

Université Abderrahmane Mira De Bejaia

Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales

Département Des Sciences Sociales



**Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de
master en psychologie**

Option : Psychologie clinique

Thème

**L'impact de la mastectomie sur la relation
conjugale chez le conjoint masculin**

Réalisé par :

CHAOUCH Samira

HAMADA Yamina

Encadré par:

M. BOUCHERMA Samia.

Année Universitaire : 2019 - 2020

Remerciement

*Avant tout, nous remercions Dieu, de nous avoir accordé la force, le
Courage et les moyens pour la réalisation de ce travail*

*Nous tenons à remercier madame BOUCHERMA SAMIA d'avoir accepté
de nous encadrer et de nous avoir conseillés judicieusement, orienté,
encouragé et de nous apporter son attention tout au long de ce travail,
ainsi que pour l'inspiration, le temps qu'elle a bien voulu nous consacrer et
sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.*

*Nos vifs remerciements vont également à tous nos enseignants durant notre
parcours universitaire.*

*Enfin, nous tenons également à remercier toutes les personnes qui ont participé
de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

Dédicace

« Tu n'es plus là ou où tu étais, mais tu es partout là où je suis »

J'ai l'honneur de dédier ce modeste travail à la mémoire de mon très cher grand père ;

À mes parents « une longue vie » ;

À mes grandes mères « une longue vie » ;

À mes sœurs ;

À mes frères ;

À mes adorables nièces ;

À mes amies ;

À toute personne qui m'a aidé dans ce travail ;

À toute personne que j'aime et que mon stylo n'a pas citée ;

Samira

Dédicace

À mes parents « une longue vie » ;

À mes grandes mères « une longue vie » ;

À mes sœurs ;

À mes frères ;

À mes adorables nièces ;

À mes amies ;

À toute personne qui m'a aidé dans ce travail ;

À toute personne que j'aime et que mon stylo n'a pas citée ;

Yamina

Table des matières

Remerciement	
Dédicaces	
Introduction	01
Problématique	04
Chapitre I : Cancer du sein « Aspect médical »	
I. Aspect médical	11
1. définitions	11
1.1. Les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes	11
1.2. Le cancer	12
1.3. Le cancer du sein	12
2. Anatomie du sein	13
2.1. La glande mammaire	14
2.2. L'enveloppe cellulo-adipeuse	14
3. Aperçu historique du cancer du sein	14
4. L'épidémiologie du cancer du sein	17
5. Les symptômes du cancer du sein	17
6. Le diagnostic	18
6.1. La mammographie	18
6.2. L'échographie	19
6.3. L'IRM	19
6.4. La galactographie	19
6.5. La cytoponction	19
6.6. La biopsie	19
7. Facteurs de risque de cancer du sein	20
8. Les stratégies thérapeutiques	21
II. L'aspect psychologique	22
1. Image symbolique du sein	23
1.1. La maternité	23
1.2. Le sein comme support de la féminité	24
1.3. Le sein comme symbole de sexualité	24
2. La représentation de sein chez la femme et l'homme	25
3. Les stratégies d'adaptations privilégiées par les femmes atteintes d'un cancer de sein..	25
3.1. Stratégies de coping centrées sur le problème	25
3.2. Les stratégies de coping centrées sur l'émotion	26

3.3. La recherche de soutien humain	26
4. Sentiments et réaction à la suite du diagnostic du sein	27
4.1. Les répercussions physiques	27
4.2. Les retentissements psychologiques et sociaux	27
5. Image du soi et cancer du sein	28
6. Les troubles psychiques	29
6.1. Anxiété	30
6.2. Dépression	30
6.3. Stress post-traumatique	31
Chapitre II : la vie conjugale	
1. Définitions des concepts	34
2. Les déterminants de la relation de conjugale	35
2.1. La communication	35
2.2. La vie sexuelle	36
2.3. La responsabilité au sein du foyer et l'éducation des enfants	38
2.4. La situation économique	39
3. La qualité de la relation conjugale	39
3.1. La qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein	39
3.2. La qualité de vie des conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein	40
4. Impacte du cancer	41
4.1. Impact du Cancer sur la Femme	41
4.2. Impact du Cancer sur le Partenaire	43
4.3. Impact sur les Deux Conjoints d'un Point de Vue Systémique	44
4.4. Impact sur la relation et les différentes sphères de la vie conjugale	45
5. Couple, cancer du sein et l'expérience de la sexualité	47
5.1. La fatigue	50
5.2. La diminution du désir sexuel (libido)	50
5.3. Les douleurs	50
5.4. Modification du l'image du corps	51
5.5. Trouble de fertilité	51
5.6. Ménopause précoce	51
Chapitre III : Méthodologie de recherche	
1. Méthodologie de recherche	54
2. Lieu de recherche	57
2.1. La structure du service	57
2.2. L'équipe professionnelle	57

3. Les outils d'investigations	58
3.1. L'entretien	58
3.2. Le test de satisfaction conjugale	58
4. Attitudes de chercheur	59
Chapitre VI : Etude antérieure	
1. Analyse et discussion des études antérieure	62
1.1. Étude de Marie Mandy	62
1.2. Etude d'André Gaudreault	64
1.3. Etude de Geinoz Elodie	67
1.4. Etude de Carine Segrestan- Crouzet	70
Conclusion	75
Bibliographie	
Résumé	

Introduction

Introduction

Depuis quelques années, la question des maladies chroniques et infectieuses, fait partie des grandes interrogations des chercheurs contemporains, ainsi ces derniers concevaient la santé et la maladie comme la résulte de multiples lignes de force biologique, psychologique, et sociale et parmi ces maladies, le cancer.

En effet, le cancer est une maladie redoutée, souvent perçue comme la pire des maladies car le malade se sent immédiatement vulnérable, dépassé par l'imminence de mortalité.

Le cancer du sein occupe le premier rang de mortalité par tumeur maligne chez la femme, ce dernier entraîne des conséquences délétères, à plusieurs niveaux et à différents moments (des premiers symptômes, examens, diagnostic, au début des traitements, leur fin, la rémission et éventuellement la récurrence, soins palliatifs, fin de vie), induisant des sentiments de vulnérabilité, d'incertitude, des moments de crise et de détresse émotionnelle, mais les angoisses engendrées par le cancer du sein sont spécifiques. La patiente est face à une réalité qui exige la perte d'une partie du corps, d'un symbole de la féminité aussi investi dans ses relations coïtales.

Malgré les nombreuses avancées thérapeutiques, le cancer du sein garde un caractère menaçant aux yeux de la société et peut entraîner des remaniements physiques et psychologiques importants. La sphère relationnelle est elle aussi bouleversée. Nous verrons pourtant que les recherches sur le cancer du sein ont longtemps été centrées sur l'unique vécu des patientes. Les chercheurs s'intéressent depuis peu à l'impact de la maladie sur le conjoint, mais les études portent la plupart du temps sur leur ajustement individuel. Pourtant, les relations interpersonnelles de proximité joueraient un rôle important dans l'adaptation à une maladie grave. L'ajustement des patientes et des conjoints serait largement dépendant de la qualité des relations maritales. Mais l'analyse conjointe du vécu de la patiente et de son partenaire pour expliquer l'ajustement des couples au cancer est encore très rare.

D'autre part, cette maladie est jalonnée d'étapes successives (phase diagnostique, entrée dans les traitements, phase de rémission, etc.) dont il est essentiel de tenir compte pour évaluer son impact sur le couple. Seules des recherches longitudinales avec des mesures répétées permettent d'intégrer cette dimension temporelle de la maladie. Elles sont encore peu nombreuses de nos jours car très contraignantes à mettre en œuvre.

Certaines questions n'ont donc pas encore été totalement élucidées par les chercheurs. Comment les patientes atteintes d'un cancer du sein et leur conjoint s'adaptent-ils aux différentes étapes de la maladie ? Quelle influence le conjoint peut-il avoir sur l'adaptation de sa compagne au cancer ? Autant d'interrogations auxquelles nous essaierons d'apporter des réponses au fil de notre travail.

Notre travail porte sur l'impact de la mastectomie sur la vie conjugale chez le conjoint masculin.

Pour traiter un tel problème, nous avons adopté la démarche descriptive dans l'objectif de décrire l'impact sur différents sphères de la vie du conjoint de femme ayant subi une ablation du sein suite à l'atteinte cancéreuse.

Notre principale technique d'investigation est l'entretien clinique choisi dans le but de recueillir un maximum d'informations sur le sujet atteint et son partenaire. Les données de cette technique sont complétées par un deuxième outil d'investigation qui est le test de satisfaction conjugale.

La présentation de cette étude s'articulera autour de deux parties, une partie théorique dont le premier chapitre est consacré à la présentation de l'aspect médical et psychologique du cancer du sein, et la seconde porte sur la relation conjugale des conjoints de femme mammectomisée.

Ensuite une partie pratique qui décrit la méthodologie de recherche et des études antérieurs.

Problématique

Problématique

La santé est l'état de bien-être de l'organisme, selon l'OMS cité par le dictionnaire de psychologie Sillamy (2004) « la santé est une pleine jouissance du bien-être social, mental et physique, et pas seulement l'absence de maladies et d'affections ». (Sillamy, 2004).

Dans toutes les sociétés, les maladies incurables ont fait l'objet de vastes études, toute au long de la vie de l'individu est confronté à de nombreux évènements peuvent entraîner des conséquences mineurs ou majeurs sur la santé peu importe que l'atteinte soit de nature physique ou psychique, l'importance et le mal que l'individu subit et le bouleversement qui touchera les processus de sa vie ainsi que celle de l'environnement.

Toute personne est susceptible à développer un cancer car on a tous des gènes cancéreux dans l'organisme humain. Parler du cancer ce n'est pas du tout comme autre maladie, le contenu du mot qui signifie la mort constitue une expérience traumatique pour la personne atteinte et son entourage. Ce dernier reste en premier temps une effraction biologique, qui touche le corps et dans un deuxième temps une effraction psycho-sociale qui bouleverse la vie sociale et psychique de la personne. Dans le moment où la personne est en bonne santé, tombe malade, par une maladie potentiellement mortelle, même en étant asymptomatique. Là le sujet va entrer dans une nouvelle temporalité, au sein de laquelle temps médical, temps somatique et temps psychique vont se croiser.

Le cancer est toujours la maladie la plus redoutée. Chacun se sent concerné. Pour beaucoup, le cancer est toujours une maladie mystérieuse dans ses causes, une maladie que l'on regarde de loin avec inquiétude et défiance (Olivier, Bernard, 2011, p.4).

En Algérie plusieurs nouveaux cas du cancer du sein sont diagnostiqués chaque année avec un taux élevé du décès, chaque année, sept mille cinq-cents (7500) cas du cancer du sein sont enregistrés avec environ de trois mille cinq-cents (3500) des décès enregistrés. Le cancer du sein vient en tête des cas de cancer recensés avec 6625 nouveaux cas diagnostiqués en 2012. C'est le premier cancer de la femme et prend des proportions épidémiques renseignant sur les obligations en matière de prise en charge tant sur le plan préventif que curatif. (Terki, col, 2015).

Le cancer du sein c'est une maladie très grave qui impose un traitement médicale traumatisant. L'annonce du diagnostic, plus de risque de mort qu'elle fait peser entraîne une réaction émotionnelle aigüe, un désarroi affectif et une sidération intellectuelle. Brusquement

la patiente est envahie par un sentiment de vulnérabilités, d'instruction, d'avenir précaire, mais aussi un sentiment de profond injustice, voire de trahison de son propre corps et de pensées pessimistes qui perturbent toute activités comme le souligne **N.Alby**. (Ferreri et al, 2003, p.61)

Malheureusement l'intervention médicale, elle est totalement contradictoire à ce que la femme désire. Sont des traitements dans la majorité des cas radicale qui consiste à une ablation du sein (mastectomie), cette stratégie est la base suit au caractère évolutif du cancer et que seule cette chirurgie peut le contenir. La chirurgie mammaire conservatrice est parfois appelée tumorectomie, plus utilisée dans les cas où la tumeur est moins de 3 cm à distance du mamelon. Ce type de chirurgie permet de garder, ou conserver, la plus grande partie possible du sein. Dans la plupart des cas, la chirurgie mammaire conservatrice est suivie d'une radiothérapie, qui est un traitement locorégional qui permet à contrôler les lésions infra clinique après la tumorectomie. La chimiothérapie elle est indiquée en première intention en cas de cancer consiste à utiliser des injections qui agissent sur toutes les cellules cancéreuses, aussi il y'a l'hormonothérapie consiste à prendre par voie orale des anti-œstrogènes, elle est généralement utilisée avec les patientes ménopausées.

Là ça commence la crainte et la peur chez la femme et l'angoisse de perdre la vie, et de perdre un symbole de féminité qui nuit la confiance en soi chez une femme.

Selon **S.Freud** cité par **J.LANOUZIERE** « la femme est fière de ses organes génitaux et que l'amour propre joue là un rôle particulièrement important, ajoutant que « lorsque ces organe sont atteints de quelque affection propre, croit-on, à provoquer de la répugnance et du dégoût, l'amour-propre féminin en est blessé est humilié à un degré incroyable » une preuve en est apportée la réaction dépréciative et dépressives des femmes atteintes d'affections gynécologique et mutilées par une intervention chirurgicale telle que la mastectomie. (Lanouziere, 2007, p.52)

Ce sein qui est considéré comme symbole de féminité et de sexualité et de maternité chez la femme, qui joue un très grand rôle physiologique (morphologique) et psychologique, qui concerne non seulement la femme et son entourage mais aussi la société. Il est fréquent d'observer un bouleversement tant au niveau émotionnel qu'au niveau fonctionnel dans la suite du diagnostic d'une affection cancéreuse d'une part, la famille est à l'angoisse et à la tristesse, à alternance du moment désespoir. D'autre part, elle construit une organisation dynamique et structurée, caractérisé par une répartition des rôles et des responsabilités.

La peur du manque de séduction et celle de perdre l'amour en retour sont toujours précises. Elle provoque des affects dépressifs sans nommer la raison. Ce déni est toujours soutenu par l'entourage et plus précisément le conjoint qui ne sait pas quoi dire.

Le cancer du sein demande de grandes habiletés d'adaptation pour un couple. Il représente une menace conjugale à l'équilibre de la relation et soulève une tension négative dans la majorité des temps. Cette tension peut se traduire par une altération de la qualité de la relation ou un renforcement des liens, selon la façon dont les conjoints s'adapteront.

La déformation du corps pour la perte d'un organe féminin, crée un sentiment de manque par rapport à d'autres femmes. La perte de cet organe, constituée une menace à l'identité de la femme et ça peut influencer aussi ça relation avec son conjoint.

L'atteinte de l'image du corps concerne la représentation psychique qu'à la patiente de son corps et la perception de son vécu intime. Elle est beaucoup plus importante que l'atteinte réelle du corps. La baisse de la libido peut également être majorée par un syndrome dépressif parfois déni.

La perte du sein renvoie à un vécu de castration, ce qui oblige la patiente au premier lieu et le couple au deuxième lieu de faire le deuil du sein retiré par rapport à la silhouette antérieure et s'adapter à une asymétrie et des modification du volume et des sensation tactile pouvant entraîner des répercussions sur la sexualité et la vie conjugale en générale.

Donc le vécu de la maladie varie en fonction de l'histoire psychoaffective de chaque femme, de sa structure de sa relation avec son conjoint et bien d'autres facteurs.

Le traitement par chimiothérapie est capable d'induire chez la femme atteinte, une fatigue, bouffés de chaleur, des douleurs, une sécheresse vaginale, une dyspareunie, une baisse de la libido une ménopause prématurée, Troubles trophiques, alopecie, difficile alors de se rendre accessible à l'autre, autrement dit cela la peut provoquer une situation évitement sexuel dans la relation sexuel, ça peut engendrer un déséquilibre au sein de la relation du couple. La chirurgie a un impact important, sur l'image corporelle en particulier, responsable d'un sentiment de rupture affective dans la relation du couple et d'une perception de peur du partenaire.

Le cancer introduit une rupture dans la flèche du temps, une sidération du temps ; il bouscule l'ordre des priorités. En cas de maladie grave, qui interpelle les deux membres du couple, il faut absolument que les deux partenaires gardent une individualité non absorbée par

le système et que le couple garde une partie du « NOUS » non envahie par le cancer sauf à des moments ponctuels. (Reynaert, et al, 2006, p. 6).

L'annonce de la maladie est considérée aussi comme un traumatisme émotionnel et psychique pour le conjoint et un bouleversement pour le couple et son entourage, une source de fragilité psychique. Le partenaire de la femme atteinte du cancer de sein il se trouve souvent comme une source naturelle d'aide et du soutien émotionnel, et de grand intérêt pour la femme, du fait qu'il est susceptible de lui apporter des aides ponctuelles.

Or celui-ci n'est pas toujours en état d'être en soutien efficace, car le niveau de détresse vécu peut affaiblir le fonctionnement psychologique, le conjoint de personne atteinte de cancer du sein est à risque de vivre des difficultés d'adaptation. Celles-ci peuvent se détecter par des symptômes physique et psychologique et psychosomatique.

Le conjoint va vivre avec la peur et les menaces que représentent le cancer ainsi que les conséquences négatives qu'il entraîne (la peur, la mort, adaptation), aider sa conjointe à faire face à l'impact émotionnels du cancer, accompagné et consoler, gérer les changements et les perturbations de la vie quotidienne suite à la maladie, et vivre avec la crainte de discuter ouvertement les inquiétudes et des problèmes à propos de la maladie.

Le conjoint dans cette situation il vit une énorme pression interne ou il peut arriver que le conjoint hésite de parler de ce qu'il vit pour ne pas inquiéter sa conjointe ou pas inquiéter la famille, ce qui peut quelques fois constituer pour lui des situations difficiles à gérer.

La qualité de vie conjugale du couple est donc très altérée par la maladie cancéreuse et ses traitements, cette altération est beaucoup plus sur l'aspect psychologique chez le conjoint, car on attend de lui la grande part du soutien. Le sentiment d'être soutenue émotionnellement aurait une influence positive directe sur la perception de bonnes relations et de là sur le bien être psychologique de la patiente.

Dans le champ de notre recherche, nous avons opté pour l'approche intégrative, puisque c'est une approche qui permet à mieux répondre aux objectifs de notre recherche, car elle permet d'intégrer les différentes approches en psychologie clinique, mais aussi de déboucher de réflexion multidisciplinaire qui peut nous faire accéder à mieux accéder à une meilleure description de cette pathologie, et nous à aider à explorer la nature du fonctionnement, de la communication dans un couple et son devenir après cette maladie, la mastectomie a-t-elle un impact sur la vie conjugale du conjoint masculin ?

Hypothèse

Le conjoint ayant une femme qui a subi une mastectomie présente une relation conjugale insatisfaisante.

Hypothèses partielles

Hypothèses :

- Le couple dont la femme est mastectomisé préservent la qualité de leurs relations antérieures et se rapprochent plus après la maladie.
- Les conjoints des femmes mastectomisées s'adaptent aux différentes étapes de la maladie.

Définition et opérationnalisations des concepts

Le Cancer : tumeur maligne, il résulte d'un déséquilibre dans le mécanisme de croissance et d'une multiplication cellulaire. La cellule se caractérise par des anomalies musculaires avec mitoses fréquentes et anarchiques. De nombreux facteurs peuvent intervenir dans la cancérogénèse : substance chimiques, radiations, virus, hérédités, etc.

Opérationnalisation du concept

- Perte de poids inexplicé.
- Fatigue et fièvre.
- Douleurs nouvelles et prolongée.
- Nausées ou vomissement récurrent.
- Perte d'appétit.
- Des crampes abdominales.
- Sang dans les urines.

Cancer du sein: Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Il atteint des femmes à des âges différents, mais il se développe le plus souvent autour de 60 ans. Près de la moitié des cancers du sein sont diagnostiqué entre 50 et 69 ans. Ce cancer peut aussi apparaître chez l'homme, mais c'est extrêmement rare (moins de 1% des cancers du sein). (Luporsi et al, 2007, p 12).

Opérationnalisation du concept

- Apparition d'une boule inhabituelle au niveau du sein
- Déformation du sein.
- Rougeur, chaleur au niveau du sein.
- Apparition des plis, des taches dans la peau du sein.
- Mamelon inversé ou rétracté.

La relation conjugale :

La relation conjugale est une relation qui s'exprime par deux séries de vocables qui marquent les deux étapes de l'union matrimoniale, les fiançailles et le mariage : sponsa/ sponsus d'une part et uxor/coniux d'autre part. Donc cet engagement solennel conduit parfois à donner à sponsus et sponsa le sens d'époux/épouse. Les vocables uxor/coniux désignent Les vocables uxor/coniux désignent l'épouse légitime, par opposition au concubinage qui est une union marginale. (Lejan, 1957, p.168).

Opérationnalisation du concept :

- Un couple.
- Une bonne communication, un respect mutuel.
- Comportements sexuels et personnels, sentiments envers l'autre.
- Attitudes et comportements tant que couple au sein d'une collectivité.
- Répartition des rôles et de responsabilité, soutien économique.

Chapitre I :

Cancer du sein

« Aspect médical »

Chapitre I : Cancer du sein « Aspect médical »

I. Aspect médical

Préambule

La thématique du cancer et plus particulièrement du cancer du sein est un problème de santé mondiale, qui est en augmentation, le cancer du sein est la maladie la plus redoutés chez les femmes pas par sa fréquence mais par sa gravité et qui signifie la mort surtout quand le diagnostic est établi tardivement.

Dans ce premier chapitre, intitulé « cancer du sein ». Nous allons parler premièrement sur l'aspect médical du cancer, ensuite, nous allons le définir et nous allons aborder les différents symptômes du cancer et les outils du diagnostic, puis, nous allons finir avec la prise en charge médicale. Deuxièmes, nous allons évoquer l'aspect psychologique de cette maladie et nous allons débiter avec les représentations du sein, nous allons aborder quelques stratégies d'adaptation avec le cancer, nous allons finir avec quelques troubles psychiques causé par le cancer du sein, enfin une synthèse du chapitre.

1. définitions

1.1. Les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes

Les tumeurs bénignes ont un aspect morphologique normal, c'est-à-dire qu'elles présentent sous le microscope une structure proche de celle de leur tissu d'origine, leur ablation ou exérèse qui peut être nécessaire en raison du volume qu'elles occupent, ou à cause de la compression qu'elles exercent sur les organes voisins est toujours suivie de guérison, c'est le cas des fibromes de l'utérus et des polypes de l'intestin.

Quant aux tumeurs malignes, elles ont un aspect microscopique qui les différencie fondamentalement des tissus dont elles sont originaires, elles se caractérisent généralement par une désorganisation de l'architecture du tissu dans lequel elles ont pris naissance. Les cellules cancéreuses qui les composent présentent souvent des anomalies de forme, de taille et de structure, de plus elles vont progressivement acquérir la capacité d'envahir les tissus environnants pour pouvoir en suit métastaser. (Delehedde, 2006, pp.7,8).

1.2. Le cancer

Sous le terme du cancer ; nombreuses et multiples sont les maladies, dont chacune a ses propres spécificités.

Le cancer est une maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlable et incessante. (Morin, 2001, p.144).

Le cancer est une maladie de la cellule qui représente la perte des fonctions de régulation où les cellules ne répondent plus de façon adaptée aux demandes, et aux variations de l'environnement au sein duquel elles existent (La cellule cancéreuse échappe à tout contrôle, continue à se multiplier d'une façon anarchique).

Le cancer se manifeste par une augmentation de la masse cellulaire qu'on appelle tumeur maligne. Dans certains cancers la tumeur primaire a tendance à quitter son tissu d'origine et donne lieu à une propagation de cellules qui envahissent d'autres tissus dans le but de former des tumeurs secondaires, appelées également métastases. (Lacave et al, 2005, p.3.)

La capacité à former des métastases est une caractéristique propre au cancer et fait toute sa gravité. (Alexandre, 2011, p.18.)

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ces cancers, ceux qui sont d'un niveau environnemental ou exogène : en grand nombre, ils modifient la structure biochimique de l'ADN, qui est la cible essentielle de la carcinogénèse, d'autres qui sont d'une nature génétique ou endogène propre à l'individu lui-même tel que les gènes BRCA 1 et BRCA 2 pour les cancers du sein et de l'ovaire. (Molinier, Massol, 2008, p.79.)

1.3. Le cancer du sein

Le cancer affectant la glande mammaire, principalement sous la forme d'un adénocarcinome (cancer du tissu glandulaire), parfois sous forme d'un sarcome (cancer du tissu conjonctif).

L'évolution du cancer du sein est comme la plupart des cancers, commence d'abord localement, ensuite se propage dans des organes voisins par voie lymphatique ou sanguine pour créer des métastases. (Morin, p.837).

Il existe plusieurs types de cancer du sein qui se développent à travers des cellules des canaux et des lobules, parmi ceux-ci : Le cancer in situ qui se distingue par une prolifération épithéliale maligne soit au niveau du canal galactophorique sous la forme d'un carcinome intracanalair qui représente 85% à 90% des carcinomes in situ ; soit dans les lobules sous la forme d'un carcinome intralobulaire (10% à 15%). Mais la membrane basale est toujours respectée, il n'y a pas d'infiltration. (Loriot, Mordant, 2011, p.497).

Le cancer infiltrant ou invasif est un cancer envahissant le tissu mammaire en franchissant la membrane basale. On trouve, l'adénocarcinome canalair infiltrant (75%) c'est le plus fréquent et l'adénocarcinome lobulaire infiltrant est le moins fréquent (5-10%). (Ibid, p.497).

La propagation métastatique se fait par voie hémotogène pour atteindre les os, les poumons, la plèvre et le foie. Elle marque sa présence à un stade infraclinique (asymptomatique) dans un nombre élevé de cas lors du diagnostic. En raison de leurs temps de doublement long, ces métastases ne seront cliniquement apparentes que plusieurs années après le traitement de la tumeur primitive. C'est cette évolution métastatique qui est responsable de la lourde mortalité à long terme de ces cancers. (Ibid, p, 65.)

Donc, le cancer du sein est une maladie hétérogène avec des variations substantielles des temps de croissance et de développements métastatiques d'une patiente à l'autre. Il sera donc intéressant de mettre en évidence des critères cliniques et biologiques, qui permettront de distinguer les patientes à pronostic très favorable, qui bénéficieront de thérapeutique allégée, des patientes à pronostic d'emblée défavorable, qui devront être lourdement traitées (chaque femme a son propre traitement). (Monge, 2006, p.29.)

2. Anatomie du sein

Le revêtement cutané du sein n'est pas homogène, on lui décrit trois zones :

- Zone périphérique : elle est lisse, souple et douce au toucher.
- Zone moyenne : c'est l'aréole, elle est pigmentée, circulaire de 35 à 50 mm de diamètre. Son aspect est rendu granuleux par la présence de glandes sébacées : tubercules de MORGAGNI. Ces glandes deviennent plus volumineuses au cours de la grossesse et prennent le nom de tubercules de MONTGOMERY.
- Zone centrale : c'est le mamelon, il occupe le centre de l'aréole, sa pigmentation est identique à celle de l'aréole.

2.1. La glande mammaire

Elle est organisée en une vingtaine de lobes. Chaque lobe est composé de 20 à 40 lobules possédant chacun leur canal excréteur ou canal galactophore, dans lequel se jettent les canaux latéraux des acini et des lobules.

Les canaux galactophores convergent vers le mamelon, ils s'élargissent pour former les sinus lactifères, puis se rétrécissent et débouchent au niveau des pores du mamelon.

2.2. L'enveloppe cellulo-adipeuse

Elle est formée par deux couches graisseuses : la couche antérieure pré glandulaire n'existe pas au niveau de la plaque aréolo-mamelonnaire. Elle est cloisonnée par des travées conjonctives : les ligaments de Cooper qui relient la peau à la glande.

La couche postérieure est limitée par le fascia superficialis, elle est séparée de l'aponévrose du grand pectoral par du tissu conjonctif. L'ensemble peau-glande-graisse glisse sur le grand pectoral.

A la puberté, les seins se développent et augmentent de volume, en réponse aux œstrogènes produits par les ovaires. Quant à la ménopause, la production ovarienne d'œstrogènes s'effondre, ce qui entraîne en suite une diminution du volume des seins. La principale fonction biologique du sein est la production du lait. Pendant la grossesse, les œstrogènes sécrétés par l'ovaire et la progestérone sécrétée par le placenta, provoquent le développement des glandes mammaires ainsi que l'élargissement des mamelons. Juste après l'accouchement, les seins produisent un liquide aqueux, le colostrum. Celui-ci fait place au lait maternel, au bout de 3 jours, sous l'influence de la prolactine. Outre sa fonction alimentaire, le sein féminin a un rôle esthétique et sexuel. L'érection du mamelon est la première manifestation de l'excitation sexuelle. (Morine, 2001, p.836).

3. Aperçu historique du cancer du sein

Le cancer du sein est connu chez l'humanité depuis l'antiquité. Le cancer n'est une maladie récente, la première preuve de l'existence du cancer depuis la haute antiquité a été apportée par l'examen des momies égyptiennes.

Ensuite en 200 A.D., Galen, un médecin grec, a aussi décrit le cancer. Il a également proposé la bile noire excessive mais, à la différence d'Hippocrate, il a postulé que quelques tumeurs étaient plus dangereuses que d'autres. Il a proposé des médicaments comme l'opium,

l'huile de ricin, la réglisse, le soufre, les onguents Etc. pour le traitement médicinal des cancers du sein.

En 1680, le médecin Français Francois de la Boe Sylvius a commencé à contester la théorie humorale de cancer. Il a proposé qu'elle soit venue d'un procédé chimique des liquides lymphatiques transformés d'acide à âcre.

En 1730 s, le médecin Claude-Deshais Gendron de Paris a également rejeté la théorie systémique de Galen et a indiqué que le cancer s'est développé quand le nerf et le tissu glandulaire se sont mélangés aux réceptacles de lymphe.

En 1757, Henri Le Dran, un médecin Français a proposé que l'ablation chirurgicale de la tumeur puisse aider à traiter le cancer du sein, tant que des ganglions lymphatiques infectés des aisselles ont été retirés.

Claude-Nicolas a argué du fait que le traitement chirurgical était la seule méthode pour traiter ce cancer. Ceci a bien duré dans le 20ème siècle et a mené à la création de la mastectomie radicale ou au vaste démontage du sein.

A la moitié du 19ème siècle, la chirurgie était l'option disponible pour le cancer du sein.

H. F. le Dran décrivit que le cancer débutait localement et s'étendait ensuite par les canaux lymphatiques vers les ganglions lymphatiques. Bichat découvrit que les différentes localisations du cancer ne sont qu'une seule et même maladie touchant Aperçu historique du cancer du sein :

Le cancer du sein est connu chez humanité depuis l'antiquité. Le cancer n'est une maladie récente, la première preuve de l'existence du cancer depuis la haute antiquité a été apportée par l'examen des momies égyptiennes.

Ensuite en 200 A.D., Galen, un médecin grec, a aussi décrit le cancer. Il a également proposé la bile noire excessive mais, à la différence d'Hippocrate, il a postulé que quelques tumeurs étaient plus dangereuses que d'autres. Il a proposé des médicaments comme l'opium, l'huile de ricin, la réglisse, le soufre, les onguents Etc. pour le traitement médicinal des cancers du sein.

En 1680, le médecin Français Francois de la Boe Sylvius a commencé à contester la théorie humorale de cancer. Il a proposé qu'elle soit venue d'un procédé chimique des liquides lymphatiques transformés d'acide à âcre.

En 1730 s, le médecin Claude-Deshais Gendron de Paris a également rejeté la théorie systémique de Galen et a indiqué que le cancer s'est développé quand le nerf et le tissu glandulaire se sont mélangés aux récipients de lymphe.

En 1757, Henri Le Dran, un médecin Français a proposé que l'ablation chirurgicale de la tumeur puisse aider à traiter le cancer du sein, tant que des ganglions lymphatiques infectés des aisselles ont été retirés.

Claude-Nicolas a argué du fait que le traitement chirurgical était la seule méthode pour traiter ce cancer. Ceci a bien duré dans le 20ème siècle et a mené à la création de la mastectomie radicale ou au vaste démontage du sein.

A la moitié du 19ème siècle, la chirurgie était l'option disponible pour le cancer du sein.

H. F. le Dran décrivit que le cancer débutait localement et s'étendait ensuite par les canaux lymphatiques vers les ganglions lymphatiques. Bichat découvrit que les différentes localisations du cancer ne sont qu'une seule et même maladie touchant le même tissu mais dans différents organes femme sur huit développera un cancer du sein.

En 1895, le chirurgien Écossais George Beatson a découvert que retirer les ovaires d'une de ses patientes a rétréci sa tumeur du sein. Cette réduction de la tumeur après l'ablation des ovaires était due au fait que l'œstrogène des ovaires aidait dans l'accroissement de la tumeur.

En 1952 Charles Huggins a commencé à retirer la glande surrénale d'une femme (adrénalectomie) dans un effort pour « entrainer la mort de faim de la tumeur ».

Le cancer est donc très ancien. Il est attribué à un grand nombre de maladies différentes avec une étiologie et des manifestations très variées impliquant des soins et des traitements différents. Le pronostic après traitement est également très différent. De plus, le mot cancer a été associé pendant très longtemps à la souffrance et à la mort et possède une connotation très péjorative. La tendance actuelle vise à utiliser le plus justement la dénomination de « maladies oncologique ». (Zozaye, 2011, pp 30,31).

4. L'épidémiologie du cancer du sein

4.1. Au niveau mondial

- L'âge moyen du diagnostic est d'environ 60 ans.
- Il est rare avant 30 ans et diminue légèrement à l'âge de 85 ans
- La survie à 5 ans est d'environ 75%.
- L'incidence du cancer du sein augmente de façon constante depuis 25 ans.
- L'incidence des décès est en légère décroissance depuis 2000.
- Le cancer du sein est en premier rang des décès par cancer chez la femme de 35 à 55 ans (10 000 décès par ans) une femme sur 25 en meurt. (saglier et al. 2009, p. 5)

4.2 Au niveau national

- En Algérie 7500 nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués chaque année.
- Le cancer du sein est diagnostiqué à un stade tardif avec un taux de survie bas, 50% des cas arrivent avec une tumeur de plus de 3cm.
- L'âge moyen au diagnostic se situe à 45 ans.
- 53% des cancers du sein surviennent avant l'âge de 49 ans.
- Environ de 3500 des cas en décèdent.
- Le taux de survie après cinq ans est de 39% en Algérie. (Mahenane, Hamdi. 2012, pp. 12,18)

5. Les symptômes du cancer du sein

Les symptômes du cancer inflammatoire du sein varient d'une personne à l'autre et peuvent se manifester subitement, donc il faut consulter son médecin si on voit un ou plusieurs des symptômes suivants :

- Grosse tumeur, ulcère.
- Déformation du sein.
- Ecoulement du mamelon.
- Mamelon qui est tourné vers l'intérieur.
- Grosseur découverte fortuitement au niveau du sein. (Benzidane. 2004, P. 9).
- Nodule mammaire palpé qui est indolore.
- L'apparition d'une plaque rouge qui s'étend lentement du mamelon vers l'aréole.

- Peau du sein rouge œdémateuse, parfois une chaude chaleur locale ou des douleurs. (Dalyn et al. 2003, P. 21).
- Un plissement de la peau recouvrant les seins. (Bates, 2010, pp.408, 410).
- Une rétraction du mamelon.
- Une rougeur localisée ou diffuse.
- Un aspect de peau d'orange (Berrebi, 2005, p.437).

6. Le diagnostic

- **Les circonstances de la découverte**

Les deux fréquentes circonstances de découverte sont :

- Découverte fortuite lors d'une mammographie de dépistage.
- Palpation d'un nodule du sein le plus souvent ou d'une adénopathie axillaire.

Plus rarement :

- Ecoulement mamelonaire.
- Anomalie du mamelon : maladie de Paget (Loriot et Mordant, p.499).

6.1. La mammographie

Elle sera aux mieux réalisés pendant la deuxième semaine du cycle. En effet, en période prémenstruelle, il existe certain de degré congestion mammaire qui va limiter la compression radiologique. La densité mammographique sera alors plus forte, et par conséquent les anomalies plus difficiles à dépister et à classer.

Toute mammographie comprend systématiquement un cliché de face et d'oblique externe de chaque sein. En fonction des anomalies détectées sur ces clichés, on réalisera des clichés complémentaires : profil interne ou externe (indispensable pour localiser une anomalie), cliché externe, incidence tangentielle, cliché localise (indispensable pour préciser les contours d'une lésion, pour trancher entre image construite et anomalie), cliché agrandi (indispensable pour l'analyse précise du nombre et de la forme des microcalcifications). (Jean et al, 2007.p39).

6.2. L'échographie

Elle est réalisée avec des sondes de haute fréquence (10 ~ 14 MHz). L'exploration est bilatérale et intéresse l'ensemble de la glande mammaire, en faisant attention ne pas oublier le sillon sous-mammaire et le creux axillaire. (Ibid, p39).

6.3. L'IRM

Elle sera de préférence réalisée en deuxième semaine du cycle chez les femmes non ménopauses, au moins 28 jours après une chirurgie et un an après la fin d'une radiothérapie sur le sein. Chez les femmes sous THS, il ne faudra pas hésiter à refaire l'examen six semaines après arrêt du traitement en cas de prises de contraste précoces d'interprétation difficile. Elle comprend des séquences sans injection de gadolinium (pondération T1 et T2) et après injection de gadolinium (séquences dynamiques). L'analyse des anomalies est celle de leur morphologie et de l'évolution de leur injection de gadolinium. A partir de ces critères, certains auteurs ont établi des scores de probabilité, de bénignité et de malignité. (Ibid, p.40).

6.4. La galactographie

Elle est de réalisation difficile, parfois douloureuse, et de la contribution inconstante. Elle peut montrer une image d'amputation partielle ou totale de la lumière du galactrographie. (Saglier et al, 2009.p 25).

6.5. La cytoponction

Elle consiste en l'aspiration, avec une fine aiguille montée sur une seringue, d'un liquide se trouvant à l'intérieur d'un kyste ou de quelques cellules de la petite boue sentie par le gynécologue et repérée à la mammographie.

6.6. La biopsie

Cet examen complète la cytoponction. Par la biopsie, on effectue un prélèvement plus important de la tumeur, qui permet d'obtenir un diagnostic plus précis. La biopsie se pratique sous anesthésie générale. (Delahaye, 1992. pp.346,348).

7. Facteurs de risque de cancer du sein

7.1. Le risque familial

Il est important, le plus fréquemment retrouvé et le plus anciennement connu. Une histoire familiale de cancer du sein est un acteur de risque dont l'importance est variable : le risque maximal est représenté par l'existence chez une femme de la famille proche d'un cancer chez une femme de la famille proche d'un cancer du sein bilatéral. L'existence d'un cancer chez une parente au premier degré (sœur, mère, fille) confère un RR de 2 à 3. Ce risque diminue à 1.5 environ en cas de lien de parenté au second degré (cousine, grand-mère, tante). Le risque familial est d'autant plus élevé que la maladie s'est déclarée de façon plus précoce chez la parente. On considère que les cancers génétiques par mutation de BRCA1 ou BRCA2 représentent environ 5% des cancers du sein. Ces cancers surviennent de plus beaucoup plutôt que les tumeurs sporadiques (parfois avant 30 ans). (Saglier, 2009. pp. 6,8).

7.2. Le risque histologique

Il est maintenant admis que les tumeurs malignes se développent en passant progressivement par différents stades initialement bénins puis atypique et malin. Le risque histologique se définit par la présence d'une lésion histologique bénigne présentant un risque de développement ultérieure de cancer du sein. Le risque plus élevé est représenté par l'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire qui multiplie par 4 la probabilité de survenue d'un cancer du sein par rapport à la population générale. Les lésions lobulaires comportent 3 entités : l'hyperplasie atypique (LIN1), le carcinome lobulaire in situ (LIN2), le carcinome lobulaire in situ pléomorphe ou avec nécrose (LIN3). (Ibid, p 8).

7.3. Le risque hormonal

Il correspond à de multiples facteurs, endogènes ou exogènes. Les facteurs endogènes, consistent en une puberté précoce (avant 12 ans), une ménopause tardive, une nulliparité, une pauciparité, ou encore une grossesse tardive chacune de ces situations constituent un facteur de risque dans l'apparition de cancer du sein. Quant aux facteurs exogènes, plusieurs études ont montré que la contraception orale ne fait pas augmenter le risque du cancer du sein quelles que soient la dose et la durée de la prise de contraceptifs. En ce qui concerne le traitement substitutif hormonal (TSH) de la ménopause, le risque de cancer du sein s'accroît avec la durée de prise de ces traitements. (Ibid, pp.8,9).

7.4. Le risque nutritionnel

Le mode de vie et en particulier le régime alimentaire joue un rôle certain dans la survenue du cancer, mais il reste que ce sont des facteurs intriqués et difficiles à être analysés. Les apports lipidiques ont souvent été incriminés, ainsi que la consommation d'alcool aurait également un rôle néfaste. Les facteurs de risque nutritionnel dans le cancer du sein commencent à être mieux identifiés, ce qui permet une possibilité de prévention primaire (Saglier, 2009.p 9).

8. Les stratégies thérapeutiques

En cas de cancer invasif, les cancers du sein opérables seront traités soit par chirurgie conservatrice, soit par mastectomie, toutes deux associées un curage axillaire. Les contre-indications classiques la chirurgie conservatrice sont les tumeurs multifocales, les grosses tumeurs (supérieure 3 - 4 cm), les marges envahies. Jean, et al, 2016, p.40).

8.1. La chirurgie

8.1.1. Mastectomie

Elle doit répondre à des objectifs carcinologiques et esthétiques. Elle emporte la plaque aréolo-mamelonnaire en totalité ainsi que les éventuelles cicatrices préalables de tumorectomie ou de biopsie et la peau en regard de la tumeur en cas d'atteinte cutanée. Incision est fusiforme oblique en haut et en dehors ou horizontale ; elle reste distance du bord latéral du sternum et de la ligne axillaire postérieure. Elle est menée jusqu'à la région axillaire pour permettre la réalisation du curage. L'exérèse cutanée doit être suffisante afin d'éviter un excès. Cutané disgracieux, en particulier au niveau des extrémités de l'incision « oreille cutanée ». Elle doit aussi être limitée pour permettre une fermeture sans tension excessive et ne pas gêner une reconstruction ultérieure. Le tracé est fusiforme en dedans. (Jean et al, 2007, p.39).

8.1.2. Mastectomie

Elle est utilisée avec les tumeurs de moins ou supérieures à deux (02) cm, si le volume du sein le permet et cela sans préjudice esthétique ainsi que les foyers de microcalcifications limites 3 cm. L'exérèse est réalisée au large de la tumeur en préservant un résultat esthétique correct. Les marges d'exérèse macroscopiques doivent être à distance, fonction de la taille de la tumeur et surtout de son siège dans le sein. Certaines zones ne permettent pas d'exérèse

« au large comme par exemple le sillon sous-mammaire, le prolongement axillaire ou l'extrémité tout interne du sein. (ibid, p. 40).

8.1.3. La chimiothérapie

Elle consiste à utiliser des médicaments par injection qui agissent sur toutes cellules cancéreuses. Elle est plus efficace en qu'en post ménopause. Le traitement de référence est une polychimiothérapie avec anthracyclines, par voie intraveineuse, en six cycles espacés de 3 semaines.

8.2. La radiothérapie

C'est une autre arme qui permet un traitement loco-régional, en utilisant essentiellement une radiothérapie externe par le cobalt, parfois une radiothérapie de contact par les fils d'iridium. Elle est réalisée en postopératoire. Son but est de détruire le risque de récurrences locales. (Benzidane, 2004. p. 17).

Elle permet à contrôler les lésions infra cliniques qui peuvent exister les glandes mammaires, la radiothérapie peut cependant augmenter le risque de décès à long terme par maladie cardiovasculaire.

8.3. L'hormonothérapie

Utilisée essentiellement comme traitement adjuvant chez la patiente ménopausée. On utilise le « tamoxifène » à la dose de 20 à 30mg /jour en cas d'envahissement ganglionnaire et récepteurs hormonaux positifs pendant au moins deux ans. (Lacane et al, 2002, p. 262,264).

II. L'aspect psychologique

Le diagnostic et les traitements du cancer du sein représentent un traumatisme émotionnel et physique dont le retentissement psychologique et socio-familial peut s'étendre sur plusieurs années. L'augmentation de l'espérance de vie est souvent synonyme de ligne successive du traitement. Mais aussi de nouvelles et changement sollicitations des capacités d'adaptation de la patiente et de ses ressources psychologiques, familiales ou socioprofessionnelles. Enfin, la perspective qu'ont une grande majorité de femme de retrouver après les traitements leurs investissements antérieurs fait de la préservation des rôles familiaux, sociaux et professionnels un objectif à part entière : la maladie devient un double

challenge, qu'entraveront le retentissement fonctionnel ou les éventuelles séquelles des traitements. (Dauchy.Rouby. 2006, P. 322).

1. Image symbolique du sein

Le sein dans notre imaginaire collectif, participe activement dans la construction de cette représentation autour de nombres symboles et icones.

Plus qu'aucune autre, cette partie du corps féminin a été depuis le temps un objet universel de fascination et vénération et d'exécration. (Lanouziere, 2007).

Ce terme représente les pratiques et représentation qui est liées à l'identité féminine, au premier lien, le sein renvoie à la femme en tant que mère, puis à son identité sexuelle et en fin sexualité.

1.1. La maternité

Le rôle de la mère depuis longtemps aux principes de fécondité de se reproduire. Dans ce fait les seins sont associés à la reproduction et à la fertilité de la femme dans nombreuses culture.

Le sein peut être représentatif de la mère grâce à la relation qu'il instaure entre cette dernière et le nourrisson.

Le sein nourricier est le lien d'une relation symbiotique entre la mère et l'enfant source d'un plaisir fusionnel partagé. L'état de complétude rompu avec la césure de la naissance se revit et vient abolir le sentiment de perte et de vide ressenti par la mère. (Blin, 2007, p.119).

A travers l'allaitement, est donc présente l'idée que le sein favoriserait un état fusionnel entre la mère et l'enfant. (Ibid, p.119).

C'est en prenant peu à peu conscience qu'il n'est pas le sein, lors de l'expérience de frustration, que l'enfant s'en distinguera. Nous comprenons donc à quel point l'expérience avec le sein de la mère est importante dans les premiers stades du développement de l'enfant.

L'enfant désire le sein maternel, mais ce désir n'est pas d'un ordre érotique. En effet plusieurs dimensions symboliques sont attribuées au sein dans la relation mère enfant.

Le sein d'allaitement qui conforte à une situation œdipienne archaïque est très différemment investi et presque clivé de celui des seins érotisés et de la sexualité.

En fin le sein est lié au lait qui est la première nourriture du nouveau-né. Ainsi il considéré en premier a l'enfant comme source de vie et de chaleur. Même si les seins permettent d'allaiter, cette pratique n'en reste pas moins culturelle et social, dépend à des époques, à des classes sociales et civilisation.

1.2. Le sein comme support de la féminité

Le sein signe le corps féminin dans la majorité des temps, puisqu'il va principalement renvoyer au sein de la femme et un représentant de féminité, car il fait symboliquement référence à l'identité sexuelle de la femme.

Cette dernière doit être considérée comme l'identité fondée sur les différences des sexes, qui inclut qu'il existe un féminin et un masculin.

L'identité sexuelle se construit autour de références physique et comportement qui peut être naturalisé par les individus. Le sein est l'un des symboles qui sont associe à la femme et revoit à son identité sexuelle, profondément ancrés en croyances d'une réalité physique, par ailleurs on considère le sein comme un support identitaires notamment c'est une partie de soi à la charnière de visible et de l'intime. (Baas, 2008).

Peu à peu la fille devient une femme par l'apparition des seins qui propulse l'adolescence dans l'univers de la séduction. Ainsi concernant la féminité le sein est perçu comme un objet de séduction qui donne une identité sexuelle gratifiante.

1.3. Le sein comme symbole de sexualité

Tout d'abord les seins font partie de représentation et des pratiques sexuelles de leur esthétisme, en conséquence ils occupent une place importante dans la sexualité à travers un esthétisme socialement attribué.

Les seins sexuellement attirants et donc désiré par les hommes et les femmes doivent correspondre à des critères de beauté socialement définie. (Kaufeman, 2000)

Cette partie du corps féminin suscite de nombreux fantasmes chez l'homme même chez la femme et son rôle dans la sexualité lui confère une importance supplémentaire puisque c'est un objet érotique pour tous ceux désirent le corps humain.

En fin au-delà aspect symbolique, les seins sont porteurs d'une fonction érotique du point du vue psychologique, car en tant que zone érogène primaires, ils sont l'un des moteurs

de libido, et une zone sensitive pour la femme comme son partenaire sexuelle. (Baas, 2008, p.74)

2. La représentation de sein chez la femme et l'homme

Le sein est un symbole de féminité qui porte une place importante dans la sexualité des femmes comme celles des hommes. Il se développe tout au long de la vie génitale des femmes. Il représente bien davantage qu'un simple élément de l'anatomie féminine, physiologiquement dédié à la reproduction et à l'allaitement, il est aussi un signal sexuel fort et prioritaire, dans la sexualité de l'homme.

Il est un signal sexuel prioritaire dans la sexualité de l'homme. Il représente bien davantage qu'un simple élément d'anatomie féminine, physiologiquement dédié à la reproduction et à allaitement. C'est un organe de consommation masculine qui sait aussi se faire érotique, est offert à l'homme et destiné à inspirer son désir et à satisfaire son plaisir.

Organe de stimulation sexuel et l'une des grandes étapes de plaisir et de la volupté, au féminin comme au masculin, le sein objet de concupiscence pour l'homme peut être aussi un organe de plaisir purement sexuel pour la femme.

Ainsi qu'il a toujours été l'objet de représentations graphiques, de fétichisation dans la Culture sexuelle. Les publicistes savent l'utiliser largement pour faire consommer pleins de produits. Mais il est différemment perçu ; dans certains pays du monde rien n'empêche de le montrer sur une plage ou autre part, dans d'autres parties telles que l'Afrique (Cameroun) le sein devient dangereux, où il faut quelques fois savoir le cacher pour ne pas être trop vite remarqué par les garçons et perdre sa virginité précocement. (Colson, 2003, pp.69,72).

3. Les stratégies d'adaptations privilégiées par les femmes atteintes d'un cancer de sein

3.1. Stratégies de coping centrées sur le problème

Elles comprennent les actions visant à modifier le problème (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.357).

Cette stratégie vise à gérer le problème à l'origine de la détresse et a pour but de modifier, 16 d'éviter ou de minimaliser l'impact du stress (Servant, 2012, pp. 59,60).
Servant, dans son ouvrage, décrit alors plusieurs formes de remédiation du stress :

- La résolution de problèmes : elle consiste en une approche structurée du problème.
 - La reconceptualisation : il s'agit de prendre du recul pour mieux appréhender le problème.
 - La réévaluation positive : elle consiste à voir le côté positif de chaque événement.
 - La distanciation : il s'agit de prendre du recul et de dédramatiser la situation ;
 - La confrontation : l'idée est de se confronter à la source du problème pour la résoudre.
- (Servant, 2012, p 60)

3.2. Les stratégies de coping centrées sur l'émotion

Elles visent à réduire le stress et à réguler la détresse émotionnelle. Plus précisément, les stratégies font appel à l'autocontrôle émotionnel, la fuite et l'évitement de la confrontation au problème et à l'auto-accusation (Servant, 2012).

3.3. La recherche de soutien humain

Elle permet de créer des liens et de se faire aider (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 357). Selon Servant, la recherche de soutien social se divise en soutien informationnel (lorsque les individus recherchent des informations auprès de leurs proches) et le soutien émotionnel (réconfort reçu de la part de l'entourage).

Le principe d'adaptation est repris par Callista Roy qui définit la personne dans un processus et en relation avec l'univers en transformation, dans un but d'adaptation selon quatre modes : le mode physiologique, le mode concept de soi, le mode fonction selon les rôles et le mode interdépendance (Roy, 1997, cité par Kérouac, Pepin, Ducharme et Major, 2003). Cette théorie est reprise dans les soins infirmiers. Roy précise que « le but des soins infirmiers est de promouvoir l'adaptation de la personne dans chacun des quatre modes d'adaptation » (Ibid, 2003).

La santé est donc un état et un processus. L'état est l'adaptation selon les quatre modes tandis que le processus est « l'effort constant que fournit l'individu pour atteindre son potentiel maximum d'adaptation » (Roy, 1997, cité par Kérouac et al.2003). La personne est ainsi capable de s'ajuster à son environnement changeant (ibid, 2003).

4. Sentiments et réaction à la suite du diagnostic du sein

4.1. Les répercussions physiques

Après l'annonce d'un cancer du sein et de l'ablation, beaucoup de séquelles surgissent, la douleur est ainsi une des séquelles cliniques les plus fréquentes du cancer, elle se manifeste par sa chronologie à toutes les étapes de la maladie, du diagnostic à la récurrence, au cours des complications et pendant la période de la fin de vie. Elle est globale lorsqu'elle touche en premier lieu le patient et retentit sur la famille, spécifique à la maladie cancéreuse quand elle est manifestée par des métastases osseuses à titre d'exemple. Elle est en effet un élément fragilisant dans la mesure où elle accentue l'état d'instabilité et de détresse émotionnelle de la patiente. (Moriceau, 2006, pp 143,144).

La fatigue est aussi un symptôme subjectif par excellence, car ce n'est pas aisé de la mesurer. Elle est manifestée après le diagnostic annoncé, l'opération et pendant le traitement adjuvant. De nombreuses femmes se plaignent de fatigue, même de long mois après la fin des traitements. Elle est aggravée par un état dépressif ainsi que par d'éventuelles séquelles douloureuses. (Saglier, 2005, p 184).

Plusieurs facteurs favorisent l'apparition de ce symptôme chez les femmes cancéreuses, comme la perturbation du sommeil, les nausées, le stress ainsi que l'angoisse. L'expérience du cancer demande donc à la personne atteinte de s'adapter à plusieurs changements qui ont affecté sa santé physique. (Rosman, 2004, p 511).

4.2. Les retentissements psychologiques et sociaux

L'annonce d'un cancer du sein contient, dans sa formulation même, une attaque violente contre cet emblème de l'identité féminine. Symbole de beauté, de séduction et de fertilité, le sein est aussi sur le corps de la femme la marque visible d'une différence sexuelle, accueillie avec plus ou moins de bonheur par la fille à la puberté. Favorisant les fantasmes de castration, voire d'intrusion, l'idée de la perte d'un sein est de l'ordre de l'impensable. (Brullmann, 2007, pp 46,47).

Le diagnostic de cancer, les traitements, le contenu psychologique et social du mot constituent une expérience traumatique. Suivant leur histoire, leur relation avec leur corps, leur personnalité, leur entourage les patientes vont pouvoir plus ou moins facilement édifier des mécanismes de défenses psychologiques. Chacun en a besoin. Ils peuvent aller du déni de

la maladie à toutes les constructions psychologiques que chacun peut élaborer pour tenter de comprendre un vécu toujours éprouvant.

Quant aux enfants, qu'ils aient ou non été informés de la maladie de leur mère, ils savent fort bien qu'elle est gravement malade. L'angoisse de leurs parents les contraignant au silence, ils vont parfois s'exprimer de façon indirecte par des troubles du comportement, mais ils peuvent également poser des questions crûment « Est-ce que tu vas mourir ? ». (Espie, 2011, p 4).

La peur de ne pas avoir grandir ses enfants est fréquemment rapportée par les patientes, ce qui peut retentir sur la relation mère-enfant. (Baize et al, 2008, pp 223, 224).

5. Image du soi et cancer du sein

Suites aux traitements médicaux, de nombreuses conséquences physiques se répercutent sur le malade, dont les plus connues sont l'alopécie, les signes de la fatigue et l'amaigrissement. Après l'annonce et les actes médicaux, vient ensuite la déchéance du corps, autre période très difficile à vivre, car elle entraîne beaucoup de changement qui touche la féminité (perte des cheveux, ablation du sein...) et cela provoque une crise psychologique. Le corps constitue la base et le support privilégié du sentiment d'identité. (Marc, 1997, p.7). L'image de soi est au centre de notre identité et détermine la manière dont on se voit. La maladie remet donc ici en cause jusqu'à l'identité des personnes. Ils ne sont plus eux, ils ne sont plus ceux qu'ils étaient. Les facteurs, dont l'état de santé, « peuvent affecter plus ou moins profondément l'identité corporelle et sexuelle, l'image et l'estime de soi. Ils provoquent quelquefois une véritable crise de l'identité, jusqu'à bouleverser totalement la perception de soi du sujet ». (Ibid, p.9).

La construction identitaire de l'individu est donc bien dynamique et constante, marquée par des ruptures ou des crises. La maladie peut faire partie de ces crises identitaires où la personne a besoin de temps pour se reconstruire et se reconnaître. Le schéma corporel est bousculé, elles mettent alors beaucoup de temps à se regarder et à accepter les changements. (Marrine, 2017, p.28, 29).

Après les opérations chirurgicales, dont ici notamment pour le cancer du sein, G. Francequin, maître de conférences en psychologie clinique et sociale, dit que : « toute atteinte ou modifications de cette partie du corps des femmes touche à l'identité personnelle et

sociale, à l'amour de soi, à l'estime de soi sous le regard de l'autre, masculin ou féminin ». (Francequin, 2012, p. 142).

En effet, l'ablation du sein ou d'une partie de ce dernier est souvent pratiquée en cas de cancer. Comme l'alopécie, c'est une étape particulièrement marquante pour la femme, d'autant que le sein est symbole de féminité et de maternité. Elle doit alors se reconstruire avec cette perte. En dépit de cette douleur, Bacquet et Baillet pensent que « l'ablation du sein est vécue, dans un premier temps, comme synonyme de l'éradication du cancer, tandis que la perte des cheveux constitue la preuve publique de la présence de la maladie » (Bacque, p. 259). Le corps subit donc une importante métamorphose. Les malades sont confrontés à une image non plus familière mais désormais étrangère car portant les traces nouvelles d'un traumatisme : ce que le miroir lui renvoie a désormais changé. Il semble tout d'abord impossible pour la patiente de reconnaître comme sienne cette image mutilée. De plus, ces transformations physiques donnent à voir la maladie et rappellent donc systématiquement qu'elles ont eu un cancer aux yeux de tous, mais aussi pour elle. Pour tenter de cacher ces stigmates, certaines femmes vont particulièrement prendre soin d'elles, en se maquillant, se coiffant etc. La mastectomie aura un sens tout différent pour les patientes selon le degré de réalisation et d'épanouissement sexuels et maternels atteint, et selon celui de l'investissement de leur féminité. (Delvaux, Ravazi, 2002, p.72). Il se peut que certaines dames aient eu un cancer provoquant des répercussions importantes sur leur projet de vie. Par exemple, avec l'ablation du sein, elles ne pourront peut-être plus allaiter si elles ont un désir d'enfant. Ou encore, les traitements peuvent rendre stérile ou accroître les difficultés de conception. Dans ce cas, la douleur est d'autant plus vive car elle remet en cause les souhaits de vie future du couple. (Ibid, 29,30).

6. Les troubles psychiques

Les réactions psychologiques des femmes traitées pour un cancer du sein sont très diverses et le plus souvent de type réactionnel. L'angoisse et la dépression sont les deux éléments majeurs. L'adaptation psychologique à la maladie et aux traitements dépend de la personnalité de la patiente, de ses ressources psychologiques, de son soutien familial et social, du soutien apporté par l'équipe médicale et le médecin référent en fin du stade de la maladie. Les réactions psychologiques à l'annonce du diagnostic et/ou du plan de traitement sont sous-tendues par une anxiété constante. On peut observer des réactions diverses telles que la

passivité complète, la contestation, le déni, une crise d'angoisse généralisée, la négation de l'efficacité du traitement

6.1. Anxiété

Les termes utilisés pour décrire les états anxieux sont nombreux, la définition de l'anxiété donnée au début du siècle par Pierre Janet est celle qui est généralement retenue : l'anxiété est une peur sans objet, ou plus précisément sans objet réel, apparent ou défini. (Besançon. 1993, p.36).

L'anxiété dite normale est une expérience commune et fondée, étroitement liée à l'annonce du diagnostic du cancer et de ses traitements. Ses manifestations seront de courte durée (moins de 7jour), d'intensité et de fréquences modérées avec un nombre faible de symptômes (moins de 3). L'anxiété pathologique est définie par un état de tension chronique, une attitude de doute et un sentiment d'insécurité permanent (durée plus de 6 mois).

Cette annonce va être vécue comme une souffrance non maitrisable par le patient. L'anxiété peut interférer non seulement avec la qualité de vie du patient mais également avec celle de son entourage proche. Elle est souvent un processus normal d'adaptation à la maladie mais si cet état se prolonge ou s'intensifie, il requiert un traitement adapté. (Bacque, 2011, p.83).

6.2. Dépression

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par une perte de l'élan vital. Des symptômes dépressifs sont largement retrouvés chez les femmes traitées pour un cancer du sein et peuvent être aggravés par les traitements systémiques. (Zekek, 2009, p. 109).

La tristesse et les symptômes dépressifs sont fréquemment rencontrés à l'annonce d'un cancer du sein et peuvent resurgir à différents moments tout au long du suivi. Toutes les femmes ne sont pas égales devant leur adaptation à l'épreuve du cancer et un point critique est de pouvoir poser correctement le diagnostic d'une dépression sévère nécessitent une prise en charge. La dépression majeure touche 25% des femmes atteintes d'un cancer du sein et le clinicien devra être attentif aux éléments suivants : des antécédents de dépression, l'absence du support social (pas de compagnon ou mari, peu d'amis et un environnement professionnel non valorisant).

Si la dépression sévère est plus fréquente dans le cas d'une maladie à pronostic sombre, il serait faux de penser qu'elle ne touche pas les femmes atteintes de petites tumeurs à meilleurs pronostics. Les symptômes dépressifs sont présents chez les femmes hospitalisées pour traitement chirurgical de leur cancer du sein. Ces symptômes ne sont pas influencés par l'âge, le type de chirurgie et le pronostic de la maladie. Mais nous pensons que le choc de l'annonce du cancer du sein a déjà une grande part de responsabilité dans cette morbidité psychologique en confrontant l'individu à l'idée de la mort (Zelek, 2009, p.117, 118).

6.3. Stress post-traumatique

Parmi les troubles anxieux, on trouve l'état de stress post traumatique ; il s'agit d'un état organisé et durable répondant à plusieurs critères, dont la cause est l'exposition à un événement traumatique durant lequel le sujet aurait pu mourir, être gravement blessés ou menacés de mort. La réaction du sujet à l'événement se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, l'événement traumatique est constamment revécu ; souvenirs et/ou rêves répétitifs, impression que l'événement va se reproduire, des flash-back, sentiment intense de détresse psychique ou réactivité physiologique en présence d'éléments rappelant l'événement, évitement persistant des éléments rappelant l'événement.

La pathologie cancéreuse peut effectivement être vécue comme un événement traumatique dans le sens où elle peut entraîner la mort à moyen terme, la réaction du sujet suite au diagnostic est souvent apparentée à un choc, des pensées intrusives peuvent devenir nombreuses et fréquentes, les sujets s'occupent souvent de manière à ne pas y penser, le fait de penser à la maladie entraîne parfois des réactions physiologiques intenses. (Serstan-crouse, 2010, p. 33).

Une complication essentielle de l'état de stress post traumatique est la possibilité de comportement d'évitement lié à la prise en charge et pouvant retentir sur l'accès aux soins ; refus de retourner à l'hôpital, de poursuivre une chimiothérapie etc. La comorbidité dépressive associée peut également compliquer considérablement la reprise des investissements antérieurs comme l'activité professionnelle. (Moréré, 2007, p. 296).

Synthèse du chapitre :

Le cancer du sein occupe chez la femme la première place en termes d'incidence et de mortalité dans le monde. Malgré les progrès thérapeutiques, il reste encore un cancer grave avec déplorables séquelles tant physiques que psychiques. Il est encore plus difficile à accepter voire même rejeter par le sujet et son conjoint, son entourage surtout quand il s'agit d'une femme jeune.

Chapitre II :

La vie conjugale

Chapitre 2 : la vie conjugale

Préambule :

Le couple est le résultat d'une dynamique groupale et nécessite un travail de couple. Quand la maladie vient faire effraction, elle atteint le malade, le conjoint mais aussi le couple, contraignant à un double processus d'élaboration psychique individuel et groupal. L'annonce de la fin du curatif va actualiser les pires angoisses, pourtant le palliatif n'est pas la mort ni même l'agonie.

Dans ce deuxième chapitre qui s'intitule vie conjugale , nous optons a parler sur la relation conjugal dans le couple dont la femme est mastectomisée , en premier lieu on a défini les concept qui constitues la relation conjugale ,puis nous allons parler sur les déterminants de la relation conjugal ,après on évoquera la qualité de la relation chez les deux conjoints , après on parlera aussi de l'impact du cancer sur la relation conjugale sur la femme et son conjoint puis sur les différents sphères de leurs vie enfin on abordera l'expérience de sexualité .

1. Définitions des concepts

1.1. Le couple

Le couple désigne l'union de deux partenaires sexuels, homme et femme vivant ensemble dans un logement (ZAY , 1981, p.134.)

Le couple est une relation privilégiée entre deux partenaires, émotionnellement importante et visant à être stable dans le temps, qui peut prendre différentes formes : entre autres, une union formalisée juridiquement (mariage, Pacs), une cohabitation ou une fréquentation entre personnes vivant séparément.

1.2. La relation conjugale

A. Ruffiot a donné une réponse phénoménologique et psychanalytique lorsqu'il a écrit sur le lien d'amour. Selon lui le couple est un groupe de deux êtres humains créé par l'amour et en rapport avec le genre. Par le lien d'amour, quelque chose de neuf est créé, quelque chose qui n'a jamais existé auparavant. (MOHRING 2005, P.79-88.)

La relation conjugale est une relation qui s'exprime par deux séries de vocables qui marquent les deux étapes de l'union matrimoniale, les fiançailles et le mariage : sponsa/sponsus d'une part et uxor/coniux d'autre part. Donc cet engagement solennel conduit parfois à donner à sponsus et sponsa le sens d'époux/épouse. Les vocables uxor/coniux désignent l'épouse légitime, par opposition au concubinage qui est une union marginale. La relation conjugale est une relation fondamentale puisqu'elle constitue la base du tissu social, c'est une relation d'échange de solidarité et de prévention contre l'atomisation. (*Le Jan R, 1957, p.168*)

La relation conjugale est une forme de relation dyadique où chacun des membres va savoir surmonter la souffrance et les conflits pour durer. Citer par BIOY(A), FOUQUES(D) que selon J. LEMAIRE le couple conjugal se définit de la façon suivante : « un lien amoureux marqué par une intention avouée ou inavouée de durée et non un engagement irréversible et institutionnel concernant l'existence entière ». En effet le terme conjugal ne renvoie pas à la notion de mariage, lien légal, mais à son acception dans une forme de couple en tant que lieu affectif d'échange plus au moins pérenne. (Bioy A, Fouques D, p.161.)

2. Les déterminants de la relation de conjugale

Le couple est aujourd'hui un ensemble de pesanteurs sentimentales, familiales, économiques, religieuses et culturelles ; c'est là autant de pressions qu'une jonction de deux destinés peut assumer, autant qu'elle peut en souffrir ou les surmonter.

2.1. La communication

La qualité de la communication est un facteur important de cohésion du couple. Nous savons tous que la parole fait partie de la communication ; mais la parole ne suffit pas pour qu'il y ait communication. La communication, c'est l'art de créer une intimité avec l'autre ; c'est une façon de partager en profondeur et de se sentir solidaires. Une communication de qualité permet à l'autre de nous connaître tel que nous sommes, de nous fournir des réponses et un appui quand nous en avons besoin. Une communication de qualité représente une des grandes joies de l'existence. Ceux qui communiquent le mieux sont ceux qui écoutent le mieux ; l'écoute efficace exige de s'intéresser à l'autre, de faire preuve de patience et de concentration. (Rodet CH, 2000, p.231)

On pense que le langage oral est le mode de communication le plus expressif, mais bien que constituant le mode dominant, la parole n'est pas seule à l'œuvre dans l'échange ; en

effet, le langage corporel à travers des gestes, des mimiques, des postures, des attitudes, grimaces et autres manifestations somatiques (rougeurs, sudations, horripilation) occupe une place de choix au niveau de la vie affective. (Desrochers, 2012, p.8.)

2.2. La vie sexuelle

Le modèle occidental nous enseigne que l'une des qualités majeures d'un couple, c'est l'attrait sexuel réciproque des conjoints. Pour S. FREUD, l'ensemble des pulsions sexuelles ne se limitent pas à la génitalité adulte, mais s'exprime depuis la toute première enfance dans des formes variées, dont le but était de permettre à la pulsion d'atteindre l'objet d'amour. Ce choix d'objet d'amour doit répondre à deux critères : il doit être l'origine de la satisfaction de la plupart de nos désirs inconscients et en même temps contribuer à renforcer notre moi. (Ibid., p 27).

Donc l'âge adulte arrive après une série de stades et périodes qui ont permis de constituer la personnalité et l'identité du sujet. A cette étape de vie, il n'y a pas d'apprentissages nouveaux, mais plutôt reproduction de ce qui a été appris subséquemment ; il y aura en particulier une reproduction des « aspects, propriétés ou attributs » empruntés aux premières relations d'objets. L'adulte utilisera sa structure psychique élaborée précédemment pour faire face aux différentes situations de vie. Les enjeux qui n'auront pas été résolus précédemment seront très souvent répétés dans les comportements adultes et pourraient même conduire à l'apparition de certaines pathologies. On parlera alors de l'impact de fixations précoces. Chez le sujet qui a évolué d'une manière saine, ses choix demeureront en accord avec ses choix primitifs. (Therrien, 2012, p 36-39.)

Selon l'approche Kleinienne, c'est aussi par le désir de vouloir maintenir une image intériorisée de l'objet idéalisé que beaucoup de sujets tentent de limiter leur vie amoureuse l'objet idéalisé si celui-ci devait être rencontré dans d'autres contextes, à d'autres endroits ou à un autre moment. Se et la relation à l'objet à certains aspects réducteurs. En effet, il y peut avoir risque de perte de l'objet idéalisé si celui-ci devait être rencontré dans d'autres contextes, à d'autres endroits ou à un autre moment. (Mcmahon S, 2005, p 270)

C'est ainsi pour **M. KLEIN**, que les vestiges de la position paranoïde et de position dépressive mal franchie peuvent entraver ce travail de deuil indispensable à chacun, pour pouvoir s'engager dans une relation de longue durée en matière de vie amoureuse. Il y aurait

donc lieu de considérer comme se protégeant contre des risques dépressifs majeurs des sujets qui se comportent de manière à ne pas avoir à s'engager de façon durable et profonde dans une relation amoureuse, mais il y'a aussi d'autres personnes, qui se sentant probablement, sur un mode inconscient, trop fragiles pour se risquer dans un engagement amoureux chargé d'émoi (de surcroît dans un contexte social actuel potentiellement vécu comme dangereux et instable) auront tendance à porter leur choix sur un partenaire qui leur sera assez semblable, source de suffisance existentielle pour mener une vie somme toute routinière, banale mais terne manifestement marquée par l'absence de buts, désir et d'échange peu pour que la vie matérielle soit simplement satisfaisante. C'est le mécanisme inconscient de projection qui permet au sujet de se protéger de la pulsion de mort, de s'en débarrasser en la rejetant à l'extérieur et en l'attribuant à ses objets comme par exemple le conjoint. Les pulsions sexuelles relèvent des mécanismes d'auto conservation tout comme le désir du nourrisson se fonde sur le besoin exclusif d'appropriation, d'incorporation du sein maternel. (Mc mahon 2005, p.270)

C'est **M. KLEIN** qui avait introduit le terme d'incorporation alors que par ailleurs c'est la notion de dévoration qui se trouve être utilisée dans le langage amoureux (dévorer du regard, avoir envie de dévorer). Certains individus anxieux ou fragiles vont avoir tendance à rechercher des partenaires dont les comportements et les attitudes font penser que le risque d'en être absorbé est moindre ou inexistant. Cette symbiose est inaccessible dans la mesure où elle représente le retour vers un état de désorganisation psychique et corporelle et donc d'une mort tant physique que psychique. Cette réaction défensive individuelle et inconsciente contre l'envahissement par le partenaire peut prendre des formes brutales, aussi violentes qu'impulsive (violence conjugale).

La compatibilité sexuelle ajoute certainement une dimension merveilleuse à la vie du couple, mais elle ne suffit pas à en assurer une pérennité. **A. GREELEY** a décrit la sexualité comme une sorte de jeu et de répétition qui conduisait à l'unification ; elle permet de devenir un avec l'autre. L'expérience sexuelle réussie constitue une des grandes joies de la vie, un cadeau qui nous rend heureux d'être vivants et exutoire providentiel à toutes les tensions nerveuses et mentales. Elle nous donne l'occasion de jouer, de partager, de nous découvrir nous-mêmes et de découvrir l'autre dans une dimension naturelle non verbale, véritablement unique.

Une vie sexuelle épanouie renforce les liens d'un couple équilibré, mais elle ne peut remettre d'aplomb un couple qui se déchire.

L'amour comprenant les éléments sexuels et de plaisir est l'un des fondements d'une relation conjugale, mais il est insuffisant. Ce n'est pas l'amour seul ou les relations sexuelles qui maintiennent le couple dans la durée, c'est la qualité de la relation que les partenaires peuvent se proposer l'un à l'autre. La question de la fidélité dans le couple est centrale.² Les attentes de chacun des partenaires se greffent autour du même noyau dur constitué par une confiance réciproque, une estime, un respect mutuel, une compréhension et un soutien réciproque

La vie de couple est maintenant porteuse de fortes attentes réciproques, chacun doit s'engager à faire le bonheur de l'autre, les exigences de communication, de partager des responsabilités et de partage de valeurs communes sont en croissance

Donc les personnes formant un couple équilibré donnent à la sexualité le rôle naturel qui lui convient, elles ne tiennent pas de statistique sur la fréquence de leur épanchement, pas plus qu'elles ne recherchent la prouesse ni l'exploit. Les expérimentés savent que la sexualité est comme tant d'autres aspects de la vie de couple ; il y a des périodes où cela marche mieux qu'à d'autres.

2.3. La responsabilité au sein du foyer et l'éducation des enfants

Au sein d'un couple, c'est la femme qui se charge souvent des tâches domestiques et des soins portés aux enfants, peu de changements sont survenus concernant la répartition des tâches par l'implication accrue des femmes sur le marché du travail. Mais il est à noter que le modèle traditionnel attribué aux couples où la femme est au foyer, demeure le plus répandu. (Huppé M, Cyr M, 1997, p.146)

Le passage de la dyade conjugale à la triade familiale place les adultes dans des rôles de parent et de conjoint (e), ce qui exige de faire face aux changements liés à la croissance des enfants et de leurs besoins comprenant les services scolaires, de loisirs et médicaux. De nombreux parents acquièrent d'une manière ou d'une autre, et sans problème grave ou tensions sévères sur leur relation conjugale, des connaissances et compétences suffisantes pour guider adéquatement leurs enfants au cours des diverses phases du développement. (Bandura A, 2003, p.288)

2.4. La situation économique

La vie solitaire des célibataires est plus difficile, autant sur le plan affectif que sur le plan matériel, se mettre ensemble correspond donc, dans de nombreux cas, à une tentative dont l'un des buts est de faciliter l'existence matérielle. En effet, les problèmes du logement, des revenus ou encore de partage des tâches encourageant fortement à l'union. (Montoussé M, Renouard G, 2006, p.182)

Chaque conjoint peut espérer une modification de sa situation sociale grâce au mariage. Les couples contemporains ne se consacrent pas uniquement aux liens affectifs, les biens, les services et l'argent continuent de circuler dans la sphère conjugale. L'argent s'inscrit directement dans la construction matérielle et symbolique du couple et de la famille. 5 L'homme tient souvent le rôle de chef de famille, son revenu est considéré comme central pour le bien être familiale, par contre le revenu féminin est défini comme un revenu personnel ou comme une aide temporaire. (Ibid, p.32)

3. La qualité de la relation conjugale

3.1. La qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein

Farrell (1993) a construit un modèle de qualité de vie spécifique au cancer du sein, basé sur quatre dimensions. Ce modèle, confirmé dans d'autres études, intègre le bien-être physique, le bien-être psychologique, le bien-être social et le bien-être spirituel. Ces quatre dimensions sont affectées par les symptômes, les traitements et le degré de souffrance liés au cancer. Dans le domaine physique, les principaux symptômes sont les changements ménopausiques, la fatigue et la douleur. Le domaine psychologique est surtout affecté par la détresse et la peur de la récurrence. Le bien-être social peut être marqué par une détresse au sein même de la cellule familiale. Enfin, le bien être spirituel est essentiellement perturbé par l'incertitude (Ferrel, Dow, Leigh, Ly et Gulasekaram, 1995 ; Farrell, Grant, Funk, Garcia, Otis-Green et Schaffner, 1996 ; Dow, Ferrell, Leigh, Ly et Gulasekaram, 1996 ; Farrell, Grant, Funk, Otis-Green et Garcia, 1997 et 1998). Ce modèle a dernièrement été remanié et utilisé par Paskett, Herndon, Day, Stark, Winer, Grubbs, Pavy, Shapiro, List, Hensley, Naughton, Kornblith, Habin, Fleming et Bittoni (2008). Ces derniers ont seulement subdivisé le bien-être social en deux catégories (bien-être social et domaine économique).

Montazeri aborde la dimension sociale de la qualité de vie au travers des interventions proposées aux patientes. Il semblerait que le conseil, le soutien social et l'exercice physique permettent de préserver la qualité de vie.

Depuis 2007, de nouveaux travaux sur la qualité de vie des patientes ont été publiés. La plupart portent sur la qualité de vie des patientes à distance du diagnostic et des traitements. Ainsi, Mehnert et Koch (2008) ont mesuré l'ajustement de patientes traitées pour un cancer du sein en moyenne quatre ans auparavant. Leur qualité de vie est plus altérée que celle de femmes du même âge. Paskett et al. (2008) ont évalué la qualité de vie de patientes ayant reçu leur diagnostic de cancer du sein entre 9 et 16 ans auparavant. Les problèmes les plus souvent rapportés par les patientes sont des symptômes de la ménopause (sécheresse vaginale et bouffées de chaleur), de l'ostéoporose et un lymphœdème.

Holzner, Kemmler, Kopp, Moschen, Schweigkofler, Dunser, Margreiter, Fleischhacker et Sperner-Unterweger (2001) insistent sur l'importance de mesurer la qualité de vie dans le temps. Ils constatent en effet une altération de la qualité de vie des 87 femmes composant leur étude dans les domaines émotionnel, social et sexuel. Cela un, deux et cinq ans après les traitements. En revanche, pour Carter et Carter (1993) ainsi que pour Hoskins (1995a), l'effet du temps est positif pour les patientes puisqu'il s'accompagne d'une diminution significative de la détresse psychologique et des émotions négatives et d'une amélioration de la qualité de vie des patientes. Ces auteurs rapportent également un effet positif du temps sur les domaines professionnel, domestique et sociaux des patientes.

La maladie et ses traitements ont un impact négatif sur la qualité de vie des patientes, mais nous allons voir que ces dernières ne sont pas seules face à cet événement stressant. En effet, leurs proches, et notamment leur conjoint, sont souvent très impliqués à leurs côtés et voient également leur qualité de vie affectée.

3.2. La qualité de vie des conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein

Si les conjoints sont la première source de soutien des patientes atteintes d'un cancer du sein, les chercheurs n'ont encore développé aucun questionnaire évaluant leur qualité de vie spécifique (Fournier et al., 2009). Celle-ci est donc généralement mesurée à l'aide d'échelles génériques comme le MOS SF-36 ou le WHOQOL.

Selon Baider et Kaplan De-Nour (1988), les partenaires rapportent autant de problèmes d'ajustement que les patients eux-mêmes. Wagner, Bugatti et Storniolo (2006) ont comparé 79 maris de patientes atteintes d'un cancer du sein et 79 maris de femmes en bonne santé. Les conjoints de patientes cancéreuses rapportent des scores inférieurs à ceux du groupe contrôle sur plusieurs sous échelles du MOS SF-36 (santé générale, vitalité, santé mentale et limitations liées à la santé mentale). Leur qualité de vie est donc dégradée. Elle semble même liée à celle de leur compagne. En effet, Segrin, Badger, Meek, Lopez, Bonham et Sieger (2005) ont mené une étude auprès de 48 dyades composées d'une patiente atteinte d'un cancer et de son aidant principal (le mari dans 67% des cas) grâce à laquelle ils ont montré que la qualité de vie des patientes et de leur partenaire présente des variations et que ces changements suivent la même trajectoire. Toutefois, le temps semble salvateur : à trois ans d'un traitement par mastectomie, les conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein retrouvent des scores tout à fait satisfaisants de qualité de vie (Carter et Carter, 1993).

Les recherches ont permis de démontrer l'impact non négligeable du cancer du sein sur la qualité de vie des patientes, mais aussi sur celle de leur conjoint ; le vécu de l'un ayant un impact sur le second et inversement. La dimension physique de la qualité de vie est bien souvent affectée à court terme alors que la dimension psychologique resterait perturbée à plus long terme. Le paragraphe suivant est une présentation de cette dimension de la qualité de vie qu'est l'ajustement émotionnel. (Paskett et al., 2008, p 1110)

4. Impacte du cancer

4.1. Impact du Cancer sur la Femme

Les connaissances sur la réaction des femmes au cancer du sein se sont grandement améliorées. Au début des recherches sur le sujet, Reneker et Cutler (1952) ont parlé de syndrome de post-mastectomie, syndrome voulant que les femmes vivent inévitablement une période de dépression sévère, des sentiments de honte, de confusion, d'inutilité ainsi que des pensées suicidaires à la suite de leur opération. Les résultats plus récents démontrent, pour leur part, que la majorité des femmes ne souffrent pas de détresse émotionnelle à long terme, mais que 20% à 30% d'entre elles voient leur qualité de vie altérée (Irvine, 1996). Le cancer entraîne tout de même sa part d'émotions intenses et, comme le mentionne Irvine (1996), l'anxiété, la peur, la colère et la culpabilité jouent un rôle nécessaire dans une adaptation

saine. Toutes ces émotions peuvent être reliées au fait que la maladie constitue une source de stress majeure compte tenu des multiples demandes d'adaptation qu'elle entraîne.

Même si la manifestation d'émotions intenses est considérée comme étant normale et adaptative, il arrive parfois que certaines femmes puissent avoir une réaction mésadaptée. Les complications observées le plus fréquemment sont : les troubles aigus ou chroniques de l'adaptation, les états dépressifs et anxieux, les nausées et vomissements anticipatoires, certains dysfonctionnements sexuels, les troubles du sommeil, l'anorexie, les troubles cognitifs et la douleur. Il peut arriver également que le cancer vienne compliquer un trouble psychiatrique préexistant ou précipiter des troubles aussi divers que les troubles affectifs unipolaires et bipolaires, les troubles psychotiques et les dépendances diverses (Massie Holland, 1990 ; Razavi, Delvaux, Goodman, 1998).

Bien que les réactions varient en intensité et en durée, les demandes d'adaptation sont sensiblement les mêmes d'une femme à l'autre. À la base, pour tous cancers, la priorité adaptative du patient est, selon Heim (1991), de maintenir un équilibre intrapsychique, interpersonnel et psychosocial acceptable. Pour ce faire, la personne doit, entre autres, retrouver son bien-être physique (suite à la douleur et/ou à l'inconfort); rétablir ou préserver son équilibre émotionnel et son intégrité physique (après une mutilation ou une perte de fonctions corporelles); vaincre l'insécurité et la perte de contrôle par rapport à la perception de l'image de soi et par rapport à l'avenir; s'adapter aux situations médicales (hospitalisations, relations interpersonnelles avec le personnel hospitalier), vivre avec la menace existentielle que représente le cancer et préserver une qualité de vie qui a du sens.

En ce qui a trait plus spécifiquement au cancer du sein, selon Irvine (1996), la maîtrise de l'angoisse, du stress et de la peur est un objectif psychologique majeur et constant pour les femmes. De plus, les efforts pour retrouver une image de soi positive, après la dégradation de celle-ci, peuvent durer plusieurs années.

Cependant, le cancer du sein n'affecte pas seulement l'équilibre psychologique de la femme, mais aussi celui des membres de la famille et plus particulièrement du conjoint (Hilton, Crawford, Terko, 2000). En effet, même si l'intérêt premier des chercheurs a longtemps été centré sur le vécu de la personne malade, de plus en plus d'études s'intéressent à la réaction du conjoint et à celles des proches. (Ferrell et al., 1995 et Dow et al., 1996)

4.2. Impact du Cancer sur le Partenaire

Même si les partenaires de femmes atteintes de cancer du sein sont souvent vus comme des sources naturelles de soutien émotionnel (Hilton et al, 2000), leur propre niveau de détresse est souvent comparable à celui du patient (Northouse, 1989; Northouse ; Swain, 1987; Omne-Potén, Holmberg, Bergström, Sjodén, Burns, 1993) voire même supérieur (Carlson, Bultz, Speca, St-Pierre, 2000).

Étant donné que le niveau de détresse vécu peut affaiblir le fonctionnement psychologique, les conjoints de personnes atteintes de cancer sont à risque de vivre des difficultés d'adaptation. Celles-ci peuvent se détecter par des symptômes physiques, psychologiques et psychosomatiques. À ce sujet, l'étude de Wellisch, Jamison et Pasnau (1978), encore aujourd'hui souvent citée, rapporte que 27% à 43 % des hommes vivent une ou plusieurs des difficultés suivantes : trouble du sommeil, perte d'appétit et/ou diminution de la concentration au travail. Les résultats des études récentes abondent toujours dans le même sens. En dépit du fait qu'on retrouve une stabilité émotionnelle chez l'ensemble des conjoints, la prévalence pour eux de vivre une détresse modérée à grave, un trouble de l'humeur ou des difficultés psychologiques varient de 20% à 30% (Northouse, 1989; Zalis Shands 1991).

Tout comme c'est le cas pour la patiente, la détresse des conjoints peut être influencée par le poids des demandes d'adaptation relatives à la maladie et les inquiétudes qu'elle soulève (Northouse Swain, 1987). Blanchard, Toseland et McCallion (1996) ont identifié quatre inquiétudes prédominantes chez les conjoints de personnes atteintes de cancer. Le conjoint doit vivre avec la peur et les menaces que représentent le cancer ainsi que les conséquences négatives qu'il entraîne (peur de la maladie, de la mort, adaptation aux changements physiques du malade); aider la personne atteinte à faire face aux impacts émotionnels du cancer (laisser place aux émotions, accompagner et consoler l'autre); gérer les changements et perturbations de la vie quotidienne suite à la maladie (cuisiner, faire le ménage, prendre soin des enfants) et vivre avec la crainte de discuter ouvertement des inquiétudes et des problèmes à propos de la maladie de leur partenaire. Par exemple, il peut arriver que le conjoint hésite à parler de ce qu'il vit pour ne pas inquiéter l'autre ou encore pour ne pas inquiéter la famille élargie. Il doit aussi souvent répondre aux questions des proches, ce qui peut quelquefois constituer pour lui des situations difficiles à gérer.

Dans un même ordre d'idées, Northouse (1989) a souligné que les conjoints de femmes atteintes du cancer du sein ont des inquiétudes en regard des habiletés de leur femme à retrouver le niveau de fonctionnement qu'elles avaient avant la chirurgie. Ses résultats ont également fait ressortir qu'un mois après la chirurgie, les inquiétudes concernant la récurrence augmentent.

D'autres auteurs (Mormont, 1992; Swenson, Fuller, 1992) expliquent une des difficultés vécues chez les conjoints par le phénomène du deuil anticipé. Selon eux, le cancer confronte toujours à la perte possible et l'anticipation de la perte entraîne l'anticipation du deuil. En d'autres mots, il se produirait un détachement émotionnel. Même si la personne n'est pas encore décédée, sa mort est anticipée. Ce phénomène est principalement vécu lorsque la maladie est avancée ou que le pronostic est pauvre. Le deuil anticipé se déroulerait alors selon le scénario du deuil normal selon les phases de Lindemann (1944), c'est-à-dire qu'il serait caractérisé d'abord par la négation du diagnostic, ensuite par l'acceptation du diagnostic, mais non du pronostic pour se terminer par une acceptation du diagnostic et du pronostic.

Le cancer du sein entraîne plusieurs demandes d'adaptation, il affecte l'équilibre psychologique des deux conjoints et bouleverse plusieurs sphères de la vie du couple. En ce sens, la maladie constitue une crise existentielle troublante dont les conséquences peuvent menacer l'équilibre conjugal.

4.3. Impact sur les Deux Conjoints d'un Point de Vue Systémique

Les chercheurs ont tenté de comprendre la durée et le processus de la détresse psychologique à l'intérieur du couple. Plusieurs études auprès des femmes atteintes de cancer du sein et de leur conjoint indiquent que les partenaires vivent généralement une amélioration graduelle et constante de l'état émotionnel avec le temps (Hannum, Giese-Davis, Harding, Hatfield 1991; Carter, Carter, Siliunas, 1993; Zahlis, Shands, 1991). Toutefois, les points de vue divergent en ce qui a trait à la durée du rétablissement psychologique. Rannum et al. (1991) suggèrent que le cancer est une crise qui est résolue durant la première année suivant la chirurgie, tandis que Northouse (1989) et Walker (1997), maintiennent que l'ajustement au cancer du sein est un processus à long terme dont les effets émotionnels peuvent demeurer évidents deux à trois ans suite à la chirurgie.

Considérant le couple comme un système interdépendant, Coyne et Fiske (1992) soulignent l'importance de mieux comprendre la façon dont chacun des partenaires est

influencé par l'adaptation de l'autre et influence la réponse émotionnelle de leur partenaire. En d'autres mots, les deux conjoints s'influencent dans leur niveau de détresse ainsi que dans leur processus de rétablissement.

Selon Northouse (1988), le bien-être émotionnel des partenaires dépendrait du niveau de détresse émotionnelle de la patiente et ce, dans un processus mutuel et interdépendant. Cependant, les dynamiques impliquées dans l'ajustement mutuel des couples ne sont pas suffisamment comprises jusqu'à maintenant. Ce phénomène peut s'expliquer par deux modèles différents : la contagion (Baider, Peretz, Kaplan DeNour, 1989) et la complémentarité (Leiber, Plumb, Gerstenzang, Rolland, 1976). Dans le premier cas, le modèle sous-tend que lorsqu'un des deux conjoints est en détresse l'autre le devient. Plusieurs résultats de recherches démontrent effectivement que le niveau de détresse est similaire chez les deux partenaires ou encore que la détresse de l'un augmente avec celle de l'autre (Cassileth et al., 1985; Northouse 1989; Northouse, Jeffs, Cracchiolo-Caraway, Lampman et Dorris, 1995; Northouse, Swain, 1987).

La complémentarité, pour sa part, expliquée par Leiber et al. (1976) sous-tend que le système conjugal semble capable de tolérer seulement un certain niveau de détresse, à savoir que lorsque ce niveau excède le seuil de tolérance du couple, l'autre conjoint compense en exprimant moins de détresse. Plusieurs études confirment cette façon qu'ont les couples de rétablir leur équilibre émotionnel et leur fonctionnement face au cancer (Hannum et al., 1991; Walker, 1997; Keitel, Cramer, Zevon 1990).

4.4. Impact sur la relation et les différentes sphères de la vie conjugale

4.4.1. Le Partage des Rôles et des Responsabilités

Le stress du diagnostic et des traitements créent des demandes qui entravent les habiletés du couple à sauvegarder les rôles assumés par chacun des conjoints avant la maladie (O'Mahoney, Carroll, 1997), en même temps qu'il peut requérir du conjoint d'assumer de nouveaux rôles tout en maintenant ses fonctions habituelles à l'intérieur de la famille (Northouse, Swain, 1987; Keitel et al., 1990)

Ce bouleversement des rôles et des responsabilités se situe au plan pratique et émotionnel. Par exemple, étant donné l'état de santé de la femme et les absences relatives aux traitements, le conjoint aura à assumer une plus grande part des responsabilités en ce qui a

trait aux tâches quotidiennes et domestiques (Lichtman, Taylor, Wood, 1987). Pour ce qui est de l'aspect émotionnel, Lewis, Ellison et Wood (1985) rappellent que les femmes sont généralement éduquées à jouer un rôle de mère nourrissante et que faire face à une maladie qui représente une menace pour la vie, peut impliquer davantage de repli sur soi et moins de temps émotionnel à consacrer à la famille.

4.4.2. Le Fonctionnement Sexuel

Étant donné que le cancer du sein implique très souvent une chirurgie partielle ou complète d'une partie importante du corps par rapport à l'identité sexuelle de la femme, les chercheurs ont tenté de mieux comprendre l'impact d'une telle intervention sur la sexualité. Selon Orne-Potén et al. (1993), parmi les couples qui avaient une vie sexuelle active avant le cancer, 38% considéraient leur vie sexuelle affectée par la maladie.

Les dysfonctions sexuelles qu'amènent le cancer peuvent être observées soit par une diminution de l'intérêt sexuel, de la fréquence des rapports ou encore, par des difficultés orgasmiques (Lichtman et al., 1987; Wellisch et al., 1978).

Ces perturbations de la vie sexuelle sont fortement en lien avec la satisfaction conjugale des femmes, mais non avec celle des hommes (Lichtman et al., 1987). Les facteurs associés aux difficultés à ce niveau sont de plusieurs ordres. Mentionnons les facteurs psychologiques relatifs aux changements de l'image corporelle, aux conflits relationnels pouvant découler des bouleversements vécus dans d'autres sphères de la vie du couple et au fait que la maladie constitue une menace pour la vie (O'Mahoney, Carroll, 1997).

Selon certains auteurs, l'impact sur la sexualité serait différent selon que la femme a subi une mastectomie complète ou une chirurgie conservatrice du sein. Dans l'étude de Margolis, Goodman et Rubin (1990), par exemple, les femmes ayant eu une chirurgie partielle du sein ne rapportaient pas de changement au niveau sexuel, n'étaient pas honteuses de leurs seins et présentaient le même désir sexuel qu'avant la chirurgie tandis que les femmes mastectomisées se sentaient sexuellement moins désirables et éprouvaient des difficultés dans leurs rapports à ce niveau. Cette étude n'étudiait cependant pas l'influence possible de la reconstruction mammaire. Ce n'est peut-être pas le type de chirurgie qui influence la vie sexuelle mais le fait d'avoir ou non un implant mammaire par la suite.

Pour résumer, il semble bien évident que le cancer du sein a un impact sur la vie sexuelle des couples et par conséquent sur la satisfaction conjugale des femmes (Lichtman et al. 1987; Orne-Pontén et al.)

4.4.3. La Communication

Le cancer peut également affecter la communication entre les partenaires (Manne, 1998). Les résultats de Carter et al. (1993) et Lichtman et al. (1987) indiquent que dans la plupart des cas, même si les femmes se considèrent dans une relation satisfaisante, elles ont plus de difficulté à communiquer avec leur partenaire suite à la maladie. Les problèmes de communication peuvent survenir lorsque les conjoints ne parlent pas suffisamment de leurs inquiétudes face au cancer ou encore lorsque les patientes ont besoin d'exprimer davantage leurs peurs à propos d'une récurrence. (1993; Wellisch et al. 1978).

En résumé, par ces multiples demandes d'adaptation et ces bouleversements au niveau des rôles, de la sexualité et de la communication, le cancer du sein peut entraîner des impacts négatifs et une dégradation de la qualité de la relation. Cependant le cancer peut également favoriser le rapprochement et avoir des impacts positifs sur la relation.

5. Couple, cancer du sein et l'expérience de la sexualité

Le sein est un organe tout particulièrement investi par la femme, mais aussi par l'homme. Il est le symbole de la féminité, de la sexualité, de la maternité. C'est pourquoi tout ce qui affecte le sein, concerne non seulement la femme et son entourage, mais aussi la société.

On ne saurait réduire la sexualité aux seuls rapports sexuels. On ne saurait d'ailleurs évaluer la vie sexuelle en tenant uniquement compte du nombre de relations sexuelles par semaine, par mois, ou même de leur succès, etc., comme il est demandé dans certaine enquête ou questionnaire. La sexualité englobe le désir sexuel, mais aussi d'autres aspects comme en témoigne ce que les femmes rapportent à l'occasion des problèmes que soulève sur ce plan-là leur cancer: une certaine qualité de relation du couple, un certain type de complicité, la tendresse, comme aussi certaines satisfactions personnelles, telles l'apparence, l'esthétique, en un mot, tout ce qui concerne le désir. (André L, 1995, pp.143,154).

De nombreuses études démontrent 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 (Derzko, Elliott, al, 2007). Chaque couple peut vivre différemment le sens de l'événement pour son couple, et trouver sa manière de faire face aux répercussions sur la vie sexuelle (Chamberlain, 2001). Le couple confronté au cancer du sein peut traverser des étapes déstabilisantes pour sa sexualité et les conséquences à venir vont dépendre des valeurs sur lesquelles il s'est construit et sa capacité à s'adapter.

Les difficultés sexuelles peuvent avoir des conséquences sur la qualité de la relation et risquent d'augmenter les difficultés de communication dans le couple (Ganz, Desmond al, 1999). Le couple éprouve d'énormes difficultés à pouvoir se parler de sexualité (Holberg, Scott al, 2001).

La qualité de la sexualité reflète la qualité de la relation entre les partenaires (Allais, Allais, 2008). Les difficultés sexuelles peuvent être révélatrices d'un conflit relationnel, parfois inconscient (Allais, Allais, 2008). 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 (Mercadante, Vitrano al, 2010). Les femmes qui présentaient des difficultés sexuelles indépendamment du cancer sont plus à risque de développer des difficultés sexuelles (Schover, 2004).

La réaction du partenaire face aux difficultés sexuelles peut donc avoir un impact sur la survie du couple (Fobair Spiegel, 2009). L'attitude du partenaire va permettre aux femmes de faire face ou non aux répercussions sexuelles amenées par la maladie et les traitements (Chamberlain, 2001). Les femmes qui voient leur partenaire comme restant émotionnellement connecté à elles et leur portant une attention sexuelle ajustent mieux leur couple à ce passage. Si la femme se sent encore sexuellement attractive, elle a tendance à mieux se sentir (Wimberly, Carver al, 2005).

La diminution des relations sexuelles peut davantage renforcer le sentiment de dévalorisation de la femme (Dauchy et Rouby, 2007). Les femmes qui traversent des difficultés avec leur sexualité sont moins satisfaites de leur relation avec leur partenaire (Speer, Hillenberg al, 2005).

La relation au conjoint touché par la maladie est difficile : entre le désir de donner du plaisir et la crainte de ne pas respecter la fragilité de la femme, certains conjoints peuvent avoir de la peine à trouver leur équilibre (Mintier, 2004). Il semble que la capacité du

partenaire à avoir une sexualité harmonieuse est également un facteur prédictif de l'harmonie sexuelle du couple.

La sexualité du partenaire va dépendre de multiples facteurs : il s'agit d'évaluer s'il présente lui-même des difficultés sexuelles, déjà antérieurement au diagnostic. Il peut également être fortement ébranlé, non pas seulement en raison de son histoire de couple ou son rapport à l'image corporelle, mais simplement par l'écho de la maladie de sa femme sur son histoire personnelle de vie (Ricadat, Taïeb, 2008). Les recherches publiées jusqu'ici sur la sexualité ont malheureusement souvent négligé le partenaire (Gilbert, Ussher al, 2010).

Dès l'annonce d'un cancer, les patients vont devoir mobiliser leurs ressources psychologiques et physiques pour faire face à la maladie. Il y aura de fait un impact quasi systématique sur leur vie intime et sexuelle, variable selon les patients, les traitements effectués et les phases de la maladie

Or, une vie intime et sexuelle épanouie est une grande aide pour que le patient traverse les différentes étapes de son traitement dans les meilleures conditions possibles. En effet, lorsqu'une vie sexuelle est possible, elle aide les femmes et les hommes souffrant d'un cancer à conserver une qualité de vie qui leur permet de garder espoir mais aussi qui contribue à leur donner l'énergie nécessaire pour combattre la maladie.

La chirurgie pourra avoir un impact négatif sur la santé sexuelle par plusieurs biais. D'une part, il peut y avoir une dégradation de l'image corporelle, évidente lorsqu'il s'agit par exemple d'une mastectomie totale, ou d'une chirurgie mutilante au niveau du visage, une trachéotomie, une astomie digestive ou urinaire. Il peut y avoir également des cicatrices plus discrètes mais mal vécues par certains patients, ou bien des cas où l'ablation d'un organe, même si elle n'est pas ou peu visible, est vécue comme une amputation de la féminité (hystérectomie) ou de la masculinité (orchidectomie). D'autre part, certains types de chirurgie peuvent avoir un impact direct sur la fonction sexuelle : curage lombo-aortique ou prostatectomie radicale et troubles de l'érection, éjaculation rétrograde ou anéjaculation chez l'homme, vulvectomie totale ou exentération pelvienne chez la femme.

Les effets du cancer du sein sur la sexualité dépendent à la fois des traitements (chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie ou thérapie ciblée), de la sévérité de la maladie et de la façon dont vous viviez votre relation à l'autre et votre sexualité avant la survenue du cancer. Certains changements sont temporaires, d'autres peuvent être définitifs.

Il peut s'agir de fatigue, d'une diminution du désir sexuel, de douleurs, de modifications de l'image du corps, de troubles de la fertilité ou encore d'une ménopause précoce. Ces répercussions affectent la vie intime et sexuelle de la femme et du couple mais malgré ces gênes, une vie intime et sexuelle est envisageable.

5.1. La fatigue

Cette sensation de fatigue, bien différente de celle que l'on peut vivre dans la vie de tous les jours, peut persister longtemps après la fin des traitements malgré le repos. Lorsqu'elle est présente, elle peut causer une perte d'intérêt pour l'intimité et la vie sexuelle

5.2. La diminution du désir sexuel (libido)

Il est fréquent que les personnes malades et leurs partenaires soient anxieux en raison du choc psychologique lié à la maladie, ainsi que de l'incertitude sur l'avenir (conséquences des traitements, peur de la récurrence...). Ces préoccupations peuvent perturber leur intimité et l'expression de leur sexualité. Une personne déprimée peut se désinvestir sexuellement, alors que ses possibilités physiques sont conservées.

Par ailleurs, des traitements, comme certaines chimiothérapies et antidépresseurs, peuvent perturber et réduire le désir sexuel. Chez la femme, une baisse de la libido est habituelle pendant et au décours du traitement : plus de 50 % des cas jusqu'à 2 ou 3 ans après la fin du traitement. En général, ces effets secondaires disparaissent après la fin des traitements.

5.3. Les douleurs

La maladie, les traitements et leurs effets secondaires peuvent entraîner des douleurs physiques importantes induisant une modification voir un arrêt de la sexualité. La façon dont la douleur est perçue est un phénomène complexe. De nombreux processus psychologiques et émotionnels entrent en jeu.

La perturbation de l'équilibre hormonal de la femme qui peut être liée à une radiothérapie certaines chimiothérapie ou à une hormonothérapie peut être responsable de douleurs au moment des rapports sexuels.

5.4. Modification du l'image du corps

La perte des cheveux, la perte ou la prise de poids ou encore la mastectomie peuvent avoir une incidence sur la façon dont les personnes envisagent leur vie intime et sexuelle. Ces modifications peuvent nécessiter un temps d'adaptation (pour la personne ou pour le couple).

Après une mastectomie, l'impact physique et psychologique peut être important, et devenir un obstacle au contact physique et social. Affronter sa propre image dans le miroir et dans le regard de l'autre peut être un cap difficile à passer. Des solutions sont possibles pour faire face à ces difficultés.

5.5. Trouble de fertilité

La fertilité est la capacité biologique à avoir des enfants. La fertilité varie fortement d'un individu et d'un couple à l'autre. Au-delà de ces variations individuelles, la fertilité des femmes est maximale vers 20 ans et diminue ensuite progressivement jusqu'à 35 ans, plus rapidement après 35 ans, pour disparaître complètement autour de 45 ou 50 ans.

Le cancer du sein et ses traitements peuvent réduire la fertilité. Il est cependant important de bien différencier la fertilité et ses troubles éventuels (hypofertilité ou stérilité) de la capacité à mener une vie sexuelle satisfaisante (c'est-à-dire à ressentir et à donner du plaisir).

L'impact éventuel du cancer et de ses traitements sur la vie sexuelle actuelle et future et la fertilité sont des sujets qui doivent être évoqués avec le médecin, en particulier pour des jeunes patients n'ayant pas encore réalisé ou complètement achevé leur projet parental.

5.6. Ménopause précoce

Certains traitements du cancer sein (hormonothérapie, ablation, irradiation des ovaires, chimiothérapie entraînent une ménopause précoce. Les symptômes de la ménopause précoce sont les mêmes que ceux de la ménopause naturelle (bouffées de chaleur, transpiration excessive, sécheresse vaginale...) Ces conséquences de la ménopause peuvent gêner les relations sexuelles. Des soins adaptés permettent la plupart du temps de les soulager.

L'altération de la vie sexuelle des patientes par la maladie et ses traitements pèjore significativement leur qualité de vie. Dans certains cas, cela altère également leur adhérence

thérapeutique, compromettant leur santé. Les patientes sont souvent capables de s'adapter aux difficultés et retrouver une stabilité nouvelle. Les professionnels peuvent les aider dans ce processus en les informant des éventuels effets adverses des traitements, en les conseillant sur les meilleurs moyens de les atténuer et en les aiguillant si nécessaire vers d'autres membres du réseau. Il n'y a probablement pas de meilleur interlocuteur ni de meilleur moment pour aborder la question de la sexualité. Chaque intervenant devrait évaluer à son niveau s'il existe des demandes ou des difficultés dans la sphère sexuelle et discuter des options de prise en charge.

Conclusion

Quand l'ouragan cancer s'abat sur la femme, son partenaire se trouve aussi dans cette bourrasque, l'annonce de cette maladie les projette souvent dans la crainte, l'un redoute sa mort, l'autre la perte du malade. C'est donc une atteinte qui bouleverse la vie familiale et en particulier la relation conjugale.

Chapitre III :

Méthodologie de recherche

Préambule

Après la présentation des deux chapitres précédents qui ont constitué le côté théorique de notre recherche, nous allons maintenant présenter le côté pratique qui consiste en la méthodologie de recherche. La recherche scientifique peut être perçue comme un ensemble d'activités et d'expériences qui se déroulent dans le cadre scientifique. En utilisant des outils et des instruments divers, dans le but de montrer le déroulement de la recherche sur le terrain et rendre le travail plus objectif, ainsi pour vérifier les hypothèses.

1. La méthodologie de recherche

La recherche scientifique, est un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations, qui comprennent différentes méthodes. Pour cela, choisir une méthodologie de recherche appropriée pour mener à bien le processus de recherche n'est pas une tâche facile. Etant donné la diversité importante des méthodes, le choix d'une procédure demande une réflexion, une compétence « car la valeur des résultats dépend de celle des méthodes mises en œuvre » disaient Festinger et Katz (1974). (Angers, 1997, p.97)

En sciences humaines et sociales, la recherche sur le terrain fait fréquemment recours aux méthodes qualitatives. En effet, ces sciences font beaucoup appel aux matériaux discursifs (discours) et aux approches qualitatives pour tenter de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale. Dans ce sens, nous avons retenu la démarche qualitative dans notre recherche « car la recherche en science humaines et sociales curieuse des expériences humaines et des interactions sociales se conduit tout naturellement de manière qualitative ». (Paillé, 2006, p.5).

La recherche qualitative s'efforce de mettre en valeur le monde tel qu'il est vécu par les acteurs. La méthode qualitative se caractérise par le recours à des approches et techniques d'approche directe du sens des phénomènes humains et sociaux sans le passage par la mesure et la quantification. (Paillé, 2006).

Ainsi en raison de la nature exploratoire des thèmes à l'étude, l'approche choisie est qualitative. Cette méthodologie est appropriée lorsque peu ou rien n'est connu à propos d'un phénomène (Munhall, 1989). Elle permet de mieux saisir les représentations et les significations que les individus construisent, en se centrant sur les expériences et les perspectives des participants, plutôt que sur celles des chercheurs (Quimby, 2006).

Dans le cadre de notre travail de recherche, la méthodologie qualitative est particulièrement pertinente afin de comprendre et d'étudier la qualité de vie conjugale chez le conjoint de la femme mammectomisée, et l'impact de ce fait sur sa relation conjugale avec sa conjointe.

En psychologie clinique « la recherche vise à fournir des informations, et des connaissances fines, et approfondies des problèmes de santé psychologique d'une population, dont le but d'observer, d'écrire, et expliquer ces conduites en élaborant un savoir théorique sur un phénomène observé » (Chahraoui, Benony, 2003, p.73). Également, selon Marquet la recherche est : « d'envisager une conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (Marquet, 2011, p.5). Dans le domaine de la psychologie clinique qui place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas désobjectiver la situation, nous avons choisi la méthode clinique de type descriptif.

La méthode descriptive inclut les études de cas chargées de rapporter les comportements d'un sujet pendant une période de temps déterminée, ainsi que différents types d'observation effectuée dans le terrain de recherche ou en laboratoire. Ce type d'étude est employé en vue de comprendre la manière dont un phénomène se met en place. Elle consiste en l'analyse approfondie d'un seul ou de plusieurs sujets, afin d'en dresser un portrait psychologique complet en rapport avec les événements qui ont marqué sa vie. (Godefroid, 2008, p.97).

- **Etude de cas**

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. Pour le psychologue, l'étude de cas est utilisée afin de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits, les événements passés et présents etc. l'étude de cas enrichit la connaissance en sciences humaines dans la mesure où elle favorise les productions des représentations subjectives en

situation et en relation, ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. Rappelons pour cela que subjectivité ne signifie pas absence de rigueur. (Ibid, p. 11,12).

Également, L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente aussi de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension. L'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, test projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignage de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. (Chahraoui, Bénony, 2003).

Parler d'étude de cas implique que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles même, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode, pour les faire apparaître : étudier un cas c'est bien le considérer parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse (et non pas le laisser se présenter tel qu'il est : étudier n'est ni photographier ni raconter). On mesure alors les points de convergence avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyse, transformer, faire apparaître...), L'étude de cas est un récit qui raconte de manière approfondie la vie de quelqu'un ou son parcours avec le clinicien. (Colin, 2015).

L'étude de cas, qui occupe une place fondatrice dans la constitution des pratiques et des théories en psychopathologie, a fait l'objet des mêmes réserves. Elle est une méthode capitale pour apprendre à mettre en forme la complexité d'un individu confronté à des événements générateurs de souffrance, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode déjà pratiquée par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution. (Chahraoui, Benony, 2003).

2. Lieu de recherche

L'établissement public hospitalier BENMERADEL MEKKI qui domine la ville d'Amizour, qui se situe à 25km du centre de la willaya de Bejaia. L'hôpital BENMERAD EL MEKKI est fondé le 20/08/1993, comportant cinq services de soins dont chacun occupe un étage particulier. Parmi ceux-ci, le service d'oncologie. Ce service est mis en œuvre le 27/01/2007, afin d'assurer des soins ambulatoires pour les patients cancéreux notamment les patientes atteintes d'un cancer de sein.

2.1. La structure du service

C'est un service qui comprend :

1. Bureau des médecins.
2. Bureau des infirmiers.
3. Pharmacie.
4. Bureau des paramédicaux.
5. Salle des soins et de préparation du traitement.
6. Bureau du personnel médical et du secrétaire.
7. Quatre petites chambres de deux (2) lits, une moyenne de trois (3) et une dernière de huit (8) lits avec un téléviseur pour chacune. Ce sont des chambres dans lesquelles se fait l'examen clinique ainsi que la prise du traitement.
8. Une grande salle d'attente.
9. Un sanitaire.
10. Une salle de détente.

2.2. L'équipe professionnelle

Le service dispose de :

1. Deux (2) oncologues.
2. Trois (3) médecins généralistes.
3. Cinq (5) infirmiers.
4. Deux (2) aides-soignants.
5. Un chef de service.
6. Un secrétaire.
7. Deux (2) psychologues.

3. Les outils d'investigations

3.1. L'entretien

L'entretien est employé comme méthode de production de données dans la recherche psychologique ainsi que dans les autres disciplines des sciences humaines et sociales. C'est un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus (anamnèse, événements vécus, émotions, etc...). (Chahraoui, Benony, 2003, p.141)

L'entretien clinique se situe dans la clinique à mains nues du fait que le psychologue n'emploie aucun instrument que lui-même pour comprendre ce qui se passe et éventuellement intervenir. (Castarede, 2003, p.131)

Cette méthode d'investigation consiste souvent à faire parler les sujets dans le cadre d'une enquête psychosociale ou dans une recherche en psychologie clinique. (Lavarde, 2008, p.92)

Il est décrit par C. CHILLAND comme étant : « une communication entre deux interlocuteurs ou un moyen d'échange de paroles avec une ou plusieurs personnes, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». (Chillande, 1983, p.119)

Il est de même que dans ce type d'entretien, le chercheur pose une question et donne la liberté au sujet pour s'exprimer et d'associer sur le thème proposé sans l'interrompre. Il reste que l'aspect spontané de ces associations est moins présent dans ce genre d'entretien dans la mesure où c'est au clinicien d'en proposer un cadre et une trame par lesquels le sujet va pouvoir dérouler son récit. (Ibid, 2003, p.141, 143)

3.2. Le test de satisfaction conjugale

Pour mesurer le niveau de satisfaction conjugale, on avait l'intention de faire recourir à un deuxième instrument d'évaluation qui est le Test de satisfaction conjugale, qui a été élaboré par H. Locke et K. Wallace en 1959. Il est utilisé pour confirmer de manière « objective » la perception qu'ont les couples de leur satisfaction ou de leur insatisfaction conjugale.

Le test se remplit individuellement et se compose d'une échelle de l'adaptation conjugale allant de « très malheureux » jusqu'à « parfaitement heureux ». Il comprend

également 14 questions concernant l'organisation budgétaire, les loisirs, les marques d'affection, les amis, les relations sexuelles, etc.

Le questionnaire Locke-Wallace est encore très pertinent et possède une bonne validité ainsi qu'une bonne fidélité et peut encore être utilisé de nos jours. (Bouvard, Couttraux, 2002, p.219, 220)

4. Attitudes de chercheur

La posture du chercheur, est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche (Giami, 2009, p.33).

Dans la recherche en psychologie clinique, deux points essentiels aux quels le chercheur doit faire attention qui sont la déontologie et l'éthique. Si la recherche en psychologie comme dans tout autre domaine a pour finalité de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité et spécificité d'étudier l'être humain. Plus précisément, elle a pour cible l'étude du fonctionnement psychique, cognitif et comportemental du sujet. (Varescon, 2013, p.65).

La déontologie se définit selon Hottais (2001) comme « une éthique professionnelle qui s'applique aux individus seulement en tant qu'ils exercent un métier déterminé et qu'ils ont, dans ce cadre, des obligations, des responsabilités et des droits. La déontologie doit garantir le bon exercice d'une pratique professionnelle compte tenu de son insertion au sein d'une société elle-même globalement régulée par la morale, les lois, le droit. La déontologie médicale est fortement codifiée. Les codes de déontologie nationaux varient dans leur contenu concret, car ils ne peuvent ignorer les dispositions légales, juridiques, sociales et coutumières de chaque pays. ». (Lecomte, 2012, p.309)

Les principes généraux concernant le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité, la probité, le respect du but assigné et l'indépendance professionnelle s'appliquent de toute évidence au psychologue-chercheur. Il est aussi nécessaire d'avoir le consentement éclairé des personnes y participant dans la recherche et préciser leurs droits à s'en retirer à tout moment.

Aussi y'en a l'éthique qui se trouve bien en amont de la déontologie. Dans toutes les disciplines où les professionnels font de la recherche, le problème éthique se pose, la recherche en psychologie clinique n'échappe pas aux lois nationales qui régissent les pratiques de recherche, et chaque chercheur qui entre prend une recherche doit soumettre son projet à un comité d'éthique.

La morale c'est l'ensemble de valeurs, de références, de normes, de grands principes et de règles, qui permettent d'opérer la distinction entre le bien et le mal. Elle donne à l'homme des règles de conduite pour la vie quotidienne afin de permettre « le vivre ensemble ». La morale porte sur la conduite générale de l'homme. Elle peut être sanctionnée par l'autorité juridique ou religieuse ou tout simplement par le savoir-vivre. L'éthique est une réflexion sur les prescriptions générales de la morale pour les appliquer sur le terrain. Son but est d'établir, par une méthode sûre, les fondements d'un agir en commun, juste, raisonnable et rempli de sens. Selon Aristote, l'éthique a pour objet le domaine de la pratique Humaine en tant qu'action reposant sur une décision. (Coutansais, 2012).

Donc, le chercheur doit mettre le sujet à l'aise, de lui expliquer de quoi consiste sa recherche et son objet, ainsi lui promettre que ça restera confidentiel. Après avoir gagné la confiance de sujet, il faut faire attention aux comportements et aux expressions, aux réactions et il doit respecter l'avis de son sujet, également de ne pas l'interrompre lors de discours, et garder la neutralité bienveillante face au sujet.

Conclusion

La méthodologie constitue la base de toute recherche dans tous les domaines. Elle permet une bonne application des techniques d'investigations choisis. Et afin de mener à bien réaliser une recherche scientifique.

Chapitre IV :

Etude antérieure

Chapitre VI : Etude antérieure

Préambule

Ce chapitre est d'ordre théorique, il est consacré pour la présentation des études réalisées par des chercheurs dans le domaine, les études concernant le cancer du sein et ses dimensions, les études sur la relation conjugale, ainsi que les recherches menées qui relient les deux variables. Et l'influence sur le conjoint. Aussi, rédiger des commentaires qui concernent la population choisie par ces chercheurs, l'approche et la méthode utilisée, le choix du lieu ainsi que les résultats obtenus. Enfin, donner un commentaire sur l'étude.

1. Analyse et discussion des études antérieure

1.1. Étude de Marie Mandy

Une étude élaborée par : « Marie Mandy », qui s'intitule « *couple et cancer du sein : expériences de sexualité* » elle a été publiée en 2011, université de Genève. Ses objectifs sont d'étudier et d'examiner les différentes variables qui interfèrent entre la sexualité du couple, la satisfaction de la conjugalité et son histoire. L'étude de l'histoire sexuelle antérieure au cancer, de l'impact physique, psychologique, sociologique et spirituel de la maladie et des traitements sur la sphère sexuelle. Sert à mieux comprendre l'origine des difficultés sexuelles et à évaluer comment celles-ci peuvent interférer, ou non, avec la capacité d'ajustement du couple après un cancer du sein, à travers la tentative de répondre à l'ensemble des questions suivantes : La sexualité de la femme et de son conjoint est malmenée par l'expérience du cancer du sein. Quelle est l'origine des problématiques sexuelles ? Les difficultés sexuelles ont-elles des répercussions sur l'harmonie du couple et sur son histoire ? Comment les couples s'ajustent-ils à cette étape ? Quels sont les couples qui sont en souffrance ? A quel moment les infirmières abordent-elles les questions sexuelles ?

C'est une étude systématique et rigoureuse des liens entre le cancer du sein, la satisfaction conjugale et la santé sexuelle de la patiente et de son partenaire à l'aide d'une recherche bibliographique. Il s'agit également de mettre en perspective ces données avec l'expérience du terrain. Ce travail inclut les publications les plus récentes (à partir de 2000), en recherchant à l'aide de mots clés tels que cancer et sexualité, santé sexuelle, cancer du sein, couple, libido, image corporelle. Les textes importants antérieurs à 2000 sont également

examinés et leurs conclusions enrichissent cette recherche. Les ouvrages pertinents publiés depuis 2000 sont également étudiés et leurs conclusions ajoutées à ce travail.

Dans cette étude, ils ont passé en revue les principaux facteurs pouvant influencer la sexualité des femmes touchées par le cancer du sein et leurs partenaires, à savoir les traitements du cancer et les aspects somatiques, les composantes individuelles, et la relation de couple.

Les études publiées démontrent que les couples ne se séparent pas davantage lorsque la partenaire est touchée par le cancer du sein, le degré de satisfaction n'est pas différent. Pour la survie du couple confronté au cancer du sein, il est important de maintenir l'estime de soi, une qualité de relation entre les partenaires, une bonne gestion du stress.

- **Les résultats de la recherche**

Ses résultats, ont montrés qu'il n'y a pas plus de séparations après un cancer du sein. Mais dans la vie en général, ce sont principalement les femmes qui demandent la séparation. Les femmes, après un cancer du sein, sont souvent fragilisées et peuvent ne pas envisager de séparation par manque d'estime d'elles-mêmes (image corporelle perturbée), par crainte de la récurrence et ou de devoir faire face à une réadaptation professionnelle difficile voire impossible après certains curages axillaires, par une importante fatigue (parfois invalidante), par une situation financière précaire mais également en raison de difficultés avec leur libido. La notion de culpabilité accompagne souvent les femmes touchées par le cancer du sein. Il s'agit de la culpabilité d'avoir été malade, d'avoir transformé la vie du couple et familiale. Le partenaire peut lui aussi se sentir coupable d'éprouver des pulsions sexuelles. L'impossibilité de généraliser l'impact du cancer du sein sur la sexualité du couple. Elles confirment que la sexualité, réduite au rapport sexuel, est mise à mal par l'épreuve du cancer du sein. Les questions sexuelles peuvent être rapidement esquivées, pour ne pas mettre trop d'impact dans des thèmes qui sont source d'une grande culpabilité et d'une profonde souffrance. La majorité des femmes traverse des difficultés sexuelles après un cancer du sein, et le partenaire voit sa vie sexuelle transformée.

Pour conclure, La sexualité en tant qu'expérience est propre à chacun. Chaque partenaire peut la considérer comme indispensable à sa qualité de vie. Les questions sexuelles après un cancer de sein doivent être abordées par les professionnels.

1.2. Étude d'André Gaudreault

Une autre étude qui a été élaborée par « André Gaudreault », qui s'intitule « *la qualité de vie de la femme tumorectomisée atteinte du cancer du sein et sa relation de couple* » elle a été publiée en 1995. Université du Québec à Trois-Rivières. Le but de cette recherche est de vérifier si la tumorectomie change la qualité de vie chez la femme atteinte de cancer du sein dans les composantes estime de soi, satisfaction professionnelle, satisfaction sexuelle, satisfaction dans les relations familiales, et si elle change également sa relation de couple et ce en comparaison avec d'autres couples dont la femme n'est pas atteinte de cancer du sein. Et de vérifier ces hypothèses : il devrait y avoir une dégradation significative de la qualité de vie chez les femmes tumorectomisées, par rapport aux femmes non atteintes de néoplasie du sein, sur les variables estime de soi, satisfaction professionnelle et relation familiale, il ne devrait pas y avoir de différences significatives entre les femmes tumorectomisées et les femmes non atteintes de néoplasie du sein par rapport au degré de satisfaction sexuelle. Et une troisième hypothèse : il devrait y avoir des relations dyadiques significativement plus difficiles chez les couples dont la femme est tumorectomisée par rapport aux couples dont la femme n'est pas atteinte de cancer du sein.

L'échantillon étudié est composé de 30 couples dont la femme a subi une tumorectomie et 30 couples témoins, dont la femme n'est pas atteinte de cancer du sein, ainsi que leurs conjoints.

Les critères d'éligibilité dans cette étude :

- Avoir un diagnostic de cancer du sein aux stades 1 ou 2 selon la table de l'UICC (International Union Against Cancer) et l'AIC (American Joint Commission in Cancer Staging and Results Reporting).
- Tumeur de 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension. Pas de fixation à la peau, sauf en cas de maladie de Paget limitée au mamelon. Pas de rétraction du mamelon.
- Pas de fixation au muscle pectoral ou à la paroi thoracique.
- Tumeur de plus de 2 cm mais ne dépassant pas 5 cm dans sa plus grande dimension, ou fixation incomplète de la peau (attirée ou déprimée), ou rétraction du mamelon, ou maladie de Paget s'étendant au-delà du mamelon.
- Pas de fixation au muscle pectoral ou à la paroi thoracique.
- Être âgée entre 45 et 55 ans.
- Être sur le marché de travail ou occuper une fonction domestique.

- Avoir une vie de couple ou relation intime depuis 3 à 9 ans avant la chirurgie.
- Avoir un enfant ou plus.
- Qu'une période d'une année se soit écoulée depuis la chirurgie.

Les instruments de mesure utilisés dans la recherche sont cinq et proviennent d'un ensemble de mesures tirées des travaux de Hudson (1982), avec une adaptation de Lauzon (1989), soit : l'évaluation de l'estime de soi, l'évaluation de la satisfaction professionnelle, l'évaluation de la satisfaction sexuelle et l'évaluation des relations familiales. La relation de couple fut mesurée par l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1972), dont Baillargeon, Dubois et Marineau (1986) ont fait la traduction et l'étude psychométrique.

L'estime de soi a été évaluée par le questionnaire de l'Evaluation de l'Estime de Soi (EES). Ce questionnaire mesure le degré et la sévérité d'un problème qu'éprouve la personne en relation avec l'estime d'elle-même.

Questionnaire d'Evaluation de la Satisfaction Professionnelle qui évalue la satisfaction professionnelle, ce questionnaire fournit des indices du degré de satisfaction que l'on retire dans notre vie professionnelle.

La satisfaction sexuelle a été mesurée par le questionnaire d'Evaluation de la Satisfaction Sexuelle (ESS). Ce questionnaire mesure le degré de satisfaction que l'on retire de la relation sexuelle avec notre partenaire. Il mesure le degré et la sévérité d'un problème qu'éprouve la personne en relation avec l'estime d'elle-même au niveau sexuel.

La relation familiale a été évaluée par le questionnaire d'Evaluation des Relations Familiales (ERF), il mesure le degré et la sévérité de problèmes ressentis vis-à-vis la famille, c'est à dire dans les relations entretenues avec le partenaire actuel et les enfants.

La relation de couple a été mesurée par l'Echelle d'ajustement dyadique (DAS) de Spanier (1976), il mesure le degré d'accord entre couple selon quatre paramètres : Le consensus, la cohésion, la satisfaction, l'expression affective.

- **Les résultats de la recherche :**

Les résultats de cette étude sont présentés en quatre grandes sections. La première partie présente les analyses qui visent à démontrer l'homogénéité des sujets aux mesures de pairage. Les analyses de variances servant à étudier les différences entre les groupes en regard des variables estime de soi, satisfaction professionnelle et satisfaction dans la relation

familiale sont présentées dans la deuxième section. Une analyse de variance unie variée visant à étudier le niveau de satisfaction sexuelle entre les groupes compose la troisième section. Enfin, en quatrième lieu, une analyse multi variée explore la différence sur le plan de l'ajustement dyadique.

D'après cette étude, les sujets du groupe expérimental (les femmes tumeurctomisées) sont moins scolarisés que ceux du groupe témoin (les femmes non tumeurctomosées). Toutefois, puisqu'aucune corrélation significative n'a été observée entre le niveau de scolarité et les variables étudiées, il y a lieu de croire que la variance entre les deux groupes soit peu attribuable à ce facteur. Elle a démontré aussi qu'il ait qu'il y ait une baisse de l'estime de soi chez les femmes tumorectomisées par rapport à celles du groupe témoin. Ces résultats sont semblables à de nombreuses recherches qui soutiennent que la maladie et ses conséquences affectent négativement la perception de l'estime de soi.

Contrairement à hypothèse abordée dans cette étude les résultats ont prouvée qu'il n'y a pas de différence significative entre nos deux groupes. Ceci supporte l'idée que cette intervention chirurgicale n'influence pas la satisfaction vécue au travail. Maguire (1976) rapporte que les femmes mastectomisées éprouvent des difficultés sociales et psychologiques à retourner au travail après l'intervention. Possiblement que la femme qui a subi une tumorectomie, se remettant mieux de son intervention au point de vue physique et psychologique, retourne au travail dans de meilleures dispositions.

Concernant la satisfaction dans les relations familiales, il a été constaté que la tumorectomie a peu d'effet sur cette variable puisqu'aucune différence significative n'a été identifiée entre les deux groupes. Le niveau de relation familiale n'est pas affecté significativement chez les sujets du groupe expérimental par rapport aux sujets du groupe témoin, contrairement à la troisième hypothèse. Sur le plan de satisfaction sexuelle les résultats ont démontré que la tumorectomie a peu d'effet sur cette variable puisqu'aucune différence significative n'a été identifiée entre les deux groupes. Le niveau de relation familiale n'est pas affecté significativement chez les sujets du groupe expérimental par rapport aux sujets du groupe témoin.

Selon cette étude il n'y a pas de différence entre les groupes en ce qui a trait à la satisfaction sexuelle. Cela démontre bien que les conséquences et l'importance du choix chirurgical affectent directement la femme et son conjoint ; la mastectomie étant beaucoup plus perturbante que la tumorectomie, la femme qui a subi une tumorectomie, se remettant

mieux de son intervention au point de vue physique et psychologique et ça aide le conjoint à dépasser son traumatisme aussi

En conclusion, c'est important d'explorer la dimension d'estime de soi lors d'atteinte d'une maladie grave comme le cancer du sein. Les conséquences psychologiques doivent être prises en considération par le personnel médical et de soutien dans l'élaboration d'une démarche thérapeutique aidante et support ante envers la femme atteinte de cancer du sein.

1.3. Etude de Geinoz Elodie

C'est une étude qui a été élaborée par « Geinoz Elodie », sous forme d'une revue littérature, qui s'intitule « L'expérience vécue et les stratégies d'adaptation mises en place par les patientes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie », elle a été publiée en 2012, Haute Ecole de Santé, Fribourg. Dont les objectifs étaient de comprendre l'expérience des femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et l'attente de la chirurgie et l'approfondissement des stratégies d'adaptation utilisées pour faire face à cette situation et dans le but de répondre à la question de la recherche : Quelle est l'expérience et quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie ?

Afin d'analyser de manière plus précise les résultats de cette revue de littérature, il était nécessaire de développer le modèle transactionnel du stress selon Lazarus et Folkman en tant que cadre de référence.

Le nombre total des échantillons additionnés s'élève à 767 femmes. Comme l'échantillon est semblable pour trois études (Drageset et al, 2010, Drageset et al, 2011a, Drageset et al, 2011b), les échantillons n'ont pas été additionnés et celui-ci n'a été pris en compte qu'une seule fois, le critère d'homogénéité était pris en considération toutes les femmes étaient dans l'attente d'une chirurgie liée au cancer du sein. Cependant, la plupart de l'échantillon était diagnostiqué avec un cancer du sein mais certaines n'avaient pas encore de diagnostic et étaient prévues pour une biopsie.

La méthodologie utilisée dans cette revue littérature comporte quatre rubriques, la première consiste à présenter l'argumentation du devis : La revue de littérature étoffée est utilisée dans ce travail afin de recenser un certain nombre d'écrits sur la question de recherche formulée précédemment. Cette revue permet alors de déterminer l'état des connaissances sur ce sujet pour mieux le connaître puis, pour découvrir quel type d'étude serait ensuite utile

pour la pratique professionnelle. Il est intéressant d'effectuer une revue de littérature afin de confronter les résultats des différentes recherches pour délimiter les lacunes et les divergences et ceci dans le but d'améliorer la pratique professionnelle (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). La seconde présente les critères d'inclusion études à la revue de littérature :

- Recherches publiées de 2002-2012.
- Langue française ou anglaise.
- Les recherches traitant des besoins des femmes nouvellement diagnostiquées.
- Avec un cancer du sein et en attente d'un traitement.

La troisième est les critères d'exclusion dans le but de cibler les études retenues de manière plus précise :

- Les recherches de plus de 10 ans.
- Les recherches traitant des hommes atteints d'un cancer du sein.
- Les recherches traitant des proches de femmes atteintes d'un cancer du sein.
- Les recherches évaluant les besoins des femmes durant le traitement ou en Postopératoire.
- Les revues systématiques de littérature.

La quatrième est les Résultats des stratégies de recherche qui met l'accent sur les différentes stratégies utilisée dans la récolte des données et l'analyse des résultats.

Pour enrichir et compléter cette revue littérature a été complétée par les dix recherches retenues dont cinq ont un devis quantitatif de type corrélationnel et descriptif, cinq autres, un devis qualitatif.

- **Les résultats de cette étude :**

D'après les résultats de cette recherche, plusieurs thèmes ont été mis en évidence concernant l'expérience des femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées. A partir des trois recherches analysées dans cette étude l'incertitude est la réaction la plus fréquente chez ces femmes, dès les examens préopératoires tels que la radiographie, par exemple. Tandis que la tumorectomie est plus inquiétante par la conservation du sein, la mastectomie provoque de l'inquiétude face à la nouvelle image du corps pour le conjoint. De manière générale, l'inquiétude est alors reliée à trois situations : la chirurgie, l'ablation du sein et le futur.

En accord avec les résultats de cette revue, la majorité des femmes présentent un sentiment de désespoir après l'annonce du diagnostic, certaines ont prévu une mort précoce. Ils ont déterminé plusieurs causes ayant une relation statistiquement significative avec la détresse ressentie en préopératoire tel que : le pronostic, des inquiétudes face à la chirurgie en elle-même, de l'anxiété mesurée, des comportements sociaux évalués et le rapport à l'optimisme et au pessimisme.

Concernant les stratégies d'adaptation, les résultats de cette revue ont noté que trois stratégies d'adaptation sont mises en place pour faire face à la situation. La première est l'adaptation centrée sur les émotions et sur l'action, la recherche de soutien social.

La femme atteinte d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie doit faire face à sa nouvelle situation de manière relativement rapide. Plusieurs recherches ont relevé que la femme à ce stade de la maladie, juge la situation comme plus ou moins stressante. Certains chercheurs exposent même de la détresse psychologique. Selon le cadre de référence de cette revue de littérature étoffée, soit le modèle transactionnel du stress, l'individu met en place des stratégies pour faire face à une situation lorsqu'il la juge stressante.

L'analyse des résultats de cette revue permis de dégager que les femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie déploient plusieurs stratégies :

- L'évitement des émotions en dissimulant le diagnostic à leurs proches et en vivant la maladie étape par étape pour éviter d'être submergée par des émotions négatives.
- La ventilation des émotions par l'expression de celle-ci et le maintien d'un esprit optimiste pour diminuer l'anxiété et maintenir un esprit de combat contre la maladie.
- Contrôler le flux d'informations complémentaires et obtenir des informations réalistes pour elles-mêmes mais également pour leur réseau de soutien social dans le but de maintenir un contrôle sur leur situation.
- Profiter de son expérience pour transmettre des informations à leurs proches quant au dépistage, par exemple.
- Former un réseau de soutien pour qu'il puisse offrir de l'amour, du réconfort, du respect, de l'empathie et une présence durant les consultations et augmenter ainsi le sentiment de force et de sécurité.

- Se divertir et focaliser son attention sur d'autres activités pour augmenter le bien-être physique et psychique, l'estime de soi, contrôler l'anxiété et maintenir l'espoir durant cette période d'attente.

En conclusion, il est intéressant de souligner que les femmes vivaient une période difficile dès le diagnostic de la maladie donc il est important de développer des stratégies pour donner un soutien psychologique pour le sujet, aussi c'est nécessaire de prendre en considération l'individualité de chaque personne pour l'aider au mieux à gérer son stress durant l'attente de la chirurgie du cancer du sein.

1.4. Etude de Carine Segrestan- Crouzet

C'est une étude élaborée par « Carine Segrestan - Crouzet », qui s'intitule « évolution et différences dans l'ajustement des couples, rôle des facteurs psychosociaux et influences réciproque des deux membres de la dyade » elle a été publiée en 2010, à l'université de Bordeaux 2. Dont les objectifs étaient de mieux connaître l'évolution dans le temps de différentes variables liées à l'ajustement des couples au cancer : le soutien social, les stratégies de coping, la détresse émotionnelle, la qualité de vie et l'ajustement dyadique, et comprendre les différences existantes entre l'ajustement des patientes et celui des conjoints.

Le deuxième était d'étudier le rôle des facteurs psychosociaux dans l'ajustement des deux membres du couple en fonction des étapes de la maladie, dans une perspective individuelle puis dyadique (influence du conjoint sur la patiente et de la patiente sur le conjoint). Et aussi pour répondre sur l'hypothèse de cette recherche : L'ajustement des deux membres du couple à un cancer du sein évolue dans le temps en fonction des étapes de la maladie et peut être prédit par plusieurs facteurs :

- Les caractéristiques de la patiente (antécédents socio-démographiques, médicaux et psychosociaux, variables transactionnelles),
- Les caractéristiques du conjoint (antécédents socio-démographiques et psychosociaux, variables transactionnelles).

L'échantillon global se constitue de 159 patientes (112 vivant en couple et 47 vivantes seules) et 76 conjoints. Cette recherche semi-prospective s'est déroulée en six étapes s'étalant du début du traitement adjuvant ou néo-adjuvant à 6 mois après la fin de ce traitement. Le temps de suivi des participants a donc été d'environ 7 mois pour les couples dont la femme a

été traitée par radiothérapie et d'environ 9 mois pour ceux dont la femme a reçu une chimiothérapie.

Les instruments de mesure utilisée dans cette recherche sont : H.A.D. de Zigmond et Snaith (1983), la SF-12 (Ware, Kosinski, Bayliss, McHorney, Rogers et Raczek, 1995), l'EAD de Spanier (1976). QueSSSC, questionnaire de Soutien Social Spécifique au Cancer, Le SSQ6 (Sarason et al. 1983), La WCC (Cousson et al. 1996), La MAC (Watson et al. 1988).

La détresse émotionnelle a été évaluée à l'aide de la H.A.D. de Zigmond et Snaith (1983). L'objectif de cet outil est d'évaluer le niveau des symptomatologies dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques susceptibles de fausser les évaluations chez des patients vus en médecine qui présentent fréquemment des problèmes organiques.

La qualité de vie des patientes et des partenaires à l'aide d'une mesure générique et à l'aide de la SF-12, Ce questionnaire est une version courte de la SF-36 qui permet d'évaluer deux dimensions de la qualité de vie (physique et mentale).

L'ajustement marital a été évalué à l'aide de l'EAD de Spanier (1976), cette échelle est l'une des seules permettant d'évaluer ce concept. Il mesure le degré d'accord dans le couple et la qualité des interactions dyadiques.

Le soutien social a été évalué à l'aide de SSQ6 de Sarason et al. (1983) qui est une version courte du SSQ, a également été mesuré par QueSSSC, questionnaire de Soutien Social Spécifique au Cancer.

Le coping a été évalué à l'aide de la WCC (Ways of Coping Checklist), afin de pouvoir comparer les résultats des patientes à ceux de leur partenaire. Le coping a été également mesuré à l'aide de la Mental Adjustment to Cancer scale (MAC), cette échelle de coping est la plus utilisée en psycho-oncologie. Elle permet d'évaluer dans quelle mesure un patient adopte l'une des cinq stratégies d'ajustement suivantes : esprit combatif, impuissance-désespoir, préoccupations anxieuses, évitement et dénégation.

- **Les résultats de la recherche :**

Les résultats de cette étude ont démontré que le cancer du sein a un impact important et durable sur la détresse émotionnelle des couples. Chez les deux membres du couple, les niveaux d'anxiété restent élevés tout le long du suivi. Il a été constaté que la phase des traitements est une période rassurante pour les patientes, tandis que la phase post

thérapeutique se caractérise par des niveaux élevés d'anxiété témoignant d'un sentiment de vide et d'une peur de la récurrence ou d'un sentiment d'incertitude face à l'avenir.

L'analyse des résultats a permis de dégager que les patientes et partenaires qui rapportent une détresse émotionnelle élevée adoptent des stratégies d'ajustement dysfonctionnel et la symptomatologie anxieuse des patientes semble moins délétère puisqu'elle est associée à l'adoption d'un coping centré sur le problème et à la recherche de soutien social chez les patientes, et d'un coping centré sur le problème chez les conjoints.

Les résultats ont montré que les traitements affectent la qualité de vie mentale des deux membres du couple qui s'améliore ensuite tout en restant à des niveaux très faibles.

La qualité de vie physique des conjoints reste élevée et stable tout au long du suivi contrairement à sa vie mentale, celle des patientes est bien sûr très altérée durant les premiers temps surtout, affectée par la chirurgie et les traitements adjuvants.

Les résultats obtenus ont confirmé que le cancer du sein entraîne une dégradation de la qualité de vie physique des patientes. Celle-ci entraîne une détresse émotionnelle importante chez les deux membres du couple. Cette détresse, souvent réactionnelle au diagnostic et aux effets secondaires du traitement nous paraît tout à fait logique et nécessaire. Elle est le signe d'une prise de conscience de la part du couple. La qualité de vie physique des partenaires a aussi un impact sur l'ajustement émotionnel des patientes : plus leur qualité de vie est préservée, plus les patientes se disent anxieuses, déprimées et rapportent une qualité de vie mentale détériorée. Ce différentiel d'énergie les renvoie certainement à leurs difficultés, leur perte d'autonomie, à quel degré que ce soit.

Les analyses dyadiques ont également permis de révéler que lorsqu'un membre du couple a tendance à contrôler ses émotions, l'autre fait l'expérience d'une détresse émotionnelle importante et d'une qualité de vie mentale altérée. Le contrôle émotionnel des partenaires semble même avoir un effet sur la qualité de vie physique des patientes. Il apparaît donc essentiel d'encourager la communication au sein du couple ou, tout du moins, de décourager la répression émotionnelle.

L'expression émotionnelle aide également les patientes à mettre en place des stratégies générales d'ajustement et favorise l'adoption de stratégies combatives. Lorsque les conjoints contrôlent leurs émotions, ils adoptent des stratégies de coping dysfonctionnelles (coping

centré sur l'émotion) et leur compagne aussi (coping centré sur l'émotion, préoccupations anxieuses, évitement).

Enfin, Les résultats montrent que les sujets rapportent des niveaux élevés d'anxiété, avec un court déclin pour les patientes durant le traitement. Le soutien social, l'esprit combatif et les préoccupations diminuent avec le temps et que la détresse psychologique, le contrôle émotionnel, le soutien social négatif et les stratégies de coping émotionnelles ont des effets acteurs et partenaires négatifs sur l'ajustement des patientes et des conjoints, et que l'ajustement dyadique et le soutien social ont des effets acteurs et partenaires positifs sur ce même ajustement. De plus, la détresse psychologique des patientes, le soutien social négatif et les stratégies de coping émotionnelles jouent un rôle positif et significatif sur l'ajustement des partenaires. Le soutien social a des effets acteurs et partenaires sur le choix des stratégies de coping.

Conclusion

A partir des résultats obtenus dans les études antérieures analysés, nous avons pu constater que le cancer du sein est considéré comme un événement lourd qui peut engendrer plusieurs changements au sein du foyer familial, soit pour la vie du couple ou celle de la fratrie.

Conclusion

Conclusion

Quand le cancer envahit la vie d'une femme, son partenaire est concerné, il se trouve devant un changement bouleversant qui touche sa vie du couple et leur relation conjugale en générale.

Le cancer du sein entraîne plusieurs demandes d'adaptation, tant pour la femme que pour l'homme. Celles-ci ont des répercussions sur la vie du couple et tous ses sphères. La qualité de la relation conjugale peut en être altérée ou améliorée selon certaines variables inhérentes à la maladie, selon la qualité de la relation conjugale avant la maladie, le contexte psychosocial et selon certains facteurs psychologiques.

Le cancer de sein lorsqu'il est diagnostiqué agit comme un cataclysme dans la vie d'une femme et son conjoint vit la même épreuve d'une façon déférente, les conjoint ont souvent du mal à exprimer leurs émotions au risque de déstabiliser leur couple car du jour au lendemain le couple voit son équilibre fragiliser et son avenir menacé à cause du cancer.

Le conjoint est confronté brutalement à la maladie de sa conjointe et au risque de la perdre, il doit également faire face aux conséquences du traitement sur le physique et les comportements de sa partenaire, l'image qu'il avait d'elle peut être affectée par fois il subit l'absence de désir de sa sexualité au sein de son couple ce qui peut entraîner une distance entre eux. Malgré ces changements le conjoint peut mettre ses envies, ses projets à coté et il essaye de sauver son foyer et aider sa femme.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « l'impact de la mastectomie sur la relation conjugale chez le conjoint masculin », on a tenté de démontrer l'implication et l'influence de la maladie du cancer du sein sur la relation en générale et sur le partenaire de la femme atteinte, qui sera d'une connotation positive ou négative.

L'objectif de notre recherche est de décrire la qualité de la relation conjugale chez le conjoint d'une femme mastectomisée. De plus, elle a permis de cibler les dimensions de cohésion, de flexibilité, de communication et de satisfaction qui peuvent être affecté par la survenue du cancer et la chirurgie.

Vu la situation sanitaire du pays on n'a pas pu continuer notre pratique sur le terrain, c'est pour cela on a opté à l'analyse des études antérieures déjà faite sur notre thématique ici en Algérie ou ailleurs.

Les résultats obtenus dans les recherches analysées, nous avons constaté que les couples préservent la qualité de leur relation conjugale, il n'y a pas de séparations après un cancer du sein, le conjoint reste toujours avec sa femme, il essaye souvent d'être un soutien pour sa conjointe même les changements qu'il subit. Mais ces résultats ne peuvent être généralisés, car ceux qui vivaient une mésentente conjugale et en désaccord avant la mastectomie ils prennent une raison pour la séparation.

Malgré toutes les contraintes qu'on a rencontrées dans cette recherche, comme notre incapacité de réaliser des entretiens sur le terrain, manque de la documentation et les moyens vu l'apparition de virus qui nous a empêché finaliser notre recherche sur le plan pratique, la limite du temps. Il reste à dire que cette recherche est une bonne expérience en terme d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan personnel, humain et en particulier sur le plan pédagogique. Elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé mondiale à partir d'un point de vue médicale, et comprendre leur vécu psychique et leurs souffrances et son impact sur la vie conjugale.

Pour clôturer, nous espérons que cette modeste recherche peut permettre d'ouvrir la voix à d'autre recherche et apportera plus de clarté, en se basant sur d'autres objectifs plus vaste.

Bibliographie

Ouvrages

1. Alexadre, J. (2011), « *Cancérologie Hématologie* », Paris, Masson.
2. Angers, M. (1997). « *Initiation pratique à la méthodologie des recherches* ». Alger, Casbah université.
3. Arezki, D. (2004), « *Sens et non-sens de la famille algérienne* », Pais, Publisud.
4. Baas, C., et al. (2008), « Les reconstruction mammaires : enjeux médicaux et psychologique », *Psycho-oncologie* 2.
5. Bacqué, M., Baillet F. (2009), « *La force du lien face au cancer* », Paris, Odile Jacob.
6. Bacqué, M. (2011), « *Annoncer un cancer : diagnostic, traitement, rémission, rechute, guérison, abstention* », Paris, Springer.
7. Bandura, A. (2003), « *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle* », Paris, De Boeck.
8. Ben Sussan, P., Dudoit, E. (2009), « *Les souffrances psychologiques des malades du cancer : Comment les reconnaître, comment les traiter ?* », Paris, Springer.
9. Benzidane, N. (2004), « *Cancer du sein, diagnostic et traitement* », Alger, O.P.U.
10. Berrebi, W. (2005), « *Diagnostic et thérapeutique* », Paris, Estem.
11. Besançon, G. (1993), « *Manuel de psychopathologie- Anxiété, dépression et psychopathologie du corps* », Paris, Dunod
12. Bioy, A., Fouques, D. « *Manuel de psychologie du soin* », Paris, Bréal.
13. . Brown Z., Freeman, H. (2008), « *Le cancer du sein*, Paris, EDP science.
14. Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B. (2001), « *Personnalité et maladies, Stress, coping et ajustement* », Paris, Dunod.
15. Bruchon-Schweitzer, M. (2002), « *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et Méthodes* », Paris, Dunod.
16. Chahraoui, K., Benony, H. (1999), « *l'entretien clinique* », Paris, Dunod.
17. Chahraoui, K., Benony, H. (2003), « *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique* », Paris, Dunod.
18. Castaede, F. (2003), « *Introduction à la psychologie clinique* », Paris, Belin.
19. Colin. A. (2015). « *L'observation clinique et l'étude de cas* », Paris, Dunod
20. Colson, M. (2003), « *La sexualité féminine* », Paris, Le Cavalier Bleu.
21. Daly, N. et al. (2003), « *cancérologie clinique* », Paris, Masson.
22. Delehedde, M. (2006), « *Que sait-on du cancer* », Paris, science.
23. Delahaye, M. (1992), « *Le livre de Bord de La Femme* », Alleur Belgique, Marabout.

24. Douchy, S., Rouby, P. (2006), « *Aspect psychologique du cancer du sein de la femme jeune* », Lille, 28eme journées de la SPSPM.
25. Espie, M. (2011), « *Le Dialogue, Ville-Hôpital, le suivi du patient cancéreux* », Paris, John Libbey Eurotext
26. Francequin, G. (2012), « *Cancer du sein : une féminité à reconstruire* », Paris.
27. Godefroid, J. (2008), « *Psychologie science humaine et science cognitive* », Bruxelles, de Boeck.
28. Giami, A. (2009). *La posture clinique dans la recherche en psychologie et sciences humaines*
29. Jean, F. et al. (2007), « *Le cancer du sein* », Paris, Springer.
30. Jean, M. et al. (2016), « *Cancer du sein dépistage et prise en charge* », Paris, Masson.
31. Kérouac, S., et al. (2003), « *La Pensée infirmière* ». Saint-Laurent Beauchemin.
32. Lacave, R. et al. (2005), « *Cancérologie fondamentale* », Paris, John libbey.
33. . Legall, D. « *Genres de vie et intimités* », Paris, Le Harmattan.
34. Lorient, Y., Mordant, P. (2011), « *Cancérologie* », Paris, Masson.
35. Marrine C. (2017), « *Le cancer une personne malade une famille souffrante* », Dunon.
36. Mahon, S. (2005), « *Le psy de poche* » Paris, Marabout, 2005.
37. Molinier, A., Massol, J. (2008), « *Pathologie médicale et pratique infirmière* », Paris, Lamarre.
38. Monge, M. (2006) « *Cancérologie et biologie* », Paris, Masson.
39. Morine, Y. et al. (2003), « *Larousse médical* », Paris, édition Originale.
40. Morere J. (2007), « *Le cancer du sein* », Paris, Springer.
41. Olivier, B., Bernard, U. (2011), « *Les annonces en cancérologie* », Paris, Springer.
42. Paillé, P. (2006). « *La méthodologie qualitative* ». Paris, Armand Colin.
43. Rodet, Ch. (2000), « *La transmission dans la famille : secrets, fictions et idéaux* », Paris, le Harmattan.
44. Saglier, J. (2005), « *La femme et le cancer du sein* », Paris, Odile Jacob.
45. Saglier, J., et al. (2009), « *Cancer du sein « Questions et réponses aux quotidien* », Paris, Masson.
46. Razavi D., et Delvauxn. (2002), « *psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille* ». Masson.
47. Zelek, L. (2009), « *Aider à vivre après un cancer* », Paris, Springer.

Dictionnaire

1. Morin, Y. (2001), « *Petit Larousse de la médecine* », Paris, Larousse, 2001.
2. Sillamy, N. (2003), « *Dictionnaire de psychologie* », Québec, édition Larousse- VUEF
3. Zay, N. (1981), « *Dictionnaire. Manuel de gérontologie sociale* », Québec, les presses de l'université de Laval.

Revue

1. Brullmann. (2007), « *Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée* », le carnet psy, n° 119.
2. Geinoz, E. (2012), « *L'expérience vécue et les stratégies d'adaptation mises en place par les patientes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie* », Sous la direction de Madame Eliane Schenevey Perroulaz,
3. Huppé M, Cyr, M. (1997), « *Répartition des tâches familiales et satisfaction conjugale de couples à double revenu selon les cycles familiaux* », Revue canadienne de counselling, Vol. 31.2.
4. Lanouziere, J. (2007), « *Peins de cœur, peins de seins ? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine* », Revue française de psychosomatique, n° 31.
5. Marc Edmond, Sciences Humaines, (1997), « *La construction identitaire de l'individu* », hors-série n° 15 « Identité, Identités : l'individu, le groupe, la société ».
6. Mohring, P. (2005), « *Dynamique des couples et thérapie dans le cas de cancer* », In Press le Divan familial, n°14.
7. Moriceau, M. (2006), « *La douleur du patient atteint de cancer : du diagnostic de la récurrence au traitement adapté* », Revue internationale de soins palliatifs, Vol. 21.
8. Reynaert, CH., Libert, Y., et al. (2006), « *Cancer et dynamique du couple* », Service de Médecine Psychosomatique Cliniques universitaires de saint-luc, Belgique.
9. Rosman, S. (2004), « *L'expérience de la fatigue chez les malades atteints de cancer* », Santé Publique, Vol. 16.
10. Terki, N., et col. (2015), « *Incidence annuelle du cancer du sein dans la population Algérienne diagnostiquée au niveau des centres de référence d'anatomopathologie en Algérie* ». Le fascicule de la santé n°19.

Thèses et mémoires :

1. Desrochers, J. (2012), « *La communication conjugale dans le contexte du cancer* », thèse du doctorat en psychologie, Sous la direction BLAIS (M.C.), université du Québec À Trois-Rivières.
2. Josiane, D. (2012), « *La communication conjugale dans le contexte du cancer : état de la littérature et analyse critique d'ajustement d'évaluation* », Université du Québec à Trois-Rivières.
3. Gallon, E. (2012), « *cancer du sein et sentiment de guérison : impact de l'hormonothérapie lors de l'après cancer chez la femme* » université Aix-Marseille 1.
4. Gaudreault, A. (1995) « *Étude de la qualité de vie de la femme tumorectomisée atteinte de cancer du sein et de sa relation de couple* », mémoire de la maîtrise en psychologie, l'université du Québec À Trois-Rivières.
5. Geinoz, E. (2012), « *L'expérience vécue et les stratégies d'adaptation mises en place par les patientes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie* », Sous la direction de Madame Eliane Schenevey Perroulaz, Haute Ecole de Santé, Fribourg.
6. Lyson, M. (2001), « *L'influence des stratégies de coping spécifiques au cancer sur la satisfaction conjugale des couples dont la femme a reçu un diagnostic de cancer du sein* », mémoire de maîtrise en psychologie, L'université du Québec À Trois-Rivières.
7. Marie, M. (2011), « *Couples et cancer du sein : l'expérience de la sexualité* », Certificat de formation continue en Sexologie clinique, Université de Genève.
8. Periera, L. (2010), « *La mammectomie, vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle* », travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état infirmier, Institut de formation en soins infirmiers, Belfort.
9. Reynaert, CH., Libert, Y., et al. (2006), « *Cancer et dynamique du couple* », Service de Médecine Psychosomatique Cliniques universitaires de saint-luc, Belgique.
10. Runguat, A. (2016), « *place du tatouage dans le suivie post-mastectomie des cancers de seins féminins* » Université de NANTE.
11. Segrestan-Crouzet, C. (2010), « *Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein* », Thèse pour le doctorat en psychologie, l'université de bordeaux 2.
12. Therrien, E. « *La transmission intergénérationnelle chez le couple et ses limites* », thèse du doctorat en psychologie, l'université du Québec À Trois-Rivières.

Sites :

1. https://www.santemaghreb.com/algerie/documentations_pdf/cancer.
2. <https://www.Cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18353163>.

Résumé :

Cette étude porte sur « l'impact de la mastectomie sur la relation conjugale chez le conjoint masculin » son objectif est de décrire et d'explorer l'impact de cette maladie sur différents sphères de la vie du conjoint de femme ayant subi une ablation du sein suite à l'atteinte cancéreuse, et de s'interroger sur le fonctionnement ainsi que sur le relationnelle et le sexuel du couple après une mastectomie. Les recherches sur le cancer du sein ont longtemps été centrées sur l'unique vécu des patientes pourtant cette maladie est jalonnée d'étapes successives (phase diagnostique, entrée dans les traitements, phase de rémission, etc.) dont il est essentiel de tenir compte pour évaluer son impact sur le couple, car elle entraîne des conséquences délétères, à plusieurs niveaux et à différents moments. Pour mettre en lumière les résultats, on a opté dans notre étude à l'analyse des études antérieures qui ont déjà traité notre thématique et ses notions.

This study focuses on "the impact of mastectomy on the marital relationship in the male spouse" its objective is to describe and explore the impact of this disease on different spheres of the life of the spouse of a woman who has undergone an ablation of the male breast following the cancerous attack, and to question the functioning as well as the relationship and sexuality of the couple after a mastectomy. Research on breast cancer has long focused on the unique experience of patients, yet this disease is marked by successive stages (diagnostic phase, entry into treatment, remission phase, etc.) which it is essential to take into account. to assess its impact on the couple, because it leads to deleterious consequences, at several levels and at different times. To highlight the results, we opted in our study to analyze previous studies that have already dealt with our theme and its concepts.

تركز هذه الدراسة على "تأثير استئصال الثدي على العلاقة الزوجية لدى الزوج الذكر". وهدفها هو وصف واستكشاف تأثير هذا المرض على مختلف مجالات حياة الزوج والزوجة التي خضعت لعملية استئصال الثدي بعد النوبة السرطانية، وتأثيرها على العلاقة الحميمة بين الزوجين بعد استئصال الثدي. لظالما ركزت الأبحاث حول سرطان الثدي على التجربة النفسية للمرضى، إلا أن هذا المرض يتميز بمراحل متتالية (مرحلة التشخيص، الدخول في العلاج، مرحلة إعادة التأهيل، إلخ) والتي من الضروري أخذها بعين الاعتبار لتقييم أثرها على الزوجين، لأنها تؤدي إلى عواقب وخيمة على عدة مستويات وفي أوقات مختلفة، لتسليط الضوء على النتائج، تطرقنا في دراستنا إلى تحليل الدراسات السابقة التي تعاملت مع موضوعنا ومفاهيمه.