



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

#### **(Décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 Décembre 2023 à Poitiers

**Par Madame BIRAT Pauline**

État des lieux de l'impact sur la sexualité du cancer du sein chez la femme,  
et comment l'aborde-t-on en médecine générale.

Composition du Jury

**Président :** Monsieur le Professeur Nicolas ISAMBERT

**Membres :** Madame la Professeure Marion ALBOUY  
Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT

**Directeur de thèse :** Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET





# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(Décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 14 Décembre 2023 à Poitiers  
Par Madame BIRAT Pauline

État des lieux de l'impact sur la sexualité du cancer du sein chez la femme,  
et comment l'aborde-t-on en médecine générale.

Composition du Jury

**Président** : \_\_\_\_\_ Monsieur le Professeur Nicolas ISAMBERT

**Membres** : Madame la Professeure Marion ALBOUY  
Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

## LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

### SECTION MEDECINE

#### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1<sup>e</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

#### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRAD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

**Maître de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

**Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

**Professeur associé des universités des disciplines odontologiques**

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

**Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

**Professeurs émérites**

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## SECTION PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### *Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

### *Maîtres de conférences*

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maîtres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

### *A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)*

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

### *Professeur émérite*

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

## REMERCIEMENTS

---

### **À Monsieur le Professeur ISAMBERT,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance, de mon plus grand respect et de toute ma gratitude.

### **À Madame la Professeure Marion ALBOUY,**

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. Merci pour votre confiance et l'intérêt que vous portez à ce travail.

### **À Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT,**

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en me faisant l'honneur de siéger dans ce jury.

### **À Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET,**

Merci pour votre disponibilité et vos conseils bienveillants tout au long de ce travail. Je vous remercie aussi pour ces 6 mois de stage passés à vos côtés, pour ces moments de partage enrichissants, tant sur le plan médical qu'humain. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance et de ma profonde affection.

### **Aux patientes ayant participé à ma thèse,**

Merci de m'avoir accordé votre temps et votre confiance.

### **À l'ensemble de l'équipe de la MSP de Neuville-de-Poitou,**

Merci pour votre aide et votre soutien pour ma thèse. Merci à Laure, Priscilla et Malvina pour votre collaboration. Je garde un merveilleux souvenir de ces 6 mois passés à vos côtés. Merci pour votre bonne humeur et votre petit grain de folie rendant les pauses si agréables.

### **À Monsieur MARTIN Pascal, DPO de l'Université de Poitiers,**

Merci pour votre disponibilité et votre aide dévouée dans les démarches réglementaires. C'était un réel plaisir de travailler à vos côtés.

**À Viviane,**

Merci de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas en médecine générale et d'avoir accepté d'être ma tutrice. Ces moments d'échanges avec toi ont toujours été un réel moment de plaisir.

**À mes maîtres de stage,**

Je vous remercie de m'avoir accompagné au cours de mon cursus et de m'avoir transmis vos enseignements et votre passion pour la médecine générale.

**À l'ensemble des mes cointernes des urgences, de pédiatrie et de gériatrie,**

Merci d'avoir été des compagnons sur lesquels j'ai toujours pu compter, merci pour ces heures de travail dans la bonne humeur et ces soirées endiablées. Je garde de merveilleux souvenirs à vos côtés.

**À l'ensemble des soignants que j'ai rencontré au cours de ma formation,**

Merci de m'avoir accompagnée et encadrée. Merci aussi pour votre patience. Vous m'avez permis de prendre confiance en moi et de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

**À Yolande et Philippe, mes parents**

Merci pour votre soutien inébranlable durant toutes ces années, merci d'avoir toujours cru en moi, et de m'avoir permis de réaliser mon rêve de devenir médecin. Merci d'avoir toujours pris soin de moi et su trouver les mots pour me rassurer dans les moments difficiles. Mais surtout merci de m'apporter de la joie et du bonheur au quotidien. Je mesure la chance que j'ai de vous avoir. Je ne trouverais jamais les mots suffisants pour vous dire combien je vous aime et vous suis reconnaissante.

**À Benjamin,** mon frère, aussi espiègle que taquin. Félicitations pour ta réussite professionnelle, et ton épanouissement personnel avec Laetitia.

**À Micheline,** ma grand-mère. Merci pour ces moments de partage et ton soutien. **À Fernand,** mon grand-père.

Et à **Claude et Monique**, mes grands-parents. J'aurais été si fière de vous avoir à mes côtés aujourd'hui. Merci pour tout l'amour que vous m'avez porté et votre soutien indéfectible. Je garde de merveilleux souvenirs des moments que nous avons partagés ensemble.

**À Marie-Christine et Jacky**, mon oncle et ma tante,

Merci pour votre soutien, votre amour et votre gentillesse. Les moments passés à vos côtés sont toujours source de bonheur pour moi.

**À Nicolas et Ophélie**, mes cousins. Grandir à vos côtés a été un vrai régal.

**À Marie-Noëlle**, ma marraine,

Merci pour ton soutien et ton amour. Tu es un exemple pour moi et j'espère être une marraine aussi bienveillante et aimante que toi.

**À Madeleine**, ma nièce, **et Diane**, ma filleule,

Vous voir grandir est un réel émerveillement pour moi. Merci pour votre joie, votre bonne humeur et votre malice.

**À Marie**, ma belle-mère,

Merci pour tous les moments que nous avons partagés ensemble. Nos échanges sur la vie, le travail, l'amour sont très enrichissants pour moi. Merci pour votre bonne humeur contagieuse et vos paroles réconfortantes dans les moments plus difficiles.

**À Jean-François**, mon beau-père,

Merci pour nos échanges passionnés sur la médecine générale. Merci d'avoir transmis à Louis-Paul votre amour pour la cuisine, je m'en réjouis au quotidien.

**À Mélanie**, merci pour l'amour inconditionnel que tu me portes. Merci de m'apporter ton regard sur le monde, et de me faire redécouvrir l'art et la poésie. Mais surtout merci de m'avoir fait le plus beau cadeau, être la marraine de votre fille.

**À Fleur**, merci pour ces merveilleux moments passés à tes côtés, merci pour ton soutien et ton réconfort tout au long de l'externat.

**À Laëtitia et Vicky**, merci pour votre fidèle amitié, merci pour ces escapades ensoleillées et ces randonnées escarpées qui me permettent de me ressourcer. Merci pour votre soutien et vos encouragements. Notre amitié est un cadeau précieux.

**À Léa**, merci pour ton enthousiasme et ta joie de vivre. Depuis notre rencontre, notre amitié est une évidence. Je me réjouis de chaque moment passé ensemble.

**À Déborah**, merci pour ta présence, ton écoute et ton soutien au quotidien. À cette merveilleuse amitié que nous construisons. La vie à Tours serait moins belle sans toi.

**À Nicolas**, merci pour ton amitié précieuse et ces joyeux dîners partagés.

**À Camille**, merci pour ces weekends parisiens à s'émerveiller de Noël, et ravir nos papilles.

**À Quentin, Romain, et Fabian**, merci d'avoir rendu mes années lycée si riches et joyeuses.

**À tous mes amis**, merci de rendre ma vie si riche et si heureuse.

**À Louis-Paul, mon conjoint**

Merci pour l'amour que tu me portes depuis bientôt 10 ans. Chaque instant à tes côtés me comble de bonheur. Je suis si fière du chirurgien que tu es devenu. Merci de ton soutien et de tes encouragements dans tous mes projets. À toutes ces épreuves que nous avons surmontées et aux projets qui nous animent, j'espère de tout cœur qu'ils se réaliseront.

## **ABBREVIATIONS**

AIPD : Analyse d'Impact relative à la Protection des Données

DPO : Délégué de la Protection des Données

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

SC : Statut Conjugal

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

## Table des matières

.....	4
<b>Table des matières</b> .....	<b>12</b>
<b>I. Introduction</b> .....	<b>14</b>
<b>A. Épidémiologie (1) (2)</b> .....	<b>14</b>
<b>B. Définition de la santé sexuelle (3) (4)</b> .....	<b>14</b>
<b>C. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 (5)</b> .....	<b>16</b>
1. Développer la recherche pour diminuer les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes	16
2. Prévenir, dépister, traiter les séquelles liées à la maladie ou au traitement .....	16
3. Mettre en place un suivi personnalisé et gradué entre la ville et l'hôpital .....	17
<b>D. La santé sexuelle au cours du cancer du sein dans la littérature</b> .....	<b>17</b>
1. L'impact sur la sexualité .....	17
2. Les liens affectifs avec le conjoint .....	18
3. L'information et l'évaluation de la santé sexuelle .....	18
<b>E. Objectifs de l'étude</b> .....	<b>19</b>
<b>II. MATRIELS ET METHODES</b> .....	<b>20</b>
<b>A. Le choix de la méthode qualitative</b> .....	<b>20</b>
<b>B. La sélection de la population</b> .....	<b>21</b>
1. Les caractéristiques de la population étudiée.....	21
2. Le recrutement.....	21
3. La taille de l'échantillon.....	21
<b>C. Les démarches réglementaires</b> .....	<b>22</b>
1. Fiche de conformité de traitement des données à caractère personnel.....	22
2. L'Analyse d'Impact relative à la Protection des Données (AIPD). .....	22
3. Demande MR-004 .....	22
4. Avis du CER-TP.....	22
<b>D. L'entretien</b> .....	<b>22</b>
1. Élaboration du guide d'entretien.....	22
2. Organisation des entretiens .....	23
3. Analyse des entretiens .....	24
<b>III. RESULTATS</b> .....	<b>25</b>
<b>A. RÉSULTATS QUANTITATIFS</b> .....	<b>25</b>
1. Entretiens .....	25
2. Description de l'échantillon.....	25
<b>B. RÉSULTATS QUALITATIFS</b> .....	<b>29</b>
1. Cancer du sein : impact physique et psychologique.....	29
2. Cancer du sein et sexualité.....	31
3. Cancer du sein et impact sur l'image corporelle .....	39
4. Les liens affectifs avec le conjoint .....	46
5. Évaluation de la santé sexuelle au cours du parcours de soin du cancer du sein.....	49
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	<b>58</b>
<b>A. Synthèse des principaux résultats</b> .....	<b>59</b>
<b>B. Validité interne de l'étude</b> .....	<b>59</b>
1. Forces de l'étude .....	59

2.	Limites de l'étude .....	60
<b>C.</b>	<b>Validité externe de l'étude .....</b>	<b>61</b>
1.	La sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein .....	61
2.	L'image corporelle des patientes atteintes d'un cancer .....	63
3.	Les liens affectifs avec le conjoint .....	65
4.	Information et évaluation de la santé sexuelle .....	65
5.	Les ouvertures.....	68
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>69</b>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>70</b>
<b>VII.</b>	<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>80</b>

## I. Introduction

### A. Épidémiologie (1) (2)

Avec 61 214 nouveaux cas estimés en 2023 en France Métropolitaine, le cancer du sein se situe au premier rang des cancers incidents chez la femme, nettement devant le cancer colorectal (21 370 nouveaux cas estimés chez la femme en 2023) et le cancer pulmonaire (19 339 nouveaux cas estimés chez la femme en 2023).

En 2017, sa prévalence était estimée à 913 089 personnes.

Le taux d'incidence du cancer du sein a presque doublé entre 1990 et 2018, réalisant une hausse en moyenne de 1,1 % par an. Entre 2010 et 2023, la progression a été plus faible, estimée à + 0,3 % par an.

L'âge médian au moment du diagnostic est de 64 ans.

Avec 12 146 décès en 2018, le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Il représente 14% des décès féminins par cancer, et près de 8% de l'ensemble des décès par cancer, tous sexes confondus. Le taux de mortalité tend toutefois à la baisse d'année en année.

L'âge médian au moment du décès est de 74 ans.

La survie nette standardisée sur l'âge en 2018 était de 87 % à 5 ans et de 76% à 10 ans.

### B. Définition de la santé sexuelle (3) (4)

Les premières définitions de la santé sexuelle apparaissent au XIX<sup>e</sup> siècle, et se développent surtout aux États-Unis ainsi qu'au Royaume-Uni. La santé sexuelle est alors étroitement liée aux notions d'hygiène de vie et de contrôle des naissances.

Durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle s'éveille une conception positive de la santé sexuelle, qui n'est plus perçue comme la simple absence de maladie mais comme le fait de pouvoir mener une vie de bien-être.

Notons que la pilule contraceptive est légalisée en 1967 par la loi Neuwirth et est remboursée par la Sécurité sociale depuis 1974. En permettant de dissocier plaisir et reproduction, la pilule signe la première véritable révolution sexuelle qui conduit à des changements profonds de comportements et de mœurs en matière de sexualité.

C'est dans ce contexte qu'apparaît la première définition institutionnelle de la santé sexuelle en 1974. Elle est issue d'une réunion sur l'Enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé. L'OMS suggère alors que « *la santé sexuelle suppose la réunion de trois conditions fondamentales :*

- *Être capable de jouir d'un comportement sexuel et reproducteur en harmonie avec une éthique sociale et personnelle ;*
- *Être exempt de sentiments de crainte, de honte et de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et perturbent la relation sexuelle ;*
- *Être exempt de troubles, maladies et déficiences organiques qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et reproductrices ».*

Peu de temps après, en 1975, cette première définition s'enrichit de la notion que « *la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour* ».

Ainsi, le rôle du médecin n'est plus uniquement réduit à l'éducation sexuelle, à l'éducation procréative et à la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Il doit aussi améliorer la qualité de vie et les relations interpersonnelles.

La dernière et actuelle définition de la santé sexuelle proposée par l'OMS en 2002 et publiée en 2006 définit la santé sexuelle 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 ». Cette définition met en valeur la notion de « droits » en matière de sexualité.

## **C. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 (5)**

Notre projet de recherche répond à la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, et plus particulièrement à son axe 2 : limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie. Cet axe est composé de plusieurs fiches d'action reprenant chacune un objectif. 3 de ces fiches d'action sont particulièrement pertinentes pour notre recherche.

### **1. Développer la recherche pour diminuer les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes**

Objectif : mieux connaître les séquelles liées à la maladie et les effets secondaires des traitements afin de les prévenir lorsque c'est possible et de les traiter le plus efficacement le cas échéant.

Effet attendu pour les personnes : des solutions mises à disposition des personnes plus rapidement grâce à la stimulation du continuum recherche / soins ; une amélioration de la vie en bonne santé après un cancer et une amélioration de la survie grâce à la maîtrise des effets secondaires.

### **2. Prévenir, dépister, traiter les séquelles liées à la maladie ou au traitement**

Objectif : réduire au maximum les séquelles physiques, mentales et socio-économiques rapportées par les personnes, par la prévention de leur apparition, leur dépistage pour une intervention précoce, leur traitement curatif ou leur atténuation.

Effet attendu pour les personnes : diminuer le fardeau des séquelles par leur objectivation et leur signalement en temps réel, permettant d'anticiper et d'adapter la réponse aux besoins grâce à un suivi plus pertinent des soins et des prestations.

### **3. Mettre en place un suivi personnalisé et gradué entre la ville et l'hôpital**

Objectif : Proposer aux patients une organisation plus efficace de leur suivi, adaptée à leurs besoins, centrée sur le patient et son médecin traitant, partagée entre les professionnels de santé de ville, les professionnels de santé hospitaliers et les professionnels sociaux et médico-sociaux.

Effet attendu pour les personnes : Un accompagnement après la maladie structuré et efficace, afin de permettre aux personnes de vivre sereinement la transition maladie / guérison ; un temps de transition, un support et un outil d'aide au parcours pour tous les patients.

#### **D. La santé sexuelle au cours du cancer du sein dans la littérature**

##### **1. L'impact sur la sexualité**

Dans une étude, 68% des patientes atteintes d'un cancer du sein rapportaient un changement dans leur vie sexuelle. (6)

Le désir était le plus impacté par le cancer (7).

Plusieurs motifs à cette morbidité sexuelle étaient rapportés dans la littérature :

- Les effets secondaires des traitements étaient souvent peu ou pas compatibles avec la poursuite ou la reprise d'une activité sexuelle (8).
- Les représentations mortifères du cancer créaient un climat peu propice à la rencontre érotique (7).
- Les réactions anxiodépressives au cancer impactaient la libido et la vie conjugale (7).
- Les dyspareunies rendaient les pénétrations moins fréquentes voire impossibles (6).
- L'altération de l'image corporelle augmentait significativement la prévalence de la dysfonction sexuelle (9).

- Des croyances irrationnelles pouvaient impacter le partenaire, qui ne sollicitait plus sexuellement sa compagne par peur de la fatiguer ou de compromettre sa guérison (7).

Les relations sexuelles étaient souvent mises au second plan, les patientes et les couples vivant au rythme de la maladie (7).

Le désir d'intimité restait présent dans le couple (8).

La dysfonction sexuelle apparaissait plus importante au moment du diagnostic et au cours du traitement (9). Une autre étude rapportait que la plupart des couples n'avait pas retrouvé sa vie sexuelle antérieure plusieurs mois après le diagnostic (10).

Dans une étude, 2 patientes avaient rapporté, quant à elles, l'amélioration de la qualité de leurs rapports sexuels (9).

## **2. Les liens affectifs avec le conjoint**

Le couple était le mode de vie majoritaire des malades (8).

Un réel bouleversement de la relation entre les 2 partenaires était souvent rapporté, avec une modification du lien d'attachement. La plupart du temps, le cancer renforçait les liens entre les partenaires et la cohésion du couple (7).

## **3. L'information et l'évaluation de la santé sexuelle**

La santé sexuelle des femmes traitées pour un cancer du sein ainsi que les répercussions sur le couple ont longtemps été négligées voire totalement occultées (7).

Les couples étaient mal préparés aux changements de vie intime, principalement par défaut d'information des professionnels de santé (10).

Alors qu'il est recommandé aux professionnels de santé d'aborder le sujet de la sexualité car les patients sont souvent embarrassés (11), une étude menée auprès d'infirmières travaillant en oncologie rapportait que la majorité de celles-ci ne parlaient pas de sexualité, déclarant une gêne voire une crainte de choquer le patient (12).

La réinsertion intime du couple mérite la même attention que la réinsertion sociale ou professionnelle car ses bénéfices potentiels apparaissent au moins équivalents (8).

Certaines études révélaient que l'annonce du diagnostic n'était pas le bon moment pour parler de sexualité, plusieurs autres travaux mettaient en évidence, à l'inverse, la nécessité de l'aborder au début des traitements, dans le but de réduire l'impact du cancer sur la sexualité (11).

#### **E. Objectifs de l'étude**

L'étude de la littérature a permis de souligner que les troubles de la sexualité chez les patientes atteintes d'un cancer du sein sont fréquents, avec une altération de multiples domaines de la sexualité. Un impact sur les liens affectifs avec le conjoint est également rapporté, principalement de manière positive, mais parfois de manière négative. Les troubles de la sexualité sont peu voire ne sont pas évalués au cours du parcours de soin, principalement du fait que la sexualité est un sujet tabou.

Dans nos recherches, la plupart des études concernant les troubles de la sexualité chez les femmes suivies pour un cancer du sein étaient des études quantitatives, chiffrées, mais ne s'intéressaient pas au vécu des patientes. Nous avons donc voulu nous intéresser à l'expérience rapportée par les patientes.

Les études sont pour la plupart en milieu hospitalier (oncologie, soins palliatifs), mais aucune étude ne s'intéressait à l'évaluation de la morbidité sexuelle en médecine générale. Là encore, la plupart des études sont des études quantitatives.

Nous faisons l'hypothèse que la plupart des patientes interrogées évoquera des troubles de la sexualité en lien avec leur cancer du sein, que ces troubles de la sexualité ont peu été évalués par leur médecin traitant. Enfin nous faisons l'hypothèse que les patientes attendent que leur médecin traitant les informe plus sur les troubles de la sexualité secondaires au cancer du sein.

L'objectif principal de l'étude est de faire un état des lieux de la sexualité d'un groupe de femmes atteintes d'un cancer du sein.

Les objectifs secondaires de l'étude sont de faire un état des lieux de l'évaluation de la santé sexuelle des patientes atteintes d'un cancer du sein par leur médecin traitant, et quelles sont leurs attentes envers celui-ci.

## **II. MATERIELS ET METHODES**

### **A. Le choix de la méthode qualitative**

Notre étude avait pour objectif de faire un état des lieux de l'impact du cancer du sein sur la sexualité dans un groupe de patientes en cours de traitement ou ayant un antécédent de cancer du sein. Comment cet impact a été abordé au cours de leur parcours de soin, et quelles sont leurs attentes vis-à-vis de leur médecin traitant concernant ce sujet.

La méthode que nous avons choisie pour réaliser ce travail est une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

Contrairement à la recherche quantitative, la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles (13). La recherche qualitative est donc particulièrement appropriée lorsque les facteurs étudiés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer, comme dans notre étude.

## **B. La sélection de la population**

### **1. Les caractéristiques de la population étudiée**

Les critères d'inclusion étaient : patiente majeure, en cours de traitement ou ayant un antécédent de cancer du sein, ayant pour médecin traitant un médecin de la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) de Neuville-de-Poitou.

Cette MSP est composée de 6 médecins généralistes et de 5 paramédicaux dont 1 sage-femme.

Le projet de recherche a été présenté aux 6 médecins de la MSP. Les patientes ont été recrutées dans la patientèle de 4 des 6 médecins.

### **2. Le recrutement**

A l'occasion d'un rendez-vous de suivi, le projet de recherche était proposé par le médecin traitant aux patientes répondant aux critères d'inclusion. Si les patientes acceptaient d'y participer, elles étaient rappelées par l'enquêtrice afin de leur exposer le thème précis du projet de recherche et de convenir d'une date pour la réalisation de l'entretien au cabinet de Neuville-de-Poitou.

### **3. La taille de l'échantillon**

Au total il a été proposé à 21 patientes de participer à ce projet de recherche.

1 patiente a exprimé promptement son refus auprès de son médecin traitant lorsque le projet de recherche lui a été présenté, avançant un manque de temps.

1 patiente a annulé le rendez-vous pour l'entretien, ayant une hospitalisation non programmée le lendemain.

3 patientes n'ont pas répondu à l'appel de l'enquêtrice, ni au rappel quelques jours plus tard.

La saturation des données a été obtenue au 12<sup>e</sup> entretien. 2 entretiens supplémentaires ont été menés afin de vérifier la saturation des données.

2 patientes n'ont donc pas été appelées du fait du nombre de données suffisant.

## **C. Les démarches réglementaires**

### **1. Fiche de conformité de traitement des données à caractère personnel**

Une fiche de traitement des données à caractère personnel, rédigée en collaboration avec Mr MARTIN Pascal, délégué de la Protection des données (DPO) de l'Université de Poitiers, a été enregistrée sous le numéro 202264 le 26/10/2022 sur le registre de traitement de l'Université de Poitiers.

### **2. L'Analyse d'Impact relative à la Protection des Données (AIPD).**

Une AIPD a été réalisée par le DPO, puis signée par la Présidente de l'Université de Poitiers.

### **3. Demande MR-004**

À la suite de l'étude du projet de recherche avec Mr MARTIN, il a été mis en évidence la nécessité de se conformer à la méthodologie de référence MR-004. Une demande a donc été faite auprès de la CNIL et porte la référence 2228158 V0.

### **4. Avis du CER-TP**

Le projet de recherche a obtenu un avis favorable auprès du CER-TP le 10 Janvier 2023, sous le numéro de dossier CER-TP 2022-10-01.

## **D. L'entretien**

### **1. Élaboration du guide d'entretien**

L'étude de la littérature a permis de dégager des interrogations concernant la sexualité et le cancer du sein, qui méritaient d'être approfondies et justifiaient notre travail.

Le guide d'entretien a donc été élaboré pour répondre aux objectifs de notre travail, confronter nos résultats à ceux de la littérature, et rapporter le vécu des patientes concernant nos interrogations.

La première partie du guide d'entretien invitait la patiente à se présenter, décrire son parcours conjugal depuis le cancer du sein et son parcours de soins.

La seconde partie du guide d'entretien interrogeait la patiente sur l'impact physique et psychologique du cancer du sein.

La troisième partie du guide d'entretien s'intéressait au vécu de la patiente concernant l'impact du cancer du sein sur sa sexualité, ainsi que ses répercussions sur l'image corporelle.

Enfin, la quatrième partie du guide d'entretien invitait la patiente à rendre compte de son expérience concernant l'évaluation de sa santé sexuelle au cours de son cancer du sein, et quelles étaient ses attentes vis-à-vis de son médecin traitant à ce sujet.

Le guide d'entretien était composé de quelques questions fermées informatives mais surtout de questions ouvertes, permettant à la patiente de rapporter son vécu le plus librement possible. Des questions de relance permettait de faire préciser à la patiente une idée que l'enquêtrice jugeait intéressante à approfondir (Annexe 1).

Ce guide a évolué progressivement avec les informations apportées par les patientes et leurs remarques. Aussi certaines questions ayant posé un problème de compréhension ont été retravaillées.

## **2. Organisation des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés de Mars à Juin 2023, dans un bureau du cabinet de la MSP de Neuville-de-Poitou, en prenant les dispositions nécessaires afin de ne pas être dérangées.

Tout d'abord, l'enquêtrice se présentait à la patiente.

Ensuite la patiente était invitée à lire la notice d'information élaborée avec l'aide de Mr MARTIN (Annexe 2), ainsi qu'une fiche d'information concernant la protection des données (Annexe 3).

Si la patiente acceptait de réaliser l'entretien, elle était invitée à signer le formulaire de consentement éclairé (Annexe 4), ainsi que le formulaire d'autorisation de captation de la voix (Annexe 5).

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone, puis retranscrits par l'enquêtrice en verbatim mot à mot en y ajoutant les expressions non verbales (silences, rires, pleurs, exclamations, expressions corporelles ...).

### **3. Analyse des entretiens**

L'encodage des entretiens a été réalisé individuellement une première fois sur papier, puis une seconde fois à l'aide du logiciel NVIVO®.

Un second codage des entretiens a été réalisé par Me ELLEUCH Inès, une autre thésarde pour laquelle l'enquêtrice a effectué la même tâche.

Ces codages ont ensuite été comparés selon le principe de triangulation des données afin de permettre une analyse plus fidèle des entretiens.

### III. RESULTATS

#### A. RÉSULTATS QUANTITATIFS

##### 1. Entretiens

Nous avons réalisé au total 14 entretiens individuels semi-dirigés.

La durée moyenne des entretiens était de 36 minutes, avec une durée minimale de 16 minutes, et une durée maximale de 70 minutes.

##### 2. Description de l'échantillon

	Âge * (Années)	SC diagnostic	SC actuel	Délai (Années)	Traitements	CSP	Durée (Min)
<b>P6</b>	45-50	Couple	En couple	0-5	CN / AP / C / R / H	Employés administratifs d'entreprise	17
<b>P12</b>	55-60	Mariée	Mariée	5-10	AT / C / R / Her	Personnels des services directs aux particuliers	65
<b>P21</b>	40-45	Séparée	En couple	0-5	AP / C / R / H	Employés administratifs d'entreprise	49
<b>P28</b>	65-70	Mariée	Mariée	0-5	AP / C / R / H	Retraitée (Commerçants et assimilés)	30
<b>P33</b>	40-45	Pacsée	Pacsée	10-15	CN / AT / C / R / Her	Employés administratifs d'entreprise	68
<b>P37</b>	50-55	Mariée	Mariée	10-15  Récidive	AP / R / H  AT / C	Professeurs des écoles, institutrices et professions assimilées	70
<b>P46</b>	70-75	Veuve	Veuve	0-5	AP / C / R / H	Retraitée (Employés administratifs d'entreprise )	24
<b>P55</b>	60-65	Célibataire	Couple	10-15	AP / C / R	Retraitée (Employés civils et agents de service de la fonction publique)	20

<b>P64</b>	70-75	Mariée	Couple (Divorcée)	25-30 Récidive	AT / R C/ H	Retraitée (Ouvriers qualifiés de type industriel)	21
<b>P68</b>	60-65	Pacsée	Pacsée	5-10	AT	Retraitée (Employés administratifs d'entreprise)	65
<b>P70</b>	70-75	Mariée	Couple (Divorcée)	25 – 30 Récidive	AP / R / C	Retraitée (Professions intermédiaires administratives de fonction publique)	35
<b>P82</b>	65-70	Mariée	Mariée	20-25 Récidive	AP / C / R / H AT	Retraitée (Employés administratifs d'entreprise)	16
<b>P87</b>	75-80	Couple	Veuve	20-25	AP / R	Retraitée (Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées)	16
<b>P91</b>	65-70	Mariée	Mariée	0-5	AP / R/ H	Retraitée (Ouvriers qualifiés de type industriel)	17

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée

AP : Ablation Partielle

CN : Chimiothérapie néoadjuvante

R : Radiothérapie

AT : Ablation totale

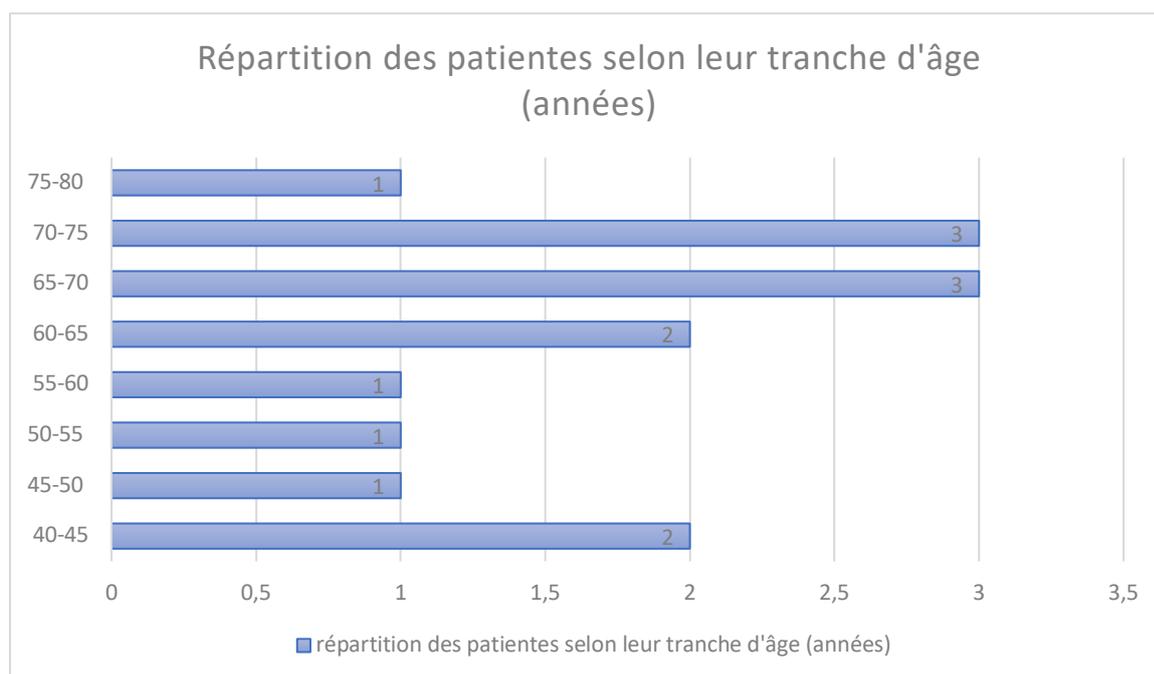
H : Hormonothérapie

C : Chimiothérapie

Her : Herceptin

\* L'âge est exprimé dans ce tableau en tranche d'âge

a) Tranche d'âge des patientes



**Diagramme 1** : répartition des patientes selon leur tranche d'âge.

Pour préserver leur anonymat, les âges des patientes n'étaient pas précis mais inclus dans une tranche d'âge. Comme indiqué dans le diagramme 1, celles-ci s'étendaient de 40 à 80 ans.

b) Statut conjugal (SC)

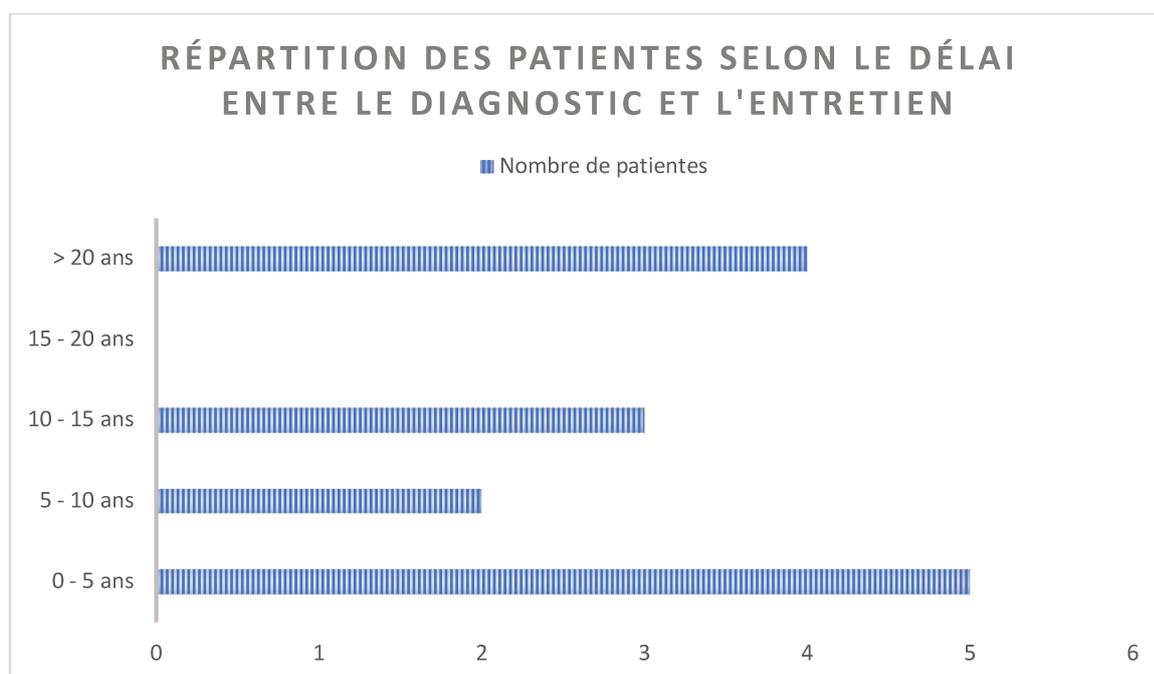
Comme mentionné dans le tableau 1,

11 patientes de notre étude étaient en couple (en couple, mariée, pacsée) au moment du diagnostic. Parmi elles, 8 ne rapportaient pas de changement de statut conjugal ; 2 avaient divorcé et retrouvé un compagnon depuis et 1 était veuve.

2 patientes étaient célibataires au moment du diagnostic et avaient rencontré un compagnon depuis.

1 patiente était restée veuve depuis le diagnostic de son cancer du sein.

c) Délai entre le diagnostic et l'entretien



**Diagramme 2** : répartition des patientes selon le délai entre le diagnostic et le jour de l'entretien.

Comme mentionné dans le diagramme 2, le diagnostic du cancer du sein était très récent pour certaines, et pouvait remonter à plus de 20 ans pour d'autres.

d) Traitements reçus

Comme précisé dans le tableau 1, les schémas thérapeutiques étaient variables selon les patientes : il a consisté en une ablation totale isolée pour une patiente, alors que d'autres ont eu un schéma de soins plus complexe associant chimiothérapie néoadjuvante, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, et hormonothérapie.

Certaines patientes étaient toujours sous hormonothérapie ou chimiothérapie, alors que d'autres n'avaient plus de traitement en lien avec leur cancer du sein au moment de l'entretien.

e) Catégories socio-professionnelles

Comme mentionné dans le tableau 1, différentes catégories socio-professionnelles étaient représentées dans notre étude.

## B. RÉSULTATS QUALITATIFS

### 1. Cancer du sein : impact physique et psychologique

#### a) Impact physique

Quelques patientes ont rapporté ne **pas avoir été affectées sur le plan physique** :

« Non je me sens bien franchement ». P64

« Ho là ça va, j'ai fait le deuil de tout ça ». P68

Une patiente évoquait des **difficultés liées à son âge** :

« La vieillesse est difficile à supporter. » P70

Mais pour beaucoup d'entre elles, le cancer du sein a causé une **asthénie importante**. Certaines évoquaient une réelle **déchéance physique**. La plupart du temps, ces symptômes se sont **atténués avec le temps**, mais pour d'autres, des **symptômes persistent encore actuellement ou sont apparus secondairement** :

« J'étais dans un état, mais une loque, une loque, une loque. » [...] « Donc ça a pris 3 ans et demi avant que je me sente mieux. » P12

« Parce on a quand même une telle déchéance physique » [...] « Ça la condition physique il y a eu un avant et un après ». P37

« Pas au top, parce que je m'attendais pas du tout à ça, je pensais que j'allais reprendre une vie à peu près normale et c'est pas le cas du tout » P6

« Par contre heu c'est après coup que j'étais très fatiguée, et là je me sens encore fatiguée ». P28

b) Impact psychologique

Le **bouleversement psychologique** était présent pour beaucoup, quelques patientes ne l'exprimaient pas. Pour la plupart, les **représentations mortifères** de la maladie ont aussi été évoquées.

Le cancer du sein a provoqué pour plusieurs patientes un **réel ébranlement** sur le plan psychologique avec des **troubles du sommeil** et des **troubles anxiodépressifs**. Là encore, le **temps** a permis à certaines patientes de se reconstruire progressivement :

« *Donc nuits blanches, je dormais plus, j'étais perdue* ». P12

« *Moi j'étais dans un écroulement total [...] Ça faisait 10 ans que ça durait et que j'en pouvais plus quoi. J'étais dans un état de stress et de fatigue permanent, et j'en avais un peu ras le bol de vivre avec ça* ». [...]. *Un peu mieux, là maintenant, ça commence à aller un petit peu mieux* » P33.

« *Du coup quand il y a la fatigue physique, il y a la fatigue psychologique* » [...] « *On peut pas tout gérer je crois* ». P37

« *J'ai mis quand même du temps à me remettre même si ça fait 10-15 ans [...] C'est une résilience, je pense, on met des choses en place pour vivre* ». P68

Les **représentations mortifères** accablaient la plupart des patientes :

« *Parce que c'est vrai que quand vous parlez cancer, les gens ça y est c'est l'équivalent à la mort, alors à chaque fois je disais attendez je suis pas morte hein* » P28

« *Et puis de toute manière on peut rien faire, enfin on peut pas se projeter* ». P37

« *Tu risques de mourir, merde, ça c'est con ça. [Rigole].* » P33

D'autres patientes ne rapportaient **pas de retentissement psychologique** :

« *Moralement, non non ça allait.* » P82

« *Autant l'entourage je pense qu'il le vivait plutôt mal, autant moi j'étais très sereine.* » P28

## 2. Cancer du sein et sexualité

### a) Place de la sexualité

Pour plusieurs patientes, **la sexualité a été mise de côté** au cours de leur cancer du sein :

*« Aucune place, on n'y pensait pas ». P82.*

Certaines évoquaient l'épuisement **physique et psychologique** qui laissait peu de place à la sexualité.

*« Et puis c'est vrai que de toute façon pendant la chimio on est mais tellement fatigué, je m'en foutais, enfin, c'était pas le moment voilà, je le mets entre parenthèse en fait un peu quoi ». P55*

*« Alors je dis pas dans les moments avec chimio là c'est clair qu'on a pas la tête à ça. ». P37*

Et pour d'autres, la sexualité était **secondaire** car leur **priorité était centrée sur elle et le combat contre la maladie.**

*« C'était pas une priorité, voilà je pense que j'étais plus centrée sur ma maladie, sur mon confort ». P28*

*« Y'avait plus rien d'autre qui existait que ce diagnostic en fait ». P33*

*« Heu bah c'est quand c'est compliqué, alors parce que ça m'est quand même arrivé de le faire, non pas que j'avais pas envie, mais ça me coûtait en fait, parce que ça demande une énergie qu'on a pas ... enfin quand on est en bas, même si ça commence à aller mieux, le peu qu'on a on veut tellement se le garder pour soi que voilà ». P37*

Pour beaucoup d'entre elles, l'intérêt pour la sexualité **revenait progressivement** à mesure qu'elles s'éloignaient du diagnostic et que leur quotidien était moins centré sur les soins.

*« Je pense que quand on vous annonce que vous avez un cancer au début on est un peu en retrait de la sexualité. Ça revient après au fur et à mesure que le cancer se soigne entre guillemets, enfin vous voyez, voilà que ça roule. Mais au début, ouais, c'est pas notre priorité franchement ». P64*

*« C'est pas notre priorité en fait dans la première année au moins ». P21*

b) Impact sur la sexualité

Pour certaines, le cancer du sein n'a **pas eu d'impact** sur leur sexualité.

« Ça m'a pas posé de soucis par rapport à l'intimité. » P55

« Donc ça non, ça n'a rien changé dans mon intimité ». P28

Certaines patientes ont d'ailleurs été surprises de ce sujet de thèse :

« Non y'a pas de soucis. Et je vois pas pourquoi il y aurait un impact ». P91

« Là d'ailleurs ça m'étonne même que vous parliez de ça parce que c'est quelque chose que j'ai mis à part comme si c'était 2 choses différentes ». P68

Mais pour un grand nombre, le cancer du sein a eu un **impact parfois majeur** sur leur sexualité : « Ça a été tout de suite la cassure ». P82

Plusieurs causes ont été rapportées :

- Des **difficultés à lâcher prise** :

« En fait je dirais que quand on a un rapport sexuel et qu'on est bien, c'est comme si y'avait un dédoublement de la personne [sourit]. On est là mais on n'est pas là. Y'a un lâcher-prise tel que on est une autre. Alors je suis pas dans la folie hein, mais on lâche vraiment, le lâcher prise, et ça j'y arrive plus ». P12

- Un **épuisement physique** secondaire aux traitements :

« Mais franchement on est tellement à plat que je sais pas vraiment ce qu'on peut faire ». P21

« Donc là c'est clair que oui quand t'es une loque, une sexualité aboutie jusqu'au bout, ça demande quand même de l'énergie ». P12

« Vu l'état, il voyait bien que quand il arrivait dans le lit c'était pas possible ». P37

- Des troubles **anxiodépressifs** :

« La lubrification ne se faisait pas en fait. Mais je pense parce que dans ma tête c'était pas possible, donc enfin voilà tout est lié. Donc quand la tête veut pas, le corps nous dit non c'est pas la peine » P37

« Dès que j'ai un peu la tête prise, que je suis un peu angoissée, un peu stressée ou autre alors là c'est même pas la peine, je sais très bien que je vais pas décoller. » P33.

A noter que certaines patientes ont mis du temps à verbaliser leurs difficultés sexuelles :

« *Si je vous dis sexualité et cancer du sein, qu'en pensez-vous ? Ha là, y'a un lien. [Rigole]. Bah ça a rien changé hein* ». Plus loin dans l'entretien : « *Bon bah si vous voulez aller plus loin dans la sexualité, c'est plus pareil évidemment* ». P68

Comme pour l'intérêt sexuel, les troubles de la sexualité **s'estompaient** pour certaines avec le temps :

« *Non pendant la chimio ça a été un peu compliqué mais après c'est revenu* ». P6

Certaines admettent **ne pas avoir retrouvé leur sexualité antérieure** au cancer du sein :

« *Non et puis je sais pas si j'en ai vraiment envie, enfin c'est pas que j'en ai pas envie mais c'est tellement loin, j'ai oublié* ». P12

Alors que d'autres **ont retrouvé leur sexualité antérieure** :

« *Oui [...] mais c'est vrai qu'il a fallu le temps que tout se remette en place. Y'a eu un temps entre les 2 : la séparation, la maladie, et une reprise entre guillemets* ». P21

### c) L'impact sur le désir

Pour les patientes rapportant un impact sur leur sexualité, le **désir** était souvent le plus impacté :

« *Le cancer oui parce que y'aurait pas eu le cancer, j'étais toujours dans la même envie sexuelle vis-à-vis de lui, je veux dire y'avait pas de perte à ce niveau-là* ». [...] *Mais le désir sexuel n'est plus là et ça c'est clairement en lien. En tout cas moi je le mets clairement en lien avec tout ça* » P33

« *Ben disons que c'est sûr que quand on a le traitement et puis après, les envies sont amoindries hein. [Rigole].* » P70

Pour d'autres, **leur désir n'a pas été impacté** par leur cancer du sein :

« *Ben pas grand chose dans la mesure où ça n'a rien changé au niveau de la libido, du tout. Non du tout* » P28.

« *Oh ça a pas touché à ça, ha non* ». P68

L'**orgasme**, bien que moins souvent cité par les patientes, pouvait aussi être impacté :  
« *Ouais le plaisir commençait à monter et puis plus rien, ça s'arrêtait et ça me faisait pleurer, enfin... j'en pleurais après* » [...] « *Il y a des moments où on va faire exactement le même acte sexuel et je vais avoir un orgasme, et il y a des moments où y a rien quoi, c'est vraiment rien.* » P33

d) *Les douleurs pendant les rapports sexuels*

Quelques patientes ont rapporté des **dyspareunies**, qu'elles associaient aux effets secondaires des traitements, représentés principalement par la **sécheresse vaginale** :

« *Les rapports me font mal quand il y a pénétration, faut vraiment que je lubrifie* ». P33

« *Ha c'est brûlure, vraiment une sensation de brûlure, comme si c'était à vif.* » P12.

« *Heu oui la lubrification ne se faisait pas en fait* ». P37

Alors que la plupart **n'en présentaient pas** où n'ont pas évoqué ce symptôme.

« *Bah moi heu j'ai pas de douleurs en fait, du tout quoi* » P55

« *Je crois que j'en ai pas eu* » P21

e) *Troubles de la sensibilité*

Le sein était décrit comme une **zone érogène** :

« *Et je trouve que c'est l'organe le plus sensible de la femme, du toucher, de tout, c'est la zone la plus sensible* ». P91.

Plusieurs patientes ont rapporté des **troubles de la sensibilité**, de nature différente. Certaines rapportaient une **hyperesthésie** :

« *Donc je sais que même encore aujourd'hui, y a des soirs où je lui dis non tu le touches pas. Voilà, il le sait, et malheureusement c'est ça ou rien. [Rigole].* » P21

« *La sensibilité, parce qu'il est encore fragile, enfin hypersensible aussi, j'ai pas les mêmes sensations que sur l'autre quoi* ». P6

D'autres patientes décrivaient, à l'inverse une **anesthésie** de la zone opérée :

« On sent rien hein, là vous avez le mamelon on sent plus rien. » P68

« Toute la partie de la cicatrice j'ai pas de sensation, je sens pas quoi ». P55

Une patiente rapportait quant à elle une **froideur** du sein :

« On en rigole parce que c'est une partie qui est encore froide des fois [Rigole] ... et d'ailleurs il me dit mais comment tu fais pour avoir le sein froid ? .. » P37

#### f) Tendresse, caresses

De nombreuses patientes ont rapporté avoir besoin de **tendresse**, de **contacts physiques non sexuels**. Pour certaines, les caresses ont pris beaucoup de place dans leur sexualité, remplaçant parfois l'acte sexuel :

« Et au moment de l'annonce ça a été plus de la tendresse, plus de l'attention, enfin voilà c'était plus ça » [...] « Quand y'a pénétration, c'est très rare, c'est vraiment très très rare que j'arrive à avoir un orgasme, c'est plutôt dans les caresses, donc euh comme du coup on fait des préliminaires assez longues, le plus souvent on arrive à ce que j'ai un orgasme dans les préliminaires ». P33.

« L'acte n'était pas possible, par contre les câlins, la tendresse, ça j'en avais besoin ». P37

#### g) De nouveaux codes sexuels

Les troubles de la sexualité ont demandé aux couples de **réinventer leur sexualité**, d'**adapter** celle-ci à leur état physique et psychologique, de prendre en compte les **douleurs** :

« Elle est complètement différente aujourd'hui, ah oui ça s'est sûr ». [...] « Donc on a complètement adapté notre sexualité à tout ça. » [...] « Alors sexuellement avant tout ça il venait sur moi comme moi je venais sur lui. A partir du moment où j'ai eu ce cancer, alors ça a continué au début mais quand j'ai eu l'hormonothérapie et que j'ai pris en plus les 20 kg, là c'était fini. C'est-à-dire que c'était dans le noir, je ne voulais pas qu'il allume la lumière, c'était lui sur moi parce que moi j'avais peur de l'étouffer. Et pour vous dire, je suis remontée sur lui il y a 2 semaines, ça faisait des années. [Rigole]. Ça faisait 10 ans, et il me l'a dit. » P33

« Au départ je voulais pas qu'il voit mon sein dans l'acte sexuel, enfin le non sein je veux dire. Donc je m'arrangeais pour qu'il voit pas. » P37

« Oui voilà la sexualité est différente en fait. C'est complètement différent, par contre c'est pleinement, voilà. » P37

« Par contre il n'y a plus de pénétrations ». P12

#### h) La peur des rapports sexuels

Une patiente évoquait une **appréhension** aux rapports sexuels liée aux dyspareunies :

« C'est-à-dire que quand il venait vers moi y'avait la double chose, c'est-à-dire j'avais pas l'envie, j'avais pas le désir mais en plus j'avais peur, j'avais peur de ce qui allait se passer. Du coup je fuyais, parce que je savais que si on commençait ensemble, il allait vouloir aller jusqu'à la pénétration, donc je préférais qu'il y ait pas du tout de rapport ». P33.

#### i) La sexualité solitaire

Une patiente rapportait que la **masturbation** avait été très aidante pour ses troubles de la sexualité :

« Et heu du coup oui, je me masturbais. Au démarrage, c'était vraiment surtout pour me rassurer, c'est à dire je suis encore en capacité de prendre du plaisir ». P33.

Pour d'autres, la sexualité solitaire n'a **pas eu de place** au cours du cancer du sein.

« Euh non y'en a pas. [Rigole] Y'en a eu mais il n'y en a plus. [Explose de rire]. » P46

« Alors pour moi absolument pas, ah non ». P37

j) Violences sexuelles

Une patiente ayant perdu tout désir sexuel s'est retrouvée confrontée aux **sollicitations sexuelles** de son mari qui restait dans les mêmes demandes, ce qui l'a interpellée sur la question du **consentement** au sein du couple. Il lui est aussi arrivé de demander à son mari de l'encourager à avoir des rapports sexuels au début des traitements :

*« Pendant les traitements, il a fallu que Monsieur fasse du forcing, très concrètement, et heuu, je lui disais d'en faire » [...]*

*« C'est-à-dire qu'avant on était vraiment tous les 2 sur la même longueur d'onde sexuelle. Et il y a eu un moment, lui avait des envies que je n'arrivais plus à satisfaire quoi. Et c'est là où je me suis dit bah il sait pas comment faire quoi. Il a ses désirs, il a ses désirs avec moi, sauf que moi j'ai pas les mêmes ».*

*« Plus aujourd'hui, mais oui très concrètement, il y a eu un moment où je lui ai dit, mais écoute achète toi une poupée gonflable quoi enfin ». [...]*

*« Ha c'est insupportable, c'est insupportable, ça me foutait en colère. Il y a eu une fois où j'en ai pleuré et où du coup il était tellement, TELLEMENT mal. Ha oui vraiment là il s'est vraiment rendu compte, mais il m'a dit mais mon désir m'a complètement dépassé quoi. Je dis bah ouais mais on est 2 ». [...].*

Une autre patiente rapportait des **antécédents d'abus sexuels dans l'enfance**, ayant impactés toute sa vie sa sexualité :

*« J'ai été violée, voilà, donc ça a forcément ... euh ...voilà je suis quelqu'un de pudique ». [...]* « Ben je dirais que c'est pas le cancer du sein l'impact, c'est le viol » [...]

*« Mais bon vous voyez je suis peut-être pas le bon patient pour vous raconter ça parce que j'ai un vécu avant le cancer du sein qui est très lourd ».*

k) La ménopause induite

Plusieurs patientes ont évoqué la **ménopause** secondaire aux traitements, ayant un **impact sur leur qualité de vie et sur leur sexualité** :

« Et puis le souci de la chimio, déjà vu mon âge mais chez les jeunes ça arrive aussi, c'est que j'ai eu la ménopause en accéléré. Donc sécheresse vaginale, mais je sais pas comment c'est pour les personnes ménopausées mais il ne peut pas me pénétrer, ça me brûle ». P12

« Les débuts de l'hormonothérapie ont été compliqués parce que je ne supportais pas les bouffées de chaleur jours, nuits, à exploser en fait, et puis à plus dormir ». P21

l) La sexualité et l'âge

De nombreuses patientes ont évoqué leur **âge** et l'ont parfois mis en **lien avec leurs troubles de la sexualité**.

« Enfin, bon après on vieillit aussi hein, peut-être que ça serait aussi différent même sans ça » P37

« Puis après avec l'âge que j'ai, bon faut dire que la libido elle est un peu calmée » P64

« Bon alors là maintenant j'ai lâché aussi parce que bon « 70-75 ans », je suis plus dans le ... comment on dit ? Le désir de plaire ». P70

m) La culpabilité

Ces troubles de la sexualité pouvaient être source de **culpabilité** envers leur conjoint, comme le racontait une patiente :

« Très concrètement je me culpabilisais. J'avais l'impression de lui enlever tout un truc et de pas être à la hauteur de ça quoi [...] Je trouvais qu'il y avait déjà tellement de changements dans notre couple, c'est très con à dire mais c'est vrai que j'avais pas envie de lui imposer un changement de ce type-là » P33

### 3. Cancer du sein et impact sur l'image corporelle

Le cancer du sein et surtout l'ablation du sein avaient des répercussions sur l'image corporelle de nombreuses patientes, entraînant parfois des **difficultés à accepter leur corps** :

*« Je me suis dis, bah oui c'est ça maintenant, faut se réapproprier son corps. Mais je m'écroulais dans la douche, j'hurlais [suite à sa mastectomie]. » P12*

*« J'ai une histoire familiale pas simple du tout et mon image était déjà très abimée. C'est vrai que le cancer est venu appuyer sur cette image-là, et m'a mise vraiment par terre. » P33*

*« Enfin c'est pas son corps donc avant de l'accepter ». P37*

#### a) Une amputation traumatique du corps

Pour beaucoup d'entre elles, l'ablation du sein, qu'elle soit partielle ou totale, a été vécue comme une véritable **amputation**. Le **deuil du sein** qui en découlait a pu être difficile pour certaines patientes :

*« Il est où mon petit sein, c'était le plus joli ». P12*

*« Parce franchement on vous dit vous êtes prêt, ouais mais sur le moment j'étais sur le cul quoi, ah ouais là trop dur. Je pense que c'est ça faudrait peut-être montrer des photos ». P68*

De nombreuses patientes rapportaient avoir rencontré des difficultés à accepter le **creux**, le **vide** secondaire à l'ablation.

*« Et puis, je sentais mes côtes, c'est étrange hein. Plus de sein mais je sentais mes côtes, je pensais pas que j'allais sentir mes côtes » P12*

*« Moi la première fois que j'ai vu, je me souviens de cette première réaction que j'ai eu, mais ce vide. Pourtant j'y étais préparée, ça sert à rien, quand ils vous ôtent le truc haaa, c'est terrible, en plus on a l'impression qu'il y a un trou » P68*

*« C'est plus pareil évidemment, parce que s'il prend votre poitrine, il prend qu'un sein ». P68*

b) Une certaine asymétrie

Les patientes **opposaient souvent leur sein malade à leur sein non malade.**

« Quand on touche c'est naturel, alors que l'autre côté ça l'est pas du tout. Alors moins maintenant parce que vraiment, elle [la prothèse] s'est noyée ». P37

« Ça a toujours été ... mon côté féminin [montre le sein non opéré] et masculin [montre le sein mastectomisé], c'est bizarre de dire ça mais ça me fait cet effet. » P68

« Alors c'est vrai que moi j'ai eu la chance d'avoir une prothèse aussitôt, donc quand on sort de l'hôpital, c'est symétrique globalement ». P37

c) La cicatrice

La **cicatrice**, et plus particulièrement l'**esthétique** de celle-ci avait une importance non négligeable :

« J'ai juste une petite cicatrice, 3 fois rien quoi. » P46

« Et il [son mari] m'a dit « han mais c'est joli ce qu'il t'a fait, quelle belle cicatrice ». P6

« Et puis c'est vrai que quand ils m'ont opéré je ne sais pas s'ils ont fait ça dans l'urgence, mais ils ont pas fait une très belle cicatrice quand même hein. Esthétiquement c'est pas très beau d'ailleurs maintenant ». P64

d) Les représentations vis-à-vis de la mastectomie

Les patientes ayant eu une mastectomie évoquaient de la **souffrance** face aux **représentations sociétales** de la perte d'un sein. Contrairement à celles qui n'en n'avaient pas eu et qui parlaient de **soulagement** voire de **privilege** :

« Bah je pense que moi j'ai eu la chance de pas avoir d'ablation complète du sein, c'est vrai que je me disais mais si jamais ils m'enlèvent le sein, je pense que ça doit être extrêmement compliqué. Bah déjà c'est la féminité quand même, par rapport à l'homme, je pense. Et puis par rapport à l'image qu'on se fait de soi ». P46

« Je me sentais pas non plus atrophiée du fait qu'on m'avait juste enlevé cette tumeur. Donc ça changeait rien au niveau physique. Je pense que je l'aurais peut-être moins bien vécu si on m'avait enlevé un sein, je pense que là ça aurait été plus compliqué » P28

« Parce que ma belle-sœur, enfin bon, bah moi je venais d'avoir l'ablation y'a peu de temps, elle m'a dit moi j'aurais jamais choisi l'ablation, j'aurais préféré mourir. Booooh ouais bon ... [marque silence]». P68

« Bah je pense comme que tous les hommes ils aiment bien mettre les mains là [Rigole]. Parce que c'est comme on dit, il y a une histoire comme ça : une femme sans seins c'est comme un costume sans poche on sait pas où mettre les mains. » P91

#### e) La reconstruction mammaire

La reconstruction mammaire avait pu être une réelle **aide** dans le cheminement d'acceptation de leur corps :

« Et ça a été un renouveau, à partir du moment où je n'avais plus à mettre ma prothèse dans mon soutien-gorge, que je pouvais me pencher et pas mettre ma main ». P12

« Après quand elle [sa prothèse] s'est faite à moi ... ou moi à elle je pense qu'il y a un peu des 2, les relations [sexuelles] plus normales ont pu s'installer ». P37

Une patiente avait préféré de ne pas avoir recours à la reconstruction mammaire du fait de son **âge** :

« Pour une jeune femme de 30 à 40 ans, c'est sûr que quand elles se font enlever un sein, qu'elles se le fassent refaire pour moi c'est logique. Mais moi à mon âge j'en voyais pas la nécessité. » P91.

Pour d'autres patientes, le choix d'avoir recours à la reconstruction mammaire avait été influencé par la **rencontre d'un compagnon**, entraînant l'incompréhension d'une patiente :

« J'ai une amie qui disait qu'elle connaît quelqu'un qui se fait reconstruire parce qu'elle a trouvé un compagnon, parce qu'elle ne veut pas lui montrer. Donc c'est là je me dis bah j'avais pas pensé à ça moi. Donc ça prouve que oui ça créé un impact, moi j'aurais pas pensé ça comme ça, parce que quel rapport ». P68

Cette même patiente exprimait son refus de la reconstruction mammaire, annonçant un **rapport bénéfice/risque défavorable** :

« Bon après je me dis bon je suis encore en vie quoi, je vais pas provoquer des trucs au niveau esthétique ». P68

Une autre patiente avait envisagé de faire une reconstruction suite à la rencontre de son ami mais s'est ravisée, ne souhaitant **pas subir une nouvelle opération** :

*« J'ai voulu faire de la reconstruction quand j'ai rencontré mon 2<sup>nd</sup> mari pour lui faire plaisir. Et puis encore une opération, se déshabiller, j'ai dit non on abandonne. » P70*

f) La dévalorisation de l'image corporelle

Plusieurs patientes ont eu des propos **dévalorisants** envers elle. Cette dévalorisation était souvent mise en lien avec une **déchéance physique** :

*« Tu deviens cadavérique, tu deviens blanc, tu deviens jaune, tu deviens ... t'es minable, t'as plus de sein, t'as plus de cheveux, t'as plus de cils, t'as plus de sourcils, tu tiens plus debout » [...] « C'est ... pas un corps désirable ». P12*

*« Quand je me regardais je me trouvais affreuse. Je sortais de grossesse, j'avais encore mon ventre de grossesse, j'avais mes vergetures, j'avais mon sein en moins. » P33*

Une d'entre elles **renonçait à rencontrer quelqu'un** pour cette raison :

*« J'en parlais avec ma sœur hier justement, elle me disait « ben tu n'y penses pas ? » [rencontrer quelqu'un]. Je lui dis non j'ai même pas envie, et puis je me trouve tellement moche que j'ai même pas envie ». P46*

Cette dévalorisation pouvait aller jusqu'à la **déshumanisation**, une patiente se comparait à un **monstre** :

*« Bah moi dans ma tête je me vois comme une espèce d'objet affreux, une espèce de monstre, enfin vraiment, je pouvais pas me regarder dans un miroir, c'était pas possible, c'était vraiment pas belle quoi ». P33*

g) La prise de poids

La prise de poids secondaire à l'**hormonothérapie** a souvent été évoquée, avec un **impact psychologique**, sur l'**image corporelle**, sur la **féminité** et sur la **sexualité** :

« Quand j'ai eu l'hormonothérapie et que j'ai pris en plus les 20 kg, là c'était fini. C'est-à-dire que c'était dans le noir, je ne voulais pas qu'il allume la lumière, c'était lui sur moi parce que moi j'avais peur de l'étouffer » P33

« Je me trouve très moche, parce que je supporte pas d'avoir des kilos en trop comme ça. Vraiment. » P46

« Je le vis pas très bien, parce que j'arrive pas à m'habiller comme j'ai envie ... j'ai une garde-robe je la regarde mais je peux plus rentrer dedans. » P28

h) La perte des cheveux

La perte de cheveux secondaire à la chimiothérapie a parfois été éprouvante, certaines patientes rapportaient un sentiment de **honte**, **refusant de se montrer sans cheveux à leur époux** :

« Même mon mari actuel ne m'a jamais vu hein [sans cheveux], jamais jamais. Je me suis acheté un bandana, je mettais des jolis foulards et tout, mais je l'enlevais quand la lumière était éteinte, et le matin tout de suite, je le remettais » P64

Pour d'autres, la perte des cheveux a été **moins douloureuse**, grâce aux **soins de supports** et à un **accompagnement adapté** :

« Heuu bah pas si mal que ça, en fait, j'ai trouvé que mon crâne était beaucoup plus beau que ce que je pensais en le touchant [Rigole]. » P33

« Hé ben non pas du tout. Pas du tout parce que du coup j'étais suivie par une coiffeuse sur X, heu, qui fait tout ce qui est prothèses capillaires, et je suis allée la voir dès le début, et elle m'a rassurée, et ça s'est super bien passé » P6

i) Le corps objet de soin

Plusieurs patientes ont rapporté avoir eu le sentiment que leur corps était devenu un **objet de soin**. Une patiente révélait s'être sentie **agressée dans son intimité**.

« *Mon corps il ne m'appartient plus, y'a plus d'intimité, c'est un objet de soins en fait* »  
[...] « *C'est vraiment des trucs où je me dis putain y'a des moments dans la vie de femme où notre corps ne nous appartient plus, il est au corps médical* » P33

Une autre patiente relatait plusieurs rendez-vous médicaux. **L'approche du professionnel de santé impactait beaucoup son image d'elle-même** :

« *Il [le médecin] a été odieux. J'étais pas un être humain. Il a fait tout son examen, qui était long, sans me regarder, sans me parler, j'avais les larmes qui coulaient, et rien. Et à la fin voilà quoi, tu te rhabilles, tu repars, t'as tes résultats. Et je me suis sentie un animal, je me suis pas sentie femme. Alors non ça c'était horrible, horrible* ». P12

Alors que pour un autre rendez-vous :

« *Ça a été rassurant, humain, et j'avais quelqu'un qui me voyait en tant que femme et pas en tant que malade.* » P12

La **répétition des examens sur le sein** avait pu être **intrusif** dans leur intimité pour certaines patientes :

« *C'était je sais plus quel médecin, et pour moi il avait pas lieu de regarder en fait, et il m'a dit bah je vais regarder quand même. J'avais envie de dire oui bah au point où on en est en fait. Après on se pose plus de questions en fait.* » P21

« *On a l'impression de plus en avoir en fait [d'intimité] parce que à l'hôpital tout le monde va regarder [...] Toute façon on a pas le choix* » P21

« *Être obligée de se déshabiller sans arrêt, pour moi c'était une corvée, j'avais l'impression de passer ma vie à poil comme on dit.* » P70

Pour d'autres patientes, une réelle **séparation** s'était opérée entre les examens et l'intimité.

« *On est dans le cadre médical, donc tant qu'on est dans le cadre médical ça ne touche pas à mon intimité, ça reste médical* » . P12

« *Non enfin c'est un examen comme un autre pour moi, non ça change rien* » P68.

j) Préserver la féminité

Pour une patiente, le maquillage était l'affirmation de sa **féminité** et de sa **coquetterie**. Renoncer à sa féminité, c'était **laisser gagner la maladie**.

*« J'ai toujours été quelqu'un, et c'est ce qui m'a sauvé aussi, de très coquette. Jamais vous ne me verrez sans maquillage, systématiquement, même malade. Même le lendemain de mon opération avec les drains et tout, j'ai réussi à attraper un mascara, et clack clack. Comme ça pour la visite j'étais ... [Rigole]. Et ils [les 2 chirurgiens] sont venus me voir, et puis heu j'étais maquillée, et puis y en a un qui dit non mais est-ce que vous avez conscience de ce que vous avez. Et je lui ai dit ben alors c'est parce qu'on a un cancer qu'on doit être au fond du trou ? Et puis l'autre répond, les coquettes elles s'en sortent toujours. Et c'est vrai, c'est ce qui m'a sauvé, la coquetterie ». P70*

Une autre patiente exprimait son sentiment de **perte de féminité** à travers la perte des cils, des sourcils et par son épuisement physique rendant le **maquillage illusoire**. Pour elle, **l'image renvoyée par les médias** maquillait la réalité du quotidien d'une femme atteinte d'un cancer :

*« Et puis quand on voit des femmes qui passent à la télé, elles sont toutes jolies, mais c'est pas ça hein, c'est pas ça. Alors elles ont un cancer du sein, elles sont maquillées, elles sont toutes mignonnes, les cils sont faits, les ... Mais non non non [...] t'as plus de cheveux, t'as plus de cils, t'as plus de sourcils ». P12*

Pour certaines femmes, la féminité s'exprimait au travers de la lingerie. Le cancer du sein avait pu être moteur pour l'achat de **lingeries sensuelles voire érotiques**.

*« Bah après j'avais pris l'habitude de mettre un soutien-gorge et de garder toujours cette partie cachée. Mais à ce moment-là j'avais choisi des soutiens-gorges plus sexy. C'est ce qui paraît étonnant c'est que je me suis mise à acheter des soutiens-gorges que j'achetais jamais en fait, que je mettais pas du tout avant, je mettais pas en valeur, là c'est comme si j'allais mettre en valeur un sein on va dire ». P68*

Elles ont parfois pu rencontrer des **difficultés** à trouver de la lingerie adaptée, en rapport avec l'**asymétrie** précédemment évoquée :

*« Ben le cancer du sein où ça me pose le plus problème c'est qu'il y a aucun soutien-gorge qui me va, de ce côté-là c'est trop grand et de ce côté-là c'est trop petit » P70*

#### 4. Les liens affectifs avec le conjoint

Le cancer du sein est une véritable **épreuve** dans une vie de couple, comme le décrivait une patiente :

*« C'est là où on voit le degré de relation aussi, qu'est-ce qu'on attend de l'autre, et puis voilà si c'est fort. A chaque fois moi je me dis soit on se renforce, soit ça casse de toute façon. Toutes les épreuves c'est ça en fin de compte, je vois ça comme ça ». P68*

##### a) Le renforcement des liens avec le conjoint

Pour certaines patientes, le cancer du sein avait **renforcé les liens affectifs** dans leur couple. Elles s'en estimaient **privilégiées** :

*« Plus forts [Fronce les sourcils]. Plus forts. On s'est même rapproché » [...]« De toute façon, moi j'ai la chance d'avoir le mari que j'ai ». P12*

*« C'est une autre vie personnelle, familiale et de couple. Pas complètement changée, parce que c'est très proche comparé à avant, mais ça a renforcé. Ça c'est une chance parce que je sais que c'est pas le cas de tout le monde, » P37*

Entre autres, ce renforcement des liens s'exprimait par le **soutien** et l'**accompagnement** de leur conjoint **dans leur parcours de soin**.

*« J'ai toujours été accompagnée par mon mari hein, à chaque chimio aussi. » P12*

*« C'est lui qui m'a portée à bout de bras » [...] « On se dit à 2 on sera plus fort » P37*

*« Même si c'était dur, il voulait voir, il voulait participer, bon voilà j'ai eu cette chance aussi d'avoir quelqu'un qui soit toujours là ». P68*

##### b) La distance émotionnelle au sein du couple

Une patiente racontait son émotion, sa colère face aux patientes **non soutenues** par leur compagnon :

*« Et quand on voyait, alors essentiellement des dames venir seules mais pour moi c'était mais ... inconcevable, je me dis mais comment, enfin ouais ça me bouleverse encore ». P37*

Cette distance pouvait être aussi **intime** :

*« Voilà parce que pour en avoir entendu parler, les hommes réagissent pas tous de la même manière. Il y en a qui partent et d'autres qui ne vont pas toucher à leur femme pour X raisons ». P37*

Une patiente racontait que son mari l'avait **astreinte à dormir sur le canapé**, ne voulant pas changer ses habitudes de sommeil, comme elle le lui demandait suite à sa mastectomie :

*« Alors c'est moi qui couchais dans la salle à manger sur le canapé, et lui dormait dans la chambre. Parce que moi c'était du côté droit, et lui il voulait dormir que du côté droit. Ah je vous ai dit qu'il était macho. ». P70*

Une patiente dont le compagnon n'avait pas été aidant rapportait avoir trouvé le soutien auprès des **professionnels de santé**.

*« A ce moment-là, j'étais avec un monsieur qui a refusé, enfin qui a pas du tout été aidant ni rien du tout. [...] Mais j'ai trouvé que le personnel était très à l'écoute, donc même si on a pas le soutien à la maison on l'a autrement. » P87*

### c) Rupture, divorce

Une patiente confiait avoir **pensé à quitter son compagnon** à la suite de son cancer :

*« Il ne m'accompagnait jamais chez l'oncologue, j'y allais toute seule » [...] « Ça a failli provoquer notre rupture. [...] Enfin moi cette non écoute, et cette non protection vis-à-vis de moi, je le vivais très très mal » [...] « C'est pour ça qu'on est passé pas loin de la rupture aussi, [...] parce qu'il continuait à être dans sa coquille qu'il refusait de casser. » P33*

Pour une autre patiente, le cancer du sein avait été **l'élément déclencheur de son divorce** :

*« Ça a fait basculer ma vie, parce qu'on a divorcé. C'est suite au cancer du sein que vous avez divorcé ? Ah bah oui oui oui, c'est très net, heu oui oui c'est ça qui a fait qu'on a divorcé. » P70*

Certaines rapportaient des **expériences partagées par d'autres patientes** :

*« J'ai eu des couturières qui avaient un cancer du sein qui sont restées avec leur mari le temps de leur maladie, mais après coup, vu que leur mari n'était pas présent, elles ont vu qu'au moment où ça allait pas, y'avait personne, donc elles ont divorcé. Ouais j'ai eu des femmes, je dirais maltraitées hein par leurs hommes. Maltraitées, parce qu'elles ont pas besoin de ça hein. » P12.*

d) Les rôles au sein du foyer

L'**épuisement physique et/ou psychologique** pouvait être à l'origine d'un **bouleversement des rôles au sein du foyer**, comme l'ont rapporté plusieurs patientes :

*« Et il voulait rien bouger. C'est-à-dire que dans la maison, dans l'organisation, dans tout ça il fallait que rien ne change. [...] Parce qu'en fait, on le sait il [le conjoint] porte énormément de choses, il se met une pression pas possible sur les épaules parce que il doit tout porter : les enfants, la famille, le quotidien, le enfin voilà. » P33*

*« Alors je faisais tout tout tout, mais ce qui s'appelle tout. Alors à partir de l'instant où j'ai eu ce cancer du sein, alors il y a plein de choses que je pouvais plus faire, ou de façon très imparfaite. Alors il [son ex-mari] disait partout ha elle est plus ce qu'elle était, elle est plus ce qu'elle était. » P70*

A l'inverse, une patiente rapportait que le cancer du sein n'avait eu **aucune répercussion** au sein du foyer.

*« J'ai toujours jardiné, j'ai toujours fait de tout, j'ai tout géré à la maison, j'ai jamais eu de coup de pompe ou de choses comme ça quoi. » P28*

Une autre ajoutait que vivre au quotidien avec un malade pouvait être **difficile** :

*« En plus oui il y a des moments où on peut être très dur en tant que femme quand on vit des choses comme ça, avec son partenaire, en disant moi j'ai vécu ça pas toi, tu peux pas comprendre ». P68*

e) Le regard du conjoint

Pour la plupart d'entre elles, le regard de leur conjoint sur leur corps n'avait **pas changé**, leur **amour n'en avait pas été impacté** :

« Je suis sa femme, je suis belle, sans cheveux, sans sourcils, sans cils je suis belle. »

[...] Lui je suis la femme de sa vie, donc avec ou sans sein [rigole], il m'aime » [...]

« Et pourtant c'est important pour lui, parce qu'il l'aimait ma poitrine ». P12

« Ben lui y a pas de changement, enfin je reste la femme d'avant quoi ». P6

« Et le fait que lui me voit toute nue et continue à avoir envie de moi, je me disais il est timbré en fait [Rigole] ». P33

## **5. Évaluation de la santé sexuelle au cours du parcours de soin du cancer du sein**

a) La sexualité : un sujet tabou

Pour la plupart des patientes, la sexualité restait un sujet **tabou, y compris dans le milieu des soins** :

« Ça reste très tabou hein. On peut parler de nos poils, de nos règles, y'a pas trop de soucis, mais dès qu'il s'agit de parler de sexualité on est toutes un peu enfermées dans notre truc ». P33

« Sincèrement on ne parle pas de ça. Autant à la fin de chaque atelier d'écriture, on va manger au café-brasserie en face, et là on échange, on peut parler du cancer, on peut parler d'un tas de trucs mais sexualité on a jamais parlé non ». P46

Une patiente rapportait avoir essayé d'aborder ses troubles de la sexualité avec son médecin traitant mais une **gêne** s'était installée dans la consultation :

« Très très gênée. Il y a eu une fois où j'ai commencé à parler du fait que dans les relations avec mon compagnon ça devenait difficile, et je l'ai vue rougir en fait. [...]. Du coup ça la gêne, et du coup ça va me gêner moi aussi. » P33

Pour une patiente, ce sujet devait **évoluer avec la société**, et ne plus être tabou :

« Ben écoutez-moi y a un truc que je comprends pas, pourquoi c'est tabou ? Parce que à l'école maintenant on en parle de la sexualité. » P91.

b) Le partage d'expérience entre patientes

**Le partage d'expérience lors des séances de chimiothérapie ou d'amies** ayant eu un cancer du sein était une source fréquente d'information :

*« On a une copine qui l'a eu il y a quelques années, et c'est elle qui nous donnait les tuyaux en fait. Mais c'est comme ça qu'on apprend les choses en fait, entre copines, entre patientes, en parlant. C'est pas les médecins qui nous disent en fait ». P21*

*« Il y a eu aucune info hormis ce qu'on se raconte entre patientes en fait. Très concrètement, c'est là qu'on apprend plein de choses hein. Quand on est dans les salles de chimio, quand on arrive à être avec des qui ont déjà un peu de bouteille [Rigole]. C'est bizarre ça fait comme si on avait une expérience professionnelle quand je dis ça. » [...] « Après on parle pas forcément de sexualité au milieu de la salle de chimio mais par contre de dire dis donc je prends de l'hormonothérapie, c'est plus difficile dans mon couple bon. Ben voilà tout le monde comprend autour, et on se dit ah tiens on est pas toute seule. » P33.*

Certaines patientes auraient **souhaité partager leur expérience**, que cette épreuve soit **utile** pour les autres patientes :

*« Moi j'ai trouvé que de par mon expérience je pouvais aussi apporter quelque chose aux gens quoi » P55.*

*« Parce que je me dis moi j'ai une expérience à apporter. Je me dis mais à quoi ça sert tout ce que j'ai vécu si je ne peux pas le partager avec une personne qui a ça » P68.*

c) Les échanges avec les soignants

Pour la plupart des patientes, **aucune information** n'avait été délivrée au cours de leur parcours de soin concernant l'impact sur la sexualité, **à l'hôpital comme en extrahospitalier**. Aussi, beaucoup n'avaient **pas eu d'évaluation de leur santé sexuelle** :

*« Rien, c'est la surprise » P12.*

*« Alors sur la sexualité, j'ai pas le souvenir qu'on ait eu 1/4 d'heure, 10 minutes sur ce thème là. C'était plus les conséquences de la chimiothérapie, par rapport à l'alimentation, les cheveux bien sûr, la fatigue. Mais euh sur la sexualité non, il y a pas eu de temps sur ça » P37*

*« On est pas informé, non, ou alors j'ai peut-être pas voulu entendre, mais non je crois pas ». P70*

Quelques patientes ont mentionné avoir échangé au sujet de la sexualité avec un professionnel de santé.

Pour une patiente, c'était la **gynécologue** qui avait initié le sujet plusieurs années après son cancer :

*« C'est elle qui a lancé le sujet, en me disant voilà ça a fait beaucoup d'impact, comment ça se passe sexuellement avec votre compagnon ? Et puis elle parlait pas de relation, elle parlait sexuel quoi. Et heu bah du coup ça donne plus de marge pour se dire ok la question elle est sexuelle je vais lui dire ce qui se passe. P33*

Pour une autre, la question de la sexualité avait été abordée avec la **sage-femme** :

*« C'est quand j'avais vu la sage-femme, et puis on a vraiment bien discuté parce qu'elle est vraiment très ouverte. Il faudrait des personnes plus comme elle, qui justement vont aborder ça, qui vont dire mais ne vous privez pas de sexualité, donner des petites astuces, comment faire des soins sans tomber tout de suite dans des soins». P68*

Ou pour encore une autre la **psychologue** :

*« Parce qu'on en a parlé avec la psychologue aussi hein, ouais un petit peu ». P37*

d) Des troubles de la sexualité réduits à l'impact physiopathologique des traitements

Certaines patientes regrettaient une approche de la sexualité **trop protocolaire et centrée sur les effets secondaires des traitements** :

« Et la fois où je lui ai dit que pour moi il y avait un vrai problème parce que j'avais plus aucune libido, elle m'a répondu c'est pas que à cause de l'hormonothérapie, c'est psychologique aussi, faut que vous avanciez psychologiquement. Et en fait c'est bête mais le fait qu'elle m'ait répandu comme ça bah, pour moi bah c'était plus la peine que j'en parle quoi. Voilà, c'est acté, c'est à dire que c'est psychologique, c'est mon hormonothérapie, donc ça sera comme ça jusqu'à la fin de ma vie, je n'aurais plus jamais envie de quoi que ce soit, et point. » P33

« Ben c'est un peu comme si on s'occupe que du corps et pas du psychique. Alors que le corps c'est pas que ça, parce que je pense que de toute façon le corps on s'habitue très vite comme je vous ai dit, c'est plus après comment on fait le cheminement pour vivre avec, pour l'accepter, dans la tête. » P68

e) Internet

**Internet** restait une source d'information, qui nécessite toutefois une utilisation prudente :

« Moi je sais pas si elle [parle des patientes en général] ose vraiment le faire, elle va aller chercher les infos sur internet, moi je vois on trouve tout et n'importe quoi sur internet ». P68

« Et puis y'avait pas internet comme maintenant, où on tape cancer du sein. Enfin en même temps c'est moyen d'aller chercher des renseignements comme ça. » P87

f) Évaluation de la santé sexuelle en médecine générale

**Presque aucune patiente ne rapportait avoir abordé la sexualité avec son médecin traitant.**

« Il m'en a pas parlé non plus. » P68

« Non on en parle pas. » P12

Une patiente pensait que son médecin traitant ne lui en avait pas parlé du fait de son **statut conjugal** :

« Elle savait que j'étais seule donc non il y en a pas eu. » P46

Beaucoup de patientes rapportaient avoir **peu vu leur médecin traitant au cours des traitements** :

« Non, ben je l'ai très peu vu en fait, parce que comme j'étais suivie au CHU, j'ai jamais eu le besoin de venir le voir, je suis venue juste après, vous voyez il y a peut-être un mois, seulement, vous voyez pendant 1 an et demi je l'ai pas vu. » P28

« Bah on en a pas parlé en fait, et puis c'est vrai que ben le temps du cancer en fait je voyais plus les oncologues, j'étais suivie à l'hôpital. Donc le docteur X c'est vrai que je l'ai peu vu pendant la phase aiguë quoi voilà » P55

g) Leurs attentes envers leur médecin traitant

Pour plusieurs patientes, parler des éventuels troubles de la sexualité liés à leur cancer du sein n'avait **pas sa place auprès de leur médecin traitant** :

« Moi j'ai pas éprouvé le besoin quel qu'il soit d'en parler ou quoi. » P64

« Rien, non non j'attends rien. Non ça n'a pas la place d'en parler. » P70

« Bah qu'il m'en en parle, non pas forcément, poser la question non, non » P6

Pour certaines d'entre elles, elles se seraient rapprochées de leur médecin traitant **si elles en avaient éprouvé le besoin** :

« Je pense que la patiente quand on a quelque chose qui va pas, on va voir notre médecin généraliste et on lui en parle. » P64

« Après si ça avait été une frustration pour moi oui, par contre oui j'en aurais parlé au médecin traitant. Comme ça l'était pas heu ... je n'ai pas eu l'occasion. » P37

« Pas spécialement non. Je vois pas ce qu'on pourrait dire à partir du moment qu'on a pas de soucis de ce côté-là. » P91

Pourtant, pour plusieurs patientes, il était **important d'aborder les troubles de la sexualité en médecine générale** :

« *Et pourtant c'est important, pour le moral, pour peut-être aussi arriver à passer toutes ces étapes c'est sûr, parce qu'on peut pas se priver de ça.* » P68

« *Je vais le dire comme ça, enfin c'est ça, c'est important je pense que c'est très important qu'ils en parlent.* » P33

(1) [L'aborder d'une manière adaptée](#)

Pour certaines, il était important d'aborder ce thème avec un vocabulaire **approprié**, de manière **non intrusive** et **indirecte** :

« *On est pas obligé tout de suite d'aller directement ... Intimité, ouais l'intimité. Vous en êtes où dans votre intimité ?* » P12

« *C'est peut être pas d'arriver d'emblée en disant bon beh comment ça va avec votre mari ?* » P37

« *À mon avis faut pas, faut pas chercher effectivement une question trop compliquée où va falloir se faire des nœuds au cerveau* » P21.

Une patiente évoquait l'idée d'un **support** pour aider le médecin traitant à en parler, mais insistait sur le fait que si le médecin en parlait, il devait par la suite avoir la **capacité de répondre aux demandes des patientes** :

« *Est-ce que c'est avec une échelle ? Enfin voilà peut-être quelque chose qui leur permette d'avoir un support, mais euh en tout cas qu'ils en parlent est important, par contre qu'ils en parlent et qu'ils laissent les choses sans apporter de réponses, de pistes, de choses comme ça, c'est pas la peine* » P33.

(2) [La présence du conjoint](#)

Pour certaines, le sujet des troubles de la sexualité devait être abordé lors d'une consultation **seule** :

« *J'aime autant en parler seule* » P28.

Pour une autre, il était préférable d'en parler la **première fois** lors d'une consultation **seule, puis** de proposer un **autre rendez-vous en présence du conjoint** :

*« Peut être la première fois seule, et après proposer si vous voulez sur un prochain rendez-vous, venez avec votre mari et on en parlera ensemble. » P12*

Pour d'autres, cette consultation devait se faire **en présence du conjoint** :

*« Bah moi je pense que oui on devrait en parler avec les conjoints ». P91*

*« Et peut-être même en parler aux 2 d'ailleurs je suis en train de me dire. Parce que très concrètement, mon homme il m'en parle pas quoi. Et à aucun moment on lui a proposé... dire je vous propose un rendez-vous tel jour à telle date parce que c'est important qu'on parle ensemble. Et du coup, ben il a, il a porté ça de son côté ». P33*

Ou **recevoir le conjoint seul** pour échanger sur ce sujet :

*« Par contre peut-être aussi recevoir le conjoint » P37*

### (3) [Le moment opportun](#)

Pour certaines, le médecin devait en parler **rapidement**, notons tout de même les **nuances** dans les propos des patientes :

*« Je pense aussi que c'est important qu'il y ait une information au départ, parce que c'est vrai que d'abord au début moi je me rendais compte que on est tellement assommé, moi je comprenais rien quoi. » P55*

*« Le diagnostic on va être dans l'opération donc non je pense que c'est trop tôt, les personnes vont pas ... Mais une fois que... enfin en même temps la sexualité elle est là tous les jours ... [Rigole]. » P68*

Pour d'autres patientes, il était préférable d'en parler en **post-cancer, lorsque les soins prennent moins de place au quotidien** :

*« Enfin je pense que c'est plus après quand on commence à lâcher, enfin quand le rythme des rendez-vous médicaux s'espace, c'est là où on sent un vide [...] Quand on commence à reprendre son souffle et donc à retrouver une vie un peu plus classique, c'est là où ben du coup on a plus de place pour la relation avec le conjoint. Et je pense que c'est plus là en fait. Parce que si c'est à l'annonce ... enfin après voilà ça c'est mon ressenti. A l'annonce euh alors pour le coup même mon mari, il était .... enfin il pensait pas du tout à ça, ouais ». P37*

Pour une patiente, il était important d'en parler à **tous les moments** de la prise en charge, que l'information soit **adaptée à chaque étape** du traitement, et **renouvelée à réadaptée à l'étape suivante** :

*« A tous les moments je dirais, parce qu'on vit heu ... enfin dans ce que je vous ai dit, vous l'avez vu on vit des moments différents, et la sexualité, elle va être différente aux différents moments » P33.*

#### (4) L'initiation du dialogue

Pour certaines patientes, ce serait à la **patiente** d'initier le sujet :

*« Je pense que c'est peut-être au patient d'en parler, parce que le médecin c'est pas évident, il connaît pas notre vie sexuelle, il sait pas ce qu'on a besoin, je pense que c'est aussi à nous d'aller chercher les informations quoi. » P55*

Pour d'autres patientes, ce serait **au médecin traitant** de l'aborder :

*« Ben pour moi c'est le médecin qui doit poser les questions au patient, pour n'importe quelle maladie, pour n'importe quoi. » P91*

#### (5) Le médecin traitant : une place singulière

Le médecin traitant avait une **place singulière** pour de nombreuses patientes :

*« Et puis bon le docteur X, ça fait 30 ans que c'est mon médecin, donc c'est vrai que c'est facile pour moi de parler avec elle parce que je la connais bien, et puis bon je pense le fait que ce soit une femme, malgré tout c'est plus facile donc moi j'ai pas de soucis avec elle pour parler de choses intimes. » P55*

*« Ils sont peut-être plus attentifs au après. Les médecins généralistes par derrière, comme bah eux, ont le parcours de notre vie en général, des fois ils sont plus accessibles et on peut plus se reposer sur eux après. » P21*

h) Les autres acteurs

Pour plusieurs patientes aborder les troubles de la sexualité n'avait **pas sa place dans une consultation de médecine générale**.

Pour certaines d'entre elles, cette mission revenait plutôt au **gynécologue** :

*« Mais c'est vrai que pour moi le médecin traitant, comme on dit, chacun a son métier, chacun a sa place, et pour moi ouais, plutôt au gynéco. » P6*

*« Bah peut être pas avec le médecin généraliste. Avec le gynéco et puis encore moi je suis quelqu'un qui parle facilement, mais quelqu'un qui n'en parle pas facilement je ne sais même pas s'il en parlera avec son gynéco. » P12*

Une patiente suscitait la place du **psychologue** dans l'évaluation des troubles de la sexualité :

*« Je sais pas si c'est plus simple d'en parler au médecin traitant qu'on connaît médicalement, ou est-ce que c'est plus facile d'en parler, par exemple avec la psychologue. » P37*

Cette patiente suggérait aussi d'**orienter** éventuellement les patientes **vers un confrère**, par exemple un autre médecin généraliste du cabinet :

*« Peut-être pour certains ça serait difficile avec le médecin traitant, on peut peut-être proposer avec le docteur X que vous connaissez pas, elle pourrait peut-être vous recevoir et vous aider » P37*

Pour une autre, les **infirmières en oncologie** pourraient être un acteur de la prise en charge des troubles de la sexualité :

*« Alors ce qui était bien c'est qu'on voyait l'oncologue et après on avait du temps avec les infirmières, et on reparlait de choses et tout ça, et je pense que c'est peut-être elles qui ont, elles ont peut-être plus de temps aussi » P55*

Une autre patiente participait à certains **ateliers de La vie la santé** :

*« La vie la santé, c'est vrai que là on est un petit peu plus accompagné, et on comprend plus de choses aussi, et qu'ils nous l'amènent simplement en fait. » P21.*

i) Coordination ville-hôpital

Une patiente regrettait le **manque de coordination entre l'hôpital et son médecin traitant** :

*« Et bah il y a le généraliste et le professionnel et c'est vrai qu'entre ces deux-là, bah limite y'a pas de passerelle, et des fois on se dit que c'est pas de la faute ni de l'un ni de l'autre hein » [...] « A l'hôpital ils sont là pour nous soigner, alors ils le font très bien, mais une fois que c'est fini, bah euh ...c'est fini » P21.*

#### **IV. DISCUSSION**

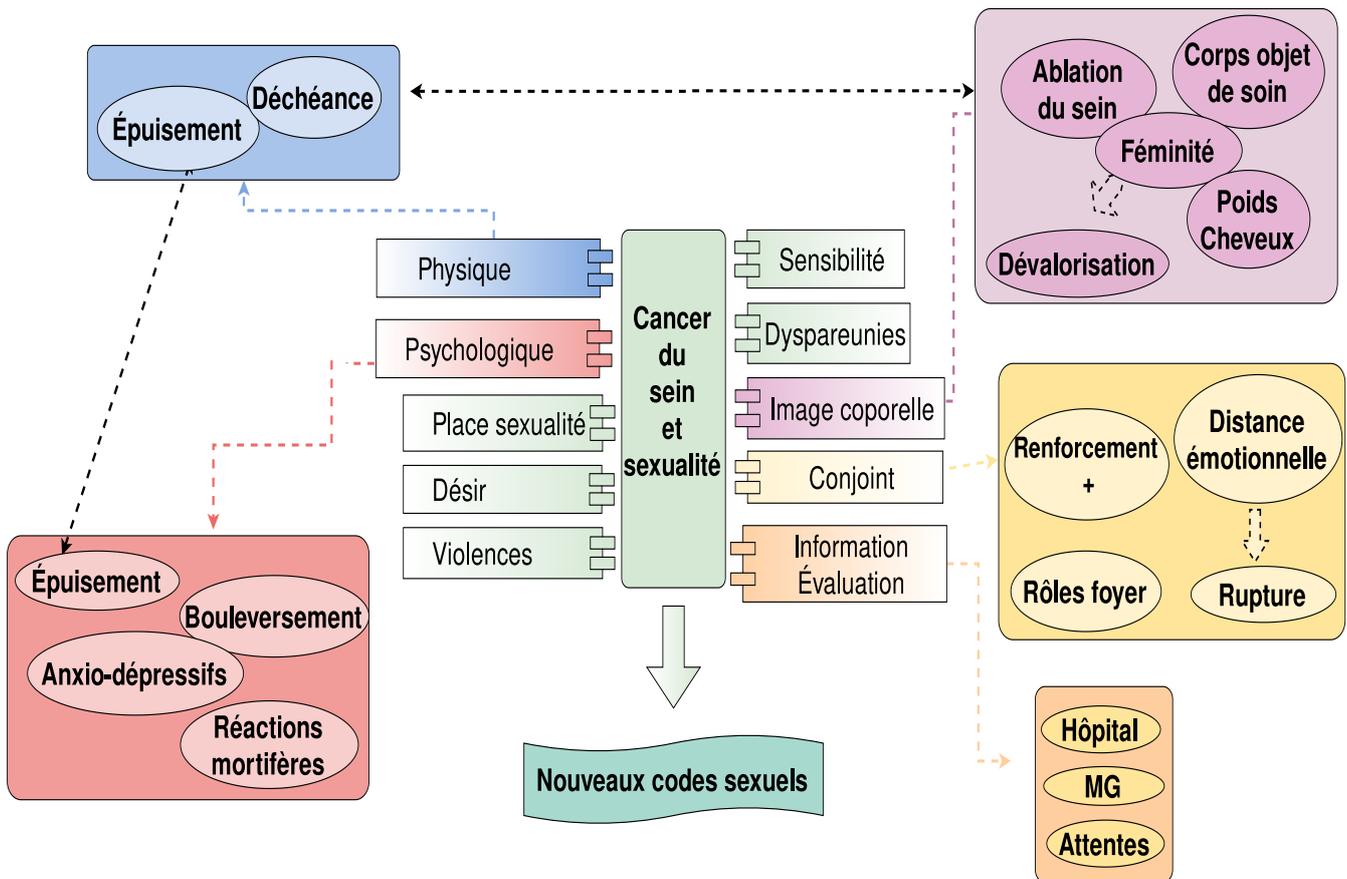
Notre étude a permis d'observer que la plupart des femmes atteintes d'un cancer du sein rapportaient un impact sur leur sexualité, avec un vécu différent selon les patientes.

L'épuisement physique et psychologique, ainsi que l'atteinte de l'image corporelle sont la plupart du temps mis en cause dans ces troubles de la sexualité.

Bien que très souvent bouleversés, les liens affectifs avec le conjoint sont le plus souvent renforcés. Moins souvent une distance émotionnelle a pu s'installer.

Un manque d'information et d'évaluation de la santé sexuelle de femmes atteintes d'un cancer du sein s'observe en milieu hospitalier mais plus encore en médecine générale. Les attentes des patientes envers leur médecin généraliste, peu vu lors des traitements, ne sont ni systématiques, ni uniformes.

## A. Synthèse des principaux résultats



## B. Validité interne de l'étude

### 1. Forces de l'étude

#### a) Originalité de l'étude

À notre connaissance, aucune thèse ni étude qualitative concernant l'impact du cancer du sein sur la sexualité et son évaluation en médecine générale n'a été réalisée.

Les études de la littérature sont pour la quasi-totalité des études quantitatives. Ces études listent les troubles de la sexualité secondaires au cancer, mais ne rapportent pas le vécu des patientes, contrairement à notre étude qualitative.

Par ailleurs elles s'intéressent, pour la plupart, aux troubles de la sexualité chez les patients atteints de cancers en général, contrairement à notre étude qui s'est focalisée sur le cancer du sein. Enfin, elles sont souvent réalisées en milieu hospitalier : en oncologie, en soins palliatifs mais pas en médecine générale.

- b) Qualité méthodologique
  - (1) Démarches éthiques

Les démarches éthiques réalisées en amont des entretiens ont assuré aux patientes une protection des données ainsi que le respect de leur anonymat.

- (2) Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels réalisés en présentiel sur un lieu familial et sécurisant ont permis aux patientes de se confier librement et sans jugement.

- (3) Triangulation des données

La triangulation des données par Me ELLEUCH Inès a permis de diminuer une éventuelle part de subjectivité de l'enquêtrice et donc de renforcer la validité interne de notre étude.

## **2. Limites de l'étude**

- a) Biais de sélection

Cette étude est monocentrique : les patientes ont toutes été recrutées au sein de la MSP de Neuville-de-Poitou, ce qui a pu entraîner un biais de sélection. Pour limiter ce biais, nous avons recruté les patientes auprès de différents médecins de la MSP : 4 médecins sur 6 ont participé au recrutement.

- b) Biais d'investigation

L'enquêtrice ayant mené les entretiens était novice en recherche qualitative, ce qui a pu diminuer la qualité des premiers entretiens. La lecture du livre *Initiation à la recherche qualitative en santé* (14) ainsi que des échanges réguliers avec la directrice de thèse ont permis à l'enquêtrice de se perfectionner et donc de limiter ces lacunes.

Les entretiens ont par ailleurs été réalisés en totalité par l'enquêtrice, qui a pu induire un biais d'investigation par sa connaissance du sujet et sa volonté de croiser les résultats. Certaines expressions verbales mais aussi non verbales de sa part ont pu influencer les réponses des patientes. Aussi, des questions de relance parfois un peu trop fermées ou un manque de relance adaptée ont pu limiter les réponses des patientes.

c) Biais de déclaration

On peut se demander si les patientes ne se sont pas censurées face à ce sujet sensible qu'est la sexualité, par crainte d'être jugée ou reconnue à travers leurs propos. Ce biais était limité par le caractère individuel des entretiens et les mesures mises en place pour préserver l'anonymat des patientes.

d) Biais d'interprétation

Les entretiens étaient riches et s'éloignaient parfois de nos objectifs. Le codage a été complexe pour certains entretiens. Nous avons limité ce biais par un double encodage grâce à la triangulation des données.

## C. Validité externe de l'étude

### 1. La sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein

Dans notre étude, la majorité des patientes rapportait des troubles de la sexualité à la suite de leur cancer du sein, principalement liés aux effets secondaires des traitements. Notre hypothèse initiale, à savoir que la plupart des patientes interrogées rapporterait des troubles de la sexualité est donc confirmée.

Dans leur article, A. Schweizer et al (11) rapportaient que les répercussions sur la sexualité étaient un des aspects les plus problématiques de la qualité de vie des patients après un cancer.

Les patientes ayant eu une ablation totale et/ou de la chimiothérapie et/ou de l'hormonothérapie semblaient plus impactées dans leur sexualité. Cette constatation nécessite toutefois toute notre prudence, au risque de ne s'intéresser qu'au versant biomédical de la sexualité et d'occulter son aspect psycho-social.

Nous avons remarqué que la tendresse et les caresses prenaient une place importante pour beaucoup de patientes et pouvaient leur permettre de retrouver une sexualité source de plaisir et de bien-être.

Dans son article, E. Vanlerenberghe évoque *le Sensate Focus* développé par Masters et Johnson (7). Cette technique de thérapie sexuelle permettrait aux deux partenaires de se retrouver sur le plan charnel en dehors de tout acte sexuel. Dans un premier temps, seuls les massages, les caresses, les étreintes sont autorisées ; et toute pénétration interdite. Cette approche permettrait à la femme de retrouver son partenaire dans l'intimité, sans anxiété ni appréhension du rapport sexuel. Cette approche nous semble intéressante pour les nombreuses patientes rapportant des troubles de la libido, des dyspareunies, ou des difficultés liées à leur image corporelle. La sexualité solitaire s'est invitée dans notre travail de recherche. Nous n'avions pas pensé à aborder ce sujet, mais devant l'expérience rapportée par une patiente, nous avons décidé de l'inclure secondairement dans notre guide d'entretien. Cette patiente, fortement impactée dans sa sexualité, avait repris confiance en sa capacité à prendre du plaisir grâce, entre autres, à la masturbation. Aucune autre patiente n'a rapporté s'être adonnée à cette pratique.

Il n'est pas possible de généraliser les éventuels bienfaits de la masturbation dans les dysfonctions sexuelles liées au cancer du sein avec cette seule expérience dans notre étude. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude traitant de la sexualité solitaire chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. Il pourrait être intéressant de s'intéresser à ce sujet, qui risque toutefois, et nous l'avons remarqué dans notre étude, d'être confronté au tabou que représente la masturbation.

Bien que la santé sexuelle soit définie par l'absence de violence (3), nous avons été confronté dans notre étude à des témoignages de violences sexuelles : antécédents d'abus sexuels, consentement éprouvé.

Peu d'études s'intéressent au sujet des violences sexuelles dans le contexte de cancer. Toutefois une étude nous semble intéressante à citer : l'étude de B. Lees et al publiée en 2018. Leur objectif était de rechercher les preuves d'une relation entre un antécédent de maltraitance et le cancer chez les femmes, en abordant deux questions : Comment la maltraitance favorisait-elle ou créait-elle un risque de développer un cancer ; et comment le cancer augmentait-il la susceptibilité d'une femme aux abus. Cette revue de la littérature a été confrontée au manque d'harmonie entre les travaux et au manque de puissance des études. (15)

Il nous semble fondamental d'étoffer les recherches concernant cette problématique. Ces vécus traumatiques rapportés dans notre étude semblent certes peu fréquents mais nécessitent toute l'attention des professionnels de santé et les dépister devrait être systématique, au même titre que les violences sexuelles dans la population générale.

L'âge a été rapporté par certaines patientes comme facteur perturbant leur sexualité, que ce soit en termes d'intérêt pour la sexualité, d'impact sur la libido, ou d'image corporelle. Comme mentionné dans nos résultats, l'âge des patientes n'était pas précisé afin de préserver leur anonymat mais plusieurs tranches d'âge étaient représentées, de façon harmonieuse.

Une étude s'est intéressée aux scripts de la sexualité dans le contexte du cancer du sein auprès de patientes brésiliennes (16). Un des scripts s'intéressait à la sexualité liée au vieillissement. Celui-ci considérait que les femmes plus âgées perdraient leur attrait sexuel en raison du vieillissement et non du fait de la survenue du cancer. Un autre aspect qui était souligné était que la diminution du désir sexuel et la diminution de la fréquence des rapports sexuels étaient des éléments naturels du processus du vieillissement. Dans ce script, ils supposaient que les personnes âgées n'avaient plus de vie sexuelle. Il nous semble important de nuancer ces remarques. D'une part certaines de nos patientes âgées étaient encore sexuellement actives, ce qui va à l'encontre de leurs suppositions, et d'autre part la généralisation de ce script risquerait de priver les patientes plus âgées de soins adaptés à leur santé sexuelle.

## **2. L'image corporelle des patientes atteintes d'un cancer**

La grande majorité des patientes de notre étude rapportait un impact négatif du cancer sur leur image corporelle, avec des répercussions plurielles, y compris sur leur intimité. Notre étude va dans le sens de la littérature, comme par exemple l'étude de F.ELLOUZ et al (9) où l'altération de l'image du corps augmentait significativement la prévalence des dysfonctions sexuelles.

L'ablation du sein représentait dans notre étude la principale cause d'altération de l'image corporelle. L'étude de E. Vanlerenberghe et al. (7) soulignait que l'ablation du sein représentait une perte subjectivement traumatique avec des retentissements psychiques différents selon la manière dont la patiente avait investi ses seins. Elle précisait aussi que dans la vie quotidienne, l'absence du sein et la dissymétrie étaient très contraignantes : contraintes vestimentaires, crainte de perdre la prothèse, d'être surprise nue dans la salle de bain etc. La nudité pouvait être difficile à assumer, tant par la femme que par le partenaire.

L'ensemble de ces répercussions s'est confirmé auprès des patientes de notre étude. Nous souhaiterions toutefois ajouter que quelques patientes se sont attachées à réinvestir leur féminité à travers l'achat de lingerie plus osée, afin de mettre en valeur cette partie du corps dépréciée. Un accompagnement en ce sens pourrait être favorable aux patientes, l'existence de socio esthéticiennes semble être une information intéressante à transmettre aux patientes.

La cicatrice secondaire à l'ablation, qu'elle soit partielle ou totale, semble avoir une importance pour nos patientes, qui se sont souvent attardées sur ce sujet. La littérature s'intéresse surtout à la description des douleurs post-opératoires comme l'étude de J.M.HANNOUN (17) où il était précisé que la cicatrice de tumorectomie pouvait rester indurée, sensible, voire douloureuse. Mais par sa méthode qualitative, notre étude s'est orientée sur ce que représente cette cicatrice pour les patientes : l'influence de son esthétique sur leur image corporelle, l'impact de celle-ci dans leur quotidien et leur intimité.

La reconstruction mammaire a été un sujet abordé par la plupart de nos patientes. Bien qu'attrayante pour la réhabilitation de l'image corporelle, le projet de reconstruction mammaire a souvent été abandonné. Ce renoncement s'explique par le refus d'une nouvelle opération, et les nombreuses complications rapportées par d'autres patientes à la suite de cette intervention.

### **3. Les liens affectifs avec le conjoint**

L'étude d' E. Vanlerenberghe et al (7) affirmait que le cancer renforçait le plus souvent les liens entre les partenaires et la cohésion du couple. Bien que notre étude aille dans le sens de la littérature, il nous paraît important de plutôt s'attarder dans cette discussion sur la minorité de patientes rapportant une distance émotionnelle au sein de leur couple voire des réactions négatives du conjoint. En effet, quelques patientes de notre étude ont exprimé avoir ressenti un manque de soutien de leur conjoint lors des traitements, un manque de protection, et un manque de communication les isolant dans leur maladie.

Ces patientes sont certes, et heureusement, peu nombreuses mais le mal être psychologique et les conséquences qui en découlent nécessitent toute notre attention de professionnel de santé. Il nous paraît donc indispensable de prévenir et dépister d'éventuelles réactions négatives du conjoint auprès des patientes en cours de traitement d'un cancer du sein.

Comme nous l'avons vu, l'impact sur l'image corporelle dans la littérature s'intéresse peu au vécu des patientes, ce que nous avons essayé d'apporter dans notre étude. Notre étude s'est aussi intéressée au point de vue du conjoint, perçu par les patientes. Car si l'image corporelle est fortement impactée pour les patientes, qu'en est-il du conjoint ? Comment perçoit-il les modifications corporelles de leur partenaire ? Les patientes se sont accordées à dire que selon leur conjoint, leur image corporelle n'avait pas été abimée par leur cancer du sein, et que leur attrait sexuel n'avait pas faibli. Il nous semble donc intéressant d'interroger les partenaires pour vérifier cette notion. Dans la littérature, aucune étude de ce type n'existe à notre connaissance.

### **4. Information et évaluation de la santé sexuelle**

Dans notre étude, la plupart des patientes s'accordaient à dire qu'elles n'avaient pas reçu d'information concernant les éventuels troubles de la sexualité liés à leur cancer du sein. Quelques patientes avaient parlé sexualité avec leur gynécologue, leur oncologue ou la psychologue du service. Elles s'accordaient à dire par ailleurs que ce sujet était tabou.

Notre étude a aussi interrogé les patientes concernant l'évaluation de leur santé sexuelle par leur médecin traitant, ce qui, à notre connaissance, n'a jamais été traité dans la littérature. L'ensemble des patientes rapportaient ne pas avoir reçu d'information ni d'évaluation de leur santé sexuelle par leur médecin traitant. Cette constatation confirme notre hypothèse initiale que les troubles de la sexualité seraient peu évalués en médecine générale.

Notons cependant que notre étude a été réalisée auprès de 14 patientes, recrutées dans la patientèle de 4 médecins généralistes exerçant au sein de la même MSP. Il n'est donc pas raisonnable de généraliser à l'ensemble des médecins généralistes, et une étude de plus grande ampleur serait intéressante pour vérifier ces données.

Les attentes des patientes envers leur médecin traitant n'étaient ni systématiques ni uniformes. L'hypothèse initiale que les patientes attendaient que leur médecin traitant les informe plus sur les troubles de la sexualité n'est donc pas totalement validée. Aucune étude à notre connaissance ne s'intéresse à la place du médecin traitant dans l'information et l'évaluation de la santé sexuelle des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Quand les patientes admettaient qu'il était important d'en parler en consultation de médecine générale, il n'y avait pas de consensus sur le moment opportun : plutôt lors de la phase post cancer pour certaines ; et pour d'autres, dès le début de la maladie. Cette problématique était soulevée dans une revue de la littérature de A. Schweizer et al. (11). Il y était mentionné que dans plusieurs études, l'annonce du diagnostic n'était pas le bon moment pour parler de sexualité alors que plusieurs autres travaux mettaient en évidence, à l'inverse, la nécessité de l'aborder au début des traitements, dans le but de réduire l'impact du cancer sur la sexualité.

Précisons toutefois que beaucoup de patientes de notre étude ont rapporté avoir peu vu leur médecin traitant au début de la prise en charge et pendant les traitements, ce qui ne favorise pas l'investissement de celui-ci lors de ces premières phases de la maladie. Par contre le dialogue serait tout à fait envisageable en post thérapeutique. Il serait intéressant d'y sensibiliser les médecins généralistes.

Une autre source de réponses contradictoires soulevée par notre étude portait sur l'inclusion du conjoint dans l'évaluation de ces troubles de la sexualité en médecine générale. La plupart des patientes exprimait le souhait d'être accompagnée par leur conjoint mais pour certaines, cette problématique devait être évoquée dans une consultation seule.

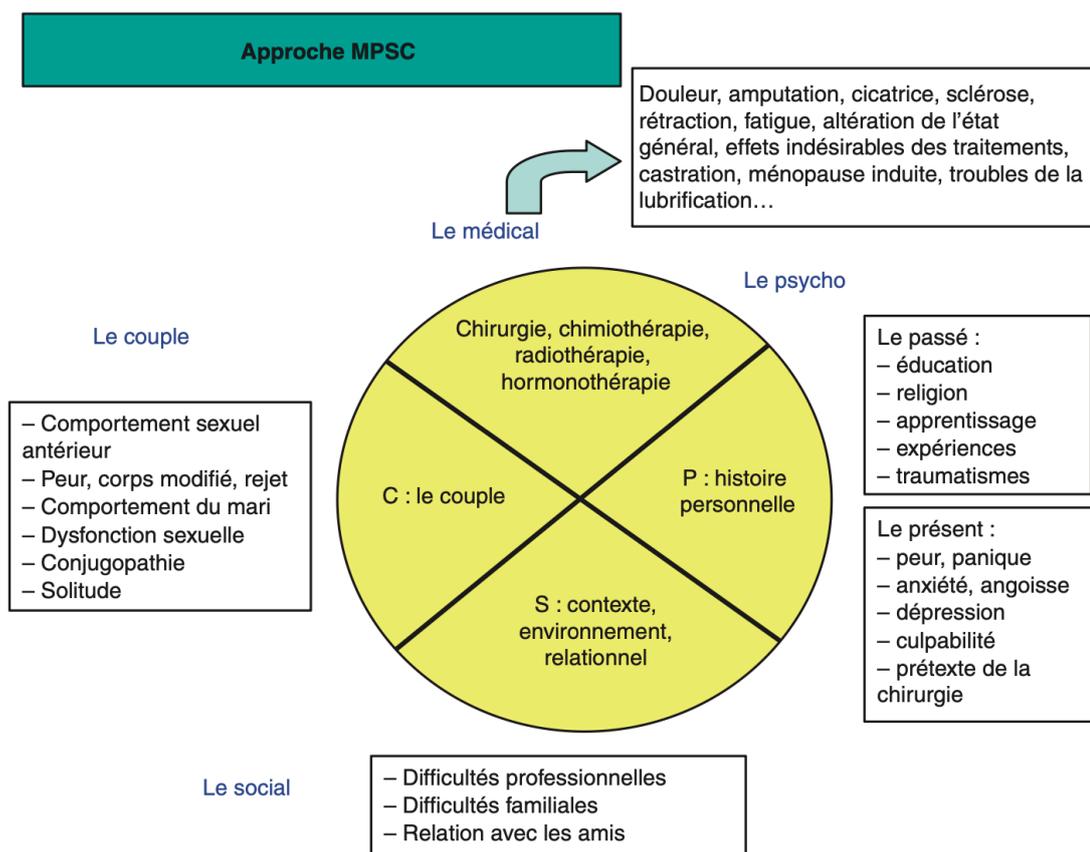
Du point de vue des professionnels de santé, l'étude *Perceptions et attitudes des infirmier(e)s en matière de vie affective et sexuelle des patients cancéreux* (12) rapportait que toutes les infirmières interviewées pensaient que le dysfonctionnement sexuel était un problème qui touche le couple et qu'il était important d'associer le conjoint à la discussion. Cependant la plupart des infirmières étaient réticentes à l'idée d'inviter d'emblée le conjoint à se joindre à la discussion et/ou à l'évaluation de la sexualité lors du premier contact. Les infirmières préféraient donc demander au patient leur accord pour parler de la sexualité en présence de leur conjoint.

Les patientes de notre étude s'accordaient à dire que parler de sexualité ne semblait simple ni pour les patientes ni pour les professionnels de santé. Ce constat étant fait, la problématique de qui doit en parler en premier s'est vite imposée dans notre étude. Encore une fois les réponses étaient très contrastées. Trouver le moyen de développer les occasions de libérer la parole des patientes à ce sujet semble donc primordial.

L'article de P. BONDIL et al. (8) rapportait que le vécu et l'importance de la sexualité différaient considérablement selon les individus, les couples, le genre, et le temps. Il nous paraît donc cohérent que les attentes des patientes soient différentes dans notre étude. Certes nos résultats ne sont ni unanimes ni consensuels, mais notre étude permet d'éclairer les attentes des patientes, ce qui était inconnu jusqu'ici à notre connaissance.

Plusieurs professionnels de santé ont été cités par les patientes de notre étude comme potentiels acteurs de la santé sexuelle des femmes atteintes d'un cancer du sein : gynécologue, sage-femme, psychologue, infirmières en oncologie. Une patiente participait aux ateliers « diététique » proposés par la structure La Vie La Santé. Elle rapportait que les informations apportées lors de ces ateliers étaient accessibles et adaptées. Des ateliers sexualité dans cette structure pourraient être une perspective intéressante.

Dans leur article *Sexualité et cancer gynécologique*, P.LOPES et N.JAROUSSE (18) proposent l'approche MPSC de la sexualité pendant et après un cancer. Cette approche, tendant vers le modèle bio-psycho-social, semble intéressante car prend en considération la quasi-totalité des observations rapportées par les patientes de notre étude.



**Figure 26.1** Sexualité féminine et cancer : approche MPSC.

## 5. Les ouvertures

Notre étude s'est intéressée au vécu des patientes concernant leur santé sexuelle au cours de leur cancer du sein. Nous nous sommes aussi intéressés aux liens affectifs avec le conjoint, comment les patientes percevaient le vécu de leur conjoint sur le plan de la sexualité. Il serait donc intéressant de réaliser une étude auprès des conjoints afin de vérifier les données rapportées par les patientes.

Nous nous sommes également intéressés à l'évaluation de la santé sexuelle par les médecins traitants. Le constat était un présumable manque d'information et de dépistage en médecine générale. Il serait donc intéressant de réaliser une étude auprès des médecins traitants afin de connaître les éventuels freins exprimés, mais aussi leurs attentes en termes de formation ou d'éventuelles recommandations par exemple.

## **V. CONCLUSION**

Le cancer du sein est une véritable épreuve pour la femme et pour le couple. Aborder la question de la santé sexuelle auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein se confronte aux représentations sociétales et culturelles du cancer, mais surtout à celles de cet organe féminin si singulier.

Blessées dans leur intégrité physique et psychologique, dans leur féminité mais aussi dans leur érotisme, la sexualité des patientes atteintes d'un cancer du sein en est le plus souvent ébranlée. Ces bouleversements sont sous-tendus par leur histoire de vie personnelle, sociale, et conjugale.

La communication soignant-soignée se retrouve confrontée au sujet tabou que représente la sexualité. Le manque d'information et d'évaluation en est le maître mot. Bien que son importance soit reconnue par la plupart des patientes, informer et évaluer la santé sexuelle des femmes ayant un cancer sein en médecine générale se heurte à des attentes hétérogènes et non consensuelles.

De nombreux défis subsistent dans la pratique pour le médecin généraliste.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National du Cancer. Le cancer du sein, Juillet 2023. [En ligne]. Consulté le 2 Novembre 2023. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
2. Lapôte-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F et al. Incidence des principaux cancers en France Métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. BEH 12-13, 4 juillet 2023, 188-204
3. UNESCO. Définitions de la santé sexuelle. [En ligne]. Consulté le 1<sup>er</sup> Juin 2021. Disponible sur: <https://santesexuelle-droitshumains.org/sante-sexuelle-definitions/>
4. UNESCO. Historique. [En ligne]. Consulté le 1<sup>er</sup> Juin 2021. Disponible sur <https://santesexuelle-droitshumains.org/sante-sexuelle-historique/>
5. Institut National du Cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, feuille de route 2021-2025. [En ligne]. Fev 2021 ; Consulté le 2 Nov 2023. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille\\_de\\_route\\_strategie\\_decennale\\_de\\_lutte\\_contre\\_les\\_cancers.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf)
6. Khalil J, Lalya I, Afif M , Bellefqui S, Kebdani T, Hassouni K et al. Sexualité après un cancer du sein : quel impact ? (Expérience marocaine). Cancer/Radiothérapie. 2012; 16 : 524–581.
7. Vanlerenberghe E, Sedda A.L, Ait-Kaci F. Cancers de la femme, sexualité et approche du couple. Bull Cancer, 2015; 102: 454–462.
8. Bondil P, Habold D, Carnicelli D. Cancer et sexualité : le couple, un déterminant trop souvent négligé. Sexologies. 2016; 25: 61—68.
9. Ellouz F, Marrakchi N, Raies H, Masmoudi S, Mezlini A, M'rad M.F et al. Dysfonction sexuelle chez 100 femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein. Sexologies. 2019; 28 : 43-48.
10. Graziottin A, Rovei V. Sexuality after breast cancer. Sexologies. 2007; 16: 292-298.
11. Schweizer A, Toffelb K, Braizaz M. L'abord de la sexualité par les professionnel·le·s de santé en oncologie : une revue de la littérature. PSFR. 2021; 6 : 413-428

12. Mbalè E, D'Hondt L, Vastrade C, Coppieters Y. Perceptions et attitudes des infirmier(e)s en matière de vie affective et sexuelle des patients cancéreux. *Bull Cancer*. 2020 ; 107 :1233-40.
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008; 84 : 142-5.
14. Lebeau JP, Aubin-auger I, Cadwallader JS, Lustman M, Mercier A, PELTIER A. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris : GMSanté. 2021, 192 p.
15. Lees BF, Stewart TP, Rash JK, Baron SR, Lindau ST, Kushner DM. Abuse, cancer and sexual dysfunction in women: A potentially vicious cycle. *Gynecol Oncol*. juill 2018;150(1):166-72.
16. Santos DB, Vieira EM. Scripts de la sexualité dans le contexte du cancer du sein. *Sexologies*. avr 2015; 24(2):51-5.
17. J.M. Hannoun-Levi. Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle. *Cancer/Radiothérapie* 9 (2005) 175–182.
18. Lopes P. Chapitre 26 - Sexualité et cancer gynécologique. 407-412

## ANNEXE 1 : LE GUIDE D'ENTRETIEN

### GUIDE D'ENTRETIEN

SUJET : ETAT DES LIEUX DE L'IMPACT SUR LA SEXUALITÉ DU CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME, ET COMMENT L'ÉVALUE-T-ON EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Pour commencer pouvez-vous vous présenter ?

- *Pouvez-vous me préciser tranche d'âge*
- *Quelle est votre profession ?*
- *Quel est votre parcours conjugal depuis le diagnostic du cancer du sein ?*

Pouvez-vous me parler de votre cancer du sein et de son traitement

- *En quelle année votre cancer du sein a-t-il été diagnostiqué ?*
- *Quel(s) traitement(s) avez-vous eu pour votre cancer ?*
- *Votre traitement a-t-il compris : une chirurgie conservatrice ou une ablation totale du sein ? De la chimiothérapie ? De la radiothérapie ? Une hormonothérapie ?*

Comment vous sentez-vous en ce moment physiquement ?

Et psychologiquement ?

Si je vous dis sexualité et cancer du sein, qu'en pensez-vous ?

Si réponse vague = quelle place avez-vous accordé à la sexualité au cours de votre cancer du sein ?

Si réponse = place secondaire >> quelle était votre priorité ?

Que pensez-vous de l'impact du cancer du sein sur votre sexualité ?

- *Dans les suites immédiates du diagnostic*
- *Au cours des traitements*
- *Actuellement. Avez-vous retrouvé votre sexualité antérieure au cancer du sein ?*

Quels difficultés ou obstacles avez-vous pu rencontrer dans votre sexualité au cours de votre cancer du sein ?

- *Que pensez-vous de l'impact de votre cancer du sein sur le désir ?*
- *Quelle a été votre expérience personnelle concernant*
  - *Des éventuelles douleurs pendant les rapports sexuels*
  - *La peur des rapports sexuels*

Comment percevez-vous ces difficultés actuellement ?

Si je vous dis cancer du sein et image corporelle, qu'en pensez-vous ?

- *Que pensez-vous personnellement de l'impact de la répétition des examens gynécologiques au cours du traitement sur votre sexualité ?*

Comment votre partenaire a-t-il / elle vécu votre cancer du sein sur le plan de la sexualité ?

- *Quel a été l'impact du cancer du sein sur vos liens affectifs avec votre partenaire ?*
- *Vous est-il arrivé que votre conjoint refuse un rapport sexuel par crainte que ce rapport ait un impact sur votre cancer ou sa guérison ? Comment avez-vous vécu ce refus ?*

Nous avons parlé sexualité et couple, qu'en est-il de la sexualité solitaire ?

Si ne comprend pas : « je vois que ma question vous étonne, est-ce que si je vous parle de masturbation, cela vous éclaire ? »

Quelle a été votre expérience personnelle concernant l'évaluation de votre santé sexuelle par les professionnels de santé au cours de votre cancer du sein ?

Ou si je vous dis évaluation des troubles de la sexualité au cours du cancer du sein par les professionnels de santé, qu'en pensez-vous ?

- *Comment et par qui ces troubles de la sexualité ont-ils été pris en charge en milieu hospitalier ? Ou extrahospitalier*

Quelle a été la place de votre médecin généraliste dans l'évaluation de l'impact du cancer du sein sur votre sexualité ?

Qu'auriez-vous attendu de votre médecin généraliste ?

- *Selon vous qui doit en parler le premier ?*
- *Selon vous, à quel moment est-il opportun d'en parler ?*
- *Pensez-vous qu'il est préférable d'en parler lors d'une consultation seule ou en présence de votre conjoint ?*
- *Selon vous, quelle serait la phrase ou question la plus adaptée que pourrait vous poser votre médecin traitant pour aborder le thème de la sexualité et du cancer du sein ?*

En noir = trame du guide d'entretien

En bleu = questions de relance / clarification suivant la réponse apportée

## ANNEXE 2 – NOTICE D'INFORMATION

### NOTICE D'INFORMATION

---

**Titre du projet :** État des lieux de l'impact sur la sexualité du cancer du sein chez la femme, et comment l'aborde-t-on en médecine générale.

**Chercheur titulaire responsable scientifique du projet :** Dr Valérie VICTOR-CHAPLET.

**Lieu de recherche :**

Maison de Santé pluri-professionnelle de Neuville-de-Poitou  
9, rue de l'Outarde Canepetière  
86170 Neuville-de-Poitou.

**But du projet de recherche :** Faire un état des lieux de l'impact du cancer du sein sur la sexualité de patientes en cours de traitement ou ayant un antécédent de cancer du sein, comment cet impact sur la sexualité a été abordé par leur médecin généraliste, et quelles sont leurs attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste concernant ce sujet.

**Ce que l'on attend de vous :** Si vous acceptez de participer à cette étude, votre participation consistera en un entretien avec Mme Pauline BIRAT, d'une durée de 30 minutes environ. Au cours de cette entrevue, Mme Pauline BIRAT vous posera des questions ouvertes sur votre expérience personnelle concernant l'impact du cancer du sein sur votre sexualité, comment cela a été abordé par votre médecin traitant, et quelles sont vos attentes envers votre médecin généraliste concernant ce sujet.

Cet entretien sera enregistré numériquement avec votre consentement écrit. La transcription qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

**Vos droits à la confidentialité :**

Les données obtenues lors de cet entretien seront traitées avec la plus entière confidentialité. Un numéro aléatoire vous sera attribué afin que les données recueillies ne permettent pas de vous identifier. Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls Mme Pauline BIRAT, le Dr Valérie VICTOR-CHAPLET, ainsi que Mme ELLEUCH Inès (doctorante en médecine générale participant à la relecture des entretiens pour en améliorer l'analyse) auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription.

**Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps :**

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure.

Par ailleurs vous demeurez libre de ne pas répondre à une question, de mettre fin à l'entretien, ou de vous retirer du projet en tout temps au cours de cette recherche. Vous demeurez également libre de demander à ce que les renseignements vous concernant soient détruits, sans aucune conséquence.

**Bénéfices :**

Les avantages attendus de cette recherche sont de pouvoir faire un état des lieux l'impact du cancer du sein sur la sexualité, de faire un état de lieux de l'évaluation de cet impact sur la sexualité en médecine générale, et de faire un état des lieux des attentes des patientes envers leur médecin traitant concernant ce sujet.

**Risques possibles :** à notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort.

**Diffusion :** cette recherche fera l'objet d'une thèse en médecine générale, ainsi que sa soutenance devant un jury par Mme BIRAT Pauline.

**Vos droits de poser des questions en tout temps :**

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en communiquant avec

- Le doctorant, à l'adresse mail suivante : [pauline.birat@etu.univ-poitiers.fr](mailto:pauline.birat@etu.univ-poitiers.fr)
- Le responsable de recherche : Dr Valérie VICTOR-CHAPLET : [valerie.victor.chaplet@univ-poitiers.fr](mailto:valerie.victor.chaplet@univ-poitiers.fr).

***Conformité du traitement au règlement général sur la protection des données (RGPD)***

Le recueil de votre consentement et de données d'expérimentation pseudonymisées constitue un traitement de données à caractère personnel soumis au RGPD. Ce traitement a été déclaré au registre des traitements de données à caractère personnel de l'université de Poitiers. Conformément à l'article 13 du RGPD, les informations suivantes vous sont communiquées :

**Responsable du traitement :** Madame la présidente de l'université de Poitiers.

**Base légale du traitement (article 6 RGPD) :** mission d'intérêt public.

**Déléguée à la protection des données (DPO) :** Mr Pascal MARTIN ([dpo@univ-poitiers.fr](mailto:dpo@univ-poitiers.fr))

**Destinataires des données (toute personne amenée à manipuler les données) :** Dr Valérie VICTOR-CHAPLET, Mme BIRAT Pauline, Mme ELLEUCH Inès.

**Durée de conservation des données :**

- Les formulaires de consentement sont conservés 2 ans.
- Les données pseudonymisées (retranscriptions des audios) seront conservées 2 ans.
- Les données de recherche anonymes (manuel de thèse) sont conservées sans limite de durée.

**Droits sur vos données à caractère personnel**

Vous disposez du droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement et d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'UFR Médecine/Pharmacie ou auprès du délégué à la protection des données à l'adresse [dpo@univ-poitiers.fr](mailto:dpo@univ-poitiers.fr).

Si la réponse apportée demeurerait insatisfaisante, il est possible d'adresser une réclamation à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) :

3 place de Fontenoy  
TSA 80715  
74334 Paris Cedex 07

## ANNEXE 3 – FICHE D'INFORMATION CONCERNANT LA PROTECTION DES DONNEES



### Protection des données personnelles Information destinée aux participants

L'Université de Poitiers met en œuvre un traitement de vos données personnelles dans le cadre de la rédaction d'une thèse de médecine générale.

L'Université de Poitiers est attachée à la protection de la vie privée de la communauté universitaire dans le respect du règlement européen (UE) 2016/679 du parlement Européen et du Conseil du 27 Avril 2016 et de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée.

Ces textes imposent au responsable de traitement une mise à disposition d'une information claire, compréhensible et facilement accessible par les personnes concernées par le traitement.

#### Responsable de traitement

L'Université de Poitiers, représentée par Mme la Présidente, est responsable de traitement.

#### Bases juridiques du traitement

Mission d'intérêt public (Article 6.1.e RGPD)

#### Finalités du traitement

- Faire un état des lieux de l'impact sur la sexualité du cancer du sein chez la femme sur un groupe de patientes, et comment aborde-t-on ce sujet en médecine générale.
- Enregistrer l'entretien afin de garantir une transcription exacte et fidèle
- Production de publications anonymes

#### Destinataires des données

- Le directeur de thèse
- Le doctorant
- La personne chargée de valider les transcriptions

#### Transfert de données

Aucun transfert de données n'est effectué en dehors de l'Union Européenne.

#### Durée de conservation

- 2 mois pour l'enregistrement audio de l'entretien
- 2 ans après la soutenance de la thèse ou de la dernière publication pour les autres données

#### Exercice de vos droits

Vous disposez du droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement et d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'UFR Médecine/Pharmacie ou auprès du délégué à la protection des données à l'adresse [dpo@univ-poitiers.fr](mailto:dpo@univ-poitiers.fr).

Si la réponse apportée demeurerait insatisfaisante, il est possible d'adresser une réclamation à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) :

3 place de Fontenoy  
TSA 80715  
74334 Paris Cedex 07  
[www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

## **ANNEXE 4 – CONSENTEMENT ECLAIRÉ**

### **ANNEXE 2 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

---

**Titre du projet** : État des lieux de l'impact sur la sexualité du cancer du sein chez la femme, et comment l'aborde-t-on en médecine générale.

**Chercheur titulaire responsable scientifique du projet** : Dr Valérie VICTOR-CHAPLET

**Lieu de recherche** :

Maison de Santé pluri-professionnelle de Neuville de Poitou  
9, rue de l'Outarde Canepetière  
86170 Neuville-de-Poitou

**But du projet de recherche** : Faire un état des lieux de l'impact du cancer du sein sur la sexualité de patientes en cours de traitement ou ayant un antécédent de cancer du sein, comment cet impact sur la sexualité a été abordé par leur médecin généraliste, et quelles sont leurs attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste concernant ce sujet.

**Ce que l'on attend de vous** : Si vous acceptez de participer à cette étude, votre participation consistera en un entretien avec Mme Pauline BIRAT, d'une durée de 30 minutes environ. Au cours de cette entrevue, Mme Pauline BIRAT vous posera des questions ouvertes sur votre expérience personnelle concernant l'impact du cancer du sein sur votre sexualité, comment cela a été abordé par votre médecin traitant, et quelles sont vos attentes envers votre médecin généraliste concernant ce sujet.

Cet entretien sera enregistré numériquement avec votre consentement. La transcription qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

**Vos droits à la confidentialité** :

Les données obtenues lors de cet entretien seront traitées avec la plus entière confidentialité. Un numéro aléatoire vous sera attribué afin que les données recueillies ne permettent pas de vous identifier. Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls Mme Pauline BIRAT, le Dr Valérie VICTOR-CHAPLET, ainsi que Mme ELLEUCH Inès (doctorante en médecine générale participant à la relecture des entretiens pour en améliorer l'analyse) auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription.

**Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps** :

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Par ailleurs vous demeurez libre de ne pas répondre à une question, de mettre fin à l'entretien, ou de vous retirer du projet en tout temps au cours de cette recherche. Vous demeurez également libre de demander à ce que les renseignements vous concernant soient détruits, sans aucune conséquence.

**Bénéfices** :

Les avantages attendus de cette recherche sont de pouvoir faire un état des lieux l'impact du cancer du sein sur la sexualité, comment cela est-il évalué en médecine générale, et sur les attentes des patientes envers leur médecin traitant concernant ce sujet.

**Risques possibles** : à notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort.

**Diffusion** : cette recherche fera l'objet d'une thèse en médecine générale, ainsi que sa soutenance devant un jury par Mme BIRAT Pauline.

**Vos droits de poser des questions en tout temps :**

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en communiquant avec

- L'étudiant chercheur par courrier électronique à l'adresse suivante : [pauline.birat@etu.univ-poitiers.fr](mailto:pauline.birat@etu.univ-poitiers.fr)
- La responsable de recherche : Dr Valérie VICTOR-CHAPLET : [valerie.victor.chaplet@univ-poitiers.fr](mailto:valerie.victor.chaplet@univ-poitiers.fr)

---

**Consentement à la participation**

---

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, qu'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante et qu'on vous a avisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais à Mme Pauline BIRAT qui m'a expliqué la nature, les objectifs, les risques potentiels et les contraintes liés à ma participation à cette recherche.

**A remplir par le participant :**

**J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.**

**Nom, Prénom – Signature**

## ANNEXE 5 – FORMULAIRE D’AUTORISATION DE CAPTATION DE LA VOIX



### **Autorisation de captation de la voix**

*Vu le Code civil, en particulier son article 9,  
Vu le Code de l'éducation,  
Vu le Code de la propriété intellectuelle,  
Vu la Loi Informatique et libertés,  
Vu le Règlement général sur la protection des données,*

Je soussignée .....

Autorise à ce que, dans le cadre de la rédaction de sa thèse de médecine générale, Mme Birat Pauline enregistre l'entretien semi-dirigé. L'objectif est de garantir une transcription exacte et fidèle des propos échangés.

En contrepartie, Mme Birat Pauline s'engage à :

- Préserver vos propos ;
- Conserver l'enregistrement sur un espace sécurisé;
- Ne faire aucune exploitation commerciale de la ressource produite ;
- Ce que l'utilisation de votre voix ne porte nullement atteinte à votre vie privée ou ne lui cause un quelconque préjudice.

Date et Signature :

.....



## VII. RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme.

Si les dysfonctions sexuelles des femmes atteintes d'un cancer du sein étaient surtout abordées dans des études quantitatives, en milieu hospitalier, peu d'études s'intéressaient au vécu des patientes, en médecine générale.

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux de la sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein. Les objectifs secondaires s'intéressaient à l'évaluation, en médecine générale, de la santé sexuelle de ce même échantillon et aux attentes envers le médecin traitant.

MATERIEL ET MÉTHODES : Étude qualitative, par entretiens semi dirigés réalisés entre Mars et Juin 2023, auprès de patientes suivies pour un cancer du sein au sein d'une MSP de La Vienne. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo® avec triangulation de l'encodage des entretiens.

RESULTATS : 14 patientes ont été incluses, âgées de 40 à 80 ans, issues de CSP variées et ayant bénéficié de schémas thérapeutiques différents.

La sexualité était souvent décrite comme secondaire face au combat contre la maladie. Le cancer du sein pouvait avoir des répercussions sur l'intégrité physique et psychologique des patientes, mais aussi dans la vie intime des couples.

La perte de l'intégrité d'un sein et les modifications de l'image corporelle pouvaient être à l'origine d'un sentiment de dévalorisation.

Les liens affectifs avec le conjoint étaient le plus souvent renforcés, mais des réactions négatives du partenaire ont pu être rapportées.

Aborder les troubles de la sexualité semblait être un sujet sensible pour les patientes. Bien que quelques professionnels de santé se préoccupent de ce sujet, un manque d'information et d'évaluation de la santé sexuelle des femmes atteintes d'un cancer du sein restait prononcé en milieu hospitalier et plus encore en médecine générale.

Les attentes des patientes envers leur médecin traitant concernant ce sujet n'étaient pas consensuelles.

CONCLUSION : Les troubles de la sexualité sont fréquents chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Le manque d'information et d'évaluation est marqué en médecine générale. Les attentes des patientes envers leur médecin traitant ne sont ni systématiques ni uniformes, et parfois orientées vers d'autres professionnels de santé. Le point de vue des conjoints mais aussi des médecins généralistes concernant ce sujet pourrait être intéressant à étudier.

MOTS CLÉS : cancer du sein ; santé sexuelle ; image corporelle ; médecine générale



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



---

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !





## **RÉSUMÉ**

**INTRODUCTION** : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Si les dysfonctions sexuelles des femmes atteintes d'un cancer du sein étaient surtout abordées dans des études quantitatives, en milieu hospitalier, peu d'études s'intéressaient au vécu des patientes, en médecine générale. L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux de la sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein. Les objectifs secondaires s'intéressaient à l'évaluation, en médecine générale, de la santé sexuelle de ce même échantillon et aux attentes envers le médecin traitant.

**MATERIEL ET MÉTHODES** : Étude qualitative, par entretiens semi dirigés réalisés entre Mars et Juin 2023, auprès de patientes suivies pour un cancer du sein au sein d'une MSP de La Vienne. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo® avec triangulation de l'encodage des entretiens.

**RESULTATS** : 14 patientes ont été incluses, âgées de 40 à 80 ans, issues de CSP variées et ayant bénéficié de schémas thérapeutiques différents. La sexualité était souvent décrite comme secondaire face au combat contre la maladie. Le cancer du sein pouvait avoir des répercussions sur l'intégrité physique et psychologique des patientes, mais aussi dans la vie intime des couples. La perte de l'intégrité d'un sein et les modifications de l'image corporelle pouvaient être à l'origine d'un sentiment de dévalorisation. Les liens affectifs avec le conjoint étaient le plus souvent renforcés, mais des réactions négatives du partenaire ont pu être rapportées. Aborder les troubles de la sexualité semblait être un sujet sensible pour les patientes. Bien que quelques professionnels de santé se préoccupent de ce sujet, un manque d'information et d'évaluation de la santé sexuelle des femmes atteintes d'un cancer du sein restait prononcé en milieu hospitalier et plus encore en médecine générale. Les attentes des patientes envers leur médecin traitant concernant ce sujet n'étaient pas consensuelles.

**CONCLUSION** : Les troubles de la sexualité sont fréquents chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Le manque d'information et d'évaluation est marqué en médecine générale. Les attentes des patientes envers leur médecin traitant ne sont ni systématiques ni uniformes, et parfois orientées vers d'autres professionnels de santé. Le point de vue des conjoints mais aussi des médecins généralistes concernant ce sujet pourrait être intéressant à étudier.

**MOTS CLÉS** : cancer du sein ; santé sexuelle ; image corporelle ; médecine générale