

**Faculté de psychologie et des sciences
de l'éducation
Ecole d'éducation et de formation
Master en sciences de l'éducation**

Suis – je moins femme sans mes seins ?

**Cancer du sein, image corporelle et estime de
soi sexuelle :**

Une revue de littérature scientifique

Laetitia Tiri

Marie Géonet

Année Académique 2018 – 2019

Master en sciences psychologiques à finalité spécialisée option psychologique
clinique de l'adulte

Université Catholique de Louvain – la – Neuve
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation

Suis – je moins femme sans mes seins ?

Cancer du sein, image corporelle et estime de soi Sexuelle :

une revue de la littérature scientifique

Promoteur : Géonet Marie

Mémoire présenté en vue de
l'obtention du grade de Master
en sciences psychologiques

Par Laetitia Tiri

Louvain-la-Neuve, 2019

Remerciement

Je tiens tout d'abord à remercier ma promotrice Marie Géonet pour ses conseils avisés et son encadrement constructif. Je souhaite également remercier Morgane Xhonneux pour sa patience, sa réactivité et son encouragement dans la prise en charge de la suite de mon mémoire. Leur accompagnement pédagogique, leur disponibilité, et leur expérience m'ont guidée à travers ce travail de fin d'étude, qui représente toujours un défi à l'arrivée du diplôme.

Ensuite, je ne peux qu'être reconnaissante pour le soutien indéfectible de mes amis et de ma famille dans la réalisation de ce projet. Ma gratitude va tout particulièrement à Nicolas Westrelin et Anne – Sophie Puffet. Leur écoute et leur bienveillance m'ont aidée à garder l'énergie et la motivation nécessaire dans ce projet de fin d'étude.

Je remercie tout chaleureusement tous les professeurs que j'ai pu rencontrer au cours de mon cursus universitaire, et qui m'ont transmis leur intérêt, leur passion, leur ambition pour la recherche dans un sujet aussi complexe, tabou et nouveau.

Enfin, je remercie par avance les lecteurs qui porteront attention à la lecture de ce mémoire.

RESUME

Les recherches en matière de sexualité dans le cancer du sein ne cessent de préoccuper la littérature scientifique. Malgré les avancées médicales, la prise en charge psychothérapeutique, et particulièrement sexologique fait toujours face à un manque d'information et de communication de la part de l'équipe médicale. Pour autant, les patientes qui présentent des troubles psychosexuels suite à leur chirurgie sont demandeuses d'accompagnement et de soutien dans leur difficultés sexuelles. C'est pourquoi, ce mémoire s'intéresse à l'existence de liens entre certaines variables de la sexualité féminine et les traitements chirurgicaux du cancer du sein, à travers la littérature scientifique. C'est ainsi que nous avons conçu la question de recherche suivante : *La reconstruction mammaire permet - elle d'améliorer positivement l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle chez les femmes ayant subi un cancer du sein, après la mastectomie ?* Cette revue de la littérature se focalise sur l'impact de la reconstruction mammaire sur l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle des patientes, dans l'optique de pouvoir apporter une lumière quant à la prise en charge des troubles psychosexuelles dans la clinique du sein. Cette démarche de revue de la littérature a été réalisé à l'aide de 14 publications au sein de trois bases de données scientifiques. L'estime de soi sexuelle n'a fait l'objet d'aucune recherche dans la prise en charge des troubles sexuels des femmes qui ont subi une reconstruction mammaire, néanmoins d'autres variables se sont révélés intéressantes à savoir : la perception de soi, la représentation de l'image du corps, l'inclusion du partenaire, le schéma du soi sexuel, et l'importance de la communication entre l'équipe médicale et sa patiente.

Table des matières

INTRODUCTION	1
Chapitre 1 : Le Cancer du sein	4
1.1 Le Cancer en quelques chiffres : définition et épidémiologie	4
1.2 Symptomatologie du cancer du sein et conséquences psychologique	5
a. Symptômes médicaux et facteurs de risques	5
b. Conséquences et adaptation psychologique	6
1.3 Prise en charge médicale et traitement	8
1.4 Besoins des patientes et prise en charge psychologique	9
a. Besoins psychosociaux des patientes	9
b. Les différents types d'intervention psychologique en oncologie	11
Chapitre 2 : Cancer du sein et fonctionnement psychosexuel	14
2.1 L'adaptation psychologique à travers le parcours oncologique	14
a. L'anxiété	15
b. La dépression	16
2.2 L'adaptation sexuelle à travers le parcours oncologique	18
a. L'ajustement psychosexuel : quelle place pour la sexualité dans le milieu médical pour la patiente ?	18
b. Les dimensions du fonctionnement sexuel féminin	21
2.3 Un autre soir sexuel dans l'après cancer du sein : définition et conceptualisation du terme – Wilmoth (2001)	23
Chapitre 3 : L'estime de soi sexuelle et l'image corporelle dans le fonctionnement sexuel féminin à travers le cancer du sein	28
3.1 L'estime de soi : conceptualisation et définitions générales	28
3.2 L'estime de soi sexuelle : définition et recherches	30
3.3 Liens entre l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle	34
a. L'image corporelle : un concept multidimensionnel en lien avec l'estime de soi sexuelle	34

b.	L'image corporelle et l'estime de soi sexuelle : une affaire de perception plus que de réalité	36
c.	Quel rôle pour la perception de l'image corporelle dans les comportements sexuels	38
d.	Relation complexe entre objectivation féminine et estime de soi – sexuelle	40
3.4	Le rôle de l'estime de soi sexuelle dans la satisfaction sexuelle	42
3.5	Cancer du sein, sexualité et altération de l'image corporelle : traitements chirurgicaux, enjeux et réappropriation corporelle	45
a.	Les enjeux liés à l'image corporelle dans la clinique du sein	45
b.	Impact de la mastectomie et du traitement conservateur du sein sur le fonctionnement sexuel et l'image corporelle	47
1)	Impact sur le fonctionnement sexuel	47
2)	Impact sur l'image corporelle	50
c.	Processus de réappropriation corporelle dans la clinique du sein	51
d.	Quelle vie sexuelle pour le couple après le cancer du sein ?	53
Chapitre 4	Méthodologie de la recherche	56
4.1	Questions de recherches	56
4.2	Discussion des champs de recherche et cadre théorique	56
a.	Le champ psychologique : choix de la recherche en psychologie cognitive et psychologie de la santé	57
b.	Le champ médical : choix de la recherche sur les traitements chirurgicaux, en particulier la reconstruction mammaire	58
c.	Perspectives sexologiques : choix de la recherche sur l'estime de soi sexuelle dans la sexualité féminine	60
4.3	Types de recherches et date de publication	62
4.4	Outils de recherche utilisés	63
a.	Mots clés de recherche	63
b.	Critères d'exclusion des publications	63
c.	Arbres décisionnels	64

Chapitre 5 : Résultats de la recherche	67
Chapitre 6 : Discussion et ouverture	77
6.1 Synthèse des résultats	77
a. Reconstruction mammaire et fonctionnement sexuel	78
b. Reconstruction mammaire et image corporelle	82
6.2 Discussion	85
6.3 Limites	88
6.4 Perspectives de recherches en psychologie de la santé	90
a. L'apport d'une méthodologie de recherche qualitative en psychologie : l'IPA	90
b. Un nouveau concept : le schéma du soi sexuel comme prédicteur des dysfonctions sexuelles en présences de facteurs de stress sexuels	91
6.5 Perspectives cliniques et psychothérapeutique en sexo – oncologie	93
6.6 Conclusion	95
Bibliographie	97

INTRODUCTION

Force est de constater qu'aujourd'hui il n'est plus possible de nier l'importance de la sexualité de chacun dans la prise en charge thérapeutique de certaines affections et maladies. Le cancer du sein représente une de ces maladies qui bouleversent le plus la sexualité des patientes. Malheureusement, peu de praticiens abordent la question des difficultés sexuelles lors du parcours oncologique de la patiente. En effet, très peu d'infirmières et de chirurgiens osent aborder la question des sécheresses vaginales ou de la diminution du désir sexuel en tant que symptômes secondaires lors des explications relatives au traitement thérapeutique. En effet, rien que l'aspect émotionnel n'est presque pas, voire pas du tout abordé avant la chirurgie, durant l'hospitalisation et avant le retour à la maison (Jamison, Wellisch, & Pasnau, 1978). Ces données nous révèlent à quel point le corps médical manque à la fois de formation, de sensibilisation, et de compréhension à ce sujet. D'ailleurs l'*International Society for sexuality and cancer (ISSC)* exprime ce constat, lors de sa première conférence à Rotterdam le 11 juillet 2006, selon lequel :

« La sexualité et les problèmes sexuels constituent l'un des domaines cachés dans le champ de la prise en charge du cancer et en particulier les cancers du sein, de la prostate, et les cancers gynécologiques. Les patients se sentent souvent incapables de communiquer sur des sujets sexuels avec l'équipe de cliniciens qui les prennent en charge et, même s'ils arrivent à le faire, ils sont confrontés à une absence de personnel compétent pour répondre à ces questions » (as cited in Giami, Moreau & Moulin, 2007, p. 7).

Néanmoins, on observe de plus en plus une prise de conscience de l'importance de ne plus négliger la sexualité spécifiquement dans la prise en charge du cancer du sein. Les conséquences psychologiques ont été nombre de fois étudiées, et notamment la question de l'altération de l'image de soi chez les femmes atteintes du cancer du sein. Autrement dit, l'ablation d'un sein engendre des répercussions physiques mais aussi psychiques. Symbole à la fois de maternité et de féminité, il joue un rôle majeur dans la sexualité de la femme. C'est pourquoi, certaines femmes ne se sentent plus « entières » après une mastectomie, tandis que d'autres ne peuvent plus se déshabiller devant le regard de leur partenaire. Une ablation totale du sein affecte toutes les habitudes sexuelles du couple. A l'instar de cette prise de conscience, les médecins

s'interrogent quant aux procédures chirurgicales les moins invasives pour la santé sexuelles et psychologiques des patientes. Ainsi, la reconstruction mammaire immédiate est d'avantage envisagée aujourd'hui afin de faciliter le processus de deuil de la patiente.

C'est au regard de ce manque d'information et de compréhension autour de la question de la sexualité féminine dans le cancer du sein que s'articule notre volonté de recherche au sein de la littérature scientifique actuelle. De plus, la littérature scientifique d'aujourd'hui a beaucoup de questions qui restent encore sans réponses. Les chercheurs n'ont de cesse de continuer à réaliser des recherches quantitatives et qualitatives sur l'impact des traitements, particulièrement l'impact de la reconstruction mammaire sur la sexualité des femmes, dans la prise en charge du cancer du sein.

Tout d'abord, cette recherche a pour objectif premier de mettre en lumière les diverses conséquences à la fois psychologiques et sexuelles, dans le traitement du cancer du sein chez la femme. Ceci étant, afin d'apporter une information approfondie quant au vécu psychosexuel féminin dans un but préventif, à travers le travail de réappropriation corporelle. Par la suite, notre objectif second, est de pouvoir affiner les connaissances actuelles en matière de santé sexuelle, dans le fonctionnement sexuel féminin. Evidemment, atteindre ce but, permettrait au corps médical aujourd'hui non seulement, de ne plus traiter cette dimension avec tabou et réserve, mais de mettre en place une prise en charge médicale, psychologique, et sexuelle adaptée et ciblée au cas par cas, avec humilité et intégrité au sein du parcours oncologique. Enfin, notre recherche, vise également à dévoiler le rôle d'un facteur, qui n'a vu le jour que récemment au sein des études scientifiques en matière de sexualité féminine, à savoir l'importance de la dimension du soi dans la sexualité.

En d'autres termes, il s'agit au long de ce mémoire de pouvoir identifier les différents facteurs de la sexualité féminine impactés par le cancer du sein et ses traitements, en se concentrant essentiellement sur cette nouvelle dimension de la sexualité, qui a fait l'objet de quelques études scientifiques depuis les années 1990 : l'estime de soi sexuelle. Il semble indéniable, que la reconstruction mammaire dans le cancer du sein joue un rôle fondamental dans l'estime de soi et l'image corporelle mais a – t – elle également un impact sur l'estime de soi sexuelle de la femme ?

En tant que psychologues, il nous semble nécessaire et primordiale d'approfondir notre compréhension de l'importance de la dimension subjective dans la sexualité, et ce, particulièrement en oncologie. En effet, améliorer notre compréhension des différents mécanismes à l'œuvre dans l'adaptation psychosexuelle des femmes atteintes du cancer du sein, nous permettrait d'adapter les prises en charge psychothérapeutiques en oncologie.

C'est pourquoi nous avons été amené à formuler la question de recherche suivante :
La reconstruction mammaire permet - elle d'améliorer positivement l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle chez les femmes ayant subi un cancer du sein, après la mastectomie ?

Au sein de notre première partie nous aborderons en premier lieu les connaissances générales quant au cancer du sein et sa prise en charge chez la femme. Ensuite, nous nous attarderons sur l'adaptation psychologique et sexuelle des patientes à travers l'expérience de la maladie, pour par la suite définir les différentes dimensions du fonctionnement sexuel féminin. Puis, nous tenterons dans un dernier chapitre de définir ce que signifie « estime de soi sexuelle » au regard de son utilisation en tant que variable impactée par les différents traumatismes que peut subir un individu (handicap, viol, maladie etc...). Ce qui nous amènera à aborder sa fonction propre au sein de la sexualité féminine, en lien avec l'image corporelle et la satisfaction sexuelle, afin de mieux comprendre son rôle dans le fonctionnement psychosexuel féminin. Enfin, nous discuterons des enjeux liés à la sexualité et à l'image corporelle dans le travail de réappropriation corporelle des femmes, notamment suite à la mastectomie et au traitement conservateur du sein.

Notre partie méthodologique consistera en une analyse des articles que nous aurons sélectionnés au sein de la littérature scientifique, au regard des critères d'exclusions des publications que nous aurons définis. D'une part, notre analyse nous permettra de discuter des futures possibilités quant aux méthodes de recherche expérimentales appliquées à la psychologie de la santé, dans la sexualité en oncologie. D'autres part, cette investigation au sein de la littérature scientifique, nous apportera de nouvelles pistes de réflexion quant à la prise en charge psychothérapeutique de la sexualité des patientes à travers le parcours oncologique.

PARTIE I : APPROCHE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : LE CANCER DU SEIN

1.1 Le cancer du sein en quelques chiffres : définition et épidémiologie

Actuellement, le cancer du sein reste l'un des cancers les plus meurtrier dans la population féminine. Il est défini comme « *une maladie qui se développe à partir des cellules qui constituent la glande mammaire. Une cellule initialement normale se transforme et se multiplie de façon anarchique et excessive, pour former une masse, appelée tumeur maligne* » (Les traitements des cancers du sein, collection Guides patients Cancer info, INCa, octobre 2013, p.6). Le cancer du sein est qualifié « in situ » lorsqu'il est uniquement localisé dans le sein et qualifié « infiltrant » lorsqu'il s'est propagé aux autres organes via les voies lymphatiques et sanguines (Nogaret, 2010).

En 2013, 48 763 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en France. Le cancer du sein représente donc plus du tiers de l'ensemble de nouveaux cancers diagnostiqués chez la femme. Généralement, ce cancer apparaît chez les femmes âgées de plus de 50ans. Les recherches ont évalué à 89% le taux global de survie de 5ans après le diagnostic du cancer du sein (Les traitements des cancers du sein, collection Guides patients Cancer info, INCa, octobre 2013). En ce qui concerne les procédures chirurgicales, Henry, Baas, et Mathelin (2010) ont analysé les données indiquées par le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI). Ces données nous informent que les taux de mastectomie ont diminué entre 2001 et 2005, passant de 42% à 37,9% en Europe. Aux Etats-Unis, ce taux atteint 36%, contre 40% en Grande – Bretagne. Ce taux reste supérieur chez les femmes plus jeunes que chez les femmes plus âgées (Cutuli, 2008). En Grande – Bretagne, le taux de reconstruction mammaire est inférieur à 20% (Callaghan, Clouto, & Kerin, 2002). Aux Etats – Unis, ce taux reste également faible puisque seulement 12,5% des femmes mastectomisées ont eu recours à une reconstruction mammaire, selon les données du registre du Connecticut à propos de 4688 femmes opérées d'une mastectomie, reportées par Polednak, (2001).

On constate donc que la mastectomie reste une procédure chirurgicale essentielle, sans pour autant qu'une reconstruction mammaire soit proposée lorsqu'elle est réalisable.

A l'instar de tout cancer, le cancer du sein est multifactoriel. Lorsqu'il est déclaré, il est essentiel de veiller à ne pas se focaliser uniquement sur ses causes de développement. En effet, son développement résulte de multiples facteurs de risques.

1.2 Symptomatologie du cancer du sein et conséquences psychologiques

a. Symptômes médicaux et facteurs de risques

Certains signes peuvent être alarmants quant à la présence d'une anomalie du fonctionnement général de l'organisme. On citera par exemple, essentiellement les symptômes les plus communs (Denys & Stragier, 2009, p.26) :

- « Palpation d'une masse ou d'une zone indurée non présente antérieurement ;
- Rétraction cutanée (fossette) spontanée ou provoquée lors du mouvement des bras, rétraction mamelonnaire ;
- Changement global de l'aspect du sein ou de son volume ;
- Ecoulement mamelonnaire, surtout s'il est sanglant ;
- Anomalie cutanée du mamelon ou de l'aréole se présentant sous forme d'exéma ;
- Rougeur (érythème) de la peau ou aspect de celle – ci en peau d'orange ;
- Apparition d'une douleur (phénomène rare en cas de cancer du sein) »

Toutefois, malgré l'observation de certains symptômes médicaux, la patiente ne consulte pas de praticiens professionnels. Pourquoi ? Les recherches sur les causes du retard de diagnostic du cancer du sein ont montré que les femmes ont tendance à attribuer certains symptômes observables sur le sein à des changements hormonaux ou à certains traumatismes corporels. Par conséquent, certains symptômes ne font pas directement penser à une cause maligne (M. O'Mahony, McCarthy, Corcoran & Hegarty, 2013).

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question (Koo et al., 2017). Ils ont recherché les raisons pour lesquelles les femmes tardent trop à consulter leur praticien. En effet, le symptôme le plus saillant reste la présence d'une masse sur une zone indéterminée sur le sein. Ils ont répertorié 56 symptômes donnant un large spectre de signes alarmants, incluant des symptômes non directement liés aux seins : maux de dos ou encore la perte de poids. Les résultats de leur étude montrent que les femmes

présentant des symptômes non directement liés au sein seul ou combinés avec une masse dans le sein, attendaient en moyenne 90 jours avant d'aller consulter, par rapport aux femmes ayant pour unique symptôme une grosseur dans le sein. Ainsi, il existe une multitude de symptômes du cancer du sein face auxquels les femmes ne sont pas sensibilisées. A l'instar de nombreuses autres, cette étude traite la question de la sensibilisation et de l'accès à l'information médicale relatives aux symptômes ou aux facteurs de risques.

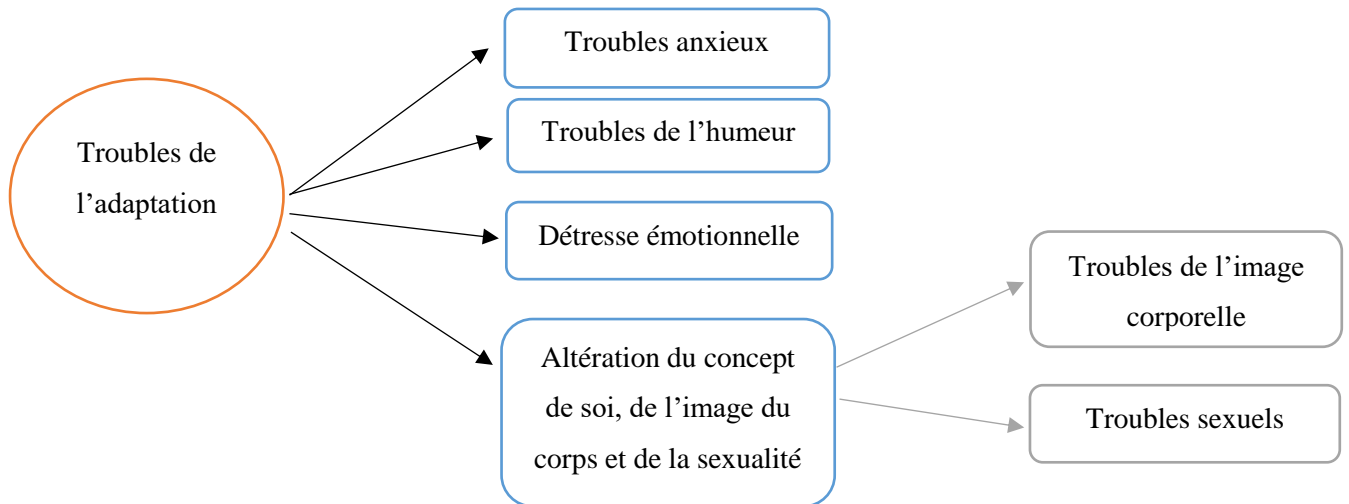
L'âge représente un des facteurs de risques les plus saillants. Ainsi, on sait aujourd'hui que l'âge moyen du cancer du sein est de 62ans. Les antécédents personnels tels que l'hérédité constituent également un facteur de risque. En effet, l'antigène BRCA concerne 5 à 10% des cancers du sein liés à une anomalie génétique, c'est-à-dire une mutation du gène BRCA transmissible par voie héréditaire. Enfin, ils ont trouvé chez les femmes à faibles risques, l'hyperoestrogénie – la prise de moyens contraceptifs tels que la pilule sur une longue durée, le mode et la prise d'hormones substitutifs la ménopause par exemple – comme facteurs favorisant le développement du cancer du sein¹.

b. Conséquences et adaptation psychologique

Nombreux sont les troubles de l'adaptation psychologiques apparaissant lorsqu'une femme apprend qu'elle est atteinte du cancer du sein ou d'une autre maladie grave. Les troubles de l'adaptation surgissent lorsque les stratégies d'adaptation mises en place par la patiente en fonction de ses ressources ne fonctionnent pas suffisamment. De Brouhoven de Bergeyck et al. (2013) ont repris 4 troubles principaux de l'adaptation, sachant que les troubles de l'adaptation sont définis comme suit dans le DSM-IV : « *une réaction inadaptée à un ou plusieurs facteurs de stress apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci, et qui ne persiste pas plus de six mois* » (American Psychiatric Association, APA, 1987 citée par Razavi & Delvaux, 2008, p. 129).

¹ Fondation contre le cancer, 7 avril 2004, consulté le 20 février 2019

Schéma 1 - Troubles de l'adaptations - De Brouhoven de Bergeyck et al., (2013)



Les troubles anxieux et dépressifs apparaissent dès le début de la maladie. Ils seront développés de manière plus approfondie dans les chapitres suivants. Cependant, Liebens et Aimont (2001) ont constaté que 49 % des patientes manifestent de l'anxiété au moment de l'hospitalisation pour un traitement chirurgical, 52 % ont une angoisse de mort et 71 % redoutent la mutilation (as cited in De Brouhoven de Bergeyck et al., 2013).

Il est essentiel de détecter rapidement les troubles anxieux afin de pouvoir gérer au mieux la compliance au traitement. La détresse émotionnelle définie par Thibodeau (2011) fait référence à « *une expérience multifactorielle désagréable de nature psychosocial (cognitive, comportementale, émotionnelle ou spirituelle) qui peut interférer avec la capacité d'affronter un cancer, ses symptômes physiques et ses traitements* » (as cited in De Brouhoven de Bergeyck et al., 2013, p.90). Elle correspond à une combinaison de préoccupations excessives, de peur omniprésente, et d'anxiété permanente. Enfin, l'altération du concept de soi, de l'image du corps et de la sexualité sont des troubles de l'adaptation qui sont liés entre eux. En effet, certains auteurs ont montré que des troubles de l'image corporelle pouvaient engendrer des troubles d'ordre sexuel (perte de désir, trouble de l'excitation) chez les femmes atteintes du cancer du sein (Fobair et al., 2006).

L'ensemble de ces troubles de l'adaptation doit impérativement être pris en charge dans la compliance au traitement, mais également dans l'accompagnement de la patiente dans son parcours oncologique.

1.3 Prise en charge médicale et traitements

En ce qui concerne les traitements du cancer, ils varient selon le stade de propagation de la maladie, sa localisation dans le sein, son degré d'agressivité, sa sensibilité aux hormones (car il existe des cancers du sein hormonosensibles, c'est-à-dire que leur croissance est stimulée par les hormones féminines telles que l'œstrogène ou la progestérone) et s'il est positif au HER2, c'est-à-dire si les cellules en surface de la tumeur contiennent une concentration importante en protéine HER2 visant à accélérer le développement des cellules tumorales. L'âge, la santé globale, les préférences, les antécédents personnels et familiaux sur le plan médical et chirurgical sont également autant pris en considération dans l'adaptation du traitement.

Il existe 4 types de traitements pour lutter contre le cancer du sein susceptibles d'être combinés :

1. La chirurgie

La chirurgie est le principal traitement abordé en prévention. Elle peut être conservatrice, partielle ou totale. Lorsqu'elle est combinée à d'autres traitements tels que l'hormonothérapie, la chimiothérapie ou la radiothérapie, on parle de traitements complémentaires adjuvants à la chirurgie sont. Ils sont néoadjuvants lorsqu'ils sont recommandés en amont à la chirurgie (Denys & Stragier, 2009).

2. La radiothérapie

A l'instar de la chirurgie, la radiothérapie est un traitement thérapeutique à visée locale et ciblée. En effet, elle utilise des rayons ionisants afin de stopper le développement des cellules cancéreuses et de les détruire, au niveau de l'organe ciblé (Denys & Stragier, 2009). Ce traitement est généralement combiné à d'autres types de traitements, par exemple à une chirurgie conservatrice. L'objectif étant de diminuer le risque de récurrence de développement des cellules locales (Ferrandez & Serin, 2006).

3. La chimiothérapie

Contrairement à la radiothérapie, la chimiothérapie n'est pas un traitement local. Elle vise à détruire les cellules cancéreuses et à freiner leur développement dans l'ensemble de l'organisme. Elle peut être administrée par voie orale, par injection, ou par perfusion. Le problème majeur de la chimiothérapie réside dans le fait que ce

traitement touche également les cellules saines ; c'est la raison pour laquelle de nombreux effets secondaires apparaissent fréquemment : nausées, vomissements, perte de cheveux, fatigue. Ils sont variables et dépendent de la réaction de la personne².

4. L'hormonothérapie.

Le recours à l'hormonothérapie s'effectue lorsque le cancer du sein est hormonosensible. Elle vise à bloquer les récepteurs hormonaux qui induisent la prolifération de cellules cancéreuses. Il en existe 2 types : soit elle est traitée par voie médicamenteuse, et dans ce cas le traitement est systémique car il agit sur toutes les cellules sensibles aux hormones – soit elle est chirurgicale, et dans ce cas de figure, il s'agit d'une ovariectomie (ablation des ovaires afin de stopper la production d'œstrogènes par les ovaires)³.

1.4 Besoins des patientes et prise en charge psychologique

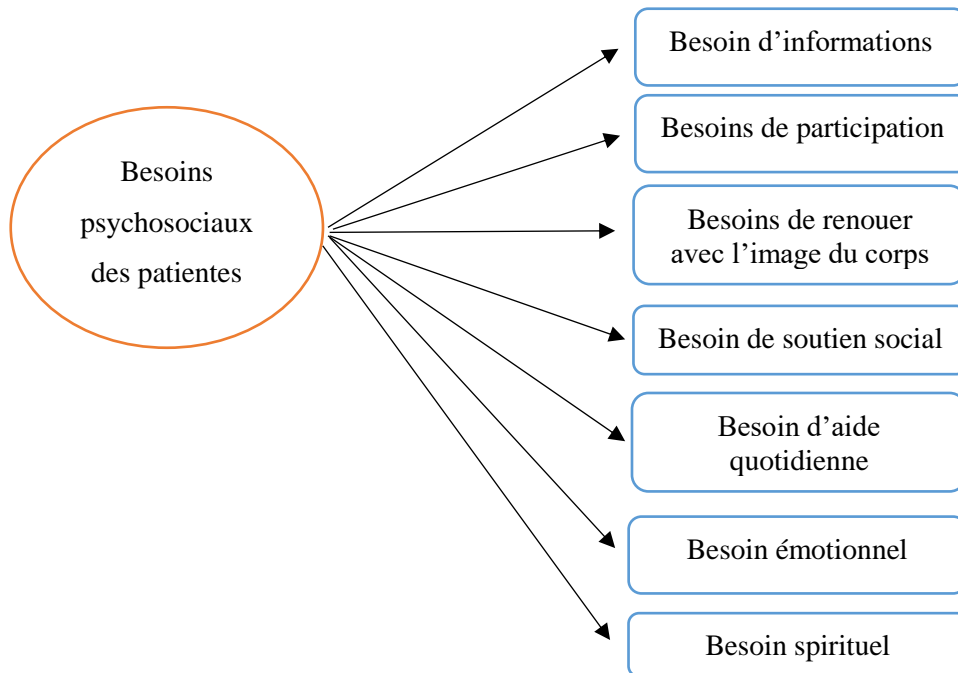
a. Les besoins psychosociaux des patientes

Lorsqu'une femme est atteinte du cancer du sein, chaque sphère de sa vie s'en trouve bouleversée : professionnelle, sociale, familiale et conjugale. Sans compter l'organisation matérielle et financière qui venant se greffer aux changements de projets. Les patientes éprouvent souvent différents besoins, d'ordre émotionnel ou matériel. Ces besoins psychosociaux doivent impérativement être pris en charge dans le suivi thérapeutique de la patiente mais aussi dans son suivi psychologique.

² Institut National du Cancer (2005) <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/chimiotherapie>, consulté le 14 février 2019

³ Institut National du Cancer (2005) <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie>, consulté le 14 février 2019.

Schéma 2 - Les besoins psychosociaux des patientes atteintes du cancer du sein - De Brouhoven de Bergeyck et al. (2013)



L'identification de ces besoins permet une prise en charge appropriée pour la patiente. Ainsi, Beatty, Oxlad, Koczwara, et Wade, (2008) ; Lobb et al. (2001) ont évalué que 83% des patientes atteintes d'un cancer du sein souhaitaient avoir un maximum d'information contre 16% ne souhaitant que des informations partielles (as cited in Schmid-Buchi, Halfens, Dassen & Van den Borne, 2008). Lobb et al. (2001) ont constaté que 53% des patientes souhaitaient être actives dans la collaboration avec leur médecin dans la gestion des traitements, contre 23% préférant laisser l'entière gestion à leur médecin (as cited in Schmid-Buchi, Halfens, Dassen & Van den Borne, 2008).

Dans leur étude, McIllMurray, Thomas, Francis, Soothill et Al-Hamad, (2001) ont classé en 7 catégories les besoins à prendre en compte. Leurs résultats comparatifs ont démontré que les patientes atteintes du cancer du sein ont un profond besoin de renouer avec leur image corporelle plus élevé que celles atteintes du cancer colorectal. Par ailleurs, Beatty et al. (2008) ont relevé que les femmes atteintes du cancer du sein ont éprouvé des difficultés avec certains aspects de leur image corporelle. En effet, éprouver le sentiment de se sentir désirable ou attirante à nouveau, a été un véritable défi à relever pour ces femmes. Dès lors, il est essentiel de ne pas négliger les questions relative à l'image du corps dans les ateliers de revalidation oncologique. C'est

d'ailleurs une des raisons qui incite, amène de plus en plus d'hôpitaux à engager des socio-esthéticiennes dans les services d'oncologie. Ces auteurs rapportent que les patientes éprouvent un profond besoin d'adaptation émotionnelle en lien avec un besoin de contrôle. Ce dernier comprend le filtrage des informations afin d'éviter la surcharge d'informations, la recherche de possibilité d'expression émotionnelle et d'éléments positifs. Il arrive que ce besoin de sentiment de contrôle s'exprime à travers un besoin spirituel. En effet, tant qu'elle est un moteur stimulant ayant une fonction positive pour la patiente, la foi lui permet de garder un certain contrôle sur sa vie.

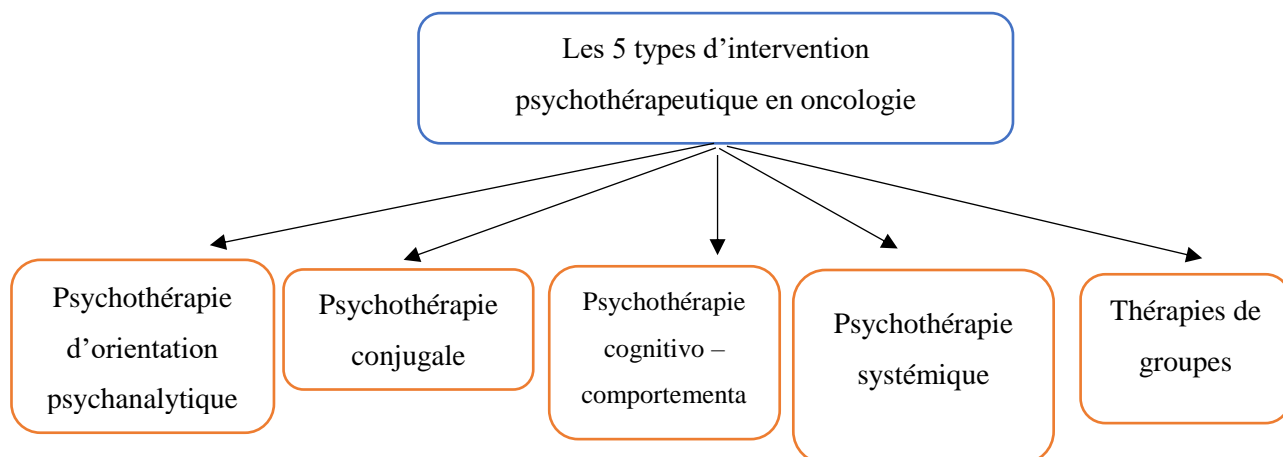
Enfin le besoin d'aide quotidienne et de soutien social pour les patientes paraît indéniable. Beatty et al. (2008) ont démontré que les patientes ressentent un besoin de soutien social de la part de leur entourage familial et amical mais aussi de la part du corps médical. Ils ont évalué les manques qui pouvaient subsister face à ce problème social et plusieurs moyens ont été identifiés afin d'augmenter le soutien social : partager son expérience avec une patiente qui a traversé la même maladie, identifier les personnes sur qui l'on peut compter, et renforcer le dialogue avec l'équipe médicale.

b. Les différents types d'intervention psychologique en oncologie ?

Une prise en charge psychologique peut parfois s'avérer nécessaire pour certaines patientes qui en éprouvent le besoin. Le soutien psychologique peut s'articuler autour de différentes problématiques qui occupent l'esprit de la patiente : ce soutien peut être d'ordre individuel, conjugal ou familial. Il existe plusieurs types d'intervention psychothérapeutique en oncologie susceptibles d'aider la patiente à travers son expérience de la maladie. Dans le cadre de ce mémoire, nous en présenterons 5 considérées comme majeures au vu de ce que la littérature scientifique a révélé comme efficace, au niveau de la prise en charge psychologique en oncologie.

Schéma 3 – Les différents types d'interventions psychothérapeutiques en oncologie -

De Brouhoven de Bergeyck et al. (2013)



La psychothérapie conjugale peut s'avérer essentielle lorsque le couple traverse une épreuve difficile dans la maladie. Certains couples doivent faire face à des problèmes de communications, de peurs, de rejets, d'abandon que la maladie vient réactiver en chacun d'eux. L'objectif premier sera alors de repérer la dynamique conjugale dans laquelle le couple se trouve, afin de permettre de conscientiser les difficultés de chacun dans le cadre de cette dynamique, de les symboliser et enfin de les verbaliser (De Brouhoven de Bergeyck et al., 2013). Plusieurs techniques existent notamment : l'EFT (Emotionally focused couple therapy), CCET (Couple coping enhancement training), IBCT (Integrative behavioral couple therapy).

Les techniques de psychothérapie cognitivo – comportementale ont démontré leur efficacité en oncologie notamment pour les patientes qui présentent des troubles anxieux et dépressifs. L'objectif de ces techniques consistera à faciliter l'adaptation psychologique de ces patientes en se basant sur 3 aspects : les pensées, les émotions et le comportement. Le psychothérapeute a pour objectif d'aider la patiente à modifier ses schémas de pensée habituels afin de changer la représentation qu'elle a de sa situation. Cette technique est particulièrement efficace pour diminuer l'incertitude face à la maladie, le désespoir et le sentiment d'impuissance (Brouhoven de Bergeyck et al., 2013).

La psychothérapie systémique est également requise lorsque la patiente rencontre des difficultés dans le cadre familial. En effet, être mère et malade peut avoir un impact sur l'enfant et le fonctionnement familial. L'objectif étant d'ouvrir un espace de communication entre la mère, l'enfant et le père, dans une optique bienveillante et

positive. Les thérapies de groupes sont également essentielles en oncologie et visent le partage d'expériences et de résolution de problème (Brouhoven de Bergeyck et al. (2013).

Enfin la psychothérapie d'orientation psychanalytique a également démontré son efficacité en oncologie. Ainsi, dans le cadre de l'association Psychisme et Cancer, il existe un centre dédié au nom de Pierre Cazenave, psychiatre, psychanalyste et cancéreux, créé en 1998, où les malades sont accueillis dans le but de réaliser une cure d'orientation psychanalytique. Ce centre s'est basé sur de nombreuses recherches épistémologiques, médicales, historiques et psychanalytique (Biégelmann-Barroux, 1996). En revanche, dans le cadre hospitalier, le psychologue clinicien d'orientation psychanalytique est contraint de travailler dans le cadre institutionnel que représente l'hôpital, un cadre où une cure psychanalytique est impossible. Pour autant, les outils utilisés en consultation restent semblables. Ainsi, elle consiste à travers une écoute bienveillante à analyser le rôle que joue l'inconscient dans la maladie, ce qu'il vient réactiver, ce qu'il a refoulé. Le psychologue clinicien repère donc les mécanismes de défense mis en place, afin de pouvoir comprendre le fonctionnement psychique du sujet (Perpère & Hurbault, 2010).

Ces psychothérapies ont une utilité et une efficacité indéniables pour la patiente atteinte du cancer du sein, au moment où elle en exprime le besoin. Cependant, la sphère sexuelle reste trop souvent occultée, voire oubliée des psychothérapies⁴, alors qu'elle soulève un réel problème ou besoin pour la patiente. Ainsi, cela pose la question de la place de la sexualité, d'abord dans le cadre du cancer du sein, et ensuite dans le cadre de ces psychothérapies. Les difficultés relatives à la sexualité doivent – elle être systématiquement abordées ? Par qui peuvent-elles être abordées ? Les infirmières ? Le médecin ? Le psychologue ? Comment aborder ces questions sur la sexualité sans dépasser les limites de l'espace d'intimité de la patiente ? Ce sont toutes ces questions qui vont animer la suite de notre revue de la littérature.

⁴ Nous excluons de cette remarque les psychothérapies conjugales qui bien souvent révèlent en deçà d'un problème de communication conjugale, aussi des difficultés sexuelles, suite à l'apparition de la maladie, au sein du couple.

CHAPITRE 2 : CANCER DU SEIN ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSEXUEL

A l'apparition d'une maladie grave, la question de la sexualité arrive en second plan. En effet, les patientes pensent d'abord à leurs enfants, à leur métier, aux tracas financiers (facteurs d'anxiété), et c'est souvent après une réorganisation de la vie familiale que l'aspect conjugal et particulièrement l'aspect sexuel de la vie conjugal suscite des interrogations chez les patientes, qui ne trouvent pas toujours l'écoute nécessaire. En effet, elles doivent faire face à des troubles de désir sexuel, des troubles de l'excitation sexuelle ou des sécheresses vaginales importantes, impactant la vie du couple. Dès lors, comment préserver le bon fonctionnement psychosexuel féminin ?

Cette question émerge, peu à peu à travers la pensée médicale lorsque l'on sait – au regard de la valeur symbolique que notre société attribue au sein et au corps féminin – les chirurgiens maximisent les possibilités de conservation du sein, visant à préserver à la fois le bon fonctionnement psychologique de la femme mais aussi le bon fonctionnement sexuel. C'est la raison pour laquelle il est intéressant de comprendre en quoi les différents traitements thérapeutiques dans le cancer du sein altèrent la sexualité des patientes, afin de pouvoir mieux prévenir ces changements mais aussi de permettre un accompagnement approprié sur la question de la sexualité en oncologie.

2.1 L'adaptation psychologique à travers le parcours oncologique

En termes d'ajustement psychologique, on entend l'ajustement émotionnel, cognitif, et social des patientes. D'évidence, les premières émotions qui surviennent sont présentes bien avant l'annonce du diagnostic. En fonction de la personnalité de la patiente, de son âge, de ses croyances au sujet du cancer du sein, de son développement sexuel, de sa proximité avec son partenaire et enfin du stade de son parcours oncologique, son système de défense psychique peut impacter son fonctionnement sexuel, de manière générale.

a. L'anxiété

Sachant que l'anxiété est présente dès les premiers instants du parcours oncologique chez les femmes atteintes du cancer du sein, il est difficile de ne pas en déterminer l'impact sur le fonctionnement sexuel. Ainsi, les principales réactions psychologiques surgissent souvent suite à un sentiment de mutilation et de perte du sentiment de féminité. Ces réactions apparaissent après l'opération, alors que l'anxiété est présente dès l'annonce du diagnostic bien qu'elle soit associée à l'opération chirurgicale. La peur associée à la perte du sein, concerne souvent une préoccupation au sujet de la désirabilité sexuelle. En effet, les patientes se sentent indésirables sur le plan sexuel après une mastectomie. Cette peur concerne également les relations interpersonnelles et sexuelles, où une femme peut craindre de voir la durabilité de son mariage compromise. Cela peut dépendre également de la place que le couple a attribué à la sexualité au sein de leur mariage ou de leur concubinage. Sans compter, l'angoisse de mort omniprésente. Cette anxiété se trouve renforcée par le manque de connaissance au sujet du cancer du sein. Klein (1971), a rapporté un nombre important de fausses croyances et d'interprétation au sujet du cancer du sein. Par exemple, les femmes peuvent croire que le cancer amène soit à une guérison soit à la mort, qu'elles peuvent se sentir responsables de leur cancer – ou encore qu'elles seront perçues comme intouchables par autrui.

D'autres études, ont révélé l'importance des stratégies d'adaptation et de l'anxiété en tant que facteur de prédiction de la survie des patientes. Ainsi, Cousson-Gelie, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy, et Jutand (2007) ont réalisé une étude, dont l'objectif était de montrer le lien entre les facteurs psychologiques et la durée de survie des patientes atteintes du cancer du sein. S'étant basée sur le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman, ils ont tenté de déterminer l'effet médiateur des antécédents psychologiques sur les critères de survie. Leur étude comporte 75 femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique (c'est-à-dire que la maladie n'a pas évolué au-delà du stade 3⁵). Les résultats ont montré qu'une satisfaction corporelle

⁵ « Cancer du sein localement avancé – La tumeur mesure plus de 5 cm. Le cancer peut s'être propagé à la peau, aux muscles de la paroi thoracique ou à plus de 3 ganglions lymphatiques. C'est un cancer de stade 2B, 3A, 3B ou 3C.» Société Canadienne du cancer, 1938.

avant l'annonce du diagnostic était associée à une plus longue période de survie. A ce titre, les auteurs argumentent que les patientes s'ajustent moins bien au cancer du sein lorsqu'elles sont très préoccupées par leur image corporelle (Carver, Pozo-Kaderman, & Price, 1998). L'état anxieux est également corrélé à la survie des patientes. Ainsi, leurs résultats ont révélé qu'un état faible d'anxiété (indiqué par l'absence de l'affect négatif tel que la peur), est corrélé à un plus haut risque de mortalité. Les auteurs interprètent ce taux faible d'anxiété comme une négation des émotions négatives chez les femmes atteintes du cancer du sein. Face à ces résultats, ils ont mis en avant l'hypothèse psychosomatique selon laquelle la négation des émotions difficiles à vivre, induites par un facteur de stress, serait associée à des modifications immunologiques qui, à leur tour, accélèreraient le processus d'évolution de la maladie. Néanmoins, la survie des patientes ne dépend pas uniquement du facteur « stress », bien que ce dernier ne soit pas figé dans le temps.

b. La dépression

En ce qui concerna la relation entre la dépression et le cancer du sein, nombreuses sont les problématiques qui animent la littérature scientifique. En effet, quelle est la prévalence de la dépression chez les femmes atteintes du cancer du sein ? Quels sont les facteurs de risques susceptibles d'entraîner une dépression au cours de la maladie ? Le cancer du sein représente – t – il lui-même un facteur de risque de développer une dépression ? Quelle relation existe – t – il entre la dépression, le pronostic vital (taux de mortalité) et la gravité de la maladie ? Enfin, quel est l'impact de la dépression sur la qualité de vie des patientes dans l'après cancer ? Nombreuses sont les questions sur la dépression dans le cancer du sein, sur lesquelles ce sont penchés les auteurs (Reich, 2008).

Ainsi, Burgess et al., (2005) ont montré un niveau de dépression élevé en présence de facteurs de risque de 1 à 5ans après le diagnostic du cancer du sein. Ils ont, par exemple observé, en termes de prévalence, que 33% des femmes souffraient de dépression au moment du diagnostic, 24% durant 3 mois après le diagnostic et 15% des femmes en souffraient encore dans l'année. Ces facteurs de risque comme des épisodes précédents de dépression et d'anxiété semblent davantage associés au patient plutôt qu'au traitement lui – même et prédisent un niveau élevé de dépression et d'anxiété durant le parcours oncologique de la patiente. Le manque de soutien affectif joue également

un rôle prépondérant dans la probabilité de montrer des signes de dépression au cours du traitement.

La question de la dépression en tant que facteur de risque pour développer un cancer du sein reste hypothétique. Des hypothèses biologiques à travers la recherche ont tenté de psychologiser l'occurrence du cancer en démontrant un impact du stress sur le système immunitaire, qui favoriserait le développement de tissus cancérogènes (Ollonen, Lehtonen, & Eskelinen, 2005). Cependant, ces hypothèses n'ont montré aucun résultat scientifique probant pour prévenir le développement du cancer du sein, ou tout autre forme de cancer. En revanche, d'autres auteurs comme McKenna, Zevon, Corn et Rounds, (1999) ont montré une association entre des facteurs de risques psychosociaux et l'occurrence du cancer du sein, plus particulièrement pour les femmes qui montreraient des stratégies d'adaptation telles que le déni associé à la perte ou à la séparation avec un être cher. Ces résultats se rapprochent de ceux mis en évidence par Cousson-Gelie et al., (2007), montrant qu'une absence d'affect négatif, tel qu'un niveau d'anxiété plus ou moins élevé, était associé à un plus haut taux de mortalité chez les femmes atteintes du cancer du sein.

Par ailleurs, les recherches quant à l'impact de la dépression sur le taux de mortalité des patientes, restent confuses. (Hjerl et al., 2003). Des auteurs (Hjerl et al., 2003) ont observé une corrélation entre le niveau de dépression, le taux de mortalité et le stade évolutif de la maladie. Par exemple, les résultats de leur étude ont montré que la dépression préopératoire est associée à un risque relatif plus élevé de mortalité pour le stade avancé du cancer du sein. Watson, Haviland, Greer, Davidson, et Bliss (1999) ont montré à travers leurs études que les symptômes dépressifs et le désespoir sont liés à une faible probabilité de chance de survie 5ans après le diagnostic. En revanche, la dépression, en tant que facteur de risque dans l'évolution de la maladie, tend à trouver des affirmations positives dans la littérature. Ainsi, la dépression peut réduire la motivation et par conséquent la compliance au traitement thérapeutique (Reich, 2008).

Enfin, la question majeure et centrale de la littérature scientifique actuelle est l'impact de la dépression sur la qualité de vie d'une femme atteinte du cancer du sein. En effet, la dépression est associée à une mauvaise qualité de vie. Ce constat a été démontré par Deshield, Tibbs, Fan, et Taylor (2006). Ils ont évalué le niveau de dépression entre 3 et 6 mois après la fin du traitement chez 84 femmes atteintes du cancer du sein. Leurs résultats ont prouvé que 61% des femmes qui n'éprouvant jamais de signes de

dépression, ont une meilleure qualité de vie, alors que 4% des femmes se sentant déprimées, éprouvent une moins bonne qualité de vie ; enfin ; 12% des femmes qui expriment des signes constants de dépression, éprouvent une moins bonne qualité de vie. La question de l'anxiété et de la dépression participe donc à l'ajustement psychologique des patientes. Quel impact l'ajustement psychologique peut – il avoir sur la sexualité des patientes ? Dès lors, peut – on parler d'ajustement psychosexuel, pourquoi et quand ?

2.2 L'adaptation psychosexuelle à travers le parcours oncologique

a. L'ajustement psychosexuel : quelle place pour la sexualité dans le cadre du milieu médical à travers le parcours de la patiente ?

La sexualité, arrive au second plan dans la réadaptation du cancer du sein. Ainsi, la concentration peut être souvent mise en premier lieu sur la mobilisation du corps et ensuite sur l'image corporelle que l'on a de son corps ; toutefois la sexualité est un domaine trop souvent occulté, alors même que c'est notre corps qui est en jeu dans la sexualité.

Une des répercussions qui survient souvent après l'ablation du sein est l'apparition d'un lymphœdème. Ce lymphœdème et le sein survivant représentent deux attributs corporels majeurs ayant un rôle dans cet ajustement psychosexuel et dans la réadaptation. D'après le site de l'Institut National du Cancer le lymphœdème du membre supérieur, est « *un gonflement provoqué par le ralentissement ou le blocage de la circulation de la lymphe. C'est un effet secondaire possible de tout geste ou traitement réalisé au niveau de l'aisselle curage axillaire, exérèse du ganglion sentinelle ou radiothérapie axillaire* » (Institut National du Cancer, 2005, para 1) ; implique également des effets psychologiques à savoir : une conscience personnelle de la présence d'un « gros bras », en présence des autres, une difficulté à se vêtir, et enfin un changement du style de vie affectant les comportements sociaux (Healey, 1971). Ces effets psychologiques, concernent aussi le sein « survivant », ce dernier souvent perçu avec ambivalence par les patientes. En effet, Leis (1971) a noté que le second sein est perçu comme un organe non – fonctionnel, dont la stimulation sexuelle est remise en question suite à la mastectomie dans l'acte sexuel. Par conséquent, ces deux attributs corporels touchés de plein fouet par la chirurgie, font parti de

l'ajustement psychosexuel dans l'après – cancer. On parle donc d'ajustement psychosexuel car il est important d'ajuster l'accompagnement psychologique lors du parcours oncologique, afin de prévenir d'éventuelles difficultés sexuelles dans l'après cancer. L'aspect psycho-sexuel ne doit pas être négligé dans la réhabilitation post – mastectomie. Ainsi, Dietz (1969) a suggéré que l'objectif de la réhabilitation post – mastectomie concerne non seulement le maintien et la fonction du bras et des épaules, dans le cas du lymphœdème par exemple, mais également la restauration de l'apparence extérieure en passant par un ajustement psychologique qui se caractérise par une acceptation du sein perdu, une réintégration de son image corporelle comme étant désirable et digne d'être aimé, et un ajustement à une possible récurrence du cancer suivant les dix prochaines années après la mastectomie.

Ainsi, l'adaptation psychosexuel au cancer du sein, dépend également du moment du parcours oncologique. Ainsi, Jamison, Wellisch & Pasnau (1978) rapportent que pour 52% des patientes de leur étude, le pire moment où l'ajustement psycho – émotionnel est nécessaire correspond à la découverte de la tumeur ; pour 15.8% il s'agit de la période postopératoire, et des trois premiers mois suivant la chirurgie. A ce propos, les difficultés d'adaptation psychosexuelle et psycho émotionnelle pré-mastectomie, déterminent le type d'intervention psychologique tout en ciblant les besoins psychologiques immédiats de la patiente. C'est la raison pour laquelle, il est primordial – dans un premier temps – de mettre en place une intervention psychologique avant l'intervention chirurgicale. Klein (1971) suggère que la patiente devrait être aidée dans la communication de sa situation aux personnes significatives de sa vie, à commencer par les enfants. Cela fait partie de l'accompagnement préopératoire, qui a pour objectif de permettre à la patiente d'anticiper le futur. A ce stade, devraient également être abordés les éventuels dysfonctionnements sexuels afin d'en prévenir l'adaptation au mieux pour la patiente et son partenaire. Harrell (1972) ajoute également qu'il est important de fournir les informations à la patiente, en lui expliquant qu'il est probable qu'elle ressente une intense tristesse, des troubles du sommeil, des cauchemars constants, que la forme du sein après l'opération est normale et doit lui transmettre une relative confiance. En outre, il est essentiel que la patiente puisse s'exprimer librement durant cet accompagnement, tant au niveau de son ressenti que de ses attentes de l'opération. Dès lors, dans la phase postopératoire, Akehurst (1972) suggère que les patientes ayant subi une mastectomie participent à des thérapies de groupe. En effet,

qui mieux qu'une personne ayant elle – même vécu cette situation face à une autre qui la vit pourrait lui témoigner son soutien ? Ces thérapies de groupes ont prouvé qu'il y avait de réels bénéfices psychologiques.

En conclusion, la mobilisation des membres supérieurs, la réhabilitation à une autre image corporelle, les mesures d'interventions psychologiques concernant les besoins immédiats des patientes, font partie intégrante du discours médical, sachant que la question de la sexualité reste occultée. C'est aussi la raison pour laquelle il est primordiale de parler d'ajustement psychosexuel et non uniquement d'ajustement psychologique ou corporel.

Un parcours spécialisé et adapté en fonction des prédispositions psychologiques de la patiente, de l'importance que le couple accorde à la place de la sexualité dans leur relation et de l'importance de la sexualité même, au niveau individuel pour la patiente, sont à aborder aux différentes phases du parcours oncologique :

1. À l'annonce du diagnostic en informant la patiente des séquelles sexuelles et psychologiques susceptibles d'apparaître
2. Durant les traitements, lorsqu'une altération du fonctionnement psychosexuel est repérée, ne pas hésiter à rediriger vers un sexologue,
3. En fin de traitement ou la reprise en main de sa vie, étant donné les réaménagements psychiques causés par la maladie. A ce stade du parcours oncologique, il serait sans doute judicieux de conseiller au couple une reprise, à leur rythme de la sexualité, en appréhendant le regard de l'autre, en initiant ou renouvelant des techniques de séduction.

Cet encouragement va de pair avec la méthode thérapeutique de réadaptation psychosexuelle et de réappropriation corporelle, qui aura été mise en place avec les divers intervenants. La question de la sexualité concerne tout individu désireux d'en éprouver les bienfaits, c'est dans un but clinique et pédagogique ; en effet l'altération du fonctionnement sexuel doit pouvoir émerger au sein de la parole médicale. Toutefois, afin d'être en mesure de soulever la question du fonctionnement sexuel féminin au sein du discours médical, il est essentiel d'en appréhender ses dimensions, ses composantes, ses interactions avec le fonctionnement psychologique, souvent négligée en milieu hospitalier.

b. Les dimensions du fonctionnement sexuel féminin

Afin de pouvoir comprendre comment le fonctionnement sexuel féminin peut être altéré par le cancer du sein, il semble primordial d'en explorer les dimensions. Durant la moitié du XX^{ème} siècle, plusieurs conceptualisations ont éclairé des zones d'ombres à ce sujet

La première a été élaborée par Derogatis et Melisaratos (1979). Les auteurs ont cherché à définir un niveau du fonctionnement sexuel dans l'évaluation des différentes dysfonctions sexuelles. Ils ont investigué plusieurs dimensions à l'évaluation du fonctionnement sexuel à savoir :

- **Le degré d'information sur la sexualité** comprenant la physiologie sexuelle, l'anatomie sexuelle, les facteurs psychologiques interagissant dans la relation sexuelle. Ainsi, un faible niveau d'information sexuelle peut contribuer au développement des dysfonctions sexuelles.
- **L'expérience sexuelle**, essentiellement représentée par les différents comportements sexuels qu'un individu peut expérimenter au cours de sa vie.
- **La conduite sexuelle ou érotique** regroupe les rapports sexuels, la masturbation, les baisers, les caresses et la fréquence idéale des rapports sexuels
- **L'attitude sexuelle** : il s'agit ici de pouvoir déterminer la tendance à être libérée versus la tendance à rester conservateur, observé dans l'attitude sexuelle de l'individu. Celle – ci est ici comprise dans les représentations socioculturelles, mais aussi éducatives, propres à chaque individu, par rapport à la sexualité.
- **Les symptômes psychologiques** présents chez un individu souffrant d'une dysfonction sexuelle.
- **L'affect** regroupe la gamme d'émotions négatives qu'un individu montrant un dysfonctionnement sexuel, peut éprouver. En d'autres termes, il s'agit de déterminer le niveau de dysphorie lié à la relation sexuelle.
- **La notion de rôle de genre** entre également en compte dans le fonctionnement sexuel. Il s'agit, dès lors, d'évaluer la dimension à la fois féminine et masculine qu'un individu porte en lui, au regard du genre auquel il s'identifie, et en fonction des attentes sociales.

- **La fantaisie sexuelle**, « langage du moi total » ou la capacité à lâcher prise, à communiquer ses souhaits sexuels au regard des pulsions sexuelles, et autres fantasmes inavoués. L'évaluation de cette dimension permet d'entrevoir la présence ou non d'anxiété et/ou de culpabilité liée aux fantaisies sexuelles de l'individu.
- **L'image corporelle** évaluée ici selon des attributs corporels et de genre. L'évaluation positive ou négative de son image corporelle influence la réponse de chaque individu aux questions relatives aux attributs corporels et de genre.
- **Enfin, la satisfaction sexuelle** comprenant la fréquence des rapports sexuels, la satisfaction de la relation, la communication, la variation des activités sexuelles.

Force est de constater que le fonctionnement sexuel représente une dimension complexe à évaluer chez l'être humain, et qu'il dépend d'une multitude de dimensions, notamment l'image corporelle et comme démontré précédemment, l'aspect subjectif de l'évaluation faite de son propre corps ou de sa sexualité reste le paramètre le plus pertinent pour évaluer le fonctionnement sexuel féminin. Dès lors, comment mesurer le fonctionnement sexuel de la femme en restant le plus objectif possible ?

Afin de répondre à cette question, l'échelle du FSFI (The Female Sexual Function Index, Rosen et al., 2000) a été mise au point. Actuellement, c'est l'échelle la plus couramment utilisée actuellement en matière de recherche scientifique en psychologie et sexologie. Ces chercheurs ont déterminé 5 facteurs à évaluer dans le fonctionnement sexuel féminin : le désir sexuel et l'évaluation subjective (même s'il est possible de considérer ces deux mesures indépendantes dans le diagnostic des dysfonctions sexuelles, un chevauchement existe entre ces deux dimensions), la lubrification (mesure physiologique), la capacité à atteindre l'orgasme, la douleur, et la satisfaction sexuelle.

L'objectif principal de ce questionnaire, est de pouvoir, d'une part évaluer le fonctionnement sexuel en périphérie à l'aide des mesures comme la lubrification vaginale et d'autres part, le fonctionnement sexuel central grâce aux dimensions que représentent le désir sexuel ou l'évaluation subjective, dans la stimulation sexuelle. L'élaboration de cette échelle représente une avancée majeure en terme de liberté sexuelle féminine, étant donné l'aspect complexe de la sexualité féminine, actuellement non plus reléguée au plan de fertilité, et agent de reproduction, mais bien,

étudié dans ses moindres parcelles afin de mieux pouvoir en saisir les différentes composantes. A ce stade intervient le fonctionnement psychologique des patientes atteintes de cancer du sein. Veiller au bon fonctionnement psychologique c'est, en effet, veiller au bon fonctionnement sexuel, aujourd'hui compris dans la santé sexuelle. Ainsi, Derogatis et Melisaratos (1979) ont pris en compte la dimension psychologique existante au sein d'un dysfonctionnement sexuel, lorsqu'ils ont intégré la dimension des symptômes psychologiques à évaluer dans leur échelle d'évaluation du fonctionnement sexuel. Cette analyse montre que la sphère sexuelle est indissociable de la sphère psychologique. Le fonctionnement sexuel peut donc être mis à mal par des stratégies d'adaptation psychologiques dysfonctionnelles, telles que des pensées anxieuses anticipatrices. Cette influence est mutuelle et à double sens. En effet, le bon fonctionnement psychologique des individus peut également être perturbé, par un fonctionnement sexuel, lui-même perturbé et dysfonctionnel.

Le fonctionnement sexuel, et particulièrement le fonctionnement sexuel féminin, est, encore aujourd'hui, un domaine qui revêt beaucoup d'interrogations parmi les chercheurs. En effet, la sexualité féminine reste un terrain de recherche qui interpelle seulement depuis la fin du XXème siècle et le début du XIXème siècle, l'esprit du monde médical. Certaines études en psychologie nous permettent de mieux appréhender les déterminants de la sexualité féminine. Ainsi, l'étude de Wilmoth (2001), apporte une lecture psychologique au fonctionnement sexuel féminin que vivent les femmes atteintes du cancer du sein, et par conséquent, nous apporte une nouvelle compréhension de la sexualité féminine dans le cancer du sein.

2.3 Un autre soi sexuel dans l'après cancer du sein : définition et conceptualisation du terme – Wilmoth (2001)

Wilmoth (2001) qui met en exergue le concept d'un « être sexuel altéré ». Cette étude qualitative a été réalisée sur une période de 10ans, et comporte 18 participantes atteintes du cancer du sein. Dans le but de décrire les aspects de la sexualité qui sont importants pour la femme dans l'après cancer du sein, cette recherche apporte un point de vue intéressant : l'apparition d'un nouveau soi sexuel après les traitements du cancer du sein. En outre, le fait que le choix d'un traitement conservateur du sein ou de la reconstruction mammaire projette l'espoir de préserver certaines fonctions sexuelles et une image positive de son corps, l'adaptation aux différents traitements

montrent, à l'instar de Wilmoth, différentes phases et différents aspects relatés par les femmes ayant survécus au cancer du sein. Ainsi, dans cette étude, la notion de self est au centre de la dynamique d'adaptation face à la maladie. Elle définit donc le soi sexuel grâce à plusieurs composantes à la fois physiques, sensorielles, sexuelles et psychologiques, faisant référence au fonctionnement sexuel féminin.

Afin de mieux comprendre ce que signifie réellement ce terme que le soi sexuel, Wilmoth (2001) l'a conceptualisé à travers un modèle. Ce modèle fait référence au processus psychosocial que traverse chaque femme atteinte de cette maladie. Le soi sexuel correspond de prime à bord à tout ce qui rattache sa personne à sa sexualité, et implique donc tout le rapport que entretenu avec sa sexualité et ce qu'elle englobe. Wilmoth l'aborde dans un cadre spécifique et le définit à travers différentes étapes modulées en deux catégories allant de « la perte » aux « pièces influentes ». La catégorie des pertes comporte quatre composantes à savoir :

1. Les parties manquantes qui font indéniablement référence à la perte du sein, qui, par conséquent, a modifié leur sexualité. Elles ont dû s'adapter soit au retrait de tout leur sein soit à une modification de l'apparence de leur poitrine entière.
2. Le vieillissement, qui fait référence au fait que ces femmes ont dû anticiper les traumatismes engendrés par le vieillissement précoces, notamment ceux causés par la ménopause, modulant ainsi leurs interactions sociales.
3. La perte de sensations sexuelles correspondant aux modifications subies par les femmes. Ces modifications induisent un changement dans le cycle de la réponse sexuelle (Kaplan, 1979). Ces changements se trouvent occasionnés au niveau du désir sexuel. En effet, les participantes ont signalé une baisse du désir sexuel. Ceci fut troublant pour celles qui éprouvaient beaucoup de désir sexuel et dont l'identité était en partie fondée sur les capacités de leur fonctionnement sexuel.
4. La perte du sentiment de féminité, plutôt défini comme une évaluation interne de leur identité féminine davantage que comme la préoccupation de l'apparence externe, renvoyant aux aspects féminins. Dès lors, la définition du sentiment de féminité, propre à chacune, renvoie davantage à la perception que l'on a de soi, en tant que femmes, faisant référence à toute une vie de réactions

sur le fait d'avoir des seins, des menstruations et à la possibilité de s'engager confortablement dans une activité sexuelle.

L'autre catégorie apparue dans leur étude, concerne les éléments influents qui affecte la façon dont chaque femme apprend à vivre à travers sa maladie. Deux éléments influents ont été détectés dans cette catégorie. Wilmoth parlera de l'élément relationnel en tant que soutien ou manque de soutien de la part d'un proche. En effet, le soutien que montrent les proches face à la maladie joue un rôle déterminant dans la manière dont les femmes gèrent les effets secondaires voire la prise de médicaments. Le deuxième élément concerne Le contrôle de l'information. Il fait référence au degré de contrôle que les patientes utilisent pour se renseigner sur les traitements, les symptômes et tout ce qui se réfère à la maladie.

Ces différentes composantes possèdent un degré d'intensité en termes de vécu subjectif plus ou moins élevé selon les phases d'adaptations par lesquelles passent les femmes du diagnostic du cancer à sa survivance. Ainsi, le terme anglais « *taking in* » signifiant « entrer dans » concerne le temps de la prise de conscience du diagnostic, du changement fonctionnel du corps, c'est le processus d'entrée dans la maladie. Le deuxième terme « *taking on* » qui renvoie au verbe français « prendre », fait référence à la prise en compte de nouvelles habitudes consécutives aux changements corporels et concerne le fait d'assumer certains changements corporels à travers l'expérience du cancer, c'est le processus d'assimilation – adaptation. Enfin, le terme « *taking hold* » qui se traduit par le verbe « se saisir » en français, correspond à une acceptation de la situation, et renvoie à la notion de faire face à la maladie, à une forme de résilience : c'est le processus d'évolution. Ces catégories et composantes, font partie de ce que Wilmoth appelle la « Gestalt » de leur sexualité. En conclusion, cette notion d'un être sexuel altéré apparaît une fois que les changements sexuels ont été constatés et que le sens apporté sur le diagnostic a été intégré.

Cette étude met en exergue la notion d'une possibilité d'évolution au niveau d'un soi dans sa propre sexualité, permettant une nouvelle compréhension de la sexualité, moins limitée, et plus ouverte. Ainsi, la sexualité est représentée par les patientes au-delà d'un acte physique entre deux personnes ; elle comprend le toucher, l'affection, la complicité, ou encore la perception. C'est la raison pour laquelle le soi sexuel peut être expliqué à travers plusieurs facteurs constituant un tout. Ensuite, elle inscrit ces changements dans différents temps, qui renvoient à la notion de « coping » et permet,

par conséquent, d'apporter une lecture psychologique à l'adaptation de la maladie et à la sexualité des femmes.

Enfin cette étude apporte un intérêt clinique pratique en lien avec notre revue de la littérature scientifique dans le présent mémoire à savoir l'amélioration de la prise en charge de la sexualité des patientes en oncologie. Wilmoth (2001) a démontré que la sexualité pouvait être abordée dès le diagnostic et se poursuivre tout au long du parcours de soins avec les infirmières. En effet, elle a montré que ces dernières exerçaient une influence positive sur l'adaptation des femmes aux modifications de leur sexualité. Elles correspondent à des déterminants incitant les femmes à atteindre un nouveau niveau d'équilibre après le diagnostic ; en outre, elles ont les facultés de communication, pour aider les patientes face aux interrogations spécifiques. Ainsi, aborder les sécheresses vaginales ou la perte de libido au moment du diagnostic permet non seulement, d'aborder la sexualité en tant que facteur de la qualité de vie, de manière non intrusive, mais aussi d'éclairer les femmes quant aux possibles changements en matière de santé sexuelle, tout au long de la maladie. Ceci nous montre que les infirmières ont, de fait, un rôle prépondérant dans l'accompagnement des patientes face aux changements de leur sexualité et de leur qualité de vie.

Dans ce chapitre, nous avons développé le fonctionnement sexuel féminin ; domaine vaste et complexe, impacté par l'ajustement psychologique et émotionnel. Cette adaptation est marquée par un niveau d'anxiété et de stress émotionnel élevé durant les premiers instants du parcours oncologique ; c'est la raison pour laquelle il est essentiel qu'une prise en charge soit requise au cas par cas, en oncologie. Non seulement pour déterminer les antécédents psychologiques de la patiente, mais aussi pour l'informer des difficultés rencontrées que pourraient susciter un ajustement psychologique et enfin pour lui donner les outils nécessaires qui lui permettront de rester active au sein de son propre ajustement psycho – émotionnel et sexuel. Cette adaptation est indéniablement impactée par les traitements chirurgicaux. D'ailleurs, comme nous avons pu l'apercevoir, la sexualité, et particulièrement la dimension du « soi » dans la sexualité, est altérée par le cancer du sein. L'adaptation psychologique des femmes vient moduler cette altération du soi dans la sexualité, suite aux traitements chirurgicaux. C'est cette dimension du « soi » que nous souhaitons aborder à travers la sexualité et ses déterminants dans le cancer du sein. Dans le prochain chapitre de cette première partie, nous nous concentrerons sur une nouvelle dimension encore peu

investiguée dans la littérature scientifique relative au cancer du sein : l'estime de soi sexuelle et ses déterminants dans la sexualité féminine.

CHAPITRE 3 : L'ESTIME DE SOI SEXUELLE ET L'IMAGE CORPORELLE
DANS LE FONCTIONNEMENT SEXUEL FEMININ A TRAVERS LE CANCER
DU SEIN

3.1 L'estime de soi : conceptualisation et définitions générales

L'estime de soi, concept qui a fait l'objet de nombreuses recherches en psychologie et dans le domaine de l'activité physique, des relations sociales, ou des compétences professionnelles suscite actuellement de nombreuses interrogations dans le champ la sexualité. En effet, on peut se demander quel est son rôle dans la sphère sexuelle ?

Il convient de revenir sur les conceptualisations de l'estime de soi au XXème siècle. Dans la deuxième moitié du XXème siècle, ce concept, est défini selon une approche multidimensionnelle. Ainsi, Harter (1982) a conceptualisé l'estime de soi en tant « *qu'évaluation que fait un sujet de ses compétences dans différents domaines* » (Harter, 1982, p.2). Cette conceptualisation nous amène à penser l'estime de soi non plus de manière globale mais plutôt de manière catégorisée. En effet, il s'agirait de s'auto – évaluer dans divers domaines de compétences. Ainsi, Harter (1982) affirme qu'à 8ans, l'enfant est capable de percevoir sa propre valeur avec authenticité, au-delà de son auto – perception des compétences spécifiques au niveau cognitif et physique. Suite à cette observation, il a créé le SPPC (Self – Perception Profile for Children), ce questionnaire d'évaluation de la perception globale de soi évalue à la fois les compétences scolaires, l'acceptabilité sociale, les compétences physique, l'apparence physique et l'attitude comportementale. Toutes ces dimensions du soi, permettent de déterminer le degré global de la valeur que l'on s'attribue, contribuant ainsi à déterminer le niveau d'estime de soi. Une définition connue à ce jour reprend cette notion de valeur liée au soi, que Bourcet et Bourriaud, désignent comme « *l'attitude plus ou moins favorable qu'a chaque individu envers lui-même, la considération et le respect qu'il se porte, le sentiment qu'il se fait de sa propre valeur en tant que personne* » (as cited in De Visscher, 2013, p.5).

L'interaction entre les différentes dimensions évaluatives de l'estime de soi a mené certains auteurs à définir l'estime de soi, selon une approche hiérarchique. Plus précisément, le développement de l'estime de soi a été conceptualisé à travers le développement de l'enfant dans différentes dimensions à savoir : cognitives et émotionnelles, de l'enfance jusqu'à la fin de l'adolescence. Ainsi, quelques temps

auparavant Bandura (1977) et Harter (1982) ont présenté un modèle hiérarchique orienté vers l'éducation, qui englobe des représentations évaluatives et descriptives de soi dans chacun des domaines académiques, sociaux, émotionnelles et physiques. Chaque domaine est renforcé par des perceptions de sous – domaines. De cette manière, se percevoir comme compétent en mathématiques car on a des notes excellentes va renforcer l'estime de soi dans le domaine académique. Ce modèle est pertinent dans la mesure où il induit une voie d'accès par laquelle une interaction avec différents aspects de la vie pourrait venir modifier les éléments les plus globaux et durables de l'estime de soi. Autre exemple : la satisfaction d'avoir bien joué un match de football, peut finalement être généralisée. En effet, si cette action est répétée régulièrement, un sentiment de perception positive quant à l'estime de soi dans le domaine physique apparaît et renforce, par conséquent, l'estime de soi globale (Fox & Corbin, 1989). Cette conception peut s'avérer particulièrement intéressante, pour l'estime de soi sexuelle. On pourrait, par exemple, émettre l'hypothèse, qu'avoir la satisfaction d'avoir donné du plaisir à son partenaire, si cette expérience est répétée assez souvent, pourrait venir renforcer la perception qu'un individu a de ses compétences sexuelles, et par conséquent l'estime de soi sexuelle.

L'estime de soi s'est donc imposée, par définition comme un concept aux multiples facettes, sous – tendue par l'interaction entre différents domaines de compétences. Avec l'émergence de la pression sociale quant à la nécessité d'être « compétent sexuellement » et « épanouie et satisfait sexuellement », il est intéressant de pouvoir comprendre le rôle de l'estime de soi dans la sexualité humaine, en l'occurrence féminine

3.2 L'estime de soi sexuelle : définition et recherches

L'estime de soi sexuelle est une notion peu présente dans la littérature actuelle, mais elle fait l'objet de plus en plus d'interrogations depuis les années 1990. Ainsi Gaynard et Underwood (1995) ont tenté d'évaluer et de conceptualiser le concept d'estime de soi sexuelle à travers leur échelle : SSES – B (*Sexual Self – Esteem Scale form B*) en lui attribuant 7 dimensions à savoir :

1. **La sécurité** correspondant à la capacité à se sentir en sécurité durant un rapport sexuel versus le fait de se sentir anxieux durant le rapport sexuel,
2. **Le corps** défini par la tendance à évaluer son corps versus la tendance à le dévaloriser,
3. **La capacité générale à s'évaluer** soi-même ou se dévaloriser,
4. **La capacité à ressentir du plaisir**, à être réceptif aux stimuli provocants du plaisir versus l'évitement à ses stimuli,
5. **La fantaisie** ou la tendance à avoir une santé sexuelle épanouie à travers l'imagination, la découverte de nouveaux plaisirs, versus la tendance à y ressentir peu d'épanouissement,
6. **Recevoir** c'est-à-dire la disponibilité à recevoir des stimulations sensuelles et sexuelles de la part du partenaire, versus la tendance à éviter ces stimulations,
7. **Donner**, autrement dit la capacité à prendre du plaisir lors du rapport sexuel, tout en se montrant ouvert à stimuler sexuellement son partenaire versus la tendance à éviter de stimuler son partenaire.

Toutes ces dimensions sont corrélées à la fois à la satisfaction sexuelle propre à soi, et à celle du partenaire. Dès lors, Gaynard et Underwood (1995) définiront l'estime de soi sexuelle comme étant « *la tendance à donner de la valeur à sa propre sexualité, et donc à être capable d'approcher plus que d'éviter les expériences sexuelles avec soi-même et avec les autres.* » (as cited in Hannier et al., 2016, p.2). La définition de ce concept, s'ancre principalement à l'instar de ces auteurs, dans une dimension évaluative, avec deux tendances principales : l'évitement versus la disponibilité. L'estime de soi sexuelle passe donc nécessairement par l'évaluation de son corps. Le rapport que chaque femme entretient avec son corps est une composante essentielle de l'estime de soi, mais plus encore, de l'estime de soi sexuelle.

Peu avant Gaynor et Underwood (1995), Snell, Belk, Papini, et Clark (1989) ont créé une échelle du « Soi – Sexuel », et ont défini l'estime de soi sexuelle comme étant l'estimation positive de sa propre sexualité et la confiance que chaque individu peut expérimenter à travers ses compétences et capacités sans la relation sexuelle de manière satisfaisante et bénéfique pour soi. Ils ont expliqué que la composante sexuelle peut s'avérer importante dans la compréhension du concept d'estime de soi. A l'instar de ces auteurs, il est possible de se percevoir comme « être sexuel », faisant partie du rapport que l'on attribue à notre corps, mais également à l'évaluation que l'on en fait.

Mayers, Heller, et Heller (2003), ont parallèlement défini le terme d'estime de soi sexuelle à travers leur étude sur les dommages relatifs à l'estime de soi sexuelle propre à chacun. Ils ont défini ce terme à partir de la valeur que chacun s'attribue à « être sexuel », incluant la perception de soi comme étant sexuellement attrayant à peu attrayant, sexuellement compétent à peu compétent. Cette définition de l'estime de soi sexuelle englobe ici les notions d'identité sexuelle mais aussi de perception de l'acceptabilité sexuelle (ce terme d'acceptabilité sexuelle renvoie à la capacité de chacun à s'assumer comme compétent, attrayant, séduisant dans le domaine de la sexualité). De fait, les blessures infligées à l'estime de soi sexuelle, suite à des actes portants atteinte à l'intégrité corporelle et psychique (le viol, les mutilations génitales féminines, le harcèlement sexuel), peuvent déclencher de graves troubles de l'estime de soi sexuelle chez les personnes victimes de tels actes. Ainsi, avoir subi un viol peut provoquer du vaginisme⁶, susceptible d'entraîner des dyspareunies⁷ et par conséquent impacter la perception qu'a l'individu de ses compétences sexuelles, sa confiance en lui/elle, aussi à s'engager dans une activité sexuelle... L'estime de soi sexuelle serait donc étroitement liée à la perception que l'on a de soi, mais aussi à l'évaluation subjective que l'on porte sur soi-même.

⁶ Douleur génito - pelvienne / trouble de pénétration : pénétration vaginale difficile ou impossible durant les rapports sexuels /douleurs génito-pelviennes marquées durant un rapport vaginal ou lors de tentatives de pénétration/ angoisse ou peur marquée de douleurs génito-pelviennes avant, pendant ou après une pénétration vaginale /contractions ou resserrement des muscles du plancher pelvien pendant les tentatives de pénétration vaginale. (DSM V, 2013)

⁷ Id. (DSM V, 2013)

A ce sujet, les auteurs les plus connus, Zeanah et Schwarz (1996) ont développé le SSEI – W (Self Sexual Esteem inventory for Women) afin de permettre d'accéder aux réactions affectives dans l'auto-évaluation que font les femmes de leur sexualité. Ils ont conclu que les jeunes femmes les plus susceptibles d'avoir une faible estime sexuelle d'elles – mêmes sont celles qui ressentent facilement de la culpabilité, et dont les expériences sexuelles sont diverses et nombreuses s'inscrivent dans des relations plutôt instables, en comparaison aux jeunes femmes dont les expériences sexuelles sont élevées mais s'inscrivent dans des relations stables. Ils définissent donc l'estime de soi sexuelle comme étant « *nos propres réactions affectives à l'évaluation subjective de nos pensées, ressentis et comportements sexuels* » (Zeanah & Schwartz, 1996, p.3). Dans cette définition, nous retrouvons la notion d'évaluation utilisée auparavant par Gardner et Underwood (1995). Ainsi, l'évaluation subjective peut définir la tendance à valoriser sa sexualité, aussi se sentir disponible versus évitant durant le rapport. Depuis, Shapiro et Schwarz (1997), ont utilisé l'échelle du SSEI – W dans le cadre d'une étude évaluant l'effet du viol sur l'estime de soi sexuelle. Ils ont ainsi démontré que les femmes victimes de viol avaient un score plus faible aux trois sous – échelles suivantes : jugement moral, de contrôle et d'adaptation par rapport aux femmes n'ayant pas subi de viol. Également, la fréquence des rapports sexuels semble corrélée à l'estime de soi sexuelle dans la mesure où plus une femme a des rapports sexuels plus elle est susceptible d'avoir une plus grande d'estime sexuelle d'elle-même.

En outre, l'estime de soi sexuelle est une notion qui s'est développée graduellement, dans des problématiques particulières et singulières (par exemple : dans les problématiques liés au viol et l'atteinte à son intégrité sexuelle). C'est la raison pour laquelle, il est important de revenir sur la définition de l'estime de soi sexuelle à l'instar d'auteurs plus récents et non forcément en lien avec des situations particulières. Dans leur étude, Hannier Baltus, et Sutter (2016) ont tenté d'expliquer l'implication des facteurs cognitifs, corporels et sociétaux dans la compréhension de l'estime de soi sexuelle féminine. Ainsi, ils ont montré l'impact du regard vis-à-vis de son corps sur son estime de soi sexuelle, influencé par les idéaux de minceur que véhiculent les médias, engendrant des processus d'objectivation féminine, impactant inévitablement avec l'estime de soi sexuelle.

Ils ont regroupé plusieurs facteurs :

- ✓ **Facteurs individuel** (internalisation des idéaux sociaux, comparaison sociale, image corporelle)
- ✓ **Facteurs liés à l'éducation sexuelle**
- ✓ **Facteurs relationnels liés à l'expérience sexuelle** (communication sexuelle, assertivité sexuelle, attractivité sexuelle, schéma sexuel personnel, traumatisme, degré de conscience lors des relations...)
- ✓ **Facteurs sociétaux** (idéal de minceur, objectivation du corps, équation minceur = santé)

Ces différents facteurs permettent dès lors une meilleure compréhension du fonctionnement sexuel de la femme. Cette étude tente de définir l'estime de soi sexuelle au regard de son interaction avec les différents facteurs. Sa pertinence réside principalement dans l'interaction entre l'estime de soi sexuelle de la femme et le rapport à son corps. Admettre le rapport au corps comme médiateur entre les comportements émotionnels et l'estime de soi sexuelle, nous amène inévitablement à nous interroger sur le rôle de l'image corporelle dans l'évaluation de l'estime de soi sexuelle féminine.

L'estime de soi sexuelle est donc une notion apparue tardivement, alors qu'elle est au cœur de plusieurs problématiques actuelles. De manière générale, nous retrouvons la dimension subjective d'évaluation de l'estime de soi dans sa propre sexualité. Cette dimension est intimement liée au domaine de compétences mais aussi de l'apparence physique. Ces deux domaines jouent un rôle crucial dans la satisfaction corporelle et sexuelle.

On perçoit le rapport entre l'estime de soi sexuelle et les divers domaines d'évaluation subjective individuelle, sous – tendu par des processus cognitifs et émotionnels. Il importe de souligner c'est la difficulté de compréhension et, par conséquent, de définition de l'estime de soi sexuelle. Depuis la fin du XXème siècle, les auteurs ont su regrouper des facteurs, des composants, des dimensions liés à l'estime de soi sexuelle, mais ce concept peine à s'imposer en tant que notion propre et phare dans le déterminant de la sexualité féminine. Il est pourtant bien présent dans son lien avec la satisfaction corporelle et dans les causes d'un trouble provoqué par une rupture entre les différents facteurs qui le sous – tendent ; mais aussi présent dans l'image

corporelle. Dans le prochain point, nous tenterons d'analyser son lien précis avec l'image corporelle, afin d'en améliorer notre compréhension.

3.3 Lien entre image corporelle et estime de soi - sexuelle

a. L'image corporelle : un concept multidimensionnel en lien avec l'estime de soi sexuelle

L'image corporelle a fait l'objet de nombreuses études dans la littérature scientifique et particulièrement dans la recherche pour le cancer du sein, cependant son lien avec l'estime de soi sexuelle a été encore peu investigué. Bruchon – Schweitzer (1986) aura conceptualisé l'image corporelle, comme multidimensionnelle. Elle définit l'image corporelle comme provenant des sentiments, attitudes, souvenirs et expériences que l'individu a inscrit à travers son corps, et dont il peut en extraire une vue d'ensemble, ou représentation de lui-même. Cette définition, reprend les dimensions affectives, attitudeles, et perceptuelles ajoutées peu de temps après par Striegel – Moore et Franko (2002). Dans son étude, les dimensions reliées à l'image corporelle, seraient la satisfaction, l'anxiété, l'accessibilité, et l'identité sexuelle. Ces dernières ont révélé 4 facteurs essentiels qui les composent :

- 1) **Le facteur I oppose la réceptivité à une variété d'expériences sensorielles et sensuelles à l'évitement de ces expériences.** Ce facteur est catégorisé par la réceptivité versus la disponibilité. On retrouve la dimension d'accessibilité englobant les deux aspects de ce facteur.
- 2) **Le facteur II oppose la perception de sensation positive versus négative à l'égard de son propre corps** (comprenant : l'état émotionnel positif, et les propriétés hygiéniques). Ce facteur a été identifié au sein de la dimension de satisfaction de l'image corporelle.
- 3) **Le facteur III distingue l'énergie, l'efficacité physique et la masculinité, du manque d'énergie et de la féminité.** Ce facteur est nommé l'attitude active versus l'attitude passive. Ce facteur pourrait être englobé par les deux composantes de la dimension de l'identité sexuelle à savoir : la masculinité versus la féminité.
- 4) **Enfin le facteur IV oppose la capacité à se relaxer versus la tendance à rester tendu.** Il est évident que ce facteur composé de l'aspect relaxation

versus la tension, est identifié au sein de la dimension de l'anxiété, quant à l'égard de son image corporelle.

Ces résultats amènent à considérer l'image corporelle non plus comme un processus mais plutôt comme un modèle comprenant différentes composantes, qui interagissent avec l'environnement social, et donc comme un modèle susceptible d'évoluer. Les facteurs répertoriés et évalués au sein des 4 dimensions (accessibilité, satisfaction, anxiété, identité sexuelle), rappellent quelques – unes des 7 dimensions évaluées par Gaynor et Underwood (1995). Par exemple, l'évaluation subjective de ses attributs corporels peut se retrouver dans le facteur II (perception positive versus négative à l'égard de son corps) ou encore la capacité à ressentir du plaisir peut se retrouver dans le facteur I (la réceptivité aux expériences sensorielles et sensuelles versus l'évitement à ces expériences). Ce qu'il convient d'entrevoir dans ce cas de figure, est la connexion entre l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle, car il semblerait, que ces deux concepts appartenant au soi, seraient sous – tendus par des facteurs communs.

L'image corporelle est donc une notion multidimensionnelle, Dany et Morin (2010) s'inscrivent dans cette perspective. En effet, ces auteurs ont également considéré l'image corporelle comme un concept multidimensionnel qu'ils situent entre ce qu'ils nomment « le corps perçu » et le « corps réel ». Notre image corporelle est soumise aux idéaux sociétaux, au contexte socioculturel et aux normes sociétales, qui, pour les filles prône la minceur et, pour les garçons, la musculature. Cette pression sociétale sur l'idéal corporel, entrave l'évaluation de l'image corporelle chez les adolescents. Ainsi, la différence entre le corps perçu et le corps idéal, en intégrant la conscience du corps réel, permet d'évaluer la satisfaction ou l'insatisfaction corporelle. Un décalage trop important entre le corps perçu et le corps idéal, peut amener à une insatisfaction corporelle et par conséquent à une faible estime de soi. Cette étude nous indique dès lors, ce que les autres chercheurs du XXIème siècle ont tenté de modéliser à savoir : la perception qui jouerait un rôle capital dans l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle.

b. L'image corporelle et l'estime de soi sexuelle : une affaire de perception plus que de réalité ?

Depuis des siècles, la littérature scientifique, a analysé tous les enjeux que posent la perception en psychologie, et principalement en psychologie cognitive. L'image corporelle et la sexualité n'y échappent pas, lorsqu'il s'agit de s'auto – évaluer. Ainsi, la notion de perception nous permet de comprendre plus précisément les comportements sexuels.

Prenons l'étude menée par Hannier et al. (2017), qui ont analysé le rôle de la satisfaction corporelle dans l'estime de soi sexuelle, afin de pouvoir comprendre plus précisément l'enjeu de l'estime de soi sexuelle. A cette fin, ils ont pris en considération l'IMC (indice de masse corporelle), l'image corporelle, la satisfaction corporelle et l'estime de soi sexuelle en tant que variable interagissant dans le fonctionnement sexuel féminin. En outre, leur étude reconnaît les limites de précision de l'IMC dans l'image corporelle, étant donné le rapport subjectif que chaque femme entretient avec son corps. Ainsi, les femmes ayant un poids dit « normal » (autrement dit ne présentant pas de signes de surpoids) mais qui se perçoivent comme étant en surpoids montrent davantage d'insatisfaction corporelle par rapport aux femmes au poids dit « normal » mais qui ont conscience de la réalité de leur poids (Cash & Hicks, 1990). A l'instar de Dany et Morin (2010), une insatisfaction corporelle est favorisée par le décalage subsistant entre le corps réel/le poids réel indiqué par l'IMC et le corps idéalisé, ou la perception que l'on a de son corps.

Les résultats de l'étude de Hannier et al. (2017) indiquent que l'IMC ne montre aucune corrélation avec l'estime de soi sexuelle ; en revanche, la façon dont les femmes perçoivent leur corps est révélateur du degré d'estime de soi sexuelle que chaque femme possède (une estime de soi sexuelle élevée versus une estime de soi sexuelle faible). Par ailleurs, leur étude a montré que, bien que l'IMC n'était pas corrélé à l'estime de soi sexuelle, ce dernier est corrélé négativement avec la satisfaction corporelle. Ce qui signifie que lorsque l'IMC augmente, la satisfaction corporelle et l'estime de soi corporelle ont tendance à diminuer. Ces résultats tendent à démontrer que l'estime de soi sexuelle n'est pas liée à l'IMC ou au poids réel, mais plutôt à la perception que les femmes ont de leur pouvoir d'attraction et à la perception de leur corps. D'autres résultats, viennent étayer les précédents. Ainsi, dans leur étude, une

question ouverte a été ajoutée à la fin du questionnaire utilisé, le BES (Body Esteem Scale, Franzoi & Shield, 1984) à savoir : « *Quel sont vos atouts les plus séduisants ?* ». Cette question ouverte a été ajoutée, dans l'optique de pouvoir déceler des réponses pertinentes chez les femmes qui ne seraient pas évaluées par certaines questions du questionnaire, et qui ne seraient pas directement liées à l'apparence physique. Les réponses indiquent que les caractéristiques de séduction que les femmes s'auto-attribuent sont essentiellement centrées sur les attraits physiques comme les yeux, le sourire, le regard, la poitrine et le fessier, mais également centrées sur des caractéristiques non physiques telles que le charme, l'humour, l'ouverture d'esprit et la joie de vivre.

La particularité de cette étude se trouve dans ce lien existant entre l'estime de soi sexuelle et la perception de l'image corporelle féminine dans la mesure où leur analyse a démontré que les caractéristiques de séduction que les femmes s'auto-attribuent sont essentiellement centrées sur les atouts séduisants liés au visage. Ces résultats ont amené les auteurs à s'interroger sur le lien entre les atouts séduisants du visage et l'estime de soi sexuelle : les principaux atouts séduisants que les femmes s'auto-attribuent reposent-ils principalement sur le visage, ou sont-ils plus souvent sélectionnés parce qu'ils sont plus populaires ou plus politiquement corrects ? Les femmes manquent-elles d'appréciation subjective sur leur propre corps et / ou de valorisation dans la mesure où elles se limitent inconsciemment au visage ? Ce dernier est-il l'élément le plus contrôlable, le plus accessible, ou est-il simplement le premier sur la liste des codes de séduction habituels des êtres humains ?

Afin de tenter de répondre à ces questions, les auteurs se sont rapprochés du philosophe Levinas (1992) qui estime que la première chose que nous voyons d'une personne est son visage. En effet, il est notre premier moyen de communiquer nos émotions à autrui. A l'instar de Levinas, le visage serait donc le principal vecteur de notre relation à autrui, étant donné qu'il symbolise l'expressivité. En termes, d'attractivité, les auteurs émettent l'hypothèse que le visage et particulièrement les yeux et les lèvres seraient les éléments les plus convaincants en matière de séduction. C'est la raison pour laquelle, ils représenteraient une composante essentielle dans l'évaluation de l'estime de soi sexuelle.

Les résultats de cette étude ne sont pas sans rappeler ceux des précédentes qui ont balisé la piste à la littérature actuelle, concernant le lien entre l'image corporelle et

l'estime de soi sexuelle, ou avec la sexualité. En effet, Wiederman et Hurst (1998), ont auparavant tenté de démontrer le lien entre la taille corporelle, l'attractivité physique et l'image corporelle dans l'expérience sexuelle des femmes et leur estime sexuelle d'elles – mêmes. Ils ont démontré que plus l'estime de soi sexuelle est élevée, plus le degré d'attractivité faciale perçue par ces femmes elles – mêmes sera élevé. Les résultats ont montré que l'auto – évaluation faite par les femmes au sujet de l'attractivité faciale est positivement liée aux scores de l'estime de soi sexuelle. En somme, le visage serait une variable jouant un rôle en plus, parmi les dimensions qui composent l'évaluation de l'image corporelle, et représenterait un autre facteur commun entre l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle. C'est donc une limite intéressante posée, précisément par le fait qu'elle montre qu'aujourd'hui, en matière de sexualité, rien n'est acquis, et que la sexualité féminine est bien plus complexe qu'il n'y paraît.

c. Quel rôle pour la perception de l'image corporelle dans les comportements sexuels ?

Toutes les études tendent à souligner d'une part l'importance de la perception de l'image corporelle plutôt que l'image corporelle réelle dans la sexualité et, d'autres part, l'importance du lien existant entre l'attractivité faciale et l'attractivité corporelle que chaque femme s'attribue, et l'estime de soi sexuelle dans la sexualité. Dès lors, semblerait que la perception corporelle et le visage soient deux facteurs communs reliant l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle. En quoi ces deux facteurs peuvent – ils influencer la sexualité des individus ?

A travers leur étude, La Rocque et Cioe (2011) ont tenté de répondre à cette question à travers leur étude sur la relation existante entre l'image corporelle et les comportements d'évitement sexuels, en prenant comme médiateur de cette relation l'estime de soi sexuelle, le désir sexuel, et la satisfaction sexuelle. Afin de pouvoir conceptualiser l'aspect multidimensionnel de l'image corporelle, ils ont repris les 3 dimensions de l'image corporelle proposées par Cash en 1994 à savoir :

- **L'évaluation de l'image corporelle** qui renvoie au degré de décalage existant entre le corps actuel et le corps idéalisé, relié aux sentiments de satisfaction ou d'insatisfaction au regard des différentes parties du corps

- **L'affect lié à l'image corporelle** comprend les expériences émotionnelles qui résultent de cette évaluation dans des situations spécifiques, par exemple durant les rapports sexuels.
- **L'investissement lié à l'image corporelle** renvoie au degré d'importance attribué à l'apparence physique ainsi qu'à la quantité d'effort utilisé pour maintenir ou améliorer l'apparence physique

Ils ont montré que, tant les hommes que les femmes, ayant une appréciation négative de leur image corporelle sont plus susceptibles d'éviter les activités sexuelles plutôt que ceux ayant une appréciation positive de leur image corporelle. Plus précisément, une évaluation négative de l'image corporelle, combinée à un investissement important attribué à la l'amélioration de l'apparence ainsi qu'à un degré élevé de conscience corporelle, favorisent les comportements d'évitements sexuels. L'évitement des activités sexuelles vient renforcer l'évaluation négative de l'image corporelle, étant donné qu'aucune expérience ne contredit son évaluation de l'image corporelle : c'est un cercle vicieux. Les auteurs ont, par la suite, cherché à démontrer l'effet médiateur de l'estime de soi sexuelle, du désir sexuel et de la satisfaction sexuelle sur cette relation existante entre l'image corporelle et la tendance à éviter les activités sexuelles. Leurs résultats ont révélé que les individus ayant un niveau faible d'estime de soi sexuelle, un niveau de désir sexuel bas, et une insatisfaction sexuelle sont les plus susceptibles de développer des comportements d'évitement sexuel, où l'estime de soi sexuelle représente la variable la plus influente dans la médiation entre l'image corporelle et les comportements d'évitements sexuel. En outre, l'image corporelle est représentée comme ayant un rôle dans les comportements sexuels, pouvant être d'une manière ou d'une autre influencée par l'estime de soi sexuelle.

Mais la perception de son image corporelle et l'attractivité faciale, sont – elles les seules variables liées à l'image corporelle, susceptible d'interagir dans l'estime de soi sexuelle ?

d. Relation complexe entre objectivation féminine et estime de soi - sexuelle

Les théories féministes argumentent que les femmes se perçoivent souvent dans une perspective d'observateur, ce qu'on appelle aujourd'hui l'objectivation féminine. En d'autres termes, à l'instar de la théorie de Frederickson et Roberts (1997), l'auto – objectivation féminine concerne le fait de percevoir les parties de son corps comme détachées de soi. Dès lors, certaines femmes peuvent percevoir leur corps comme un instrument, ou un objet dont on dispose, et particulièrement comme un objet utilisé pour le plaisir. Toutefois, l'attention chronique à son propre corps peut interférer avec l'activité sexuelle et entraver le fonctionnement sexuel des femmes et, par conséquent, l'estime de soi sexuelle (sans oublier le rôle médiatique autour de l'image corporelle féminine et masculine, mais également, le rôle médiatique dans la représentation de la sexualité, et particulièrement dans les performances sexuelles, ce qui peut renforcer l'objectivation féminine) (Frederickson & Roberts, 1997).

Pour reprendre le modèle cognitif des troubles érectiles de Barlow (1986), il a été suggéré que des interférences cognitives telles qu'une auto – objectivation chronique sur ses performances par exemple, entrave le bon fonctionnement sexuel. Ainsi, les hommes concentrés d'avantage sur leurs performances plutôt que sur les stimuli sensoriels de l'expérience sexuelle, présentent des troubles sexuels. Bien que ce modèle se soit essentiellement porté sur les hommes, il a été démontré que les distractions cognitives tel que l'auto – objectivation chez les femmes influencent également, de manière négative le fonctionnement sexuel de la femme (Barlow, 1986).

Bien que leur étude soit essentiellement centrée sur le fonctionnement sexuel dans sa globalité et non ciblée sur l'estime de soi sexuelle, elle nous apporte des indications sur l'enjeu que peut avoir l'objectivation féminine dans la sexualité des femmes. Afin d'amener des précisions à ce sujet, Calogero et Tompson (2009), éclaire un point essentiel dans le lien entre l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle dans leur modélisation des troubles alimentaires. Ils ont tenté de démontrer au sein de leur étude, sur base de la théorie de l'objectivation (Frederickson & Roberts, 1997) la relation existante entre l'auto - objectivation et l'estime de soi sexuelle. L'analyse débouche sur le de l'estime de soi sexuelle en tant que médiateur de la relation auto - objectivation et troubles alimentaires. Ils en déduisent que les femmes qui perçoivent

les aspects sexuels de leur soi comme indésirables ou indignes d'amour résultant des mécanismes de l'objectivation, voudront changer leur taille et la forme de leur corps en vue d'améliorer leur image corporelle et sexuelle, afin d'être perçues comme plus sexuellement désirables.

Ils partent du postulat qu'une femme ayant une faible estime sexuelle d'elle – même pourraient venir renforcer cette auto – objectivation et les troubles alimentaires. Leurs résultats ont démontré qu'un niveau élevé d'auto – objectivation est associé à une faible estime sexuelle de soi entraîne des troubles alimentaires. Il apparaît donc pour les femmes qui ont tendance à être dans l'auto – objectivation chronique, que la composante sexuelle de leur soi est accentuée, et que pour ces femmes, il s'agit de sentiments précis tels que l'indésirabilité, la honte ou l'incompétence, envers cette composante sexuelle qui va être associé à une image corporelle négative et conduire à des troubles alimentaires. Au-delà de la problématique des troubles alimentaires, leur étude met en lumière une première démonstration empirique d'un lien causal potentiel entre l'auto – objectivation féminine et la santé sexuelle féminine (représentée ici par la variable : estime de soi sexuelle). Par conséquent : une possible explication d'un mécanisme cognitif à l'œuvre dans les troubles de la santé mentale et sexuelle. Il est important de rappeler, dans le cadre de cette étude, l'impact de la logique sociale sur la santé mentale des jeunes femmes. Dès lors, c'est dans une lecture psycho – sociologique qu'il convient d'aborder cette étude.

Dans la même optique, Dove et Wiederman (2000), ont démontré qu'une attention élevée à propos de ses performances et de l'image corporelle lors des rapports sexuels présageait une estime de soi sexuelle faible. Alors que les femmes se percevant comme une bonne partenaire sexuelle, seraient moins concernées par l'apparence physique durant l'intimité, et donc expérimenteraient moins d'insatisfaction à ce niveau.

En conclusion, il est important de résumer que, s'il y a un lien entre l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle, ce dernier trouve ses fondements dans la perception de l'image corporelle plus que dans l'image corporelle réelle. Par ailleurs, le visage joue un rôle de vecteur dans l'attractivité physique, et dans la manière dont les femmes se présentent au monde, et particulièrement dans les relations sexuelles. Il peut contribuer à renforcer soit un niveau élevé d'estime de soi sexuelle soit un niveau faible d'estime de soi sexuelle. Enfin, un degré d'attention trop élevé voire chronique à son image

corporelle peut avoir des effets néfastes sur l'estime de soi sexuelle, par conséquent, empêcher la satisfaction sexuelle. Ce qui nous amène à nous interroger sur le rôle de l'estime de soi sexuelle dans la satisfaction sexuelle.

3.4 Le rôle de l'estime de soi sexuelle dans la satisfaction sexuelle

La satisfaction sexuelle contribue au bien – être à la fois psychique et physique. En effet, elle correspond à un critère essentiel dans le bonheur individuel, faisant lui-même référence à la santé sexuelle de chacun, elle-même définie par l'organisation mondiale de la santé comme « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence* »⁸. Mais qu'est-ce que la satisfaction sexuelle ? Peut-on dire qu'une femme se sent satisfaite sexuellement uniquement si elle atteint l'orgasme ? Il y a – t – il aujourd'hui un consensus sur la définition même de l'orgasme ? Comment l'estime de soi - sexuelle interagit dans la satisfaction sexuelle ?

Tout d'abord, satisfaction sexuelle n'est pas synonyme d'orgasme. La satisfaction sexuelle peut être définie par de nombreux facteurs. Ainsi, Meston et Trapnell (2005) ont mesuré la satisfaction sexuelle et la détresse sexuelle. Ils ont abordé la satisfaction sexuelle comme un concept multidimensionnel. Ces auteurs estiment que la satisfaction sexuelle comprend un aspect personnel et relationnel. L'aspect relationnel comprend la communication et la compatibilité avec le partenaire. Ainsi, ces deux composantes jouent un rôle important dans la satisfaction sexuelle où la compatibilité se résume en termes de compatibilité de désir sexuel (fréquence des rapports), compatibilité de croyances et attitudes sexuelles avec le partenaire. L'aspect personnel comprend le contentement global de la vie sexuelle, le fonctionnement sexuel individuel et le niveau subjectif de détresse au sujet du soi sexuel. La satisfaction sexuelle comprend donc l'affect lié à la relation avec le partenaire.

Alors que l'orgasme peut être d'avantage lié à des caractéristiques personnelles et représente l'apogée du plaisir ressenti lors de l'activité sexuelle, qui par une réponse physiologique entraîne des : « *modifications physiologiques [...] considérables et*

⁸ https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/ , consulté le 24 avril 2019

aboutissent à une sensation de plaisir intense, associée à des contractions musculaires involontaires, des pics d'activation cardio-vasculaire, une perte de contrôle, un sentiment de bien – être et un état de conscience modifié » (Médecine Sexuelle, Fondements et pratiques, 2016, p.44). Master et Johnson en 1966, auront défini l'orgasme comme « *plusieurs secondes durant lesquelles une vasoncongestion et une myotonie résultant de la stimulation sexuelle sont libérées »* (as cited in Levin, 2014, p.2). Néanmoins, celui – ci peut être compris comme un facteur de prédiction d'une satisfaction sexuelle au sein d'un couple.

Peu d'études ont fait l'objet d'une recherche sur le lien existant entre estime de soi sexuelle et satisfaction sexuelle. Cependant, l'estime de soi, s'avère être une composante essentielle dans l'adoption de comportement sexuel sain. Ainsi, une « bonne estime de soi » favorise une meilleure communication au sujet de sa sexualité, et, par conséquent, amène à la satisfaction sexuelle dans le couple. Ainsi, citons l'étude de Montesi, Fauber, Gordon, et Heimberg (2010) au sujet de l'importance de la communication dans la sexualité au sein du couple, dans la satisfaction sexuelle, mais aussi dans la satisfaction relationnelle. Parmi leurs différentes hypothèses, ils ont démontré qu'une bonne communication sexuelle dans le couple contribue de manière significative non seulement à une satisfaction sexuelle mais aussi à une satisfaction relationnelle. Afin de vérifier leur hypothèse, ils se sont interrogés sur les mécanismes mis en œuvre dans l'ensemble de la satisfaction relationnelle, et ont étudié l'effet médiateur du rôle de la satisfaction sexuelle dans la relation entre l'ouverture à la communication sexuelle et l'ensemble de la satisfaction relationnelle. Ils ont argumenté que la communication sexuelle renforce l'ensemble de la satisfaction relationnelle à travers son impact positif sur le fonctionnement sexuel et la satisfaction sexuel des partenaires au sein du couple.

Force est alors de constater, que l'étude de la communication au sein de l'intimité du couple a été longuement étudiée, et a été révélée comme facteur important dans la sexualité du couple, et la satisfaction sexuelle de chacun.

Toutefois, malgré un nombre limité d'études concentrées sur le lien existant entre l'estime de soi sexuelle et la satisfaction sexuelle, une étude a montré l'importance du rôle de l'estime de soi sexuelle dans la satisfaction sexuelle. Ménard et Offman (2009) ont cherché à déterminer le degré d'implication de l'estime de soi sexuelle dans la satisfaction sexuelle en abordant l'affirmation de soi sexuelle comme rôle médiateur.

L'affirmation sexuelle est définie comme l'habileté à montrer des comportements d'autoprotection face à une activité sexuelle non désirée. Elle regroupe les comportements relatifs à la prise d'initiative, au refus et à la prévention, dans un but d'autoprotection (Morokoff et al., 1997). Les résultats de leur recherche ont mis en évidence que l'estime de soi sexuelle correspond à un facteur déterminant dans l'évaluation de la satisfaction sexuelle, ce qui démontre qu'un individu ayant une meilleure estime de soi sexuelle atteindrait plus facilement la satisfaction sexuelle. L'estime de soi sexuelle joue non seulement un rôle dans l'habileté de l'individu à atteindre une satisfaction sexuelle, mais elle est également liée à la capacité de s'affirmer soi-même sur le plan sexuel. En d'autres termes, un individu ayant une meilleure estime de soi sexuelle, est plus susceptible d'arriver à montrer des comportements d'affirmation de soi sexuelle dans la mesure où les individus qui expérimentent d'avantage une estime de soi sexuelle élevée, montrent un niveau plus élevé d'affirmation sexuelle et, par conséquent, une meilleure satisfaction sexuelle et inversement. Autrement dit, l'estime de soi sexuelle a un effet médiateur dans la relation entre l'affirmation sexuelle et la satisfaction sexuelle.

En conclusion, la notion d'estime de soi sexuelle a été mise en rapport avec différentes variables telles que l'image corporelle et le degré d'attachement que chaque femme y attribue, la perception de l'image corporelle, et la satisfaction sexuelle et relationnelle. Il en ressort qu'elle représente un facteur déterminant dans les relations de médiation entre l'image corporelle et le fonctionnement sexuel. Elle représente également un facteur de prédiction d'un bon fonctionnement sexuel un facteur plus important encore, de compréhension dans les relations sexuelles, bien qu'elle peine à trouver ses fondements dans les recherches centrées sur le fonctionnement sexuel, autrement que grâce à son lien avec l'image corporelle et autres dimensions du fonctionnement sexuel. C'est l'intégrité de cette image corporelle qui est atteinte par le cancer du sein et ses traitements. L'image corporelle et la sexualité étant extrêmement nouée, nous sommes dès lors en mesure de nous interroger quant aux processus de réappropriation des patientes dans le cancer du sein. Comment parviennent – elles à se réapproprier d'une part leur image corporelle et, d'autre part, leur sexualité propre ?

3.5 Cancer du sein et altération de l'image corporelle : enjeux et réappropriation corporelle

Le sein, fonction symbolique, maternelle et sexuelle par excellence, permet à la femme de s'épanouir à la fois en tant que mère grâce à l'allaitement et en tant que femme à travers sa sexualité ; toutes ces fonctions sont remises en question lorsque celui – ci est atteint d'une maladie. C'est la dimension même d'être une femme qui est remise en cause. En effet, il est le garant de la féminité. Il est celui qui permet aux femmes de se sentir attrayantes, désirables et féminines.

Des études (Margolis, Goodman, & Rubin, 1990 ; Noguchi et al., 1993) ont d'ailleurs montré le rôle que peut avoir l'ablation de cette fonction symbolique dans l'intégrité à la fois corporelle et sexuelle chez la femme, et particulièrement au niveau de cette image corporelle qui, aujourd'hui, est encore plus investie qu'aux siècles précédents. Actuellement, les images de l'homme et de la femme, particulièrement l'image corporelle féminine idéalisée, sont utilisées à travers des moyens sociétaux qui contribuent à déformer la représentation qu'on les femmes de leur corps. Cette représentation s'exprime à travers les programmes minceurs véhiculés par les magazines, les programmes publicitaires, ou encore à travers le monde des séries (Calogero, 2004). Dès lors, après une ablation du sein, comment une femme pourrait – elle, se sentir à nouveau elle – même face à tous ces idéaux sociaux véhiculés à travers les séries, les publicités et les réseaux sociaux ?

a. Les enjeux liés à l'image corporelle et la sexualité dans la clinique du sein

« Ce sein reconstruit n'est en aucun cas le sein d'avant. Il est avant tout un sein social, permettant de répondre à un besoin concret de la patiente : pouvoir remettre un maillot de bain, ne plus mettre la prothèse mammaire externe, etc. » (Médecine Sexuelle, Fondements et pratiques, 2016, p.525).

Cette citation illustre parfaitement tout l'enjeu qui se trouve dans l'image corporelle, précédemment définie avec Bruchon Schweitzer (1986) et Dany et Morin (2010). En effet, l'image corporelle, soumise aux idéaux sociétaux, sévèrement impactée par le cancer du sein, remet en question cette adaptabilité des femmes, à pouvoir s'identifier, se conformer, répondre aux idéaux sociaux prônés par la société, et par conséquent,

être en mesure de communiquer avec l'autre à travers son corps, notamment grâce à tout le discours non verbal, les attitudes non verbales, et la gestuelle corporelle, qui transmet des messages à l'interlocuteur. Les attitudes de séduction, par exemple, passent par la confiance en soi, le sentiment de désirabilité, et d'attractivité, représentant des facteurs qui enveloppent l'image corporelle. Ainsi, le terme de sein social prend tout son sens. Le sein n'est pas seulement vecteur de féminité et de maternité, il est aussi un vecteur social qui contribue, au langage d'une gestuelle corporelle, d'une attitude non verbale à la compréhension des messages qui sont véhiculés à l'interlocuteur. Il représente plus qu'un simple organe dans une image corporelle.

Par ailleurs, Paul Schilder (1935) définit parfaitement ce concept d'image du corps comme « *la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps* » (as cited in Reich, 2009, p.3). Selon cette définition, nous pouvons nous interroger sur les facteurs interagissant avec l'image corporelle, sans oublier la question phare, qui domine les sujets d'études actuels : comment les femmes victimes du cancer du sein, arrivent – elles à se réapproprier leur corps ?

A cette interrogation, l'étude de Manos, Sebastián, Bueno, Mateos, & De la Torre (2005) a analysé la relation entre l'image corporelle et l'estime de soi ainsi que les facteurs qui affectent chacune de ces deux dimensions dans le cancer du sein. Dans cette étude, l'image corporelle est considérée comme la composante cognitive du concept du soi et l'estime de soi comme la composante affective du soi. Les résultats démontrent que l'âge est un facteur médiateur de l'estime de soi, alors qu'il n'a aucun impact sur l'image corporelle. Ainsi, leur étude a révélé que les femmes âgées entre 43 et 55 ans ont un niveau d'estime de soi plus élevé que les femmes âgées de 28 à 42ans. C'est la raison pour laquelle, il est possible d'émettre l'hypothèse suivante : les femmes âgées ayant été atteinte du cancer du sein, développent de meilleures stratégies d'adaptation psychologique à leur situation, par rapport aux femmes plus jeunes, qui ont aussi subi un cancer du sein. Leurs résultats ont également montré que l'estime de soi était négativement corrélée à la détérioration de la qualité de vie. Ainsi, plus la qualité de vie se détériore plus l'estime de soi est faible et inversement. L'estime de soi est significativement corrélée à l'appréciation subjective de la détérioration de la

qualité de vie et à la perception subjective de son état psychologique. Ainsi, les patientes qui perçoivent à la fois leur qualité de vie et leur état psychologique comme positif, sont celles qui montrent un meilleur niveau d'estime de soi. L'estime de soi, est donc d'avantage liée à des mesures subjectives, alors que l'image corporelle, au sein de leur étude, se trouve négativement corrélé à la détresse psychologique et à l'échelle des symptômes physiques. Cette constatation montre que plus le niveau de détresse psychologique augmente, plus il y a une présence élevée de symptômes physiques, et plus l'image corporelle va être évaluée comme négative. Les facteurs tels que la détresse psychologique et les symptômes physiques ne sont donc pas directement liés à l'estime de soi. A ce stade, nous percevons tous les enjeux qu'engendre le cancer du sein sur l'image corporelle, à savoir la détresse psychologique, les symptômes physiques et l'estime de soi. Tous ces enjeux participent au processus de réappropriation corporelle. D'évidence, ils sont plus nombreux que ceux démontrés dans le cadre de cette étude, et sont aussi induits par les traitements chirurgicaux tels que la mastectomie et le traitement conservateur du sein

b. Impact de la mastectomie et du traitement conservateur du sein sur le fonctionnement sexuel et l'image corporelle

1) L'impact sur le fonctionnement sexuel

L'impact des traitements du cancer du sein, développe inévitablement des dysfonctions sexuelles, à savoir des troubles du désir sexuel, des bouffées de chaleur et une fatigue intense. Les dysfonctions sexuelles telles que des dyspareunies ou du vaginisme, impactent la relation avec le partenaire (Médecine sexuelles, fondements et pratiques, 2016, p.394). C'est dans cette optique que s'inscrit la recherche de Jamison et al. (1978) : en effet, à travers leur étude, ils ont tenté de définir l'impact de la mastectomie sur la relation sexuelle. Les réponses des patientes sont relativement variées et vont de « *no change* » à « *My deep depression has destroyed my libido. I have no sex drive now at all. I am hostile, angry, outraged and emotionally hate men, though not intellectually* » ou encore « *I always enjoyed sex with the person I love to a great extent and have been multiorgasmique. But that is over because love from a man is. I am now a freak; I couldn't inflict this upon a man.* » (Jamison et al., 1978, p.3)

Ces réponses illustrent comment l'aspect psychologique impacte la sexualité des patientes suite à une opération chirurgicale enlevant un membre auparavant fonctionnel sur le plan sexuel. Ainsi, la dépression déclenchée par l'impact de la maladie et ses traitements ou non, engendre inévitablement une altération du désir sexuel, combinée à un sentiment de honte voire de culpabilité, suite à l'ablation du sein.

Ces affirmations sont corroborées par Gérard (1982) dans son étude, qui a comparé l'impact de la mastectomie sur le fonctionnement sexuel de 13 femmes ayant subi une mastectomie après un cancer du sein versus sur le fonctionnement sexuel de 11 femmes en bonne santé et mariées. Il a cherché à déterminer si la mastectomie a eu un impact sur le fonctionnement sexuel féminin, auquel cas, quel type d'ajustement sexuel et émotionnel les femmes mettent en place, après la mastectomie ? A cette fin, un film érotique et deux enregistrements audio de séduction ont été présentés aux 24 femmes ayant participé à l'étude. Deux types de mesures ont été pris en compte dans cette étude :

- **La mesure physiologique** à savoir l'excitation sexuelle mesurée par photopléthymographe vaginal⁹. Cet appareil permet de mesurer l'afflux sanguins s'accumulant dans les parois vaginales.
- **L'évaluation subjective** porte sur la notation du degré de réaction, en évaluant 6 sentiments en rapport à l'excitation sexuelle : (tendu, plaisant, embarrassé, excité, offensé, intéressé) sur une échelle de Likert, administré immédiatement après le stimulus présenté.

Les résultats de l'étude montre qu'il y a une corrélation positive entre l'évaluation subjective et l'évaluation physiologique de l'excitation sexuelle chez les femmes en bonne santé. Plus précisément, lorsque les femmes du groupe contrôle (en bonne santé) ont connu une vasocongestion vaginale plus importante, elles l'ont qualifié d'excitation sexuelle. Lorsqu'elles ont connu moins de vasocongestion vaginale, elles l'ont qualifié de moins excitant. Cette relation positive entre la réactivité physiologique et l'appréciation subjective de l'excitation sexuelle ne s'opère pas chez les femmes ayant

⁹ Il s'agit d'un appareil de mesure de vasocongestion vaginale. Pour ce faire, c'est l'amplitude du pouls vaginal (VPA) qui est mesurée par photopléthysmographie vaginale : « *les fluctuations de la VPA reflètent les changements de phase du contenu sanguin du lit capillaire vaginal éclairé de la paroi vaginale à chaque battement de cœur, des amplitudes plus grandes indiquent une augmentation du vaso-engorgement, et donc une excitation plus grande* » (Laan, Van Driel, & Van Lunsen, 2008, p.2)

subi une mastectomie. En effet, on observe, qu'à mesure que les femmes ayant subi une mastectomie, éprouvaient un état d'excitation sexuelle, celui – ci n'étaient pas ressenti comme « éveillé sexuellement », alors que les mesures physiologiques prouvaient le contraire. Ainsi, une altération de la perception de l'excitation sexuelle, peut intervenir chez les femmes ayant subi une mastectomie.

D'autres études ont montré que la mastectomie altérait le fonctionnement sexuel de la femme. Ainsi, Aerts, Christiaens, Enzlin, Neven, et Amant (2014) ont émis l'hypothèse que les femmes qui ayant subi une mastectomie présentent un mauvais ajustement sexuel comparativement aux femmes ayant subi un traitement conservateur du sein (tumorectomie). Néanmoins, ils affirment que dans chaque cas, le fonctionnement sexuel et psychosocial est altéré. Leur étude a impliqué un groupe contrôle composé de 149 femmes en bonne santé et un groupe expérimental composé de 114 femmes ayant subi soit une mastectomie soit un traitement conservateur du sein. Afin de mesurer le fonctionnement sexuel, ils ont évalué les dimensions relatives aux dysfonctions sexuelles (la diminution du désir sexuel, la sécheresse vaginale, et les troubles orgasmiques). Les résultats ont révélé que l'impact du traitement chirurgical sur le fonctionnement sexuel était associé au type de traitement chirurgical que les femmes atteintes de cancer du sein ont suivi. De nombreuses femmes ayant subi une mastectomie ont, par exemple, signalé des problèmes de désir sexuel, d'excitation et d'orgasme. Ces dysfonctionnements sont d'avantages présents après l'opération plutôt qu'avant. Cependant, l'étude a révélé une différence non significative entre les femmes ayant subi un traitement conservateur du sein et les femmes en bonne santé, sur le fonctionnement sexuel. Ceci prouve que les femmes ayant subi un traitement conservateur du sein, montre un meilleur ajustement sexuel, dans leur fonctionnement sexuel que les femmes ayant subi une mastectomie. Les résultats de ces études nous invitent à nous interroger sur l'impact de ces deux types chirurgies sur l'image corporelle, afin de mieux orienter et guider les patientes dans leur travail de réappropriation corporelle.

2) Impact sur l'image corporelle

Il existe une différence majeure entre les femmes qui ont été amenées à opter pour la mastectomie plutôt que le traitement conservateur du sein, lorsqu'elle n'est pas le seul et unique recours chirurgical, et indiquée de manière préventive. Cette différence permet de comprendre le rapport que chacune peut entretenir avec son corps, et son image corporelle. Citons l'étude de Margolis et al. (1990) dont l'objectif principal a été d'évaluer les effets psychologiques de la mastectomie versus la tumorectomie (ou traitement conservateur du sein) avec radiothérapie. Leur étude montre que les facteurs psychologiques les plus importants incitant les femmes à choisir le traitement conservateur du sein plutôt que la mastectomie concerne l'image corporelle, le défigement, et le sentiment de féminité. En effet, les femmes qui ont pu bénéficier du traitement conservateur du sein sont effrayées à l'idée de ne pas pouvoir faire face aux effets de la mastectomie sur le corps, et ce, sur le plan émotionnel. Bien que les femmes s'engageant vers la mastectomie préventive ou médicalement nécessaire, sont davantage effrayées à l'idée de la mort, elles ont recours à traitement plus radical, et se sentent moins concernées par la conservation de l'image corporelle. Pour autant, les effets de la mastectomie sur l'image corporelle féminine ne sont pas sans risque. Ainsi, l'étude Margolis et al. (1990) a montré que les femmes qui ont choisi la mastectomie, se sentent moins attractives et éprouvent un sentiment de honte vis – à – vis de leur sein après leur chirurgie. En effet, 73% d'entre elles se sentent sexuellement moins désirables contre 3% des femmes ayant eu un traitement conservateur du sein.

Cette observation, suggère que l'option du traitement conservateur du sein permettrait peut – être de préserver une image corporelle intacte et, par conséquent, une estime de soi corporelle semblable à celle d'avant l'opération. Noguchi et al. (1993) ont tenté de le démontrer. Ils rapportent que le traitement conservateur du sein permet d'améliorer, de favoriser une image corporelle positive, en comparaison à la mastectomie. En effet, leurs observations démontrent que 22% des femmes ayant eu recours à une mastectomie, sont beaucoup plus attentives à leur apparence, contrairement aux femmes qui ont pu bénéficier du traitement conservateur du sein. Ils indiquent que la mastectomie provoque, dès lors, plus de troubles de l'image corporelle plutôt que le traitement conservateur du sein. Parallèlement, Baterlink, van Dan F, et van Donegan (1985) ont montré à travers leur étude, que l'impact du traitement conservateur du sein en comparaison à la mastectomie, favorise nettement plus la perception d'une image

corporelle positive de par ses aspects esthétiques au niveau du sein conservé. Cette pratique chirurgicale réduirait le sentiment de vulnérabilité que chaque femme peut éprouver après la mastectomie, ne serait – ce, qu’après avoir pris conscience de l’aspect asymétrique du corps.

Tels sont d’autres enjeux que les femmes rencontrent, au cours de leur maladie selon le traitement qu’il leur est préconisé et qu’il leur est possible de choisir ou non, de manière préventive. La perception d’une image corporelle positive, le sentiment d’être désirable sexuellement, et le sentiment d’être attirante, représentent des enjeux étroitement liés à l’impact des traitements et qui ont retombées psychologiques sur ces femmes. En conclusion, une meilleure compréhension de tous ces enjeux nous permet de mieux comprendre le travail de réappropriation corporelle que les patientes atteintes d’un cancer du sein doivent faire.

c. Processus de réappropriation corporelle dans la clinique du sein

Réappropriation corporelle en oncologie ne signifie pas rééducation corporelle. Les activités en cours divergent pour les deux domaines. En rééducation corporelle, il s’agit avant tout de mobilisation du bras, du buste, de l’épaule, combinée à des massages ou non (Le Vu, Dumortier, Guillaume, Mouriesse, & Barreau-Pouhaer 1997). Ces « soins primaires » sont souvent donnés par des kinésithérapeutes. Alors que la réappropriation corporelle se concentre plutôt sur des soins dits de « support », centrée sur l’aspect subjectif de la maladie et l’esthétique du corps, où chacun peut venir déposer ce qu’il souhaite. Il y a donc une dynamique psychothérapeutique qui se mobilise dans la réappropriation corporelle.

Actuellement, différents intervenants, provenant de secteurs professionnels variés, ont investi leurs recherches sur l’image corporelle, car c’est un modèle pour penser le rapport au corps. Modèle dont l’étude permet l’amélioration de la prise en charge des patientes en oncologie après le cancer. C’est la raison pour laquelle, les soins dits de « supports » de réappropriation corporelle, où les femmes redeviennent actrices de leur corps, sont essentiels pour l’adaptation des femmes dans l’après cancer. Dans sa récente étude, Suzor (2016) a analysé, sur un échantillon de 12 femmes atteintes du cancer du sein – l’impact des images réelles, sociales et symboliques sur l’identité, l’intimité et la représentation de soi. Plus précisément, ce qu’il nomme image réelle renvoie à l’asymétrie corporelle, suite à l’ablation du sein, et donc au schéma corporel

que chaque femme a consciemment intégré en elle, et qu'elle renvoie au reste du monde. Les images sociales sont celles imposées implicitement aux individus. Par exemple, l'image d'une femme mince, à forte poitrine est socialement véhiculée. Enfin, les images symboliques renvoient ici à toute la symbolique que cela implique d'être une femme en bonne santé. Par exemple, le sein, incarne le symbole de la fécondité et de la féminité.

Ainsi, son sujet se situe à la croisée des perspectives sociologiques et psychologiques. C'est-à-dire qu'il se pose la question de savoir quelles images seront renvoyées aux femmes mastectomisées dans leur miroir ? Afin de définir ce qu'il entend par images réelles, sociales et symboliques, il se base notamment sur l'étude de Jodelet (1984), qui définit les représentations sociales comme des « *images qui condensent un ensemble de significations ; systèmes de référence qui nous permettent d'interpréter ce qui nous arrive, voire de donner un sens à l'inattendu* » (as cited in Suzor, 2016), et ce qu'il appelle le concept de Miroir. Il distinguera plusieurs étapes par lesquelles les femmes mastectomisées passent lorsqu'elles se regardent à nouveau dans un miroir. Il définit 6 étapes cruciales par lesquelles l'image corporelle se reconstitue à savoir le miroir de l'Incertitude, à son opposé le miroir de la Certitude, celui de l'Intégrité physique, de la Beauté/Féminité, du Désir/Séduction/Sexualité, et enfin le miroir de la Réappropriation Biosociosymbolique. Il cherche donc à identifier les images, qui modifient au quotidien les perceptions, les interprétations et les représentations de soi, dans la réappropriation corporelle et la reprise d'une activité sexuelle pour les femmes ayant subi une mastectomie.

Les résultats ont montré que pour 9 femmes sur 12, il y a eu une reprise d'activité sexuelle, avant la reconstruction mammaire. Sur ces 12 femmes, 6 ont repris une activité sexuelle avec leur conjoint. Deux autres femmes ont été rejetées par leur conjoint face à leur désir sexuel néanmoins, elles ont eu des propositions d'autres hommes. Parmi ces deux femmes, l'une d'elle a accepté, et l'autre a refusé par honte de dévoiler à nouveau son corps. Enfin, parmi ces 12 femmes, deux d'entre – elles, sans partenaire stable, ont repris une activité sexuelle, et une autre a décliné la proposition d'un homme, avant et après sa chirurgie reconstructrice du sein.

Ces résultats montrent que les 6 femmes ayant repris une activité sexuelle sont celles qui ont subi une reconstruction mammaire. Cette étape chirurgicale, reconstituant la symétrie du corps, facilite la présentation de soi face au partenaire, mais n'amène pas

nécessairement à l'activité sexuelle. Ils ont également souligné l'importance du regard significatif et constructeur du partenaire sur le corps de la femme. En effet, les femmes visualisent leur corps de manière séparé, c'est-à-dire que chaque partie est perçue comme une partie détachée du reste du corps, alors que les hommes, eux, ont tendance à percevoir leur corps de manière globale, et synthétique. C'est la raison pour laquelle, leur regard sur le corps d'une femme ayant subi une mastectomie, et – ou une reconstruction mammaire, aide la femme, à percevoir chaque partie de son corps comme désirables, formant un tout, construit, donnant forme à une féminité unique. Ce qui permet à cette femme de se reconstruire à nouveau une image corporelle pleine, et à réinvestir son corps dans son intégralité.

Dès lors, le recours au concept d'image corporelle nous aide à mieux saisir les enjeux de l'expérience traumatisante par laquelle passe ces femmes. Ainsi, la reconstruction mammaire, facilite la présentation de soi, en tant que nouvelle image corporelle, face au monde extérieur. L'image corporelle est reconstituée à travers le regard significatif du partenaire. En conclusion, la reconstruction mammaire et le regard du partenaire ont un rôle significatif dans le processus de réappropriation corporelle et qui passe par la présentation de soi face au monde ; dès lors comment le couple parvient – il à retrouver sa sexualité après l'épreuve de la maladie ?

d. Quelle vie sexuelle pour le couple après le cancer du sein ?

De nombreuses études ont analysé la qualité de vie conjugale et sexuelle du couple après le cancer du sein, mais aussi l'effet du soutien du partenaire sur la relation conjugale et sexuelle du couple. Ceci nous amène à nous demander quels sont les facteurs qui permettent d'affirmer les changements au niveau conjugal et sexuel après le cancer du sein ?

L'étude de Ussher, Perz, et Gilbert (2012) a révélé que pour 126 femmes de l'étude parmi les 1965 participantes, l'expérience du cancer du sein a eu des effets dévastateurs sur leur relation conjugale consécutifs à une modification du bien – être sexuel pour chacun des partenaires. La modification de la relation sexuelle et, par conséquent, du bien – être sexuel pour chacun des partenaires compromet la relation conjugale. Ces femmes ont exprimé ressentir de la part de leur partenaire un désintérêt pour la relation sexuelle, d'autres expliquent avoir un « colocataire » davantage qu'un véritable amant au quotidien. Ceci reflète le manque de communication au sein de la relation, déjà

préexistant. En effet, un des premiers facteurs qui permet d'évaluer des changements au niveau conjugal et sexuel dans l'après cancer du sein est une relation conjugale qui dysfonctionnait avant l'apparition de la maladie. De nombreuses femmes l'ont par ailleurs d'ailleurs reconnu, en expliquant que ces problèmes étaient récurrents avant l'apparition du cancer du sein et ont empiré après la maladie.

Parallèlement à ces résultats, d'autres observations positives amènent des interrogations quant à ces derniers. En effet, pour 1 dixième des femmes de l'étude, le cancer du sein a amené le couple à développer un autre degré d'intimité. Cela signifie que le couple a réinventé une autre intimité conjugale tout aussi satisfaisante, permettant de réaménager la sexualité dans le couple. La sphère sexuelle ne s'en trouve pas moins satisfaisante sur le long – terme. En effet, la difficulté de la reprise d'une activité sexuelle reste inchangé pour le couple. La situation incite le couple à réaménager son intimité conjugale. Pour certaines femmes, l'expérience de la maladie leur a révélé la possibilité de rencontrer leur propre besoin dans leur couple, besoins déjà existant avant l'apparition du cancer du sein.

Ainsi, ce degré d'intimité s'exprime par une démonstration plus importante de flirt, de chaleur, de tendresse affective et un profond respect de l'autre, facteurs essentiels au maintien de la bonne relation conjugale face au cancer du sein. Ainsi, la bonne communication avant le diagnostic du cancer du sein présage d'un bon fonctionnement relationnel tout au long de la maladie. En outre, un partenaire soutenant qui accepte les changements corporels, psychologiques et sexuels chez sa femme a été décrit comme étant le plus important dans le maintien de la relation conjugale pour ces femmes. En outre, cette recherche montre qu'avoir une relation sécurisée avec une écoute du partenaire, une communication adéquate avant le diagnostic, permet au couple de mieux s'adapter aux changements du désir ou de la relation sexuelle. En effet, ce qui prime pour le couple face à la maladie, n'est plus l'activité sexuelle mais le soutien, le partage des conversations autour des besoins de chacun, la présence de l'autre. Ces échanges permettent au couple de pouvoir ensuite communiquer autour de l'activité sexuelle.

Les résultats quant à la survie du couple face au cancer restent donc mitigés. Ainsi, Préau et al., (2008) rapportent que pour 41.5% des couples, la relation conjugale s'est trouvée renforcée, contre 8.4% qui s'est détériorée (as cited in Moley-Massol, & Lesur, 2012). Malheureusement, quelques participantes de l'étude, ont été quittées pendant

leur cancer. Quelles sont les raisons qui poussent le partenaire à quitter sa femme, lors de l'épreuve du cancer du sein ? A travers leur revue de la littérature Taylor, Kilpatrick, Maunsell et Dorval (2000) ont démontré que le cancer en tant que motif de divorce, et selon les croyances populaires, n'est pas la raison fondamentale d'une séparation d'un couple. Ce sont les difficultés relationnelles existant déjà dans le couple avant l'apparition de la maladie, qui correspondent à un motif de divorce.

La stabilité du couple est mise à rude épreuve face à la maladie, et doit être réaménagée dans ses sphères intimes et relationnelles. Le facteur principal de rupture conjugale concerne des difficultés au sein du couple même, avant l'arrivée de la maladie, malgré une reprise de l'activité sexuelle qui reste difficile même lorsque le couple est stable.

Dans le présent chapitre nous avons abordé la singularité du processus de réappropriation corporelle pour chaque femme. En effet, ce dernier peut être facilité ou non par la reconstruction mammaire, et peut-être vécu différemment selon le rapport que chaque femme entretient avec son image corporelle, sa sexualité, et son processus de deuil. L'estime de soi sexuelle et l'image corporelle sont deux sphères étroitement liées dans le fonctionnement sexuel et psychologique des patientes. Elles sont modulées par leur dimension subjective et le rôle que la perception peut jouer, qui va influencer le fonctionnement psychosexuel global dans la prise en charge de la maladie et, par conséquent, le vécu des traitements chirurgicaux. Enfin, la dimension conjugale ne doit pas être négligée dans la prise en charge de la maladie, étant donné l'importance que peut prendre le regard du partenaire dans l'image corporelle et le fonctionnement sexuel de la patiente.

PARTIE II : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

4.1 Questions de recherche

Plusieurs auteurs ont investigué l'impact sur le fonctionnement sexuel et psychologique que peut avoir le cancer du sein, ses traitements chirurgicaux (la reconstruction mammaire, le traitement conservateur du sein et la mastectomie). Or, l'estime de soi sexuelle comme dimension de la sexualité féminine, n'a pas encore été investigué dans le cadre du cancer du sein. Nous avons donc émis l'hypothèse que cette dimension serait, elle aussi, impactée par le cancer du sein et ses traitements.

C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de ce mémoire, analysons le lien entre l'estime de soi sexuelle, l'image corporelle et la reconstruction mammaire à travers une revue de la littérature. L'objectif de notre revue de la consiste à appréhender dans la littérature scientifique actuelle, des études qui nous montrent dans quelle mesure la reconstruction mammaire pourrait permettre une amélioration de l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle.

Notre question de recherche est la suivante : *La reconstruction mammaire permet - elle d'améliorer positivement l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle chez les femmes ayant subi un cancer du sein, après la mastectomie ?*

4.2 Discussion des champs de recherche et cadre théorique

Comme analysé dans la première partie du présent mémoire, le fonctionnement sexuel féminin est vaste et complexe. En effet, l'étude de ses différentes interférences et interactions avec certaines composantes du fonctionnement psychologique et particulièrement avec l'aspect cognitif du fonctionnement cérébral humain, dans le cancer du sein, ne cesse d'animer la littérature scientifique du XIXème siècle.

Nous avons pris le parti de nous concentrer sur quelques critères de sélection d'études afin d'établir une revue de la littérature fiable et valide au regard des conclusions et hypothèses qu'il sera éventuellement possible de poser. A cette fin, ces critères de sélection d'études doivent tenir compte des champs de recherches que nous détaillons ci – dessous. En effet, il s'agit d'effectuer une revue de la littérature sur l'estime de soi

sexuelle et son / ses possible(s) lien(s) avec l'image corporelle dans le cancer du sein et ses traitements chirurgicaux. Ce faisant, il nous faut sélectionner les variables les plus saillantes et pertinentes à travers les études scientifiques, dans le lien entre l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle, dans le cancer du sein et ses traitements chirurgicaux. Il convient donc définir de quel type d'études psychologiques il s'agit et de quel type d'études médicales il en ressort.

a. Le champ psychologique : choix de la recherche en psychologie cognitive et psychologie de la santé

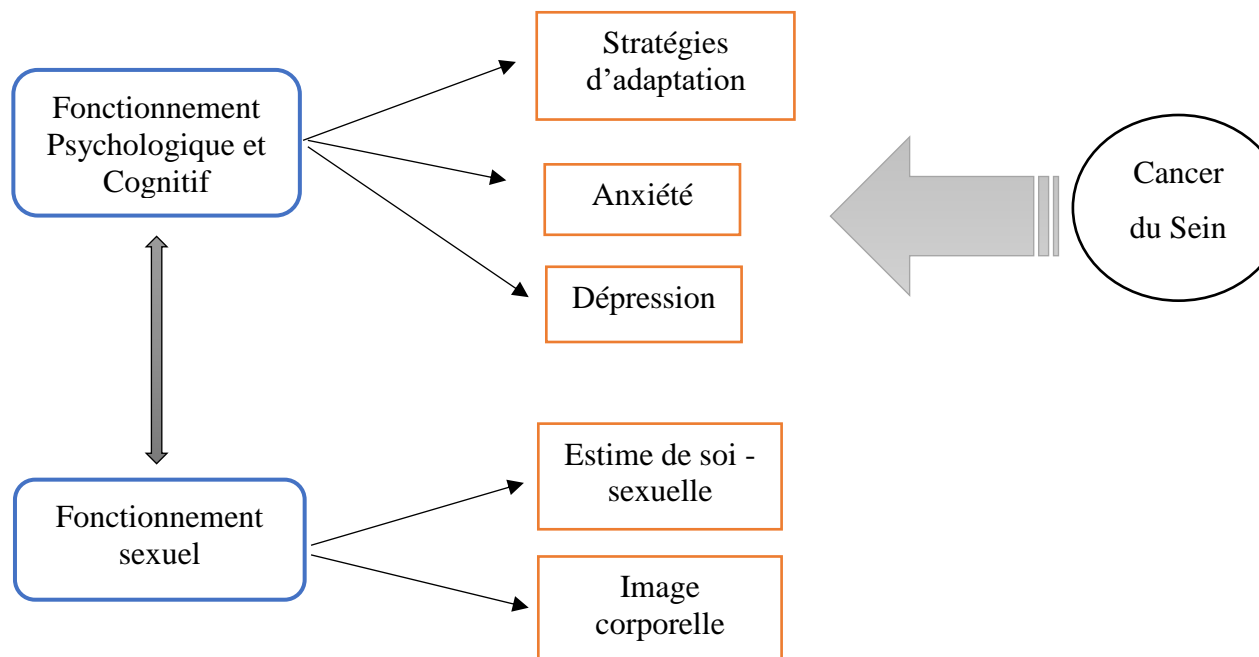
Lors de l'étude du fonctionnement sexuel, nous avons constaté qu'il est indissociable du fonctionnement psychologique de la patiente (Derogatis & Melisaratos, 1979). Les recherches en oncologie, particulièrement centrées sur le cancer du sein et ses retentissements sur la sexualité des patientes, s'inscrivent dans les recherches en psychologie de la santé. En effet, nombreuses ont été les recherches sur les modèles d'adaptation psychologique des patientes cancéreuses (De Brouhoven de Bergeyck et al., 2013). L'évolution de la société en matière de sexualité a aussi joué un rôle dans la volonté des chercheurs de s'intéresser au fonctionnement psychologique dans le cadre de la santé sexuelle des patientes cancéreuses.

Barlow (1986) à travers son modèle cognitif, a démontré des troubles érectiles que les distractions cognitives tel que l'auto – objectivation entravent également le bon fonctionnement sexuel de la femme. Et plus récemment, Calogero & Tompson (2009) ont posé la question des mécanismes cognitifs à l'œuvre dans les troubles de la santé mentale et sexuelle des femmes souffrant de troubles alimentaires. Dans le cadre de ce mémoire, l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle seront donc étudiées sous l'angle de la psychologie cognitive et de la psychologie de la santé, non seulement pour des raisons de validité scientifique, mais aussi pour ses recherches à l'internationale dans le domaine de la sexualité (Hannier et al., 2016, 2017) et de la santé mentale des femmes.

Dans cette partie, nous avons créé le schéma ci – dessous afin de conceptualiser l'interaction mutuelle entre le fonctionnement psychologique et sexuel féminin, retrouvée précédemment dans la littérature scientifique, dans notre première partie. Cette interaction est à double sens. Nous constatons que le fonctionnement cognitif regroupe 3 facteurs principaux retrouvés au sein de la littérature scientifique,

susceptible d’agir sur les facteurs qui composent le fonctionnement sexuel, dans le cancer du sein. Ainsi, la dépression, l’anxiété et les stratégies d’adaptation représentent trois facteurs phares du fonctionnement cognitif et psychologique mis à l’épreuve par la maladie. L’estime de soi sexuel et l’image corporelle correspondent à deux des autres facteurs qui peuvent composer le fonctionnement sexuel, malgré un nombre limité d’études qui démontrant la véracité de la présence de l’estime de soi sexuelle au tant que facteur principal dans le fonctionnement sexuel. L’épreuve de la maladie vient bouleverser le rapport entre toutes ces composantes. Ainsi, une anxiété chronique quant à son l’image de son corps, pourrait entraîner des perturbations du bon fonctionnement sexuel chez la femme (Bruchon – Schweitzer, 1986).

Schéma 1 – Interaction entre le fonctionnement psycho-cognitif et le fonctionnement sexuel féminin dans le cancer du sein



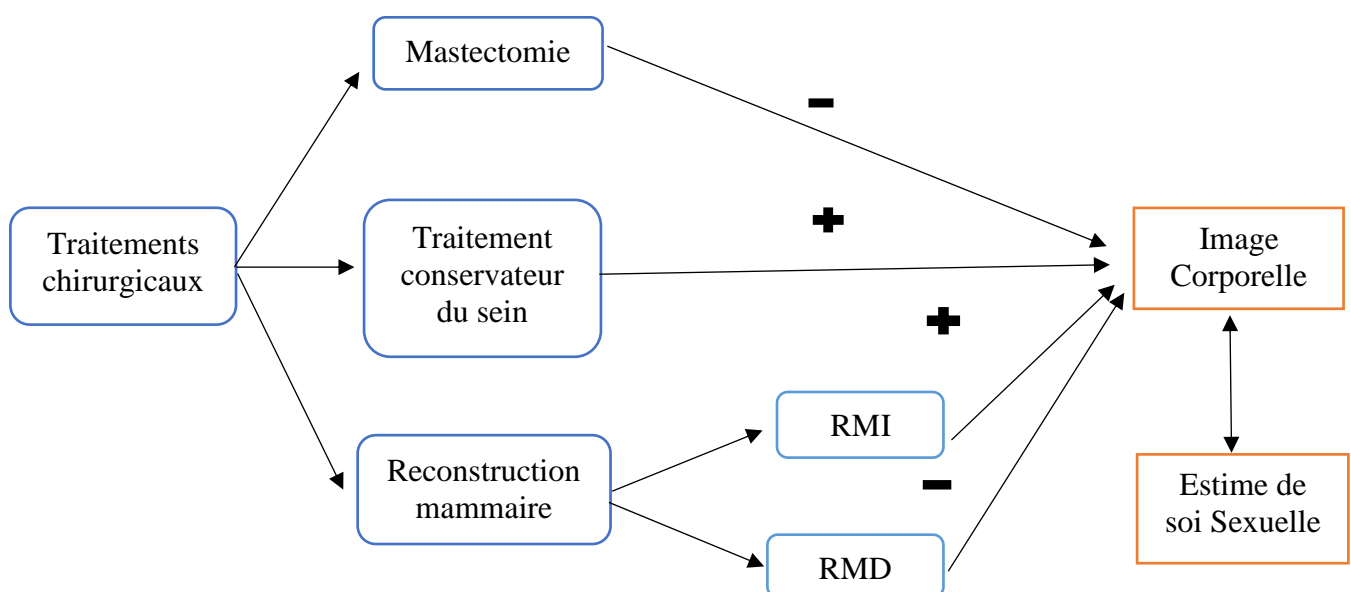
b. Le champ médical : choix de la recherche sur l’impact des traitements chirurgicaux

Le nombre d’études concernant l’impact des traitements chirurgicaux dans le cadre du cancer du sein sur le fonctionnement psychologique des patientes est croissant. En effet, la littérature scientifique s’accorde pour affirmer que la mastectomie altère non seulement le fonctionnement psychologique mais également le fonctionnement sexuel féminin (Aerts et al., 2014 ; Margolis et al., 1990 ; Noguchi et al., 1993). Les problématiques médicales actuelles tendent à évaluer l’efficacité des traitements

chirurgicaux afin de minimiser l'impact psychologique et sexuel sur les patientes. En parallèle avec l'avancée des techniques chirurgicales actuelles, que nous nous sommes interrogés sur l'impact de la reconstruction mammaire sur l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle chez les femmes atteintes du cancer du sein. A ce sujet, les auteurs ne semblent pas converger vers l'hypothèse que, dans un premier temps : la reconstruction mammaire améliore et / ou conserve une image corporelle positive et un bon fonctionnement sexuel (Henry et al., 2010 ; Schover et al., 1995 ; Rowland, Desmond, & Meyerowitz, 2000). Toutefois, il semblerait que l'impact psychologique et sexuel soit minimisé par la reconstruction mammaire immédiate plutôt que différée (Al – Ghazal, Blamey, Fallowfield, & Sully, 2000 ; Neto et al., 2013 ; Steven et al., 1984).

Enfin, pour cette revue de la littérature, il a été choisi d'étudier l'impact de la reconstruction mammaire sur l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle, au vu des récentes recherches en psychologie et sexologie, et d'exclure les études traitant uniquement des traitements chimiques. En effet, nous avons pris le parti de ne pas aborder le thème des traitements chimiques en raison des effets secondaires induits par les différents agents chimiques sur le fonctionnement psychologique et sexuel des patientes.

Schéma 2 - Impact des différents traitements chirurgicaux sur l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle féminine dans le cancer du sein



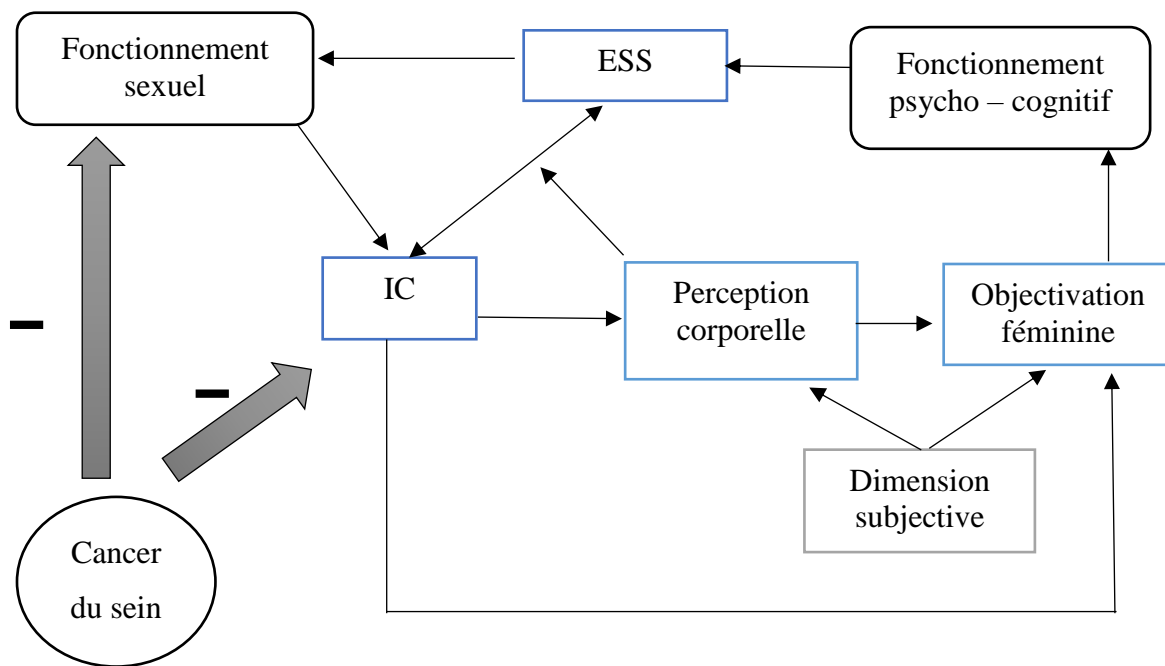
Le schéma ci-dessus que nous avons créé dans cette partie, montre que la mastectomie et la reconstruction mammaire différée (RMD) altèrent l'image corporelle (Al - Ghazal et al., 2000 ; Baterlink et al., 1985). En revanche, le traitement conservateur du sein et la reconstruction mammaire immédiate (RMI) permettent de conserver ou d'améliorer l'image corporelle (Aerts et al., 2014 ; Al – Ghazal et al., 2000). Enfin, le manque de publications sur l'impact direct des traitements chirurgicaux sur l'estime de soi sexuelle, ne débouchant à aucune possibilité de conclusion(s) suffisamment valide(s), nous a incités à investiguer son lien à travers d'autres variables. Premièrement, la relation qui existe entre l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle, à travers des facteurs communs (Bruchon – Schweitzer, 1986 ; Calogero et Tompson, 2009 ; Hannier et al., 2016) ; nous a amené à investiguer cette relation chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Deuxièmement, au regard de l'image corporelle en tant que facteur soutenant le fonctionnement sexuel (Derogatis & Melisaratos, 1979), nous avons choisi de traiter de l'impact de ces traitements chirurgicaux sur le fonctionnement sexuel, dans une perspective plus large.

c. Perspectives sexologiques : choix de la recherche sur l'estime de soi sexuelle

Nous avons vu que l'estime de soi sexuelle est une variable encore peu investiguée en tant que dimension propre dans le fonctionnement psychosexuel. Pour la présente revue de la littérature, nous avons choisi d'en étudier son lien avec l'image corporelle étant donné qu'elle représente une dimension du fonctionnement sexuel féminin (Derogatis & Melisaratos (1979), et qu'elle est la première dimension impactée par le cancer du sein et ses traitements chirurgicaux. En effet, la littérature scientifique s'accorde pour affirmer que l'estime de soi sexuelle est associée à l'image corporelle (La Rocque & Cioe., 2011 ; Dove & Wiederman, 2000 ;). Nous avons également analysé l'importance de la perception subjective de son image corporelle en tant que médiateur de la relation existante entre l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle (Hannier et al., 2017). C'est la raison pour laquelle, le facteur perception de l'image corporelle sera aussi intégrée dans notre travail de recherche. La perception de soi étant un domaine qui relève aussi du fonctionnement cognitif et attentionnel, nous ne pouvons écarter le rôle de l'objectivation féminine dans nos recherches (Calogero & Tompson., 2009). C'est la raison pour laquelle nous avons volontairement maintenu cette variable dans notre travail de recherche.

Le schéma que nous avons réalisé dans la partie méthodologique, nous permet de conceptualiser ce qui existe dans la littérature scientifique. Nous voyons donc que le cancer du sein altère le fonctionnement sexuel de la femme, et son image corporelle (IC). Cette image corporelle est associée à l'estime de soi sexuelle (ESS), au sein d'une influence bidirectionnelle dans le fonctionnement sexuel. Nous avons aussi constaté le lien entre l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle trouvant ses racines dans la perception corporelle plus qu'avec l'image corporelle réelle (Hannier et al., 2017). Enfin, une perception dysfonctionnelle et accrue sur son image corporelle corps peut amener à de l'objectivation féminine lorsque cette dernière est chronique. Ces deux dimensions sont subjectives, et sont également reliées au fonctionnement psycho – cognitif.

Schéma 3 – Conceptualisation de l'estime de soi sexuelle dans le fonctionnement psychosexuel, dans le cancer du sein



4.3 Types de recherches et dates de publications

Les bases de données principales utilisées sont les suivantes :

- « Psycinfo » (www.https://search.proquest.com),
- « Pubmed » (www.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?otool=ibeucclib)
- Sciencedirect (www.https://www.sciencedirect.com)

Étant donné la redondance des articles trouvés sur ces 3 différentes bases de données, nous nous sommes focalisés sur la base de données avec la plus grande probabilité de trouver de nombreux d'articles Psycinfo, et nous effectués des recherches dans les deux autres bases de données de manière secondaire afin de trouver des articles supplémentaires.

Notre recherche porte sur des études dont l'âge de la population oscille entre minimum 25 ans et sans limitation d'âge. Nous nous sommes focalisés uniquement sur les femmes ayant subi une mastectomie avec une reconstruction mammaire. Ces femmes ne sont pas nécessairement en couple. Nous avons ciblé nos critères de recherches aux publications traitant de l'impact de la reconstruction mammaire sur le fonctionnement sexuel, en espérant trouver en variable secondaire l'estime de soi sexuelle au vu de la nouveauté de ce concept dans la littérature scientifique actuelle.

Les recherches effectuées se sont centrées sur des études dont les publications ont été revues par des pairs. Autrement dit, chaque publication a fait l'objet de l'approbation des pairs d'auteurs experts dans le domaine étudié, en lien avec l'étude devant être publiée. Nous tenons à préciser que les articles sélectionnés ont été publiés dans le cadre d'un processus éditorial officiel. Enfin, nos articles ont été publiés entre 1990 et 2019 et sont rédigés en anglais pour la plus grande partie.

4.4 Outils de recherche

a. Mots clés de recherche

Ce point aborde les mots clés essentiels pour notre recherche. Ils ont été recherchés dans les résumés des publications pertinentes pour notre revue de la littérature.

Estime de soi sexuelle :

- Breast Reconstruction and Sexuality
- Breast Reconstruction and Sexual Functioning
- Breast Reconstruction and Body image
- Breast Reconstruction and Sexual self – esteem

Image corporelle :

- Breast Reconstruction and Sexuality
- Breast Reconstruction and Body Image
- Breast Reconstruction and Sexual Functioning
- Breast Reconstruction and Sexual self – esteem

b. Critères d'exclusion des publications

Nous avons entrepris de sélectionner nos articles au regard des principaux critères d'exclusions :

- Utilisation des mots clefs,
- Recherches des publications parues après 1990 et rédigées en anglais,
- Utilisation des mots clefs dans la base de données uniquement dans le résumé des articles,
- Focalisation sur une population de femmes ayant reçu une reconstruction mammaire,
- Focalisation sur les publications revues par les pairs.

Ensuite, nous avons décidé de sélectionner les articles les plus pertinents à travers un filtre de critères d'exclusions secondaires.

Ainsi, l'objectif de recherche de nos articles cible l'impact de la reconstruction mammaire en comparaison à d'autres types de chirurgie mammaire tel que le traitement conservateur du sein sur le fonctionnement sexuel et l'image corporelle. Les

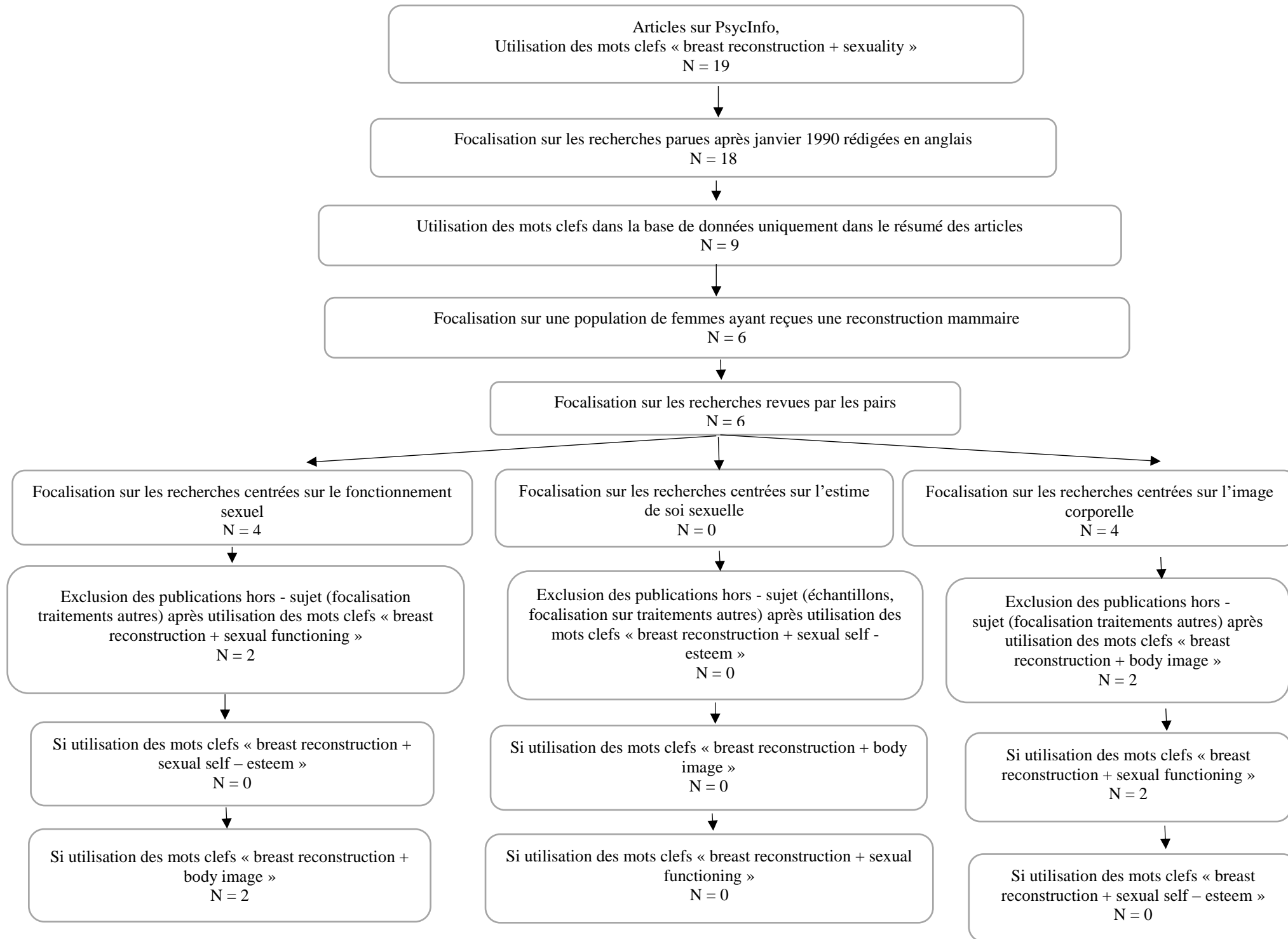
articles abordant uniquement une corrélation entre les traitements chimiques et le fonctionnement sexuel et l'image corporelle n'ont pas été retenus. Par conséquent, notre objectif est de trouver des articles qui ciblent uniquement l'impact de la chirurgie, bien que le traitement contre le cancer du sein induit fréquemment la combinaison de traitements chimiques tel que la chimiothérapie ou la radiothérapie avec la chirurgie.

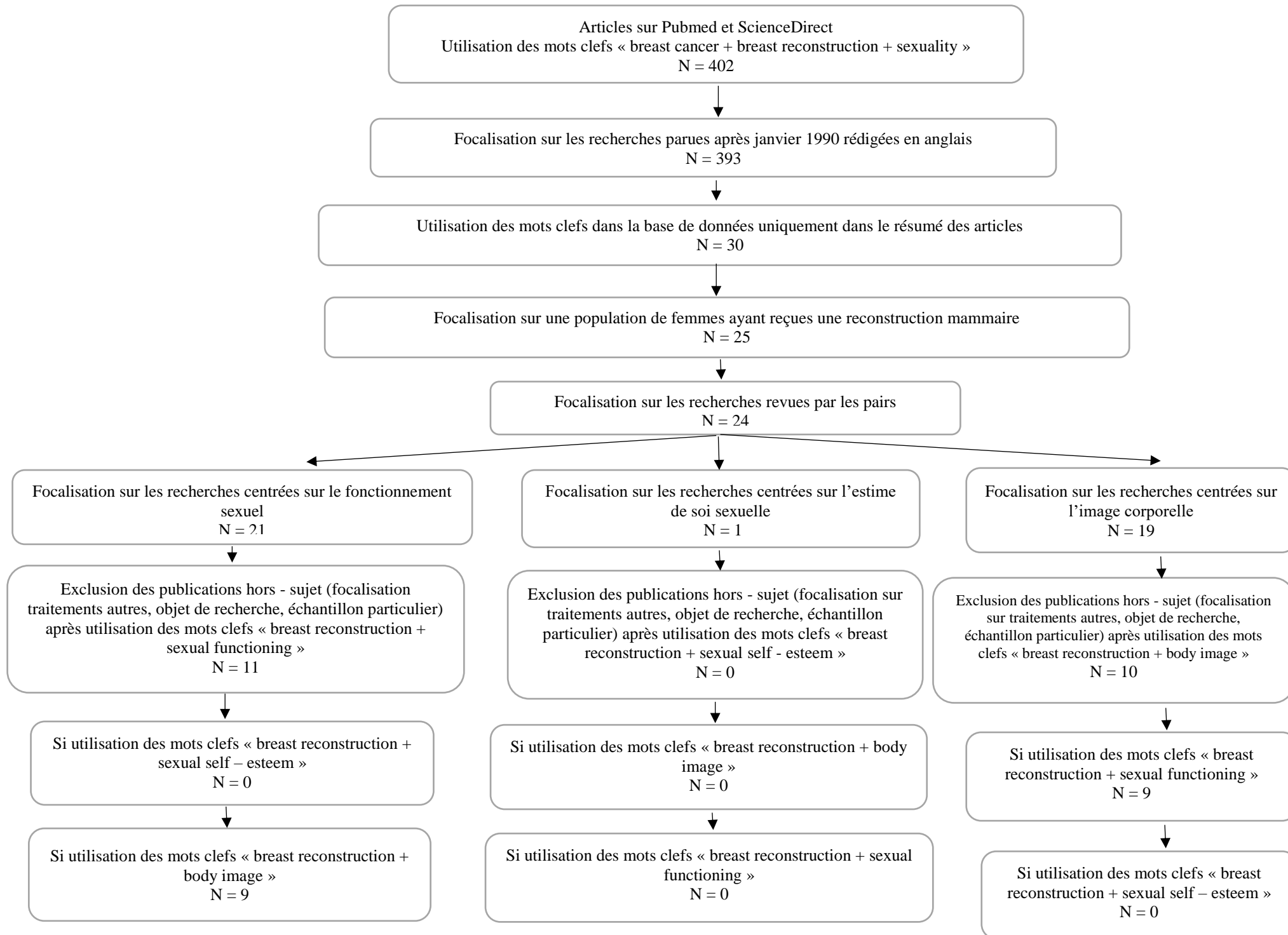
En outre, le but ou la question de recherche doit nécessairement apparaître dans l'objet de recherche de l'article sélectionné. Si, l'image corporelle et - ou le fonctionnement sexuel féminin ne sont pas inclus, alors l'article fait l'objet d'une exclusion. Il en va de même si un autre objet de recherche sans lien avec notre question de recherche est mentionné (par exemple : l'impact de l'indice de masse corporelle sur le fonctionnement sexuel).

Enfin, nous définissons comme un échantillon particulier un groupe de femmes ayant subi une reconstruction mammaire parallèlement à une mastectomie prophylactique, autrement dit de prévention. Ainsi, sont exclus les articles dont l'échantillon correspond aux femmes dont la maladie n'a pas été déclarée / développée dans l'organisme de la patiente.

c. Arbres décisionnels

La réalisation d'un arbre décisionnel permet de cibler avec clarté et pertinence les articles en lien avec notre recherche, à l'aide de critères de recherche préalablement établis. Le premier arbre décisionnel regroupe les résultats de recherches sur Psycinfo, le second regroupe les résultats complémentaires issus des bases de données Pubmed et ScienceDirect. N= le nombre total de publication suite à l'entrée d'un nouveau critère de recherche dans les filtres de la base de données scientifiques.





CHAPITRE 5 : RESULTATS DE LA RECHERCHE

La base de données PsycInfo évaluant l'impact de la reconstruction mammaire sur l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle, a permis de mettre en évidence deux articles analysant à la fois le fonctionnement sexuel et l'image corporelle post-mastectomie avec une reconstruction mammaire. L'utilisation des mêmes critères de recherches sur la même base de données n'a pas permis de mettre en évidence les recherches abordant uniquement l'estime de soi sexuelle en relation avec la reconstruction mammaire.

La recherche de publications complémentaires dans les bases de données Pubmed et ScienceDirect a permis de mettre en évidence 12 articles scientifiques analysant l'impact de la reconstruction mammaire chez les femmes ayant subi un cancer du sein sur le fonctionnement sexuel, et sur l'image corporelle. Sur ces 12 articles, 2 abordent uniquement l'impact de la chirurgie sur le fonctionnement sexuel, et 1 article traite uniquement de l'impact sur l'image corporelle. Enfin 11 articles sur 12 abordent le fonctionnement sexuel et l'image corporelle. Enfin, l'utilisation des mêmes critères de recherches sur ces deux bases de données a permis de mettre en évidence seulement 1 revue de la littérature sur les différents traitements oncologiques sur la sexualité, l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle. Cependant, cet article a fait l'objet d'une exclusion car, l'objet principal de la revue de la littérature n'est pas centré sur l'estime de soi sexuelle. De plus, il s'agit d'une revue de la littérature, c'est-à-dire sans échantillon recevable.

Le tableau de la page 67 à 76 abordent le contenu de ces articles.

Tableau : Résultats de la recherche de l'impact de la reconstruction mammaire sur le fonctionnement sexuel et l'image corporelle

Auteurs et dates de publication	Titre et Question de recherche / But	Echantillons	Méthode et matériaux empiriques utilisés	Résultats
Al – Ghazal , Blamey, Fallowfield, & Sully, (2000)	<p>The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction</p> <p>Analyser de manière rétrospective les avantages psychologiques de la reconstruction mammaire immédiate en comparaison à la reconstruction mammaire différée</p>	121 femmes : 38 femmes avec une reconstruction mammaire immédiate et 83 patientes avec une reconstruction mammaire différée	<p>Questionnaires utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Hospital Anxiety and Depression Scale - The Body image scale - Echelle d'estime de soi de Rosenberg - Questions à propos de la satisfaction esthétique de l'opération chirurgicale, et au sujet de leur sentiment d'attractivité 	<p>Les résultats ont montré que 63% des femmes avec une reconstruction mammaire immédiate (RMI) n'ont aucun problème avec leur sentiment d'attractivité sexuelle contre 17% des femmes avec une reconstruction mammaire différée (RMD). Ils ont reporté que 29% des femmes avec une RMI se sentent un petit peu moins attrayantes sexuellement depuis leur opération contre 51% avec une RMD. Les femmes ayant eu une RMI montrent également moins de détresse émotionnelle et un meilleur ajustement psychosocial que les femmes avec une RMD.</p> <p>Conclusion : Ces résultats, nous indiquent que la diminution du sentiment d'attractivité sexuelle après la reconstruction mammaire est moins prédominante chez les femmes ayant eu recours à la chirurgie immédiate plutôt que différée.</p>
Al – Ghazal, Blamey, Stewart, & Morgan (2000)	<p>Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction</p> <p>Comparer la satisfaction des patientes sur les résultats esthétiques des 3 différentes procédures chirurgicales et leur impact psychosocial</p>	577 femmes : 254 femmes ont reçu un traitement conservateur du sein, 202 femmes une mastectomie seule et 121 femmes ont eu une reconstruction mammaire	<p>Questionnaires utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) - The Body Image Scale - The Rosenberg Self-Esteem (RSE) Scale 	<p>Les résultats ont mis en avant que 18% des femmes ayant subi une tumorectomie se sentaient un petit peu à beaucoup moins attractives sexuellement contre 25% des femmes ayant eu une reconstruction mammaire, et 68% des femmes avec une mastectomie. L'image corporelle est nettement meilleure pour le groupe de femmes ayant subi une tumorectomie.</p> <p>Conclusion : ces résultats indiquent que l'impact psychosocial et sexuel est diminué par la tumorectomie plutôt que par la reconstruction mammaire.</p>

<p>Contant, van Wersch, Wiggers, Wai, & van Geel. (1999)</p>	<p>Motivations, satisfaction, and information of immediate breast Reconstruction following mastectomy</p> <p>Analyser en profondeur la satisfaction et la motivation des patientes pour la reconstruction mammaire immédiate, en relation avec l'image corporelle et le fonctionnement sexuel</p>	<p>73 femmes mastectomisées ayant eu une reconstruction mammaire immédiate Agées de 26 à 64ans</p>	<p>Questionnaire divisé en 5 sections :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informations démographiques - Motivations pour la RMI et perception des avantages de la RMI - Satisfaction de la RMI - Information - Image corporelle et fonctionnement sexuel <p>Questionnaire conçu par les chercheurs avec des items repris du Quality of Life : Rotterdam Symptom Checklist, RSCL</p>	<p>Les résultats montrent que 75% des femmes sont motivées à recevoir la reconstruction mammaire afin de rester sexuellement attirantes, et 70% des femmes trouvent que les avantages principaux de la reconstruction mammaire sont : se sentir féminine à nouveau et éviter les changements dans la relation sexuelle. L'image corporelle est corrélée significativement à la satisfaction de la RMI : plus les femmes acceptent leur corps, plus elles sont satisfaites de la chirurgie.</p> <p>Conclusion : la préservation du bon fonctionnement sexuel joue un rôle dans le choix de la reconstruction mammaire immédiate. Cependant, bien que la sexualité soit un aspect fort mentionné pour le choix de cette chirurgie, les femmes peuvent être insatisfaites de leur chirurgie tout en étant satisfaite de leur vie sexuelle.</p>
<p>Crompvoets (2006)</p>	<p>Comfort, Control, or Conformity: Women Who Choose Breast Reconstruction Following Mastectomy</p> <p>Etudier la façon dont l'image corporelle post – chirurgicale est intégrée, négociée et mobilisée chez les femmes mastectomisées, qui ont eu une reconstruction mammaire.</p>	<p>5 femmes mastectomisées avec une reconstruction mammaire Agées de 33 à 53ans</p>	<p>Entretiens ouvert</p>	<p>Les résultats des entretiens ont amené l'auteure à conclure que pour ces 5 femmes la reconstruction mammaire était une alternative au port de prothèses mammaires, mais pas seulement. Quatre femmes ont décrit cette procédure chirurgicale comme une restauration symbolique de leur féminité. Elles ont défini cette chirurgie comme une possibilité de retrouver un corps « naturel ».</p> <p>Conclusion : La reconstruction mammaire apparait donc comme l'unique solution qui permet de pallier et de dépasser les séquelles laissées par la mastectomie en facilitant la réhabilitation d'un soi incarné pré – chirurgical.</p>

<p>Ditsch et al. (2013)</p>	<p>A retrospective investigation of women's experience with breast reconstruction after mastectomy</p> <p>Comparer la satisfaction de la procédure chirurgicale, l'image corporelle, la sexualité et l'attractivité des patientes ayant subi 3 types de reconstruction mammaire différentes après leur mastectomie (LAT ; TRAM ; ajout de prothèses)</p>	<p>139 patientes âgées de 28 à 76ans</p> <p>11 patientes ont reçu une reconstruction mammaire par LAT ;</p> <p>63 patientes ont eu une RM avec prothèses en silicone ;</p> <p>26 patientes ont eu une RM par TRAM ;</p> <p>Et 39 patientes ont reçu une RM avec une seule prothèses en silicone</p>	<p>Entretiens semi – structurés et questionnaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Body Image Scale (BIS) - Questionnaire construit par les chercheurs en 10 items évaluant (décision, stress, douleur, résultats esthétiques) 	<p>Les résultats ont montré que pour 60% des femmes aucun changement n'a été signalé dans leur expériences sexuelles, toutes procédures confondues</p> <p>5% des femmes ont mentionnés des expériences positives post – opératoires telle qu'une augmentation de la conscience de soi dans leur sexualité. Enfin, 16% des patientes (toutes procédures confondues) ont reporté des effets d'altération de la sexualité après la reconstruction. Une détérioration de l'image corporelle est plus importante chez les femmes ayant subi une reconstruction mammaire immédiate plutôt que différée ; et la procédure LAT a montré moins de détérioration de l'image corporelle que l'implant de prothèse, mais plus de détérioration de l'image corporelle que la procédure par TRAM.</p> <p>Conclusion : la perception de l'image corporelle varie selon le type de chirurgie. Le type de chirurgie, corrélée à l'image corporelle, a un impact sur la sexualité. Plus les patientes sont satisfaites de leur chirurgie et leur image corporelle, plus elles montrent une meilleure satisfaction sexuelle.</p>
<p>Fung et al. (2001)</p>	<p>The impact of mastectomy, breast – conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of chinese women</p> <p>Mesure l'impact du traitement conservateur du sein, de la mastectomie et de la reconstruction mammaire sur la qualité de vie, l'image corporelle et le fonctionnement sexuel et social.</p>	<p>49 patientes : 17 ont reçu un traitement conservateur du sein, 15 une mastectomie seule, et 17 une reconstruction mammaire immédiate</p>	<p>Entretiens semi – structurés avec questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHQ – 12 (Chinese Health – Questionnaire) - Body Image Index (Lasry et al., 1987) - Questions sur le fonctionnement sexuel : évaluation de la fréquence de l'activité sexuelle et de l'intérêt des partenaires pour l'activité sexuelle. 	<p>Les résultats ont mis en avant que les femmes qui ont reçu le traitement conservateur du sein rapportent une meilleure image corporelle que les femmes qui ont reçu une mastectomie seule ou une reconstruction mammaire.</p> <p>Cependant, les femmes ayant reçu une reconstruction mammaire montrent une meilleure image corporelle que les femmes ayant subi une mastectomie seule. Aucune différence significative n'a été rapporté entre les 3 différents groupes concernant le fonctionnement sexuel.</p> <p>Conclusion : Le traitement conservateur du sein offre un meilleur maintien de l'image corporelle que la reconstruction mammaire.</p>

<p>Hart, Pinell-White, & Losken, (2015)</p>	<p>The Psychosexual Impact of Postmastectomy Breast Reconstruction</p> <p>Caractériser le niveau de santé sexuelle postopératoire chez la femme un an après la mastectomie et la reconstruction mammaire</p>	<p>96 patientes âgées de 27 à 70ans, mastectomisées avec une reconstruction mammaire</p>	<p>Questionnaires utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BREAST-Q, - Medical Outcomes Study 36-item Short Form, - Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer, - Cancer Rehabilitation Evaluation System, - Michigan Breast Reconstruction Outcome Study-Body Image questionnaire - Body Image Scale. - 1 questionnaire de perception (20 questions, échelle de Likert en 5 points) 	<p>Les résultats ont montré que bien que la satisfaction sexuelle globale ait été maintenue, près de la moitié des femmes interrogées (44%) se sentaient moins attirées sexuellement sans être vêtues et 23% se sentaient moins en confiance dans leur sexualité propre après la chirurgie. 43% des patientes affirment que la façon dont leur partenaire voit et investit leur sein dans leur sexualité, affecte leur confiance en leur sexualité.</p> <p>Conclusion : la chirurgie reconstructrice affecte négativement la vie sexuelle des femmes, et particulièrement leur sentiment d'attractivité et de féminité. La vision et l'investissement du partenaire, dans la sexualité du couple affecte le bien – être sexuel et l'ajustement psychosexuel des femmes.</p>
<p>Manganiello et al. (2011)</p>	<p>Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy</p> <p>Evaluer le fonctionnement sexuel des patientes après une mastectomie, et son lien avec leur qualité de vie, les caractéristiques personnelles des femmes et de leurs partenaires, enfin avec la reconstruction mammaire</p>	<p>100 femmes mastectomisées dont certaines femmes qui ont reçu une reconstruction mammaire</p>	<p>Questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36), - The Sexual Quotient Female version" (SQ-F) 	<p>Les résultats ont montré que le score au SQ – F était plus élevé et donc meilleur chez les femmes qui ont eu une reconstruction mammaire. Une corrélation statistiquement significative a été démontré entre le score du SQ – F et certains domaines du SF – 36 : la capacité fonctionnelle, la vitalité et les limitations émotionnelles.</p> <p>Conclusion : la sexualité des femmes post – mastectomie est plus affectée chez les femmes qui n'ont pas reçu de reconstruction mammaire.</p>

<p>Markopoulos et al. (2009)</p>	<p>Impact of Breast Cancer Surgery on the Self-esteem and Sexual Life of Female Patients</p> <p>Evaluer la satisfaction des résultats esthétiques chirurgicaux des patientes selon les 3 différentes chirurgies : mastectomie, traitement conservateur du sein, et reconstruction mammaire différée, avec leur association à l'estime de soi, la vie sexuelle et l'image corporelle.</p>	<p>207 femmes âgées de 29 à 84ans dont 83 avec un traitement conservateur du sein, 108 avec une mastectomie seule et 16 avec une reconstruction mammaire différée.</p>	<p>Questionnaires spécifiques construits par les chercheurs, et conçu en 2 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partie 1 : évaluation de la vie sexuelle et de l'image corporelle - Partie 2 : satisfaction de la chirurgie 	<p>Les résultats ont révélé que les femmes qui ont subi un traitement conservateur du sein se sentent plus à l'aise nue, suivie des femmes avec une reconstruction mammaire. Les femmes qui ont reçu une reconstruction (83.1%) mammaire montrent un niveau plus élevé de satisfaction sexuelle que les deux autres groupes de patientes. Et 68.8% de ce groupe de patientes, ont reporté que la chirurgie n'avait pas affecté leur désir sexuel. Néanmoins, l'impact psychologique est moindre chez les femmes ayant reçu un traitement conservateur du sein, et l'estime de soi reste plus élevé chez ce même groupe de femme, en comparaison aux 2 autres groupes de femmes.</p> <p>Conclusion : La reconstruction mammaire différée permet de préserver le bon fonctionnement sexuel féminin, mais ne permet pas le maintien d'une bonne estime de soi en comparaison au traitement conservateur du sein.</p>
<p>Neto et al. (2013)</p>	<p>Sexuality after Breast reconstruction post – mastectomy</p> <p>Le but de cette étude est d'évaluer le fonctionnement sexuel chez les femmes ayant subi une mastectomie seule en comparaison à celles qui ont eu recours à la reconstruction mammaire post – mastectomie.</p>	<p>Groupe expérimental : 17 femmes mastectomisées âgées de 18 à 60ans</p> <p>Groupe contrôle : 19 femmes avec une reconstruction mammaire post – mastectomie âgées de 18 à 60ans</p>	<p>Questionnaires utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Alderman Scale (questionnaire de satisfaction esthétique de la chirurgie) - The FSFI (The Female Sexual Function Index) 	<p>Les résultats ont révélé que les femmes ayant subi une reconstruction mammaire après une mastectomie comparativement aux femmes ayant subi une mastectomie seule, montrent un score plus élevé au FSFI.</p>

<p>Schover et al., (1995)</p>	<p>Partial Mastectomy and Breast Reconstruction : A Comparison of Their Effects on Psychosocial Adjustment, Body Image, and Sexuality</p> <p>Etude comparative : comparer l'impact sur l'ajustement psychosocial, l'image corporelle et la sexualité entre les femmes ayant subi une reconstruction mammaire immédiate et celles qui ont subi un traitement conservateur du sein.</p>	<p>154 femmes ayant eu un traitement conservateur du sein avec ou sans radiothérapie en même temps</p> <p>353 femmes avec une reconstruction mammaire immédiate</p> <p>73 femmes ont reçu une chimiothérapie</p>	<p>Questionnaires utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Psychosocial Adjustment to Illness Scale, Self-Report Form (PAIS-SR) - The Sexual Attractiveness subscale of the Body Esteem Scale (BES) - The Dyadic Adjustmen Inventor - The Sex History - A multiple – choice question 	<p>Les résultats de cette étude ont montré que le traitement conservateur du sein comme la reconstruction mammaire immédiate ont peu d'influence sur l'ajustement psychosexuel de la femme. Seulement, le traitement conservateur du sein offre de meilleure garantie de préservation des sensation corporelles au toucher du sein.</p> <p>En revanche, les femmes qui ont reçu une chimiothérapie montrent des difficultés d'ajustement psychosexuel sur le long terme plus important que pour celles qui ne l'ont pas reçu.</p> <p>Conclusion : les résultats suggèrent que le choix de traitement peut être uniquement basé sur des facteurs médicaux et esthétiques en fonction de chaque femme.</p>
-------------------------------	---	--	--	--

<p>Rowland et al. (2000)</p>	<p>Psychological Response to Breast Reconstruction : Expectations for and Impact on Postmastectomy Functioning</p> <p>Evaluer l'impact de la reconstruction mammaire sur le fonctionnement psychologique post – mastectomie, dans le cadre des consultations médicales post - mastectomie.</p>	<p>152 patientes mastectomisées dont 117 qui ont reçu une reconstruction mammaire</p>	<p>Entretiens cliniques semi – structurés avec les outils suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) - GAS (Global Assessment Scale) - The Role-Impairment, The Social Isolation and Daily Routine, and Leisure-Time Impairment Scales of the Psychiatric Evaluation Form (PEF). - Echelle d'évaluation de Likert en 5 points : satisfaction sexuelle, fréquence des rapports sexuels, degré de motivation pour l'activité sexuelle et le niveau d'attente par rapport à cette dernière. Enfin les attentes par rapport à la reconstruction mammaire ont également été évaluées. 	<p>Les résultats ont montré que, les femmes qui ont subi une mastectomie seule, ou avant la reconstruction mammaire, expérimentent une diminution de la fréquence des rapports sexuels, et de la satisfaction sexuelle. Ces difficultés psychosexuelles sont combinées avec un malaise général pour la sexualité attribué à une conscience de soi plus élevée, suite aux changements corporels qu'a provoqué l'opération.</p> <p>En revanche, après la reconstruction mammaire, les femmes se sentent plus à l'aise avec leur sexualité, pour autant que la fréquence de leur rapport sexuel n'ait pas augmenté. Bien qu'elles montrent un niveau de satisfaction sexuelle plus élevée. Les données ont également révélé que l'évitement au toucher, et à l'exhibition du sein a diminué suite à la reconstruction mammaire.</p> <p>Conclusion : la reconstruction mammaire permet négocier l'image corporelle de soi, et de maintenir la fonction sexuelle.</p>
------------------------------	--	---	---	--

<p>Yurek, Farrar, & Andersen (2007)</p>	<p>Breast Cancer Surgery: Comparing Surgical Groups and Determining Individual Differences in Postoperative Sexuality and Body Change Stress</p> <p>Etudier les conséquences psychosexuelles sur l'image corporelle et sexuelle des femmes qui ont reçu une reconstruction mammaire en comparaison à celles qui ont reçu un traitement conservateur du sein ou une mastectomie seule.</p> <p>Et tester la relation existante entre le schéma du soi sexuel, la morbidité sexuelle, et le stress corporel suite aux changements postopératoires</p>	<p>190 femmes, dont 78 femmes avec un traitement conservateur du sein, 29 ont reçu une reconstruction mammaire, 79 femmes ont eu une mastectomie, et 4 femmes ont reçu une mastectomie bilatérale.</p>	<p>Entretiens semi – structurés avec passation de questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Sexual Self – Schema Scale for Women - Questionnaire conçus par les chercheurs évaluant les comportements sexuels passés et actuels, avec inclusions d'items du Sexual Scale Experience (Derogatis et Melisaratos, 1979). - Questionnaire conçu par les chercheurs évaluant les phases psychophysiologiques du cycle de la réponse sexuelle (tirés d'un format d'interview structuré (Andersen et al., 1989a). - Questionnaire conçu par les chercheurs sur l'évaluation global de la vie sexuelle des femmes pré-cancer. - The 15-item Breast Impact of Treatment Scale (BITS) - The short form of the Body Satisfaction Scale - 5 situations inconfortables permettant d'évaluer le taux de détresse en lien avec ses situations 	<p>Les résultats indiquent que les femmes qui ont reçu une reconstruction mammaire montrent une fréquence plus basse d'activité sexuelle que celles qui ont reçu un traitement conservateur du sein. Également les femmes, qui ont reçu une reconstruction mammaire montrent un taux plus faible de satisfaction sexuelle que les deux autres groupes de femmes. Enfin les femmes qui ont reçu un traitement conservateur du sein, son celles qui montrent le taux le plus faible de stress traumatique.</p> <p>En conclusion : le comportement et le fonctionnement sexuel sont d'avantage altérés chez les femmes qui ont subi une mastectomie seule ou avec une reconstruction mammaire plutôt que chez le groupe de femmes ayant reçu un traitement conservateur du sein. Les données suggèrent que la reconstruction mammaire n'entraîne aucune réduction du stress lié aux changements corporels, ce dernier a signalé des niveaux de stress équivalents à celui des femmes des deux autres groupes.</p> <p>L'ajout de la variable du schéma du soi sexuel dans la morbidité sexuelle et le stress corporel post – traitement indiquent que les femmes qui ont une vision du soi sexuel plus négative sont celles qui sont plus susceptibles de montrer un taux d'activité sexuelle plus faible, des difficultés dans leur fonctionnement sexuel plus importantes (exemple : difficulté d'excitation sexuelle) et sont celles qui sont le plus vulnérables aux stress accrus lié aux changements corporels. Les données ont montré que les femmes qui ont reçu une mastectomie avec ou sans reconstruction mammaire sont celles qui ont des schémas du soi sexuel plus négatifs. Par conséquent, elles sont plus susceptible de montrer une mauvaise gestion des changements mammaires et donc une perturbation plus importante des rapports sexuels, liés aux changements corporels, à l'image de soi, et au stress induit par ces changements corporels.</p>
---	---	--	---	--

<p>Zhong et al. (2016)</p>	<p>A Comparison of Psychological Response, Body Image, Sexuality, and Quality of Life between Immediate and Delayed Autologous Tissue Breast Reconstruction: A Prospective Long-Term Outcome Study</p> <p>Evaluer la santé associée à la qualité de vie, à l'image corporelle et à la sexualité et les conséquences psychologiques chez les femmes ayant subi une reconstruction mammaire immédiate (RMI) en comparaison à celles qui ont subi une reconstruction mammaire différée (RMD)</p>	<p>106 femmes, dont 30 qui ont reçu une reconstruction mammaire immédiate et 76 qui ont reçu une reconstruction mammaire différée</p>	<p>Questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Hospital Anxiety and Depression Scale - Body Image Scale - Sexuality Scale - The BREAST-Q 	<p>Les résultats ont révélé que les femmes qui ont subi une RMI ont montré un meilleur score que celles qui ont eu une RMD, à l'échelle de sexualité. Le score s'améliore dans les deux groupes de patientes, pour ne montrer aucune différence après 18mois.</p> <p>Le score au BREAST – Q est plus faible chez les femmes avec une RMD plutôt qu'une RMI, avant l'opération. C'est pourquoi, les femmes avec une RMD montrent une amélioration nettement significative dans leur score au BREAST – Q comparé aux femmes avec une RMI, sur le long – terme.</p> <p>Conclusion : la reconstruction mammaire différée a un impact négatif sur l'image corporelle, le fonctionnement sexuelle et social des femmes, comparé à la reconstruction mammaire immédiate. Cependant, cette différence significative, de l'impact de ces deux différentes chirurgies à tendance à diminuer dans le temps, pour ne montrer aucune différence significative entre 12 et 18 mois après la chirurgie, sur l'image corporelle et la sexualité.</p>
----------------------------	---	---	--	--

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

6.1 Synthèse des résultats

Suite à la prise de conscience dans le monde médical de la sexualité non plus comme cause étiologique du cancer du sein mais comme conséquence de la maladie (Moreau, Moulin, & Giami, 2016) ; actuellement, ces conséquences psychosexuelles poussent les chirurgiens à favoriser la prise en charge onco-sexuelle. En effet, rappelons que les études s'échelonnant entre 1970 et 1990, ont montré que la mastectomie altère le fonctionnement psychologique et sexuel des patientes atteintes du cancer du sein (Jamison et al., 1978 ; Gerard, 1982 ; Margolis et al., 1990). Ainsi, Bondil et Habold (2015) rapportent une évolution par rapport à une problématique de santé publique : l'adoption du traitement thérapeutique, non plus seulement en fonction de la survie du patient, mais de sa qualité de vie sexuelle et conjugale en cas de cancer gynécologique. Sans compter que les soins de supports du XXIème siècle ne sont plus simplement des « supports » aux traitements de première ligne visant à réduire les effets secondaires de ces derniers, mais bien à prendre en charge les troubles liés au fonctionnement psychosexuel, et ce dans une approche préventive et humanisante (Bondil & Habold, 2015).

Dans ces troubles du fonctionnement psychosexuel on retrouve par exemple une diminution de la satisfaction sexuelle, une fréquence plus faible des rapports sexuels, un niveau de désir sexuel amoindri et une altération de la perception de l'excitation sexuelle, chez les femmes mastectomisées (Jamison et al., 1978 ; Gérard, 1982).

Actuellement, une variable supplémentaire est prise en compte dans la prise en charge du traitement du cancer du sein : le bien – être psychologique et sexuel des patientes. Ainsi, les études ultérieures, ont approfondi les recherches dans ce domaine et ont démontré des effets bénéfiques de la reconstruction mammaire sur le fonctionnement sexuel des femmes par rapport au traitement conservateur du sein. Les motivations qui incitent les femmes à recourir à la reconstruction mammaire concernent avant tout le maintien de leur fonctionnement psychosexuel. Ainsi, les études montrent que les femmes choisissent la reconstruction mammaire dans le but de préserver leur sentiment de féminité et d'attractivité sexuelle, mais aussi dans celui de maintenir ou d'améliorer leurs relations sexuelles. (Schain, Wellisch, Pasnau, & Landsverk, 1985 ; Contant et al., 1999 ; Cromptvoets, 2006).

a. Reconstruction mammaire et Fonctionnement psychosexuel

Satisfaction Sexuelle et fréquence des rapports sexuels

Dans l'ensemble, les études ultérieures ont montré que la satisfaction sexuelle des femmes atteintes cancer du sein n'est pas nécessairement impactée par la reconstruction mammaire (Rowland et al., 2000 ; Yurek et al., 2007 ; Markopoulos et al., 2009 ; Manganiello et al., 2011 ; Neto et al., 2013 ; Hart et al., 2015 ; Zhong et al., 2016). En effet, l'ensemble de ces études révèle que la reconstruction mammaire, lorsqu'elle est différée – c'est-à-dire, réalisée entre 1an et 2ans après la mastectomie – permet de maintenir un niveau de satisfaction sexuelle aussi élevé après l'opération qu'avant l'opération, malgré une diminution ou une stagnation possible des rapports sexuels.

Cependant, certaines études n'obtiennent pas les mêmes résultats et tendent à souligner que le niveau de satisfaction sexuelle est plus faible chez les femmes avec une reconstruction mammaire, lorsqu'il est comparé à celui des femmes ayant subi un traitement conservateur du sein. L'étude de Schover et al., (1995) a démontré une plus grande difficulté à atteindre l'orgasme sans pénétration chez les femmes qui ont reçu une reconstruction mammaire par rapport aux femmes avec traitement conservateur du sein. La fréquence des caresses pratiquées sur le sein, et le plaisir ressenti lorsque le sein est stimulé peuvent expliquer ces résultats. Ainsi, pour 27% des femmes ayant opté pour un traitement conservateur du sein, le sein opéré n'est presque ou jamais caressé contre 66% pour les femmes ayant choisi la reconstruction mammaire. Le plaisir est presque inexistant ou totalement inexistant pour 41% des femmes ayant eu un traitement conservateur du sein, contre 83% pour les femmes ayant eu une reconstruction mammaire (Schover et al., 1995). Ces résultats démontrent une difficulté plus importante à atteindre l'orgasme chez les femmes avec une reconstruction mammaire lorsqu'il y a une perte de sensation corporelle sur le sein, qui est éprouvée. Les résultats de l'étude de Yurek et al., (2007) vont de pair avec ceux de Schover et al., (1995). Ils ont montré que les signes de satisfaction sexuelle, tel que la capacité à atteindre l'orgasme et la satisfaction générale de la relation sexuelle sont plus faibles chez les femmes avec une reconstruction mammaire en comparaison au groupe de femmes avec un traitement conservateur du sein.

Désir Sexuel et Cycle de la réponse sexuelle

Certains chercheurs ont souligné l'importance de la reconstruction mammaire dans la préservation du désir sexuel au sein de la relation amoureuse. Ainsi, Markopoulos et al., (2009) déclarent que la reconstruction mammaire n'a pas eu d'impact négatif sur le désir sexuel des femmes. D'autres résultats ont suggéré que le désir sexuel était plus élevé chez les femmes qui ont reçu une reconstruction mammaire, par rapport à celles qui ont eu une mastectomie (Schover et al., 1995 ; Neto et al., 2013). Au niveau du cycle de la réponse sexuelle, l'étude de Yurek et al., (2007) a mis en exergue que le degré d'excitation chez les femmes ayant subi un traitement conservateur était significativement plus élevé que chez les femmes ayant subi une reconstruction mammaire.

Sentiment d'attractivité sexuelle

La variable sentiment d'attractivité sexuelle est la plus présente dans les motivations des femmes mastectomisées à recourir à une reconstruction mammaire (Contant et al., 1999 ; Al - Ghazal et al., 2000 ; Rowland et al., 2000), au-delà du fait qu'elle représente aussi une alternative au port de prothèses mammaires (Crompvoet, 2006). Les recherches ont montré l'importance de maintenir ce sentiment d'attractivité sexuelle chez les patientes atteintes du cancer du sein ayant recours à la reconstruction mammaire. Des études antérieures avaient déjà mis en évidence que les femmes souhaitent d'abord encore être en mesure de pouvoir porter divers types de vêtements, à être moins préoccupées par leur état physique, et à pouvoir se sentir plus féminines (Schain et al., 1985).

Dans leur première étude sur la comparaison des aspects psychologiques et la satisfaction des patientes entre les trois types de chirurgie (mastectomie seule, traitement conservateur du sein, et reconstruction mammaire), Al - Ghazal et al., (2000) ont rapporté qu'il y a plus de femmes du groupe traitement conservateur du sein par rapport au groupe de femmes avec une reconstruction mammaire qui se sentent moins attirantes sur le plan sexuel après l'opération. Ces résultats vont de pair avec la satisfaction esthétique de l'opération. Une plus grande satisfaction esthétique chirurgicale montre un meilleur ajustement psychologique chez ce groupe de patiente (Al – Ghazal et al., 1999). Dans une seconde étude comparative, Al – Ghazal et al. (2000) ont pointé une différence entre les femmes ayant subi une reconstruction

mammaire immédiate et les femmes ayant subi une reconstruction mammaire différée. Les résultats montrent que moins de femmes – avec une reconstruction mammaire immédiate – ont de problèmes avec leur sentiment d’attractivité sexuelle, par rapport aux femmes avec une reconstruction mammaire différée.

La reconstruction mammaire immédiate semble – dans la mesure du possible – être l’option privilégiée par les patientes. En effet, une opération différée dans le temps paraît plus douloureuse aux yeux des patientes, et accentue leurs craintes d’éprouver des difficultés supplémentaires dans leur guérison. La reconstruction mammaire immédiate montre de meilleurs résultats au niveau du fonctionnement psychosexuel, car elle évite l’intégration à la conscience de la perte du sein, tandis que les femmes ayant subi une reconstruction mammaire 6 mois à 1 an après leur mastectomie montrent une conscience corporelle accrue suite à l’opération (Al – Ghazal et al., 2000).

Hart et al. (2015) ont souligné l’importance de se sentir toujours aussi attrayante en portant des vêtements autant avant qu’après la reconstruction mammaire. Ainsi, plus de la moitié des femmes interrogées ont signalé se sentir encore attirantes sur le plan sexuel, sachant que la moitié des femmes de cette étude ont admis être satisfaites de leur vie sexuelle après l’opération ; leur sentiment d’attractivité sexuelle nous indique à quel point, sa présence est essentiel au bon fonctionnement sexuel.

Estime de soi sexuelle

Notre recherche dans la littérature scientifique n’a pas permis de mettre en évidence des articles qui impliqueraient l’estime de soi sexuelle en lien avec le cancer du sein et ses traitements. En effet, à ce jour, aucun article ne traite de l’impact direct de la reconstruction mammaire sur l’estime de soi sexuelle chez les femmes ayant subi un cancer du sein.

Néanmoins, notre recherche de la littérature a mis en évidence une étude pertinente qui aborde la dimension du self dans la sexualité des patientes atteintes du cancer du sein. Yurek et al., (2007) à travers leur régression linéaire¹⁰, ont souligné que le type de chirurgie ne covarie pas avec le schéma du soi sexuel chez les patientes atteintes du cancer du sein. Cela signifie que, quel que soit le type de chirurgie subi par la patiente, son schéma du soi sexuel ne varie pas. En revanche, les données suggèrent que les

¹⁰ Analyse de corrélation entre différentes variables

variables du schéma du soi sexuel, de la ménopause et du type de chirurgie, sont prises en compte simultanément, les femmes montrent des différences significatives. En effet, les femmes ayant subi une mastectomie avec ou sans reconstruction mammaire et présentant des schémas du soi sexuel négatifs sont celles qui sont le plus susceptibles de montrer un risque plus élevé d'altération sexuelle¹¹ et de stress élevé liés aux changements corporels. Les femmes ménopausées ayant subi une mastectomie seule ou une reconstruction mammaire et qui présentent un schéma de leur soi sexuel négatif, sont celles qui sont le plus susceptibles d'éprouver des difficultés d'excitation sexuelle et un degré d'évitement de l'activité sexuelle plus élevé.

Les seules conclusions que leur étude a permis de mettre évidence concernent l'implication du schéma du soi sexuel dans l'adaptation des femmes face aux changements corporels qu'induisent des changements corporels liés à leur sein. Ils ont émis l'hypothèse que les différences individuelles sur le plan du schéma du soi sexuel (interprété comme une variable psychologique) pouvaient s'avérer importantes dans la prédiction des dysfonctions sexuelles après l'apparition de facteur de stress corporels et sexuels tel que la chirurgie (ablation, conservation ou reconstruction). En effet, les femmes qui ont une vision négative d'elles-mêmes dans leur sexualité sont :

- Les plus susceptibles d'avoir moins de rapports sexuels,
- Celles qui montreraient davantage de difficultés au cours de leur cycle de la réponse sexuelle,
- Les plus susceptibles de montrer un niveau plus élevé de stress lié aux changements corporels.

Les résultats de leurs analyses statistiques ont montré que les caractéristiques communes des femmes qui présentent un schéma du soi sexuel négatif sont : une plus faible excitation sexuelle et un degré d'évitement de la relation sexuelle plus élevé. Ces femmes seraient dès lors plus susceptibles d'éprouver des difficultés d'adaptation psychologique, sexuelle et corporelle face à l'amputation totale ou partielle du sein, un membre dont la fonction sexuelle était auparavant fonctionnelle.

¹¹ Leur étude a montré que le schéma du soi sexuel était corrélé à l'excitation sexuelle et au degré d'évitement de l'activité sexuelle. Plus le schéma sexuel est négatif, moins les femmes éprouveront d'excitation sexuelle, et plus les schémas sexuels seront négatifs plus le degré d'évitement de l'activité sexuelle sera élevé.

b. Reconstruction mammaire et image corporelle

Le rapport à la nudité face à soi-même et au partenaire, le sentiment de féminité et la conscience corporelle sont regroupés en un ensemble de variables qui évaluent l'image corporelle, dans le cancer du sein. La mastectomie provoque des troubles liés à l'image corporelle dans chacun de ces domaines (Al – Ghazal et al., 2000 ; Fung et al., 2001). Cependant, le choix de la reconstruction mammaire permet souvent aux patientes de dépasser les difficultés rencontrées, afin de renégocier une image corporelle acceptable d'elles-mêmes, à l'image de celle qu'elles avaient avant l'opération (Contant et al., 1999 ; Fung et al., 2001 ; Rowland et al., 2000 ; Zhong et al., 2016).

Rapport avec la nudité face au partenaire

La nudité face au partenaire après l'opération a été dans des études après 1990, comme une variable pouvant interagir dans la sexualité des patientes avec leur partenaire. Il s'agit d'une variable mentionnée à travers plusieurs items dans plusieurs questionnaires évaluant l'image corporelle dans le cancer du sein. Le Body Image Scale évalue par exemple, le rapport qu'une femme entretient avec sa propre nudité (Ditsch et al., 2012 ; Zhong et al., 2016), et le BI – 7 (Fung et al., 2001), pose des questions relatives au partenaire. Les résultats de ces questionnaires ont montré que les femmes ayant subi un traitement conservateur du sein se sentent plus acceptées par leur partenaire et plus à l'aise nue face au regard de leur conjoint, par rapport aux femmes ayant subi une mastectomie ou une reconstruction mammaire (Fung et al., 2001 ; Makopoulos et al., 2009).

Manganiello et al., (2011) ont souligné à quel point était essentielle l'intégration du partenaire de la patiente dans le cadre des études sur l'impact des traitements du cancer du sein sur la sexualité des femmes. En effet, les stratégies qui permettant de dépasser les obstacles dans la sexualité, dans l'après – cancer, sont basées sur la relation sexuelle et conjugale. Les résultats de l'étude Hart et al., (2015) témoignent de cette importance. Presque la moitié des patientes mastectomisées avec une reconstruction mammaire, admettent que le regard de leur partenaire sur leur nouveau sein affecte leur confiance en elle sur le plan sexuel. En outre, Rowland et al., (2000) ont montré que la reconstruction mammaire permet de diminuer l'embarras à propos de l'apparence physique. Cette diminution s'observe par une volonté plus élevée de

montrer aux autres le sein reconstruit et par un taux plus faible d'évitement face au regard et au toucher sur le sein.

Sentiment de féminité

Le sentiment de féminité fait partie des motivations premières qui incitent les femmes à recourir à la reconstruction mammaire (Contant et al., 1999 ; Ditsch et al., 2012 ; Hart et al., 2015 ; Rowland et al., 2000). Rappelons que Wilmoth (2001) définit ce sentiment de féminité au regard de la perception de soi en tant que femme. Cette perception englobe toutes les images de soi perçues à travers les premières expériences de vie auxquelles une femme est confrontée ; par exemple, les premières menstruations, l'augmentation des seins, ou la capacité à s'engager dans une relation sexuelle au regard de son corps.

Les études ultérieures ont d'ailleurs montré que la reconstruction mammaire permettait de retrouver ce sentiment de féminité. Hart et al., (2015) ont soutenu que le sein reconstruit maintient le sentiment de féminité. Plus de deux tiers des patientes admettent que leur sein est aussi important dans le maintien de leur féminité avant qu'après l'opération. Par ailleurs, l'étude de Ditsch et al., (2012) a révélé que pour la moitié des femmes la reconstruction mammaire n'avait ni diminué ni augmenté leur sentiment de féminité. En revanche, le sentiment de féminité avait diminué chez moins de 10% des femmes de son étude.

Le sentiment de féminité permet d'être relocalisé et renégocié par la reconstruction mammaire. Cromptvoet (2006) a étayé ces résultats à travers son étude qualitative. Parmi les 5 femmes interrogées, quatre d'entre elles ont déclaré que la reconstruction mammaire leur a permis de retrouver ce qui constitue le symbole de leur féminité :

And I've just been tossing up which operation I'd have. [After the reconstruction] I'll feel like, yes, I'll feel really feminine again. And that's important to me. For Stephanie the only avenue available to her in order to "feel me again" was to have a reconstruction. She refused to renegotiate her changed body and instead positioned the relocation of her femininity as dependent on plastic surgery. Stephanie's breasts and the feminine self they symbolize are a vital part of who she is. (Cromptvoet, 2006 p.80)

Conscience corporelle

L'expérience du cancer du sein rend vulnérable le corps auparavant sain. Pour certaines femmes, la chirurgie du sein a curieusement eu un impact sur leur conscience corporelle. Distch et al., (2012) ont révélé que 5% de leur échantillon avait fait l'expérience d'une augmentation de la conscience de soi après la reconstruction mammaire. En raison de la taille de cet échantillon, il a été impossible pour les chercheurs de conclure à une hypothèse. Néanmoins, ils ont révélé que l'impact sur la perception de son image corporelle variait selon le recours à une chirurgie reconstructrice immédiate ou différée. En effet, les femmes qui ont eu une reconstruction mammaire différée montrent plus de difficultés liées à l'image corporelle que celles qui ont eu une reconstruction mammaire immédiate.

Al – Ghazal et al., (2000) expliquent ces résultats par le fait que les femmes ayant subi une reconstruction mammaire immédiate n'ont pas fait l'expérience du degré élevé de conscience corporelle qui accompagne la perte du sein comparées à celles qui ont eu recours à une reconstruction mammaire différée. Rowland et al., (2000), quant à eux ont démontré qu'au cours de la période précédant la reconstruction mammaire, la moitié des femmes mastectomisées ont montré une diminution de la fréquence des rapports sexuels, de la satisfaction sexuelle associée à un sentiment général d'inconfort dans leur sexualité ; cette dernière étant renforcée par un sentiment élevé de conscience corporelle à propos des changements corporels traumatiques induits par la mastectomie.

6.2 Discussion des résultats

En premier lieu, les résultats des études nous indiquent que le choix de chirurgie, personnel ou recommandé, impliquent nécessairement des troubles du fonctionnement sexuel et de l'image corporelle. Ces derniers sont toutefois amoindris par une chirurgie spécifique : celle du traitement conservateur du sein. Al – Ghazal et al., (2000), Markopoulos et al., (2009), Schover et al., (1995), et Yurek et al., (2007) ont particulièrement insisté sur cette procédure chirurgicale comme étant la plus efficace pour préserver le fonctionnement sexuel et l'image corporelle, et ce, plus que la reconstruction mammaire. Ainsi, lorsque le sein est conservé, les sensations corporelles qui y sont associées sont également conservées. Shover et al., (1995) et Al – Ghazal (2000) ont à ce propos déclaré que la préservation des sensations corporelles jouait un rôle important dans le maintien du sentiment d'attractivité sexuelle et de féminité chez les patientes, permettant par conséquent un maintien du fonctionnement sexuel.

D'autres auteurs tel que Yurek et al., (2007) ont abouti à une différence significative entre le traitement conservateur du sein et la reconstruction mammaire différée. En effet, les résultats des études semblent indiquer que la reconstruction mammaire – lorsqu'elle est réalisée quelques mois ou années après la mastectomie – ne permettrait pas un meilleur maintien de l'image corporelle et du fonctionnement sexuel chez les patientes. Quant à Markopoulos et al., (2009), ils déclarent que la reconstruction mammaire différée permet un meilleur maintien du fonctionnement sexuel mais n'améliore pas à la fois l'estime de soi post – mastectomie et le niveau de détresse psychologique. Il semblerait que la reconstruction mammaire différée ait un impact bénéfique sur la fonction sexuelle, par exemple sur la satisfaction sexuelle et le désir sexuel (Hart et al., 2015 ; Manganiello et al., 2011 ; Neto et al., 2013) mais pas sur l'image corporelle, l'estime de soi corporelle (Markopoulos et al., 2009 ; Shover et al., 1995).

La satisfaction des résultats esthétiques du traitement conservateur du sein sont souvent évalués comme supérieurs par les patientes, par rapport à celle qui ayant subi une reconstruction mammaire différée. Ainsi, les résultats esthétiques jouent un rôle prépondérant dans satisfaction de l'image corporelle et de l'estime de soi chez les

patientes. De même, le degré de conscience corporelle est souvent élevé suite à la mastectomie (Al – Ghazal et al., 2000 ; Rowland et al., 2000).

En effet, l'asymétrie du corps provoquée par l'amputation du sein, la douleur post – chirurgicale et le deuil qui en découle, peuvent déclencher chez les femmes mastectomisées une plus grande difficulté à retrouver un fonctionnement sexuel qui leur convienne, ainsi qu'une image corporelle satisfaisante, même après une reconstruction mammaire différée.

De tels résultats controversés ont amené certains auteurs à comparer l'impact de la reconstruction mammaire différée à l'impact de la reconstruction mammaire immédiate sur le fonctionnement sexuel et l'image corporelle des patientes. Les résultats ont montré l'importance de recourir à une reconstruction mammaire immédiate plutôt que différée. A ce propos, Al – Ghazal et al., (2000), ont souligné l'absurdité, encore aujourd'hui, de ne pas proposer de chirurgie reconstructrice du sein de manière systématique en cas de mastectomie prophylactique, en raison des bénéfices sur l'ajustement psychosexuel qu'implique cette opération chirurgicale. Ils ont également démontré que la reconstruction mammaire immédiate maintenait davantage le sentiment d'attractivité sexuelle, par rapport à la reconstruction mammaire différée. De plus, Rowland et al., (2000) ont montré que la reconstruction mammaire différée avait un impact sur la relation qui pouvait exister entre le degré de conscience corporelle et l'évitement dans la sexualité et la satisfaction sexuelle.

Contant et al., (1999) et Fung et al., (2001) ont révélé les avantages certains de la reconstruction mammaire sur l'image corporelle. En effet, cette procédure permet d'éviter la réminiscence de la perte du sein présente chez les femmes qui ont subi une reconstruction mammaire différée. Par conséquent, la procédure immédiate, amène à de meilleures chances de satisfaction de l'image corporelle et du fonctionnement sexuel, plus précisément au niveau de la satisfaction sexuelle et du sentiment d'attractivité sexuelle. D'ailleurs, Schover et al., (1995) ont démontré que ces chances étaient similaires qu'il s'agisse d'une reconstruction mammaire immédiate ou un traitement conservateur du sein.

Les auteurs ont également souligné l'importance d'une variable prédictive (l'acceptation de son image corporelle) : plus l'image corporelle est acceptée avant l'opération, plus grandes seront les chances d'éprouver une meilleure

satisfaction de l'image corporelle après l'opération quel que soit le type d'opération chirurgical.

La reconstruction mammaire immédiate permet donc de mieux maintenir le fonctionnement sexuel et l'image corporelle par rapport à la reconstruction mammaire différée. Malgré l'avantage indéniable de cette procédure, le maintien et la préservation du fonctionnement psychosexuel sont essentiellement attribués au fait que les femmes avec une reconstruction mammaire immédiate, n'ont pas fait le deuil du sein perdu et, par conséquent, n'ont pas éprouvé l'expérience corporelle vécue par les femmes avec une reconstruction mammaire différée.

La distinction existante entre ces deux procédures, fait émerger une nouvelle variable : le deuil. Notion qui n'est pas évaluée en lien avec le fonctionnement sexuel et l'image corporelle dans le cancer du sein. L'étude d'Henry et al., (2010) s'est intéressée aux motivations qui poussent les femmes à refuser la reconstruction mammaire. C'est dans une perspective psychanalytique qu'il aborde le deuil de la perte du sein en tant que probable explication de l'impact négatif de la reconstruction mammaire différée sur l'image corporelle et le fonctionnement sexuel de la patiente.

Pour les femmes qui éprouvent des difficultés à réinvestir leur image corporelle et leur sexualité sont celles pour qui les seins sont ancrés dans l'image de leur corps, à tel point qu'ils font partie intégrante de leur identité sexuelle dans leur structure psychique. Alors, l'angoisse de « castration » ou de dépossession de soi, suivi du sentiment d'étrangeté par rapport à l'asymétrie du buste, après la mastectomie, sont susceptibles d'entraver le processus de deuil et l'adaptation d'une autre représentation de soi en tant que femme. Dès lors, le travail de deuil, essentiel à l'ablation du sein, reste de l'ordre de l'impossible tant il est inconcevable pour la femme d'être une femme sans son / ses seins.

Dans cette optique, la reconstruction mammaire ne viendrait pas combler une partie manquante, et ne permettrait pas à la patiente de réinvestir libidinalement son image corporelle, mais viendrait davantage lui rappeler sans cesse ce qu'elle a perdu. *« Au lieu de favoriser le deuil du sein perdu, le sein reconstruit pourrait alors symboliser l'absence définitive du sein d'origine comme une réminiscence permanente [...]. Dans ce contexte, la reconstruction mammaire peut raviver une souffrance plutôt que de*

l'atténuer et le sentiment d'altération de soi peut prédominer sur les agréments de vivre avec un sein reconstruit » (Henry et al., 2010, p.221).

En revanche, le travail de deuil du sein perdu dans le psychisme est possible dès lors que la patiente parvient à se détacher de la représentation de ce que signifie pour elle « être une femme », et à réinvestir libidinalement une nouvelle représentation d'elle – même, malgré les changements corporels provoqués par la maladie et ses traitements. Une femme qui assumera la mastectomie, dont le travail de deuil aura été suffisamment accompli – qu'elle choisisse ou non l'option de la reconstruction mammaire – se sentira féminine à nouveau sans son ou ses sein(s), se sentira désirable sexuellement et en capacité de susciter du plaisir chez son partenaire.

En conclusion, les résultats controversés concernant l'impact de la reconstruction mammaire différée, montrent que les recherches actuelles dans le domaine du cancer du sein et de la sexualité doivent s'actualiser. Ainsi, les motivations des femmes à la reconstruction mammaire sont à prendre en compte, la place et le rôle du partenaire dans la renégociation de l'image de soi, l'évaluation du deuil suite à la perte du sein et la notion de self sont des facteurs qu'il pourrait être intéressant de prendre en compte dans des études futures.

6.3 Limites des études

Notre revue de la littérature connaît toutefois ses limites. En effet, il s'agit d'une étude les articles ont été intégralement rédigés en anglais. Il convient d'assumer que d'autres études, aussi pertinentes ; rédigées en français aient pu échapper à notre méthodologie.

Une des limites majeures concerne l'utilisation des bases de données. Force est de constater qu'il est strictement impossible de revoir toute la littérature scientifique dans l'ensemble sur notre sujet d'étude. Il est plus que probable que certains articles aient pu échapper à notre recherche et l'utilisation de mots – clefs a pu également contribuer à biaiser nos résultats de recherche. Ainsi, l'utilisation de mots – clefs pertinents en fonction de notre sujet de recherche, peut non seulement amener à un biais de confirmation d'hypothèse face auquel il convient d'être vigilant, mais peut aussi amener à filtrer des études pertinentes pour notre sujet de recherche.

Également le laps de temps durant lequel s'est déroulé notre recherche peut constituer une limite à notre revue de la littérature. Ce travail a été réalisé entre Janvier 2019 et

Mai 2019. En d'autres termes, les études publiées après cette date n'apparaîtront pas dans cette revue de la littérature.

En outre, nous avons limité notre recherche aux publications comprises entre 1990 et 2019. Il est donc, probable, que certaines études avant - gardistes voire novatrices pour notre domaine de recherche, aient pu nous échapper.

Une autre limite à notre revue de la littérature concerne les échantillons des études en question. En effet, certains articles de notre sélection relatent des observations et des résultats sur des échantillons relativement faibles. Ainsi, certaines études n'ont pu aboutir à des résultats malgré leur pertinence.

Nous avons également noter que certaines études de notre recherche évaluent le fonctionnement sexuel sur une échelle globale, susceptible de constituer une limite supplémentaire à notre revue de la littérature. Etant donné que nous n'avions pas accès aux résultats chiffrés détaillés de certaines variables appartenant au fonctionnement sexuel, nous nous sommes abstenus de tirer des conclusions.

Par ailleurs, le nombre limité d'articles référencés dans notre revue de la littérature peut aussi constituer une limite. En effet, aucun article à ce jour n'a fait l'objet de recherche sur l'impact de la reconstruction mammaire sur l'estime de soi sexuelle. Cette lacune nous a donc incités à investiguer d'autres domaines de recherche que l'estime de soi sexuelle. C'est la raison pour laquelle, nous nous sommes attardés sur d'autres composantes du fonctionnement sexuel. Malgré le nombre limité d'articles (s'échelonnant entre 1990 et 2019), notre recherche a débouché sur deux constats à savoir que, d'une part la sexualité féminine est un domaine beaucoup plus vaste et complexe qu'il n'y parait, et, d'autre part, la littérature actuelle manque d'études sur la sexualité en oncologie.

Enfin, notre dernière limite concerne l'interprétation et, par conséquent, la compréhension de certaines notions ou de certains concepts d'un chercheur à l'autre. La définition de satisfaction sexuelle, par exemple, peut englober la présence de l'orgasme pour certains chercheurs et non pour d'autres. Ces divergences d'interprétations compliquent le travail de comparaison entre les résultats des études dont l'évaluation de la satisfaction sexuelle diffèrent. C'est la raison pour laquelle, il est essentiel de rester prudent quant à l'utilisation de ces résultats.

6.4 Perspectives de recherches en psychologie de la santé

a. L'apport d'une méthodologie de recherche qualitative en psychologie : l'IPA

Nombreuses sont les recherches quantitatives sur les résultats esthétiques, le fonctionnement sexuel et l'image corporelle des femmes ayant subi des traitements chirurgicaux suite au diagnostic du cancer du sein. Comme nous l'avons constaté, le partenaire est, la plupart du temps, exclu de ces études. En effet, Manganiello et al., (2011) ont souligné la nécessité d'inclure les partenaires dans les études afin de mieux comprendre comment la femme se perçoit dans sa sexualité. Ils ont mis en lumière que l'intégration du partenaire dans les soins de supports permettait aux femmes de surmonter les difficultés sexuelles en adoptant des stratégies qui reposent essentiellement sur la relation du couple. C'est la raison pour laquelle, il serait pertinent de se focaliser sur d'autres méthodologies de recherche.

Loaring Larkin, Shaw, et Flowers (2015) ont utilisé l'approche de l'analyse phénoménologique interprétative (IPA) afin d'appréhender la perception et la compréhension qu'une femme a de son corps, dans le contexte des relations sexuelles après une mastectomie et une reconstruction mammaire immédiate. Cette récente approche représente une perspective majeure et actuelle de recherche qualitative en psychologie de la santé et en psychologie clinique. Il s'agit pour le chercheur d'évaluer par le biais de l'expérience de la patiente, et du sens qu'elle lui attribue, les mécanismes psychologiques sous-jacents à la sexualité et l'image du corps. Leurs résultats ont identifié trois thèmes principaux relatés par les couples : le cancer comme une menace, le corps comme objet d'attention centrale et la communication comme facteur primordial. Plusieurs constats les ont amenés à considérer l'importance de l'intégration du partenaire dans les études sur l'impact du cancer du sein sur l'image corporelle et la sexualité des femmes. Tout d'abord, la contradiction qui existe entre l'homme et la femme relative à la perception corporelle du corps féminin, et, par conséquent jouant un rôle déterminant sur la désirabilité sexuelle. L'homme percevant le corps de sa femme comme positivement relié à leur histoire relationnelle, ne change pas son désir sexuel quant à sa partenaire, ce qui peut permettre à la femme de percevoir son corps d'une autre façon et de manière plus positive suite à la chirurgie. Ces résultats nous rappellent ceux soumis par Suzor (2016).

Ensuite, la mise en exergue des attentes normatives vis-à-vis du corps féminin, et l'identification des scripts sexuels différenciés selon le sexe, ont apporté une clarification supplémentaire quant à cette incompatibilité concernant la perception du corps féminin entre la femme et l'homme dans l'intimité sexuelle.

L'importance de l'attente des femmes par rapport à la reconstruction mammaire immédiate, comme jouant un rôle majeur dans la perception corporelle et l'intimité sexuelle a révélé selon leur analyse, la nécessité d'une bonne communication entre le chirurgien et sa patiente. En effet, il y a un déficit d'informations flagrant au niveau du « quoi » ; « quand » et « comment » ; le couple reçoit les informations relatives à la chirurgie, les interprète et tente de les comprendre. Enfin, leur analyse a mis en évidence qu'une réciprocité dans le style de communication permettrait une meilleure adaptation pour la femme à son image corporelle, et une meilleure adaptation pour chacun dans l'intimité sexuelle, bien que l'expérience du cancer du sein vient renégocier les codes, les schémas et les habitudes dans l'intimité sexuelle et relationnelle du couple.

En conclusion, cette méthodologie de recherche qualitative en psychologie de la santé permet de cibler en profondeur le processus d'adaptation pour la patiente et pour le couple après la chirurgie. Elle permet d'apporter des réponses sur le vécu expérientiel des femmes suite à leur opération chirurgicale, et peut expliquer pourquoi l'impact de la reconstruction mammaire – qu'elle soit immédiate ou non – peut être moins bénéfique qu'il n'y paraît.

b. Un nouveau concept : le schéma du soi sexuel comme prédicteur des dysfonctions sexuel en présence de facteurs de stress sexuel

Nous avons abordé l'importance du concept de self dans la sexualité. Concept dont l'étude serait également pertinente en utilisant l'IPA. Cette dimension du soi sexuel en psychologie cognitive faisait déjà l'objet de recherche par Andersen et Cyranowski (1994) et a été repris par l'étude de Yurek et al., en 2007. En effet, ce concept apporte une nouvelle lecture des aspects de la sexualité dans le self. Ils ont défini le schéma du soi sexuel comme une variable de différence individuelle stable dans le temps, représentant tout ce qui se rattache à l'histoire sexuelle du sujet, et qui fait à la fois, office de point d'origine pour les informations, jugements, décisions, interférences, prédictions, et comportements du soi sexuel passé, actuel et futur. Cette variable a

aussi une fonction de régulation car elle joue le rôle de médiateur et de régulateur dans les domaines interpersonnels des relations sexuelles. Par exemple, les femmes présentant un schéma du soi sexuel positif auront tendance à se montrer plus disponibles pour des relations sexuelles. En outre, elles montreront un registre plus important de comportements sexuels, et éprouveront des émotions davantage positives face à la relation sexuelle. A contrario, les femmes présentant un schéma du soi sexuel négatif vont éprouver des émotions plus négatives à l'égard de leur sexualité et auront tendance à se définir comme émotionnellement distantes et froides. Leur comportement en matière de sexualité peut également se montrer plus inhibé (Andersen & Cyarowski, 1994).

De plus, Andersen (1999) a reporté que chez les femmes en bonne santé ayant un schéma sexuel d'elles – mêmes négatif, vont avoir tendance à montrer moins de désir sexuel, moins d'intérêt pour la sexualité, moins de pensées autour de la sexualité et moins d'excitation sexuelle. Elle argumente que, dans des cas extrêmes, ces femmes seraient plus susceptibles de souffrir de désir sexuel hypoactif, par rapport aux femmes qui possèdent un schéma du soi sexuel positif. C'est en cela, que le concept du schéma du soi sexuel est important à étudier davantage dans l'après – traitement du cancer du sein. En effet, une connaissance plus développée sur le rôle et les fonctions exactes du schéma du soi sexuel dans le fonctionnement sexuel pourrait prévenir d'éventuels dysfonctions sexuelles dans l'après – cancer tels que celle du désir sexuel hypoactif.

Par conséquent, dans son analyse Andersen (1999) a émis l'hypothèse selon laquelle les femmes souffrant d'un cancer gynécologique, présentant une vision négative ou conflictuelle de leur soi sexuel sont plus vulnérables aux facteurs de stress sexuels, qui provoquent les dysfonctionnements sexuels. Ainsi, une femme avec un schéma du soi sexuel positif serait plus résiliente face aux changements sexuels qu'implique la maladie. Leur hypothèse a été confirmée par une étude empirique faite sur 61 femmes. En d'autres termes, les femmes ayant une vision négative de leur soi – sexuel, présentent une plus grande morbidité sexuelle après la maladie. Ce facteur pris en compte, les femmes possédant ce type de schéma du soi sexuel, montrent dans un contexte de stress comme le cancer du sein – entraînant par nécessité des changements corporels et par conséquents sexuels – un taux plus faible d'activité sexuelle, et une réactivité sexuelle plus faible. Ces patientes sont donc moins enclines à faire face aux

difficultés sexuelles engendrées par la maladie, à travers l'expérience de nouvelles relations sexuelles, par rapport aux femmes présentant un schéma du soi sexuel positif.

Le concept de soi sexuel peut dès lors apporter une autre lecture de l'altération du fonctionnement sexuel individuel des femmes qui ont souffert du cancer du sein. Enfin, Andersen (1999) argumente qu'une intervention psychothérapeutique uniquement basée sur le schéma du soi sexuel permettrait aux patientes une meilleure conscientisation de leur propre schéma du sexuel et par conséquent, une meilleure adaptation aux difficultés sexuelles. Ce type d'intervention pourrait dès lors aider les femmes souffrant de cancer du sein à mettre en place des stratégies propre à leur schéma du soi sexuel, en vue d'améliorer l'excitation sexuelle, d'augmenter leur registre de comportements sexuels, et de réduire les effets négatifs de l'anxiété sexuelle.

6.5 Perspectives cliniques et psychothérapeutiques en onco-sexologie

Au cours de ce travail de recherche de la littérature, nous avons pris conscience de plusieurs constats en matière de sexualité et de cancérologie. Ainsi, il semble plus que judicieux de prendre en compte certaines variables, telles que la parole, la perception, l'inclusion du partenaire dans la prise en charge clinique et pratique en onco-sexologie. A ce propos, une revue de la littérature sur les conséquences psychosexuelles et les techniques psychothérapeutiques en oncologie a révélé des constats similaires malgré les recherches limitées sur l'onco – sexologie (Siles & Tarquinio, 2017). En effet, l'onco-sexologie peine à trouver une définition qui lui est propre. Pour autant, cette sous discipline est largement représentée dans les associations, les campagnes de sensibilisation, (Haborld & Bondil, 2014). Elle est définie comme une discipline dont : *« Les problèmes sexuels seront pris en charge dans une structure multidisciplinaire : cette collaboration pluridisciplinaire associant chirurgien, oncologue, médecin de famille, sexologue, psychiatre et paramédicaux a pour objectif d'appréhender la problématique sexuelle dans sa globalité en abordant les aspects organiques, fonctionnels et relationnels de la fonction sexuelle. » (Comme Avant, A.V., Reinier-Jacques Opsomer, 2009, p.8)*

Siles et Tarquinio (2017) ont conclu à 5 formes d'interventions psychothérapeutiques les plus efficaces en matière de sexualité en oncologie. Par exemple, l'intervention psychosexuelle brève avec des patientes souffrant du cancer du sein, instaurée par Kalaitzi et al., (2007) allie thérapie conjugale et thérapie sexuelle. Leur intervention se déroule en six sessions. Leur travail combine des techniques de communication relationnelle, de focalisation sur les sensations corporelles et l'image corporelle et enfin sur le deuil. Leur intervention a révélé une diminution de la dépression, une fréquence plus élevée des orgasmes et un taux plus élevé de prises d'initiatives sexuelles. Enfin, les participantes à cette intervention psychosexuelle brève ont, par la suite, montré une satisfaction plus élevée avec leur image corporelle à la fois nue et habillée, ainsi qu'une satisfaction conjugale plus élevée, et enfin une augmentation du sentiment d'attractivité sexuelle. L'intervention psychothérapeutique par médiation photographique a également montré son efficacité notamment sur l'amélioration de l'image corporelle (Lantheaume et al., 2015). En effet, cette intervention a révélé son efficacité dans l'amélioration des représentations de la beauté, de la grâce et de la féminité des femmes, ce qui a mené à une amélioration de l'image corporelle et une augmentation de l'estime de soi.

Les résultats de l'efficacité de ces deux types d'intervention psychothérapeutiques corroborent notre thèse développée dans le cadre du présent mémoire. Ainsi, les recherches de mesures quantitatives relatives à l'impact du cancer du sein et ses traitements sur la sexualité et l'image corporelle ont fréquemment favorisé les dimensions biologiques et fonctionnelles au détriment des aspects psychologiques, environnementaux, sociaux et culturels, dans la prise en charge des difficultés sexuelles. En outre, la parole, l'échange, le dialogue ont souvent été relégué au second plan, dans l'accompagnement des troubles sexuels dans l'après cancer. Or, les psychothérapies ciblées sur les difficultés psychosexuelles, à l'aide du langage, ciblent également d'autres variables à prendre en compte dans la prise en charge onco-sexologique. Ainsi, tout au long du présent mémoire, nous avons traité de la nécessité de la perception de soi, de la représentation de l'image du corps, du vécu expérientiel de la patiente, de l'importance de la communication entre les partenaires, la patiente et l'équipe médicale (Siles & Tarquinio, 2015) dans les perspectives de recherche en psychologie de la santé. Il s'avère dès lors indéniable, de prendre en compte l'apport du langage, de la perception, et de l'expérience subjective dans l'accompagnement

post – cancer du sein, en matière de sexualité, dans le cadre de la pratique clinique en psychologie de la santé.

6.6 Conclusion

L'objectif de cette revue de la littérature visait à explorer l'existence d'un probable impact négatif ou positif de la chirurgie reconstructrice du sein sur l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Dans un premier temps, nos recherches nous ont permis de mettre en exergue les différentes dimensions du fonctionnement sexuel, et l'ajustement psychosexuel des femmes avec un cancer du sein. Dans cette partie introductive, nous avons constaté l'importance de la recherche centrée sur le self dans la sexualité (Wilmoth, 2001). Nous avons également constaté dans la littérature scientifique l'association entre l'image corporelle et l'estime de soi sexuelle, régi par des facteurs communs tels que : la perception subjective de son image corporelle et l'objectivation féminine (Hannier et al., 2017 ; Calogero & Tompson, 2009).

Ensuite, avons mis en évidence l'altération de la mastectomie sur l'image corporelle et le fonctionnement sexuel (; Aerts et al., 2014 ; Gerard, 1982 ; Jamison et al., 1978 ; Margolis et al., 1990).

Enfin, nous avons observé que le traitement conservateur du sein représente la chirurgie qui obtient de meilleurs résultats à la préservation du fonctionnement sexuel féminin et pour la satisfaction de l'image corporelle (Aerts et al., 2014 ; Baterlink et al., 1985 ; Noguchi et al., 1993).

La revue de la littérature a permis de cibler 7 articles établissant une corrélation positive entre la reconstruction mammaire et la satisfaction sexuelle et 3 articles reliant positivement la reconstruction mammaire au désir sexuel. Nous avons également trouvé au sein de la littérature scientifique, 1 article qui privilégie la reconstruction mammaire immédiate plutôt que différée dans l'ajustement psychosexuel féminin. Notre revue de littérature a mis en lumière 4 articles démontrant une association positive entre la reconstruction mammaire et l'image corporelle, 3 articles qui démontrent une corrélation positive entre reconstruction mammaire et sentiment de féminité, enfin 2 articles qui associent la reconstruction mammaire différée à l'augmentation du degré de conscience corporelle post – mastectomie.

Nous n'avons trouvé aucun article dans la littérature scientifique traitant de l'impact de ce type de chirurgie sur l'estime de soi sexuelle. En revanche, nous avons mis en évidence 1 article qui a montré l'impact négatif de la mastectomie – avec ou sans reconstruction mammaire – du schéma du soi sexuel, associé à la présence de la ménopause, dans le fonctionnement psychosexuel post – chirurgie.

L'analyse de l'ensemble des études semble indiquer que la reconstruction mammaire permet de préserver certaines dimensions du self dans le fonctionnement sexuel notamment : le sentiment d'attractivité sexuelle, le sentiment de féminité, la satisfaction sexuelle, le désir sexuel, le schéma du soi sexuel et l'image corporelle (Contant et al., 1999 ; Fung et al., 2001 ; Hart et al., 2015 ; Manganiello et al., 2011 ; Markopoulos et al., 2009 ; Neto et al., 2013 ; Rowland et al., 2000 ; Yurek et al., 2007 ; Zhong et al., 2016). Toutefois, il convient de rester face à ces conclusions, car les recherches ont également démontré que le traitement conservateur du sein pouvait apporter de meilleurs résultats quant à la préservation de ces dimensions (Al – Ghazal et al., 2000, Markopoulos et al., 2009, Schover et al., 1995, et Yurek et al., 2007), et que la reconstruction mammaire – qu'elle soit immédiate ou différée – ne représente pas systématiquement la solution absolue à la réappropriation de son corps et de sa sexualité, en raison du rapport que chaque femme entretient avec le deuil de la perte du sein vécu (Henry et al., 2010). Sans oublier les attentes des femmes face à ce type de chirurgie qui peuvent être sur – estimées en raison d'un déficit d'informations dans la communication chirurgien / patient (Loaring et al., 2015).

Enfin, deux études ont mis en exergue l'importance et la corrélation positive entre l'inclusion du partenaire et la perception de l'image corporelle chez les femmes qui ont eu recours à la reconstruction mammaire (Manganiello et al., 2011 ; Loaring et al., 2015)

L'ensemble de ces études, peut déboucher sur des pistes menant aux possibles conceptions de stratégies psychothérapeutiques en onco-sexologie et de nouvelles méthodes méthodologiques de recueil et de gestion de données dans le cadre de la recherche en psychologie de la santé (Andersen et al., 1994 ; Andersen, 1999 ; Kalaitzi et al., 2007 ; Siles & Tarquinio, 2017).

Bibliographie

- Aerts, L., Christiaens, M. R., Enzlin, P., Neven, P., & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. *The breast, 23*(5), 629-636. doi:<https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.06.012>
- Akehurst, A. C. (1972). Post-mastectomy morale. *The Lancet, 300*(7769), 181-182. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(72\)91348-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(72)91348-7)
- Aktins L., Fallowfield L.J., Fallowfield's, Sexual Activity Questionnaire in women with cancer, without cancer, and at risk of cancer Menopause International 2007; 13: 103–109. doi:<https://doi.org/10.1258/175404507781605578>
- Al – Ghazal, S.K. Blamey, R.W. Fallowfield, L. Sully, L. (2000). The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *European Journal of Surgical Oncology; 26*: 17 – 19. doi:<https://doi.org/10.1053/ejso.1999.0733>
- Al-Ghazal, S. K., Blamey, R. W., Stewart, J., & Morgan, A. A. L. (1999). The cosmetic outcome in early breast cancer treated with breast conservation. *European journal of surgical oncology, 25*(6), 566-570. doi:<https://doi.org/10.1053/ejso.1999.0707>
- Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1995). Women's sexuality: Behaviors, responses, and individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 891. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.6.891>
- Andersen, B. L., & van Der Does, J. (1994). Surviving gynecologic cancer and coping with sexual morbidity: an international problem. *International Journal of Gynecologic Cancer, 4*(4), 225-240. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1438.1994.04040225.x>
- Andersen, B. L., & Elliot, M. L. (1993). Sexuality for women with cancer: Assessment, theory, and treatment. *Sexuality and Disability, 11*(1), 7-37. doi:<http://doi.org/10.1007/bf01102307>

- Andersen, B. L., Woods, X. A., & Copeland, L. J. (1997). Sexual self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. *Journal of consulting and clinical psychology, 65*(2), 221.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.2.221>
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers, (3)*, 26-30.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-26.htm>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change *Psychological Review, 84* (2), 191-215.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 140–148.
doi:<http://doi=10.1037%2F0022-006X.54.2.140>
- Bartelink, H., Van Dam, F., & Van Dongen, J. (1985). Psychological effects of breast conserving therapy in comparison with radical mastectomy. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics, 11*(2), 381-385.
doi:[https://doi.org/10.1016/0360-3016\(85\)90161-0](https://doi.org/10.1016/0360-3016(85)90161-0)
- Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B., & Wade, T. D. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations, 11*(4), 331-342.
doi:<http://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00512.x>
- Beckmann J., Johansen L., Richardt C., et al. 1983. Psychological reactions in younger women operated on for breast cancer. Amputation versus resection of the breast with special reference to body-image, sexual identity and sexual function. *Dan Med Bull 30* (Suppl 2): 10–13.
- Biégelmann-Barroux, F. (1996). Le Livre de Pierre Psychisme et cancer, de Louise L. Lambrichs. *Revue française de psychosomatique, (2)*, 215-222.
- Bondil, P., & Habold, D. (2015). Développement de l'oncosexualité et de l'oncofertilité en France: pourquoi maintenant? Aspects culturels et psychosociologiques. *Psycho-Oncologie, 9*(4), 230-239.

doi:http://doi : 10.1007/s11839-015-0547-x

- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the body-image: the body-image questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 65(3), 887-892.
doi:https://doi.org/10.2466/pms.1987.65.3.887
- Bruchon – Schweitzer, M. Cousson – Gélie, F. Dilhuydy, J.M. Jutant M.S, M.A.
(2007) Do Anxiety, Body Image, Social Support, and Coping Strategies Predict Survival in Breast Cancer? A Ten – Year Follow – up Study. *Psychosomatics*; 48:3 211 – 216. doi:https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.3.211
- Bruchon-Schweitzer, M. (1986). L'image du corps de 10 à 40 ans: quelques facettes de cette image d'après le questionnaire QIC.
- Büchi, S. S. (2010). *Psychosocial needs of breast cancer patients and their relatives*. Maastricht University.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 702.
doi:http://doi.org/10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Callaghan, C. J., Couto, E., Kerin, M. J., Rainsbury, R. M., George, W. D., & Purushotham, A. D. (2002). Breast reconstruction in the United Kingdom and Ireland. *British journal of surgery*, 89(3), 335-340.
doi:https://dx.doi.org/10.1046/j.0007-1323.2001.02027.x
- Calogero, R. M., & Thompson, J. K. (2009b). Sexual self-esteem in American and British college women: Relations with self- objectification and eating problems. *Sex Roles*, 60, 160–173.
doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38343.670868
- Calogero, R. M. (2004). *A Test of Objectification Theory: The Effect of the Male Gaze on Appearance Concerns in College Women*. *Psychology of Women Quarterly*, 28(1), 16. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2004.00118.x
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Price, A. A., Noriega, V., Harris, S. D., Derhagopian, R. P., & Moffatt, F. L. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic medicine*, 60(2), 168-174. doi:http://dx.doi.org/10.1097/00006842-199803000-00010

- Cash, T. F., & Hicks, K. L. (1990). *Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors, and well-being. Cognitive Therapy and Research, 14*(3), 327–341. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/bf01184000>
- Chaglassian, T. Holland, J.C. Kinne, D. Rowland, J.H. (1993). Psychological response to breast reconstruction. Expectations for and impact on postmastectomy functioning. Volume 34. Number 3. 241 – 250
doi:[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(93\)71886-1](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(93)71886-1)
- Cole, F. L. (1997). The role of self-esteem in safer sexual practices. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 8*(6), 64-70.
doi:[https://doi.org/10.1016/S1055-3290\(97\)80059-3](https://doi.org/10.1016/S1055-3290(97)80059-3)
- Contant, C. M., van Wersch, A. M., Wiggers, T., Wai, R. T. J., & van Geel, A. N. (2000). Motivations, satisfaction, and information of immediate breast reconstruction following mastectomy. *Patient education and counseling, 40*(3), 201-208. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00078-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00078-6)
- Courtois, F., & Bonierbale, M. (2016). *Médecine sexuelle : fondements et pratiques*. Paris:Lavoisier
- Cousson-Gelie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J. M., & Jutand, M. A. (2007). Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A ten-year follow-up study. *Psychosomatics, 48*(3), 211-216. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.48.3.211>
- Cutuli B. (2001 – 2002/ 2007 – 2008). Impact du diagnostic précoce sur la prise en charge du cancer du sein invasif : analyse Comparative. *Communication aux 30^e Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (prévention du cancer du sein : mythe ou réalité ?)*. La Baule, 5–7 novembre 2008
- Cyranowski, J.M., & Andersen, G.L. (1998). Sexual Self – Schema Scale – Women’s Version. Davis CM, Yarber WL, Bauserman R, Schreer G, Davis SL, editoprs, *Handbook of sexuality – related measures*. Thousand Oaks, CA : Sage, 241 – 244.
- Dany, L & Morin, M. (2010), Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. 321-334
<https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2010-5-page-321.htm>

- Dany, L. (2008). Elle ne supporte plus son image. *Les souffrances psychologiques des malades du cancer*, 97-102
doi:http://dx.doi.org/10.1007/978-2-287-74947-6_12
- Denys, H. & Stragier, B. (2009). *Comprendre et traiter le cancer du sein*. Bruxelles : Vivio.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1979). The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 5(3), 244-281.
doi:<https://doi.org/10.1080/00926237908403732>
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M. Y., & Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(5), 398-406.
doi:<https://doi.org/10.1002/pon.962>
- De Brouhoven de Bergeyck, E., Detollenaere, C., Dufrane, B., Mouillard, F., Rahier, J., & Stasse, C. (2013). Le Cancer du sein. In M. Mikolajczak (Ed.), *Intervention en Psychologie de la Santé*. (pp. 85 – 102). Paris : Dunod.
- De Visscher, H. (2013). Quelques disqualifications. Le sentiment ou ressenti d'incompétence. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, (3), 429-444. <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2013-3-page-429.htm>
- Dietz Jr, J. H. (1969). Rehabilitation of the cancer patient. *Medical Clinics of North America*, 53(3), 607-624.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(16\)32757-2](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)32757-2)
- Ditsch, N., Bauerfeind, I., Vodermaier, A., Tripp, C., Löhrs, B., Toth, B., ... & Lenhard, M. (2013). A retrospective investigation of women's experience with breast reconstruction after mastectomy. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287(3), 555-561. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2590-1>
- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General hospital psychiatry*, 30(2), 112-126.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.10.008>
- Ferrandez, J. C., & Serin, D. (2006). *Rééducation et cancer du sein*. Elsevier Masson.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006).

- Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579-594. doi:<http://doi.org/10.1002/pon.991>
- Fox, K. R., & Corbin, C. B. (1989). The physical self-perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(4), 408-430. doi:<http://doi.org/10.1123/jsep.11.4.408>
- Franzoi, S. L., & Shields, S. A. (1984). *The Body Esteem Scale: Multidimensional Structure and Sex Differences in a College Population*. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 173-178. doi:http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4802_12
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Fung, K. W., Lau, Y., Fielding, R., Or, A., & Yip, A. W. C. (2001). The impact of mastectomy, breast-conserving treatment and immediate breast reconstructions on the quality of life of Chinese women. *ANZ journal of surgery*, 71(4), 202-206. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1622.2001.02094.x>
- Gagnon-Girouard, M. P., Turcotte, O., Paré-Cardinal, M., Lévesque, D., St-Pierre Tanguay, B., & Bégin, C. (2014). Image corporelle, satisfaction sexuelle et conjugale chez des couples hétérosexuels. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 134. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0029097>
- Gaynor, P., & Underwood, J. (1995). Conceptualizing and measuring sexual self-esteem. *Personality research, methods and theory: A festschrift honoring Donald W. Fiske*, 333-350.
- Gerard, D. (1982). Sexual functioning after mastectomy: Life vs. lab. *Journal of sex & marital therapy*, 8(4), 305-315. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00926238208405436>

- Giarni, A., Moreau, E., & Moulin, P. (2007). Les théories de la sexualité dans le champ du cancer: les savoirs infirmiers. *Psycho-oncologie*, 1(4), 226-230
<http://www.hal.inserm.fr/inserm-00183383v2>
- Granleese, J., & Joseph, S. (1994). Reliability of the Harter Self-Perception Profile for Children and predictors of global self-worth. *The Journal of Genetic Psychology*, 155(4), 487-492.
 doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00221325.1994.9914796>
- Hannier, S., Baltus, A., & de Sutter, P. (2017). The involving of cognitions, body and society's factors in the understanding of the sexual self-esteem by women. *SEXOLOGIES*, 26(2), 65-73.
- Hannier, S., Baltus, A., & De Sutter, P. (2018). The role of physical satisfaction in women's sexual self-esteem. *Sexologies*, 27(4), e85-e95.
 doi:<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2017.09.010>
- Harrell, H. C. (1972). To lose a breast. *AJN The American Journal of Nursing*, 72(4), 676-677
- Hart, A. M., Pinell-White, X., & Losken, A. (2016). The psychosexual impact of postmastectomy breast reconstruction. *Annals of plastic surgery*, 77(5), 517-522. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0000000000000665>
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97. doi:<http://doi:10.2307/1129640>
- Healey Jr, J. E. (1971). Role of rehabilitation medicine in the care of the patient with breast cancer. *Cancer*, 28(6), 1666-1671.
 doi:[https://doi.org/10.1002/1097-0142\(197112\)28:6<1666::AID-CNCR2820280652>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0142(197112)28:6<1666::AID-CNCR2820280652>3.0.CO;2-N)
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1992). *Liking, loving and relating*. Brooks/Cole Pub Co.
- Hjerl, K., Andersen, E. W., Keiding, N., Mouridsen, H. T., Mortensen, P. B., & Jørgensen, T.(2003). Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*, 44(1), 24-30.
 doi:<https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.1.24>
- Jamison, K. R., Wellisch, D. K., & Pasnau, R. O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy: I. The woman's perspective. *Am J Psychiatry*, 135(4), 432-43
 doi:<http://doi=10.1.1.457.8477&rep=rep1&type=pdf>

- Jodelet, D. (1984) Représentation sociale : phénomène, concept et théorie. In: Moscovici S (ed) *Psychologie sociale*. Puf, Paris, p 360
- Kalaitzi, C., Papadopoulos, V. P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P., & Filippou, D.(2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: Effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *Journal of surgical oncology*, 96(3), 235-240.
doi:<https://doi.org/10.1002/jso.20811>
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy* (Vol. 2). Simon & Schuster.
- Klein, R. (1971). A crisis to grow on. *Cancer*, 28(6), 1660-1665.
doi :[https://doi.org/10.1002/1097-0142\(197112\)28:6<1660::AID-CNCR2820280651>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0142(197112)28:6<1660::AID-CNCR2820280651>3.0.CO;2-7)
- Koo, M., von Wagner, C., Abel, G., McPhail, S., Rubin, G., & Lyratzopoulos, G .(2017). Typical and atypical presenting symptoms of breast cancer and their associations with diagnostic intervals: Evidence from a national audit of cancer diagnosis. *Cancer Epidemiology*, 48 140-146
doi:<https://doi.org/10.1016/j.canep.2017.04.010>
- Laan, E., Van Driel, E. M., & Van Lunsen, R. H. (2008). Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *The journal of sexual medicine*, 5(6), 1424-1435.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00827.x>
- Lantheaume, S., Fernandez, L., Lantheaume, S., Bosset, M., Pagès, A., & Blois-Da Conceição, S. (2016, June). Cancer du sein, image du corps et Psychothérapie par Médiation Photographique (PMP). In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 174, No. 5, pp. 366-373). Elsevier Masson.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.01.010>
- La Rocque, C. L., & Cioe, J. (2011). An evaluation of the relationship between body image and sexual avoidance. *Journal of sex research*, 48(4), 397-408.
doi:<http://doi/abs/10.1080/00224499.2010.499522>

- Le Vu, B., Dumortier, A., Guillaume, M. V., Mouriesse, H., & Barreau-Pouhaer, L. (1997). Efficacité du massage et de la mobilisation du membre supérieur après traitement chirurgical du cancer du sein. *Bulletin du cancer*, 84(10), 0-0.
- Liebens, F. & Aimont, M. (2001). *Newsletter de Sénologie : la prise en charge globale des femmes en cas de mammographie positive*.
[http:// www.support-cancer.org/doc/liebens/index.htm](http://www.support-cancer.org/doc/liebens/index.htm)
- L. Dove, Michael W. Wiederman, N. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 67-78.
 doi:<https://doi.org/10.1080/009262300278650>
- Lease SH, Cohen JE, Dahlbeck DT. Body and sexual esteem as mediators of the physical disability-interpersonal competencies relation. *Rehabil Psychol* 2007;52(4):399—408.
 doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.52.4.399>
- Leis Jr, H. P. (1971). Selective, elective, prophylactic contralateral mastectomy. *Cancer*, 28(4), 956-961.
 doi:[https://doi.org/10.1002/1097-0142\(1971\)28:4<956::AID-CNCR2820280419>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1097-0142(1971)28:4<956::AID-CNCR2820280419>3.0.CO;2-T)
- Loaring, J. M., Larkin, M., Shaw, R., & Flowers, P. (2015). Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: The experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction. *Health Psychology*, 34(4), 426.
 doi:<http://dx.doi.org/10.1037/hea0000195>
- Manganiello, A., Hoga, L. A. K., Reberte, L. M., Miranda, C. M., & Rocha, C. A. M. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 167-172. *
 doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2010.07.008>
- Manos, D., Sebastián, J., Bueno, M. J., Mateos, N., & De la Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*, 2(1), 103-16.
 doi:<http://doi=10.1.1.621.8054&rep=rep1&type=pdf>

- Margaret A. Cranston-Cuebas A.B. & David H. Barlow Ph.D. (1990) Cognitive and Affective Contributions to Sexual Functioning, *Annual Review of Sex Research*, 1:1, 119-161
doi:<http://doi/abs/10.1080/10532528.1990.10559858?journalCode=hzs20>
- Margolis G., Goodman, R.L. Rubin, A. (1990). Psychological Effects of Breast-Conserving Cancer Treatment and Mastectomy, volume 31, number 1.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(90\)72214-1](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(90)72214-1)
- Markopoulos, C., Tsaroucha, A. K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *Journal of International Medical Research*, 37(1), 182-188.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/147323000903700122>
- Mathelin, C. & Annane, K. Rev Francoph. (2005). Répercussions somatiques et psychologiques des modifications hormonales liées aux traitements adjuvants des cancers du sein de la femme jeune. *Psycho Oncologie*.
doi:<http://doi:10.1007/s10332-005-0075-1>
- Mayers, K. S., Heller, D. K., & Heller, J. A. (2003). Damaged sexual self-esteem: A kind of disability. *Sexuality and Disability*, 21(4), 269-282.
doi:<http://dx.doi.org/10.1023/b:sedi.0000010069.08844.04>
- McIllMurray, M. B., Thomas, C., Francis, S., Soothill, K. & Al-Hamad, A. (2001). The psychosocial needs of cancer patients : findings from an observational study. *European Journal of Cancer Care*, 10(4), 261-269.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00280.x>
- McKenna MC, Zevon MA, Corn B, Rounds J (1999) Psychosocial factors and the development of breast cancer: a metaanalysis. *Health Psychol* 18(5):520–531
<http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.18.5.520>
- Ménard, A. D., & Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(1/2), 35.
<https://search.proquest.com/openview/878a5466ffcd50b89bbd4e362eee4f6f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=33400>

- Meston, C., & Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: the sexual satisfaction scale for women (SSSW). *J. Sexual Med.* 2 (1), 66–81.
doi:<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20107.x>
- Merviel, P., Jouvance, O., Naepels, P., Fauvet, R., Cabry-Goubet, R., Gagneur, O., & Gondry, J. (2011). *Existe-t-il encore des facteurs de risque de survenue d'un cancer du sein ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 39(9), 486–490.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2010.10.015>
- Michel, J. Asken, M.A. (1975). Psychoemotional Aspect of Mastectomy: A review of Recent Literature. *Am J Psychiatry* 132:1. January
doi:<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.132.1.56>
- Mikolajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Dunod.
- Moley-Massol, I., & Lesur, A. (2012). Le retentissement du cancer du sein et de ses traitements sur le couple: un ménage à trois. *Oncologie*, 14(6-7), 374-380.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10269-012-2182-5>
- Montesi, J. L., Fauber, R. L., Gordon, E. A., & Heimberg, R. G. (2011). The specific importance of communicating about sex to couples' sexual and overall relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(5), 591-609. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0265407510386833>
- Moreau, É., Moulin, P., & Giami, A. (2016). L'évolution des liens entre cancer et sexualité: revue critique de la littérature. *Psycho-Oncologie*, 10(2), 91-97.
doi:<http://doi :10.1007/s11839-016-0569-z>
- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholder, G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790-804. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.73.4.790>
- Neto, M.S., De Aguiar Menezes, M.V., Moreira, J.R., Garcia, E.B., Alba, L.E.F., Ferreira, L.M., Sexuality After Breast Reconstruction Post Mastectomy. *Aesth Plast Surg* (2013) 37:643–64. doi:<http://doi.org/10.1007/s00266-013-0082-8>

- Ninot, G., Delignières, D., & Fortes, M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *staps*, 53, 35-48.
https://www.researchgate.net/profile/Didier_Delignieres/publication/236165021_L'evaluation_de_l'estime_de_soi_dans_le_domaine_corporel/links/564f6b1908aeafc2aab3d65f/Levaluation-de-lestime-de-soi-dans-le-domaine-corporel.pdf
- Nogaret, J. M. (2010). *Le cancer du sein. Un regard optimiste vers l'avenir*. Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia.
- Noguchi M, Kitagawa H, Kinoshita K, Earashi M, Miyazaki I, Tatsukuchi S, et al. Psychologic and cosmetic self-assessments of breast conserving therapy compared with mastectomy and immediate breast reconstruction. *Surg Oncol* 1993; 54:260-6. doi:<https://doi.org/10.1002/jso.2930540416>
- O'Mahony, M., McCarthy, G., Corcoran, P., & Hegarty, J. (2013). Shedding light on women's help seeking behaviour for self discovered breast symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 632-639.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.03.012>
- OLLONEN, P., LEHTONEN, J., & ESKELINEN, M. (2005). Stressful and adverse life experiences in patients with breast symptoms; a prospective case-control study in Kuopio, Finland. *Anticancer research*, 25(1B), 531-536.
https://www.researchgate.net/profile/Johannes_Lehtonen/publication/7919318_Stressful_and_adverse_life_experiences_in_patients_with_breast_symptoms_a_prospective_casecontrol_study_in_Kuopio_Finland/links/02e7e5161469a777e0000000/Stressful-and-adverse-life-experiences-in-patients-with-breast-symptoms-a-prospective-case-control-study-in-Kuopio-Finland.pdf
- Perniaux, Adrien. *Inhibition et addictions comportementales : une revue systématique*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain, 2018. Prom. : Billieux, Joël ; Devos, Gaetan.
- Perpère, A., & Hurbault, A. (2010). Réflexions suscitées par la pratique d'orientation psychanalytique en cancérologie. *Psycho-oncologie*, 4(3), 164-168.
doi:<http://doi.org/10.1007/s11839-010-0268-4>

- Pikler V., Winterowd C., 2003. Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychol* 22: 632–637
doi:<http://doi.org/10.1037%2F0278-6133.22.6.632>
- Polednak, A. P. (2001). How frequent is postmastectomy breast reconstructive surgery? A study linking two statewide databases. *Plastic and reconstructive surgery*, 108(1), 73-77
doi:<http://doi.org/10.1097/00006534-200107000-00012>
- Polivy, J. (1977). Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164(2), 77-87
doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00005053-197702000-00001>
- Préau, M., Marcellin, F., Lert, F., Spire, B., & Moatti, J. P. (2008). Les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01564008>
- Pujols, Y., Meston, C. M., & Seal, B. N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The journal of sexual medicine*, 7(2), 905-916.doi:<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>
- Quinn, A. A. (1991). A theoretical model of the perimenopausal process. *Journal of Nurse-Midwifery*, 36(1), 25-29.
doi:[https://doi.org/10.1016/0091-2182\(91\)90018-K](https://doi.org/10.1016/0091-2182(91)90018-K)
- Razavi, D. & Delvaux, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Issyles-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast cancer research and treatment*, 110(1), 9-17. doi:<http://doi.org/10.1007/s10549-007-9706-5>
- Reich, M. (2009). Cancer et image du corps: identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254.
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-247.htm>

- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.
doi:<https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rosenberg, M. (1965). The measurement of self-esteem, society and the adolescent self-image. *Princeton*, 16-36.
- Rosenberg, M. (2015). *Society and the adolescent self-image*. Princeton university press.
- Rowland J.H., Desmond K.A., Meyerowitz B.E., et al. 2000. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 92: 1422–1429
doi:<http://doi.org/10.1093/jnci/92.17.1422>
- Sanger, C. K., & Reznikoff, M. (1981). A comparison of the psychological effects of breast-saving procedure with the modified radical mastectomy. *Cancer*, 48(10), 2341-2346.
doi:[https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19811115\)48:10<2341::AID-CNCR2820481034>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19811115)48:10<2341::AID-CNCR2820481034>3.0.CO;2-3)
- Schain, W. S., Wellisch, D. K., Pasnau, R. O., & Landsverk, J. (1985). The sooner the better: A study of psychological factors in women undergoing immediate versus delayed breast reconstruction. *The American Journal of Psychiatry*, 142(1), 40-46. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.142.1.40>
- Schilder P. (1935, 1968) *L'Image du corps. Études des forces constructives de la psyché*. Paris : Gallimard
- Schover, L. R., Yetman, R. J., Tuason, L. J., Meisler, E., Esselstyn, C. B., Hermann, R. E., ... & Dowden, R. V. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75(1), 54-64.
doi:[https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19950101\)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19950101)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I)

- Shapiro, B. L., & Schwarz, J. C. (1997). Date rape: Its relationship to trauma symptoms and sexual self-esteem. *Journal of Interpersonal Violence, 12*(3), 407-419. doi:<https://doi.org/10.1177/088626097012003006>
- Shavelson, R.J. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. Review of Educational Research, 46, 407-441 doi:<https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Siles, J., & Tarquinio, C. (2017). Les conséquences psychosexuelles et leurs traitements dans le champ du cancer: une revue systématique d'interventions psychothérapeutiques. *Sexologies, 26*(2), 87-95 doi:<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.06.004>
- Snell, W. E., Belk, S. S., Papini, D. R., & Clark, S. (1989). Development and validation of the sexual self-disclosure scale. *Annals of Sex Research, 2*(4), 307-334. doi:<https://doi.org/10.1177/107906328900200403>
- Stevens, L. A., McGrath, M. H., Druss, R. G., Kister, S. J., Gump, F. E., & Forde, K. A. (1984). The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. *Plastic and Reconstructive Surgery, 73*(4), 619-628. doi:<http://doi.org/10.1097/00006534-198404000-00019>
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2002). Body image issues among girls and women. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, 183-191.
- Suzor, C. (2017). Miroirs: identité, intimité, sexualité postmastectomie totale. *Psycho-Oncologie, 11*(1), 33-36. doi:<http://doi.org/10.1007/s11839-017-0611-9>
- Taylor-Brown, J., Kilpatrick, M., Maunsell, E., & Dorval, M. (2000). Partner abandonment of women with breast cancer: Myth or reality?. *Cancer practice, 8*(4), 160-164 doi:<https://doi.org/10.1046/j.1523-5394.2000.84004.x>
- Thibodeau, K. (2011). *La détresse psychosociale : dépistage, évaluation et interventions interdisciplinaires*. <http://www.agencesante09.gouv.qc.ca/Document.aspx?id=693&lang=FR>,

- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer nursing*, 35(6), 456-465
doi :<http://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182395401>
- Van Hemelrijck, J., Opsomer, R.J., Van Pachterbeke, C., Gennigens, C., Remouchamps, V., Etienne, C., Hirsch, E., Deneft, F., Liebens, F., Buyse, S. (2009). *Journée d'Information : Cancer : faut – il renoncer à sa sexualité ou à sa fertilité ?* Unpublished Document, Bruxelles. Comme Avant, A.V
https://www.cancer.be/sites/default/files/related_uploads/livre-de-conference-sexualite-fertilite-pendant-un-cancer_0.pdf
- Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM (1999) Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 354:1331–1333
doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)11392-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)11392-2)
- Wiedermann, W.M., Rice Allgeier., E. The Measurement of Sexual – Esteem : Investigation of Snell and Papini's (1989) sexuality scale, *Journal of Research in Personality*, 27, 88 – 102, 1993.
doi:<https://doi.org/10.1006/jrpe.1993.1006>
- Wiederman MW, Hurst SR. Body size, physical attractiveness, and body image among young adult women: relationships to sexual experience and sexual esteem. *J Sex Res* 1998;35(3):272—81.
doi:<https://doi.org/10.1080/00224499809551943>
- Wiederman, M. W. (2000). Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research*, 37, 60–68.
doi:<https://doi.org/10.1080/00224490009552021>
- Wilmoth, M. C. (2001). The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer nursing*, 24(4), 278-286.
doi:<http://doi.org/10.1097/00002820-200108000-00006>
- Woertman, L., & Van den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 184-211.
doi : <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.658586>

- Yurek, D., Farrar, W., & Andersen, B. L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(4), 697. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.697>
- Zeanah PD, Conrad Schwarz J. Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory for women. *Assessment 1996*;3(1):1—15
doi:<https://doi.org/10.1177/107319119600300101>
- Zhong, T., Hu, J., Bagher, S., Vo, A., O'Neill, A. C., Butler, K., ... & Metcalfe, K. A. (2016). A comparison of psychological response, body image, sexuality, and quality of life between immediate and delayed autologous tissue breast reconstruction: a prospective long-term outcome study. *Plastic and reconstructive surgery, 138*(4), 772-780.
doi:<http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000002536>

Les recherches en matière de sexualité dans le cancer du sein ne cessent de préoccuper la littérature scientifique. Malgré les avancées médicales, la prise en charge psychothérapeutique, et particulièrement sexologique fait toujours face à un manque d'information et de communication de la part de l'équipe médicale. Pour autant, les patientes qui présentent des troubles psychosexuels suite à leur chirurgie sont demandeuses d'accompagnement et de soutien dans leur difficultés sexuelles. C'est pourquoi, ce mémoire s'intéresse à l'existence de liens entre certaines variables de la sexualité féminine et les traitements chirurgicaux du cancer du sein, à travers la littérature scientifique. C'est ainsi que nous avons conçu la question de recherche suivante : *La reconstruction mammaire permet - elle d'améliorer positivement l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle chez les femmes ayant subi un cancer du sein, après la mastectomie ?* Cette revue de la littérature se focalise sur l'impact de la reconstruction mammaire sur l'estime de soi sexuelle et l'image corporelle des patientes, dans l'optique de pouvoir apporter une lumière quant à la prise en charge des troubles psychosexuelles dans la clinique du sein. Cette démarche de revue de la littérature a été réalisé à l'aide de 14 publications au sein de trois bases de données scientifiques. L'estime de soi sexuelle n'a fait l'objet d'aucune recherche dans la prise en charge des troubles sexuels des femmes qui ont subi une reconstruction mammaire, néanmoins d'autres variables se sont révélés intéressantes à savoir : la perception de soi, la représentation de l'image du corps, l'inclusion du partenaire, le schéma du soi sexuel, et l'importance de la communication entre l'équipe médicale et sa patiente.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

Place Cardinal Mercier, 10 bte L3.05.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | www.uclouvain.be/psp