexuality Post Mastectomy: What Impact On Sexual
Satisfaction? - Case Study –**

Naziha Zouani

1- Université de Tizi –Ouzou (Algérie)
Faculté Sciences Humaines et Sociales

naziha.zouani@ummto.dz

Reçu le:21/02/2023

Accepté le:08/04/2023

Publié le: 07/06/2023

Résumé :

L'objectif de cette recherche est d'étudier l'impact du cancer du sein après une mastectomie sur la vie sexuelle de cinq femmes atteintes, en évaluant la prévalence de la satisfaction sexuelle. Il vise aussi connaître les facteurs de risques et/ou protections qui déterminent cette variable.

Les résultats ont démontré un faible niveau de satisfaction sexuelle chez 60.00% des cas, et un niveau élevé chez 40%, d'où l'importance d'une prise en charge psychologique précoce pour maintenir une image de soi positive et contribuer à leur bien-être

Mots Clés : Cancer, Cancer de sein, Mastectomie, Sexualité, Satisfaction sexuelle.

Abstract:

The objective of this work is to study the impact of breast cancer after mastectomy on the sexual life of five affected women, by evaluating the prevalence of sexual satisfaction. It also aims to know the risk factors and/or protections that determine this variable.

The results showed a low level of sexual satisfaction among 60.00% of cases, and only 40% reported a high level, hence the importance of early psychological care to maintain a positive self-image, and contribute to their well-being.

Keywords: Cancer, Breast cancer, Mastectomy, Sexuality, Sexual satisfaction

1. Introduction

Selon l'Institut national du cancer (2021), depuis les années 2000, un changement majeur est survenu : du statut de maladie incurable, le cancer est passé à celui de maladie guérie ou en rémission. La conséquence positive a été d'attirer davantage l'attention sur la qualité de vie, le bien-être et la vie après, mais aussi pendant le cancer. « Préserver la continuité et la qualité de vie » était ainsi l'une des 4 priorités du Plan cancer 2014-2019. « Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie » est l'un des axes de la nouvelle stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

Après l'attitude qui a été longtemps instaurée vis-à-vis du lien entre le cancer et sexualité - perçu comme incongru- désormais, la relation sexuelle préoccupe le monde scientifique autant qu'une composante inhérente de la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer et élément centrale de la santé psychologique.

D'un point de vue conceptuel, (Ganz et al., 1999) cité dans (Dolbeault, Flahault & Brédart, 2009) a noté trois dimensions qui identifient la sphère sexuelle : le désir sexuel (intérêt pour l'activité sexuelle), le fonctionnement sexuel (excitation sexuelle, rapport sexuel ou coït, orgasme) et la satisfaction sexuelle (appréciation globale de sa vie sexuelle). Leurs variables prédictives seraient : le bien-être émotionnel et l'image du corps pour la première, et la sécheresse vaginale pour la deuxième. Quant à la satisfaction sexuelle, elle comporte de nombreux déterminants, qui peuvent être physiques mais aussi psychologiques ou sociaux.

Dans ce contexte, selon Hawkes (1996) la sexualité est une construction sociale qui inclut des aspects biologiques, relationnels et subjectifs et qui intègre l'identité personnelle avec plusieurs significations telles que l'adoption de modes de vie, le choix de l'objet érotique, les types de vêtement et manières. Ce qui a motivé (Woertman et Van den Brink, 2012) à noter que la sexualité féminine serait dotée d'une plasticité érotique issue d'une plus grande pression

des normes socio-culturelles concernant la beauté, ce qui suscite chez les femmes de nombreux sentiments associés au sexe et la sexualité (Santos & Vieira, 2015, p. 52).

Dans cette perspective, la survenue du cancer du sein provoque des modifications corporelles temporaires ou permanentes, engendrant des changements dans la vie du couple et dans la vie des femmes. Les effets secondaires induits par la maladie et ses traitements restent lourds, malgré les avancées thérapeutiques réalisées ces dernières années. Le sein, symbole de féminité, de sexualité et de maternité est touché, les patientes se sentent selon (Blois, Dany, Mahieuse & Mortin, 2010 ; Reich, 2009) citées dans (Lantheaume, Fernandez, Lantheaum, Bosset, Pagés, & Blois-Da Conceição, 2016, p. 367) diminuées physiquement. Ces répercussions s'étendent d'après les résultats des études (Hodgkinson et al, 2007 ; Pitceathly & Maguire, 2003 ; Schover, 2014 ; Weigand & Bianchi-Demicheli, 2014) aux relations interpersonnelles : toute l'homéostasie du système familial (couple, enfant), et plus largement du système social est atteinte. Ainsi, le cancer du sein vient fragiliser tout l'équilibre de la femme qui en est atteinte, en touchant les dimensions : physique, psychologique et sociale, de ce fait la qualité de vie est altérée (Bolmont, Amram, Rochond, Dietrich & Bianchi-Demicheli, 2018).

Quant à la chirurgie du sein, la mastectomie, elle entraîne un traumatisme psychologique important, qui peut avoir le plus de conséquences négatives de l'image corporelle des femmes, et affecter leur vie sexuelle ; la femme peut considérer cette chirurgie mutilante comme une atteinte dans sa condition de femme, mais aussi elle peut perdre cette zone très érogène (Nuytten, Faugeras, & D'Hondt, 2018, p. 488).

Dans le contexte cancer sein et sexualité, plusieurs études ont été effectuées chez les recherches de (Fobair et al, 2006 ; Donovan et al, 2014 ; Boquiren et al, 2016 ; Farthmann et al, 2016 ; Robinson et al, 2017 ; Mortimer et al, 1999) citées (de la Taille, 2018) et les études

de (Ussher, Perz & Gilbert, 2012 ; Tucker et al, 2016 ; Vanlemmens et al, 2014) ainsi que les (Berglund et al. 2001; Bredart et al. 2011; Broeckel et al. 2002; Burwell et al. 2006; Djohan et al. 2010 ; Figueiredo et al. 2004 ; Katz , 2011 ; King et al. 2000 ; Schain et al. 1994) citées dans (Ben Charif, 2016) et (Hawkins et al, 2009) citée dans (Ussher, Perz, Gilbert, Wong, & Hobbs, 2013, p. 455). Les études étaient unanimes pour affirmer que ce type de cancer et ses traitements altèrent la santé sexuelle, même si ces troubles varient selon (Ganz et al, 1992 ; Ganz, 2005) citées dans (Lesur & de Lafontan, 2006) en fonction des catégories de patientes interrogées : l'âge, les traitements utilisés, le recul par rapport au diagnostic en nombre d'années, mais surtout le contexte socioculturel, familial et affectif de la patiente.

Les études ont démontré que les changements dans le bien-être sexuel peuvent être l'un des aspects les plus problématiques de la vie après un cancer du sein, avec des effets durables pendant de nombreuses années après le traitement, associés à de graves effets indésirables physiques et émotionnels. Les recherches ont documenté une gamme de changements physiques de la sexualité d'une femme: des perturbations du fonctionnement sexuel, ainsi que des perturbations, l'excitation sexuelle, la lubrification, l'orgasme, le désir sexuel et le plaisir sexuel. Ce qui peut engendrer selon (Nuytten, Faugeras, & D'Hondt, 2018, p. 489) une fragilisation psychologique, une perte d'identité, un sentiment d'incapacité personnelle et sexuelle, un repli sur soi, un isolement social, avec parfois un refus d'intimité, et un renforcement des troubles de l'humeur.

Ceci dit, il est intéressant de mettre en évidence, qu'il y'a eu une certaine divergence dans les résultats concernant l'effet du cancer du sein et la dysfonction sexuelle secondaire à la chirurgie conservatrice ou la mastectomie. Aerts et ses collègues (2014) ont constaté qu'il y a plus de dysfonction sexuelle après mastectomie chez 149 patientes. Pourtant, de nombreuses autres études n'en ressortent aucune différence significative (Fobair et al, 2006 ; Beckmann, Johansen, Richardt & Blichert-Toft, 1983 ; Steinberg, Juliano & Wise, 1985 ;

Yurek, Farrar & Andersen, 2000 ; Ganz et al., 1992) citées dans (de la Taille, 2018). L'étude même de (Santos & Vieira, 2015, p. 51) a confirmé que certaines femmes ont décrit que leur vie sexuelle est restée satisfaisante allant jusqu'à rapporté une amélioration dans celle-ci.

Devant ce constat, certains chercheurs ont été motivé à effectuer, en parallèle, des études afin d'explorer les facteurs déterminant la satisfaction sexuelle chez les femmes atteintes du cancer du sein. Ces facteurs peuvent être répertoriés en deux catégories : des facteurs de risque tels , la réaction négative du conjoint face à la maladie de sa femme ; l'altération de la relation du couple et de la relation sexuelle, le trouble de l'image du corps, la dépression et l'anxiété ont (Ellouz et al, 2019) la fatigue et la douleur, la détresse psychologique, les modifications de la ménopause induites par des médicaments tels que la sécheresse vaginale, les bouffées de chaleur et la prise de poids (Ussher, Perz & Gilbert, 2012) l'image corporelle qui persiste longtemps après la mastectomie (Bai, Arver, Johansson, Sandelin, Wickman, & Brandberg, 2019, p. 120).

Quant aux facteurs de protection, il a été démontré que le soutien et le renforcement des liens affectifs et sexuels avec le partenaire (Santos & Vieira, 2015), une relation sexuelle non altérée (Ellouz et al, 2019) ont joué un très grand rôle dans ce sens.

Dans le contexte oriental ainsi que maghrébin, La recherche bibliographique a démontré l'existence de très peu d'études sur la sexualité et le cancer du sein. Néanmoins, la recherche a aboutit sur l'étude de (Ellouz, Marrakchi, Raies, Masmoudi, Mezlini, & M'rad, 2019, p. 43). Cette dernière avait comme objectif recherché la prévalence de la dysfonction sexuelle dans une population de femmes tunisiennes (n=100) suivies pour un cancer du sein et les facteurs qui lui sont associés. Les résultats ont démontré la prévalence de la dysfonction sexuelle était de 75% avec une altération de la relation de couple dans respectivement 47% et 24.7% des cas. Les résultats ont démontré aussi une diminution du désir sexuel (56%), une diminution

de l'excitation sexuelle (60%), une lubrification insuffisante (53%), une difficulté à atteindre l'orgasme (59%) et une douleur à la pénétration (39%).

L'Algérie, identique aux autres pays du Maghreb, la sexualité est soumise à une influence multifactorielle d'ordre culturel, éthique, psychologique et social, ce qui a affecté la recherche dans ce domaine qui est très réduite pour ne pas dire quasiment absente, d'où l'intérêt de cette étude psychologique qui a comme objectif de connaître à quel degré la sexualité a été impactée par la survenue d'un cancer de sein qui a abouti à une mastectomie dans le contexte algérien, et cela en évaluant le niveau de satisfaction sexuelle chez cette population et déterminer les facteurs explicatifs de la satisfaction et/ non satisfaction sexuelle.

2. Cancer de sein : Quelle prévalence ?

Selon le rapport de l'étude publiée le mois de février (2021) par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les cancers du sein touchent désormais plus de patients dans le monde. Rien que sur l'année 2020, un total de 2,3 millions de cas a été confirmé représentant dorénavant 11,7% de toutes les tumeurs déclarées chez les hommes et les femmes. Une donnée dépassant pour la première fois les chiffres des autres types de cancer.

En termes de mortalité, le cancer du sein occupe la 5^{ème} place dans le monde. D'après les dernières estimations du CIRC, le cancer a fortement progressé dans le monde pour atteindre 19,3 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès en 2020. Son incidence devrait atteindre 30,2 millions de nouveaux cas d'ici 2040 et devenir la principale cause de décès prématuré dans la plupart des pays, devant les maladies cardiovasculaires (Centre international de Recherche sur le Cancer, 2022).

3. Cancer et couple : Quels répercussions psychologiques et sexuelles ?

L'annonce du diagnostic cancéreux constitue un choc, une rupture pour la patiente comme pour le conjoint. Les sujets parlent souvent d'« une douche glacée, un coup de massue ». Ils se décrivent comme « assommés, sonnés », ce qui marque bien la sidération qui les atteint au moment du diagnostic. Bacqué et Baillet (2009) parlent d'une « crise vitale » pour le patient et ses proches.

Le couple confronté au cancer du sein peut traverser des étapes déstabilisantes pour sa sexualité. D'après Nuytten, Faugeras & D'Hondt (2018, p489), il y a souvent une perte de désir lors de la phase dépressive réactionnelle à l'annonce de la maladie. Le partenaire peut être dans le déni, ou hyper vigilant-protecteur, avec parfois des réactions de maternage qui peuvent s'installer. L'adaptation aux traitements, l'anxiété d'un retour de la maladie diminuent fortement aussi le désir et peut mettre la sexualité au deuxième plan, derrière la lutte pour la vie. De plus prendre les décisions médicales qui les concernent ne laisse plus suffisamment de place pour une vie sexuelle.

De nombreuses études (Chamberlain, 2001 ; Derzko, Elliott & al, 2007 ; Ganz, Desmond & al, 1999 ; Holmberg, Scott & al, 2001) ont souligné aussi que la satisfaction maritale, la relation avec le conjoint vont affecter la manière de faire face au cancer pour la patiente et son partenaire. La sexualité risque également d'être altérée en raison du changement relationnel qui intervient dans le couple dès l'annonce du diagnostic : difficultés de communication, la diminution du bien-être physique, la mésentente conjugale, la déception face au conjoint. Dans le même contexte, L'étude de Ussher et al (2010) a démontré que de nombreuses femmes se désintéressent des questions sexuelles, dès l'annonce du diagnostic et pendant les traitements, qu'elles ne les voient pas souvent comme épanouissantes pour elles, à ce moment de leur histoire de maladie, tandis que d'autres se plaignent d'un manque d'intérêt sexuel.

Les auteurs comme (Allais & Allais, 2008 ; Mercadante, Vitrano & al, 2010 ; Schover, 2004) ont mis l'accent sur le fait que la qualité de la sexualité reflète la qualité de la relation entre les partenaires. Les difficultés sexuelles peuvent être révélatrices d'un conflit relationnel, parfois inconscient. L'ajustement du couple à la sexualité lors d'un cancer du sein va dépendre aussi de la relation avec la sexualité que le couple entretenait avant la maladie. Les femmes qui présentaient des difficultés sexuelles indépendamment du cancer sont plus à risque de développer des difficultés sexuelles.

Selon Levinson (2008) et (Schover, 1997) les deux partenaires peuvent s'entendre pour vivre sans sexualité, sans mettre en danger l'équilibre de leur couple et la sexualité devient moins basée sur la fonction que sur le lien affectif. Alors la sexualité n'est plus une priorité, voire n'existe plus vraiment et les difficultés sexuelles qui font suite au diagnostic et aux traitements n'altèrent pas vraiment la qualité de vie. D'un autre côté, Un conjoint très impliqué dans les soins va difficilement pouvoir sortir de son rôle de « soignant » dans la relation qu'il a avec sa femme, considérée ici comme asexuée, il risque de continuer à regarder sa compagne comme étant malade et non comme partenaire sexuelle (Hawkins, Ussher et al, 2009). Cette « médicalisation » de la relation peut amener selon (Bacqué et Baillet, 2009) une « déssexualisation » de la relation de couple (Panes-Ruedin, 2011, p. 24).

Dans le même sens, (Hirsch, 2009, p34) a insisté sur le rapprochement affectif, le soutien par le partenaire étaient pour traverser cette épreuve de la vie. Pour elle, le danger est de rester, même à distance des traitements, dans ces rôles éventuels de « materné-maternant » car ils sont anti-érotiques.

Si l'apparition d'un cancer peut rapprocher les conjoints, elle peut aussi révéler des conflits et donner lieu à des ruptures totales ou du moins, à des ruptures de communication. Beaucoup de femmes ont été laissées par leur mari allant jusqu'au divorce. Paradoxalement, certaines séparations sont motivées par certaines patientes elles-

mêmes ; se sentant dénudées de leur féminité après mastectomie. Elles demandent à se séparer de leurs maris ou leur proposent de prendre une seconde femme, sans vraiment demander le divorce (Errihani, Elghissassi, Mellas, Belbaraka, Messmouid, & Kaikani, 2010, p. 132)

Notons que chaque couple et chaque partenaire séparément a son histoire, sa personnalité, ses richesses, ses ressources mais aussi ses limites. Limites déjà avant la survenue de la maladie et puis celles qui s'ajoutent à la suite du traitement. Comme l'a bien montré Hirsch (2009) un deuil est inévitable et nécessaire. Il passe par toutes sortes de sentiments : angoisse, tristesse, colère... jusqu'à retrouver un nouvel équilibre qui va vers la vie et la sexualité. Dans ce processus, un suivi psychologique peut être indispensable pour conserver les gestes de tendresse, maintenir le dialogue et la communication, ne pas confondre problème sexuel et problème amoureux, faire savoir que la patiente a besoin de compréhension, indulgence et de temps

4. Les problèmes sexuels en oncologie : Un tabou qu'il faut casser.

Malgré que la sexualité soit située au cœur du vécu quotidien, elle était maintenue depuis longtemps derrière les tabous. Selon les études de (Bober et al. 2012 ; Dizon et al. 2014 ; Hordern 1999; Hordern et al. 2000, 2007 ; Kaplan 1992; Takahashi et al. 2005; Sporn et al. 2015 ; Stead et al. 2003) Citées dans (Ben Charif, 2016), en cancérologie, la notion de sexualité est souvent difficile à aborder, pour des raisons multiples qui relèvent non seulement du patient, mais également du soignant, même si , ça fait plus de 15 ans que l'OMS sollicite les équipes soignantes pour préserver au maximum la santé sexuelle des patients, qu'elle définit comme faisant partie intégrante de la qualité de vie (de la Taille, 2018).

Pour le patient, à l'annonce du diagnostic, la sexualité passe souvent au second plan devant la notion de simple survie et de « guérison avant tout ». Le soignant porte souvent une part importante de responsabilité dans ce manque de communication spécifique, les auteurs ont constaté que les médecins se préoccupent assez rarement

des détails de la vie sexuelle de leurs patients. Diverses barrières ont été identifiées. Les médecins imaginent parfois que leurs patients n'ont désormais plus de vie sexuelle, ils n'ont parfois pas le temps d'aborder ce sujet, leurs consultations manquent d'intimité, et parfois aussi ils ne savent pas quelles solutions apporter à des troubles sexuels qui leur seraient rapportés.

En contrepartie, Selon McLeod et Hamilton(2013), plusieurs études (Cox et al, 2006; Flynn et al, 2012; Hordern & Street, 2007b, Julien et al, 2010) ont indiqué que les patients veulent que ce soient les professionnels qui prennent l'initiative en lançant les conversations sur la santé sexuelle, et ils n'aborderont pas le sujet si les prestataires ne le font pas. Les patients indiquent qu'ils désirent une communication ouverte, franche et réfléchie relativement à leurs inquiétudes en matière de santé sexuelle, avoir la permission de discuter ouvertement des enjeux et qu'on leur demande en quoi les changements induits par le traitement ont touché leurs fonctions sexuelles et leur relation de couple.

Ceci démontre que la sexualité dans ce contexte reste un sujet délicat, à la fois pour le patient, qui n'ose pas aborder le sujet en consultation, et pour le médecin, souvent non formé à cette approche. Et il a été mis en évidence que les cliniciens ne sont pas particulièrement bons en matière de détection d'effets secondaires (Fallowfield et al. 1990) cité dans (Ben Charif, 2016). C'est pour ça l'apport du sexologue en oncologie est une valeur ajoutée importante dans l'équipe de soins du patient atteint de cancer. Il permet de soutenir le patient et son partenaire dans la récupération de la santé sexuelle, de rétablir un équilibre sexuel, de favoriser chez les professionnels de l'équipe de soins une meilleure compréhension du rôle de la sexualité dans le maintien de la qualité de vie des patients et de leurs partenaires et de partager les connaissances acquises (formation) (Coalition Priorité Cancer au Québec, 2015).

5. Méthodologie

5.1. Description de la population

Notre échantillon est composé de 05 femmes âgées de 27 à 45 ans, l'âge moyen étant de 35.12 ans, mariées avec deux à quatre enfants. Leurs niveau d'étude se répartit comme suit : 40% ayant un niveau universitaire, 40 % ayant un niveau secondaire et 20 a étudié jusqu'au moyen, trois d'entre elles sont sans emploi, les autres exerçaient dans des métiers comme dentiste et dans la comptabilité. Toutes les participantes ont subi une mastectomie, qui est un des critères de sélection de la population, et la durée de cette dernière varie de 01 an à 03 ans. L'étude a été effectuée à l'hôpital Sanatorium au service d'oncologie dans la wilaya de Tizi-Ouzou.

5.2. Les outils

Les données ont été collectées par le biais d'un :

- **Entretien semi directif** : Les thèmes abordés lors des entrevues sont : les informations sociodémographiques, l'histoire de la maladie (les premiers symptômes de la maladie, les différents traitements) ainsi que l'état psychologique associé à ce stade de la maladie. L'axe familial avait comme objet identifié les réactions de l'environnement familial et leurs impacts sur la vie des participantes. L'entretien visait également à connaître la qualité de la relation sexuelle avant et après la maladie.

- **L'Échelle de satisfaction sexuelle** (Hudson et al., 1981, traduite par Corneau & Boivert, 1985) a été appliquée. Elle de compose de 25 items (p. ex., Je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité; je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante; mon partenaire ne me satisfait pas sexuellement). La cotation s'effectue à partir d'une échelle de type Likert en cinq points variant de 1 «rarement ou jamais» à 5 «la plupart du temps» (Dupuy, 2012, p. 49).

Après l'avoir traduit en arabe, les propriétés psychométriques ont été calculé sur 100 personnes (50 H, 50 F), moyenne d'âge = 38.33 ans.

La fiabilité du questionnaire a été calculée en appliquant la formule la plus utilisée dans les recherches psychologiques, celle d'Alpha de Cronbach (0.93) ce qui signifie que l'outil est fiable pour la collecte des données sur la satisfaction sexuelle. Après une phase d'information donnée aux participantes sur le thème et le déroulement de l'étude et, en cas d'accord, la passation a été réalisée durant un entretien semi-directif.

5.3. Résultats et Discussion

Les résultats présentés dans cette étude portent spécialement sur deux catégories de données : Une synthèse des entretiens. Le contenu sera illustré par des citations significatives des participants, et les résultats du test de la satisfaction sexuelle.

5.4. Synthèse générale des entretiens

L'objectif de l'étude était de connaître le niveau de satisfaction sexuelle chez des femmes ayant subi une mastectomie, avec l'hypothèse que cette dernière aurait un impact négatif sur leur sexualité.

Au préalable, il faut noter que les témoignages nous ont révélé qu'une fois le cancer a été annoncé, un état de choc est installé, elles ont souffert de dépression, d'anxiété, de perte d'appétit et d'un isolement complet avec la peur d'une rechute « *J'étais comme une psychotique, je ne parlais à personne, je ne dormais plus, je ne mangeais pas comme avant, j'évitais tout le monde....* ». Même, cette violence de l'annonce de la maladie et des traitements a éveillé des traumatismes vécus durant l'enfance comme le cas de Sana.

Le fonctionnement sexuel, la fréquence des rapports et l'attitude vis-à-vis des relations sexuelles sont plus détériorés dans 60% des cas. « *On ne sent plus la chaleur comme avant* », « *je sens que notre relation est froide, mon cœur est mort, je n'ai plus d'envie* ». Ces résultats sont consistants avec ceux de (Graziottin et Rovei 2007; Walsh, Manuel et Avis 2005) cités dans (Fortin, Charron, Beauchamp, Morin & Lagacé, 2010) qui ont démontré que la chirurgie influence

l'adaptation sexuelle, conjugale et émotionnelle des femmes atteintes du cancer de sein. Plusieurs explications peuvent être proposées.

La fatigue et d'autres symptômes liés au cancer et au traitement était un des facteurs évoqués qui a engendré l'insatisfaction sexuelle après l'ablation du sein, d'ailleurs ce qui a occasionné des sentiments d'inquiétude et de blâme « *que dieu me pardonne, je sais que je ne m'occupe pas de mon mari comme avant c'est son droit, mais allah ghallebe alia* » en parlant de leur grande fatigue. Les changements en matière d'image corporelle ont eu une importante incidence sur le désir et l'intérêt sexuels. Après l'opération, la perception du corps a changé, en particulier pour trois cas qui investissaient toute leur féminité sur l'apparence, elles prenaient grands soins de leur corps et étaient fiers de leur élégance « *j'étais fière de mon corps, de ma personnalité, mais maintenant tout à changer, je sens que j'ai tout perdu* », « *je ne me trouve plus belle, je sens que j'ai développé un complexe d'infériorité* », « *maintenant, c'est pas la même chose* », « *Je suis défigurée* ». Elles étaient conscientes que leur corps a subi plusieurs métamorphoses, ce qui peut expliquer le fait qu'elles portaient toutes des vêtements amples. Ces résultats sont cohérents avec les résultats de (Noguchi, 1993 ; Poulsen, 1999 ; Wapnir, 1999) cité dans (Espie Goring, 2001) indiquant que le trouble de l'image corporelle chez les femmes atteintes d'un cancer du sein était particulièrement significatif après une mastectomie. Toutes les participantes ne supportaient pas la nouvelle image de leurs corps, elles évitaient le regard des cicatrices « *Je n'ai pas osé regarder, je ne regarde toujours pas cette cicatrice, c'est trop difficile* » qui provoquaient un sentiment d'handicap comme l'a noté Souad, ce qui va engendrer à son tour un complexe impossible de l'affronter « *Je me sentais comme un handicapé, je sais que ça va devenir de plus en plus un complexe en moi que je ne pourrai l'affronter* », « *je sais que ça me manque quelque chose, je ne suis pas la femme d'avant l'opération* », « *Rien ne sera jamais plus comme avant* ».

Ces modifications de l'image corporelle d'après Schraub & Marx (2016) fragilisent psychologiquement la femme qui peut ne plus se

sentir désirable pour son conjoint et induire également un malaise chez ce dernier. Razavi et Delvaux (2002) expliquent que « les déformations, les modifications du fonctionnement corporel entraînent des changements dans les perceptions et l'image qu'une personne a de son corps » (Razavi & Delvaux, 2002, p107). Les témoignages des participantes ont mis en évidence aussi une sensation de changement de rôles qui à engendrer une grande frustration, la perte de la féminité, son identité de femme, et comme mère par la perte de son sein. Sur ce point, Bacqué (2016) l'a très bien expliqué en disant que le cancer du sein toucherait cette partie du corps et permettrait de déplacer l'angoisse de mort sur l'atteinte du triple symbole de la beauté, de la féminité et de la maternité. Chose qu'on retrouve dans l'étude récente de (Jeng, Hou, Liu, Wang, & Chen, 2020, p. 535). Pour elles, le sein joue une grande importance dans le rapport sexuel, pour montrer leur identité, leur féminité et leur capacité de séduction « *Vous savez bien que le sein joue un rôle important pendant les rapports sexuels...il donne aussi cette sensation d'être une femme capable de séduire son époux* » ceci nous rappelle ce qu'a souligné Mathelin et al(2005) cité dans Nicolleau-Petit (2009, p31) : « On comprend à quel point le sein est un organe hautement présent dans la vie psycho-émotionnelle des femmes ... », Ainsi, les mastectomies atteignent les femmes non seulement par la mutilation d'un attribut de féminité hautement investi socialement mais aussi par la disparition d'un organe comme l'a indiqué (Razavi & Delvaux, 1998) ayant une fonction dans les stimulations participant à la satisfaction liée aux relations sexuelles. La honte, la culpabilité, la crainte de l'abandon, la peur d'être dénudé et le refus que le mari voit leur poitrine ont fait qu'il y est un évitement de la relation sexuelle, comme le cas de Salima qui s'est éloigné de son époux pendant une durée allant jusqu'à 5 mois « *je ne voulais pas qu'il me voit* », « *On ne fait plus de rapport, parce que tout simplement je n'aurai pas le courage de me montré ainsi devant lui* ». « *J'ai peur de le frustré et qu'il s'éloigne de moi* ». Toutes ces réactions ont été confirmé par l'étude de Al-Ghazal, Fallowfield, Blamey (2000) et (Kornblith, Ligibel ,2003) cité dans (DuPont, Antoine, Reich & Béve, 2007) qui ont rapporté que, sur le plan

sexuel, les femmes ayant vécu une mastectomie se sentent moins attirantes, ainsi que l'étude de Lewis (1996), qui a montré que 19% des conjoints des femmes mastectomisées suite à un cancer de sein évitent de les voir nues (Razavi & Delvaux, 2002), ce qui nous laisse déduire que l'abstention des rapports sexuels est une étape dans leur vécu.

Bien que la plupart des participantes aient souligné que le conjoint faisait preuve de sollicitude, on a enregistré que ces femmes ont nourri un doute vis-à-vis des réactions des conjoints, « *Mon mari n'a pas changé pour le moment, mais j'ai peur et je doute* », comment il peut continuer à vivre avec cette femme affaiblie, qui ne se ressemblait plus, qui n'avait plus envie de rien, dont toute l'énergie était tournée vers elle-même, qu'il ne pouvait plus la désirer ou simplement même lui dire qu'il la désirait, « *Je ne vous cache pas, j'ai peur de perdre mon mari, car il ne sera pas trop patient face à cette situation même s'il n'a rien montré* », Souad disait aussi que son conjoint évitait de contempler sa poitrine ce qui a provoqué un sentiment d'indifférence de sa part « *je le sens indifférent* ». Cette situation peut traduire un état de déni et d'évitement de son propre vécu psychologique vis-à-vis de la maladie de son épouse, chose qui a été signalé par Darty(1984). D'un autre côté, Salima avait exprimé son désarroi quant à la banalisation de son époux de la situation croyant que ça pourrait l'aider à accepter le fait qu'elle soit encore désirable, elle a reporté qu'elle aurait préféré connaître les sentiments réels de son mari, qu'il soit sincère par rapport à ses réactions pour qu'elle puisse surmonter ses difficultés sexuelles « *il banalise les choses, il ne cesse de dire que c'est pas grave, tu es toujours jolie à mes yeux....moi , je préfère la vérité , comme ça on va se comprendre* ». Cette hyper- protection comme l'a signalé Vande Weil, Shulze et Wouda(1990) cité dans Trudel(2003) entraîne un manque de confiance en elles et de leurs capacités corporelles.

Contrairement aux résultats précédents, on a enregistré une satisfaction sexuelle chez deux participantes (40%). Il s'agit de deux femmes qui n'ont pas cessé de fournir des efforts pour reprendre une vie conjugale harmonieuse, des efforts pour séduire leurs époux, ainsi

qu'une confiance liée au rôle donné aux affects dans une relation sexuelle. Elles étaient confiantes quant aux compliments de leurs époux concernant leur beauté et leur capacité de séduction, et que la maladie ainsi que la mastectomie n'ont rien changé de leurs sentiments pour elles « *il me dit toujours qu'il m'aime à mourir...* ». La présence de l'amour entre les couples et leur désir de savourer chaque moment de leur vie « *Ma vie intime est resté comme elle était, on s'aime toujours et jamais on laissera le temps en vain* », ce témoignage vient confirmer ce que Bacqué (2016) avait noté quand elle a écrit que l'amour « parle aux affects », tandis que la sexualité s'adresserait au corps.

Les deux participantes appréciaient leurs moments intimes grâce à un élément très important pour l'entente conjugale, la communication. Cette dernière leur a permis d'échanger leur appréhension, envies, perspectives « *Mon mari et moi sommes devenus plus complices et plus intimes pendant la maladie* ». Dans ce sens, Brault (1985) avait signalé que l'échange, en tant que source de plaisir est perçu comme expérience sensorielle agréable pour les deux partenaires. Cet échange reflète une responsabilité des deux conjoints dans la réussite de la vie conjugale et sexuelle en particulier.

Notons bien, que L'harmonie, la confiance et une bonne communication ont joué un rôle essentiel dans le réapprentissage de la sexualité. Dans le même contexte, (Reynaert, 2006) cité dans (Boudrahem, 2021, p. 37) a noté qu'une compétence partagée de communication peut faciliter l'établissement d'une relation dans un climat apaisé, grâce auxquels les deux protagonistes sont en harmonie, entrent en résonance.

Ces participantes ont reporté aussi l'importance de la religion dans le processus du deuil de l'ancienne image du corps et accepter la nouvelle, ce qui les a aidé à sauvegarder une qualité satisfaisante de la vie sexuelle.

Concernant les résultats de l'échelle, ils concordent avec le contenu des entretiens. Ces derniers ont révélé aussi un faible niveau de satisfaction sexuelle chez 60.00%, et seulement 40% ont reporté un niveau élevé. L'insatisfaction sexuelle a été particulièrement perceptible dans des indicateurs tels que : Un manque de plaisir sexuel pour elles et leurs époux, une vie sexuelle ennuyeuse, manque de jouissance par rapport aux pratiques utilisées au cours de la relation sexuelle, froideur de la relation. Cette concordance des résultats signifie clairement que les conséquences vécues par ces femmes ont altérés leurs sentiments du plaisir sexuel, d'où la nécessité d'un travail de réaménagement de soi.

Cette étude a cependant des limites étant donné la composition de notre échantillon, soit exclusivement des femmes mariées, vu le contexte social. Des recherches plus approfondies sur le vécu particulier des jeunes femmes célibataires devraient d'ailleurs être menées pour mieux circonscrire leurs besoins particuliers, d'autant que les préoccupations quant à l'image de soi et à la sexualité prennent un sens particulier pour elles, tel que cela est souligné par les chercheurs.

Enfin, cette étude est réalisée avec un échantillon très restreint (N=05) issue d'un seul centre de soin. Il est donc important d'éprouver de nouveau ces résultats dans le cadre d'une étude plus large et multicentrique.

6. Conclusion

Le cancer du sein a des retentissements multiples sur la personne affectée, sa famille et son couple. La sexualité, comme toutes les autres fonctions, est plus au moins impactée par le processus pathologique et par les effets secondaires. Les troubles sexuels sont nécessaires à considérer, à évaluer et à traiter ; le couple peut se révéler un levier incontournable dans la reprise des activités de la vie de tous les jours. Le partenaire occupe une position centrale vis-à-vis de l'autre malade. Par son écoute, disponibilité, soutien continu,

peut lui permettre de cheminer plus sereinement dans sa quête de ré-autonomisation et de recouvrement de l'indépendance fonctionnelle.

Les résultats de l'étude soutiennent les recherches antérieures qui ont rapporté des changements significatifs dans le bien-être sexuel après le diagnostic et le traitement du cancer du sein. Néanmoins, ils démontrent que la mastectomie n'était pas le seul facteur responsable au faible niveau de satisfaction sexuelle, mais la contribution d'une constellation de facteurs de risques déjà cités dans les études tels que l'altération de l'image du corps, le doute, faible estime de soi, manque de confiance à sa compétence de séduction.. d'où leur importances dans la prise en charge psychologique, car le bien-être sexuel est essentiel au bien-être psychologique, surtout qu'il a été constaté que l'intimité sexuelle rend l'expérience du cancer plus gérable et aide au processus de guérison.

L'onco-sexologie est une offre de soins qui répond à ce type de problèmes qu'on suggère à instaurer comme formation dans les services d'oncologie et universitaires afin de toucher un domaine chargé de tabous, parfois de préjugés et de mythes. Elle concerne tous les âges et suggère une approche anticipée, évaluée et réévaluée, globale et pluridisciplinaire.

Bibliographie

- Bacqué. M.-F. (2016). Après la quête de la survie, les traitements du cancer peuvent-ils ramener le désir ? *Psycho-Oncologie*. Vol10, N°2, 81-83. DOI 10.1007/s11839-016-0576-4
- Bai, L, Arver, B, Johansson, H, sandelin, K, Wickman, M & Brandberg, Y. (2019). Body image problems in women with and without breast cancer 6-20 years after bilateral risk-reducing surgery- A prospective follow-up study. *The Breast*, 44, 120-127. <http://doi.org/10.1016/j.breast.2019.01.013>
- Ben Charif, A. (2016). *Santé sexuelle après cancer en France : fréquence des troubles et prise en charge*. Thèse présentée pour obtenir le grade universitaire de docteur Discipline: Pathologie Humaine Spécialité: Recherche Clinique et Santé Publique. Ecole Doctorale des Sciences de la vie et de la santé. Aix-Marseille Université.
- Blouet, A. (2015). *Evaluation de la qualité de vie sexuelle des femmes de moins de 35 ans après traitement d'un cancer du sein* . Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine Qualification en : Médecine Générale. Faculté de médecine Université D'Angers.
- Bolmont, M, Amram, M-L, Rochond,F, Dietrich, P-Y et BianchiI-Demicheli, F .(2018). Prise en charge de la sexualité chez les patients oncologiques. Un projet de recherche au sein des Hôpitaux universitaires de Genève. *Revue Médicale Suisse*; 14 . 578-81
- Boudrahem, S. (2021). Le couple dans le modèle bio-psycho-social, place du partenaire dans la sphère de la sexualité. Exemple du contexte oncologique. *Kinesither Rev*; 21(230), 35–38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2020.11.010>
- Brault. N. (1985). *Relation entre le Concept de soi et la satisfaction sexuelle*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en Psychologie. L'université du Québec à Trois –Rivière.
- Centre international de Recherche sur le Cancer. (2022). *Rapport biennal du CIRC 2020–2021*. <https://publications.iarc.fr/613>
- Coalition Priorité Cancer au Québec. (2015). *Le cancer et la sexualité*. Rapport de la séance de réflexion.1-10.
- de la Taille, M M. (2018). *L'évaluation prospective d'un soutien sexologique par l'éducation thérapeutique de patient (ETP) dans le cancer du sein*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine. Faculté de Santé. Université D'Angers.
- Delvaux. N. (2006).L'expérience du cancer pour les familles. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* .N°36.81-101.
- Dolbeault, S, Flahault, C & Brédart, A. (2009). Approche psychoncologique des difficultés intimes et sexuelles des patientes atteintes de cancer féminin et de leur conjoint. *La Lettre du Cancérologue*. Vol. XVIII - n° 8. 418-422.
- Dupont. A, Antoine. P, Reich. M & Béve. C. (2007). Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein : impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie. *Psycho-Oncologie*, Vol 1, 174–178. DOI 10.1007/s11839-007-0032-2

-
- Dupuy, E. (2012). *Rôle médiateur de l'estime de soi sexuelle dans le lien entre l'attachement amoureux et la satisfaction sexuelle*. Thèse de Doctorat présentée comme exigence partielle du programme de doctorat en Psychologie Département de Psychologie. Université de Sherbrooke.
- Elia. D. (2007). Sexualité et cancer du sein. *La Lettre du Gynécologue*. N° 325. 34-39.
- Ellouz, E, Marrakchi, N , Raies, H, Masmoudi, S, Mezlini, A & M'rad, M F. (2019). Dysfonctionnement sexuelle chez 100 femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein. *Sexologies*. 28, 43- 48. <http://doi.org/10.1016/j.sexol.2017.12.004>
- Errihani, H, Elghissassi, I, Mellas, N, Belbaraka, R , Messmoudi, M & Kaikani, W. (2010) . Impact du cancer sur la sexualité : qu'en –t-il du patient marocain ? *Sexologie*, 19, 127-132.doi :10.1016/j.sexol.2009.04.003
- Espie. M & Goring. A. (2001). *Le sein*. Edition Eska.Paris.
- Fortin. P, Charron. A, Beauchamp. J, Morin. S & Lagacé. J. (2010). Corps, femmes et féminité : le vécu des jeunes femmes atteintes du cancer du sein au Nouveau-Brunswick. *Recherches féministes*, 23(2), 71–89. DOI:10.7202/045667ar
- Gilbert, E, Ussher , J M & Perz, J. (2013) Embodying sexual subjectivity after cancer: A qualitative study of people with cancer and intimate partners, *Psychology & Health*, 28:6, 603-619, DOI: 10.1080/08870446.2012.737466
- Institut national du cancer. (mai 2021). *Préservation de la santé sexuelle et cancers, Synthèse*. e-cancer.fr
- Jeng, Ch-J, Hou, M-F, Liu, H-Y, Wang, L-R & Chen, J-J. (2020). Construction of integrated sexual function questionnaire for women with breast cancer . *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 59, 534-540. <http://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.05.011>
- Lantheaume, So, Fernandez, L, Lantheaume, St, Bosset, M, Pagés, A & Blois-Da Conceição, S. (2016). Cancer de sein, image du corps et Psychothérapie per médiation photographique(PMP). *Annales Médico-Psychologiques*, 174, 366-373. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.01.010>
- Lesur, A & de Lafontan, B. (2006). Sexualité après cancer du sein. *La Lettre du Sénologue* - n° 31. 24-28.
- Marx. E. (2016). Psycho-onco-sexologie : un ménage à trois. *Psycho-Oncologie*. Vol 10, 79-80. DOI 10.1007/s11839-016-0578-y
- McLeod. D L & Hamilton. J. (2013). Parler de la sexualité dans le contexte du cancer : qui le fait en premier? *Revue Canadienne De Soins Infirmiers En Oncologie*.202-207. DOI:10.5737/1181912x233202207
- Nicolleau-Petit. V. (2009). Les séquelles psychoaffectives après le traitement d'un cancer du sein. *La Lettre du Sénologue* .N° 44.12)
- Nuytten, M, Faugeras, L & D'Hondt, L. (2018). Cancer et sexualité. *Louvain Médical*, 137(7), 486-491.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Cancer de sein* (<https://news.un.org/fr/news/topic/health>)
-

-
- Panés-Ruedin, B. (2011). *Couples et cancer du sein : l'expérience de la sexualité*. Certificat de formation continue en Sexologie clinique. Université de Genève.
 - Razavi & Delvaux. (2002). *Psycho-oncologie, le cancer le malade et sa famille*. Edition Masson. Paris.
 - Santos, D.B & Vieira, E.M (2015). Scripts de la sexualité dans le contexte du cancer du sein. *Sexologie*, 24, 51.
 - Schraub.S & Marx. E. (2016). *Sexualité et cancer*. Information destinée aux femmes. La Ligue contre le cancer.
 - Trudel.G. (2003). *Les dysfonctions sexuelles*. 2 Édition. Presse Universitaire Québec.
 - Tucker, P E, Saunders, Ch, Bulsara, M K, Tan, J J-S, Salfinger, S G, Green, H & Cohen, P A. (2016). Sexuality and Quality of life in women with a prior diagnosis of breast cancer after risk-reducing salpingo-oophorectomy. *The Breast*, 30, 26-31. <http://dxdoi.org/10.1016/j.breast.2016.08.005>
 - Ussher, J M, Perz, J & Gilbert, E.(2012). Changes to Sexual Well-Being and Intimacy After Breast Cancer. *Cancer Nursing*, Vol. 35, No. 6, 456-465. DOI: 10.1097/NCC.0b013e3182395401
 - Ussher, J M, Perz, J, Gilbert, E, W. K. Wong, T & Hobbs, K. (2013).Renegotiating Sex and Intimacy After Cancer. *Cancer Nursing*, Vol. 36, No. 6, 454 - 462. DOI: 10.1097/NCC.0b013e3182759e21
 - Vanlemmens, L, Duprez, C, Lesur, A, Ait Kaci, F, Congard, A et al (2014).Concerns about sexuality of young women with breast cancer and their partners. *Annals of Oncology*, 25 (Supplement 4): iv481-iv485. doi:10.1093/annonc/mdu352.3