

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Spécialité: psychologie clinique

Mémoire de fin de cycle pour l'obtention du diplôme
de
Master en psychologie clinique

Thème

L'ablation du sein est son impact sur la vie
sexuelle chez les femmes
(Etude de dix (10) cas à l'hôpital d'Amizour).

Réalisé par :

- *M^{elle} : ASBAI Houa*
- *M^{elle} : BENKHALED Naima*

Encadré par:

M BOUHOUI Nadia

Remerciement

Tout d'abord, nous remercions Dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté a fin d'aboutir à l'accomplissement de se travail.

Nous **profonde gratitude et vifs remerciement s'adresse à nous encadreur Madame Bouhoui.**

Nous remercierons également Madame Douakh pour le temps précieux qu'elle nous a consacré, pour son orientation, encadrement et notamment pour ça disponibilité durant tout le parcours de notre recherche, l'en remercier également pour son encouragement et bienveillance.

Nous remercions tous les membres de jury qui nous feront l'honneur de jugé se modeste travail.

Nous remerciement les plus sincères à l'ensemble des enseignants du département des sciences sociales qui ont contribué à notre formation.

Nous remercierons également le Directeur de l'Hôpital « Ben Mirad Elmekki » qui se trouve à la Daïra d'Amizour, Bejaïa, ainsi que le service d'oncologie pour leurs accueils, soutien et leurs sympathies.

Je remercier aussi tous ceux qui ont contribué de prés ou de loin a la réalisation de se mémoire.

Enfin, je remercie les femmes ayant accepté de participer à cette recherche.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

Mes parents, source de mon inspiration qui me ont toujours accompagné durant tout mon parcours, *je leur dit MERCI pour votre soutien, encouragement et amour que vous m'avez offert.*

A mes chers frères : Idris et sa femme Toues, Khelef et sa femme sanaa et Hanafi ; merci pour votre soutien

A mes chers sœurs : Nana Lila et son mari Hmimi, Djamila, Baya et son mari Nassim, et Linda

A ma nièce Souad

A mes neveux : Boubekeur et la prunelle de mes yeux Rayan

A mon binôme faten et son fiancé Hmimi ainsi que toute sa famille

A mes cousins et cousines, ma cher tante ima dada

A mes copines : Ouahiba, Saida, Kahina, Djohra, Katia, Malika, Nabila et Nabila, Maya, Zahra, et Houa

A Yassine pour son soutien et son encouragement

A tous ceux qui me connaissent et m'aiment et que j'ai oublié de citer.

Dédicace

Je dédie mon modeste travail à :

Mes très chers parents source de mon existence, qui mon accompagne durant tout mon parcours, je leurs dit MERCI pour votre soutien, encouragement et amour que vous m'avez offert.

A mes chers frères : Yazid et Athmane

A mes chers sœurs : Nassima, Naçira et Fouzia

A Hmimi : pour ton soutien quotidien depuis toute ces années

A ma belle mère et beau père

A ma belle sœur Nawel, et mes beaux frères ; Ali, Youssef et Nounou

Je n'oublie pas ma meilleure amie et confidente : Houa, tous les moments partagés ensemble sont comme des bulles d'oxygène, et sa famille.

Naima

Sommaire

Introduction.....	1
1- Problématique	3
2- Hypothèses	8
3- Définition conceptuelle	8

La partie théorique

Chapitre 1: Le cancer du sein

Préambule.....	12
1. Définition du cancer	12
2. Le cancer du sein	12
3. Anatomie des les seins	12
4. Les types de cancer du sein	15
5. Les facteurs du risque	17
6. Les symptômes du cancer du sein	17
7. Les moyens de diagnostic	18
8. Traitement du cancer	20
Conclusion.....	21

Chapitre 2 : l'impact psychologique de cancer du sein.

Préambule	23
1- Le vécu psychologique des femmes atteintes de cancer du sein	23
2- L'image du corps	27
3- Atteinte de l'image du corps	28
4- Ablation du sein et angoisse de castration	29
5- Ablation du sein, narcissisme et corps érogène	29
6- L'épreuve de miroir et traces d'un délit sur le corps.....	30
7- Atteinte corporelle et identité.....	30
8- Exister en tant que femme.....	31
9- Impact de cancer du sein sur la qualité de vie.....	31
10- Désire de reconstruction chirurgicale.....	32
11- Le soutien de l'entourage.....	33
Conclusion.....	34

Chapitre 3 : La sexualité

Préambule	36
1- Définition des concepts de la sexualité	36
2- La sexualité humaine	39
3- La sexualité biologique	39
4- L'activité sexuelle	39
5- Le corps féminin pendant la relation sexuelle	40
6- Comment l'érotisme vient au corps.....	42
7- Le couple comme fondement de l'intimité sexuelle	44
8- Le couple	45
9- Les causes des dysfonctions sexuelles	46

Conclusion	47
------------------	----

Chapitre 4 : Le cadre Méthodologique

Préambule	50
1- La pré-enquête	50
2- La méthode clinique	51
3- Présentation de groupe de recherche	52
4-Présentation de lieu de la recherche	53
5- Les outils de recueil de données	54
Conclusion	58

Chapitre 5 : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

1- présentation et analyse des résultats.....	60
2- discussion des hypothèses.....	93
Conclusion	99

Annexes

La liste bibliographique

La liste des tableaux :

N°	Titre de tableau	La page
01	Les caractéristiques de la population d'étude	52
02	Les dimensions de questionnaire et leurs items	57
03	les résultats du questionnaire de Mme Rihan	62
04	les résultats du questionnaire de Mme Hayet	65
05	les résultats du questionnaire de Mme Naima	69
06	les résultats du questionnaire de Mme Tounsia	72
07	les résultats du questionnaire de Mme Ouahiba	75
08	les résultats du questionnaire de Mme Salima	78
09	les résultats du questionnaire de Mme Souhila	81
10	les résultats du questionnaire de Mme Yamina	84
11	les résultats du questionnaire de Mme Wardiya	87
12	les résultats du questionnaire de Mme Hassina	91

La liste des schémas :

N°	Titre de schéma	page
01	Anatomie du sein	14
02	Exemple de localisation de cancer du sein	16

Introduction :

Le cancer est parmi les maladies chroniques du siècle, dont les causes sont liées à une grande déficience nutritionnelle, de changement du mode de vie et à des facteurs génétiques et héréditaires. Parmi les cancers les plus fréquents le cancer des poumons, du col d'utérus et le cancer du sein.

Malgré l'avancement des connaissances scientifiques sur les causes et les mécanismes de développement du cancer du sein mais les conséquences d'un cancer du sein chez une femme reste toujours très difficile à préciser, surtout sur les relations conjugales très intimes.

La découverte d'un cancer du sein est toujours un énorme choc pour les femmes, L'annonce du cancer, les rapproche de la mort, c'est aussi une atteinte potentielle de la féminité avec la peur des mutilations à venir. Même si l'espoir d'une guérison peut être davantage présent aujourd'hui, le cancer du sein reste une épreuve très difficile pour les femmes et leurs conjoints qui à leur tour affecte la vie sexuelle.

Bien que des nombreuses avancées thérapeutiques au cours des ces dernières années, le cancer du sein garde toujours un caractère menaçant aux yeux de la société et pourrait entraîner des remaniements physiques et psychologiques importants. 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 la vie sexuelle des patientes. Ces recherches permettent donc d'expliquer pourquoi le cancer et ses traitements associés ont un impact sur la sexualité de la femme, Il y est question de dysfonction, de peur, de fréquence, de satisfaction mais elles ne considèrent pas la dynamique psychique qui fait lien entre la maladie et les difficultés de la sexualité.

C'est pour ces raisons que nous avons décidé de mener cette recherche dans le but de chercher tout d'abord de mieux connaître la souffrance engendré par cette maladie qui débutée déjà par les souffrances physiques accompagnée le vécu avec la maladie, et spécifiquement l'impact de cancer du sein sur la vie sexuelle chez la femme.

L'importance de notre étude réside à la fois dans son actualité pour enrichir les études, ainsi le manque d'accompagnement psychologique des femmes atteintes un cancer du sein qui vivent leurs souffrance en silence surtout se qui concerne leurs vie sexuelle.

Nous avons choisi comme terrain d'étude L'hôpital Ben merad El Mekki d'Amizour situé à Bejaïa, qui répond aux objectifs de notre recherche, nous allons utiliser l'entretien semi-directif et un questionnaire sur les pensées négatifs durant les rapports sexuels.

Notre recherche est composée de deux parties : une théorique et une autre pratique. Le premier chapitre ; on a commencé par définir le cancer du sein, les facteurs du risque, les symptômes, les moyens de diagnostique et le traitement. Le deuxième chapitre ; les effets secondaires sur l'état psychologiques des patientes. Le troisième chapitre ; sur les concepts de base de la sexualité.

La partie pratique est subdivisée en deux chapitres ; dans le premier chapitre, on a essayé de faire un aperçu général sur les outils et lieu de recueil des données. En deuxième chapitre, une présentation et une analyse approfondie des entretiens a été effectuées en analysant un questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels par la suite la discussion des hypothèses.

Afin de mettre en évidence l'importance de suivi psychologique des femmes atteintes du cancer du sein. On na clôturé notre recherche par une conclusion.

Problématique :

Dans notre corps on a tous des gènes cancéreux, pour certains ils ne se développent pas, mais pour d'autre malheureusement, ils se développent à cause de facteurs de risques et des éléments perturbateurs. Donc toute personne est susceptible un cancer et notamment le cancer du sein qui touche beaucoup plus les femmes mais on peut aussi le trouver chez l'homme dans des cas rares.

Ce sein qui est considéré comme symbole de la féminité, de la sexualité et de la maternité chez la femme. C'est pourquoi tout ce qui affecte le sein, concerne non seulement la femme et son entourage mais aussi la société. Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement, tant au niveau émotionnel qu'au niveau fonctionnel dans les suites du diagnostic d'une affection cancéreuse. D'une part, la famille est confrontée à l'anxiété et à la tristesse, à l'alternance de moments d'espoir et de désespoir. D'autre part, elle constitue une organisation dynamique et structurée, caractérisée par une répartition de rôles et de responsabilités.

Selon l'organisation mondiale de la santé(OMS), le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins, chaque année environ de 1,7 million de cas diagnostiqués. En 2012, 6,3 millions des femmes vivent avec un cancer du sein diagnostiqué au-cour des (5) années précédentes. Depuis la dernière estimation, pour l'année (2008), l'incidence a augmenté de plus de (20%) et la mortalité de (14%).

Le cancer du sein est aussi l'un des principales causes de décès, les pays les moins développés. C'est en partie par ce que l'évolution des modes de vie est à l'origine d'une augmentation de l'incidence, mais aussi en partie par ce que les progrès cliniques enregistrés contre la maladie ne profite pas aux femmes vivant dans ces régions.

En Algérie, chaque année ; sept milles cinq-cents (7500) cas de cancer du sein sont enregistrés avec environ de trois milles cinq-cents (3500) décès enregistrés. Il est devenu un problème majeur de santé publique dans notre pays avec une réelle urgence d'intervention et de prise en charge.

Dans la plupart des cas, l'intervention chirurgicale est la seule solution, puisque pour la plupart des femmes la détection des symptômes est tardive, le cancer est déjà au stade tumeur (palpable).

Les traitements du cancer, s'ils sont de plus en plus efficaces, restent cependant encore trop souvent inconfortables en induisant des effets secondaires réversibles et parfois même irréversibles. D'une part, la phase de traitement est souvent longue et de nécessiter des allers-retours vers l'hôpital, voire l'hospitalisation. Celle-ci entraîne pour la personne de grands bouleversements et engendre une crise émotionnelle aiguë. Cette crise est principalement déclenchée par la menace de perdre la vie et la remise en question des fantasmes d'immortalité du patient et de sa famille. D'autre part, le sein qui est symbole de la féminité, l'ablation crée une certaine perturbation psychique liée au sentiment de la perte, qui peut engendrer une dépression, angoisse de la mort par rapport à ce terme, trouble de l'humeur, toutes ces réactions sont peut être liées à n'importe quelle maladie qui laisse des séquelles organiques ainsi psychiques.

La déformation du corps par la perte d'un organe féminin, crée un sentiment du manque par rapport à d'autres femmes, la perte de cet organe, constituée une menace directe et profonde à l'identité de la femme.

Diverses études témoignent d'une détresse psychologique et d'un dysfonctionnement psychosocial significatif chez un tiers des patients cancéreux adultes, leurs conjoints. Dans une étude de «Schag » sur des patientes une année après leurs diagnostics, il a observé entre un tiers et la moitié des femmes se plaignant d'une altération de leur vie sexuelle. (Northous, 1994) évalue entre un quart et un tiers des couples qui auraient des problèmes dans leur vie intimes, ces difficultés qui apparaissent sont liées d'une part, à des facteurs somatiques d'autant plus marqués sous hormonothérapie (sécheresse vaginale, bouffées de chaleurs, prise de poids, mais aussi tout simplement asthénie et des nausées) et d'autre part, à des facteurs psychologiques : image du corps qui est un fondement de l'estime de soi, la confiance à son corps, potentiellement investi comme objet de désir et de plaisir potentiel. (Northous, 1994,90-183).

L'atteinte de l'image du corps concerne la représentation psychique qu'a 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 dénié ou peu visible chez une femme à laquelle ses charges nombreuses n'autoriseront pas la baisse d'activité dans la vie quotidienne.

De plus, l'existence de difficulté sexuelle ou conjugale antérieure entre les conjoints influence sur leurs vies sexuelles. Il est important de noter que ces difficultés persistent plus longtemps que la durée de traitement. Si la bonne communication dans le couple ne suffit pas, une intervention de couple est parfois utile pour permettre le retour à une vie sexuelle satisfaisante (Northous, 1994,90-183).

Les cancers quels qu'ils soient et leurs traitements invasifs ont en effet un impact sur l'organisation et l'équilibre psychique des patients que les études traitent comme une détresse psychologique et une atteinte à la qualité de vie, notion multidimensionnelle qui englobe tout ce qui peut marquer la vie d'un individu. La qualité de vie est un concept subjectif car il concerne le sentiment de satisfaction et de bien-être. Le sujet juge lui-même de son ajustement à la situation sur le plan des fonctionnements physique, psychologique, émotionnel, social et occupationnel.

La sexualité a une place importante dans la qualité de vie, elle est traitée en termes d'image de soi, de sentiment de féminité et d'attirance sexuelle estimée, elle est divisée en trois dimensions: le désir sexuel, le fonctionnement sexuel, la satisfaction sexuelle. Cette évaluation n'investit pas les processus et les modalités de fonctionnement de la psychosexualité féminine en termes d'investissements libidinaux et de pulsionnalité, pas plus que le registre défensif, fantasmatique et les représentations inconscientes qui sous-tendent les capacités de la femme à exprimer sa sexualité (désir, fonctionnement, satisfaction) sous le primat du génital. Il manque alors ce qui, chez les femmes, vient expliciter leurs symptômes et leur « mal-être ». Les études comparent l'impact des différents traitements sur la sexualité en termes de scores mais ne prennent pas en compte la composante psychique des troubles que présentent ces femmes au niveau de leurs sexualités. (Carine Segresta-Crouzet, 2010, p.18)

L'étude de (Yazbeck ,2004), déjà citée, recense tous les travaux qui évaluent les conséquences de l'hystérectomie sur le vécu sexuel de la femme. Elle déplore le peu de cohérence entre les résultats des études et la pratique clinique, une méthodologie inadaptée pour aborder un concept complexe, la sexualité, qui n'est d'ailleurs jamais clairement défini et la prise en compte approximative des facteurs confondants pouvant avoir une influence, comme par exemple « le fonctionnement psychique» (Carine Segresta-Crouzet, 2010,p.20)

Différente étude se sont penché sur ce délicat problème, en essayant de quantifier de façon organique l'impact de la maladie et de son traitement sur la vie sexuelle. (Trotti et al, 2000)

L'expérience clinique montre qu'il n'est pas toujours aisé de définir un problème sexuel. Lorsque des personnes parlent de leurs difficultés sexuelles, elles donnent un sens à leur comportement. Or, le sens qu'elles donnent à ces attitudes dépend de leurs connaissances en matière de sexualité et plus globalement, du sens que l'environnement social donne aux comportements. (Will et al, 2006,273).

Les troubles fonctionnels liés à la tumeur et aux traitements altèrent l'acte sexuel et l'intensité de l'orgasme. La sexualité est extrêmement touchée par l'atteinte directe de l'appareil génital mais également par les effets secondaires et les séquelles des traitements.

Les difficultés prolongées et le rejet global de la sexualité nous indiquent une problématique au-delà des inconvénients directs du cancer. La durée des troubles indique une problématique sexuelle sans étiologie organique, installée suite aux interventions sur le corps et durant bien après les traitements sans jamais régresser. Ce dernier temps indique des problèmes sexuels persistants à long terme, qui s'enkystent après guérison et traitement, mettant sur la voie d'une atteinte psychique considérable ne permettant pas de compter sur l'effet curatif du temps. . (Carine Segresta-Crouzet, 2010, p.22)

À ce sujet, certains résultats des études consacrées à l'hystérectomie montrent un possible effet positif sur la sexualité de la femme, Justifié par la contraception définitive, l'arrêt de la dysménorrhée et parfois de la dyspareunie. Cependant, si ces femmes paraissent soulagées du poids de la filiation, le lien qu'elles sont en capacité de faire entre sexualité et procréation n'est pas spécifié, ni d'un point de vue physiologique, ni d'un point de vue psychologique. Il en reste que ce pourcentage de femmes est faible et se situe à contre-courant de ce qui est régulièrement relevé par la clinique.

D'ailleurs, ces résultats variant avec les patientes ouvrent une nouvelle fois vers une problématique en deçà du somatique. D'autre part, les études cliniques s'accordent à dire que les traitements anticancéreux sont effectivement susceptibles d'altérer la qualité de vie et la sexualité des patients à court ou à long terme.

On notera que sur (21) études en (2004) concernant les facteurs potentiels ayant une influence sur la sexualité après l'hystérectomie, (05) font état de la dynamique psychologique et (03) de l'état de la relation de couple.

L'étude de (Poinsot et al, 2005), Fait un point sur l'impact des traitements sur la qualité de vie et la sexualité en particulier des patientes avec un cancer du sein. Les résultats montrent la fréquence des troubles sexuels secondaires au cancer et à ses traitements

Les données du National Cancer Institute aux Etats-Unis en 2004, révèlent 40 à 100% de dysfonctions sexuelles chez les porteuses de cancer après diagnostic et traitements spécifiques. Pour la spécificité des cancers gynécologiques, les dysfonctions sexuelles sont prolongées dans environ 50% des cas. Plusieurs études chiffrées permettent d'affirmer un lien entre cancer et sexualité. L'étude belge CARES (2006) recueillis sur (382) patients et leurs proches montre une dysfonction sexuelle chez la patiente et leur proche de (73%) et (59%) respective. Et aussi une perte de l'intérêt sexuelle de (51%) et (40%) pour la patiente et leur proche respective. (Carine Segresta-Crouzet, 2010, p.20)

Les auteurs ont l'intuition et font l'aparté de l'impact de ces émotions sur la sexualité. Ainsi l'étude de (J-F. Girard en 2006) note que l'excitation sexuelle féminine est modulée par les pensées et les émotions qui perturbent leur désir.

Les effets psychologiques secondaires des traitements ont une incidence sur la sexualité, et rendent difficile l'évaluation rigoureuse de l'impact des interventions de soins sur celle-ci. Ainsi, le contexte psychologique associé à la maladie elle-même, mais également provoqué par la maladie, peut être la cause des « réductions ou suppressions des pulsions sexuelles » mais également d'une « hyperactivité compensatoire ». . (Carine Segresta-Crouzet, 2010, p.22)

L'étude à propos du regard de la femme malade sur la sexualité et son couple, nous dit qu'un « corps qui souffre réveille et fait parler les représentations du corps sur la sexualité ». Il se développe ou s'exacerbe une fantasmagorie autour du corps et des traitements qui parasite la représentation du couple et de la sexualité. Si le corps change et qu'il peut effectivement y avoir une perte des sensations au niveau des zones érogènes, il est également difficile d'être dans le ressenti d'un endroit du corps investi par la technique, qu'il faut soigner et « réparer » à tout prix. Au-delà des interventions concrètes réalisées sur le corps, ces techniques imposent aussi des contraintes. (Carine Segresta-Crouzet, 2010, p.19)

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre stage de fin d'étude proposé par l'hôpital d'Amizour ayant pour but d'étudier l'effet de cancer du sein sur la vie sexuelle des patientes. Pour se faire, nous avons commencé par des entretiens et des enquêtes avec des patientes afin de faire un diagnostic approfondi permettant d'identifier les dysfonctionnements.

Nous nous donnons pour objectif de vérifier l'influence de cancer du sein sur la vie sexuelle chez les femmes qui ont subi une intervention chirurgicale, et une ablation du sein. On a essayé de répondre à la question suivante :

Est-ce que l'ablation du sein influence la vie sexuelle chez la femme ?

Les Hypothèses :

Les hypothèses qu'on a formulées dans le but de répondre à la question posée dans notre problématique sont les suivantes :

Le cancer du sein a un impact sur le psychisme.

Les femmes qui ont subi une ablation se caractérisent par une image négative de corps qui influence leurs vies sexuelle.

Définition des concepts et leurs opérationnalisations :

Le sein :

Est une glande (glande mammaire) composée d'une vingtaine de compartiments séparés par du tissu graisseux. Chacun de ces compartiments comprend des lobules et des canaux. Les lobules fabriquent du lait en période d'allaitement et les canaux le transportent vers le mamelon, cela sous l'influence d'hormones sexuelles (oestrogènes et progestérone). N'oublions pas, en effet, que la fonction première du sein est la lactation. Il joue aussi un rôle important dans la sexualité et l'image que la femme a de son corps et de sa féminité. (S.crouzet, P. 19)

Cancer du sein :

Le cancer du sein s'accompagne très souvent de quelques métastases à distance, qui peuvent survenir avant même que la tumeur d'origine ne soit décelable cliniquement.

Les analyses de cinétiques cellulaires ont montré que des cellules métastatiques peuvent migrer dans la circulation sanguine à un stade précoce de la maladie, d'où l'hypothèse que le cancer est une maladie d'emblé généralisée qui devait répondre à une stratégie médicale globale et plus locorégionale, c'est-à-dire l'intérêt de prescrire systématiquement un traitement générale après la chirurgie lorsqu'il existe des facteurs pronostics défavorable. (Benzidane. 2004, p.5).

La sexualité :

Est une tendance fondamentale commune à tout les êtres car elle a pour finalité la procréation et donc la pérennité de l'espèce. En dissociant la procréation et le plaisir, en intellectualisant, la relation sexuelle, l'être humain a fait de sa sexualité une source d'épanouissement personnel, ou a l'univers, une cause de frustration, par l'échange des émotions et des sentiments, par le désir d'un plaisir partagé, la sexualité s'est compliquée tout en s'enrichissant. (Marie-Claude Delahaye, 1992, p.183).

Opérationnalisation des concepts :

Le cancer du sein :

Une modification de forme ou de taille ou niveau du sein, avec un Changement de la couleur et une Sensation d'une boule dure dans le sein.

La sexualité :

C'est la relation intime partagé entre femme et homme, et très importante dans la vie du couple dans le but d'avoir des enfants.

Partie théorique

Chapitre : I

**L'aspect médical de
Cancer du sein**

Préambule :

Ce chapitre sera consacré pour la présentation de l'un des maladies chroniques la plus fréquente chez les femmes qui est le cancer du sein, il reste la première cause de mortalité dans le monde, il présente un problème majeur de santé publique.

1- Définition du cancer :

J.DELMARE définit cette pathologie comme : « Nom générique des tumeurs maligne qui s'entendent rapidement et ont tendance à se généraliser On admet que le cancer se développe quand l'équilibre est rompu entre les mécanismes de décence de l'organisme et les forces qui provoquent l'anarchie cellulaire.ces dernières sont multiples est encor imparfaitement connus : terrain héréditaires prédisposent au cancer, facteur d'environnement très divers : produit chimiques, radiation virus, climat, habitudes alimentaires...etc. qui peuvent libérer le pouvoir cancérrogène que certaine cellules gardent a l'état latent ».(Delamare J.2002 . p. 127)

2- Le cancer du sein :

Est toujours défini comme : « Un adénocarcinome : le plus souvent canalaire, rarement lobulaire, médullaire, colloïde ou bien une maladie de Paget du mamelon. V. ce terme à Paget (maladie de) ainsi que Halsted (opération de), tumeurectomie, phyllode, mastite carcinomateuse et marqueurs tumoraux». (Ibid. p. 128).

3- Anatomie des seins :

En dehors de la grossesse et de l'allaitement, la glande mammaire est dite au repos. Le sein est surtout constitué d'un tissu du soutien riche en fibres élastiques, le tissu conjonctif, et d'un tissu riche en graisse, le tissu adipeux.

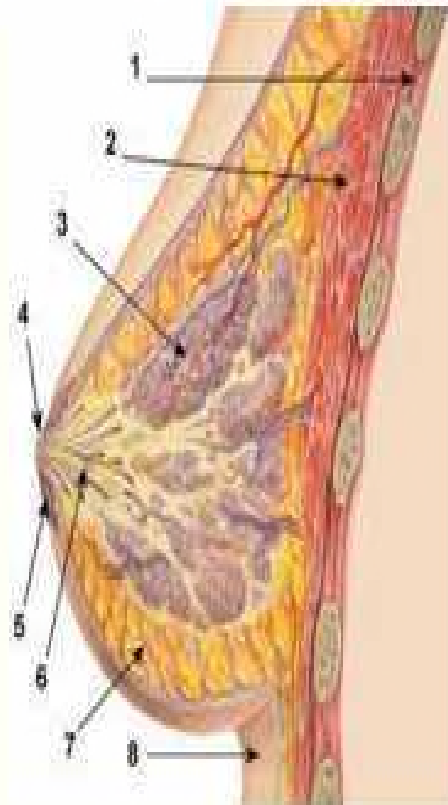
Au milieu de ses deux tissu se trouve un système ramifié de canaux appelés canaux galactophore. Leurs extrémités fermées présentent des renflements qui correspondent à la partie glandulaire. La peau enveloppe le tout. A l'extrémité du sein, la peau, extrêmement fine, se pigmente pour former l'aréole avec, en son centre, le mamelon faisant saillie. (Marie-Claude Delahaye, 1992, p.45).

Dans l'aréole siègent les glandes de montgomery et, à son pourtour, des glandes sudipares et des glandes sébacées.

C'est à l'extrémité du mamelon que débouche, au niveau d'une vingtaine de PORES, les canaux galactophores qui excréteront le lait.

« Les seins ne font pas, à proprement parler, partie de l'appareil génital de la femme. Leur développement fait suite à l'action des hormones sexuelles qui apparaissent à la puberté. Il n'en reste pas moins qu'ils sont des organes participant à part entière à la vie génitale de la femme car ils ont un rôle physiologique de la plus haute importance en association avec la fonction de reproduction.

Les seins qui, par sa zone érogène, participe au plaisir sexuel, est avant tout l'organe de lactation. Son architecture est tout entière dirigée vers cette fonction ». (Marie-Claude Delahaye, 1992, p.45).



- 1. Cage thoracique
- 2. Muscles pectoraux
- 3. Lobules
- 4. Mamelon
- 5. Aréole
- 6. Canaux galactophores
- 7. Tissu adipeux
- 8. Peau

Schéma 1. Anatomie du sein

4- Les types de cancer du sein :

Il existe plusieurs types et formes de cancer du sein, et chacune d'entre elle a sa propre évolution. On peut les classer en deux grandes catégories : le cancer non invasif ou in situ, qui touche uniquement les canaux galactophores, et le cancer invasif ou infiltrant, qui se propage dans le tissu gras du sein.

4-1- Cancer non invasif :

- **Carcinome canalaire in situ :**

C'est le type le plus fréquent de cancer du sein non invasif chez la femme. C'est une forme de cancer très « jeune », au tout début de sa formation. Comme son nom l'indique, il est formé à l'intérieur des canaux lactation du sein. Il ne se dissémine pas. On diagnostique beaucoup plus fréquemment ce type de cancer de puis l'utilisation plus répandue de la mammographie. Le traitement de ce cancer mène à la guérison dans presque tout les cas. Sans traitement, poursuit sa croissance et peut alors devenir « infiltrant », donc se propage à l'extérieur des canaux galactophores.

4.2 Cancer invasif :

4.2.1. Carcinome canalaire : Il se forme dans les canaux galactophores. Les cellules cancéreuses traversent la paroi des canaux.

4.2.2. Carcinome lobulaire : Les cellules cancéreuses apparaissent dans les lobules, puis traversent la paroi des lobules et se disséminent dans les tissu (ou néoplasie lobulaire) n'est pas cancéreux. Il est cependant un facteur de risque important de cancer du sein qui exige un suivi serré.

4.2.3. Carcinome inflammatoire : Un cancer rare qui se caractérise principalement par un sein qui peut devenir rouge, enflé et chaud. La peau du sein peut aussi prendre l'aspect d'une peau d'orange. Ce type de cancer progresse plus rapidement et est plus difficile à traiter. Le carcinome lobulaire in situ (ou néoplasie lobulaire) n'est pas cancéreux. Il est cependant un facteur de risque important de cancer du sein qui exige un suivi serré. (Lacan J. et al. 2002, pp. 248-251).

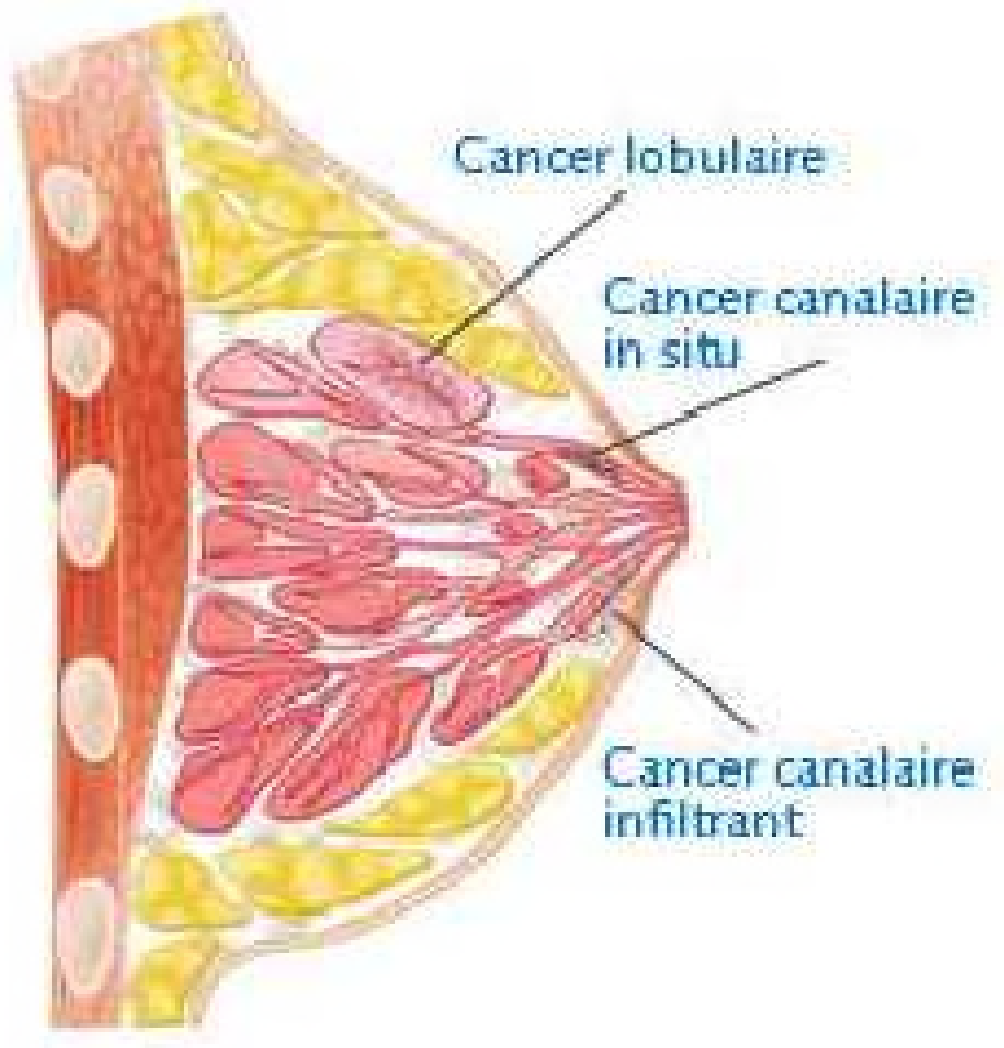


Schéma 2 : exemple de localisation de cancer du sein

5. Les facteurs du risque :

- Les antécédents familiaux représentent un des grands facteurs de risque dans le cancer
- du sein, néanmoins. On peut encore recenser d'autres types de risque :
- l'âge : l'incidence augmente pour les femmes à partir de 30ans.
- la consommation excessive e l'alcool et de tabac.
- Les habitudes alimentaires comme la consommation de sucres et de graisses d'origine animale.
- L'âge de la puberté et de la ménopause ;
- L'âge de la première grossesse ;
- Le traitement substitutif de la ménopause.
- Les facteurs professionnels, comme l'exposition à des radiations lentes des produits chimiques.

Il reste encore une controverse a propos de l'utilisation des contraceptifs oraux.

En ce qui concerne les facteurs du risque même si la présence d'un ou plusieurs des éléments cites plus haut peut favoriser le déclenchement d'un cancer du sein.

Ils ne permettent de déterminé les causes exactes de son origine observées chez une femme.

6- Les symptômes du cancer du sein :

Toute anomalie récente du sein doit attirer l'attention de la femme .la palpation du sein doit faire partie d'un examen gynécologique annuel. Dans la plus part des cas le cancer se manifeste par une []grosseur du sein découverte a partir d'un centimètre environ (nodule plus au moins profond, dur) ce nodule n'est habituellement pas douloureux[]

Les anomalies peuvent être :

- une fossette ou une ride carenent la surface du sein ;
- un aspect de[] peau d'orange [] ;
- déformation du mamelon le rétractent vers l'intérieur ;
- un écoulement mamelonnaire sanglant ou noirâtre. (Goumot, A.1993, p.2)

7- Les moyens de diagnostic :

Le diagnostic de cancer du sein est apporté par l'anatomopathologiste et associe le travail d'un gynécologue d'un radiologue et d'un chirurgien le rôle de radiologue est plus important, parce qu'il met en évidence un ou plusieurs signaux, ceux-ci seront à l'origine d'une démarche de diagnostic qui aura pour but la découverte précoce d'un cancer du sein.

Le bilan de diagnostic commence par une consultation médicale suivie de la réalisation d'un examen complémentaire. Les examens plus courants sont les examens radiologie comme la mammographie bilatérale, l'échographie mammaire, examen microscopique et les examens sanguins. (Goumot, A.1993, p.2)

7-1- L'interrogatoire

Permet de préciser les signes d'appel qui sont variables :

- grosse tumeur, ulcère-déformation du sein.
- écoulement mamelonnaire sanglant.
- rétraction du mamelon.
- grosseur découverte fortuitement au niveau du sein. L'interrogatoire précisera les facteurs de risque et appréciera son évolutivité.

7-2- L'examen clinique

Se fait sur patiente torse nu, en bonne lumière en position assise bras pendants de face puis bras levés.

7-2-1- L'inspection :

On cherchera :

- une asymétrie, une voussure mammaire, une fossette (méplat) d'attraction cutanée.
- une ulcération dans les cas avancés.
- des signes inflammatoires.

(BENZIDANE N. 2004, p.9-10.).

- rétraction du mamelon.
- un aspect eczématiforme du mamelon évoquant une maladie de Paget. (BENZIDANE N. 2004, p.9-10.).

7-2-2- La palpation

A pour but de définir l'existence de formation tumoral dissociable du reste de la glande.

Sa consistance et ses limites, sa forme et sa taille. L'existence d'adhérence a la peau, au mamelon ou au plan profond et sa localisation.

On examinera le creux axillaire homolatéral et le creux sus- claviculaire à la recherche d'adénopathies.

Au terme de cet examen clinique nous dégageons des éléments présomption en faveur de la bénignité ou bien de malignité que nous renforçons par les examens complémentaires. (BENZIDANE N. (2004), p.9-10.).

7-3-Examens complémentaires

7-3-1-Radiologie

La mammographie est le meilleur des examens d'imagerie du sein, elle joue un rôle important dans le diagnostic et chaque étape du traitement locorégional et pour la surveillance :

7-3-2-Les opacités tumorales :

- **Opacités stellaires** : avec des prolongements en rameaux dans le parenchyme adjacent, par fois un seul prolongement peut réunir la zone stellaire au mamelon.

Ce sont des tumeurs fibreuses de type squirreux.

- **Opacité sp cul e**: nodulaire, de taille variable, dense   contours r guli rs ou finement irrégulière et nettement définie. Ce type d'image peut être trouvé dans des tumeurs bénignes (Kystes et adénofibrome) et de tumeurs malignes : carcinome médullaire, carcinome Kystis  ou associé a un adénofibrome, sarcome, métastase et adénopathie intra-mammaire. (Lacan J.et al.2002, p.262-264)

7-3-3-Les calcifications :

Les micros calcifications essentiellement siégeant souvent dans les lobules adjacents de la zone suspecte soit à l'intérieur d'un foyer carcinomateux. Les micros calcifications vermiculaires et les micros calcifications punctiforme, régulières correspondent toujours à des épithéliomas.

7-3-4-Cytoponction :

Trouve essentiellement son application dans deux types de matériels les soit le produit des ponctions, soit les liquides d'écoulement mamelonnaire.

Elle fait partie du triplet diagnostique associant l'examen clinique et la mammographie.

8-Traitement de cancer du sein:

Traiter de cancer du sein et la nécessité de préserver un organe aussi symbolique considérablement modifié la stratégie thérapeutique grâce à l'amélioration des traitements locaux (chirurgie, radiologie) pour un traitement conservateur et la prescription judicieuse de traitement médicaux adjuvants (hormonothérapie, chimiothérapie) a permis de réduire significativement la mortalité.

8-1- La chirurgie :

Permis le traitement loco régional, autrement dit celui des envahissements ganglionnaire axillaires.

Le traitement de la tumeur primitive, consiste en une mammectomie, on peut dire que la chirurgie radicale et ultra radicale (opération de Hals Ted élargie ou non) a perdu progressivement beaucoup de terrain au profit de la chirurgie radicale limitée (opération de Petty) et qui a tour se trouve maintenant affrontée au traitement chirurgical non mutilant (traitement conservateur). La tumeurectomie large passant à 1 ou 2 cm des limites de la tumeur proposée essentiellement au cancer de moins de 3 cm a distance du mamelon en tenant compte du volume mammaire. (Lacan J.et al.2002, p262-264)

8-2-Chimiothérapie :

La chimiothérapie consiste à utiliser des médicaments (par injection dans une veine le plus souvent) qui agissent sur celles cancéreuses, même sur toutes les cancéreuses, même sur celles qui n'ont pas été détectés par, les examens d'imagerie.

8-3-Radiothérapie : est une autre arme qui permet un traitement locorégional, en utilisant essentiellement une radiothérapie externe par cobalt, parfois une radiothérapie de contact par les fils d'iridium.

La radiothérapie après la chirurgie (après la cicatrisation) permet le contrôle des lésions infra cliniques qui peuvent exister sur la glande mammaire (après le traitement conservateur) ou bien le dit cicatriciel, sinon sur les aires ganglionnaires axillaires, mammaires internes et sus-claviculaires.

8-4-Hormonothérapie :

Utilisée essentiellement comme traitement adjuvant chez le patient ménopausé.

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. Après avoir présenté la maladie, ses symptômes ainsi que le traitement, nous allons enfin terminer ce chapitre avec une conclusion. (Lacan J. et al. 2002, p.262-264).

Conclusion :

On résume, le cancer du sein comme toute maladie organique, concerne l'aspect physique et psychique, qui est l'impact de cette maladie sur les femmes, une souffrance physique, des changements les affectent dans leur vie personnelles (modifications corporelles, les traitements). Alors la prise en charge doit être sur le plan médical, aussi sur le plan psychologique pour améliorer leurs situations.

Chapitre II :

L'aspect psychologique

De cancer du sein

Préambule :

L'annonce du cancer vient bouleverser la temporalité psychique du patient. Dans ce contexte de rupture, le travail du psychologue se révèle essentiel pour aider le sujet à aborder les questionnements induits par cette effraction du réel. Cette annonce peut avoir un retentissement immédiat, six mois après ou bien des années plus tard. C'est donc dans un espace-temps singulier et propre à chaque patient que doit s'inscrire la rencontre.

1- le vécu psychologique des femmes atteintes de cancer du sein :**1-1-L'annonce de cancer du sein :**

L'annonce du cancer met à mal le corps comme en témoigne cette citation de Des champs à l'annonce du mot « cancer » se brisent les ailes du désir, et l'esprit se noie dans un abîme sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute : tomber cancéreux, c'est « tomber-mourir » dans un univers déchaîné (...). C'est éclater en mille morceaux cancérisés, métastasés dans un océan d'indifférence alors que le monde réel continue imperturbablement de tourner.

L'annonce d'un cancer du sein marque le début d'un long voyage. Après la descente aux enfers dans la solitude de la maladie et la lente remontée qui s'ensuit, il est d'observation courante que s'instaure progressivement une disposition d'esprit propice à la réflexion, à l'élaboration parfois. Le bouleversement intense provoqué par cette atteinte à l'intégrité corporelle du sujet, relance des interrogations qui ne se limitent plus aux seules questions médicales. Le processus de soins mis en place, depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à la fin de la reconstruction, oblige à l'introspection et peut donner lieu à une redécouverte de la vie psychique, voire à un remaniement de celle-ci. Une réorganisation psychique allant de pair avec le processus de reconstruction chirurgicale semble alors impérative pour que la reconstruction corporelle puisse ne pas être qu'un faux-semblant et prendre véritablement corps. (Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51)

1-2-Traumatisme de l'annonce : une vie en danger du mort :

Le traumatisme est double, car l'annonce associe le mot "cancer" à celui de "sein", deux mots lourdement chargés de significations symboliques. Le psychisme est alors massivement envahi par une angoisse qui ne laisse place à rien d'autre qu'à cette idée de tumeur (tumeurs) dans le sein, de menace de mort imminente. (Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51)

L'effraction brutale et imprévisible dans le fonctionnement psychique du sujet provoque en lui un véritable basculement et les ressentis évoqués par les femmes, au moment de l'annonce, font tous état de vide, d'abattement, d'effondrement, d'enfermement, d'incapacité à la pensée, de fuite, de panique, de perte des repères... (Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51)

1-3- L'état de stress post-traumatique :

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.
- La détresse émotionnelle se compose de symptômes anxieux, mais aussi dépressifs. (Carine Segestan- Crouzet, 2010, p, 33).

1-4- l'effraction corporelle et son impact sur le psychisme :

La notion d'effraction corporelle proposée par D. Sibertin et C. Vidailhet permet de rendre compte des violences traumatiques imposées par la maladie, les traitements et parfois les discours qui entourent le patient.

Cette notion d'effraction ajoute à ce que nous connaissons du trauma des maladies graves, une dimension d'aliénation. L'effraction vient du dehors et s'attaque à l'intime ses traces de sont durables, comme les cicatrices des interventions. Alors que le trauma concerne une irruption soudaine et brutale dans le psychisme provoquant une sidération de la pensée. (Elisa venturini, 2014, p, 195)

L'effraction brise à la fois l'enveloppe corporelle et psychique à la manière d'un traumatisme que l'on pourrait qualifier de corporel. L'effraction est au corps ce que le trauma est au psychisme.

Ce cancer, et surtout ses traitements, sont une effraction du corps en tant que blessure par pénétration. Cette effraction brise à la fois l'enveloppe corporelle et psychique à la manière d'un traumatisme que l'on pourrait qualifier de corporel. Pour la patiente, l'intrusion se fait sur le corps et génère des fantasmes, affects et représentations pénétrantes qui endommagent l'image du corps. Intrusion, pénétration, mais aussi atteinte de l'intimité, perte de la continuité d'exister, menace de l'identité, atteinte de l'être dans son entier.

Le sujet dans cet état ne peut ni oublier, ni penser, il est à la fois possédé par la maladie et dépossédé de sa capacité d'autonomie corporelle et psychique, il est « assujetti à la présence d'un autre en lui ». (Elisa venturini, 2014, p, 200)

1-5-Effroi et sidération :

Face à l'annonce d'un cancer du sein surgit le plus souvent un temps de sidération, d'absence à soi-même, dont la durée peut varier de quelques heures à plusieurs jours, jusqu'à ce que cet enlèvement de la pensée cède la place à divers systèmes de défense dont l'excitation est sans doute l'un des plus remarquables. La psyché se trouve alors envahie par un débordement en cascade d'affects désordonnés. Du vide au trop plein, dans l'excès, en proie à une avalanche de questionnements intérieurs (pourquoi moi, qu'ai-je fait pour mériter ça, pourquoi maintenant, etc.) d'autant plus vains que, sous l'effet du traumatisme, aucune réponse satisfaisante ne peut être trouvée. Les pensées s'entrechoquent, incapables de remettre de l'ordre dans ce bouillonnement désordonné, faisant tout au plus émerger un sentiment mêlé d'injustice et de culpabilité. (Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51)

1-6-Les troubles émotionnels :

Le diagnostic de cancer du sein est une terrible épreuve pour les femmes, confrontées peut-être pour la première fois à la perspective de la mort. L'angoisse face au devenir et à l'incertitude provoquent un bouleversement psychique (Poinot, Brédart & al, 2005).

Le stress engendré par ce diagnostic de cancer peut perturber sérieusement la personne touchée et/ou son partenaire et aggraver les conditions des patientes (Griese-Davis, Hermanson, & al, 2000).

Les partenaires peuvent présenter des niveaux de détresse au moins aussi importants que les patients eux-mêmes. (Benedicte Panes-Ruedin, p17).

Les femmes qui souffrent de dépression ont une image d'elles très négative, éprouvent également des difficultés avec leur désir (Speer & Hillenberg, 2005) et se désintéressent souvent des questions sexuelles (Katz, 2009).

Les troubles psychologiques dès l'annonce du diagnostic, l'adaptation aux traitements, l'angoisse d'un retour de la maladie diminuent fortement le désir chez la femme et mettent la sexualité au deuxième plan, derrière la lutte pour la vie (Gros, 2005).

De plus prendre les décisions médicales qui les concernent ne laisse plus suffisamment de place pour une vie sexuelle (Katz, 2007). La peur d'une récurrence de cancer accompagne généralement les femmes (Kornblith & Ligibel, 2003), particulièrement celles qui ont eu une chirurgie conservatrice. Elles craignent que leur corps n'abrite à nouveau des cellules cancéreuses (Kraus, 1999). Les difficultés sexuelles peuvent être également le signe d'une anxiété, d'une dépression post traitements. Plus la détresse psychologique est grande, plus l'impact sur le fonctionnement sexuel sera important (Marx, 2007). (Benedicte Panes-Ruedin, p17).

1-7- Petites réflexions sur la représentation de la mort chez la femme :

Commençons par reprendre avec Catherine Chabert (2003) les trois temps qui marquent les représentations de la mort dans l'œuvre freudienne : d'abord la mort agite le corps, elle se ressent mais ne se symbolise pas encore. Comme l'excitation, elle anime le corps, se fait sentir avant d'être représentée. Le second temps est celui de sa représentation psychique par l'intermédiaire du « rêve qui offre une scène pour des figurations possibles » (C. Chabert, 2003). Le dernier temps est celui de la pulsion de mort, c'est-à-dire de la présentification de la mort dans le « corps-psyché ». Ainsi, au terme de son parcours réflexif, la métapsychologie freudienne présente un inconscient qui ignore la mort et une pulsion de mort qui n'a pas de représentation psychique propre. Ce temps spécifique, rythmé et cyclique du féminin a inspiré également une idée de l'appréhension de la mort prise dans la différence des sexes. M. et J. Cournut (1993) interrogent les représentations féminines de la mort à travers cette spécificité du temps et du narcissisme féminin qui continuent infiniment avec les générations, donnant un caractère anecdotique à la mort individuelle. (Elisa venturini, 2014,132).

Pas de représentation de la mort mais une appréhension de celle-ci, prise dans une relative immortalité, entretenue par les identifications aux générations suivantes qui se succèdent en sollicitant les capacités de création toujours présentes chez la femme vieillissant.

Le renoncement n'est pas de mise dans cette interprétation. Les capacités d'identification narcissique à l'enfant grandissant et progressant sous-tendent les possibilités de la femme de surmonter les deuils qui ponctuent son temps féminin sans effondrement et sans fin. (Elisa venturini, 2014,132).

2-L'image du corps :

Les seins peuvent jouer un rôle prépondérant dans l'expression de la féminité, de la maternité, de la sexualité. Ils vont souvent permettre aux femmes de conquérir la source du désir. Mais la symbolique des seins dépend également des déterminants culturels et sociaux, de son milieu et de son lieu d'origine.

Quant à la mastectomie, elle est souvent associée à un vécu de mutilation et les femmes ont le sentiment d'une altération de leur identité féminine, expriment se sentir des demi-femmes, particulièrement dans les premiers mois post opératoires, et pensent souvent que leur partenaire sera dégoûté par leur image et craignent son regard. Les femmes se sentent alors atteintes dans leur double identité féminine : maternelle et sexuelle.

(Benedicte Panes-Ruedin, p.13)

Les transformations corporelles qui font suite à toute chirurgie mammaire risquent d'affecter l'image que les femmes ont d'elles-mêmes et leur capacité de séduction. Les femmes n'arrivent plus à érotiser suffisamment leur corps et s'abandonner dans un rapport sexuel peut être particulièrement difficile. La baisse de l'estime de soi peut accentuer les difficultés à faire face à une nouvelle image corporelle. Les femmes qui se perçoivent négativement ou qui trouvent que la maladie les a éloignées de leur partenaire sont plus à risque de développer des difficultés avec leur image corporelle et leur sexualité. L'atteinte de l'image corporelle peut faire suite au geste chirurgical, mais d'autres facteurs comme la prise de poids, influent sur l'image que les femmes ont d'elles-mêmes. Seules 10% des femmes ayant eu des traitements de chimiothérapie retournent à leur poids initial. Les femmes souffrant d'une mauvaise image d'elles-mêmes sont plus à risque de développer des difficultés sexuelles et moins satisfaites de la qualité de leur épanouissement sexuel. (Benedicte Panes-Ruedin, p.14)

Les femmes qui se vivent comme non séduisantes vont tenter d'éviter les situations sexuelles car elles souffrent d'une perte de désir en lien avec ce sentiment de ne plus être attirantes. Si le désir n'est plus présent, si l'excitation manque, les relations sexuelles peuvent devenir douloureuses. (Benedicte Panes-Ruedin, p17)

3-L'atteinte de l'image du corps :

L'atteinte de l'image du corps constitue un trouble clinique caractérisé par « l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu ; cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel ».

La douleur et la souffrance morale peuvent être masquées par les plaintes somatiques et traduiront détresse, anxiété, dépression, atteinte narcissique, deuil, regret d'une image perdue. Le risque étant une focalisation permanente de la pensée sur le corps douloureux avec un repli et une régression voire au maximum une inhibition de la pensée.

L'atteinte du sein par le cancer renvoie à diverses symboliques car il est le lieu de multiples investissements conscients et inconscients :

- la composante anatomique avec le sein mamelle nourricière source de vie, de maternité mais aussi devenu menace de mort potentielle ;
- la composante narcissique avec le sein source de séduction, de beauté et de féminité ;
- la composante érotique avec le sein source de fantasmes, zone érogène et élément de la sexualité ;
- la composante imaginaire avec le sein du désir, celui qu'on n'a jamais eu... Et qu'on n'aura jamais. (Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51).

4-Ablation du sein et angoisse de castration :

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. A ce moment clé de son développement psycho-sexuel, la fille se trouve dotée de cet attribut proprement féminin, lui permettant aussi partiellement de combler cette envie du pénis dont on ne peut ignorer l'emprise sur la vie psychique de la petite fille et de la femme. Favorisant les fantasmes de castration, voire d'intrusion, l'idée de la perte d'un sein est de l'ordre de l'impensable. (Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51).

5-Ablation du sein, narcissisme et corps érogène :

L'amputation se définit comme une « opération qui consiste dans l'ablation d'un membre, d'un segment de membre ou d'une partie saillante (langue, sein, verge) et plus généralement d'une partie du corps. Voir ablation, excision, exérèse et résection » (M. Erlich) remarque que les conséquences psychologiques de la mastectomie portent principalement sur deux facteurs :

1. Les effets anxio-gènes de la maladie cancéreuse et la mutilation résultante de la chirurgie, ce qui est normalement vécu par la patiente comme une grave atteinte à son intégrité corporelle.

2. La mutilation remet en question le rapport de la patiente à son schéma corporel, particulièrement avec l'image qu'elle a de son corps.

À partir de son expérience clinique avec des femmes porteuses d'un cancer du sein, J. Mc Dougall (1998) constate aussi l'évidence d'une détresse importante, issue d'un traitement médical traumatisant. Ce que nous pouvons aussi remarquer chez nos patientes. Des sentiments de menace de mort, des sentiments de confusion dans la relation avec l'autre, l'angoisse face à des relations amoureuses et sexuelles, autant que la mise en échec de l'identité féminine, représentent quelques éléments qui confirment que la perte du sein a des répercussions inévitables dans plusieurs domaines de la vie de la femme.

Il est certain qu'un cancer du sein provoque chez la femme une angoisse qui attaque son sentiment d'intégrité corporelle ainsi que l'image qu'elle a d'elle-même. Après l'ablation du sein, la patiente a l'impression que sa féminité a été détruite. Dès le départ, l'atteinte portée à l'intégrité du corps met donc en cause l'investissement narcissique. L'ablation constitue un vrai préjudice à l'amour de soi et donc à l'amour de son corps érogène.

(De Melo E Silva Francilene Maria, 2014, p. 145-162)

6-Epreuve du miroir et trace d'un délit sur le corps :

Après l'ablation, l'image du sein chargé de sève, capable d'éveiller le désir et d'être nourricier, fait place à une image désolante évoquant le manque et la blessure, synonyme de honte, de tristesse, d'un corps à dissimuler. Se regarder dans le miroir est presque toujours une épreuve qui tient de l'effroi. Impossibilité de regarder ce qui manque, impossibilité de toucher aussi. (Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51).

7-Atteint corporelle et identité :

Le cancer et ses traitements vont mettre en péril chez le patient son identité corporelle (image de soi) et son identité psychologique (conscience de soi).

Chez le patient, deux questions fondamentales concernant le corps vont conditionner l'impact sur l'identité :

- comment le corps est-il investi avant l'intervention mutilante par le patient ?
- comment pourra-t-il percevoir ou appréhender une perspective de perte touchant son corps ?

Pour investir et se réapproprier ce nouveau corps, il ne suffit pas de panser le corps mutilé, mais il faut aussi pouvoir le penser et se le représenter avec une mise en mots.

Cela va se traduire par des interrogations suivantes chez les patients : « À quoi vais-je ressembler ? Mon entourage va-t-il me reconnaître ? Comment vont-ils me regarder ? »

L'identité va passer par le regard miroir de l'autre dans lequel le patient essaye de se reconnaître.

L'intégrité du corps est remise en question par le cancer et ses traitements car le corps qui trahit, qui lâche, qui abandonne, devient le témoin de l'avancée de la maladie.

La relation au corps est bouleversée pour le sujet lui-même et aussi dans la façon dont son corps est vu et investi par les autres.

Le corps atteint par le cancer peut être appréhendé selon différentes problématiques.

(Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51)

8-Exister en tant que femme :

« Comment exister en tant que femme lorsqu'on se sent aussi diminuée », « lorsqu'on n'est plus une femme à part entière? », se demandent-elles. Cette interrogation traduit bien l'état de dépréciation intérieure dans lequel se trouvent pour un temps plus ou moins long les femmes. Dans cet état de crise, on assiste à des comportements réactionnels variant d'une femme à l'autre, en fonction de leur personnalité, de leur histoire individuelle, de la qualité relationnelle qui existait avant la maladie. (Lehmann Andrée, 1995, p. 143).

Ainsi, certaines ont tendance à se replier sur elles-mêmes, afin de pouvoir se retrouver comme elles disent. Elles éprouvent des difficultés à rencontrer les autres, à se montrer, à montrer leur corps. La seule personne à laquelle elles osent se montrer, c'est souvent leur médecin. Cette réaction bien compréhensible est sans doute inévitable, mais doit être limitée dans le temps, si l'on ne veut pas que la femme finisse par se couper de son entourage.

D'autres, au contraire, pour mieux faire face à cette dépréciation éprouvent le besoin de paraître, de montrer toutes les imperfections de leur corps, sur le mode de la dérision, avec un certain humour. L'humour en l'occurrence leur permet une mise à distance de l'angoisse. Certaines décident de s'habiller différemment d'avant la maladie, « profitant de cette occasion pour changer de look », comme elles disent. Ce sentiment de dépréciation est tel qu'elles éprouvent la plus grande difficulté à imaginer qu'on puisse penser autrement qu'elles, et se refusent à imaginer qu'elles puissent encore être désirables. (Lehmann Andrée, 1995, p. 143).

9-Impact du cancer du sein sur la qualité de vie :

L'Organisation Mondiale de la Santé (Whoqol Group, 1993) définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement». (Carine Segestan Crouzet, 2010, p, 24).

Il est évident qu'il s'agit là d'une définition large, globale, qui ne permet pas un consensus. Toutefois, les chercheurs s'accordent à dire qu'il s'agit d'un concept pluridimensionnel qui se structure souvent autour de trois grands domaines : physique, psychologique et social. Notons également que la qualité de vie ne peut être appréciée que par le sujet lui-même. Il semblerait que le type de chirurgie n'influence pas la qualité de vie des patientes. Seule la mastectomie aurait un impact négatif sur l'image du corps et le fonctionnement sexuel des patientes. La chimiothérapie détériore considérablement la qualité de vie des patientes, mais celle-ci s'améliore dès la fin du traitement.

L'hormonothérapie affecte la qualité de vie à long terme (problèmes gynécologiques et sexuels). Les symptômes les plus souvent rapportés sont la fatigue, la douleur, des symptômes ménopausiques et parfois un lymphoedème. Ils participent à la détérioration de la qualité de vie des patientes. (Carine Segestan Crouzet, 2010, p, 24)

10-Désir de reconstruction chirurgicale :

La nécessité d'une reconstruction mammaire n'est pas ressentie avec la même intensité par toutes les femmes. Certaines ne la demanderont jamais mais beaucoup la désirent ardemment, dès que possible, avant même l'ablation quelquefois. (Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51).

Derrière la raison première, souvent invoquée, de "pouvoir oublier" et de "tourner définitivement la page du cancer", il y a le besoin légitime de retrouver une apparence globalement féminine. Pour qu'une reconstruction mammaire ait une issue heureuse, il faut que la patiente en éprouve le désir et en fasse librement le choix, une fois l'appétit de vie revenu et, avec lui, l'envie de retrouver un corps de femme. Une nouvelle aventure chirurgicale s'engage alors, dont chaque temps opératoire réactivera le traumatisme puis l'atténuera progressivement. Le voyage est néanmoins encore long, plein d'inconnu, mais "cette fois-ci, ça va dans le bon sens !", dans le sens de la pulsion de vie. (Brullmann Françoise, 2007, p. 46-51).

11-Le soutien de l'entourage :**11-1-Le soutien de la famille :**

La famille est source de soutien pour le patient, mais étant elle-même perturbée par ce stress, elle s'adapte aussi à la situation en fonction du soutien qu'elle reçoit. En ce qui concerne le soutien du patient, il convient d'en distinguer les types et les sources. Les différents types sont : l'apport d'information, l'aide tangible, instrumentale, le soutien émotionnel, l'aide à l'évaluation et l'affiliation sociale. Les sources sont : le conjoint, les autres membres de la famille, les amis, les voisins, les collègues, les soignants, les groupes d'entraide, les services sociaux.

11-2-Le soutien de conjoint :

Le soutien du conjoint a aussi été considéré comme une source d'aide importante pour le patient atteint d'une maladie chronique. Mais le cancer n'est pas un problème individuel ; il affecte le couple. Il existe toutefois des différences entre hommes et femmes en ce qui concerne leurs réactions psychologiques. Il semble en effet que la détresse des femmes, malades ou non, soit significativement influencée par celle des conjoints alors que celle des hommes malades ou non, ne le serait que marginalement. En ce qui concerne la recherche de soutien, les hommes recourent plus exclusivement à leur épouse que les femmes à leur époux. Autrement dit, la plupart des maris considèrent leur épouse, même lorsque celle-ci est malade, comme une source prédominante de soutien. Par contre, les femmes cherchent un soutien auprès d'un éventail plus large de personnes, et ce recours à un soutien plus varié se répercute de manière bénéfique sur le mari. (Delvaux Nicole, 2006, p. 81).

Conclusion :

En conclusion, la survenue brutale du cancer dépossède la patiente de son corps et de son avenir. Lorsque les patientes émergent de cette période difficile, après l'arrêt du traitement, ce n'est que progressivement qu'elles retrouvent une relation normale à leur corps comme avec leur entourage. Il leur faut du temps pour réfléchir, pour prendre de la distance par rapport à l'histoire de leur maladie. Pour chacune, il faudra arriver à rétablir une continuité entre l'avant et après. Il faudra également vivre avec le doute, la peur de la rechute, les séquelles de certains traitements, les modifications du corps, les évolutions psychiques et les transformations relationnelles qui se sont produites.

Chapitre : III

La Sexualité

Préambule :

La sexualité est un terme au carrefour des disciplines et des cultures qui en influencent son étude, à la croisée des lieux psychiques prenant un sens différent dans l'inconscient et la mise en acte de la réalité, enfin, frontière douanée qui paye constamment son tribut entre la psyché et le corps. Ainsi, il semble impossible d'aborder la sexualité féminine sans étudier le corps féminin, celui de la femme, celui qui souffre justement dans la maladie. Étudier la sexualité féminine demande à clarifier ses définitions, à délimiter un champ d'approche et impose d'avoir toujours en tête l'unité psychosomatique.

Ainsi, traiter la sexualité des femmes nous commande de jongler avec ces deux notions (au moins), toutes deux définies par la psychanalyse : sexuel et sexualité.

1-Définition des concepts de la sexualité :**1-1 -La sexualité :**

Est « intersubjective », elle est « entre-jeu », elle concerne la rencontre d'un sujet de désir avec un objet qui est aussi sujet de désir, et cela de manière essentielle, centrale, pourtant il tient comme fondamental l'exploration de la sexualité à proprement parler, c'est-à-dire la relation sexuelle, dans une démarche analytique afin de cerner la vie pulsionnelle dans son ensemble et pas seulement la psychosexualité mais également l'expression sexuelle de la pulsionnalité : « je tiens l'interprétation de la sexualité et de ses jeux, ses fantasmes mais aussi ses pratiques effectives, voire ses « positions », comme la troisième voie royale de l'exploration de la vie psychique profonde » (Élisa Venturini, 2014, p, 48).

1-2- La notion de Sexuelle :

Cette notion désigne à la fois la sexualité activité consciente et ce qui la sous-tend et l'ordonne : « la vie sexuelle » ou, terme équivalent chez Freud, la vie « libidinale » qui pose l'articulation du sexuel est de la vie psychique prenant en compte la dimension de l'inconscient, de l'infantile. C'est dire que, pour la psychanalyse, le sexuel est d'emblée « psychosexuel ». Freud le rappelle en 1938 dans l'Abrégé de psychanalyse, le mot sexuel réfère, en psychanalyse, à un ensemble d'activité, de relation, sans rapport avec les organes génitaux. (Roland Chemama, 2009, p.528-529)

Le sexuel n'est pas à confondre avec le génital. La sexualité ainsi comprise n'est qu'un des aspects et une des manifestations de la «vie sexuelle» ou «vie libidinale».

Le but «originale» de la sexualité, argumente Freud, est un but de jouissance et, comme le pense Lacan, «ce à quoi la jouissance mène n'a rien à faire avec la copulation dans sa finalité de reproduction».

De même, pas de maturation instinctuelle ou pulsionnelle qui, par nature, pourrait chacun à se définir en terme subjectif par rapport à son sexe ou celui d'un autre. Lacan, reprenant ces avancées, souligne que, s'il n'y a que l'acte sexuel pour établir un rapport entre deux sexes, il n'y a pas de rapport sexuel au sens d'une conjonction naturelle établissant une adéquation et une complétude entre homme et femme qui ne sont, dit-il, «rien que des signifiants». Il n'y a pas inscrit dans le psychisme de «rapport sexuel» entre les signifiants homme et femme qui orienterait la dynamique pulsionnelle.

1-3-Sexuation :

Dans la théorie psychanalytique, façon dont hommes et femmes se rapportent à leur sexe propre, ainsi qu'aux questions de la castration et de la différence de sexes. (Roland Chemama, 2009, p.528-529)

1-4-Le désir sexuel :

Le désir sexuel résulte d'un mélange subtil de stimulations sensuelles, affectives et intellectuelles liées à des sensations physiques réelles ou imaginées. (Marie-Claude Delahaye, p, 194).

Le désir sexuel est l'atteinte de l'orgasme, notamment en présence du partenaire, suppose un certain degré de vulnérabilité qui peut être perçu comme menaçant, voire impossible pour certaines femmes qui ne peuvent plus tolérer des sentiments de perte de maîtrise ou de changement des réactions de leur corps. (Élisa Venturini, 2014, p, 79)

1-5- La pulsion :

Se distingue de l'instinct (Instinkt / Trieb) en ce qu'elle n'est ni héréditaire, ni adaptée à son objet. Au contraire, la pulsion répond à une tension propre à une excitation corporelle et a pour but de supprimer la chose même qui l'a créée : la tension à la source pulsionnelle pour maintenir l'homéostasie, en choisissant un objet adapté à sa satisfaction qui ne lui est pas « originellement connecté » (S. Freud, 2010). But et objet ne sont donc pas spécifiques à une pulsion et il n'existe d'ailleurs pas une pulsion, mais des pulsions. Partielles qui s'unifient en pulsion sexuelle. Le stimulus originel pulsionnel est somatique, la tension naît de l'intérieur de l'organisme, des organes, et la pulsion en est le représentant psychique qui s'impose comme l'exigence de travail à fournir pour répondre au corporel. La satisfaction de la pulsion est alors équivalente à la suppression de la tension. Les pulsions sont donc plusieurs dès les origines de la sexualité. Partielles mais aussi opposées, d'abord entre pulsions sexuelles et pulsions d'autoconservation puis, à travers le dualisme pulsion de vie et pulsion de mort.

L'étude freudienne des pulsions se fonde sélectivement sur les pulsions sexuelles qu'il désigne comme celles qui s'observent le plus aisément par la psychanalyse tout en pointant l'existence d'autres exigences pulsionnelles. La description de la pulsion sexuelle devient le parangon des caractéristiques de la pulsion en général et donc de son dégagement nécessaire d'avec la notion d'instinct pour comprendre le fonctionnement humain. La description des différentes pulsions et de leurs mouvements peut se lire dans une perspective développementale dépendante de l'histoire du sujet et constitutive de sa psycho sexualité. Dans cette perspective adoptée par S. Freud, les pulsions partielles sont des morceaux de la pulsion sexuelle qui fonctionnent d'abord indépendamment sur le modèle décrit de la pulsion sexuelle, puis tendent à s'unir dans des organisations libidinales plus ou moins fixées dans le fonctionnement final du sujet. Avant de s'unir, la multiplicité des pulsions renvoie à la multiplicité des organes érogènes, les sources somatiques pulsionnelles devenant zones érogènes lorsque leur fonctionnement devient, sources somatiques pulsionnelles devenant zones érogènes lorsque leur fonctionnement devient, à un moment, prévalent dans le développement du sujet. (Élisa Venturini, 2014, p, 150, 151).

« La pulsion sexuelle elle-même constitue une expansion limitrophe entre le physique et le somatique et représente, comme un facteur dynamique à l'intérieur de la psyché, les stimuli organiques ». (Élisa Venturini, 2014, p, 150, 151)

2-La sexualité humaine:

Se définit comme d'emblée subvertie par le langage, le terme qui en désigne les effets ne prendra pas par lui-même une valeur masculine ou féminine. Il sera plutôt constitué par un signifiant représentant les effets du signifiant sur le sujet, c'est-à-dire l'orientation d'un désir réglé par l'interdit. Ce sera le signifiant phallique, dont l'organe male ne constitue qu'une représentation particulière. Le symbole phallique, dans une perspective lacanienne, ne représente pas le pénis. C'est plutôt celui-ci qui, du fait de ses propriétés érectiles et détumescentes, peut représenter la façon dont le désir s'ordonne à partir de la castration.

3-La sexualité biologique :

Elle désigne la façon dans l'inconscient, des deux sexes se reconnaissent et se différencient, chez Freud d'ailleurs, la nécessité de forger des catégories nouvelles se fait déjà sentir, notamment du fait qu'il attribue un rôle central au phallus, et cela pour les deux sexes se reconnaissent et se différencient. (Roland Chemama, 2009, P526)

4- L'activité sexuelle :

Met en jeu non seulement ses effecteurs périphériques, mais aussi leur vascularisation, leurs trois (03) innervations et des voies centres médullaires et cérébraux. L'érection est un phénomène vasculaire actif faisant intervenir la musculature lisse des corps caverneux. Sa commande nerveuse est parasympathique; des médiateurs spécifiques intra-caverneux, tels l'oxyde nitrique, y participent. Le pénis est maintenu habituellement flaccide par un tonus sympathique inhibiteur, qui doit cesser pour permettre l'érection. La commande périphérique de l'éjaculation est sympathique. (Marie-Claude Delahaye, 1992, P. 191).

La physiologie de l'excitation génitale féminine est moins bien connue. Au niveau central, on commence à repérer les zones du cerveau impliquées. Parmi les neuromédiateurs, la dopamine est celui du plaisir et probablement du désir, tandis que la sérotonine est plutôt anti-libido et retarde l'orgasme. La physiologie sexuelle nécessite que la testostérone ne soit pas effondrée chez l'homme, tandis que chez la femme désir et plaisir seraient aussi sous la dépendance du peu de testostérone produit par la surrénale. (Marie-Claude Delahaye, 1992, P. 191).

5-Le Corps féminin pendant la relation sexuelle :

Les réactions, physiologique et anatomique, du corps féminin à la relation sexuelle sont identiques d'une femme à l'autre, indépendamment des réactions sensuelles et émotionnelles propre à chacune. Ces manifestations de base de l'évolution de plaisir ont été classées en quatre phases montrant par le coté physique immuable et universel du plaisir sexuel féminin. Ce sont : la phase d'excitation, la phase de plateau, la phase de l'orgasme et la phase de résolution. Connaître son corps permet de découvrir les clés de sa propre sensualité et de jouir du plaisir physique qu'apporte l'amour. (Marie-Claude Delahaye, 1992, P.19).

5-1-La Phase de l'excitation :

L'origine de l'excitation est le désir, il peut naitre spontanément par les sens ou être susciter et stimuler par des caresses. Sous l'effet de l'excitation, les organes génitaux. Vont se congestionner par un afflux de sang dans les régions pelviennes. Les parois vaginales se gonflent et libèrent par un phénomène de transsudation un liquide fluide destiné à lubrifier le vagin. L'afflux de sang s'intensifiant, les petites lèvres deviennent plus rouge tout en s'épaississant, tandis que les grandes, également enflées, s'écartent découvrant ainsi la vulve. Les grandes lèvres des femmes n'ayant jamais eu d'enfant s'aplatissent alors que chez celles en ayant eu au moins deux, elles s'agrandissent de façon notable. Le clitoris est lui aussi gonflé et grossit au fur à mesure que l'excitation monte, il contracte légèrement et concourt à augmenter les sensations de toute la zone génitale. Le sexe est lourd et chaud sous l'effet de gonflement des tissus ; la cavité vaginale se rétrécit vers l'entrée du vagin, alors qu'elle s'élargit encore le fond de vagin. (Marie-Claude Delahaye, 1992, p.191-192).

Les seins gonflent et durcissent tandis que les mamelons se redressent, l'aréole pigmentée devient plus sombre, et leur caresse participe à la montée de l'excitation générale. Dans cette monnaie du désir, les organes génitaux ne sont pas seuls en cause, le corps tout en entier se trouve bouleversé.

Le pouls s'accélère, la tension artérielle s'élève, la respiration devient rapide et haletante, tous les muscles sont tendus. Tous ces phénomènes sont réflexes, c'est-à-dire involontaires. La phase d'excitation varie selon l'intensité du désir, elle est entretenue par les caresses, les baisers et les paroles. Arrivés à un stade maximal d'excitation, l'homme et la femme éprouvent le besoin de s'unir. (Marie-Claude Delahaye, 1992, p.191-192).

5-2-La Phase de plateau :

La phase de plateau commence au moment de la pénétration du pénis qui envoie des ondes de plaisir dans tout le corps. Le vagin se resserre dans sa partie inférieure autour du pénis, ce qui a pour effet de multiplier les sensations. La sensibilité à ce niveau est devenue très grande et la moindre pression provoque une bouffée de plaisir. Ce plaisir qui irradie, joint à l'excitation préliminaire, conduit à l'orgasme. Cette période d'attente fébrile de la jouissance représente la majeure partie de la phase de plateau, le rythme cardiaque et la respiration s'accroissent encore tandis que la vulve se congestionne un peu plus. La jouissance n'est pas loin, juste avant l'orgasme, les sécrétions vaginales diminuent tandis que le clitoris se rétracte légèrement, les pupilles se dilatent, les muscles se tendent, et le plaisir arrive-telle une vague déferlante. (Marie-Claude Delahaye, 1992, p.192-193).

5-3-La Phase de l'orgasme :

C'est la phase la plus courte et la plus intense, l'orgasme ne survient que si l'excitation sexuelle s'est maintenue à un certain niveau pendant un temps assez long. Il dépend beaucoup du désir qu'on a du partenaire et de la qualité de ses caresses. Une onde de plaisir monte de la zone clitoridienne, lentement jusqu'à l'explosion finale. Des contractions involontaires partent de clitoris et envahissent par des vagues successives l'utérus, les zones vaginales et les zones anales. Le clitoris se rétracte brusquement et reprend sa position et sa taille normales environ (10 à 20) secondes après la première décharge. (Marie-Claude Delahaye, 1992, P 193-194).

Le corps se raidit entièrement sous l'impulsion de ces contractions rythmées, libérant ainsi toute la tension sexuelle accumulée pendant la phase d'excitation et la peau peut se couvrir de rougeurs et de sueur. Plus l'orgasme est monté lentement et plus qu'il est intense, les secousses sont alors nombreuses et pouvant aller jusqu'à une quinzaine. Elles diminuent progressivement d'intensité puis s'espacent avant de s'interrompre. Pendant l'orgasme, toute bascule. Il y a une perte totale de la conscience de soi et de l'environnement. (Marie-Claude Delahaye, 1992, P 193-194).

5-4-La Phase de résolution :

C'est la période de détente et de sérénité qui suit la libération de l'énergie accumulée pendant la phase d'excitation, un sentiment de satisfaction et de bien être général fait place aux tensions préexistantes, c'est l'instant de la tendresse. Toutes les modifications physiques apparues s'estompent peu à peu puis disparaissent, le sang accumulé dans la région pelvienne circule à nouveau dans tout le corps, les organes génitaux internes et externes retrouvent petit à petit leur volume normal. (Marie-Claude Delahaye, 1992, P 193-194).

6- Comment l'érotisme vient au corps :

Ce que l'on appelle « le corps érotique » est ainsi le témoin de la constitution d'une sexualité psychique et le fondement même d'une sexualité. La représentation du corps (F. Dolto) remarque un médiateur spécifique entre les productions d'un sujet (dessin et modelage) et les instances psychiques, qu'elle appelle l'image du corps. Elle pense que l'on peut retrouver dans les scénarios imaginaires dégagés des productions, une énergie mise en jeu qui serait en fait la libido s'exprimant par le corps. Sa thèse s'appuie sur l'importance de faire le lien entre le développement psychosexuel et le développement physiologique qui est moteur le du corps.

L'invention de ce concept n'a pour seul but que de rendre compte d'un avant langage parlé bien antérieur à l'Œdipe dans lequel le corps désirant du tout petit est un lieu d'expression. Le schéma corporel n'est donc pas l'image du corps, si c'est un lieu des pulsions, l'image du corps est celui de leur représentation, l'un se construit par expérience et l'autre, par le biais de la communication, du langage, ces expériences émotionnelles sont le résultat d'un vécu, celui des sensations érogènes archaïques mais également de sensations actuelles qui peuvent modifier l'image du corps. (Élisa Venturini, 2014, p, 159).

Il est donc question, chez (Dolto), de conceptualiser, par l'idée d'image inconsciente du corps, l'idée qu'il existe une mémoire inconsciente du vécu relationnel précoce, évidemment propre à chacun et à distinguer du schéma corporel, commun, lui, à l'ensemble des individus de l'espèce humaine le schéma corporel réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate, éventuellement indépendamment du langage. L'image inconsciente du corps réfère, quant à elle, le sujet du désir à son jouir médiatisé par le temps mémorisé de la communication entre sujets et peut varier en fonction de l'instant, de l'interlocuteur et de ce que celui-ci mobilise par rapport à l'histoire.

L'image inconsciente du corps n'est pas immuable ; elle se construit, mais surtout, se remanie tout au long de la vie en fonction des épreuves infligées par la réalité au psychisme et au corps. Cette image est composée de trois modalités : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. La cohésion de ces trois modalités assure, tout au long du développement, et plus tard, face au monde, l'image du corps et le soutien du narcissisme. Le schéma corporel peut être « sain » alors que l'image du corps peut être pathogène ou inappropriée car liée à une libido défaillante. Cette défaillance de la « Libido corporelle » est pour F. Dolto liée à des lacunes dans les castrations des pulsions archaïques qui ponctuent le développement de l'enfant. Repris dans les termes de C. Dejours, on parlerait d'un manque de subversion libidinale pour codifier le corps érotique. « Notre schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique » ; Il est donc le premier touché par le contact charnel, les éprouvés prennent naissance par son ressenti, il est celui que l'on réfracte dans la réalité pour soigner ou pour blesser. Cependant, l'atteinte du schéma corporel est compatible avec une image du corps intacte, car la constitution de cette dernière dépend avant tout de l'échange langagier, du dialogue qui s'instaure autour du corps avec la mère. Le non structuration de l'image du corps peut être dû au désinvestissement des parents ou à un défaut de communication avec l'enfant. F. Dolto parle d'un « corps à corps » dans lequel est abandonnée l'éducation, au-delà de la satisfaction des besoins, rappelant là, la « relation perception » proposée par C. Dejours. L'image du corps est, avant tout, inconsciente, elle est propre à chacun et se constitue à travers l'histoire relationnelle du sujet. Indiquons également l'hypothèse faite par G. Pirlot sur l'existence d'un premier schéma corporel constitué sur le modèle du système artériel et veineux comme des conduites remplies de gaz et de liquide. (Élisa Venturini, 2014, p, 159).

Il remarque la réémergence d'un tel schéma lors de conduite alcoolique, « celles-ci proviendront du fait que les affects d'écoulement, de perte de substance et d'hémorragie ont rendu difficile le passage de la perception d'un contenant à celle d'un vécu intérieur ». Cette constatation ne peut que nous interpeller dans la clinique des femmes, et qui plus est, dans celle des pathologies gynécologiques. (Élisa Venturini, 2014, p, 159, 160).

L'excitation peut ne pas être suivie d'orgasme pour de multiple raisons ; la principale étant la précipitation de partenaire. Dans ce cas, la décongestion des organes génitaux se fait plus lentement et l'excitation décroît peu à peu. Une relation charnelle interrompue par l'homme dès la fin de l'orgasme est très décevante. Les femmes ont en effet un besoin impérieux de tendresse. Elles ne peuvent supporter l'idée d'être seulement un objet de désir et se désintéressent rapidement du sexe dans ses conditions. C'est seulement dans un climat amoureux réciproque qu'une femme a des désirs, ose les exprimer et les vivre pleinement. (Marie-Claude Delahaye p.194).

7- Le couple comme fondement de l'intimité sexuelle :

Le couple est le lieu de l'intimité. L'intimité sexuelle n'existe qu'au sein du couple, quelle que soit la forme donnée à ce couple, légal ou clandestin, durable ou occasionnel, hétéro ou homosexuel. Elle n'est pas seulement rencontre sexuelle mais bien partage de deux intériorités et échange émotionnel. Plus le partage est engageant émotionnellement, plus l'intimité sexuelle est forte et investissant. L'intimité donne à la sexualité sa dimension de partage et d'activité humaine supérieure. Le lien intime, une fois établi au sein du couple, pourra continuer d'exister et se conjuguer autrement, même si la sexualité se retire ou se modifie. L'intimité protège le couple et le fonde. Ceci est encore plus vrai dans nos sociétés post-modernes où le couple a remplacé peu à peu la famille et devient le lieu de tous les enjeux, de tous les espoirs de réalisation seul et à deux. (Colson Marie-Hélène, p. 63-83).

8- Le couple :

Se voyant de cette façon, les femmes craignent d'être, comme nous le confirment certaines, "objet de commisération". Elles ont tendance à tout interpréter, donc à repousser tout geste de tendresse ou d'amitié, se défendant contre elles-mêmes, de peur de laisser percer quelque chose de leur propre vulnérabilité. Si la femme ne se reconnaît plus elle-même, on peut en dire autant de son mari, qui à lui aussi du mal à reconnaître sa femme en pleine crise, en proie à toutes ces angoisses et terreurs internes. À son tour, il est troublé et désespéré, et tente de faire face à cette situation comme il le peut. Il est lui aussi confronté au problème de la mort. Ce qui ne crée pas un climat propice à la détente et à la vie sexuelle, comme nous le faisons remarquer une femme dans un moment de désespoir: "Avoir la mort à l'intérieur de soi, ce n'est évidemment pas une situation dans laquelle on a envie de faire l'amour." Ces difficultés sont d'un abord malaisé dans ce climat de crise, ce qui complique encore la situation, et renvoie chacun à ses angoisses et sa solitude. On assiste alors à des réactions totalement irrationnelles et imprévisibles, qu'il est difficile de comprendre de l'extérieur, comme de l'intérieur.

En effet certains fuient dans des aventures extraconjugales, auxquelles eux-mêmes ne comprennent rien, d'autres sont totalement paralysés non seulement devant leur propre femme mais aussi devant les autres. Certains se plaignent d'être devenus impuissants pour un temps plus ou moins long. Il faut se garder de juger le comportement de l'un ou de l'autre, mais y entendre le désarroi qui s'y exprime.

L'absence de sein, de par les sentiments qu'elle déclenche, renvoie la femme comme l'homme aux peurs et interdits irrationnels liés à la sexualité. Ainsi, certains appréhendent la reprise des rapports sexuels, de crainte de réactiver la maladie, ou de la transmettre à l'autre. L'absence de sein peut aussi renvoyer à l'avant puberté, à l'interdit de mettre en acte les désirs sexuels. Dans le cas où le contexte d'avant la maladie n'était pas favorable à une vie sexuelle, le cancer peut précipiter le désintérêt et l'aversion pour la sexualité, et servir ainsi de prétexte à son abandon. Dans le quotidien du couple, certains gestes qui allaient de soi avant la maladie et constituaient une forme d'intimité, ne vont plus sans gêne. (Lehmann Andrée, 1995, p. 143-154.).

Il y a donc nécessité de dépasser les peurs réciproques, et les mouvements de recul. Pour que quelque chose de la qualité de la relation du couple soit restauré, un changement s'impose, cela passe nécessairement par un apprivoisement et un réinvestissement de certains gestes. (Lehmann Andrée, 1995, p. 143-154).

9- les causes des dysfonctions Sexuelles:

9-1-Causes psychiques individuelles :

- Troubles mentaux : la plupart des troubles mentaux sont antisexuels, sauf la manie, qui stimule la sexualité. La dépression est le trouble mental le plus fréquemment responsable de dysfonction sexuelle, bien que de façon inconstante dans ses formes de sévérité modérée. Rappelons que les psychotropes peuvent ajouter leurs effets secondaires à eux de la maladie.
- Traumatismes psychiques actuels : évènements de vie défavorables ; nécessité (enlevé) d'adaptation.
- Traumatismes sexuels actuels: abus sexuels, facteurs très importants de dysfonction sexuelle.
- Maltraitance physique, psychologique, ou sexuelle, dans l'enfance, idem.
- Anxiété sociale, timidité, phobie sociale, sont aussi des facteurs de risque de dysfonction sexuelle.

9-2- Causes psychiques de couple :

- Les messages positifs de la ou du partenaire renforcent puissamment la motivation sexuelle et le fonctionnement sexuel ; inversement des messages négatifs les inhibent.
- Les problèmes et difficultés de couple, passagers ou plus profonds, sont, par ce mécanisme, des facteurs fréquents et puissants de dysfonction sexuelle; ils sont aussi, heureusement, très sensibles à des traitements de couple adaptés. (F Thibaut, 2000, p. 37-105).

Conclusion :

La sexualité féminine est un sujet vaste qui fait appel à une théorie riche ; l'originalité de la partie théorique qui va suivre est de cibler ce qui intéresse la clinique du cancer du sein et ses effets sur la sexualité féminine.

Partie Pratique

Chapitre IV :

La partie méthodologique

Préambule :

Chaque projet de recherche contient une partie méthodologique bien déterminé qui le réalise dans le terrain, ce chapitre comprend la méthode et les étapes adoptée, elle comprend les techniques de recueil des informations pour la réalisation de notre recherche sur les femmes atteintes de cancer du sein.

1-La pré-enquête :

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations, qui permettent le déroulement de l'enquête.

La pré-enquête que nous avons mené a pour objectifs la connaissance du terrain d'étude, et à connaître la population des femmes atteints de cancer du sein dans l'hôpital d'Amizour au service d'oncologie.

Cette pré-enquête a pour but de connaître l'aspect organisationnel de terrain et l'état des femmes cancéreuses et leur attitude.

Sélection de groupe de recherche : après avoir retenue tout les critères d'homogénéités, l'or de notre présentation après la pré-enquête on a pris les cas qu'on a trouvés disponible à condition qu'ils répondent à nous critères.

La première rencontre : Il s'agit d'une présentation générale de notre recherche, et les objectifs de la recherche, ainsi la méthode à suivre. Dans cette rencontre on a posé des questions qu'on à préparé avant sous forme d'un guide d'entretien, après avoir des réponses sur nos questions.

La deuxième rencontre :, est consacré pour la passation du questionnaire.

2-La méthode clinique :

Est une méthode qui permet par le moyen de recueil des données la compréhension de la personne totale en situation et en interaction. La méthode clinique permet l'observation profonde, et continue des cas, connaîtront, que cette dernière se centre surtout sur la dynamique de la motivation de la personnalité et la compréhension des conflits psychologique chez l'individu a partir de son histoire passée, arrivant à ses relations actuelles. Et tous cela se fait par l'intermédiaire de ce qui est appelée « l'étude de cas »

2-1-L'étude de cas :

Consiste en observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Par l'étude de cas, le clinicien, chercheur tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différents circonstances de survenue actuelles et passés (histoire de sujet, organisation de personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défenses, etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre des données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examens psychologiques, témoignage des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet d'un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveau d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présent et passés. De l'ensemble de ces donnée le clinicien ou bien le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation Problématique. (Khadija chahraoui et Hervé Bénouny, 2003, pp 125, 126)

3-Présentation de groupe de recherche :**❖ Critères de sélection de notre groupe d'étude :**

- Tous les cas sont des femmes âgées entre (30-45ans) ;
- Tous les cas sont des femmes atteints de cancer du sein avec ablation ;
- Tous les cas sont des femmes mariées vivent avec leur conjoint car notre recherche exige se critère.

Tableau n°01 les caractéristiques de groupe d'étude :

Nom	Age	Niveau D'instruction	Profession	Nombre d'enfants	L'année D'intervention	Mariage
Rihan	33ans	Universitaire	Avocate	2 enfants	2014	6ans de mariage
Hayat	36ans	Universitaire	Fonctionnaire	3 enfants	2011	7 ans de mariage
Naima	36ans	Aucun niveau	Femme au foyer	4 enfants	2014	17 ans de mariage
Tounsia	37ans	Universitaire	Enseignante	1 enfant	2014	5 ans de mariage
Ouahiba	38ans	Universitaire	Enseignante	2 enfants	2014	6 ans de mariage
Salima	38ans	3AS	Femme au foyer	2 enfants	2013	4 ans de mariage
Souhila	39ans	3AS	fonctionnaire	1 enfant	2014	11ans de mariage
Yamina	40ans	9em année moyenne	Femme au foyer	4 enfants	2014	12 ans de mariage
Wardia	41ans	analphabète	Femme au foyer	2 enfants	2014	7 ans de mariage
Hassina	43ans	3AS	Femme au foyer	4 enfants	2012	19 ans de mariage

4-Présentation de lieu de la recherche :

Le terrain de la recherche est l'établissement public hospitalier Ben Merade El Maki surplombant la ville d'Amizour, est situé au nord à 25km du chef lieu de la wilaya de Bejaïa. Le début de la mise en service remonte à(1983), il est constitué de 5étages repartie en service.

4-1-La structure de service d'oncologie :

Le service d'oncologie a été inauguré le 27 janvier 2007 par le ministre de santé, de la population et de la reforme hospitalière.

Le service comprend :

- Une salle de six lits ;
- Deux salles de trois lits ;
- Deux salles d'aplasie et de deux lits chacune ;
- Une salle de préparation de protocole de chimiothérapie, comportant une hotte à flux laminaire ;
- Une salle de soins.

Le personnel exerçant dans la structure :

- Deux oncologues ;
- Deux médecins généralistes ;
- Un surveillant médical ;
- Cinq infirmiers préparateurs ;
- Un secrétaire médicale.

L'activité hebdomadaire se fait comme suit :

- Trois journées de chimiothérapie ;
- Deux journées de consultation (prise en charge de nouveau malade, contrôle, administration de biphosphonate, transfusion et traitement et traitement antalgique).
- L'approvisionnement des produits cytotoxique se fait le jour même de la préparation.

5- Les outils de recueil de données :

5-1-L'entretien:

L'entretien clinique est méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de discipline, la recherche dans ce domaine a pour objectif de créer des connaissances nouvelles.

Notre première technique de recherche utilisée est l'entretien qui selon Chiland.C « une communication entre deux interlocuteurs, ou un moyen d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes, il vise à appréhender et a comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». (Chiland. C, 1983, p119).

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : 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.

(Bénony. H, Chahraoui. Kh, 1999, p11).

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance de sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, la manière dont il aménage ses relations avec autrui sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparait donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'information sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même.

(Ibid ; p12, 13).

L'entretien clinique de recherche possède des spécificités, son objectif n'est pas thérapeutique, il vise l'accroissement des connaissances propres a la problématique, et de répondre a des hypothèses de recherche précises. En ce sens, Le discours du sujet est assez délimitée autour du thème attendu par le chercheur. Il peut produire peut entrainer une libération émotionnelle chez les sujets qui n'avaient jamais parlé auparavant de leurs difficultés (Bénony. H, Chahraoui. Kh, 1999, p66).

Dans le cadre de notre recherche, et vu la qualité des informations recherchées, on opte pour l'entretien semi-directif, où le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, le laisser associer librement mais seulement sur le thème proposé. Il se définit comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi dans certains cas, auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer en profondeur les informations. (Engrs. M, 1977, p144).

On a choisi l'entretien semi-directif comme dispositif de recueil des données, il aborde assez librement une série de thèmes à partir d'une consigne large, permet de rendre compte de la dynamique des processus psychiques ; le sujet pouvant organiser la dynamique de son discours comme il l'entend, tout en permettant une forme de standardisation. (Cathrine Cyssau, 2003, p102).

Ainsi la semi-directivité de l'entretien implique la disposition de chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées à l'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Bénony. H, Chahraoui. Kh, 1999, p143)

❖ **L'attitude du clinicien lors de l'entretien :**

Blanchet. A, affirme que le chercheur fait partie du dispositif de l'entretien, il n'est pas passif et ne se contente pas d'observer l'interlocuteur qui parle. Ainsi, le clinicien a-t-il recours dans l'entretien clinique à différents types d'intervention, les relances, les interrogations ou les reformulations. Les relances sont complémentaires du discours du sujet et elles prennent pour support. Son intervention ne doit pas être avec une dose massive d'interrogation, cela perturbe le déroulement de l'entretien et entraîne alors une passivité chez le sujet. Certaines questions directes peuvent être ressenties de manière intrusive par le sujet, il faut savoir alors les formuler. (Bénony. H, Chahraoui. Kh, 1999, p20).

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, il s'agit « d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». Dans ce guide, le clinicien peut préparer la consigne. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets. (Bénony. H, Chahraoui. Kh, 1999, p68).

5-1-1-Présentation de guide d'entretien :

Notre guide d'entretien contient des axes suivants :

Axe 1 : Les caractéristiques personnelles :

Cet axe contient l'histoire personnelle de la patiente (l'âge, niveau d'instruction, profession et le nombre d'enfants).

Axe 2 : les informations concernant l'état de santé antérieur et actuelle du sujet :

Dans cet axe on a basé sur les problèmes de santé de patiente et l'histoire de la maladie (facteur héréditaire), l'annonce de diagnostic ainsi les complications qui accompagnent cette atteinte.

Axe 3 : Le vécu au sein de couple et la famille :

Cet axe contient des informations sur la relation de patiente avec sa famille, et comment elle vit sa maladie au sein de sa vie conjugale.

Axe 4 : la vie sexuelle :

Cet axe pour but de savoir les pensées négatives et les problèmes rencontrés durant les rapports sexuels et l'influence de l'ablation sur la vie sexuelle de couple.

5-2-Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :

-Notice d'information :

-Application :

Les thérapeutes se sont inspirés de l'approche de Beck pour relever les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels.

-Cotation :

Le sujet répond à chacun des 59 items selon une échelle de 0(jamais) à 5(toujours). Il suffit ensuite d'additionner les notes obtenues dans chacune des parties :

Tableau n°02 les dimensions de questionnaire et leurs items :

Les dimensions	Les items
Inquiétudes face à soi	1 à 10
Inquiétudes face à l'autre	11 à 33
Inquiétudes face à la relation	34 à 38
Les « je dois » et « il faut »	39 à 46
Autre pensées négatives	47 à 59

-L'analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :

Il contient 59 items divisé en cinq dimensions selon l'échelle de «0 »jamais à « 5 »toujours ; la première dimension contient dix items, la deuxième 22items, la troisième cinq items, la quatrième huit items, la cinquième treize items, chaque dimension on va les multiplies par cinq pour obtenir un échelle de comparaison par rapport à les résultats obtenue par chaque cas.

-Etude de validation :

Il n'existe aucune donnée psychométrique pour l'instant (Trudel, 2000). Le thérapeute peut relever les pensées dysfonctionnelles du sujet et lui apprendre à les assouplir.

Conclusion :

Le questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels a retenu notre attention. L'étude de ses qualités psychométriques est attendue.

Conclusion :

Pour réaliser notre recherche, on s'est basée sur une méthode clinique, pour une étude approfondi des cas, notre groupe de recherche est constitue de dix cas, qui ont subit une ablation, et prise en charge au niveau de service d'oncologie a Amizour.

Pour la collecte des données, on a utilisé deux outils de recherche, qui sont l'entretien clinique qui nous a permet d'avoir plus d'information de subjectivité des patientes, et le questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels.

Chapitre V :

Présentation et analyse des résultats

1- Présentation et analyse des les résultats

1-1-Premier (01) cas : Présentation et analyse de l'Entretien : Mme Rihan

Rihan femme âgée de 33ans, mariée depuis 6ans, mère de deux enfants (garçons) son niveau d'instruction est universitaire elle travaille comme avocate et elle est entraine de préparer le magister, elle a subi une mastectomie du sein droit.

Rihan a accepté facilement de nous racontée son histoire personnelle et l'histoire de sa maladie elle a été coopérative, nous avons effectué deux entretiens avec elle durant lesquelles elle a été de bonne humeur et pleine d'espoir. Notre première rencontre était consacrée à l'Entretien et la deuxième pour questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels.

Rihan a vécu une enfance et une adolescence normales sans aucune maladie particulière, elle n'a jamais été hospitalisée, seulement, ces accouchements étaient avec césariennes.

Rihan avait une santé saine jusqu'à l'âge de 32 ans où elle découvre un nodule au niveau de son sein, elle subi une intervention chirurgicale pour une mastectomie. Rihan souligne que sa maladie est héréditaire « *je suis la troisième après ma tante maternelle a l'âge de 40ans et ma cousine de coté père a l'âge de 33ans* ».

Notre patiente avait pressenti quelque chose dans son sein, durant l'allaitement de son deuxième enfant, elle consulte un médecin, ce dernier soupçonne que c'est un kyste « *kali normalement c'est un kyste* ». Les résultats des analyses et de la mammographie ont confirmé que Rihan est atteinte d'une tumeur. Elle était à côté de sa maman quand le médecin lui annonce la malheureuse nouvelle par téléphone « *j'ai été choqué, je m'attendrai pas, c'est vraiment difficile* », « *heureusement j'ai été avec ma mère* ». Elle a été très choquée, très peur de mourir et de laisser ses enfants elle a annoncé : « *ugadegh a demtegh adejegh arawiw wahdensen* », elle n'arrive pas à accepter l'idée de l'ablation de son sein. C'est son mari qui l'a insisté à faire cette intervention et de suivre l'avis du médecin d'après ses paroles : « *qalek tbib nehih nehih* ».

Rihan n'arrête pas de pleurer, vingt-cinq (25) jours plus tard, elle accepte l'idée de l'ablation. Aujourd'hui, elle est à la sixième séance de chimiothérapie, c'est une thérapie qu'elle supporte mal « *ce traitement m'a vraiment fatigué, il a des effets indésirables comme les vomissements, perte d'appétit et l'effet le plus difficile c'est la chute des cheveux* ». Pour camoufler la chute de ses cheveux, elle met un foulard et elle ne laisse personne la voir tête nue, même son mari. Elle n'arrive pas à se regarder dans la glace, elle ne supporte même pas que quelqu'un la regarde en face; elle a signalé : « *j'ai un complexe surtout quand les gens me regarde au niveau de mes seins* »

A propos de ses tâches quotidiennes c'est sa mère qui s'occupe d'elle, elle ne suit pas un régime alimentaire strict, elle pense que sa maladie lui a causé beaucoup de retard dans ces projets, surtout sa thèse de Magister mais malgré ca, elle reste optimiste elle nous a dit : « *il faut accepter ce qui vient du bon Dieu* », « *ma thèse, nchalah atkamlegh*»

Rihan vit une très bonne relation avec son mari avant et après sa maladie, malgré qu'il soit éloigné de la maison pendant 45 jours (il travaille au sahara). Ils ont vécu une histoire d'amour de six ans avant leur mariage. C'est à l'université de Batna qu'ils se sont rencontrés. Son mari a lâché des larmes quand Rihan lui annonça la malheureuse nouvelle, elle reconnaît que son mari n'a jamais changé elle nous a dit que son mari n'a jamais changé « *il ma dit que avec le sein ou sans sein ci kif kif l'essentielle atejit atughalete amzik* »

Notre patiente nous annonce que son désir sexuel a diminué, elle essaye toujours de satisfaire son partenaire « *tellement il est loiz quand il revient j'essaye de passée que des bon moments avec lui* ». Après ca guérison, elle compte faire une reconstruction de son sein « *nchalah asma adejigh adkhemegh l'opération pour la reconstruction d'un autre sein* »

A la fin de l'entretien, Rihan espère qu'elle guérira et verra ses enfants grandir, elle veut aussi finaliser sa thèse de magister.

❖ **Evaluation des résultats du questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Tableau n°03 : les résultats du questionnaire de Mme Rihan :

Les dimensions de questionnaire	Les résultats
Inquiétudes face à moi-même	16/50
Inquiétudes face à son partenaire	24/115
Inquiétudes face à la relation	0/25
Les « je dois » et « il faut »	25/40
Autres pensées négatives	35/65

❖ **L'analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Après la passation de questionnaire, Rihan a obtenue seize (16) points dans la dimension «les inquiétudes face à moi-même» qui présente un score diminuée. Cependant les items ont eu un score élevé cinq (05) : « mon corps n'est pas sexy » ; « je me sens coupable » ; les items ont eu quatre : « je n'attendrai pas l'orgasme » ; « je ne parviendrai pas à être excité sexuellement » ; « je suis anxieuse ». Rihan a obtenue vingt-quatre (24) points dans la dimension «les inquiétudes face à son partenaire» présente un score diminuée, cependant les items ont eu un score élevé les items cinq (05) : « tu essaye très fort » ; « j'aimerais que tu aies plus de plaisir » ; « si seulement ce n'était pas important » ; les items ont eu un score quatre : « tu parle trop » ; « je n'ai pas vraiment de plaisir ». Rihan a obtenue zéro(0) dans la dimension «les inquiétudes face à la relation» présente un score nulle. Elle a obtenue vingt-cinq (25) points dans la dimension les pensées de type «je dois» et «il faut» présente un score élevée; les items ont un score élevé cinq (05) : « je ressens que je dois faire tout ce que tu veux » ; « il faut que je sois excité » ; « nous devons tout les deux réussir»; « nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie ».

Et elle a obtenue trente-cinq (35) points dans la dimension «les autres pensées négatives» présente un score moyen ; les items ont score élevé cinq (05) : « pourquoi

doit-je m'y intéressé » ; « c'est trop d'effort » ; « je suis trop fatigué » ; « si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout » ; « je trouve les activités sexuelles dégoûtantes » ; « je n'ai pas vraiment le gout » ; « je ne suis pas satisfaite ».

❖ La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Rihan, on a constaté qu'elle présente un choc, et un refus de faire l'ablation, elle n'a pas accepté le nouveau corps sans sein, Rihan à eu une peur de mourir et de laisser ses enfants. Notre patiente présente aussi image corporelle affecté, puisque elle évite de regardé dans une glace, et aussi elle met un foulard sur ses poule et ses seins pour dissimulé le coté de l'ablation , et elle a un complexe quand les gens regardent au niveau de ses seins, qui influence leur vie sexuelle, d'après les résultats de Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels, la dimension les autres pensées négatives, et les pensée de type « je dois » et « il faut » classé les plus élevée.

1-2-Deuxième (02) cas Présentation et analyse d'entretien Mme Hayat :

Hayat est une femme âgée de 36 ans, elle est mariée depuis 7 ans, c'est est fonctionnaire, son niveau d'instruction, universitaire (DEA en biologie), mère de trois enfants (deux garçons (jumeaux) et une fille) Elle a subi une mastectomie en 2011.

Hayat s'est montrée coopérative avec nous malgré la fatigue due à la chimiothérapie (c'est sa première séance), nous avons effectué avec elle l'entretien dans la première rencontre et l'échelle dans la deuxième.

Madame Hayat n'avait aucune maladie durant son enfance avant cette atteinte, elle avait eu des hémorroïdes qu'elle *a traitées*.

Elle trouve que le cancer est héréditaire dans sa famille, son grand frère a eu un cancer de la peau, sa tante de coté maternelle a eu le cancer des ovaires, et elle le cancer du sein.

A l'âge de 33 ans et au cours de l'allaitement, elle a palpité une boule dans son sein gauche.

Elle a consulté un médecin qui l'a rassure que ce n'était pas grave et que c'est dû à l'allaitement « *ikrés uyéfki* ». Elle change de médecin, ce dernier lui recommande faire une mammographie et des analyses et c'est là qui a pu confirmer qu'elle a un cancer de sein au stade deux et une tumeur de cinq centimètres.

Le médecin déclare à son mari comme elle dit : « *rak téwélt 3liha ya hbibi* ». Elle nous a dit qu'elle doutait « par ce que ce sein manquait de lait et devient rouge ».

Les premiers temps, elle n'arrêtait pas de pleurer comme nous a dit : « *sétruyégh wahdi* », et elle avait des insomnies, elle a signalé : « *uganéghara toute la nuit* », elle a peur de mourir et de laisser ses enfants « *arawiw démézyanén ughadégh adémtégh aténdéjégh* », elle n'a pas accepté de vivre sans sein, elle a énoncée : « *udémaginighara ad3ichégh son sein* ». Au bout d'un moment, elle finit par accepter d'après ses dires « *3élmégh ayén ara yédur aktér wayén ara yénfé3* ».

Hayat s'est faite opérée, son hospitalisation a duré trois jours, une fois sortie de la clinique "Rameau d'olivier", elle rentrait chez elle, trois mois après elle a fait six séances de chimiothérapie dans le service d'oncologie d'Amizour, lorsque elle a fini, elle est partie à Alger pour la radiothérapie « *j'ai fait 24 séances* ».

La patiente nous a raconté que sa maladie s'est propagée dans ses poumons « *plomotorex* », elle est pour la deuxième fois sous traitement de chimiothérapie (onze séances).

Aujourd'hui, Hayat nous a dit que le cancer l'a détruite « *lehlakayi yérwéyi* », elle se sent tout le temps fatiguée. Elle souligne que la maladie l'a rendue nerveuse, elle nous a dit que le cancer l'a rapproché du bon Dieu car depuis son atteinte, elle fait ses prières comme il se doit et au bon moment « *télla lhaja l3alit zik iwéyi zhu nédunit, nagh ghéflégh tura tzalagh gélwékt* ».

Hayat nous a dit que le traitement le plus difficile c'est la chimiothérapie surtout les trois premières séances à cause de ses effets secondaires (les vomissements, la constipation, une vision brouillée et surtout la chute des cheveux), j'évite de me regarder dans la glace.

Hayat ne suit aucun régime alimentaire mais elle préfère tout ce qui est naturel.

En ce qui concerne les tâches quotidiennes elle nous a dit que c'est son mari qui s'occupe d'elle et de ses enfants, ainsi que sa sœur et sa tante.

Madame Hayat est une femme sociable qui a une bonne relation avec sa famille, belle famille et tout son entourage mais la maladie l'a changée, elle est devenue renfermée, n'aime pas le contact avec les gens, elle préfère rester toute seule, elle ne supporte même pas les cris de ces enfants.

Sa relation avec son mari n'est pas très bonne avant cette atteinte, ils s'occupent juste de leurs enfants, mais c'est la maladie qui les a rapprochés « *Il est devenu plus gentil et plus compréhensif* ». En voyant son état qui n'arrête pas de se dégrader, elle demande à son mari de se marier, mais celui-ci refusait la proposition malgré qu'elle n'arrête pas d'insister.

Hayat nous a dit qu'elle est toujours désirable par son conjoint, malgré que son désir soit diminué à cause du traitement qu'elle suivait et la fatigue, elle n'a pas

accepté le changement de son corps « *toujours thetsugh tkhus lhaja* ». Pour Hayat la relation sexuelle réussit quand les deux partenaires participent, elle sent que sa relation sexuelle avec son mari est affecté par cette atteinte « *uthusughara imaniw alaise amzik* », elle ne ressent plus de plaisir.

❖ Evaluation des Résultats du questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :

Tableau n°4 : les résultats du questionnaire de Mme Hayet :

Les dimensions de questionnaire	Les résultats
Inquiétudes face à moi-même	9/50
Inquiétudes face à son partenaire	8/115
Inquiétudes face à la relation	0/25
Les « je dois » et « il faut »	12/40
Autre pensées négatives	2/65

❖ Analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :

Après la passation de ce questionnaire, Hayet a obtenue neuf (09) points sur la dimension « les inquiétudes face à moi même » présente un score très diminuée. Cependant l’item à eu un score élevé cinq(05): « je ne satisferai pas mon partenaire ». Et elle a obtenue huit (08) points dans les inquiétudes face à son partenaire présente un score très diminuée ; cependant l’item à eu un score élevé cinq : « j’ai peur de te décevoir ». Et elle a obtenue zéro (0) dans les inquiétudes face à la relation elle est nulle. Et elle a obtenue douze (12) points dans les pensées de type « je dois et il faut » présente un score diminuée; cependant les items ont eu un score cinq : « nous devons tout les deux réussir » ; « je ressens que je dois faire tout ce que tu veux ». Hayet a obtenue deux (02) points dans la dimension « les autres pensées négatives » présente un score très diminuée.

❖ La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Hayet, on a conclu qu'elle a présente des éléments comme la sidération, elle n'a pas accepté sa maladie facilement, elle réclame des insomnies, et la peur de mourir engendré par la maladie.

Notre patiente présente aussi une image corporelle affecté après la mastéctomie, nous avons déduit qu'elle présente une forte personnalité pour combattre la maladie, pour qu'elle vive pour ces enfants d'après les résultats de Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels, les dimensions sont diminuée.

1-3-Troisième (03) cas : Présentation et analyse d'entretien de Mme Naima :

Naima est une femme âgée de 36 ans ,c'est la fille unique, elle a 03 trois frères , mariée depuis (17) dix-sept ans à l'âge de (19) dix-neuf ans, femme au foyer, aucun niveau d'instruction, mère de (04) quatre enfants, (03) trois filles et un garçon, elle présente une mastectomie de sein droit, elle est sous traitement de chimiothérapie.

Naima s'est montrée coopérative avec nous, nous avons effectuée avec elle deux entretiens, durant lesquels elle a montré un bien être, elle était dynamique et souriante tout ou long des séances.

Naima a vécu une enfance sans aucun problème de santé, elle nous a signalé que tous ses accouchements étaient en césariennes. Elle a subi une intervention chirurgicale à cause d'un nodule localisé au sein droit, suite à des douleurs au niveau du sein, du bras et du changement de couleur normale du sein. Elle a consulté un médecin généraliste qui l'a orienté vers un médecin spécialiste pour subir des analyses et faire la mammographie, qui lui confirme sa maladie.

L'annonce du diagnostic là traumatisé au point que sur le chemin du retour chez elle a été saisi par une crise de larmes, au début elle n'a pas accepté l'ablation, elle nous a dit que c'est le médecin qui a insisté ,il lui a dit que si tu gardes ton sein tu mourras et tu quitteras tes enfants elle a dit : « *atéjét tabouchtim atémtéd adéjét arawim* »,elle nous a dit que les paroles du médecin sont vraiment touchantes ,grâce à ces paroles la , elle a fini par accepter de faire l'ablation, elle nous a dit qu'elle ne pouvait pas fermer l'œil pendant (15) quinze jours elle a dit : « *khémsétach nyoum*

uydémichént walén la sbah la lé3chaé », elle n'a rien dit à sa mère ni à son mari, pendant la période de préparation à l'opération, elle est partie à Alger pour faire des radios et des analyses. Elle a dit à son mari j'ai juste un kyste et rien de grave, son mari lui a dit tu pars à Alger juste pour un kyste, d'après ses dires : « *nighas iwérgaziw s3igh lkyste daméchtuh, après ruhégh ghlédzair inayid atruhégh ghlédzair féljala nékyst* ». Naima nous a raconté que quand elle a annoncé à son mari sa maladie, il était choqué au même temps fâché parce qu'elle lui a caché sa tumeur tout un mois. comme elle a signalé : « *émésénigh yékhlé3, umbé3éd yéfqé3 féli 3lakhatér afrégh félass, inayid chhér téfrét féli* ».

La jeune femme nous a dit qu'elle a souffert avant de lui annoncer sa maladie puisque elle avait un doute, après l'annonce avant l'opération par ce qu'elle n'imagine pas son corps sans *sein* d'après ses dires : « *soufrigh uqbél adruhégh ghétbib chukégh,élmé 3élmé3 soufrigh tmaginighd imaniw bla taboucht* », quand elle a fait l'opération elle se réveille plusieurs fois dans la nuit pour vérifier le côté du sein perdu un coté plein et l'autre *vide* elle a dit : « *tékaréghd achhal ébérdan lé3cha talayégh amékan étchur amékan délém* ».

Naima est la première à avoir cette maladie dans sa famille, elle l'a eu depuis 7 sept mois, ainsi (6) six séances de chimiothérapie, les deux premières séances étaient vraiment difficiles mais après elle s'y est adaptée « *la première fois délmout soufrigh mais tura ça va* », Naima nous a dit que sa tête est blanche elle mettait un foulard pour que personne ne la voit chauve « *achékuhiw yéghlé aqéruyiw dachébban khédmégh lbandana béli udétbanara* », elle évite le maximum de se regarder dans le glace parce que son image de corps est affecté « *kérhégh adtélegh ghlémri surtout éméyéghlé uchékuh chémtégh udzéréghara imaniw dél3ébd* », elle nous a dit que la première fois qu'elle a enlevé le pansement elle était choquée « *émékségh la première fois le pansement khél3égh mlih* ».

Naima à part son traitement actuel que lui à prescrit le médecin, elle ne suit aucun régime alimentaire.

En ce qui concerne les complications qui ont accompagné cette atteinte, la patient n'a rien révélé « *je remercie Dieu* ».

Naima est une femme sociable, elle a une bonne relation avec sa famille, et sa belle famille malgré qu'elle n'a pas trouvé un grand soutien de leur part comme nous a dit : « *s3igh khamsa nétnoudin yéwét udchéyé3 yélliss ayét3iwén* ». Naima nous a dit que la maladie l'a changée elle évite de confronter et voir ses voisines et tout les gens qui l'entoure « *léhlakayi yéchangéyi kéréhégh adhédrégh dmédén, ljiraniw mara dasén usénlédighra tagurt* ». Naima met un foulard sur ses épaules pour que personne ne remarque la différence « *khédmégh lkhimar ftuyatiw iwakén adéfrégh adéfrégh amékanéni ilém* ».

La vie de couple est bonne, elle n'a aucun problème avec son mari, Naima se ressent toujours désirable, le problème qui se pose depuis son ablation, c'est qu'elle est devenue frigide, elle refuse la relation sexuelle la plupart du temps « *mará déqéréb ghuré tgamighas* », quand son mari s'approche d'elle, elle lui dit que tu penses juste à ça et lui répond c'est plus fort que moi, comme elle nous a dit « *qaréghas daya fachu ététkhémiméd, nékki machi danéchta édégarégh ghuqéruyiw, éqaréyid machi gfusiw* », elle rajoute que son mari est compréhensif malgré qu'elle refuse la relation sexuelle. Le mari de Naima lui demande de faire la reconstruction du sein, mais elle refuse, elle a peur comme elle annoncé : « *inayid wérgaziw matébghid atkhédmét l'opération amdkhédmén yéwén dajdid ugadégh atkhédmégh adkémlégh adhélkégh* ». Elle nous a dit que son corps n'est plus comme avant elle pense qu'elle ne peut pas satisfaire son partenaire d'après ses dires : « *lcoriw ébedél machi amzik tkhus lhaja* », elle ressent aussi que le traitement de chimiothérapie la rend fatiguée et elle ne supporte pas la relation sexuelle elle a dit : « *gmékhédmégh la chimio 3yugh uzmeréghra* ». Naima parlait toujours durant nos discussions des malheureuses expériences de femmes d'après ses dires : « *lant lkhal s3édant ktériw, téla yéwét ébrayas méskint wérgazis émé téhlék* ».

En ce qui concerne les souhaits de Naima, elle veut juste voir ses enfants grandir et réussir dans la vie.

❖ **Evaluation des Résultats du questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Tableau n°05 : les résultats du questionnaire de Mme Naima :

Les dimensions de questionnaire	Les résultats
Inquiétudes face à moi-même	20/50
Inquiétudes face à son partenaire	31/115
Inquiétudes face à la relation	0/25
Les « je dois » et « il faut »	25/40
Autre pensées négatives	38/65

❖ **Analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Après la passation de questionnaire, Naima a obtenue vingt(20) points dans la dimension « les inquiétudes face à moi-même » présenté par un score moyen. Par rapport l'item a eu un score élevé cinq (5) : « je ne suis pas assez bonne ». Et elle a obtenue trente-un (31) points dans la dimension « les inquiétudes face à son partenaire » présenté un score diminué ; cependant l'item a eu un score élevé quatre (4): « je n'ai pas vraiment de plaisir ». Naima a obtenue zéro(0) dans la dimension « les inquiétudes face à la relation » présenté un score nulle. Et elle a obtenue vingt-cinq (25) points dans la dimension « les pensées de type « je dois » et « il faut » présente un score élevée; même les items ont eu un score élevé cinq (5) : « je ressens que je dois faire tout ce que tu veux » ; « nous devons tout les deux réussir » ; « je devais avoir plus de plaisir » ; « j'ai le sentiment que je dois te donné l'orgasme » ; « je dois avoir un orgasme ». Naima a obtenue trente-huit (38) points dans la dimension « les autres pensées négatives » présenté un score élevée; même les items ont eu un score élevé cinq(5) : « je n'ai pas vraiment le gout » ; « je fais ce qui j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien » ; « je suis trop fatigué » ; « si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout » ; « je trouve les activités sexuelles dégoûtante ».

❖ La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Naima, on a conclu qu'elle présente un traumatisme engendré par l'annonce de la maladie, une détresse une peur de mourir. Notre patiente présente aussi une image de corporelle d'elle-même affectée après l'intervention chirurgicale, une perte narcissique et une baisse estime de soi qui altère la vie sexuelle, et touche sa féminité ; Naima met la sexualité au deuxième plan derrière la vie et la guérison. D'après les résultats de Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels, les dimensions « les autres pensées négatives », et les pensée de type « je dois » et « il faut » classé les plus élevée.

1-4-Quatrième (04) cas : Présentation et analyse de l'entretien MmeTounsia :

Tounsia, femme âgée de 37ans, mariée depuis cinq ans, elle a un enfant (fille). Elle est enseignante en mathématique au CEM, elle a un diplôme universitaire.

Au cours de notre entretien, notre patiente était très coopérative. Nous avons eu deux rencontres avec elle, durant lesquelles la bonne humeur, le plein espoir et le sourire régnaient tout le long des séances. Nous avons senti un transfère très positif de sa part.

Tounsia a vécu une enfance et une adolescence normales sans aucune maladie particulière. A l'âge de 31 ans, elle a été hospitalisée deux fois a cause d'un fibrome et à l'âge de 34 ans elle a vécu une grossesse très difficile avec de grandes complications, elle a eu une tension de grossesse et une anémie. Son accouchement avec césarienne a donné naissance à un bébé de 900 Gr. Les médecins lui disaient que il ne pourra pas survivre, elle a été très choqué elle avait peur de perdre sa fille.

A l'âge de 36 ans, Tounsia découvre un nodule au niveau de son sein qu'elle considérait comme un simple kyste. C'est suite à des analyses et une mammographie que son médecin a confirmé sa maladie, elle a été vraiment choquée, elle n'arrive pas à oublier le jour où le médecin lui a annoncé les résultats des diagnostics. Elle conservait mal l'idée de l'ablation du symbole de la féminité d'après qu'elle nous a raconté : « *dayén ighdésbanayén délkhalat* », elle a pleuré devant nous et elle a peur de mourir d'après qu'elle dit : « *egadegh a demtegh* » singe de l'angoisse de la mort.

Aujourd'hui, après l'ablation de son sein, Tounsia essaye de retrouver la joie de vivre malgré que ce ne soit pas aussi facile pour elle ; elle nous a annoncé : « *yu3ar lhal* ». Elle perçoit mal son corps sans sein, elle raconte ces blessures narcissique, elle nous a signalé qu'elle a vécu cette perte comme un manque d'après ses dires : « *tkhous lhaja edvanara souféla mais néki zright* ». D'ailleurs, ca fait plus de six moi qu'elle n'a pas vu sa cicatrice « *toutes les femmes ont deux seins sauf moi* ».

Elle évite de rencontrer ses proches, une fois, elle était invité à une fête de mariage, Tounsia n'a pas assisté, elle a peur d'affronter les invités, elle n'est pas prête à répondre a leurs questions sur sa santé, elle ne peut même pas assumer sa nouvelle morphologie devant les proche de son mari, d'après qu'elle nous a raconté : « *3érdénéyi ghétméghra énayid wérgaziw anruh, uruhéghara, le sein ulach achékuh yéghlé, amék adbinéd gér l3ibad* ».

Il est à rappeler que notre patiente a été hospitalisé une fois juste pour l'ablation du sein, elle a suivi ses cures de chimiothérapie a l'hôpital d'Amizour (wilaya de Bejaia). Elle reconnaît qu'elle a beaucoup souffert des effets que lui a causé ce traitement, elle est très angoissé face aux chutes de cheveux, elle nous a signalé d'après ses paroles : « *vous comprenez, une tête sans cheveux c'est très moche* ».

Aucune complication n'est à signaler chez Tounsia et elle ne suit pas de régime alimentaire strict. Ce qui concerne le coté professionnel, notre patiente a pris un congé de maladie qu'elle prolonge à chaque fois.

Tounsia est une femme très sociable, elle a de très bonnes relations avec sa famille, sa belle famille et tout son entourage, pour les tâches quotidiennes elle s'en occupe toute seule, sa relation conjugale est toujours solide, elle mène une vie de couple comblé, d'ailleurs ca l'a beaucoup aidé à surmonté son traumatisme. En ce qui concerne le désir sexuelle, Tounsia nous révèle qu'il a diminué, elle pense que c'est à cause du traitement, mais elle fait de son mieux pour satisfaire son mari «*3élmégh tkhus lhaja mais tcouvrigh sélhaja nidén , tlusugh ayén yéthébi wérgaziw tmakyigh*».

❖ **Evaluation des Résultats du questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Tableau n°06 : les résultats du questionnaire de Mme Tounsia :

Les dimensions de questionnaire	Les résultats
Inquiétudes face à moi-même	30/50
Inquiétudes face à son partenaire	27/115
Inquiétudes face à la relation	5/25
Les « je dois » et « il faut »	31/40
Autre pensées négatives	11/65

❖ **Analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Après la passation de questionnaire, Tounsia a obtenue 30 points dans la dimension « les inquiétudes face à moi même » qui représente un score élevé cependant les items ont eu des scores très élevée(05) tel que : « mon corps n'est pas sexy » ; « je n'attendrai pas l'orgasme » ; « je ne satisferai pas mon partenaire » ; « je ne parviendrai pas à être excité sexuellement » ; « je suis anxieuse » ; « j'ai honte » Tounsia a obtenue 27 points dans la dimension « les inquiétudes face à son partenaire » qui représente un score diminué, les items ont eu des scores plus élevée (05 et 04) tel que : «tu es trop mécanique » ; « c'est tout ce qui t'intéresse » ; « tu essaye très fort » ; «tu ne comprends pas » ; « tu ne sais pas communiquer ». Wardiya a obtenue cinq (05) points dans la dimension « les inquiétudes face à la relation » elle est très diminuée. Et elle a obtenue 31 points dans la dimension « les types de pensées de type je dois et il faut » qui présente un score élevée. : « Je ressens que je dois faire tout ce que tu veux » ; « il faut que je sois excité » ; « nous devons tout les deux réussir » ; « je devais avoir plus de plaisir » ; « j'ai le sentiment que je dois te donné l'orgasme » ; « je dois avoir un orgasme ». Wardiya obtenue (11) onze points dans les autres pensées négatives elle est diminuée.

❖ La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Tounsia, semble avoir été vécu l'annonce comme un véritable choc ou s'est présenté un sentiment de détresse, la peur de mourir. L'identité de Tounsia et sa féminité son touchées par cette perte constitue une perte au niveau narcissique, qui affecte son image de corps surtout par apport a d'autre femme qui son normal elle n'arrive pas a accepté cette perte, qui se signifier une baisse d'estime de soi; qui altère la vie sexuelle, d'après les résultats de Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels, la première dimension « les inquiétudes face à soi même », et les pensées de type « je dois » et « il faut » classé les plus élevée.

1-5-Cinquième (05) cas : Présentation et analyse de l'entretien Mme Ouahiba :

Ouahiba est une femme âgée de 38 ans, six ans de mariage et mère de deux enfants (filles), son niveau d'instruction est universitaire, enseignante de math, elle a subi une mastectomie de sein, actuellement, elle suit des séances de chimiothérapie.

Nous avons eue deux rencontres avec Ouahiba, durant lesquelles elle était souriante et dynamique, permettant un contact très facile. La première rencontre a été axée sur l'entretien et la deuxième était consacrée au questionnaire sur les pensées négatives et les désarrois durant les rapports sexuels.

Ouahiba a vécu une enfance et une adolescence normales sans aucune maladie, elle n'a jamais été hospitalisée sauf pour les accouchements, pas de facteur héréditaire elle est la première à être atteinte de cette maladie dans sa famille.

Ouahiba nous a raconté que durant sa première année de travail, elle faisait quotidiennement le trajet El kseur-Akbou : elle nous a annoncé « *c'est vraiment fatigant* », elle ressentait des douleurs au niveau de son sein et de son bras. En consultant un médecin, ce dernier, en lui faisant des analyses, l'informe qu'elles n'étaient pas bonnes, il lui recommande de faire une mammographie qui confirma la tumeur.

Ce n'était pas facile pour le conjoint de Ouahiba qui d'après elle, est très sensible. Elle pense qu'il va s'occuper d'elle vu que sa famille vit à Bouira. Elle pensait beaucoup plus au frais de ses déplacements et de ses dépenses. Elle a dit : « *chkoun yekhdem 3liya w nkhameme 3la les déplacements wa3la lmasrouf* ».

Chapitre V analyse des résultats et discussion des hypothèses

La patiente essayait d'être courageuse, elle ne voulait pas que les gens aient pitié d'après ses dires : « *manhabch ychoufuni maskina* ».

Elle accepta de faire l'ablation, malheureusement elle était enceinte de huit semaines donc elle était obligée d'avorter le bébé au mois de juillet, après quatre mois une autre intervention pour ablation du sein. Ouahiba n'a pas divulgué sa maladie à toute la famille.

Ouahiba avait un problème hormonal depuis son adolescence, elle pense que sa tumeur est due à cela. Elle est sous traitement de chimiothérapie qui d'après elle causait des douleurs au sein et au bras, aussi des aphtes, des vomissements, une vision brouillée et après la troisième séance, ses cheveux, cilles et sourcils commencèrent à chuter. Elle a dit : « *J'avais des cheveux raides coupé* »

Elle ne suit pas un régime alimentaire strict mais elle évite les conserves et les colorants. Et Pour sa vie quotidienne, c'est elle et son mari qui s'occupent des tâches ménagères et la cuisine elle a dit : « *ndir chghol m3a rajlé* » mais d'après elle quand elle se sent bien, il la laisse faire.

Ouhiba a connu son mari avant le mariage donc leur vie conjugale était bonne avant et après l'ablation, elle se sent toujours désirable par son partenaire et qu'il est toujours inquiet pour elle. Elle a dit : « *ykhamem 3liya rajli* » mais elle trouve que sa physionomie a changé comme nous a signalée : « *Quand je mets une nuisette nhas rohi machi chaba* » « *quand je mets une robe il faut que je remplis le vide pour équilibrer* » elle nous a dit que même avant cette atteinte elle allaitait sa fille avec un seul sein, donc l'un est plus grand que l'autre.

Elle nous a signalé aussi qu'elle est une femme frigide avant cette atteinte d'après ses dires : « je sais que le traitement diminue le désir sexuel mais moi j'avais ce problème bien avant » elle préfère la tendresse aux rapports sexuels, elle essaye de satisfaire son partenaire mais la plus part du temps elle évite cette relation.

A la fin de l'entretien ouahiba espère qu'elle guérira et qu'elle poursuivra sa vie normalement.

❖ **Evaluation des Résultats du questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Tableau n°07 : les résultats du questionnaire de Mme Ouahiba :

Les dimensions de questionnaire	Les résultats
Inquiétudes face à moi-même	16/50
Inquiétudes face à son partenaire	18/115
Inquiétudes face à la relation	5/25
Les « je dois » et « il faut »	20/40
Autre pensées négatives	25/65

❖ **Analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Après la passation de questionnaire, Ouahiba a obtenue seize(16) points dans la dimension « les inquiétudes face à moi-même » présente un score diminué. Cependant les items ont eu un score élevé cinq (5) tel que : « certaines parties de mon corps ne sont pas attirantes » ; « je suis anxieuse ». Ouahiba a obtenue dix-huit (18) points dans la dimension « les inquiétudes face à son partenaire » présente un score très diminuée. Cependant les items ont eu un score élevé cinq (5) tel que : « tu es trop mécanique » ; « je n'ai pas vraiment de plaisir ». Et elle a obtenue cinq (5) dans la dimension « les inquiétudes face à la relation » présente un score très diminuée ; cependant les items ont eu un score élevé cinq (5) tel que : « nous somme incompatible ». Et elle a obtenue vingt (20) points dans la dimension « les pensées de type « je dois » et « il faut » présente un score moyenne; cependant les items ont eu un score élevé cinq (5) : « nous devons tout les deux réussir » ; « j'ai le sentiment que je dois te donné l'orgasme » ; « nous devons avoir un orgasme en même temps ». Et elle a obtenue vingt-cinq (25) points dans la dimension « les autres pensées négatives » présente un score presque dans la moyenne ; ainsi les items qui ont eu un score élevé cinq (5) tel que : « je suis trop fatigué » ; « je n'ai pas vraiment le gout » l'item qui a eu un score élevé quatre (4) : « ca va faire mal ».

❖ La synthèse du cas :

D'après l'entretien d'Ouahiba, nous avons constatées qu'elle a reçu l'annonce de diagnostique comme un événement traumatique elle a pleuré, choqué, et elle présente une peur de mourir, notre patiente pensait beaucoup plus au frais de ses déplacements et de ses dépense. Notre patiente présente aussi une mauvaise perception de son corps, sa féminité est touchée par la perte du sein, Ouahiba présente une perte narcissique et une baisse estime de soi qui altère sa vie sexuelle, elle évite les rapports sexuels. D'après les résultats de Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels, les dimensions sont à la moyenne.

1-6-Sixième (06) cas : Présentation et analyse de l'entretien de Mme Salima :

Salima est une femme âgée de 38 ans, mariée depuis six ans et mère de deux filles. Elle est l'avant dernière d'une fratrie de six enfants (cinq frères et une sœur), c'est une femme au foyer avec un niveau scolaire de troisième Année Secondaire.

La patiente est sous traitement d'hormonothérapie, elle a subi la mastectomie des deux seins depuis deux ans et demi.

Nous avons effectué avec Salima deux rencontres ; la première pour lui présenter notre projet et son objectif en lui présentant le guide d'entretien et la deuxième pour la passation de l'échelle « *le Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels* ».

N'ayant aucun problème particulier de santé durant son enfance et/ou adolescence, salima à découvert sa maladie depuis deux ans et demi, c'est au cours de l'allaitement de la deuxième fille qu'elle constate que le lait commence à sécher et en palpant ces seins, elle découvre une petite boule dure.

Au début, Salima a banalisé sa situation, mais après avoir consulté un médecin, ce dernier lui recommande des radios et une biopsie. C'est à l'issue d'une mammographie que médecin confirme que la patiente est atteinte d'une tumeur.

La patiente subi une ablation de son sein et un mois plus tard, elle découvre un autre nodule au niveau de son deuxième sein. Quand le médecin lui confirme sa maladie pour la deuxième fois, salima était désespérée, traumatisée, elle avait peur de mourir selon ses dires « *j'ai eu peur de mourir, peur de laisser mes filles* ». La patiente subi une deuxième ablation « *C'est vraiment difficile, c'est une douleur insupportable* », « *je me sacrifie juste pour mes filles* ». Salima fait une défonce réactionnelle quand elle

dit « *j'ai gardé le même esprit, je suis courageuse je combattrai pour mes filles* » ; une sorte d'étayage, « *je combattrai, je considère le cancer comme un être humain il faut le combattre* », après elle ajoute qu'il ya des moyens médicaux plus avancés ce n'est plus comme avant « *tura yéla tawil machi amzik* ».

Il est à rappeler que salima est le deuxième cas au sein de sa famille, sa demie tante du coté maternel a subi le même sort.

En ce qui concerne les complications, notre patiente nous confirme qu'elle ne souffre d'aucune peine « la douleur physique est supportable, ce qui est insupportable c'est le regard des gens (la société qui ne comprend pas la maladie, la société matérhémch) elle nous a dit qu'elle ne peut pas parler avec des personnes qui ne comprennent pas sa maladie « *thébighra adhédrégh dél3idad ugésinéna* ».

Mme Salima a été hospitalisée deux fois. la première pour ablation et la deuxième, pour le traitement actuel, c'est l'hormonothérapie « récyptine », c'est un traitement de Cinq ans, ce traitement n'a pas d'effets secondaires comme la chimiothérapie qui la vraiment fatiguée, les vomissements, les palissements, et le plus douloureux est la chute de cheveux, elle nous a dit que le fait de les perdre est plus douloureux que l'ablation « *s3igh des beaux cheveux éghadéyi kter* ». Nous avons remarqué après ses dires qu'elle a été traumatisée encore une fois après la perte de ses cheveux mais quand ces derniers commencent à repousser, elle se sentait mieux.

Notre patiente est une femme sociable, mais elle est devenue réservée après sa maladie, elle nous raconte que c'est sa belle famille qui s'occupait d'elle et de sa petite famille.

Salima nous informe qu'elle a une très bonne relation avec son conjoint avant et après la maladie et elle nous a dit que l'annonce du diagnostique était plus difficile pour lui, « *il a eu peur que je meurs* », un sentiment de solitude mais aussi d'angoisse de la mort et de la séparation. Elle nous a dit qu'elle est satisfaite de sa vie conjugale et que son mari est devenu plus proche d'elle et qu'elle sent qu'elle est toujours désirable, elle prend toujours soin d'elle « *je fais mon possible pour être belle* », Salima a une forte personnalité pour dépasser ses angoisses, stress et peur, elle a une grande confiance en soi.

A propos de sa vie sexuelle, ce n'est plus comme avant, son corps a changé, elle sent un grand dégoût, en ce qui concerne son plaisir sexuel, il a vraiment diminué, c'est plus comme avant elle le fait par obligation c'est seulement pour faire plaisir à son mari « *khédméghas léplaisir nekki ghuré kifkif uytuqi3ara* ».

❖ **Evaluation des résultats du questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Tableau n°08 : les résultats du questionnaire de Mme Salima :

Les dimensions de questionnaire	Les résultats
Inquiétudes face à moi-même	26/50
Inquiétudes face à son partenaire	43/115
Inquiétudes face à la relation	04/25
Les « je dois » et « il faut »	22/40
Autre pensées négatives	38/65

❖ **Analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Après la passation de questionnaire, Salima a obtenue vingt-six (26) points dans la dimension « inquiétudes face à moi-même » qui présente un score moyen. Les items ont eu un score plus élevé cinq (05) : « je ne suis pas assez bonne » ; « mon corps n'est pas sexy » ; « j'ai honte » ; « je me sens un objet sexuel » ; la réponse par quatre : je n'attendrai pas l'orgasme. Salima a obtenue quarante-trois (43) points dans la dimension « les inquiétudes face à son partenaire » présente un score diminuée. Cependant les items ont eu un score élevé cinq(5) : « tu es trop pressée » ; « ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire » ; les items ont eu un score élevé quatre(4) : « c'est tout ce qui t'intéresse » ; « tu essaye très fort » ; « tu ne m'aime plus ». Salima a obtenue quatre(04) dans la dimension « les inquiétudes face à la relation » présente un score très diminuée. Et elle a obtenue vingt-deux(22) points dans la dimension les pensées de type « je dois » et « il faut » présente un score léger; les items ont eu un score cinq(5) : « il faut que je sois excité » ; « je devais avoir plus de plaisir » ; « j'ai le sentiment que je dois te donné l'orgasme » ; « nous devons avoir un orgasme en même temps ». Salima a obtenue trente-huit (38) points dans la dimension « les autres pensées négatives » présente un score élevé ; même les items ont eu un score élevé cinq (5) tel que : « Si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout » ; « je n'aime pas voir les

organes génitaux » ; les items ont eu un score élevé quatre(4) tel que : « c'est trop d'effort » ; « je suis trop fatigué ».

❖ La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Salima, on a conclut qu'elle présente un choc énorme saisie par une crise de larme et une détresse surtout dans la deuxième ablation, engendré par une angoisse de la mort. Notre patiente présente aussi une image de corps affecté depuis l'ablation, elle trouve son corps moche, une perte narcissique et baisse estime de soi altère sa vie sexuelle c'est pour ça elle évite progressivement les rapports sexuels et elle n'aime pas voir les organes génitaux, d'après les résultats de Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels, la dimension « autres pensées négatives, classé la plus élevée ».

1-7-Septième (07) cas : Présentation et analyse de l'entretien de Mme Souhila :

Souhila femme âgée de 39 ans, mariée depuis quatre ans, elle est d'un niveau d'instruction de (3AS). Mère d'un seul garçon, souhila s'est montrée coopérative, en acceptant d'effectuer deux entretiens avec nous, et durant lesquels elle était de bonne humeur.

Souhila a vécu une enfance et adolescence sans aucun problème de santé, à l'âge de 28 ans, elle a subi une intervention chirurgicale à cause d'un fibrome, huit ans (08) ans après à, soit 36 ans, elle a eu un accouchement naturel mais difficile, et à l'âge de (38) ans elle a subi une mastectomie du sein gauche.

Souhila nous a révélé que le cancer du sein était héréditaire dans sa famille, sa mère et ses deux tentes sont mortes à cause de ce cancer. La première fois que Souhila eut suspecté ce genre de cancer chez elle, était en touchant une boule dans son sein, le médecin généraliste chez lequel elle a consulté l'a envoyé chez un gynécologue pour faire des radios, une biopsie, et une mammographie, le médecin traitant lui a recommandé de faire une ablation du sein, chose qu'elle refuse catégoriquement, et décide de changer à trois reprise de médecin pour un même diagnostic, « *l'ablation du sein est très douloureuse* » nous a-t-elle confié (*3wdégh tbib 3 ébérdan, qérihlhal*). Choquée, désespérée, et saisie par une crise de larmes, elle nous révèle que c'était très difficile de l'accepter, elle était angoissée du fait que sa mère et ses tentes en sont

morte « *trugh mlih ugadégh yémma dkhalté mutént syéwén léhlak* ». Malgré ça, elle accepte tout ce qui vient de dieu « *hajarébbisébhano* », elle est devenue nerveuse et ne supporte rien « *awégufan yéwén uydéhédé ryéwén uyésfqa3* ».

Souhila Sous traitement de chimiothérapie (cinquième séance), elle nous souligne que ca fait beaucoup souffrir, et au bout de la troisième séance ; ces cheveux, cilles et sourcilles commencent à chuter, mais elle finit par accepter, les cheveux partent et reviennent « *ch3ér itruhu yétughaléd* ». Au bout de la quatrième et cinquième séance, souhila souffre des vomissements, fièvre, maux de tête, et douleurs au niveau des muscles.

Elle nous a dit qu'elle ne suit pas aucun régime alimentaire, « *amzik amtura sétégh kuléch* ». Souhila nous a dit qu'elle a de bonnes ressources familiales, elle est bien entourée par sa belle-famille puisqu'elle vit avec eux.

Ce qui concerne les tâches quotidiennes, elle les accomplit normalement, pour la vie conjugale de Souhila, elle est aussi bien après qu'avant sa maladie, elle est très fière de son mari qui a su accepter l'ablation de son sein,

Il ya à souligner que notre patiente a vécu une période très difficile après l'ablation de son sein (surtout les deux premiers mois). Elle met son bras sur son sein pour que les gens ne voient pas le vide ou la différence et sa vie sexuelle été anormale (elle a perdu l'envie), cela lui a crée des différents avec son mari qui s'engageait pour la relation sexuelle mais elle refusait ; elle ressentait rien « *étqéribéd ghuré néki tgamigh l'envie thruh* ». Souhila avait une vision pessimiste sur l'avenir, elle voulait guérir pour son enfant.

❖ **Evaluation des résultats du questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Tableau n°09 : les résultats du questionnaire de Mme Souhila :

Les dimensions de questionnaire	Les résultats
Inquiétudes face à moi-même	14/50
Inquiétudes face à son partenaire	17/115
Inquiétudes face à la relation	03/25
Les « je dois » et « il faut »	08/40
Autre pensées négatives	38/65

❖ **Analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Après la passation de questionnaire, Souhila a obtenue 14 points dans la dimension « les inquiétudes face à moi même » qui présente un score diminuée. Cependant Les items ont eu des scores élevé cinq (05) : « je suis anxieuse » ; « je me sens coupable ». Et elle a obtenue dix-sept (17) points dans la dimension « les inquiétudes face à son partenaire » qui présente un score très diminuée.

Les items qui ont un score élevé cinq (05) : « tu parle trop ». Souhila a obtenue trois (03) dans la dimension « les inquiétudes face à la relation » qui présente un score très diminuée. Souhila obtenue huit (08) points dans les pensées de type « je dois et il faut » qui présente un score diminuer ; les items ont eu un score élevé cinq (05): « nous devons tout les deux réussir ». Elle à obtenue trente huit (38) points dans la dimension « les autres pensées négatives » qui présente un score élevée ; les items ont eu un score élevé par cinq (05) : « je le fais seulement pour te faire plaisir » ; « je fais ce que j'ai-à faire mais ça ne m'apport rien » ; les items ont eu quatre (04): « je n'ai pas vraiment le gout »; « je suis trop fatigué »; « je trouve les activités sexuelles dégoûtante » ; « je ne suis pas satisfaite ».

❖ La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Souhila, on a constaté qu'elle présente un choc, une peur de mourir, et perte d'appétit, notre patiente est devenue nerveuse, après l'annonce de la maladie, la mastectomie altère image de corps de Souhila par ce qu'elle trouve son corps a changé, elle n'est pas satisfaite de son état actuelle, elle ressentie différente des autres femmes la perte du sein impact la féminité de Souhila, se qui engendre une blessure narcissique, se qui est influencé la vie sexuelle de notre patiente, elle évite la plus part de temps les rapports sexuels surtout les premier mois après l'ablation de son sein, ainsi le « questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels » témoigne ses difficultés sexuelle par les résultats, la dimension « les autres pensées négatives », classé la plus élevée.

1-8-Huitième (08) cas : Présentation et analyse de l'entretien Madame Yamina :

Madame Yamina est une quadragénaire ayant un niveau scolaire de neuvième Année Fondamental. C'est une femme au foyer, elle a quatre enfants (trois filles et un garçon). On a effectué avec elle deux entretiens, durant lesquels elle a montrée un bien être.

Aucun problème de santé n'a été signalé chez Yamina pendant son enfance, adolescence et âge adulte, elle nous a informé que ses accouchements étaient des césariennes, elle n'a jamais été hospitalisée pour une autre maladie, et aucune personne de sa famille n'est atteintes de cette maladie.

Yamina est atteinte de cette maladie depuis presque une année. Au début ca a commencé avec un petit kyste qu'elle a découvert quand elle touche sa poitrine « *touchighd la boule téqur* », « *chukégh yéla kra* », puis en allant voir un médecin, elle découvre qu'elle est déjà atteinte d'une tumeur. Le médecin a annoncé cette malheureuse nouvelle en présence de son mari, « *athélkét wach mléhlak watéksét tabouchtim* », elle était sous le choqué, elle nous annonce que c'est très difficile d'accepter cette maladie surtout l'idée de l'ablation de son sein. Aujourd'hui, elle se souvient de la date exacte de l'ablation de son sein (26 Mai 2014), elle est toujours sous le choqué, elle a peur de mourir et de laisser ses enfants « *ugadégh lmut, adéjégh arawiw* ».

Yamina ne dore pas, elle ne mange presque pas, elle ne fait rien et devant cette situation. Son mari lui a proposé de suivre chez un psychologue, elle y est partie deux fois avant l'ablation et trois fois après. Ces séances lui ont fait beaucoup de bien « *i3awnéyi mlih iméruhégh ghupsychologue gumagh adqéblégh léhlakiw, i3awnéyi uqbél l'opération et gmékhédmégh l'opération* ».

Ce qui concerne les complications, elles sont surtout d'ordre psychique, elle nous a dit qu'elle est devenue nerveuse et très sensible « *tnérvigh rapide utssupportigh kra* », elle trouve toujours l'occasion de pleurer.

Son traitement actuel est l'hormonothérapie, c'est sa douzième cure de Ryciptine. Yamina reconnaît que ce traitement n'a pas d'effets secondaires fatiguant comme la chimiothérapie « *la chimio tésoufréyi tésé3yayi* », cette dernière lui a laissé des séquelles, hormis les vomissements, la diarrhée, la chute de cheveux et les brûlures, sa peau a changée « *s3igh la peau tachébhant téqél tabérkant ttéqchar* », elle est atteinte du goitre et encore l'un de ces yeux est devenu plus grand que l'autre « *s3igh légoitre, dlachimio éytédékhédmén aka éydéna tbibi, yéwét ntit ayaktér ntayét* ». Ces complications l'ont conduit à se détester, elle ne peut plus se regarder dans la glace, elle se voit très moche « *lhaja éggérihén daghén éméyéghlé uchékuhiw, uzméréghara adtélegh glémré, zérégh émaniw chémtégh* ». Yamina ne suit aucun régime alimentaire mais elle évite les produits de conserve.

Pendant le traitement de chimiothérapie, sa nièce l'aidait pour ces tâches quotidiennes, « *émékhédmégh la chimio uhwajégh yéna aryé3éwnén, ufigh yéliss wéléتما* »

Yamina nous a raconté que sa relation avec son mari est agréable par ce qu'ils ont vécu une histoire d'amour avant leur mariage « *argaziw uqbél ataghégh snégh t n3achéd lwahid* », elle nous a dit que son mari l'a toujours soutenu malgré qu'il soit lui aussi choqué et tout le temps stressé. Ils vivent une vie conjugale normale, il est devenu plus proche d'elle, il fait tout pour qu'elle retrouve sa joie, il l'a même amené en France pour des séances de radiothérapie. Elle ressent qu'elle est toujours désirable par son mari malgré que son corps ne soit plus le même. Elle met des prothèses pour que son mari ne voie pas ces cicatrices « *khédmégh léprotése ugé3rara lopiration-yno wérgaziw* »

Notre patiente nous révèle qu'elle manque d'envie sexuelle, elle ne pense qu'à sa guérison, elle pense que c'est la chimio qu'a fait diminuer son envie « *bghigh just adéjigh utkhémémaghara fanéçhta* », « *umad la chimio tkémléyi* ». Malgré ca elle s'oblige à le faire dans le but de satisfaire son partenaire « *khédmégh just 3lakhatér délhékis mé néki uthusugh kra, tiswi3in tgamigh uzméréghara* ».

A la fin de l'entretien, Yamina est saisie par des larmes, elle trouve notre rencontre très bénéfique pour elle, elle nous remercie et elle souhaite survivre juste pour ses enfants qu'elle souhaite voir grandir et réussir dans leur vie « *bghigh adéjigh ad3ichégh éwarawiw aténzrégh méqrit néjhén géduniténsén* ».

❖ **Evaluation des résultats du questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Tableau n°10 : les résultats du questionnaire de Mme Yamina :

Les dimensions de questionnaire	Les résultats
Inquiétudes face à moi-même	16/50
Inquiétudes face à son partenaire	26/115
Inquiétudes face à la relation	0/25
Les « je dois » et « il faut »	35/40
Autre pensées négatives	7/65

❖ **Analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Après la passation de ce questionnaire, Yamina a obtenue (16) points dans la dimension « les inquiétudes face à soi même » présente un score diminuée. Cependant Les items ont eu un score élevé cinq (05) : « je suis anxieuse » ; « j'ai honte ». Et elle a obtenue vingt-six (26) points dans la dimension « les inquiétudes face à son partenaire » présente un score diminuée. Cependant les items ont eu un score élevé cinq (05) : « tu es trop mécanique » ; « j'aimerais que tu aies plus de plaisir ». Yamina a obtenue zéro (0) dans la dimension « les inquiétudes face à la relation » présente un score nul. Et elle a obtenue trente-cinq (35) points dans les pensées de type « je dois et il

faut » présente un score élevé; les item un score cinq (05): elle a répondu à tous les items par cinq (05) sauf « nous devons avoir un orgasme en même temps ». Et elle a obtenu sept (07) points dans la dimension «les autres pensées négatives » présente un score diminuée; Cependant l'item à eu un score élevé cinq(05) : « si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout ».

❖ La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Yamina, nous avons constatées qu'elle présente un traumatisme engendré par l'annonce de diagnostique, et une peur de mourir. Notre patiente présente aussi une image de corps d'elle même affecté, après l'intervention chirurgical, et le traitement de chimiothérapie, qui à laissé des trace menaçante sur sa féminité, d'après les résultats de Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels, la dimension ; les pensées de type « je dois » et « il faut », classé la plus élevée.

1-9-Neuvième (09) cas : Présentation et analyse d'entretien Mme Wardiya :

Wardiya femme âgée de 41 ans, elle à sept ans de mariage, elle n'a jamais été à l'école, mère de deux enfants (une fille et un garçon). Wardiya a été très coopérative durant notre entretien, elle nous disait qu'elle a vraiment besoins d'une aide psychologique, c'est vraie que nous avons trouvé des difficultés dans la communication, nous avons fait recours à la langue maternelle (le kabyle).

Wardiya a vécu une allergie durant son enfance, et des douleurs d'estomac à l'âge adulte, elle a été déjà hospitalisée pour une opération de ses yeux à cause des kystes.

Wardiya a fait une fausse couche a l'âge 34 ans, ses deux accouchement étaient avec césarienne, à l'âge de 40 ans elle a subi une mastectomie à cause d'un nodule au sein droit, elle touchait une boule dure, le lendemain est parti chez un médecin pour faire des radios, le médecin demande de faire la mammographie, les résultats confirme son atteinte d'une tumeur. Choqué de la nouvelle, elle s'évanouie sur place, d'après ses dires : « *inayid tbib tés3it lcansér ghligh sékrégh* », elle pleurait tout le temps et se renfermait dans sa chambre. Elle perçoit très mal l'idée de l'ablation de son sein, elle croie que toutes les femmes atteintes de cette maladie subiront le sort de la mort. Elle

était tout le temps angoissée et stressée, elle a peur de mourir, elle a dit : « *tqéllqégh, ugadégh, ugadégh adémtégh, lkhalat igés3an léhlakayi ut3échéntara* ».

Les moyens financiers de notre patiente sont très réduits, elle trouve que les couts des soins dépassent ses moyens, elle est issue d'une famille moyenne et nombreuse, ces conditions ont augmenté sa souffrance et son désespoir.

Elle pense que sa maladie est due à la consommation de la pilule, c'est son médecin qui lui annonce ca, elle a signalé : « *inayid tbibiw léhlakim sébass dlapilule* ». Wardya est la première de sa famille à être atteinte de cette maladie.

Aujourd'hui, wardya vit dans les cauchemars, elle ne veut pas accepter ca nouvelle situation, elle perd l'espoir de vivre, elle ne tient ni à son mari ni à ses enfants, d'après ses dires : « *uytuqi3 gérawiw uytuqi3 gérgaziw amakén machi gédunit ét3ichégh, utkhéméméghara fédunit* », « *tédugh u3liméghara anida* », elle dit que sa vie est ruinée, d'après ses dires : « *kuléch inéqalab yérwi* ». Elle pleure nuit et jour, elle fait des cauchemars chaque nuits elle a dit : « *khél3égh lé3cha mara dékrégh adtélegh tabouchtiw atafégh ulachit khél3égh sétruyégh* ». Heureusement pour elle, il ya son cousin médecin qui lui explique à chaque fois sa maladie ; d'après ses paroles : « *s3igh miss 3émi détbib ésféhméyid fléhlakiw* ».

Wardiya n' pas eu de complications après l'opération et elle ne suit pas de régime alimentaire strict. En ce qui concerne les tâches quotidiennes, c'est son mari qui prend soin d'elle et de ses enfants malgré qu'ils vivent avec la grande famille, d'après ses racontes : « *argaziw igkhédmén féli dwarzawiw ghass akén t3ichégh gékham yézdé, amghar tamghart, tinodine uyét3awanénara* ». Elle passe la plus part de ces jours chez ses parents surtout durant les séances de chimiothérapie. Elle nous confie qu'elle n'a pas trouvé le soutien de la belle famille comme elle a signalée : « *uyufighara akham wérgaziw gélwéqt égu3rén tinotiniw uwdkhédméntara chghél* ».

Wardiya a commencé à perdre ses cheveux à partir de la troisième semaine de traitement, elle qui avait de longs cheveux raids, elle les a coupé avant le début de la chute et elle a mit le foulard, sorte de préparation pour que ses proches ne remarquent pas la différence, d'après ses dires: « *yébdá yétéghlay ché3riw* », « *géz mégh aché3riw qbél adyéghlé, ubghighara atézrégh mara détéghlay daméqran* », « *khéd mégh lkhimar uqbél ayéghli ché3riw, akén utféqénara l3ibad* ».

La vie conjugale de Wardiya est bonne d'après ses dires, son mari prend soin d'elle malgré que les soins dépassent ses moyens elle a dit : « *ithadaréyi wargaziw ghas akén ghlayque son udawé* ». Elle raconte que son mari était très choqué lors de l'annonce du diagnostique elle a dit : « *ikhlé3 wargaziw iméydénan thélkéd* ».

Elle est toujours désirée par son conjoint malgré qu'elle se voit pas attirante comme avant, il ya une partie importante qui manque ; comme elle nous a signalée : « *inqés wézgén zgé* ».

Notre patiente reconnaît que depuis l'annonce des résultats du diagnostique, son désir sexuel a complètement disparu, elle refuse la relation sexuelle même si son mari lui demande comme elle a annoncée : « *nétan yébgba néki uzmeréghara* » car elle ne ressent aucun plaisir « *uthusugh sékra machi amzik* », pour elle, ce n'est pas le moment de penser à ça. Son mari est compréhensif ; elle a dit : « *iqaréyid normal ghas gumagh mé utuménghara* », elle pense même qu'elle pourra transmettre sa maladie à son mari à travers ces relations.

❖ **Evaluation des résultats du questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Tableau n°11 : les résultats du questionnaire de Mme Wardiya :

Les dimensions de questionnaire	Les résultats
Inquiétudes face à moi-même	37 /50
Inquiétudes face à son partenaire	22/115
Inquiétudes face à la relation	0/25
Les « je dois » et « il faut »	16/40
Autre pensées négatives	40/65

❖ **Analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Après la passation de questionnaire, Wardiya a obtenue 37 points sur la dimension « les inquiétudes face à moi même » qui représente un score élevée. Les items ont eu des scores élevée cinq (05) tel que: « certaines parties de mon corps ne sont pas attirantes » ; « mon corps n'est pas sexy » ; « je n'attendrai pas l'orgasme » ; « je ne satisferai pas mon partenaire » ; « je ne parviendrai pas à être excité sexuellement » ; « je suis anxieuse » ; « j'ai honte ». Wardiya a obtenue vingt deux (22) points dans « les inquiétudes face à son partenaire » qui présente un score diminuée. Les items qui ont un score élevé (05): « j'aimerais que tu aies plus de plaisir » ; « je n'ai pas vraiment de plaisir » ; « tu ne me trouve pas assez attrayante ».

Wardiya a obtenue zéro (0) dans la dimension « les inquiétudes face à la relation » est nulle. Elle a obtenue seize (16) points dans les pensées de type « je dois et il faut » est léger; les items ont eu un score élevé cinq (05) : « nous devons tout les deux réussir » ; « je devais avoir plus de plaisir ». Wardiya a obtenue un score élevé de quarante (40) points dans la dimension « les autres pensées négatives » qui présente un score élevé ; les items ont eu un score élevé cinq (05) : « je n'ai pas vraiment le gout » ; « ça ne marchera pas pour moi » ; « je le fais seulement pour te faire plaisir » ; « c'est trop d'effort » ; « je fais ce que j'ai à faire mais ça ne m'apport rien » ; « je suis trop fatigué » ; « je trouve les activités sexuelles dégoûtante » ; « je ne suis pas satisfaite ».

❖ **La synthèse du cas :**

D'après l'entretien de Wardiya, nous avons retiré ces éléments « pensées de mort, insomnie, la fatigue et perte d'énergie et de plaisir » qu'elle a depuis l'atteinte de la maladie, qui signifie qu'elle présente une dépression. Notre patiente présente aussi une image de son corps très affecté, après la mastectomie car elle n'a pas accepté son nouveau corps, elle ressentie qu'elle a brisé dans sa féminité, la souffrance ressentie par la patiente influence ça sexualité par la perte de plaisir et l'absence de désir, car elle refuse les rapports sexuels, le questionnaire nous a permis de faire connaître l'impact sur la sexualité de Wardiya d'après les résultats de « Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels », dans la première dimension

les « inquiétudes face à soi même », et « autre pensées négatives » classé les plus élevée .

1-10-Dixième (10) cas : Présentation et analyse de l'entretien Madame Hassina :

Hassina est une femme âgée de (43) quarrent trois ans, mariée depuis (19) dix-neuf ans, elle est d'un niveau scolaire de (03) trois année secondaire, mère de 4 enfants (trois filles et un garçon). Durant notre rencontre, Hasina s'est montrée coopérative. Nous avons effectué deux entretiens avec elle, durant lesquels elle était de bonne humeur, elle était pleine d'espoir.

Hasina a vécu une enfance et une adolescence sans aucun problème de santé a signalé, ses accouchements étaient naturels.

Elle s'est fait opérée une fois pour une appendicite à l'âge de 26 ans. Son problème de santé a débuté à l'âge de (40) quarrent ans, elle avait de la fièvre chaque nuit, pendant deux mois successifs. Elle a palpité une boule dure dans son sein puis elle est partie voir un sénologue qui lui demande de faire une biopsie et une mammographie. Son médecin lui a refait les analyses deux fois parce qu'il n'était pas sur du diagnostic.

Son mari était choqué, elle se voyait plus courageuse que lui faut accepter se qui est vient de Dieu, d'après ses racontes : « *ayné dyusan sghur rébbi mréhba* », elle a embrassé son sein avant l'ablation. Aujourd'hui, elle ressent un grand manque et elle trouve que le sein est très cher pour une femme d'après ses paroles : « *imi khédmégh lopération huségh tkhuséyi lhaja chghél malégh* » ; et elle rajoute « *taboucht 3zizét fétmétut* ».

Pour Hassina la cause de sa maladie c'est les problèmes qu'elle vivait avant son mariage, parce que son père voulait la marier avec son cousin, qu'elle refusait parce que elle était amoureuse de son voisin, mais la famille de ce dernier refusait cette idée.

Hassina était choquée lorsque ses cheveux, ses cilles et ses sourcilles commençaient a chuter, elle n'a pas accepté sa nouvelle physionomie, elle nous a dit qu'elle ne pouvait plus se regarder dans une glace et qu'elle s'est rasée ses cheveux comme elle nous a annoncé : « *uzméréghara datélégh ghlémré zéréghd émaniw* »

délwéhch chémtégh tawraght », le traitement la fait souffrir elle ressentait tout le temps la fatigue, les vomissements, les bouffées de chaleur, la vision brouillée et la sensation de brûlure.

C'est la deuxième séance de chimiothérapie, les cellules cancéreuses se sont propagées dans les poumons elle nous dit ; « *éguma adékés léhlakayi yérna ykémél gélpomo-yno* » Sa santé se dégrade de plus en plus comme elle dit : « *séhayno truh kulass tézid lhalaw* ».

Hassina ne pouvait pas accomplir ses tâches ménagères seule, sa mère et sa belle mère l'aidait.

Hassina ressentait qu'elle est toujours désirable par son conjoint mais elle trouve qu'elle n'est plus attirante pour cela elle met des prothèses pour camoufler le vide comme elle nous signalé : « *thusugh khuségh ténqés lhaja élaq atéfrét* » elle ne laisse pas son mari voir son opération.

Nous avons effectué avec le mari de Hasina un entretien, nous avons remarqué que lui aussi ne désire pas voir l'opération de crainte qu'il ne la déteste d'après ses dires : « *néki t-évitigh adwaligh l'opiration ugadégh atkérhégh* », quand elle change ses vêtements il évite de la regarder « *mayéla tébédil lqéch zati utalayéghra* ».

Il nous a raconté qu'à la première séance de chimiothérapie, il lui a acheté une perruque, il ne voulait pas la voir sans cheveux « *ughéghazd la perruque udétbénara amléxtra terrestre* ».

Hassina ne ressent plus le plaisir sexuel comme avant, elle est dégoûtée et elle l'évite, elle trouve toujours des excuses à son mari.

❖ **Evaluation des Résultats du questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels**

Tableau n°12 : les résultats du questionnaire de Mme Hassina :

Les dimensions de questionnaire	Les résultats
Inquiétudes face à moi-même	9/50
Inquiétudes face à son partenaire	20/115
Inquiétudes face à la relation	0/25
Les « je dois » et « il faut »	36/40
Autre pensées négatives	0/65

❖ **Analyse de questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels :**

Après la passation de questionnaire, Hassina a obtenue neuf (9) points dans la dimension « inquiétudes face à moi-même » qui présente un score diminuée, Cependant l'item qui a un score élevé cinq(05) : « je n'attendrai pas l'orgasme ». Hassina a obtenue vingt (20) points dans la dimension « les inquiétudes face à son partenaire » présente un score diminuée. Cependant Les items ont eu » un score élevé cinq (05): «si seulement ce n'était pas important » ; « je n'ai pas vraiment de plaisir »; « tu me désire moins qu'avant ». Et elle a obtenue zéro (0) dans la dimension les inquiétudes face à la relation présente un score nulle. Et elle a obtenue trente-six (36) points dans les pensées de type « je dois et il faut » présente un score élevé élevée; les items ont eu un score élevé cinq (05) : « il faut que je sois excité » ; « nous devons tout les deux réussir » ; « j'ai le sentiment que je dois te donné l'orgasme »; « je dois avoir un orgasme»; « nous devons avoir un orgasme en même temps » ; « nous devons avoir une activité sexuelle parfaitement réussie»; l'item noté quatre : « je devais avoir plus de plaisir ». Hassina présente un score zéro (0) points dans la dimension « les autres pensées négatives » qui présente un score nulle.

❖ La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Hassina, nous avons constaté un choc énorme d'après l'annonce de la maladie, surtout quand sa maladie propagé dans le poumon, se qui est pesée la santé de Hassina, se qui est provoqué encore plus la peur de mourir. Notre patiente présente aussi une image corporelle affectée, par la perte du sein et la chute de cheveux qui font briser Hassina dans sa propre féminité, d'après les résultats de Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels, la dimension les pensées de type « je dois et il faut » est classées élevée.

2- Discussion des hypothèses :

➤ Discussion de la première hypothèse

L'ablation du sein impacte le psychisme des femmes, par un ensemble de troubles psychologiques.

Selon les données des entretiens et leurs analyses, nous avons constaté que parmi le groupe de notre étude on a cinq cas qu'on a trouvé que leur psychisme est affecté par l'ablation du sein, beaucoup plus que les autres. Rihan à eu « une peur de mourir et de laisser ses enfants », l'annonce du diagnostique l'à saisie par un choc et une détresse psychique. Rihan a eu un score élevé cinq (05) dans l'items du questionnaire « je suis anxieuse ».

Tounsia avait vécu l'annonce comme un véritable choc suivi d'un sentiment de détresse et de peur de la mort. D'après les résultats du questionnaire, Mme Tounsia a eu un score élevé, cinq (05) dans l'item « je suis anxieuse » ; « j'ai honte » ; Selon (Carine Segresta-Crouzet, 2010) « Les cancers quels qu'ils soient et leurs traitements invasifs ont en effet un impact sur l'organisation et l'équilibre psychique des patients que les études traitent comme une « Détresse psychologique » et une « atteinte à la qualité de vie »,

Salima était désespérée, traumatisée, elle avait peur de mourir selon ses dires « *j'ai eu peur de mourir, peur de laisser mes filles* ». La patiente subi une deuxième ablation « *C'est vraiment difficile, c'est une douleur insupportable* », « *je me sacrifie juste pour mes filles* ». Et d'après son questionnaire, Salima a obtenu un score élevé cinq (05) dans l'item; « j'ai honte ».

Wardiya, suite à l'entretien, nous avons retiré ces éléments comme suit : « pensées de mort, insomnie, la fatigue et perte d'énergie et de plaisir » qu'elle a depuis son atteinte, ces indices signifient le début d'une dépression. Notre patiente a eu un score élevé cinq (05) dans le questionnaire parmi ces items en trouve « je suis anxieuse » et « j'ai honte ».

D'après l'entretien de Souhila, nous avons constaté qu'elle présente un choc, une peur de mourir, et perte d'appétit, notre patiente est devenue nerveuse. Elle a obtenu dans le questionnaire un score élevé cinq (05) dans l'item « je suis anxieuse ».

Pour (Poinsot, Brédart & al, 2005) « Le diagnostic de cancer du sein est une terrible épreuve pour les femmes, confrontées peut-être pour la première fois à la perspective de la mort. L'angoisse face au devenir et à l'incertitude provoquent un bouleversement psychique ».

Nous avons constatée que le psychisme joue un rôle prédominant dans la vie des femmes atteintes du cancer du sein. Les femmes qui trouvent le soutien de leurs conjoints et de leurs familles fini par surmonter leur souffrance et les pensées négatives. Nous avons confirmé notre hypothèse par apport à ces patientes ; Rihan, Tounsia, Salima, Wardiya et Souhila.

➤ **La deuxième hypothèse :**

Les femmes qui ont subi une ablation se caractérisent par une image négative de leurs corps, cela influence leur vie sexuelle par des troubles dysfonctionnelles, la perte du désir, le manque de plaisir et l'insatisfaction. Après l'altération de leurs identité féminine, incapables de séduire car elle souffre d'une perte de désir en lien avec ce sentiment de ne plus être attirante.

Selon les données des entretiens et leurs analyses, et d'après les données que nous avons obtenues à travers « le questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels », nous avons constaté que notre population d'étude présente une image de corps négative, mais elles ne sont pas toutes influencées dans leurs vies sexuelles. On trouve que les patientes: Rihan, Tounsia, Ouahiba, Salima, Souhila et Wardiya, ont eu une image de corps négative qui affecte et mutile leurs vie sexuelle.

Rihan est une patiente qui présente une image de corps d'elle même affecté, puisque elle évite de se regarder dans une glace et met un foulard sur ses épaules et ses seins pour dissimuler le coté de l'ablation, elle est complexée quand les gens l'a regardent au niveau de sa poitrine. L'image de corps de Rihan est affectée par l'ablation du sein qui influence sa vie sexuelle, elle a un score élevé cinq (05) dans les items: « mon corps n'est pas sexy » ; « je n'ai pas vraiment de plaisir » les items à eu quatre (4): « je n'attendrai pas l'orgasme » ; « je ne parviens pas à être excité sexuellement ».

Tounsia perçoit mal son corps sans sein, elle se ressentie comme un préjudice dans sa féminité. D'ailleurs, ca fait plus de six moi qu'elle n'a pas vu sa cicatrice « *toutes les femmes ont deux seins sauf moi* ». Cette affection dans l'image du corps impacte la vie sexuelle. C'est ce qu'a révélé « le questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels ». Elle a un score élevé trente (30) de cinquante (50) dans la dimension « les inquiétudes face à moi-même », les items ont eu un score élevé cinq (05) « mon corps n'est pas sexy » ; « je n'atteins pas l'orgasme » ; « je ne satisfais pas mon partenaire » et « je ne parviens pas à être excité sexuellement ». Cela signifie que la vie sexuelle de Tounsia est affectée, d'après ses items, on trouve que: elle a une image de corps négative. Selon (Psalti, 2008) : « Quant à la mastectomie, elle est souvent associée à un vécu de mutilation et les femmes ont le sentiment d'une altération, Les transformations corporelles qui font suite à toute chirurgie mammaire risquent d'affecter l'image que les femmes ont d'elles-mêmes et leur capacité de séduction, expriment se sentir des demi-femmes », Et donc (Nehr, 2008) selon son étude déclare que ; « Les femmes se sentent alors atteintes dans leur double identité féminine : maternelle et sexuelle ».

Ouahiba trouve que sa féminité a été touchée par l'ablation du sein, elle vit la perte du sein comme un manque, elle trouve que son corps n'est plus attirant et sa vie sexuelle affectée. C'est ce que nous avons relevé dans le questionnaire. Dans les items, elle a eu un score de cinq (05) « certaines parties de mon corps ne sont pas attirantes » ; « je n'ai pas vraiment de plaisir » « je n'ai pas vraiment le goût ». Selon (Marx, 2007) : « Les difficultés sexuelles peuvent être également le signe d'une anxiété, d'une dépression post traitements. Plus la détresse psychologique est grande, plus l'impact sur le fonctionnement sexuel sera important ».

Salima le traitement de chimiothérapie la fait beaucoup souffert, elle trouve la chute de ces cheveux plus douloureux que l'ablation du sein, elle ne se sent pas attirante, son corps a changé, elle sent un grand dégoût. En ce qui concerne son plaisir sexuel, il a vraiment diminué, ce n'est plus comme, elle le faisait par obligation, comme elle dit : « *c'est seulement pour faire plaisir à son mari* », ce qui a perçu dans le questionnaire par le nombre d'items élevé, cinq (05) : « mon corps n'est pas sexy » ; « je me sens un objet sexuel » ; « c'est trop d'effort » ; « je suis trop fatiguée » ; « ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire » ; « c'est tout ce qui t'intéresse ».

D'après (Katz, 2007) de plus prendre les décisions médicales qui les concernent ne laisse plus suffisamment de place pour une vie sexuelle.

Pour Souhila, elle trouve que la mastectomie a altérée l'image de son corps, elle trouve que ce dernier a beaucoup changé, elle n'est pas satisfaite de son état actuelle et elle se sent différente des autres femmes après la perte du sein, ceci a impacté sa féminité et a engendré une blessure narcissique. La vie sexuelle de notre patiente est très retentie, elle évite la plus part du temps les rapports sexuels surtout les premier mois après l'ablation de son sein. Ainsi, le « questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels » témoigne ces difficultés sexuelles par les résultats obtenues, la dimension « les autres pensées négatives » classé la plus élevée, aussi, les items ont eu un score élevé de questionnaire comme suit : « je le fais seulement pour te faire plaisir » ; « je fais ce que j'ai-à faire mais ça ne m'apporte rien » ; les items ont eu quatre (04): « je n'ai pas vraiment le gout » ; « je suis trop fatigué » ; « je trouve les activités sexuelles dégoûtantes » ; « je ne suis pas satisfaite ». Selon (Reynaert, Libert & al, 2006), disent : « Les femmes n'arrivent plus à érotiser suffisamment leur corps et s'abandonner dans un rapport sexuel peut être particulièrement difficile. Les femmes qui vivent comme non séduisantes vont tenter d'éviter les situations sexuelles car elles souffrent d'une perte de désir en lien avec ce sentiment de ne plus être attirantes ».

Wardiya présente une image très affecté de son corps après la mastectomie car elle n'a pas accepté son nouveau corps, elle ressent que sa féminité est brisée. Cette souffrance a une influence sur sa sexualité par la perte du plaisir et l'absence de désir. Elle refuse les rapports sexuels.

Le questionnaire nous a permis de faire montrer l'impact sur la sexualité de Wardiya, d'après les résultats du « Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels », dans la première dimension les « inquiétudes face à soi même », et « autre pensées négatives » classées les plus élevées.

En conséquence les items ont eu un score élevé cinq (05): « certaines parties de mon corps ne sont pas attirantes » ; « mon corps n'est pas sexy » ; « je n'atteint pas l'orgasme » ; « je ne satisfait pas mon partenaire » ; « je ne parviens pas à êtres excité sexuellement » ; « je n'ai pas vraiment de plaisir » ; « je ne me trouve pas assez attrayante » « je n'ai pas vraiment le goût » ; « je le fais seulement pour lui faire

plaisir » ; « c'est trop d'effort » ; « je fais ce que j'ai à faire mais ça ne m'apport rien » ; « je suis trop fatiguée » ; « je trouve les activités sexuelles dégoûtante » ; « je ne suis pas satisfaite ».

D'après (Speer & Hillenberg, 2005) : « Les femmes qui souffrent de dépression ont une image d'elles très négative, éprouvent également des difficultés avec leur désir ». Pour (Gros, 2005) : « Les troubles psychologiques dès l'annonce du diagnostic, l'adaptation aux traitements, l'angoisse d'un retour de la maladie diminuent fortement le désir chez la femme et mettent la sexualité au deuxième plan, derrière la lutte pour la vie ».

Conclusion

Conclusion

Conclusion :

Le cancer du sein fait partie des maladies graves qui bouleverse totalement la vie des femmes, qu'il affecte sur tout les plans, la vie quotidienne, les relations sociales, la vie professionnelle, et la vie conjugale, précisément « la vie sexuelle ». Le cancer du sein influence non seulement la femme atteinte, mais également les autres membres de la famille, ainsi que son environnement et son entourage en générale.

La perte du sein engendre une perturbation et une influence négative de l'image de corps, qui impact la vie sexuelle.

L'origine des difficultés sexuelles est donc diverse, il est impossible de généraliser ce que vont vivre les femmes au sujet de leur sexualité. Beaucoup de facteurs peuvent entrer en ligne de compte, il y a d'abord l'histoire de vie de chacune, et son histoire sexuelle. Il y a le diagnostic, ensuite le pronostic en lien avec cette situation, « la mastectomie » associée à un vécu de mutilation et les femmes ont le sentiment d'une altération de leur image de corps, et de leur identité féminine, Puis interviennent les traitements, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie et les autres traitements médicamenteux, qui ont un impact sur la sexualité des femmes.

Peu d'études se sont réellement penchées sur la sexualité des femmes atteintes un cancer du sein, tout au long de la maladie, avant et pendant les traitements et sur la période qui leur fait suite.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « le cancer du sein est son impact sur la vie sexuelle chez les femmes », on a tenté de démontrer l'implication et l'influence de cancer du sein sur le psychisme et l'atteinte de l'image du corps qui impact la vie sexuelle de la femme.

A fin d'arrivé aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique, qui nous permet une compréhension approfondie du sujet; elle se caractérise également par la mise en œuvre des techniques spécifiques pour développer une étude de cas.

Au cours de notre étude, on a utilisé l'entretien clinique en appliquant un questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels,

Conclusion

afin d'évaluer l'atteinte de leurs image du corps, leurs inquiétudes et leurs pensées négatives qui influence les rapports sexuelle.

Notre population d'étude été constituée de dix cas subi une ablation de sein, cette recherche nous a permis d'aboutir à un certain nombre de conclusions qui restent réfutables et pas absolues à cause de notre population d'étude restreinte qui ne présente pas la population mère.

➤ La vie sexuelle chez les femmes atteintes de cancer du sein diffère d'une patiente à une autre, liée à son état psychique et corporelle.

Durant notre stage pratique, nous a permis de découvrir le rôle primordial de psychologue dans les services d'oncologie pour la prise en charge des patientes qui ont subi une ablation du sein, afin de diminuer leurs souffrances psychiques, car nous avons remarqué que les patientes se sentent soulager après avoir exprimées leurs souffrances internes.

Enfin, il faut noter que cette recherche reste une bonne et unique expérience en terme d'apprentissage, cela nous a permis d'avancées sur le plan méthodologique, et de connaissance scientifique.

Pour conclure, cette étude pourrait être utile pour d'autres recherches sur l'effet de l'ablation du sein sur la vie intime des couples et leur influence sur leurs quotidiens.

Nous avons pensées à quelques questions de perspective qui peuvent être approfondies dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, et qui sont comme suit :

✓ La sexualité de la femme et de son conjoint est frappée par l'expérience du cancer du sein. Quelle est l'origine des problématiques sexuelles ?

✓ Les difficultés sexuelles ont-elles des effets 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 travers ces questions nous souhaitons avoir ouvert le champ pour d'autres études ultérieures.

La liste bibliographique :

- 1- BENZIDANE N, 2004 « **Cancer du sein, diagnostic et traitement** », éd, O.P.U. Alger
- 2- BENONY. H, CHAHRAOUI, 1999 « **L'entretien clinique** », P.U.F, Paris
- 3- BRULLMANN FRANCOISE, « **Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée** », le carnet psy, 6/2007 (n°119) p.46-51
- 4- CATHRINE CYSSOU, 2003 « **L'entretien clinique** », 2eme édition, Dunod, paris
- 5- CHAHRAOUI. KH, BENONY. H, 2003 « **méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique** », Paris, Dunod.
- 6- CHILAND, C, 1983 « **Entretien clinique** » édition, P.U.F. Paris.
- 7- COLSON MARIE - HELENE, 2007 « **Age et intimité sexuelle** », Gériologie et société, 3/ (n°122), p. 63-83.
- 8- DARIUS ROZAVI ; NICOLS DELEVEUX, 2002, psycho-oncologie « **le cancer le malade et sa famille** », éd, Masson.

- 9- DELEVEUX NICOLE, 2006, « **l'expérience du cancer pour les familles** », **cahiers critiques de thérapie familiales et pratique de réseaux** », 1/ (n°36), p. 81.
- 10- DELMARE J, 2002 « **Dictionnaire des termes de médecine** » 27eme édition Maloire, paris.
- 11- DE MELOT SILVA FANCILANE MARIA, 2014, « **corps et travail en clinique psychosomatique de cancer du sein** », champ psy, 1/ (n°65), p. 145-162.
- 12- ENGERS, M, 1996 « **initialisation a la méthodologie des sciences humaines** », Québec c.e.in c.
- 13- F. THIDAUT, 2000, « **trouble des conduites sexuelles, diagnostic et traitement** » EMC-psychiatrie.
- 14- GOUMOT, A-P. 1993 « **le sein, son image** », éditions, Vigot.
- 15- JEAN BERGERET et AL, 1995. « **Psychologie pathologique théorique et clinique** », 6eme édition, éd Masson, paris.
- 16- LACAN J, et AL, 2002. « **Gynécologie** », édition, Masson, paris.
- 17- LEENHOUTS G, H, Kylstra W, A Evraerd, W Schultz W. C, Heintz P.M, 2002, “**sexual out comes toll owing treatment for carly-stage gynecological cancer: a prospective and cross, section al multi centre study**” journal of psychosomatique obstetrics and gynecology, 23/, p. 123-132.

18- LEHMANN Andrée, 1995, « **sexualité et cancer du sein** », cancers et société, l'esprit du temps, p. 143-154.

19- MARIE-Claude Delahaye, 1992. « **Le livre de bord de la femme** » édition Marabout.

20- NORTHOUSE L .L, 1994, “ **breast cancer in younger woman effects on interpersonal and family relation**” Jnat, cancer Inst Monoger.

21-ROLLAND Chemmama, Bernard, Vandernersch, 2009, « **Dictionnaire de la psychanalyse** », édition : Larousse, in extenso.

22- TROTTI, A, Byhardt R, Richt, 2000, « **common toxicity criteria : version 20 an improved reference, for grading the acute effects cancer, treatment : impact on radio thérapy** » international journal of radiation oncology biology physics, p. 13-47.

23- WILL T, Soullignac R Barrielet, L damsa, C, King olivie J, 2006, “**la sexualité vue a travers le constructionisme sociale**”, sexologies.

Les Thèses :

1- ÉLISA VENTURINI, le 27 novembre 2014, « **Retentissements psychique de cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine** » Thèse de l'obtention du doctorat de psychologie de l'université de paris5.

2- SEGRESTAN-CROUZET, le 18 octobre 2010, « **Evolution et différences dans l'ajustement les couples au cancer du sein, Rôle des facteurs psychosociaux et l'influence réciproque des deux membres de la dyade** »Thèse pour le doctorat de bordeaux2, Mention psychologie.

3- BENEDICTE PANES-RUEDIN, Août 2011, « **couples et cancer du sein : l'expérience de la sexualité** » université de Genève pour l'obtention de certificat de formation continue en sexologie clinique.

Site Internet

[Htt://globocan. Iarc.fr](http://globocan.iarc.fr)

Présentation de guide d'entretien :

Axe 1 : Les caractéristiques personnelles :

- l'âge :
- niveau d'instruction :
- profession :
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

Axe 2 : les informations concernant l'état de santé antérieur et actuelle du sujet :

- Avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
- Avez-vous d'autres maladies avant que vous soyez atteint de cancer du sein ?
- Avez-vous hospitalisé à cause d'une maladie autre que celle-ci ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant ?
- Ya-il d'autre personnes de votre famille atteint de la même maladie ?
- Depuis quand êtes-vous malade et comment évolue cette maladie ?
- Quelles sont les raisons qui ont provoqué votre état actuel ?
- Quelle est votre réaction la première fois quand on vous a annoncé la maladie ?
- Quelle sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
- Combien de fois vous étiez hospitalisé a cause de cette atteinte ?
- Quel est votre traitement actuel ? Et comment le vivez-vous ?
- Suivez-vous un régime alimentaire strict ?

Axe 3 : Le vécu au sein de couple et la famille :

- Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?

- Comment était votre relation avec votre mari avant cette atteinte ?
- Qu'avez-vous ressenti quand vous avez su que vous êtes malade ?
- Quelle était la réaction de votre mari ?
- Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre vie conjugale ?
- Constatez-vous un changement de sa part depuis qu'il le sait ?
- Est-ce que vous vous sentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis votre conjoint ?

Axe 4 : la vie sexuelle :

- Avez-vous pensé que certains parties de ton corps son pas attirantes ?
- avez-vous pensé que votre relation est ennuyeuse ?
- avez-vous ressentie que vous n'êtes pas assez bonne ?
- Est-ce que vous ressentez un manque de plaisir après cette atteinte ?
- Est-ce que vous ressentez que votre mari vous aimiez toujours ?
- Est-ce que vous ressentez que vous satisfait votre partenaire ?
- Est-ce que vous faite le rapport sexuelle seulement pour satisfaire votre mari ?
- Est-ce que vous trouvez que les activités sexuelles dégoutantes ?

Annexe n°1

Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels

Nom : Age : Date :

Instruction :

Lisez chacun des énoncés ci-dessous et indiquez la fréquence de ces pensées durant vos rapports sexuels en utilisant les réponses suivantes :

0-jamais

1-rarement

2-occasionnellement

3-fréquemment

4-la plus part du temps

5-toujours

1-inquiétudes face à moi-même
1-certaines parties de mon corps ne sont pas attirantes.
2-je ne suis pas assez bon(ne).
3-mon corps n'est pas assez « sexy ».
4-je n'attendrai pas l'orgasme.
5-je ne satisferai pas mon/ma partenaire.
6-je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.
7-je suis anxieux (se).
8-je suis honte.
9-je me sens coupable.
10-je me sens un objet sexuel.
2-inquiétudes face à mon/ma partenaire
11-tu es trop pressé(e).
12-tu es trop mécanique.
13-tu n'es intéressé(e) que par ton propre plaisir.
14-je me demande à qui tu penses.
15-je m'inquiète de ta réaction si on arrête.
16-j'ai peur de te décevoir.
17-combien de temps ça va prendre ?
18-c'est tout ce qui t'intéresse.
19-ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.

20-j'aimerais que tu te relaxes.
21-j'ai peur que n'atteignes pas l'orgasme.
22-tu essayes très fort.
23-j'aimerais que tu aies plus de plaisir.
24-tu parle trop.
25-si seulement ce n'était pas si important.
26-je n'ai pas vraiment de plaisir.
27-si ce n'est pas parfait, tu va me laisser.
28-tu ne m'aime plus.
29-tu me « presses », tu veux me contrôler.
30-tu ne comprends pas.
31-tu ne sais pas communiquer.
32-tu me désirs moins qu'avant.
33-tu me trouve pas assez attrayant(e).
3-inquiétudes face à la relation
34-notre relation est ennuyeuse.
35-notre relation va se terminer par un échec.
36-tu ne veux pas t'engager.
37-nous sommes incompatible.
38-nous ne nous aimons pas assez.
4-les « je dois » et « il faut »
39-je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.
40-il faut que je sois excité(e).
41-nous devons tous les deux réussir.
42-je devais avoir plus de plaisir.
43-j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.
44-je dois avoir un orgasme.
45-nous devons avoir un orgasme en même temps.
46-nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.
5-autres pensées négatives
47-je n'ai pas vraiment le gout.
48-pourquoi dois- je m'y intéresser.
49-ça ne marchera pas pour moi.
50-je devais laisser tomber.
51-je le fait seulement pour te faire plaisir.
52-c'est trop d'effort.
53-je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'importe rien.
54-je suis trop fatigué(e).
55-si tu pense que tu vas réussir a me donner le gout.
56-je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».
57-je n'aime pas voir les organes génitaux.
58-ça va faire mal.
59-je ne suis pas satisfait(e).

Annexe n°2**Tableau n°1 : présentation des résultats de Mme : Rihane 33ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	0
2. je ne suis pas assez bon(ne).	2
3. mon corps n'est pas « sexy ».	5
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	4
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	0
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	4
7. je suis anxieux (se).	4
8. j'ai honte.	0
9. je me sens coupable.	5
10. je me sens un objet sexuel.	0
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	0
12. tu es trop mécanique.	0
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	0
14. je me demande à qui tu penses.	0
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	0
16. j'ai peur de te décevoir.	1
17. combien de temps ca va prendre ?	0
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	0
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.	0
20. j'aimerais que tu te relaxe.	0
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	0
22. tu essayes très fort.	5
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	5
24. tu parle trop.	4
25. si seulement ce n'était pas important.	5
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	4
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	0
28. tu ne m'aime plus.	0
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	0
30. tu ne comprends pas.	0
31. tu ne sais pas communiqué.	0
32. tu me désires moins qu'avant.	0
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e).	0
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	0
35. notre relation va se termine par un échec.	0
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	0
38. nous ne nous aimons pas assez.	0

Annexe n°2**Tableau n°1 : présentation des résultats de Mme : Rihane 33ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	5
40. il faut que je sois excité(e).	5
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	0
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	2
44. je dois avoir un orgasme.	1
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	2
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	5
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	4
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	5
49. ça ne marchera pas pour moi.	0
50. je devais laisser tomber.	0
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	0
52. c'est trop d'effort.	5
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	2
54. je suis trop fatigué(e).	5
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	5
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	5
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	0
58. ça va faire mal.	0
59. je ne suis pas satisfait(e).	4

Annexe n°7**Tableau n°6 : présentation des résultats de Mme : salima 38 ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	2
2. je ne suis pas assez bon(ne).	5
3. mon corps n'est pas « sexy ».	2
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	4
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	2
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	0
7. je suis anxieux (se).	1
8. j'ai honte.	5
9. je me sens coupable.	0
10. je me sens un objet sexuel.	5
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	5
12. tu es trop mécanique.	0
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	1
14. je me demande à qui tu penses.	0
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	1
16. j'ai peur de te décevoir.	2
17. combien de temps ca va prendre ?	0
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	4
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire	5
20. j'aimerais que tu te relaxe.	2
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	2
22. tu essayes très fort.	4
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	1
24. tu parle trop.	0
25. si seulement ce n'était pas important.	1
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	1
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	0
28. tu ne m'aime plus.	4
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	0
30. tu ne comprends pas.	3
31. tu ne sais pas communiqué.	1
32. tu me désires moins qu'avant.	3
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e).	3
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	0
35. notre relation va se termine par un échec.	0
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	2
38. nous ne nous aimons pas assez.	2

Annexe n°7**Tableau n°6 : présentation des résultats de Mme : salima 38 ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	0
40. il faut que je sois excité(e).	1
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	5
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	5
44. je dois avoir un orgasme.	0
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	5
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	1
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	3
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	3
49. ça ne marchera pas pour moi.	3
50. je devais laisser tomber.	2
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	3
52. c'est trop d'effort.	4
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	2
54. je suis trop fatigué(e).	4
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	5
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	2
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	5
58. ça va faire mal.	0
59. je ne suis pas satisfait(e).	2

Annexe n°3**Tableau n°2 : présentation des résultats de Mme : Hayat 36ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	2
2. je ne suis pas assez bon(ne).	0
3. mon corps n'est pas « sexy ».	0
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	0
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	5
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	0
7. je suis anxieux (se).	0
8. j'ai honte.	0
9. je me sens coupable.	2
10. je me sens un objet sexuel.	0
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	0
12. tu es trop mécanique.	0
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	0
14. je me demande à qui tu penses.	0
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	0
16. j'ai peur de te décevoir.	5
17. combien de temps ça va prendre ?	0
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	0
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.	0
20. j'aimerais que tu te relaxe.	0
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	0
22. tu essayes très fort.	2
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	0
24. tu parle trop.	0
25. si seulement ce n'était pas important.	1
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	0
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	0
28. tu ne m'aime plus.	0
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	0
30. tu ne comprends pas.	0
31. tu ne sais pas communiqué.	0
32. tu me désires moins qu'avant.	0
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e).	0
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	0
35. notre relation va se termine par un échec.	0
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	0
38. nous ne nous aimons pas assez.	0

Annexe n°3**Tableau n°2 : présentation des résultats de Mme : Hayat 36ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	4
40. il faut que je sois excité(e).	1
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	0
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	0
44. je dois avoir un orgasme.	0
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	1
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	1
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	0
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	0
49. ça ne marchera pas pour moi.	0
50. je devais laisser tomber.	0
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	0
52. c'est trop d'effort.	0
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	0
54. je suis trop fatigué(e).	2
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	0
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	0
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	0
58. ça va faire mal.	0
59. je ne suis pas satisfait(e).	0

Annexe n°3**Tableau n°2 : présentation des résultats de Mme : Hayat 36ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	2
2. je ne suis pas assez bon(ne).	0
3. mon corps n'est pas « sexy ».	0
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	0
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	5
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	0
7. je suis anxieux (se).	0
8. j'ai honte.	0
9. je me sens coupable.	2
10. je me sens un objet sexuel.	0
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	0
12. tu es trop mécanique.	0
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	0
14. je me demande à qui tu penses.	0
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	0
16. j'ai peur de te décevoir.	5
17. combien de temps ça va prendre ?	0
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	0
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.	0
20. j'aimerais que tu te relaxe.	0
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	0
22. tu essayes très fort.	2
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	0
24. tu parle trop.	0
25. si seulement ce n'était pas important.	1
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	0
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	0
28. tu ne m'aime plus.	0
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	0
30. tu ne comprends pas.	0
31. tu ne sais pas communiqué.	0
32. tu me désires moins qu'avant.	0
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e).	0
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	0
35. notre relation va se termine par un échec.	0
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	0
38. nous ne nous aimons pas assez.	0

Annexe n°3**Tableau n°2 : présentation des résultats de Mme : Hayat 36ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	4
40. il faut que je sois excité(e).	1
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	0
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	0
44. je dois avoir un orgasme.	0
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	1
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	1
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	0
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	0
49. ça ne marchera pas pour moi.	0
50. je devais laisser tomber.	0
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	0
52. c'est trop d'effort.	0
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	0
54. je suis trop fatigué(e).	2
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	0
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	0
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	0
58. ça va faire mal.	0
59. je ne suis pas satisfait(e).	0

Annexe n°4**Tableau n°03 : présentation des résultats de Mme Naima 36ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	2
2. je ne suis pas assez bon(ne).	5
3. mon corps n'est pas « sexy ».	3
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	3
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	3
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	0
7. je suis anxieux (se).	3
8. j'ai honte.	0
9. je me sens coupable.	0
10. je me sens un objet sexuel.	0
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	3
12. tu es trop mécanique.	0
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	2
14. je me demande à qui tu penses.	0
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	0
16. j'ai peur de te décevoir.	0
17. combien de temps ca va prendre ?	3
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	3
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.	3
20. j'aimerais que tu te relaxe.	3
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	3
22. tu essayes très fort.	3
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	0
24. tu parle trop.	0
25. si seulement ce n'était pas important.	2
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	4
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	0
28. tu ne m'aime plus.	2
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	0
30. tu ne comprends pas.	0
31. tu ne sais pas communiqué.	0
32. tu me désires moins qu'avant.	0
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e).	0
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	0
35. notre relation va se termine par un échec.	0
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	0
38. nous ne nous aimons pas assez.	0

Annexe n°4**Tableau n°03 : présentation des résultats de Mme Naima 36ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	5
40. il faut que je sois excité(e).	0
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	5
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	5
44. je dois avoir un orgasme.	5
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	0
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	0
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	5
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	3
49. ça ne marchera pas pour moi.	0
50. je devais laisser tomber.	0
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	3
52. c'est trop d'effort.	3
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	5
54. je suis trop fatigué(e).	5
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	5
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	5
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	0
58. ça va faire mal.	2
59. je ne suis pas satisfait(e).	2

Annexe n°5**Tableau n°4 : présentation des résultats de Mme : Tounsia 37ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	0
2. je ne suis pas assez bon(ne).	0
3. mon corps n'est pas « sexy ».	5
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	5
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	5
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	5
7. je suis anxieux (se).	5
8. j'ai honte.	5
9. je me sens coupable.	0
10. je me sens un objet sexuel.	0
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	1
12. tu es trop mécanique.	5
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	0
14. je me demande à qui tu penses.	0
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	0
16. j'ai peur de te décevoir.	0
17. combien de temps ca va prendre ?	0
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	5
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.	2
20. j'aimerais que tu te relaxe.	1
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	0
22. tu essayes très fort.	5
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	0
24. tu parle trop.	0
25. si seulement ce n'était pas important.	0
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	0
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	0
28. tu ne m'aime plus.	1
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	0
30. tu ne comprends pas.	4
31. tu ne sais pas communiqué.	4
32. tu me désires moins qu'avant.	0
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e).	0
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	2
35. notre relation va se termine par un échec.	0
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	2
38. nous ne nous aimons pas assez.	1

Annexe n°5**Tableau n°4 : présentation des résultats de Mme : Tounsia 37ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	5
40. il faut que je sois excité(e).	5
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	5
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	5
44. je dois avoir un orgasme.	5
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	0
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	1
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	1
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	1
49. ça ne marchera pas pour moi.	1
50. je devais laisser tomber.	2
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	1
52. c'est trop d'effort.	1
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	1
54. je suis trop fatigué(e).	1
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	1
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	0
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	0
58. ça va faire mal.	0
59. je ne suis pas satisfait(e).	1

Annexe n°6**Tableau n°5 : présentation des résultats de Mme : Ouahiba 38ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	5
2. je ne suis pas assez bon(ne).	0
3. mon corps n'est pas « sexy ».	0
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	2
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	2
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	0
7. je suis anxieux (se).	5
8. j'ai honte.	2
9. je me sens coupable.	0
10. je me sens un objet sexuel.	0
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	0
12. tu es trop mécanique.	5
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	0
14. je me demande à qui tu penses.	0
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	0
16. j'ai peur de te décevoir.	0
17. combien de temps ca va prendre ?	1
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	2
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.	0
20. j'aimerais que tu te relaxe.	2
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	0
22. tu essayes très fort.	0
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	0
24. tu parle trop.	0
25. si seulement ce n'était pas important.	2
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	5
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	0
28. tu ne m'aime plus.	0
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	1
30. tu ne comprends pas.	0
31. tu ne sais pas communiqué.	0
32. tu me désires moins qu'avant.	0
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e).	0
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	0
35. notre relation va se termine par un échec.	0
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	5
38. nous ne nous aimons pas assez.	0

Annexe n°6**Tableau n°5 : présentation des résultats de Mme : Ouahiba 38ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	1
40. il faut que je sois excité(e).	1
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	1
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	5
44. je dois avoir un orgasme.	1
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	5
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	1
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	4
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	1
49. ça ne marchera pas pour moi.	1
50. je devais laisser tomber.	0
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	2
52. c'est trop d'effort.	1
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	1
54. je suis trop fatigué(e).	5
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	2
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	3
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	0
58. ça va faire mal.	4
59. je ne suis pas satisfait(e).	1

Annexe n°8**Tableau n°7 : présentation des résultats de Mme : Souhila 39ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	0
2. je ne suis pas assez bon(ne).	0
3. mon corps n'est pas « sexy ».	0
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	3
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	0
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	1
7. je suis anxieux (se).	5
8. j'ai honte.	0
9. je me sens coupable.	5
10. je me sens un objet sexuel.	0
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	0
12. tu es trop mécanique.	0
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	0
14. je me demande à qui tu penses.	0
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	1
16. j'ai peur de te décevoir.	2
17. combien de temps ca va prendre ?	2
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	0
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.	2
20. j'aimerais que tu te relaxe.	0
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	0
22. tu essayes très fort.	0
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	0
24. tu parle trop.	5
25. si seulement ce n'était pas important.	1
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	3
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	1
28. tu ne m'aime plus.	0
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	0
30. tu ne comprends pas.	0
31. tu ne sais pas communiqué.	0
32. tu me désires moins qu'avant.	0
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e).	2
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	2
35. notre relation va se termine par un échec.	1
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	0
38. nous ne nous aimons pas assez.	0

Annexe n°8**Tableau n°7 : présentation des résultats de Mme : Souhila 39ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	0
40. il faut que je sois excité(e).	2
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	1
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	0
44. je dois avoir un orgasme.	0
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	0
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	0
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	4
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	3
49. ça ne marchera pas pour moi.	3
50. je devais laisser tomber.	0
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	5
52. c'est trop d'effort.	3
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	5
54. je suis trop fatigué(e).	4
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	3
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	4
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	0
58. ça va faire mal.	0
59. je ne suis pas satisfait(e).	4

Annexe n°9**Tableau n°8 : présentation des résultats de Mme : Yamina 40ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	0
2. je ne suis pas assez bon(ne).	2
3. mon corps n'est pas « sexy ».	0
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	0
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	2
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	2
7. je suis anxieux (se).	5
8. j'ai honte.	5
9. je me sens coupable.	0
10. je me sens un objet sexuel.	0
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	0
12. tu es trop mécanique.	5
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	0
14. je me demande à qui tu penses.	2
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	3
16. j'ai peur de te décevoir.	2
17. combien de temps ca va prendre ?	0
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	0
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.	0
20. j'aimerais que tu te relaxe.	3
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	0
22. tu essayes très fort.	2
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	5
24. tu parle trop.	0
25. si seulement ce n'était pas important.	0
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	0
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	0
28. tu ne m'aime plus.	2
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	0
30. tu ne comprends pas.	2
31. tu ne sais pas communiqué.	0
32. tu me désires moins qu'avant.	0
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e).	0
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	0
35. notre relation va se termine par un échec.	0
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	0
38. nous ne nous aimons pas assez.	0

Annexe n°9**Tableau n°8 : présentation des résultats de Mme : Yamina 40ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	5
40. il faut que je sois excité(e).	5
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	5
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	5
44. je dois avoir un orgasme.	5
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	0
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	5
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	0
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	0
49. ça ne marchera pas pour moi.	0
50. je devais laisser tomber.	0
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	0
52. c'est trop d'effort.	2
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	0
54. je suis trop fatigué(e).	0
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	5
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	0
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	0
58. ça va faire mal.	0
59. je ne suis pas satisfait(e).	0

Annexe n°10**Tableau n°9 : présentation des résultats de Mme wardia 41ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	5
2. je ne suis pas assez bon(ne).	2
3. mon corps n'est pas « sexy ».	5
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	5
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	5
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	5
7. je suis anxieux (se).	5
8. j'ai honte.	5
9. je me sens coupable.	0
10. je me sens un objet sexuel.	0
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	0
12. tu es trop mécanique.	0
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	0
14. je me demande à qui tu penses.	0
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	0
16. j'ai peur de te décevoir.	3
17. combien de temps ca va prendre ?	0
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	0
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.	0
20. j'aimerais que tu te relaxe.	2
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	0
22. tu essayes très fort.	0
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	5
24. tu parle trop.	0
25. si seulement ce n'était pas important.	0
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	5
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	0
28. tu ne m'aime plus.	0
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	0
30. tu ne comprends pas.	0
31. tu ne sais pas communiqué.	0
32. tu me désires moins qu'avant.	2
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e).	5
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	0
35. notre relation va se termine par un échec.	0
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	0
38. nous ne nous aimons pas assez.	0

Annexe n°10**Tableau n°9 : présentation des résultats de Mme wardia 41ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	2
40. il faut que je sois excité(e).	2
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	5
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	0
44. je dois avoir un orgasme.	2
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	0
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	0
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	5
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	0
49. ça ne marchera pas pour moi.	5
50. je devais laisser tomber.	0
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	5
52. c'est trop d'effort.	5
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	5
54. je suis trop fatigué(e).	5
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	0
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	5
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	0
58. ça va faire mal.	0
59. je ne suis pas satisfait(e).	5

Annexe n°11**Tableau n°10 : présentation des résultats de Mme : Hassina 43ans**

1. Inquiétude face à moi-même	
1. cératines parties de mon corps ne sont pas attirantes.	2
2. je ne suis pas assez bon(ne).	0
3. mon corps n'est pas « sexy ».	0
4. je n'attendrai pas l'orgasme.	5
5. je ne satisferai pas mon /ma partenaire.	0
6. je ne parviendrai pas à être excité(e) sexuellement.	2
7. je suis anxieux (se).	0
8. j'ai honte.	0
9. je me sens coupable.	0
10. je me sens un objet sexuel.	0
2. Inquiétudes face à mon/ma partenaire	
11. tu es trop pressé(e).	2
12. tu es trop mécanique.	1
13. tu n'intéressé(e) que par ton propre plaisir.	0
14. je me demande à qui tu penses.	0
15. je m'inquiète de ta réaction si on arrête.	0
16. j'ai peur de te décevoir.	0
17. combien de temps ca va prendre ?	0
18. c'est tout ce qui t'intéresse.	0
19. ce n'est pas agréable, mais j'ai peur de te le dire.	0
20. j'aimerais que tu te relaxe.	0
21. j'ai peur que tu n'atteignes pas l'orgasme.	0
22. tu essayes très fort.	0
23. j'aimerais que tu aies plus de plaisir.	0
24. tu parle trop.	0
25. si seulement ce n'était pas important.	5
26. je n'ai pas vraiment de plaisir.	5
27. si ce n'ai pas parfait, tu va me laisser.	0
28. tu ne m'aime plus.	0
29. tu me «presse », tu veux me contrôlé.	2
30. tu ne comprends pas.	0
31. tu ne sais pas communiqué.	0
32. tu me désires moins qu'avant.	5
33. tu ne trouve pas assez attrayant(e)	0
3. inquiétudes face à la relation	
34. notre relation est ennuyeuse.	0
35. notre relation va se termine par un échec.	0
36. tu ne veux pas t'engager.	0
37. nous sommes incompatible.	0
38. nous ne nous aimons pas assez.	0

Annexe n°11**Tableau n°10 : présentation des résultats de Mme : Hassina 43ans**

4. les « je dois » et « il faut »	
39. je ressens que je dois faire tout ce que tu veux.	2
40. il faut que je sois excité(e).	5
41. nous devons tout les deux réussir.	5
42. je devais avoir plus de plaisir.	4
43. j'ai le sentiment que je dois te donner un orgasme.	5
44. je dois avoir un orgasme.	5
45. nous devons avoir un orgasme en même temps.	5
46. nous devons toujours avoir une activité sexuelle parfaitement réussie.	5
5. autres pensées négatives	
47. je n'ai pas vraiment le gout.	0
48. pourquoi dois-je m'y intéresser.	0
49. ça ne marchera pas pour moi.	0
50. je devais laisser tomber.	0
51. je le fait seulement pour te faire plaisir.	0
52. c'est trop d'effort.	0
53. je fais ce que j'ai à faire, mais ça ne m'apporte rien.	0
54. je suis trop fatigué(e).	0
55. si tu pense que tu vas réussir à me donner le gout.	0
56. je trouve les activités sexuelles « dégoûtantes ».	0
57. je n'aime pas voir les organes génitaux.	0
58. ça va faire mal.	0
59. je ne suis pas satisfait(e).	0