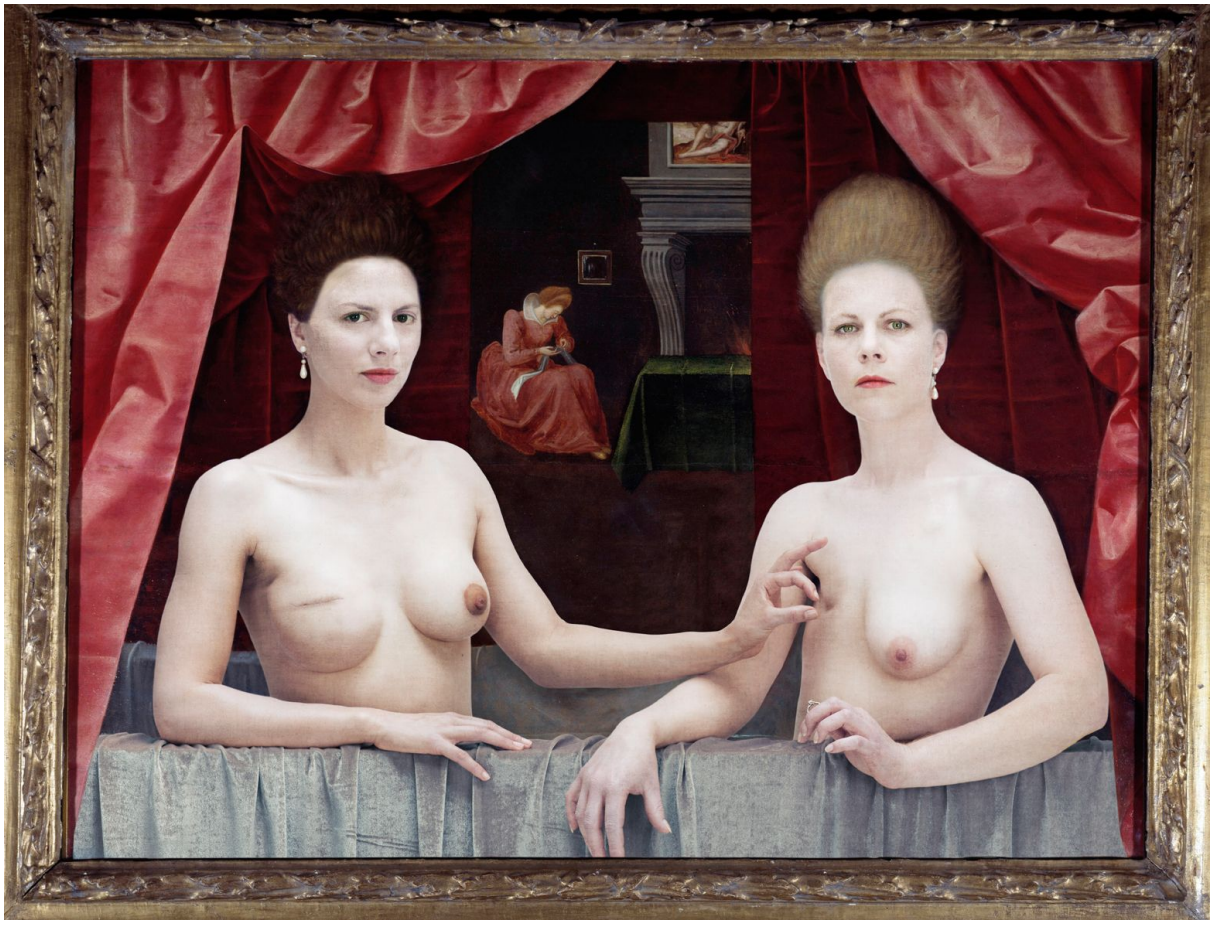
RASMANI-VILLERMAUX Manon Promotion 2015 - 2018

ECOLE DE PSYCHO SEXOLOGIE, Paris la Défense

Le cancer du sein, quand la souffrance est intime. Quelle prise en charge hospitalière ?



Responsable de formation Mme BARRETEAU Fabienne

À la mémoire du regretté Dr PRUNEAU Jean-Claude

Remerciements

Accomplir ce travail est synonyme d’un effort personnel, mais aussi de l’aide extérieure de la part de nombreuse personnes, généreuses en temps, en encouragements, en connaissances et en expériences partagées.

Alors : merci à mes collègues soignants, la socio-esthéticienne de l'établissement et aux psychologues sollicités pour ce mémoire, ainsi qu’aux cadres de soins qui m'ont ouvert la porte de leurs services avec gentillesse : l'hôpital de jour d'oncologie, la chirurgie gynécologique, la sénologie et l’unité des soins palliatifs. Chers collègues, vous occupez une grande place dans mon coeur.

Un très grand merci également au docteur Sabon pour ces conseils au démarrage de ce projet, et au “bébé” docteur pédopsychiatre à l'avenir très prometteur, Françoise Villermaux, qui m'a accompagnée tout le long de ce travail. Sans oublier mon ange gardien, Nora Charifi, qui de loin veille sur moi depuis toujours.

Un remerciement très particulier à Fabienne Barreteau, qui me transmet ses connaissances avec amour, bienveillance et une générosité évidente.

Enfin, merci à mon mari Éric et mon fils Noah ; leur amour me comble et me rend plus confiante.

Un hommage

À vous, M. PRUNEAU Jean-Claude

J'ai gardé de vous le souvenir d'un professeur pas comme les autres.

Vous m'avez transmis le goût pour le travail bien accompli, le goût de la vie jusqu'au bout… de l'humanité… de l'amour bienveillant pour tous les patients... de l'altérité et de l'empathie.

Aujourd'hui ;

Je suis heureuse que Fabienne continue à faire briller cette belle oeuvre qu'est "l'école de l'Amour."

Table des matières

Introduction **5**

I. Le récit marquant d'un cas clinique : l'histoire d'une rencontre avec le corps mutilé de Mme X et mes mains de soignante. **11**

II. Le choix de la problématique **14**

A. L'objectif de ce travail de recherche et de réflexion 15

B. La méthodologie choisie pour effectuer ce travail 16

III. La partie théorique de la thématique **17**

A. Le sein au féminin 17

1. Définition 17
2. Anatomie 17

B. Le sein érotique, le sein maternel et le sein mutilé 19

1. Le sein érotique 19
2. Le sein maternel 22
3. Le sein mutilé 25

C. Le sein et le cancer 26

1. Le cancer du sein, toute une Histoire ! 26
2. Epidémiologie : le cancer du sein en chiffres chez la femme en France 27
3. Définition : c'est quoi un cancer du sein ? 27
4. Les deux formes histologiques de cancer de sein 28
5. La tumeur cancéreuse 30
6. Étiologie du cancer du sein 30
7. Aspects cliniques du cancer du sein 30
8. Stratégies de dépistage et diagnostic 31
   a. Dépistage du cancer de sein 31
   b. Diagnostic du cancer du sein 31
9. Différents traitements possibles 32

D. Quelques mots sur l'image corporelle 33

E. Le cancer du sein et les troubles de l'image corporelle 35

F. Le cancer du sein : entre des troubles sexuels et une identité féminine altérée 36

IV. La partie enquête de la thématique **38**

A. Le choix de l'enquête 38
1. Enquête qualitative 38
2. La population choisie pour l'enquête 39
3. Le lieu de l'enquête 39
4. L'entretien 41
5. La technique de l'entretien semi-directif 42
6. Le guide d'entretien 43
7. Le guide comporte 4 thèmes principaux 43
8. Les lieux de l'entretien 44
9. Le temps de l'entretien et les horaires 44
10. Les limites de la méthode choisie pour cette enquête 45
B. La synthèse du résultat de l'enquête qualitative 46
1. L'importance du TAS dans le cadre du plan cancer 46
2. Les points importants abordés dans les différents entretiens 47
a. Le tabou de la sexualité des patients, un frein à cette prise en charge 47
b. La féminité mise à l'épreuve face à la maladie 49
c. L'image corporelle et cancer du sein 50
d. Les troubles sexologiques et de conjugopathie dus à la maladie et à ses traitements 51
e. La formation des professionnels de santé d'oncologie en santé sexuelle 52
f. Une prise en charge sexologique dans le parcours de soins 52
3. L'utilité des différents entretiens de cette enquête 54

Conclusion 55

Bibliographie 57
Ouvrages 57
Articles 58
Filmographie 58
Site internet 59

ANNEXE 1 60

Introduction

L’annonce d’un cancer de sein est un bouleversement intérieur, pour la femme d’abord, puis pour son partenaire[1].

C’est un rappel de sa vulnérabilité, de sa condition humaine, simple être mortel. Ajoutant à cela la potentialité de l'altération ou la perte de l'intégrité corporelle, engendrant une atteinte plus ou moins importante à cet organe qui n’est pas vital mais chargé de symboles liés à la féminité, et liés à son rôle important dans la sexualité et le maternage.

Malgré les progrès non négligeables de la médecine dans ce domaine, le mot cancer fait peur.

Historiquement, on pourrait croire que le cancer est une conséquence de l'allongement de la durée de vie (plus on vit vieux et plus on a de risques de voir ses cellules muter), mais il n'en est rien.

[1] Le partenaire dans ce mémoire désigne le féminin et masculin suivant l’orientation sexuelle de la patiente.

On trouve en effet des traces de tumeurs malignes dans des ossements datant de l'époque néolithique, alors qu'on estime que l'espérance de vie moyenne à cette époque avoisinait les 25 ans. On trouve aussi des traces de cette maladie dans les premiers écrits de l'humanité : description de l'ablation de tumeur sur un papyrus égyptien d'Edwin Smith, rédigé il y a plus de 3 500 ans, ou description des différents stades du cancer dans un écrit du médecin grec Hippocrate, né en 460 avant J.-C.

C'est à ce dernier que l'on doit l'origine du mot "cancer", puisque ce médecin grec a été le premier à comparer les déformations engendrées par les tumeurs à des pattes de crabe, et ce crustacé se nomme *καρκινος, karkinos* en grec et *cancer* en latin.

L'institut national a donné une définition du cancer :

« Le cancer résulte de la survenue d'un dysfonctionnement au niveau de certaines cellules de l'organisme.

Celles-ci se mettent à se multiplier de manière anarchique et à proliférer, d'abord localement, puis dans le tissu avoisinant, puis à distance où elles forment des métastases en cas d'aggravation de la maladie.

Sur le plan médical, le mot « cancer » désigne en fait un groupe de maladies très différentes les unes des autres. C'est pourquoi on ne devrait pas parler du cancer, mais des cancers, au pluriel. » [2]

---

[2] [[http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Le-ou-les-cancers]]

Le point commun de ces maladies est entre autres la mutation d'une cellule saine en cellule tumorale, qui ensuite se multiplie à l'infinie et produit des métastases.

Les traitements ont évolué avec la connaissance de la médecine.

Dans la médecine antique dominait la théorie des humeurs, suivant laquelle un corps est sain si ses quatre éléments fondamentaux (l'air, la terre, l'eau et le feu) sont en équilibre.

Le médecin grec Galien (129-216) considérait que le cancer, dû à un déséquilibre de l'élément terre, se soignait par l'administration de purges censées rétablir le fonctionnement normal de la rate (symbolisant l'élément terre).

Aujourd'hui, on effectue d'abord un bilan d'extension, évaluant l'étendue de la localisation et l'état des cellules cancéreuses (présence ou non de métastase).

Un diagnostic est établi par plusieurs professionnels (gynécologue, oncologue, radiothérapeute, chirurgien, éventuellement gastro-entérologue…).

Le plan traitement est décidé en réunion de concertation pluridisciplinaire par différents spécialistes.

- Quand c'est possible, une ablation de la tumeur, avec éventuellement un traitement complémentaire par micro-onde ou cryothérapie.
- Quand la chirurgie ne suffit pas, un traitement par hormonothérapie, chimiothérapie ou radiothérapie suivant la nature et l'agressivité du cancer traité et l'état de la patiente concernée.

Ces traitements sont agressifs pour le corps : fatigue, douleurs, angoisse, prise ou perte de poids, ... Tous ces symptômes altèrent et modifient l'image corporelle de la femme concernée par cette épreuve violente et bouleversante.

Les principales gênes pour la femme soignée vont être de deux ordres :

- Physiques (vomissement, chute des cheveux, ablation d'une partie du corps intime)
- Psychique (tristesse, sentiment d'injustice, difficulté à se projeter dans l'avenir, les traitements étant assez contraignants puisqu'il faut être présent)

Difficile dans ce contexte de voir les conséquences sur le plan sexuel. C'est encore plus vrai quand il touche des organes aussi érotiques que le sein. Pourtant, il est évident que certains troubles vont se créer dans la mesure où le corps de patiente est affaibli, souvent altéré par la chute de cheveux, voire l'ablation d'un sein, le recours à une sonde urinaire, une sonde naso-gastrique au moment de l'hospitalisation…

Ces interventions sont utiles même vitales quand la situation le nécessite, mais dommageables pour l'intégrité du corps érotique et de l'image corporelle de la femme affectée.

Cependant, on ne peut pas faire l'impasse sur l'esprit de la patiente, encombré par l'attente de résultats, les prises de rendez-vous, les projets annulés, sa routine de femme en santé complètement dévastée. Nous comprenons que dans tout cela la souffrance liée au corps érotique est mise de côté car l'urgence est la rémission puis la guérison.

Comme la sexualité relève du domaine de l'intime, le milieu médical ne se donne pas l'autorisation d'aborder cette partie pourtant intégrante de la vie de la patiente. Les soignants en oncologie continuent à négliger cette souffrance liée à l'intime, alors que les traitements médicaux pour gérer les symptômes pénibles de la maladie n'ont cessé de progresser : la prise en charge de la douleur par exemple, sans oublier l'arrivée des soins de support qui ont révolutionné la qualité de la prise en charge des patients souffrants des maladies cancéreuses.

Toutefois, le patient ne se résume plus à son cancer et à son organe investi par des cellules cancéreuses à éliminer. Désormais, il est considéré dans sa globalité comme une personne, et une équipe pluridisciplinaire le prend en charge.

La santé sexuelle est un droit et elle fait partie de la qualité de vie des patients. À ce titre, sa prise en charge doit faire partie des soins en oncologie.

Elle a été définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1975 comme étant :

« L'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour »[3]

La santé sexuelle demeure aussi une santé du conjoint et du couple.

On peut ainsi déplorer que la santé sexuelle soit négligée lors de la prise en charge des patientes car cela devrait faire partie naturellement du parcours de soins.

[3] http://whqlibdoc.whoint/trs/WHO-TRS-572fre.pdf

I. Le récit marquant d’un cas clinique : l’histoire d’une rencontre avec le corps mutilé de Mme X et mes mains de soignante.

À ce moment-là, je suis aide-soignante en Unité de soins palliatifs dans le centre hospitalier d'Orléans et je m’interroge beaucoup sur mon avenir professionnel, notamment sur une éventuelle réorientation dans un autre domaine tout en restant dans la relation d’aide. Ce matin-là, je commence par prendre en charge Mme X, une patiente de cinquante ans très souffrante. Elle a un mari très dévoué et présent. Elle semble un peu froide et fermée au premier abord avec nous, les soignants, elle se montre accessible par l’humour, par les discussions autour de ses enfants ou de son travail, toujours présent dans ses conversations. Cette patiente souffre d’un cancer de sein évolué avec des métastases, malgré la mastectomie et toute la prise en charge oncologique antérieure. Mme X semble encore en souffrance comme tous les jours, malgré les traitements.

Rééquilibrer son traitement antalgique, c’est le motif de sa récente hospitalisation, car cela l’handicape énormément. Après une toilette de confort et une séance de maquillage improvisée, je lui ai proposé un massage du dos, afin de lui offrir un moment de détente.

Suite à cette séance de massage, Mme X semble plus détendue et moi j'étais satisfaite intérieurement de cette mission bien accomplie.

J'ai commencé par ranger la chambre avant de partir discrètement, elle m'a dit avec une voix basse: « J'ai entendu que vous êtes à la recherche d'une formation ? ». Je lui ai répondu en souriant que je souhaitais rester dans la relation d'aide car c'est important pour moi. Là, le visage de Mme X s'est transformé et j'ai vu une tristesse soudaine, les yeux larmoyants, un bref instant. Avec beaucoup de pudeur, elle me confie que son seul regret dans son malheur, c'est ce corps qu'elle n'a pas pu faire aimer par son mari. Elle m'a dit : « J'aurais bien aimé avoir des conseils, de l'écoute pour notre couple et pour moi… c'est une souffrance que je subis depuis toutes ces années de maladie et depuis le premier jour, j'aimerais tant que mon mari me touche autrement ». Puis il y eut un moment de silence un peu lourd car je me suis sentie désarçonnée face à cette confidence inattendue. Ensuite, elle me dit : « À cause de tout ça mon mari est devenu mon aide-soignant. J'ai peur qu'il voit une autre femme »

De nouveau un gros moment de silence… J'ai fini par lui dire « Je vous remercie, écoutez-moi, c'est une très bonne idée de formation professionnelle, je vais réfléchir à la question ! » Elle m'a répondu avec un petit sourire : « Cela sera vraiment utile ! ».

Pourquoi ce récit ? En vérité, lors des soins de *nursing*, je me retrouve souvent face à la détresse des patients. Mais cet épisode m'a vraiment marqué et m'a aidé à prendre conscience de cette souffrance profonde. Celle-ci est engendrée par la négligence du milieu hospitalier du corps érotique altéré et de la conjugopathie comme un des effets secondaires des traitements et une conséquence la maladie cancéreuse.

Être confrontée à la souffrance des malades en étant soignante, c’est le quotidien. Parfois, ce genre de situations peut pousser le soignant au-delà de l’empathie et le mener à la prise de conscience de son incapacité à trouver une réponse satisfaisante à cette crise. La révolte fait vite la place à la réflexion et puis à l’action.Aujourd’hui, je me sens concernée par cette problématique : la question sur le cancer du sein, le corps féminin. Quel corps ? Quelle image corporelle ? Quelle sexualité ? Et puis quelle réponse ?

II. Le choix de la problématique

Mettre en lumière, la souffrance du corps érotique quand la féminité est malmenée par le cancer de sein et ses traitements sera au cœur de mon travail. Cela me permettra de voir quelles sont les répercussions sur l'image du corps. Comment aborder la question de l'estime de soi, la relation avec soi-même et avec l'autre ? Comment séduire ou continuer à séduire ? Comment la patiente arrive à gérer cette douleur physique et psychique dans l'intime ? Et pour le couple, comment éviter une conjugopathie comme un effet secondaire de cette situation ? Les différents professionnels de santé : comment arrivent-ils à aborder les questions sexuelles au cours de l'entretien soignant ? Quelles sont leurs difficultés ? Enfin, quel rôle un psycho-sexologue formé à l'oncologie pourra jouer auprès de la femme et son partenaire, dans le but de mieux traverser cette terrible épreuve ?

Luigi Russolo (1885-1947) Caress, Death, 1908/09

A. L'objectif de ce travail de recherche et de réflexion

Avant tout ce travail de mémoire vise à démontrer la légitimité d'une prise en charge psycho-sexologique des patientes atteintes de cancer du sein. Surmonter ce tabou ou ce frein au sein du couple sera, à mon avis, un des prochains défis de l'onco-sexologie.

Avancer dans cette problématique aura le bénéfice d'améliorer la perception du corps érotique et renforcer la femme dans son mental, dans son estime d'elle-même et de son Moi narcissique durement altéré par cette épreuve. Tout en gérant ses troubles sexologiques et relationnels avec son partenaire.

Dans différentes définitions, l'organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît que la santé sexuelle est un droit fondamental.

Donc, se pencher sur cette souffrance, même si elle n'est pas toujours exprimée par les patientes, ni entendue par les équipes soignantes, est selon moi une nécessité pour améliorer la vie des femmes malades dans leurs parcours de soin et même après la rémission.

B. La méthodologie choisie pour effectuer ce travail

- Recherche de documentations sur le sujet dans la rigueur de la littérature scientifique
- Présentation d'un cas clinique marquant et représentatif de la problématique
- Faire des définitions de mots clés : le sein comme un organe érotique et maternel, le cancer du sein, les multiples traitements du cancer de sein, l'altération de l'image corporelle, les troubles sexologiques liés à la maladie et ses traitements
- Interroger les différents intervenants auprès de ces patientes à l'aide d'un questionnaire semi-directif
- Faire une synthèse des éléments obtenus sur le terrain et puis établir un travail de réflexion
- Proposer des pistes de prise en charge sexologique au cours de traitements et après le cancer

III. La partie théorique de la thématique

A. Le sein au féminin

Le sein est un organe qui a deux dimensions : érotique et maternelle.

1. Définition[4]

Nom : masculin *(*latin *sinus*). Organe pair très développé situé à la partie antérieure du thorax chez la femme, qui contient la glande mammaire.

2. Anatomie[5]

Ils sont situés en haut et en avant du thorax. Ils n'ont pas de rôle chez l'homme. Par contre, chez la femme, ils ont un rôle nourricier permettant l'allaitement du nouveau-né, ainsi qu'un rôle esthétique et sexuel. Ils contiennent la glande mammaire, l'aréole et le mamelon. Ils sont essentiellement constitués de tissus graisseux maintenus par le muscle pectoral et la peau. Les seins requièrent une surveillance régulière afin de détecter rapidement un éventuel cancer du sein.

---

4 Définition : Dictionnaires de français LAROUSSE
5 Santé médecine.net

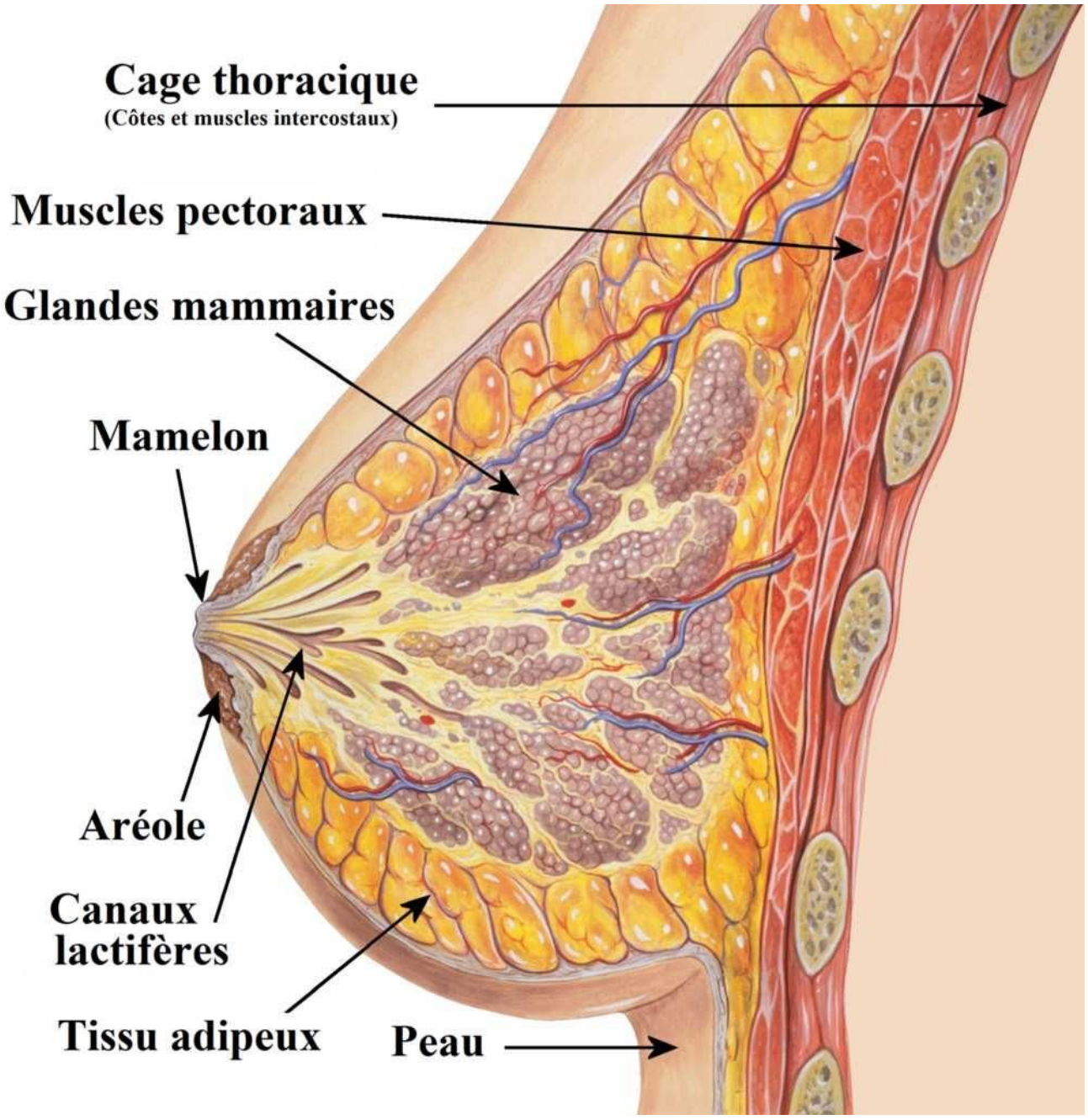


Schéma proposé par Patrick J. Lynch, medical illustrator 2006

B. Le sein érotique, le sein maternel et le sein mutilé

1. Le sein érotique

Agnès Sorel, la première favorite de l'histoire de France invente le **décolleté épaules nues**, vivement critiqué par les chroniqueurs de l'époque.[6]

« *Couvrez ce sein que je ne saurais voir. Par de pareils objets, les âmes sont blessées. Et cela fait venir de coupables pensées*. »[7]

Cette phrase seule, résume le pouvoir érotique du sein féminin et toute l'intrigue qui l'entoure à travers l'Histoire dans la littérature comme dans l'art.

Le sein, dans ses deux dimensions érotico-nourricières, a navigué entre la permissivité et la pudeur.

[6] Source : enigme-art blogspot.fr
[7] Molière, le Tartuffe

À la fois du domaine du sacré, depuis les déesses païennes de la fécondité, en passant par la vierge Marie jusqu'à la Marianne la républicaine, et du sacrilège, objet de tentation et de corruption, imposé selon les époques et les cultures.

Cet objet de tous les désirs masculins a été une riche source d'inspiration pour les peintres, des sculpteurs, des poètes, des écrivains… Cela depuis que l'art existe comme une des expressions créatives des civilisations humaines.

Ce sacré saint des saints, c'est un totem de féminité, de sexualité, allaitant, excitant, caché, exposé, gros, petit, ferme, mou… En forme de clémentine, de pomme, de poire, de melon... De par son pouvoir érotique, il fascine depuis la nuit des temps.

Du point de vue psychanalytique, les seins dans leur fonction maternelle (bon/mauvais), à travers un balancement de projection/introjection[8].

Mélanie Klein a théorisé une pensée novatrice par rapport à Sigmund Freud : conflit œdipien plus précoce, positions schizo-paranoïdes et dépressives au cours du développement de l'enfant, bons et mauvais objets... Le mouvement kleinien est présent actuellement dans de nombreuses sociétés de l'Association psychanalytique internationale, y compris en Amérique latine.

[8] Le concept de l'introjection est élaboré par Sandor Ferenczi entre 1909 et 1912 dans son article «Transfert et introjection»

Le sein reste un concept central psychanalytique de Mélanie Klein. Il représente le premier objet relationnel du nourrisson, bien avant qu'il réalise qu'il fait partie de la mère qui est une personne entière. Il va cliver le sein entre « bon sein », celui qui le nourrit, le gratifie, duquel il introjecté les caractéristiques positives de contentement, de satisfaction, d'amour, et « mauvais sein », le sein absent qui le frustre, sur lequel il projette ses sentiments de haine et dont il craint la persécution.[9]

Alors que cet organe érotique est présenté comme un substitut et un équivalent du pénis chez l'homme.

Dans la pensée psychanalytique freudienne[10], les mamelons et le téton turgescent (excitation érotique de l'allaitement) sont présentés comme l'équivalent du sexe masculin en érection.

On emploiera même le mot de « castration » pour parler du vécu de la femme qui a subi l'ablation d'un sein.

Pour faire court, la très bonne nouvelle, c'est que la poitrine maternelle et la poitrine érotique ne font plus qu'un dans les théories freudiennes.

---

[9] Mélanie Klein. *Essai de psychanalyse*, 1921-1945 février, 1998
Editions : Payot

[10] Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Editions Flammarion, 2011.138 p.

2. Le sein maternel

La Vierge au coussin vert vers 1507, Musée du Louvre. (Andrea Solari)

Cela n'est pas toujours évident pour une femme d'aujourd'hui d'assumer cette fonction d'allaitement car dans la société contemporaine les seins sont érotisés.

De plus, les femmes occidentales, contrairement à celles qui vivent dans les sociétés plus traditionnelles, vivent une pression sociale permanente et une obligation de réussite dans tous les domaines.

C'est ce que j'appellerai aujourd'hui le syndrome de « la femme parfaite ». Une femme parfaite doit répondre aux exigences de l'autre (l'enfant, le conjoint, le patron…) en étant à la fois une femme au physique attractif ornée d'une poitrine ferme, mais aussi une mère attentionnée et une employée toujours disponible ! C'est là une mission presque impossible.

Selon l'étude Epifane[11], 69% des Françaises donnent le sein à la maternité. En revanche, à partir de l'âge d'un mois, les chiffres baissent considérablement, car seulement un bébé sur deux est encore allaité (54%).

Ainsi, malgré les fortes recommandations de l'OMS (allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois suivant la naissance), les femmes ne choisissent pas toutes d'allaiter.

La préface du livre *Le sein – Une histoire* de Marilyn Yalom, (2010), rédigée par Elisabeth Badinter, offre un formidable résumé de l'histoire de cet organe aux multiples facettes.

Elle écrit :

« *Du sein divin de la madone allaitant au Moyen âge au sein érotique d'Agnès Sorel, du sein domestique de la Hollande protestante du XVIIe siècle au sein politique de Marianne torse nu, du sein commercialisé par l'industrie du corset et du soutien-gorge au sein rongé par le cancer ou torturé par le piercing du XXe siècle, Marilyn Yalom montre que le pauvre sein de la femme a appartenu successivement à l'enfant, à l'homme, à la famille, au politique, au psychanalyste, aux commerçants, au pornographe, au médecin, au chirurgien esthétique, avant que les féministes n'en reprennent le contrôle à la fin du siècle dernier.* »[12]

---

[11] Epiphane, une étude publiée par l'institut de veille sanitaire français en 2012.

[12] Marilyn Yalom (Auteur) Elisabeth Badinter (Préface) Paru 2010. Essai. GALAADE Édition

Il est important de noter que si le sein est primordial pour l'espèce humaine, via son rôle dans l'allaitement, il n'est désormais plus indispensable à la survie.

Cependant, il reste un organe unique et complexe, chargé de symboles et de messages, dans le conscient et l'inconscient collectif comme dans le vécu individuel.

3. Le sein mutilé

[13] Von Stuck, *Amazones*

L'amazone, cette femme guerrière qui se mutilait le sein pour mieux tirer à l'arc mais aussi pour s'élever à l'égal de l'homme.

Contrairement à l'amazone, une femme touchée par une pathologie telle qu'un cancer du sein aura des répercussions sérieuses, entraînant une souffrance au plus profond de sa personne et de son identité féminine.

[13] Source Enigme-art blog spot.fr

C. Le sein et le cancer

Le sein gauche du modèle présente une tumeur, sur cette peinture du XVI ème siècle. Galleria Colonna, Rome.

1. Le cancer du sein, toute une Histoire !

Par l'art, des historiens des sciences apportent des éléments de réponse sur les maladies de l'ancien temps dont le cancer du sein.

D'autres scientifiques estiment que sa fréquence actuelle est liée principalement à la pollution et d'autres encore pensent que cette maladie est essentiellement due à la vie moderne.

Raffaella Bianucci, de l'école médicale de Warwick en Angleterre, a démontré que le cancer de sein est l'un de ceux qui affectent le plus les femmes aujourd'hui, il était déjà répandu durant la Renaissance.[14]

2. Epidémiologie : le cancer du sein en chiffres[15] chez la femme en France

- 54000 nouveaux cas annuels
- 1er rang des cancers en terme de fréquence (33,5 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers)
- 75% des cancers du sein se déclarent après 50 ans
- Age moyen au diagnostic égale à 60 ans

3. Définition : c'est quoi un cancer du sein ?

- Le cancer du sein est une tumeur maligne se développant au niveau du sein
- Le cancer du sein est le cancer le plus courant dans les pays occidentaux. Un quart des cancers de la femme sont des cancers du sein. Il touche 10% de la population féminine et (ou) le taux d'incidence augmente progressivement après 30 ans pour culminer à 65 ans avant de diminuer[16]
- 99% des personnes touchées sont des femmes et 1% des personnes touchées par un cancer du sein sont des hommes

---

[14] *Science et avenir* : article écrit par Hervé Ratel le 24/02/2018
[15] « La situation du cancer en France en 2015 » INCa Edition 2015
[16] Ouvrage *Médecine sexuelle, fondements et pratique* de Frédérique Courtois-Mireille Bonierbale Éditions Lavoisier : Médecine, sciences

4. Les deux formes histologiques de cancer de sein

Il existe deux formes histologiques de cancer de sein suivant son évolution lors de son diagnostic :

- Un carcinome canalaire : c'est celui le plus fréquent (sa particularité c'est son développement à partir des cellules des canaux)
- Un carcinome lobulaire : c'est le moins fréquent. Il se développe à partir des cellules des lobules. On les appelle les adénocarcinomes

Cependant, il arrive qu'un cancer du sein présente les deux caractéristiques : lobulaire et canalaire.

Au niveau médical deux termes décrivent le cancer du sein :

- Un cancer (*in situ*), « non-invasif » : il se présente dans une forme précoce donc, de très bon pronostic car il se développe seulement à l'intérieure des canaux de lactation

- Un cancer (infiltrant), « invasif »

Les cellules cancéreuses ont traversé la paroi du canal de lactation et il peut se propager dans le corps. Ce sont les métastases.

Exemples de localisation de cancer du sein

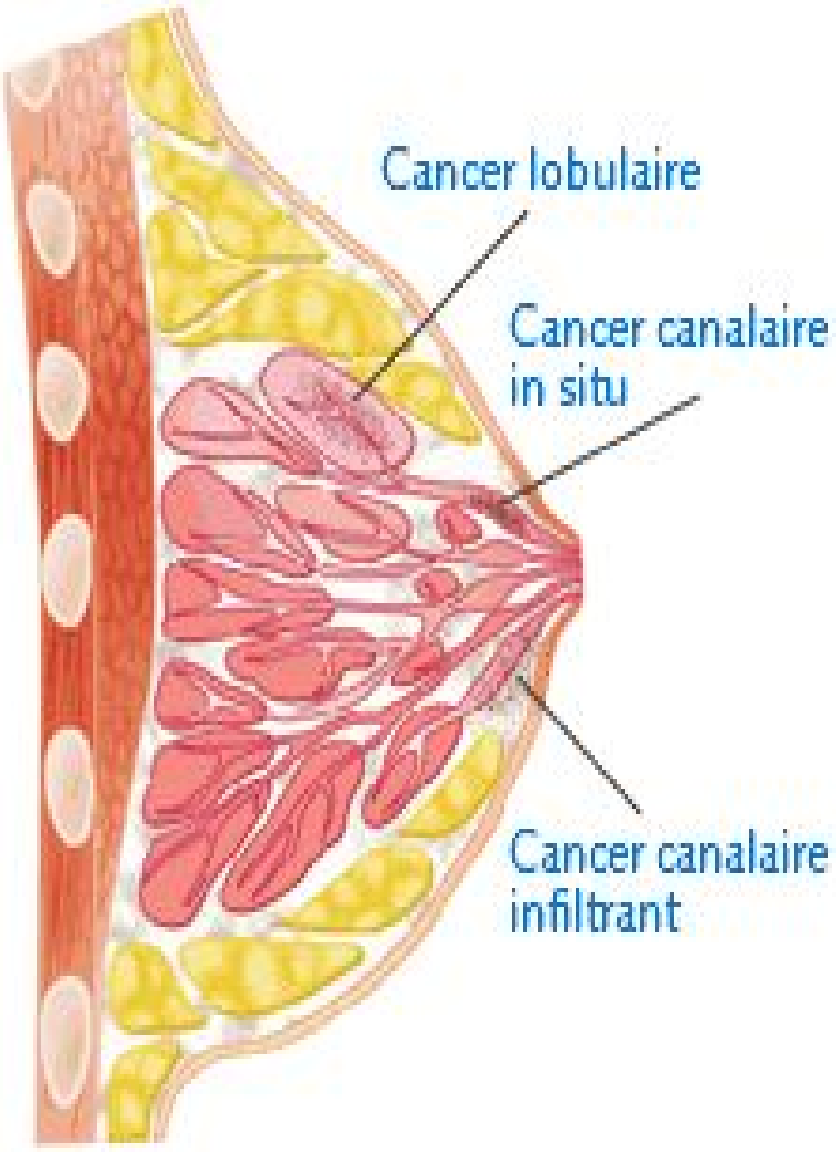


Schéma des deux différents types de cancer du sein [17]

[17] Source : http://www.qcclick.com/cancers-sein-info-conseils.html

5. La tumeur cancéreuse

Une tumeur maligne du sein c'est un groupe de cellules cancéreuses qui peuvent envahir et détruire le tissu voisin. Elle peut aussi se propager (métastases) à d'autres parties du corps.

6. Étiologie du cancer du sein

Le cancer du sein est multifactoriel, parmi la liste de ces facteurs, nous pouvons distinguer trois points importants :

- les antécédents médicaux (personnels et familiaux)
- nos modes de vie (habitude et hygiène de vie)
- l'âge (près de 80% des cancers du sein se développent à partir de 50 ans)

7. Aspects cliniques du cancer du sein

Âge, cycle menstruel, grossesse, pilule contraceptive, hormones… de nombreux facteurs peuvent modifier la forme et la texture d'un sein et il n'existe pas de symptômes caractéristiques du cancer du sein.

En revanche, un certain nombre de signes doivent inciter à consulter rapidement :

- modification de la dimension ou de la forme d'un sein
- grosseur/boule dans un sein
- ganglion dur au niveau de l'aisselle
- écoulement par le mamelon, surtout si sanglant
- modification de la pigmentation ou de la texture de la peau du sein ou de l'aréole
- rétraction irréversible du mamelon d'apparition récente

8. Stratégies de dépistage et diagnostic

a. Dépistage du cancer de sein

- Dépistage systématique tous les 2 ans, pour les patientes qui n'ont pas de symptôme particulier
- Dépistage plus rapproché pour les femmes qui ont un risque élevé de développer un cancer du sein (antécédents familiaux par exemple) et n'ont pas de symptôme
- En cas de symptôme mammographie biopsie, etc.

b. Diagnostic du cancer du sein

Le diagnostic du cancer du sein se réalise en deux étapes :

- Une phase de repérage de la maladie (le bilan diagnostique)
- Une phase d'évaluation de son évolution (le bilan d'extension)

9. Différents traitements possibles

- La chirurgie du sein: elle consiste en une ablation partielle (tumorectomie) ou totale (mastectomie) du sein qui peut être suivie ou non d'une reconstruction

- La chirurgie des ganglions de l'aisselle : si les ganglions sont atteints, cette chirurgie permet de limiter une propagation du cancer

- La chimiothérapie: elle peut être réalisée avant la chirurgie pour réduire la taille de la tumeur ou après pour diminuer le risque de récidive

- La radiothérapie externe : pour diminuer le risque de récidive ou la curiethérapie

- L'hormonothérapie : elle empêche l'action stimulante des hormones féminines (œstrogènes et progestérone) sur les cellules cancéreuses

- Les thérapies ciblées : il s'agit de médicaments bloquant les mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses et diminuant le risque de récidive

D. Quelques mots sur l'image corporelle

En 1935, Paul Schilder a défini le concept de l'image du corps :

« La représentation **à la fois consciente et inconsciente du corps**, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps ».

Cet auteur précise que « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ».[18]

Donc, on peut légitimement présenter l'image du corps **comme une vision psychologique** où prédominent les attitudes et les sentiments éprouvés pour le corps, son apparence physique et la représentation mentale de soi.

- Pour A. Sanglade en 1983, l'image du corps peut également être assimilée à la **représentation de soi** : « *Corps objectalisé qui médiatise la relation à l'autre et agit comme le passage entre le dedans et le dehors, entre le Moi et les autres. Cette représentation de soi dépend des relations aux autres et de leur qualité, ainsi que de la formation du narcissisme. A tout moment elle peut être modifiée. Elle peut s'éprouver solide ou détruite*, *désirée ou rejetée, elle est liée à l'épreuve du narcissisme et à la vie relationnelle* »
- Françoise Dolto en 1984 : sa définition souligne le lien de l'image du corps et du **narcissisme**

[18] Schilder P. *L'Image du corps. Études des forces constructives de la psyché.* Paris : Gallimard, 1935, 1968.

- Didier Anzieu en 1985, décrit le concept **d'image du corps vu comme un espace menta**l peut être étendu à celui de « Moi-peau », cette image « *peau pour la pensée* »

E. Le cancer du sein et les troubles de l'image corporelle

Cinquante mille nouveaux cas de cancers du sein par an sont diagnostiqués en France[19]. Un tiers auront besoin d'une mastectomie pouvant être à visée curative ou à visée prophylactique dans le cadre d'une mutation génétique exposant fortement la patiente à un risque de cancer du sein.

Le sein a de multiples représentations :

- Une représentation anatomique avec le sein mamelle nourricière, source de vie, de maternité, mais aussi devenu une menace potentiellement mortelle
- Une représentation narcissique avec le sein comme atout de séduction, de beauté et de féminité
- Une représentation érotique avec le sein source de fantasmes, zone érogène et élément de la sexualité
- Une représentation imaginaire avec le sein du désir

Vu la forte symbolique érotique et nourricière du sein, nous pouvons facilement imaginer que l'altération de cet organe peut représenter un désastre pour la femme.

Cette blessure narcissique renvoie cette femme à un vécu de castration, une mutilation de l'image de soi qui va forcément induire une souffrance importante et constituer un obstacle au plaisir sexuel.

---

[19] Allemand H, Seradour B, Weill A, Ricordeau P. *Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal.* Bull Cancer 2008 ; 95 : 11-5.

F. Le cancer du sein : entre des troubles sexuels et une identité féminine altérée

Le sein comme organe représente naturellement un symbole fort de l'identité féminine par son rôle de nourricier et de séduction. La maladie cancéreuse et ses traitements sont une menace réelle et un traumatisme non négligeable dès la première consultation d'annonce de cette mauvaise nouvelle.

Fançoise Brullmann (2007)[20] : « *L'annonce d'un cancer du sein contient, dans sa formulation même, une attaque violente contre cet emblème de l'identité féminine. Symbole de beauté, de séduction et de fertilité, le sein est aussi sur le corps de la femme la marque visible d'une différence sexuelle accueillie avec plus ou moins de bonheur par la fille à la puberté.* »

Le cancer du sein et ses traitements ont des impacts sur la féminité et la sexualité des patientes.

- Les symptômes pénibles de la ménopause précoce, dûs à l'hormonothérapie et la chimiothérapie
- L'alopécie, la dépilation, la sécheresse des muqueuses, les nausées et les vomissements, puis la fatigue due à la chimiothérapie
- L'ablation partielle ou complète du sein peut provoquer des douleurs cicatricielles
- Le choc ou le traumatisme psychique de la chirurgie conservatrice ou partielle suivant la patiente et son état émotionnel

[20] Brullmann Françoise (2007) *du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à construction réparatrice: une traversée,*Le carnet PSY n° 119, p 46 à 51 extrait (de la page 15 *Onco-sexologie*) écrit par Sébastien Landry

- La prise du poids et œdème

Tout cela, altère l'estime de soi car cela touche un des organes érotiques féminins par excellence.

Donc, au niveau de la sexualité, il y aura aussi une modification de l'orgasme, le manque de libido qui sera amplifié~~e~~ par le stress et l'angoisse de la maladie. Par conséquent, l'altération de l'image corporelle et tout l'ensemble~~s~~ des effets secondaires des traitements vont forcément impacter le corps érotique de la femme malade.

Pour réapproprier son nouveau corps, il va falloir qu'elle mobilise toutes ses forces profondes pour faire le deuil de son ancien "sein sain" pour adopter le nouveau sein malade et le faire adopter et "adorer" par elle-même, et ensuite par son conjoint.

Une aide extérieure d'un professionnel de la sexologie formé à l'oncologie sera la bienvenue !

IV. La partie enquête de la thématique

A. Le choix de l'enquête

1. Enquête qualitative

C’est vers les techniques de recherche en sciences sociales que je me suis tournée pour réaliser cette enquête sur l’aspect onco-sexologique dans la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein, vu par les différents intervenants dans ce domaine. De ce fait, j’ai choisi d’effectuer une enquête qualitative. Les enquêtes qualitatives permettent en effet d’entrer plus longuement dans les logiques des conduites individuelles grâce aux techniques d’entretien.

- L’intérêt des enquêtes qualitatives est de restituer les logiques des conduites et des échanges avec les professionnels concernés de manière très approfondie.

- Elles offrent la possibilité d’observer et de comprendre les manières d’agir et de penser.

- L’enquête qualitative permet de rendre compte de la complexité du réel en comparaison avec l’enquête quantitative par questionnaire qui aide à dresser un portrait beaucoup plus simplifié.

2. La population choisie pour l'enquête

J’ai choisi d’interroger les professionnel(le)s de la santé qui sont les plus présents auprès des patientes lors du parcours du soin :

- Socio-esthéticienne, qui intervient exclusivement auprès des patients atteints de maladies cancéreuses
- Infirmier(e)s en oncologie et en chirurgie-gynécologie
- Aides-soignantes en chirurgie-gynécologie et en unité de soins palliatifs
- Psychologues en oncologie, en sénologie et en soins palliatifs

3. Le lieu de l'enquête

J'ai choisi comme lieu d'enquête le Centre Hospitalier Régional d'Orléans. D’abord pour des raisons pratiques, car je travaille sur les lieux. Mais la raison principale est que le CHR d’Orléans développe dans le domaine du cancer une prise en charge spécifique, globale et multidisciplinaire. Cela depuis de nombreuses années, grâce au plan cancer.

Vu la nature complexe de cette pathologie, elle nécessite l’intervention de nombreux médecins et de différents services spécifiques et experts.

La prise en charge des maladies cancéreuses est organisée en filières. Ainsi, plusieurs professionnels de santé de différentes spécialités, exerçant dans plus d’une trentaine de services, travaillent ensemble dans un même but grâce à une organisation transversale, et accompagnent ainsi les patients

pendant toute la durée de leur parcours du soin, dès le diagnostic de la maladie.

Une photo de l'entrée principale du centre hospitalier régional d'Orléans

4. L’entretien

L’enquête qualitative passe par l’entretien. C’est l’outil le plus adapté dans ce travail de recherche puisqu’il constitue une méthodologie de recherche très utile car elle s’intéresse à une population précise dans un contexte particulier.

Ainsi, l’entretien permet d’avoir l’accès au point de vue des professionnels qui ont en charge des patientes, à leur expérience dans le quotidien auprès des patientes et au sens qu’ils donnent à leur travail dans le milieu hospitalier.

La multiplication des entretiens auprès d’une population des intervenants (soignants, psychologues, socio-esthéticienne) m’a permis de dégager des points de vues communes, mais aussi des divergences entre les différentes personnes rencontrées, conduisant ainsi à proposer des avis et des visions liées à leurs valeurs et leurs domaines professionnelles.

5. La technique de l’entretien semi-directif

Il existe plusieurs manières de mener des entretiens. Parmi les différentes méthodes d’entretien, le semi-directif m'a semblé le plus adapté pour atteindre mon objectif. En effet, ce système permet de combiner une attitude non directive, pour favoriser un échange cordiale dans un climat de confiance, avec la possibilité d’établir un projet directif, pour obtenir des informations sur des points définis à l’avance.

J’ai donc posé des questions à partir de différents sujets choisis et déterminés par avance. Pour cela, j’ai utilisé un guide d'entretien dans lequel était formulée une série de thèmes et de sous-thèmes. L’entretien semi-directif accompagne l'enquêté sans le diriger en vue d’aborder l’ensemble des thèmes et le laisse construire son propre discours.

Ainsi, lorsque le/la professionnel interrogé n'évoque pas spontanément un thème ou sous-thème figurant dans le guide, l’enquêteur peut l’inviter à en parler. À l’intérieur de chaque thème, l’interviewé s’exprime librement. Si cela est nécessaire, l’enquêteur apporte une aide à l'interlocuteur quand ce dernier éprouve quelques difficultés pour répondre.

Dans ce type d’enquête, on cherche principalement à comprendre le sujet de la recherche.

6. Le guide d’entretien

- Le guide est présenté sous forme de trame adaptable à chaque spécificité du métier de la personne interrogée et de son service, répertoriant les thèmes qui devraient être abordés au cours de l’entretien semi-directif
- Le guide a été réalisé dans un cadre souple et non rigide qui donne plus de place à l'interlocuteur pour s’exprimer sur le sujet
- L’ordre des thèmes prévus a été le plus logique possible, en respectant le rythme et la disponibilité de chacun : chaque entretien a eu sa dynamique propre
- Le seul point important à respecter a été que tous les enquêtés aient abordé tous les thèmes du guide avant de terminer l’entretien, pour permettre la réalisation d’une analyse comparative

7. Le guide comporte 4 thèmes principaux

- Définir le rôle de l’interviewé(e) dans l’accompagnement des femmes atteintes de cancer de sein
- Evaluer la prise de conscience des professionnels des souffrances intimes des patientes et des conjoints induites par la situation
- Connaître le point de vue et le ressenti de chaque interlocuteur sur la problématique lors de l’entretien ainsi que les difficultés par rapport au sujet traité
- Recueillir l’avis de la personne interrogée sur une prise en charge sexologique des troubles liées à l'altération de l'identité féminine, des troubles sexuelles et de la conjugopathie

8. Les lieux de l’entretien

Généralement, ce genre d’entretien est effectué dans un cadre calme et protégé, pour permettre aux interviewés de se sentir à l'aise et favoriser ainsi un meilleur échange dans une ambiance optimale.

Pour chaque entretien, j’ai utilisé un bureau dans le service concerné, souvent le bureau de l'interviewé lui-même, comme ce fut le cas pour la socio-esthéticienne et les psychologues.

Sinon, j’ai pu aussi accéder à un bureau de médecin ou à une salle de réunion (libre), avec l’aide de la cadre du service, comme pour le service d’oncologie, pour le service de chirurgie-gynécologique et les soins palliatifs.

9. Le temps de l’entretien et les horaires

L’entretien dure 20 minutes en moyenne, mais avec certains interlocuteurs cela a pu durer jusqu'à 40 minutes ou 45 minutes. Il a eu lieu souvent en fin de service :

- en fin de matinée vers entre 11h00 et 12h00
- en fin d'après-midi vers 17h00
- avec les psychologues, autour de 15h00 à 18h00

10. Les limites de la méthode choisie pour cette enquête

Le choix d'une enquête qualitative offre la possibilité d'obtenir un temps d'échange satisfaisant, avec des intervenants auprès des patientes atteintes de cancer du sein. Ces entrevues m'ont permis de comprendre les difficultés de cette thématique à travers leurs récits.

Cependant, cette méthode présente quelques limites :

- Je ne suis pas toujours sûre de la véracité de certains témoignages car ils peuvent être erronés ou partiels, puisque les souvenirs d'un cas clinique peuvent être flous, ou le récit imprécis.

- J'ai interrogé un petit nombre d'intervenants, 12 personnes, pour des raisons organisationnelles et à cause des contraintes temporelles. Cependant, j'ai tout de même pu connaître les multiples causes qui font obstacles à la prise en charge des troubles sexuels des patientes atteintes de cancer du sein en milieu hospitalier.

- Par moments, j'ai eu l'impression que mon interlocuteur était mal à l'aise avec le sujet, ou inversement, qu'il cherchait à adapter son discours de façon à se mettre en valeur ou me satisfaire.

- La méthode d'enquête qualitative ne permet pas de quantifier le résultat mais juste d'analyser la problématique et trouver des éléments de réponse et de réflexion pour mieux avancer.

B. La synthèse du résultat de l'enquête qualitative

1. L’importance du TAS dans le cadre du plan cancer

- Facilite la prise en charge des patientes après la consultation d’annonce

- Propose une prise en charge pluridisciplinaire globale et transversale

- Humanise le parcours de soins dans la relation soigné/soignant

- Répond aux interrogations des patientes de façon générale et aide à apaiser leurs angoisses

- Informe les patientes sur des sujets intimes, de l’utilisation du préservatif lors des traitements en chimiothérapie à l’hydratation de la peau

2. Les points importants abordés dans les différents entretiens

a. Le tabou de la sexualité des patients, un frein à cette prise en charge

Le sujet du tabou est quasiment abordé par tous les interlocuteurs. Ce mot revient souvent, même si la majorité des professionnels de la santé interviewés sont sensibles à la souffrance intime des patientes, liée aux troubles de l'image corporelle, de l'identité féminine ainsi qu'à l'altération de la santé sexuelle.

Mais cette prise de conscience ne les pousse pas forcément à chercher à dépasser ce tabou, pour des raisons compréhensibles et légitimes, puisque ce sujet délicat exige le bon moment et le bon interlocuteur. Accueillir et écouter ce genre de plaintes demande dans un temps et un lieu adapté, et rares sont les interviewés qui ont pu dépasser ces obstacles, et qui se sentent vraiment prêts à entendre ce genre de discours.

Pourtant, quand cela arrive, les patientes et leurs conjoints peuvent poser des questions et se confier, car ils se sentent écoutés et leur parole est bien accueillie. Dans ce cas, elles seront orientées et aidées.

Sylviane, la socio-esthéticienne, m'a donné des exemples pertinents qui mettent en évidence la force du tabou et le manque de cette prise en charge de la souffrance intime : « *Une patiente qui se plaint que son mari ne veut pas toucher sa cicatrice, alors qu'elle-même n'arrive pas encore à toucher sa cicatrice.* »

Elle m’a aussi donné un exemple où elle a orienté la patiente vers la psychologue, car elle a exprimé une souffrance lors d’une séance de bien-être : la patiente redoutait le retour à la maison après chaque séance de chimio, car son mari l’attendait pour exiger des rapports sexuels à chaque fois, malgré son état corporelle et psychique atteint.

Les patientes n’osent pas toujours poser des questions intimes et les conjoints encore moins. Le conjoint d’une patiente a profité d’un moment de soin prodigué à sa femme pour aborder le sujet de la sexualité car il n’a jamais pu poser aucune question de ce genre au médecin. Car le médecin a « autre chose à faire » dit-il.

Le patient a été entendu et réorienté vers le médecin pour répondre à ses interrogations.

J'ai eu aussi l’exemple de l’onco-psychologue qui a travaillé en équipe avec une kinésithérapeute pour qu’une patiente puisse reprendre confiance en elle et réussir à investir sa cicatrice, en commençant à la toucher progressivement lors de massages.

b. La féminité mise à l'épreuve face à la maladie

- Les psychologues interrogés ont un discours commun : la féminité est unique pour chaque femme et cette identité a ses propres définitions et attributs selon le vécu et l'histoire de chacune. Aussi, l'impact du cancer du sein sur la féminité sera forcément différent d'une femme à l'autre

- J'ai constaté à plusieurs reprises dans cette enquête que des soignants de différents services ont remarqué que les patientes expriment de façon générale leur désarroi face à l'alopécie, parfois même plus que la perte d'un sein partiel ou total en parlant de leur sentiment de la perte de leur féminité

« Je ne me sens plus comme une femme »

Dans ce domaine la psychologue et la socio-esthéticienne jouent ensemble un rôle important de soutien pour aider ces femmes.

- Pour la chirurgie reconstructrice, le principe est avant tout de respecter le choix de la patiente. Selon les soignants interrogés, l'âge n'est pas un critère prépondérant. Ainsi, il y a des patientes de plus de 60 ans qui demandent une chirurgie reconstructrice, alors que des femmes beaucoup plus jeunes arrivent à vivre très bien leur féminité sans passer par la chirurgie

- Dans l’inconscient collectif, la femme définit encore une partie de son identité par son rôle à l'intérieur du foyer, c’est-à-dire à travers les tâches ménagères. Une femme atteinte de cancer, fatiguée et dans un état psychologique altéré ne peut plus assumer ce rôle correctement, ce qui peut entraîner de la frustration et de la culpabilité vis-à-vis de son conjoint et de ses enfants. C’est une autre cause d’atteinte à l'intégrité de sa féminité

c. L'image corporelle et cancer du sein

- Les traitements touchant les attributs féminins par leurs effets indésirables induisent forcément des symptômes pénibles à vivre

- Le corps modifié par la maladie, puis par la chirurgie ou la chimio, rendent le regard de la femme sur soi difficile, plus ou moins selon le vécu, l’éducation et le rapport à son corps

- Améliorer la perception de sa nouvelle image corporelle nécessite un travail sur l’estime de soi, et le deuil de son ancien corps et d’un corps idéal

- Le TAS joue un rôle important dans l’information et l’accompagnement des patientes et permet d’anticiper les angoisses dès l'annonce de la maladie

- La reconstruction mammaire immédiate semble de plus en plus abandonnée car cela pose la problématique d’adaptation psychique aux nouveaux seins et le deuil du sein enlevé par une intrusion chirurgicale

d. Les troubles sexologiques et de conjugopathie dus à la maladie et à ses traitements

Certains points très pertinents ont été confirmés par les soignants de l'oncologie et la psychologue de la sénologie :

- Dès l'annonce du diagnostic, le cancer menace la vie et relègue au deuxième plan la sexualité

- Les réactions émotionnelles, lors de l'annonce du diagnostic puis pendant les traitements, peuvent entraîner une diminution du désir sexuel. Cela est lié au bouleversement intime que la femme vit, au niveau physique, psychique et social

- Elle pourra craindre d'être un poids pour l'existence de l'autre. Concernant ce sujet, la psycho-oncologie de l'établissement m'a donné l'exemple d'une patiente : « Elle se culpabilise à l'idée de gâcher la vie de son conjoint et de ses enfants ».

- Les psychologues sont là pour accompagner et écouter les patientes, ainsi que leurs conjoints, pour traverser cette épreuve, dès l'annonce de la maladie et tout le long du parcours. Cependant, ils ne sont pas habilités à prendre en charge les troubles sexologiques, car ce n'est pas leur domaine de prédilection, même si elles ont eu une formation brève sur le sujet dans leur cursus universitaire en psychologie

e. La formation des professionnels de santé d'oncologie en santé sexuelle

- Dans le cadre de la formation continue, les interviewés abordent souvent une formation en psycho-oncologie dans laquelle les troubles intimes et conjugaux sont traités. Cette formation semble rester sommaire, mais elle a le mérite d'exister

- Grâce à leur participation à des congrès, les professionnels de santé travaillant en oncologie ou dans d'autres services liés à cette spécialité, ils sont de plus en plus informés et sensibilisés à cette question

- Cela me paraît toutefois très insuffisant pour accueillir la souffrance intime des patientes avec empathie et écoute professionnelle bienveillante et sans jugement

f. Une prise en charge sexologique dans le parcours de soins

- La socio-esthéticienne de l'établissement est très sensible à la question de la prise en charge sexologique, car son approche professionnelle dans le bien-être des patientes lui permet d'établir un certain degré de confiance et de confidence avec les femmes touchées dans leur intimité par la maladie

- La majorité des soignants interrogés, infirmiers et aides-soignants, encouragent une prise en charge des patientes atteintes de cancer de sein dans le but d'améliorer leur qualité de vie pendant et après le

parcours de soin. Cependant, ils signalent que le but premier reste les soins curatifs, pour sauver la vie des patientes. Une consultation sexologique en oncologie répond cependant à un besoin existant, même s'il n'est pas toujours exprimé. La notion du tabou de la sexualité dans le monde soignant-patient, le manque de disponibilité aux vues de la charge de travail à l'hôpital ainsi que le manque de formation sur ce sujet restent cependant des obstacles exprimés par les soignants

- Les psychologues interrogées insistent toutes sur leur rôle de soutien psychologique auprès des patientes et leurs conjoints tout le long du parcours. Leurs avis restent très partagés, il n'y avait pas de refus mais tout de même une certaine réticence. Elles ont souligné certains points : la sexologie comme spécialité (le diplôme de sexologie encore hors cadre), la question de la confidentialité (le dossier médical), ainsi que la question du financement

- Concernant une consultation sexologique à l'hôpital, un tiers est d'accord et deux tiers émettent des réserves à l'issue des entretiens

- Sur les trois psychologues interrogées, une seule a accepté l'enregistrement de l'entretien

3. L’utilité des différents entretiens de cette enquête

- Grâce à l'échange avec les professionnels de santé sélectionnés pour l'enquête, j’ai pu constater que la prise en charge évolue. Le changement de statut des patientes, qui sont plus traitées comme sujet et moins comme objet de soins, répond à leurs attentes sur la prise en compte de l'altération de leur corps par la maladie et les souffrances conjugales engendrées. Tout cela prend ses racines dans le plan cancer et la réalisation du TAS

- Avoir une idée de la réalité sur le terrain dans les services concernés et connaître l’avis des interviewés sur le sujet

- En rapport avec les femmes soignées, la prise en compte par les professionnels de santé en oncologie des troubles d'identité féminine, de l'image corporelle et de l'intimité bouleversée par la maladie et ses traitements

- Donner une visibilité à un besoin qui a du mal à s’exprimer par les patientes et être entendu par les soignants

- Évaluer la possibilité d’une prise en charge sexologique par des professionnels formés à l’oncologie dans le centre hospitalier d'Orléans

Conclusion

La sexualité n’est pas vitale, elle n’est pas à la première place des soins, pourtant elle reste une composante inhérente à la qualité de vie.

Personne aujourd'hui ne peut contester l’impact sur la sphère sexuelle du cancer du sein. Pour preuve, la richesse de la littérature scientifique sur le sujet, qui démontre les effets de la maladie et de ses traitements sur la vie intime des patientes.

Il est important de prendre en compte la corrélation entre les effets des traitements sur la sexualité avec d’autres composants, tels que l'état gynécologique, l’état hormonale, la perception de l’image corporelle ou le relationnel dans le couple, pendant et après la maladie.

La dimension onco-sexologique n’est pas aberrante, de nombreux professionnels de santé sont sensibles à la question. En plus du médecin, du psychologue et de la socio-esthéticienne, faire intervenir un sexologue serait un pas supplémentaire pour répondre à ce besoin.

Dès l’annonce de la maladie, il serait bénéfique d’informer les patientes sur les troubles sexologiques et proposer des solutions adaptées quand le besoin est exprimé.

Ce travail de recherche m’a permis de comprendre que le cancer peut bouleverser le quotidien de la vie d’une femme à différents niveaux : son regard sur elle-même, sa féminité, sa vie sexuelle, son rapport à son conjoint et à sa place dans la famille.

Au fur et à mesure de ce travail de recherche et des entretiens menés pour l'enquête, j’ai rencontré certaines réticences, mais aussi des encouragements, car parmi les soignants il y a des professionnels sensibles à cette question.

Pour cela, je reste optimiste et je continuerai à m'intéresser et à me former pour répondre au mieux à ce besoin dans mon métier de psycho-sexologue, après l'obtention de mon diplôme.

Bibliographie

Ouvrages

★ Sébastien Landry (2015) Onco-sexologie : Quand le cancer bouleverse la vie intime et sexuelle editions Universitaires Européennes

★ Paul Schilder (1935-1968). L'image du corps : Etudes des forces constructives la psyché. Paris, France : Edition Gallimard

★ Sigmund Freud (1905) Trois essais sur la théorie sexuelle Editions Quadrige/ PUF

★ Didier Anzieu (1995) Le moi-peau Editions DUNOD

★ Melanie klein (2005) Essais de Psychanalyse Edition Payot

★ Françoise Dolto (2014) L'image inconsciente du Corps Edition Points, Essais

★ Marilyn Yalom, Préface de Elisabethe Badinter LE SEIN UNE HISTOIRE (2010) Editions Galaade

★ Mike Dixon, (2014) *Cancer du sein.* Quebec, Canada Édition Modus Vivendi

★ Laetitia Colombani (2017) *La tresse* Edition Grasset

Articles

★ Le retentissement du cancer du sein et ses traitements sur le couple : un ménage à trois, Dossier Thematic file Oncologie 2012 Springer-verlag France

★ Des soins esthétiques pour se réconcilier avec son corps Dossier Le cancer du sein Publier par Elsevier Masson SAS (2014)

★ Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie Bull Cancer (2008)

★ Sexualité et soins infirmiers Revue de l'infirmière -2005
science et avenir : article écrit par Hervé Ratel le 24/02/2018

Filmographie

★ Les maternelle, France 5 (2016).*Quelle vie sexuelle quand on souffre d'un cancer*

★ 28 minutes, *(08/03/2018)* arte *le tatouage de reconstruction/comment imposer l'égalité salariale ?*

★ Film, De plus belle,(décembre 2017) réalisatrice : Anne- Gaëlle LAVAL

Site internet

★ http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Le-ou-les-cancers

★ http://whqlibdoc.whoint/trs/WHO-TRS-572fre.pdf

★ Cancer du sein : modalités d'intervention psychologique aux différentes étapes du parcours de soins 28es journées de SFSPM, Lille, (2006)

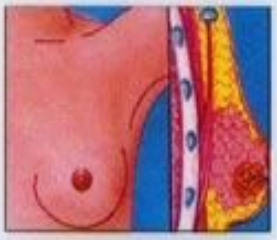
★ http://www.psychologuedutravail.com/psychologie du travail-du-travail/la pyramides besoins de maslow/

★ http://e-cancer.fr

ANNEXE 1

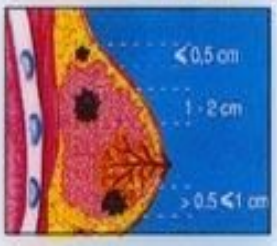
Classification clinique

Tumeur primitive



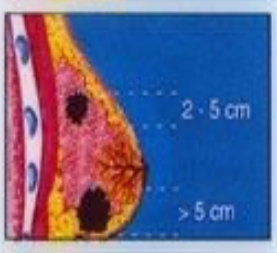
Tx : aucune information sur la tumeur
T0 : pas de tumeur primitive

Tis : carcinome in situ



T1 : tumeur de moins de 2 cm

T1a : < 0,5 cm
T1b : 0,5 à 1 cm
T1c : 1 à 2 cm

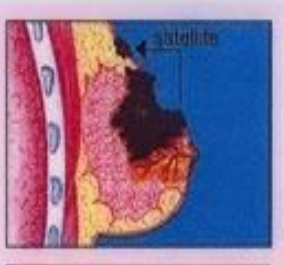


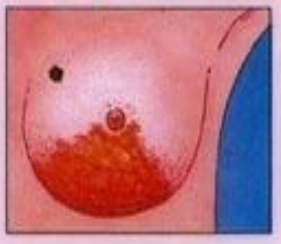
T2 : tumeur de 2 à 5 cm

T3 : tumeur de plus de 5 cm

T4a : tumeur étendue à la paroi thoracique, quelle que soit sa taille

Tumeur évoluée





T4b : tumeur étendue à la peau, quelle que soit sa taille : œdème, peau d'orange, ulcération, nodules internes sur le sein

T4c : T4a + T4b

T4d : cancer inflammatoire

Adénopathies régionales

Nx : aucune information sur les adénopathies
N0 : pas d'adénopathie régionale

N1 : adénopathie homolatérale mobile

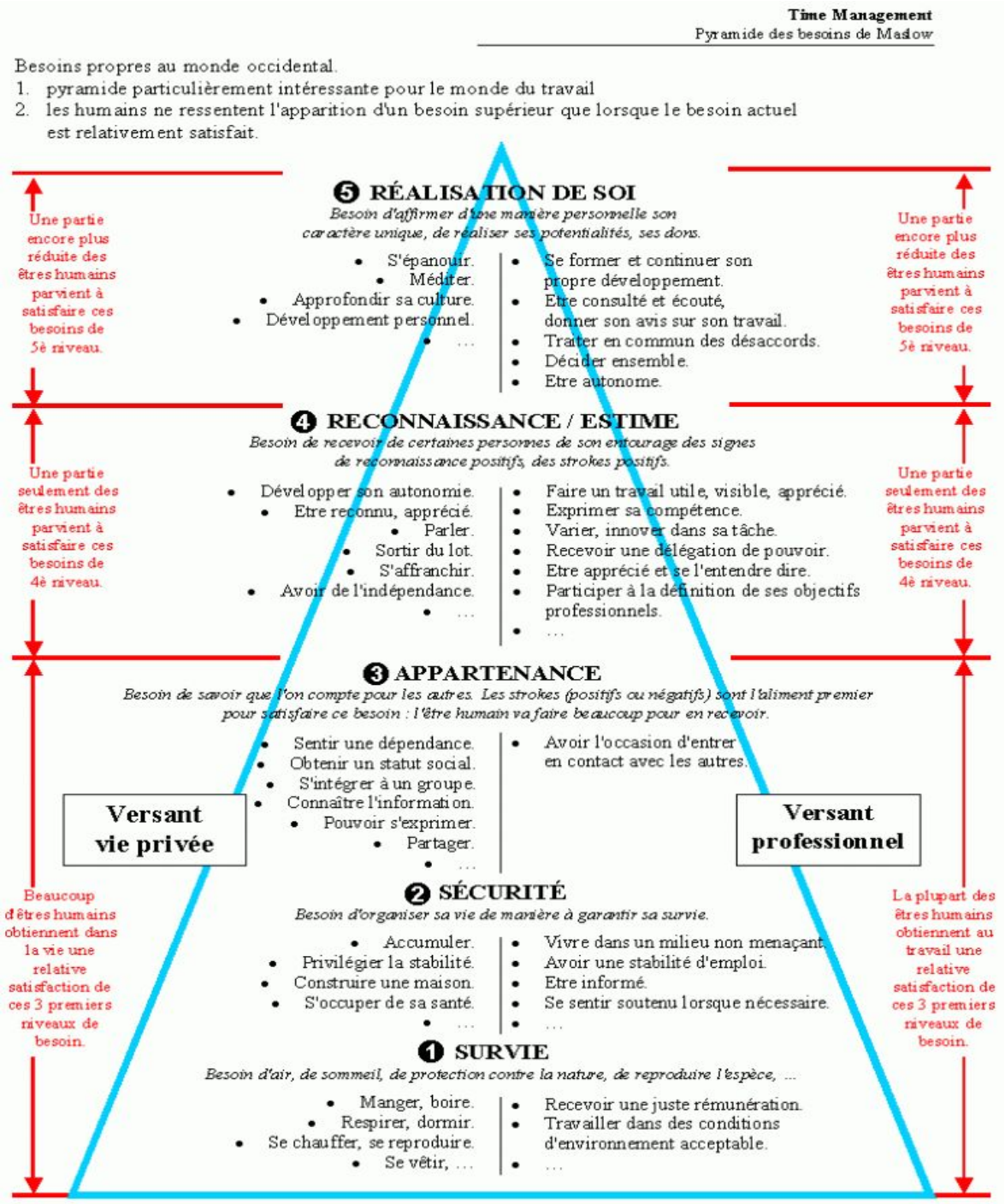
N2 : adénopathie homolatérale fixée

N3 : adénopathie mammaire interne homolatérale

Métastases à distance

Mx : aucune information sur les métastases
M0 : pas de métastase

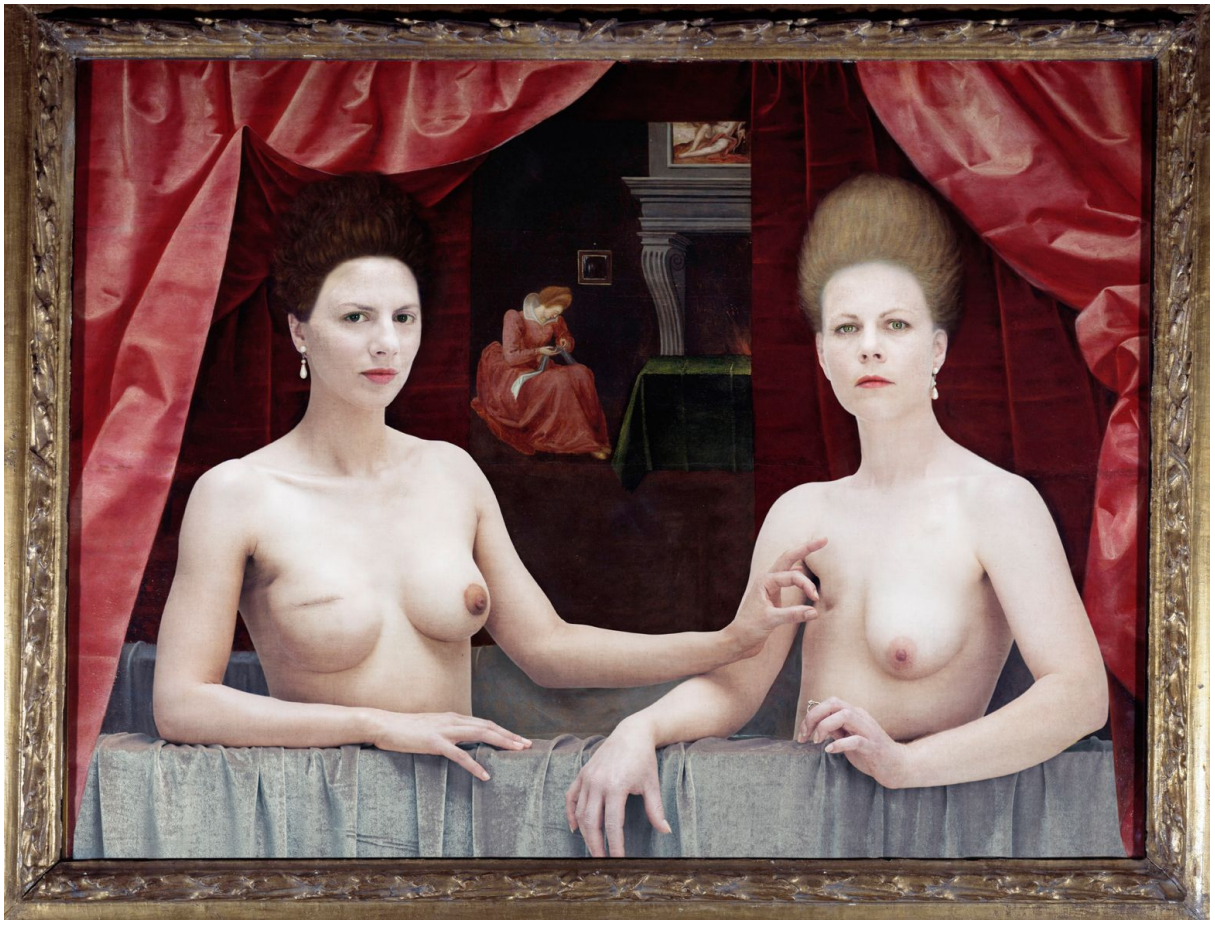
M1 : métastase(s) à distance (y compris adénopathie sus-claviculaire)



Cette pyramide schématise la théorie du psychologue Abraham Maslow sur la motivation dans les années 1940. Ce schéma se lit du bas en haut car il faut que selon Maslow, il faut que le besoin inférieur soit satisfait avant le supérieur pour le sujet.[21]

[21] http:www.psychologuedutravail.com/la -pyramide-des-besoins-de-maslow/

Cette version du tableau a été utilisé pour la couverture de la revue, Rose Magazine (projet Du cancer à l'oeuvre).



Gabrielle d'Estrées et une de ses sœurs

Anonyme, école française
Fin XVIème siècle

Huile sur bois 96 X 125 cm
Paris, musée du Louvre