

UNIVERSITE ABDREHMAN MIRA DE BEJAIA

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychopathologie et psychosomatique

Option : Psychopathologie et psychosomatique

Thème

*La vie sexuelle des hommes mariés atteint d'un
cancer de la prostate
Etude de cas réalisée au sein du service
d'oncologie de l'EPH d'amizour*

Réalisé et présenté par :

*M^r MERABET Yazid
M^r TAHIR Hassane*

Sous la direction de :

M^{me}: MESSAOUR Dalila

Soutenu devant le jury composé de :

Présidente : Dr. Sahraoui
Examineur : Mme Mekhzem
Rapporteur : M^{me} MESSAOUR Dalila

*Année universitaire:
2017/2018*

Remerciement

Ce modeste travail est le fruit et l'aboutissement de nos études à l'université Abderrahmane Mira –Bejaia.

Nous remercions le bon Dieu, le tout puissant de nous avoir accordé le savoir et orienté vers le droit chemin.

Nous tenons à exprimer nos reconnaissances à notre encadreur M^{me} MESSAOUR Dalila pour ses conseils, ses remarques pertinentes, a su nous transmettre son expérience à travers ses orientations.

Nos profonds remerciements seront adressés à tous nos sujets de recherche, le personnel de l'EPH d'Amizour pour leur accueil chaleureux et les facilités accordées lors de notre stage pratique.

Nos chers parents qui nous ont soutenus et encouragés

Nous tenons à remercier nos amis pour leur soutien et leur aide pour la réalisation de ce mémoire.

Nous tenons aussi à remercier les membres du jury qui ont accepté d'examiner ce travail.

Enfin, nous désirons manifester notre profonde reconnaissance à l'ensemble du corps enseignant du département Sciences Humaines et Sociales -LMD de l'université de Bejaia.

Dédicaces

Avant toute chose je tiens à remercier dieu le plus puissant pour m'avoir donné la force et la patience afin de réaliser ce modeste travail que je dédie particulièrement à :

Ma chère mère adorée qui s'est sacrifiée pour mon éducation et ma réussite et de lui dire que « tu as été pour moi ma meilleure école et mon meilleur professeur, merci pour toutes les valeurs que tu m'as inculquées ».

Mon père comme témoignage de ma reconnaissance pour ses efforts dont je serais toujours redevable et l'intérêt qu'il n'a jamais cessé de porter à mes études.

À mon très cher frères Elkhiair, et sœurs Latifa, Assia et Melissa.

À tous mes cousins, cousines, oncles et tantes.

À tous mes amis (es).

À mon binôme et sa famille.

À tous les professeurs qui m'ont enseigné durant mon cursus universitaire.

TAHIR Hassane

Dédicaces

Avant toute chose je tiens à remercier dieu le plus puissant pour m'avoir donné la force et la patience afin de réaliser ce modeste travail que je dédie particulièrement à :

Ma chère mère adorée qui s'est sacrifiée pour mon éducation et ma réussite et de lui dire que « tu as été pour moi ma meilleure école et mon meilleur professeur, merci pour toutes les valeurs que tu m'as inculquées ».

À mes chères sœurs hassina, fadila et Rachida

À tous mes amis (es), à ma très chère amie nesrine

À mon binôme et sa famille.

À tous les professeurs qui m'ont enseigné durant mon cursus universitaire.

MERABET Yazid

Sommaire

Introduction générale	01
------------------------------------	-----------

Partie théorique

Chapitre I : Le cancer de la prostate

Préambule	07
-----------------	----

I) aspect médical

I-1) Définition de la prostate.....	08
I-2) Définition du cancer	09
I-3) Définition du cancer de la prostate	09
I-4) Facteurs de risque	10
I-5) Diagnostic du cancer de la prostate	13
I-6) Les types du cancer de la prostate	14
I-7) Pronostic du cancer de la prostate	15
I-8) Traitements du cancer de la prostate	16

II) aspect psychologique :

II-9) Le fonctionnement mental du sujet avant et après l'annonce d'un cancer de la prostate	19
II-10) La prise en charge psychologique dans le cancer de la prostate	32
Conclusion	37

Chapitre II : la sexualité et les dysfonctionnements sexuels

Préambule... ..	39
I) Définition de la sexualité	40
2) La sexualité en psychanalyse	42
3) Le comportement sexuel normal	45
4) Les dysfonctionnements sexuels	47
4-1) Définition de la dysfonction sexuelle	47

4-2) La perte ou la baisse du désir sexuel (la libido)	47
4-3) Le trouble de l'érection	49
4-3) Le rapport sexuel douloureux	51
4-4) Les troubles de l'éjaculation	52
4-5) Les troubles de l'orgasme (anorgasmie)	53
Conclusion	54

Chapitre III : problématique et hypothèses56

Partie pratique

Chapitre IV : La méthodologie de recherche

Préambule	67
1) Méthode de la recherche	67
2) la pré-enquête	69
3) l'enquête	70
4) le but de la recherche	71
5) Lieu et le temps de recherche	71
6) Outils de la recherche	72
7) Analyse des outils de recherche	78
8) Groupe de recherche	80
8-1-critères de sélection	80
8-2- critères d'exclusion.....	80
8-3- caractéristiques du groupe de recherche	81
9) Déroulement de la recherche	82
10) Difficultés de la recherche	85
Conclusion	85

Chapitre VI : Présentation, analyse des résultats

I) Présentation et analyse des résultats	86
--	----

II) Discussion des hypothèses	115
Conclusion	132
Conclusion générale	134
Liste bibliographique	138
Annexes	

Liste des abréviations :

- **E P H** : Etablissement Public Hospitalier.
- **O M S** : organisation Mondiale De La Santé.
- **E S S** : Echelle de la Satisfaction Sexuelle.
- **D S M IV- TR** : Manuel Diagnostic et Statistique Des Troubles Mentaux
Texte Révisé.
- **PSA** : Prostatic Specific Antigene.
- **TNM** : (taille et degré d'extension de la Tumeur initiale), **N** (nombre et
emplacement des Nodes ou ganglions lymphatiques régionaux atteints) et
M (degré de propagation des Métastases).
- **LH** : Hormone Lutéinisante.

Liste des tableaux :

N° du tableau	Titre	page
Tableau N° 1	Caractéristiques du groupe de recherche	81
Tableau N°2	résultats de Mr Akli obtenue dans l'ESS	92
Tableau N°3	Résultats de Mr Bachir obtenus dans l'ESS	101
Tableau N°4	Résultats de Mr Rachid obtenus dans l'ESS	109
Tableau N°5	résultat de Mr. Chérif obtenu dans l'ESS	112
Tableau N°6	résultat de Mr. Kamel obtenu dans l'ESS	114
Tableau N°7	Tableau récapitulatif de l'ESS	129

Liste des annexes :

N° de l'annexe	Titre
Annexe N°1	Guide d'entretien clinique semi-directif
Annexe N°2	Echelle de satisfaction sexuelle
Annexe N°3	Résultats de l'échelle de satisfaction sexuelle de Mr. Akli
Annexe N°4	Résultats de l'échelle de satisfaction sexuelle de Mr. Bachir
Annexe N°5	Résultats de l'échelle de satisfaction sexuelle de Mr. Rachid
Annexe N°6	Résultats de l'échelle de satisfaction sexuelle de Mr. Chérif
Annexe N°7	Résultats de l'échelle de satisfaction sexuelle de Mr. Kamel

Introduction générale

Grandir, créer, changer, prendre des décisions, nous affronter à notre entourage voire à nous-mêmes, la rencontre avec la vie, et ses aléas ses drames son quotidien charrie son lot de détresse, d'incertitudes, des moments de crise, de peine, de souffrance.

Chaque fois alors se sont des moments de grande vulnérabilité, qui nous laissent désorientés diminués, honteux et coupable le plus souvent.

Lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie grave ou chronique, celle-ci bouleverse tout son équilibre de vie, L'annonce d'un diagnostic de cancer ouvre la porte – à celui ou celle qui le reçoit – à toute une panoplie d'émotions et de réactions. Et porteur de paradoxe existant entre vie et mort, souffrance et bien être, présent et avenir. C'est un sujet difficile à aborder, car souvent chargé de détresse, la maladie provoque des impacts majeurs sur sa famille et son entourage, et sur sa vie de couple qui se retrouvent brutalement touché et sera obligé de faire face à une réalité inquiétante et aussi à devoir développer toutes sortes de stratégies d'adaptation. A des éventuels impacts sur leur sexualité.

Car la sexualité, c'est bien plus qu'une question de génitalité, la sexualité est désormais considérée comme l'un des paramètres de la qualité de vie.

Chaque cancers «symboliques et affectifs» comme le cancer de la prostate, peut remettre en jeu le sentiment de virilité, diminuer la capacité de

séduction, réduire l'intérêt sexuel, modifier, voire supprimer l'érection et l'éjaculation. Si durant des années le corps médical a mis l'accent sur la guérison des malades, des efforts sont désormais entrepris afin de réduire les séquelles des traitements oncologiques et d'améliorer la qualité de vie des patients. Malgré ces efforts, la sexualité paye encore un lourd tribut car le cancer, par sa nature même, par les répercussions psychologiques qu'il induit, par les traitements qu'il requiert, et la modifie grandement.

Le choix de ce thème avait pour intérêts de mettre en lumière une catégorie de malades à qui on accord pas l'écoute nécessaire.

Ainsi car C'est une maladie de plus en plus fréquente en augmentation constante en Algérie.

Et pour La surcharge symbolique que porte la prostate et la fonction sexuelle chez l'homme dans notre société.

Mais aussi à cause de La tendance des hommes atteints de ce cancer de la prostate à se replier sur eux-mêmes et l'évitement de parler de leur sexualité.

Pour notre travail de recherche qui porte sur « la qualité de vie sexuelle des hommes atteint du cancer de la prostate », nous avons choisi comme lieu

D'étude, l'établissement public hospitalier d'Amizour, qui nous a permis de réaliser notre recherche. Pour la récolte des données, on a choisi l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire de la satisfaction sexuelle ESS. Pour

mesurer et évaluer le niveau de la qualité de la satisfaction sexuelle chez les hommes mariés atteints du cancer de la prostate.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons choisi, L'approche psychanalytique, cette approche nous a permis de mieux interpréter et expliquer les dires et comportements des hommes mariés atteints du cancer de la prostate, c'est une approche centrée sur la signification inconsciente des paroles, l'interprétation, contrôlé le désir, la résistance et le transfert.

Par ailleurs, nous avons choisi le thème de l'impact du cancer de la prostate la vie sexuelle des hommes mariés, dans le but de mettre en avant les personnes mariés atteintes du cancer de la prostate, une catégorie de personnes souvent négligées, qui pourtant a le plus besoin d'attention. Cette dernière étant confrontée à un changement physique et physiologique et tout ce qu'il va engendrer sur leur psyché, et des dysfonctions sur leur vie sexuelle.

Notre principal objectif étant donc de définir le niveau de l'impact du cancer de la prostate sur la vie sexuelle des hommes mariés.

En ce sens, notre travail est composé de cinq chapitres. On a d'abord présenté une introduction. Dans la partie théorique le premier chapitre intitulé : le cancer de la prostate, ou nous avons présenté une définition de la prostate, une définition du cancer, une définition du cancer de la prostate, les facteurs de risque, le diagnostic du cancer de la prostate, les types du cancer de

la prostate, le pronostic du cancer de la prostate, les traitements du cancer de la prostate, le fonctionnement mental du sujet avant et après l'annonce du diagnostic, et la prise en charge psychologique dans le cancer de la prostate.

Le deuxième chapitre de la partie théorique intitulé: la sexualité et les dysfonctionnements sexuels, ou on a présente les points suivants : les définitions de la sexualité, la sexualité selon la psychanalyse, le comportement Sexuel normal, et définition de la dysfonction sexuelles.

Nous avons ensuite présenté, notre problématique et nos hypothèses, en plus des définitions et l'opérationnalisation des concepts clés. Nous sommes ensuite passées à la partie pratique, le troisième chapitre qui est la méthodologie de la recherche qui est composé des points suivants : Limites de la recherche, raison du choix du thème, méthode utilisée dans la recherche, Lieu de recherche, groupe de recherche, outils de la recherche, déroulement de la recherche, attitude du chercheur, et enfin les difficultés rencontrée dans la recherche.

Nous avons consacré notre quatrième chapitre à la présentation, analyse et discussion des hypothèses, la première partie est consacrée à la présentation et analyse des résultats et la seconde partie à la discussion des hypothèses. Par

la suite, nous avons présenté la conclusion, la liste bibliographique et les

Annexes.

Chapitre I :

**Le cancer de la prostate (aspect médical et
psychologique)**

Préambule

Le cancer de la prostate représente la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme dans la plupart des pays développés.

Son incidence est en augmentation constante plus de la moitié de ces cancers, rares avant 50ans, sont diagnostiqués avant 75ans.

En Algérie, les registres du cancer le placent au 4ème rang, ceci est probablement dû à une insuffisance du dépistage en rapport avec l'introduction récente de la biopsie prostatique et la généralisation tardive de la réalisation de la PSA(Prostatic Specific Antigene), mais aussi à l'absence d'enregistrement exhaustif des cas pris en charge en milieu libéral .

(Pr Khelafi M. 2016.p 08).

Cette maladie suscite un contexte émotionnel particulier qui caractérise l'homme atteint, et à qui cette maladie représente une atteinte dans la virilité et ses capacités masculines ce qui affecte ainsi la relation conjugale chez ses hommes malades. Cette maladie provoque chez ces malades des stratégies d'adaptation qui vent permettre au sujet de maintenir un certain équilibre psychique et de faire face à la menace de morts que porte cette atteinte.

I. aspect médical :

I-1.Définition de la prostate :

La prostate est un organe présent exclusivement chez les mammifères males.

Très petite à la naissance, elle se développe fortement lors de la puberté pour atteindre 15 à 25g à l'âge adulte, puis augmente progressivement de volume avec l'âge. Elle est localisée sous la vessie ou elle englobe la portion initiale de l'urètre (urètre prostatique), la prostate est en avant du rectum et en arrière du pubis.

La glande prostatique est impliquée à la fois dans la miction ; la fertilité et l'éjaculation.

Le développement et le fonctionnement de la prostate dépendant d'une hormone appelée Testostérone, qui est le principal androgène circulant chez l'homme.

Elle comprend trois zones principales : la zone centrale, la zone de transition et la zone périphérique, cette dernière est le siège de 70% des cancers.

(N.BARRY delongchamps, 2013, p 10).

I-2.Définition du cancer :

Tumeur maligne, le cancer résulte d'un déséquilibre dans les mécanismes de croissance et de multiplication cellulaire.

La cellule cancéreuse se caractérise par des anomalies nucléaires avec mitoses fréquentes et anarchiques.

De nombreux facteurs peuvent intervenir dans la cancérogenèse : substances chimiques, radiations, virus, hérédité ...etc.

Le tissu cancéreux envahit les organes environnants et se dissémine par voie lymphatique et sanguine donnant des métastases.

(J.Quevauvilliers et A.Somogyi, 2008, p 82)

I-3.Définition du cancer de la prostate :

L'adénocarcinome est la forme la plus courante du cancer de la prostate, il représente environ 95% des cas. Il correspond à une prolifération de certaines cellules de la prostate.

Le cancer est d'abord localisé à la prostate et peut à terme se propager aux organes voisins et à distance.

La gravité du cancer dépend de la tumeur (locale ou avec métastases) et du type de cellules cancéreuses, c'est-à-dire leur degré de malignité.

La rapidité d'évolution du cancer de la prostate est évaluée par l'échelle de Gleason, qui est basée sur le type de cellules cancéreuses et graduée de 2 (évolution lente) jusqu'à 10 (évolution rapide).

Le cancer de la prostate est le plus souvent un adénocarcinome, développé au dépend de l'épithélium prostatique, envahissant d'abord la prostate puis la capsule prostatique avant de disséminer par voie lymphatique et hématogène.

Le cancer de la prostate est à 80% hormono-dépendant (hormono-sensible) c'est-à-dire nécessite des hormones ou bien des androgènes telles que la testostérone pour sa croissance.

(Belabed Z et Bouamama A, 2015, p 12)

I-4 .Facteurs de risque :

I-4-1 :L'âge : c'est le plus grand facteur de risque du cancer de la prostate. 65% des cas de cancers de la prostate sont diagnostiqués chez les hommes âgés de plus de 65ans.

Quelques chiffres sur les liens de cause à effet entre l'âge et le cancer de la prostate :

-chez les moins de 40ans, un homme sur 1000 est diagnostiqué avec un cancer de la prostate.

-entre 40 et 59ans, un homme sur 40 est diagnostiqué avec un cancer de la prostate.

-entre 60 et 69ans, un homme sur 15 est diagnostiqué avec un cancer de la prostate.

Des cellules cancéreuses sur la prostate sont présentes chez 80% des hommes âgés de plus de 80ans.

I-4-2 :L'origine ethnique et géographique :

De nombreuses études ont montré que le nombre de cas de cancer de la prostate est beaucoup plus important dans les pays d'Europe du nord et d'Amérique du nord.

Il a été établi que les hommes d'origine afro-antillaise ont un risque accru de développer un cancer de la prostate.

I-4-3 : Hérité et antécédents familiaux :

L'étude des antécédents familiaux chez les personnes atteintes du cancer de la prostate montre que ce dernier peut avoir un caractère héréditaire.

Si le père ou le frère souffre d'un cancer de la prostate le risque est multiplié par deux voire trois selon le nombre d'antécédents familiaux.

Environ 15% des personnes qui souffrent d'un cancer de la prostate ont un membre de leur famille qui aussi été atteint de ce type de cancer.

Le cancer de la prostate peut être considéré comme héréditaire dans une famille ou l'on a dénombré au moins 3 cas de cancer de la prostate, en particulier quand ce cancer à toucher au moins une fois chaque génération de la famille (grand parents, parents, enfants), 5 à 10% des cancers de la prostate sont considérés comme héréditaires.

I-4-4 :L'alimentation :

Une alimentation riche en acide gras saturés pauvres en fruits et légumes peut être associée à un risque accru de cancer de la prostate.

(F agag, 2012)

I-4-5 :L'obésité :

Elle n'augmente pas le risque mais elle est généralement associée à des formes de cancer de prostate plus agressives avec un développement plus rapide et des conséquences plus graves sur l'organisme.

I-4-6 : Inflammation de la prostate :

Certaines recherches indiquent que les inflammations de la prostate comme la prostatite peuvent être un facteur de risque du cancer.

I-4-7 : Les infections :

La présence d'antécédents d'infections sexuellement transmissibles comme la gonorrhée ou les chlamydia puissent augmenter le risque de cancer si ces

infections ont provoqué des inflammations de la prostate. (Bassaid I .2014.pp 13-15)

I-4-8 :Tabac et alcool :

Le tabac augmente le risque de développer un cancer de la prostate de l'ordre de 30% et l'agressivité du cancer au nombre d'années de tabagisme.

L'alcool n'a jamais fait preuve d'une influence dans un sens comme dans un autre.

(Belabed et bouamama,2015, p15)

I-5. Diagnostic du cancer de la prostate:

I-5-1 : L'examen clinique :

C'est le premier moyen diagnostic de ce cancer, celui-ci repose sur la palpation de la prostate lors d'un toucher rectal. Cet examen permet d'apprécier le volume de la glande, sa consistance et d'éventuelles extensions à la vessie et au rectum, une échographie complètera cet examen.

I-5-2 : Les examens biologiques :

Le dosage sanguin du PSA est le deuxième élément fondamental du diagnostic. La mesure du PSA se fait par une simple prise de sang. Normalement, le taux du PSA se situe en dessous de 4 nano-grammes par ml. Il

peut être influencé par le toucher rectal, l'activité sexuelle ou une course en vélo.

(la ligue nationale contre le cancer, 2009, pp 4- 5).

I-5-3 : Les biopsies prostatiques :

Les biopsies prostatiques permettent le diagnostic histologique du cancer de la prostate. Elles sont réalisées par un urologue ou un radiologue chez un patient qui présente une suspicion clinique (anomalie au toucher rectal) ou biologique ($\text{PSA} > 4 \text{ ng/ml}$). Elles sont réalisées sous contrôle échographique (échographie endorectale) avec une aiguille 18 gauge, en ambulatoire ou en hôpital de jour, sous anesthésie locale, locorégionale ou générale. (Pr Khelafi M, 2016, p 08).

I-6. Les types du cancer de la prostate :

On distingue 05 stades différents du cancer de la prostate selon la classification internationale TNM (cette classification prend en compte la taille de la tumeur T, la présence ou non de cellules cancéreuses dans les ganglions N, la présence ou non de métastases M :

I-6-1 : Le cancer de la prostate à faible risque :

Il se développe lentement et ne cause presque jamais de symptômes.

I-6-2 : Cancer de la prostate localisé à risque intermédiaire :

il pourrait se développer ou se propager dans quelques années.

I-6-3 : Le cancer de la prostate localisé à risque élevé :

Il est le plus susceptible de commencer à se développer ou à se propager.

(Y.Loriot et P.Mordant,2011,pp 423-429).

I-6-4 : Cancer de la prostate métastatique ganglionnaire :

C'est un cancer qui s'est propagé au-delà de la prostate à d'autres parties du corps, comme les glandes voisines qui aident à produire le sperme, comme il peut aussi se propagé jusqu'à la vessie, la cellule cancéreuse à migré vers les ganglions lymphatiques.

I-6-5 :Cancer de la prostate métastatique (osseux ou viscéral) :

C'est cancer dont la cellule maligne s'est propagé aux OS et ces métastases entraînent une destruction de l'os et peuvent provoquer des douleurs voir des fractures.

I-7. Pronostic du cancer de la prostate :

Le cancer de la prostate est un cancer d'évolution lente.

Le pronostic des formes localisées est bon.

I-8. Traitements du cancer de la prostate :

Parmi les objectifs principaux du traitement :

-réduire le risque de la récurrence.

-ralentir le développement de la tumeur ou des métastases.

-traiter les symptômes de la maladie pour assurer la meilleure qualité de vie possible.

I-8-1 : Les traitements locaux :

Ils sont réservés aux cancers localisés à la prostate, ils offrent alors une probabilité de guérison supérieure à 80% à 10 ans, il vient à enlever la tumeur ou à la détruire.

I-8-1-1 : La chirurgie :

C'est la prostatectomie totale qui consiste à enlever toute la prostate ainsi que les vésicules séminales.

La prostatectomie totale est un traitement de référence des cancers localisés à risque faible et à risque intermédiaire.

Selon les cas, elle est utilisée seule ou complétée d'une radiothérapie et/ou d'une hormonothérapie.

I-8-1-2 : La radiothérapie externe :

Par l'utilisation des rayonnements pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier, ces rayons sont produits par une machine appelée accélérateur de particules.

I-8-1-3 : La curie thérapie :

C'est une forme particulière de radiothérapie, consistant en l'implantation dans la prostate de grains d'iode radioactif.

I-8-1-4 : La cryothérapie :

Elle détruit la tumeur grâce au froid, cette technique utilise de la neige carbonique ou de l'azote liquide pour congeler la zone traitée.

I-8-2 : Le traitement général :**I-8-2-1 : L'hormonothérapie :**

Cette technique consiste à empêcher l'action stimulante de la testostérone sur les cellules cancéreuses pour stopper le développement du cancer.

L'hormonothérapie est le plus souvent un traitement qui utilise des médicaments, plus rarement la production de testostérone est supprimée par l'ablation chirurgicale des testicules.

I-8-2-2 Les traitements médicamenteux :

On utilise comme médicaments des analogues ou des antagonistes de la LH, RH qui bloquent la production de la testostérone par les testicules.

I-8-2-3 L'ablation des testicules :

C'est une intervention chirurgicale qui consiste à enlever la partie du tissu des testicules qui sécrète la testostérone.

Les effets secondaires suivants sont communs aux différents types d'hormonothérapie :

- Bouffées de chaleur.
- Troubles de l'érection.
- Baisse de la libido.
- Obésité.
- Ostéoporose.
- Irritabilité.

II- Aspect psychologique :**II-1 : Le fonctionnement mental du sujet avant et après l'annonce du diagnostic :**

La maladie est une expérience éprouvante qui affecte la personne concernée et son entourage dans de nombreux aspects de sa vie.

Au cours d'un cancer on distingue cinq moments clés :

L'annonce du diagnostic, la période d'entrée dans les traitements, les intervalles entre deux séances de traitement, la fin des traitements et l'après traitement.

En oncologie le patient traverse, en effet un contexte émotionnel véritablement difficile, d'abord le choc psychologique du diagnostic accompagné de peur et d'anxiété que génèrent la maladie, puis les traitements et toutes les modifications corporelles et fonctionnelles qui en résultent.

C'est aussi l'image corporelle, l'estime de soi et plus exactement dans le cancer de la prostate l'identité sexuelle masculine qui est touchée.

Les émotions les plus fréquentes ressenties suites aux difficultés sexuelles sont : la honte, le sentiment d'atteinte dans sa virilité, voire d'impuissance, la colère, la tristesse ainsi que la peur.

II-1-1 : les mécanismes de défense utilisés par le sujet :

Le patient peut parfois mettre en place un processus de défense ; il arrive qu'il se réfugie alors dans le déni (ce n'est pas moi...) ou le clivage (j'ai compris certains points des explications, mais pas l'ensemble), un travail de deuil est alors nécessaire car la personne devient différente de ce qu'elle était avant le cancer.

Il faut reconnaître que la façon d'une personne de faire face aux perturbations d'une telle pathologie dépend aussi de nombreux facteurs existentiels, tels que son système de valeurs personnelles, sa stabilité psychologique avant l'événement, l'appui ou non d'un bon réseau de soutien et la présence d'autres difficultés existentielles comme le divorce ou le chômage.

II-1-1-1 : Le déni

L'un des premiers mécanismes de défense que manifeste le cancéreux est le déni. Évidemment, toute personne qui apprend une telle nouvelle, il ne peut l'assimiler à son champ cognitif et la nie. C'est pourquoi, en dépit des symptômes évidents, le sujet tarde à se faire soigner, et évite d'aller consulté à partir d'un certain âge. Puisque pour lui, la maladie n'existera pas. Ainsi, il préfère continuer à vivre dans la tranquillité. Ce mécanisme lui permet de se « voiler la face » et de minimiser la gravité de sa maladie afin de la rendre plus tolérable.

C'est qu'il n'est pas encore prêt à affronter une telle épreuve. Il faut réaliser que le diagnostic fatidique « Vous avez un cancer » prend du temps à se digérer. Nous devons le comprendre et respecter ce déni, car il donne au malade du temps pour amasser ses énergies et faire face à l'adversité.

La prise de conscience de sa maladie devra se faire progressivement, mais aussi avec ménagement afin de témoigner une fidélité aux traitements, car la personne qui nie ses problèmes est placée devant une double difficulté : la menace de la maladie grave et celle de la perte de son image de personne forte et robuste.

Il faut aussi savoir que cette prise de conscience n'est pas toujours définitive et qu'il arrive que la personne oscille entre déni et acceptation de la réalité et que bien qu'ayant exprimé plus de réalisme, elle retourne pour un temps à sa négation rassurante.

II-1-1-2 : L'évitement

Un autre mécanisme que le sujet peut utiliser est l'évitement. C'est une réaction très proche de la négation, puisque par ce mécanisme également, il se cache la réalité pénible de son cancer en s'efforçant de ne pas penser à ce qui lui arrive et de ne pas en parler avec ses proches. Et, ce qui est plus grave, est qu'il risque aussi alors, de se laisser tenter de ne rien faire. Il cherche toutes sortes de moyens de diversion, se détournant de tout ce qui peut lui rappeler la maladie,

par exemple le contact avec des gens souffrant du même problème, des émissions de télé ou des livres qui en traitent.

Ce mécanisme relève plus du conscient que la négation, mais il est tout aussi irréaliste. Là également, sans l'obliger à se pénétrer de son épreuve, il est parfois nécessaire de le ramener délicatement à la réalité.

II-1-1-3 : La projection

Pour se libérer des remords qui le tenaillent face à sa maladie, le sujet utilise un autre mécanisme de défense, la projection. Il dit « Aussi, si je n'avais pas fait cela ..., je ne serais pas malade! Ce sont les produits de.... qui m'ont rendu ainsi ». Probablement ça pourrait être vrai, mais cette occultation des autres causes possibles, telles que la cigarette et l'alcool, lui permet d'évacuer, en la dirigeant, vers une autre cause, la responsabilité, qu'il ne veut pas reconnaître.

Ne pas se l'attribuer et l'imputer à quelque chose d'extérieur, soulagent son anxiété et son sentiment de culpabilité. Cette façon de faire, allège sa tension en diminuant, à ses yeux, son implication dans sa maladie.

II-1-1-4 : L'isolation

«Il s'agit de scinder la pulsion en séparant la représentation de l'affect. La représentation peut ainsi demeurer dans le conscient car elle est désamorcée de charge affective.» (ABC de la psychologie et de la psychanalyse/1995/p124).

Le sujet peut apparaître plus logique. Afin de ne pas être touché par l'angoisse que lui cause sa maladie, il réagit par l'isolation. C'est un mécanisme de défense qui consiste à séparer une pensée ou un comportement de son caractère émotif et à couper les connexions avec d'autres pensées perturbatrices ou avec d'autres expériences de la vie de la personne qui pourraient y être reliées. Les affects du sujet sont bloqués, il demeure toutefois conscient de ce qui lui arrive, mais il en souffre moins. Il peut, par exemple, parler de son cancer ou de son traitement avec ses amis, sans être troublé par l'émotion. L'isolation n'est en somme qu'un mécanisme de camouflage qui demande cependant beaucoup d'énergie affective.

II-1-1-5 : La régression

Le sujet éprouve des difficultés face aux traitements imposés par sa maladie. Il se prend alors en pitié, se reporte sur les soignants pour tout et devient dépendant et exigeant. Il se montre même susceptible et égocentrique avec les siens. Il semble ne pas se rendre compte de ce que les membres de sa famille font pour lui. Il se déresponsabilise et se laisse aller à la régression. C'est une réaction de défense infantile de protection, de passivité et d'abandon à la dépendance par rapport à l'entourage qui est fréquente dans la maladie.

Dans cet état, le malade a tendance à reporter sur les infirmiers son besoin d'attention et de réconfort et il trouve bien agréable de recevoir des visites, des fleurs, des chocolats et toutes sortes de gâteries de la part des siens. Ce

mécanisme de régression lui apporte non seulement la chaleur douillette de la relation avec le personnel et avec ses proches, mais il lui procure en même temps, sécurité et jouissance. C'est presque au point de désirer être malade!

Mais il y a plus. Dans sa situation de malade cancéreux, le sujet se trouve dévalorisé, diminué, sans énergie et la présence de quelqu'un qui le materne, lui transmet le message qu'il vaut la peine qu'on s'occupe de lui, ce maternage est un facteur d'inhibition de tout désir dans le cas d'un cancer de la prostate.

Cet état de régression est aussi utile au traitement, car il est propice à lui faire accepter les soins. Il faut alors l'utiliser à bon escient et lui parler de l'importance de la fidélité au traitement, de l'espoir d'un mieux-être, tout en évitant de lui faire entrevoir des paradis impossibles.

II-1-1-6 : Le clivage

Le clivage est un autre mécanisme de défense qu'utilise le sujet. Lorsque la situation devient particulièrement difficile, au lieu s'angoisser, en regardant les côtés négatifs de son sort, il a besoin de ne voir surtout que les côtés positifs. Il dit par exemple « J'ai un cancer de prostate, c'est sérieux, c'est vrai, mais le médecin dit que je réagis bien au traitement » ou bien encore « Ma santé est peut-être foutue, mais mon épouse a décidé de ne plus demander le divorce ».

Le clivage, particulièrement le « clivage de l'objet », est ce mécanisme qui sous l'influence de l'angoisse, permet au sujet de n'accepter, à la fois, que les côtés

négatifs ou les côtés positifs d'une situation, alors que ces deux aspects coexistent en même temps. C'est un des mécanismes les plus importants pour le développement de la personnalité. « Présent depuis le début de la vie psychique, il permet l'organisation des émotions, des sensations, et des pensées, préalable essentiel à tout processus d'intégration et de socialisation ».

II-1-1-7 : La sublimation

La sublimation est un autre mécanisme de défense souvent présent dans la pathologie cancéreuse en raison de la gravité et de la signification morbide de cette maladie. En effet, le terme « cancer », qui remonte à l'antiquité est presque inexorablement associé à la mort et à des images de terreur et d'angoisse. Il est perçu comme un mal qui ronge et dévore, tel le crabe dont l'imagerie populaire s'est saisie pour en faire le symbole. Il n'est donc pas étonnant qu'il pousse le sujet à s'élever vers des valeurs supérieures plus rassurantes.

II-1-1-8 : La dépréciation

Les jours où le sujet devient dépressif il a tendance à se déprécier, à se voir sans valeur. Il déclare que sa vie est finie, que même s'il répondrait favorablement aux traitements, il ne pourrait plus être comme avant sur le plan sexuel et relationnel.

La dépréciation est un des mécanismes caractéristiques de l'état dépressif. Il rejoint la dynamique même de cette affection où la personne voit tout de

manière négative : elle-même, les autres et l'avenir. De plus en se mettant dans une position basse, elle suscite la pitié et l'aide des autres; ce sont des bénéfices secondaires.

La dépréciation peut aussi être orientée vers les autres, car les diminuer peut aider à se revaloriser. Il y a aussi dans ce mécanisme un aspect de rationalisation. Ainsi, par exemple un rêve qu'il n'a pas pu réaliser à cause de son état, devient non intéressant. C'est comme dans la fable de La Fontaine, « les raisins sont trop verts ».

Ainsi que dans les autres mécanismes de défense, la dépréciation permet d'accepter une situation pénible et de mieux s'adapter à ses frustrations sans générer l'anxiété, la déception, l'envie et même la rage qu'elle pourrait déclencher. (Margot Phaneuf, 2005).

Les pertes potentielles et les peurs sont nombreuses et pourront entraîner un sentiment de dévalorisation avec la peur de mourir, d'être mutilé, de ne plus pouvoir séduire, de perdre sa capacité d'être aimé, de ne plus pouvoir fonctionner sexuellement, d'être abandonné par ses proches, mais également de perdre son travail et son rôle social.

En plus du schéma corporel et de l'image du corps, l'identité sexuelle du patient c'est la composante qui est la plus touchée par le cancer de la prostate.

Les thérapeutiques du cancer renvoient tant sur le plan physique que symbolique à la castration.

Cette perte de l'identité sexuelle peut aller jusqu'à la perte de l'identité personnelle et narcissique du sujet. (Revue médicale française.2013.pp20- 22)

II-1-2 : La prostate est symbole de la fertilité :

La prostate est au cœur des représentations que l'homme a sa propre virilité, de son tonus sexuel et de son énergie vitale. Donc être atteint d'une maladie de la prostate ; le cancer de la prostate c'est une découverte d'une vulnérabilité que l'homme refuse car elle porte atteinte au principe de vie et représente une blessure narcissique profonde.

Cette atteinte est amplifiée par l'association au cancer à des traitements invasifs.

La prostate est associée immédiatement à deux notions la procréation et la sexualité.

Les rayonnements émis par la radiothérapie causent des problèmes de fertilité car ils affectent les testicules vu qu'elle est pratiquée au niveau du bassin.

Les médicaments utilisés dans la chimiothérapie réduisant le nombre de spermatozoïdes et leur mobilité, et par conséquent les médecins déconseillent

aux malades de concevoir des enfants à cause du risque des malformations congénitales.

L'homme découvre une vulnérabilité qu'il refuse, parce qu'elle porte atteinte à son principe de vie.

Les pathologies de la prostate sont chargées de peurs liées à la dégénérescence et le décalage entre l'impression de pouvoir continuer à plaire et l'angoisse d'être incapable de satisfaire sa partenaire.

Les hommes n'ont donc aucune envie d'aller consulter ; par peur d'être basculé du jour au lendemain dans un univers médicalisé et angoissant.

La révélation d'une pathologie de la prostate représente ainsi pour le sujet un écroulement intime ; elle a le statut d'une castration symbolique.

(C Bardon, kastler, 2006,pp 324-325)

Le cancer en voie de chronicisation, conserve dans l'imaginaire collectif une tonalité douteuse de « maladie par excellence » ou de « mal absolu ».

L'image du corps du malade ainsi que son vécu corporel de perte d'organes ou de fonctions est fortement altérée. Cette maladie à haut risque mortel place en outre le malade dans un vécu de perte globalisante imaginaire et réelle de soi.

En effet la problématique du soi et du non-soi est explorée de sorte que dans le cancer, la mutation génétique fini par convertir le soi en non-soi sans que le système immunitaire reconnaisse le non-soi comme étranger à soi.

Le néoplasme ne provoque donc pas d'anticorps.

L'identité personnelle semble donc ébranlée de ses fondements biologiques en deçà de la distinction entre soi et non-soi au moment où doit se poser la question de différenciation. (N Claza, M Cantant,2002).

II-1-3 : Le processus de deuil :

L'annonce du cancer porteur de la mort enclenche un processus de deuil. Une partie de ce processus sera réalisée avant même que le patient soit arrivé en soins palliatifs.

Selon Elisabeth Kubler-Ross (1969-1975), le processus de mourir comprend six étapes : le choc, le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation.

Il faut garder à l'esprit que tous les patients ne passent pas par toutes les phases, que celles-ci n'interviennent pas toujours dans cet ordre, et enfin que le temps qu'il faut à chacun pour faire le deuil de ses fonctions et organes, de sa vie, ses possessions et de ses rêves est variables.

Ce modèle est utile et aide à comprendre le vécu des personnes atteintes d'une maladie incurable comme le cancer.

II-1-3-1 Le choc :

au moment où le patient apprend qu'il a une maladie incurable, il prend conscience qu'il n'est pas immortel. Cela suscite d'abord un état de choc (« moi ? ») qui est une réaction d'urgence. Ce choc a un effet paralysant, laissant le patient vide et sidéré, c'est-à-dire sans pensées, sans sentiments, sans parole et sans action.

II-1-3-2 Le déni : vient ensuite une étape de déni ou de négation (« ce n'est pas possible, pas moi ») ou le diagnostic est tellement difficile à accepter et à vivre qu'il produit une réaction d'incrédulité. Le patient ne peut intégrer d'information. C'est une forme de défense devant l'angoisse, la mort, l'inconnu, l'inéluctable. Cette phase de déni permet au patient d'avoir le temps d'apprivoiser la réalité.

II-1-3-3 : La colère :

en reconnaissant que la perte est bien réelle, l'individu peut vivre des moments de colère, d'irritation, d'agitation, de révolte et d'agressivité accompagnée d'un sentiment d'injustice (« pourquoi moi ? »). Il s'interroge sur le non-sens de la vie et en veut aux soignants, aux amis, aux proches, à l'humanité ou à dieu.

- Les soignants sont souvent victimes de ces sentiments d'hostilité, qui font pourtant partie du processus habituel.

- L'agressivité peut être un moyen d'affirmer la seule puissance qui lui reste face à l'injustice du diagnostic /pronostic. Il est utile d'écouter et de comprendre la colère afin qu'elle s'atténue, permettant progressivement une acceptation de la mort. Il arrive que la colère soit légitime (conjoint surprotecteur) et ne soit pas le reflet du processus de mourir. Il est utile de distinguer les origines de la colère.

II-1-3-4 : Le marchandage : cette étape correspond à l'expérience de la résistance où le patient peut tenter de transformer la réalité et chercher un moyen de résoudre le problème, de retarder l'échéance en échange d'un changement de comportement (dévotion par exp) ou en cherchant des recettes miraculeuses ou des médecines alternatives. Le marchandage (« oui mais si seulement je..., en retour je ferais ») et le temps dont le mourant a besoin pour se faire à l'idée de la mort et la façon dont il s'y prend pour justifier ce délai.

II-1-3-5 : La dépression : la personne reconnaît qu'elle est malade et qu'elle va mourir. Lors de cette étape il y a une prise de conscience des pertes subies : son image corporelle, ses capacités physiques, intellectuelles, décisionnelles, son autonomie, ses projets de vie, ses relations familiales et amicales ont changé. La personne anticipe sa propre mort, elle se distancie de ses proches, devient plus calme et essaye de se réconcilier avec elle-même. Les réactions des proches incitant à la combativité peuvent encore exacerber la tristesse et le sentiment de solitude.

II-1-3-6 : L'acceptation : c'est la dernière étape dans laquelle peut survenir progressivement l'apaisement. Le patient n'est ni heureux, ni malheureux. Il est tout simplement prêt à partir sans crainte ni désespoir. C'est le signe qu'il a fini de lutter et que sa mort est proche. (M Mikolajczak, 2013, pp 244-246).

La perte réelle (ablation radicale de la prostate) et la perte symbolique (perte de virilité) déclenche chez le sujet un processus de deuil qui s'accompagne avec les traitements palliatifs mis en place, ce processus psychologique est mené par le sujet en plusieurs étapes.

II-2 : La prise en charge psychologique dans le cancer de la prostate :

En dehors des traitements médicaux (et chirurgicaux) qui se développent de manière importante depuis l'apparition du viagra et qui agissent sur la physiologie. Les différentes thérapies sexologiques s'appuient toutes sur un travail au niveau psychologique, corporel et relationnel.

Du point de vue psychologique et relationnel, les approches suivent plusieurs voies ; celle de l'apprentissage du comportement érotique et la valorisation de l'expérience corporelle.

Celle de l'exploration des déterminismes inconscients et celle de l'exploration de l'imaginaire érotique conscient. (D Michels, p101).

En définitive, ce qui réunit les différentes approches thérapeutiques c'est l'objectif de la thérapie :

« La thérapie sexuelle se préoccupe avant tout d'améliorer le fonctionnement sexuel. Toute la stratégie thérapeutique vise principalement à atteindre l'objectif essentiel de la thérapie sexuelle ; vaincre le symptôme sexuel »

(D Michels,p102).

Quelle que soit la situation clinique, la reconstruction de la fonction sexuelle est possible et contribue largement à l'amélioration de l'état émotionnel du patient.

Même s'il n'existe pas vraiment à ce jour de protocole thérapeutique systématique, la reconstruction sexuelle s'opère en plusieurs étapes et nécessite un encadrement systématique.

II-2-1 : Du temps et des stratégies alternatives :

L'ensemble de la fonction sexuelle est touché par les traitements du cancer de la prostate et le patient doit être averti qu'il faudra du temps à son corps pour retrouver son niveau de fonctionnement antérieur.

Continuer à partager du plaisir sans rechercher obligatoirement la pénétration peut être une solution alternative provisoire satisfaisante facilitant la reconstruction de la fonction sexuelle.

L'orgasme, tout particulièrement, est le plus souvent accessible, même sans érection, même sans éjaculation et le patient doit être prévenu.

Continuer à fonctionner sexuellement avec sa partenaire, à partager du plaisir est un excellent moyen pour ne pas s'éloigner l'un de l'autre charnellement, et contribue à rééducation fonctionnelle mise en œuvre en parallèle.

Elle est souvent facilitée par le fait que les deux partenaires disent, en règle générale, ressentir un besoin accru de contact physique lors d'un cancer de la prostate.

Dans nombreux cas, continué à partager de l'intimité dans l'adversité, même sans érection permettras une satisfaction sexuelle retrouvée.

Maintenir l'intimité charnelle du couple semble être le véritable enjeu de la restauration sexuelle.

Une progression par étapes :

La reconstruction de la sexualité ne se fera que par étapes progressives.

Une attitude passive qui se contenterais d'attendre le retour des érections pour réclamer les relations intimes et contre-productive et retarde la récupération sexuelle.

Dans la prostatectomie radicale par exemple, la continence retrouvée et la confiance en soi qui l'accompagne, et la première étape de la reconstruction. Il sera ensuite possible de retrouver peu à peu la sensibilité de sa verge, puis un orgasme et enfin seulement une érection progressivement plus durable et plus rigide.

II-2-2 : La nécessité d'une partenaire proactive :

En cas de cancer de la prostate, la partenaire de l'homme en difficulté sexuelle doit être bien impliquée dans les protocoles de réhabilitation psychologique et sexuelle, et doit être suffisamment informée car cela offre à l'homme de meilleurs chances de guérison sexuelle, ainsi que l'amélioration des troubles psychologiques de l'humeur.

Des études plus récentes ont démontré qu'il existe moins de chances de récupération voir d'avantage de complications chez les hommes atteints du cancer de la prostate et ne vivent pas en couple.

Pour aider la partenaire à jouer un rôle proactif dans le processus de guérison, il peut être utile de lui suggérer de ne pas hésiter à prendre des initiatives sexuelles, à participer activement aux relations sexuelles, en la prévenant bien qu'au début, le plaisir ne sera souvent partagé qu'en dehors de toute pénétration. (M-H-Colson et E-Lechevallie.2012.pp87- 89).

La prise en charge tant médicale que psychologique sera par conséquent soumise à une spécificité faisant prévaloir une temporalité particulière en rapport avec cette redoutable expérience touchant les plans somatique, psychique et social.

Il semble possible d'avancer plus avant dans une lecture psychosomatique du cancer qui explore aussi, mais différemment la problématique du « soi » et du « non-soi ».

L'objectif thérapeutique sera, prioritairement, de renforcer l'identité du sujet ainsi que ses défenses psychologiques en élaborant l'impasse, ce qui induira un renforcement de ses ressources psychologiques.

II-2-3 : Le rôle thérapeutique de l'information :

L'information du patient et de sa compagne est un temps essentiel dans la prise en charge, elle permet de dissiper les idées reçues, les fausses croyances, les craintes non exprimées, toutes responsables de retard à la satisfaction sexuelle.

L'éducation thérapeutique est primordiale dans la reconstruction sexuelle qui suit le cancer de la prostate.

Elle permet d'éviter les attentes irréalistes et les déceptions. Un patient bien informé reconstruit plus facilement sa fonction sexuelle.

La plupart du temps, une information circonstanciée suffira pour apaiser les perturbations émotionnelles inévitables et redonner espoir.

Généralement le patient a du mal à retenir la totalité de la masse d'information que le clinicien met à sa disposition, et une grande partie de cette information est perdue et il faudra savoir y revenir ultérieurement.

II-2-4 : Un suivi jusqu'à la satisfaction :

Il est toujours possible de mettre en œuvre un « coaching » minimal largement basé sur l'information et l'éducation thérapeutique, ainsi que sur la gestion des perturbations émotionnelles, avec de larges chances de succès.

Le suivi du couple peut aussi s'avérer déterminant pour la satisfaction sexuelle.

Le patient a besoin d'être encouragé, dans son effort de reconstruction. Il est souvent dépressif et ressent le besoin d'exprimer ses craintes, souvent de manière négative, il faudra reprendre avec lui les étapes de la progression, l'encourager dans ses efforts, l'accompagner, l'aider à restaurer sa confiance.

Conclusion

Les pathologies prostatiques affectent clairement la qualité de vie du sujet atteint et rendent son quotidien dur à vivre à cause des symptômes qu'elles engendrent chez lui.

Le cancer de la prostate est le plus important parmi ces pathologies, et le plus fréquent aussi, il est silencieux et n'occasionne pas forcément de troubles urinaires car il se développe plutôt en périphérie de la prostate et ne comprime pas l'urètre.

Malheureusement, en Algérie, 80 à 85 % des cas de cancer de prostate sont diagnostiqués à un stade avancé pourtant le dépistage de ce type de cancer

permet de le détecter malgré son évolution lente et ainsi assurer une prise en charge précoce du patient conduisant à sa guérison.

Cependant, il peut arriver que le cancer occasionne des troubles, en particulier à un stade avancé ; comme difficultés à uriner, besoin fréquent d'uriner, ou blocage complet, cela impose une prise en charge spécifique par multiples traitements.

L'efficacité des traitements est avérée, mais ils entraînent tous des conséquences, notamment une détérioration de la fonction ou des aptitudes sexuelles. Cette détérioration sexuelle impacte fortement l'état psychologique des patients et a des effets sur les relations qu'ils nouent avec leurs partenaires. Les conséquences physiques possibles des traitements du cancer de la prostate sont bien connues : troubles de la libido, de l'érection et de l'éjaculation.

Préambule

Le cancer de la prostate affecte la sexualité des patients, leur état psychologique ainsi que leur relation avec leurs partenaires, même s'ils en parlent pas nécessairement, la sexualité fait partie des préoccupations des patients à un moment ou à l'autre, pour de nombreuses personnes la sexualité est un sujet difficile à aborder que ce soit avec sa partenaire ou avec les professionnels et les intervenants de la santé.

C'est un domaine chargé de tabous, parfois de préjugés et de mythes toute fois.

Pouvoir parler de sa santé sexuelle offre de meilleures chances de faire face aux conséquences que peuvent occasionner les traitements proposés contre le cancer de la prostate, et permettre de retrouver un équilibre sexuel.

La sexualité est un aspect fondamental de l'être humain et ne se limite pas aux activités sexuelles ou à la reproduction, elle est complexe et présente tout au long de la vie de l'être humain et comprend aussi plusieurs autres dimensions ; le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir et l'intimité.

1 : Définition de la sexualité :

Le mot « sexe » vient du latin « sexus », « fait d'être mâle ou femelle », ce qui s'appelle « le genre », autrement dit c'est la séparation des sexes.

La présence d'un pénis ou d'une vulve déterminera alors le sexe reconnu de l'enfant, le sexe civil.

Cependant ce corps sexué est l'unique élément de distinction, l'enfant devra intégrer des attitudes et des savoirs faire spécifiques au groupe auquel il appartient.

Cette assimilation permettra à l'enfant de construire son sexe « vécu ou identitaire ». (G Maquelin, p16)

1-1 : Selon le point de vue général :

Dans le sens commun la sexualité renvoie à l'activité génitale. Mais il se confonde parfois avec l'affection, la tendresse, certaines émotions et l'amour. Elle peut renvoyer aussi à l'imaginaire érotique, aux conduites de séductions, à la sensualité, au plaisir etc. Son caractère polymorphe persiste dans le cas d'une approche plus rigoureuse.

La définition de ce que serait la normalité de la sexualité (si on s'oppose qu'elle existe pour un individu ou une collectivité donnée). Varie selon l'importance des

facteurs socioculturels et religieux impliqués. Pour le chercheur, elle varie aussi en fonction des modèles des champs d'étude considérée.

1-2 : La pensée médicale :

La pensée médicale partage avec le sens commun la perspective qui limite la sexualité aux conduites et comportements observables. L'activité sexuelle consciente ou ses expressions fonctionnelles sont privilégiées par ce que mesurables.

La médicalisation de la sexualité observe à la fin du 19^{ème} siècle (description des conduites, discours narratifs, débuts de la description des perversions). Va se poursuivre au début de 20^{ème} siècle.

La naissance de la psychanalyse va renforcer dans un premier temps l'idée communément partagée que la sexualité n'est que l'expression d'une pulsion biologique que l'individu cherche à satisfaire. Le cadre social et culturel, qui est pourtant essentiel, voire le premier, apparaît ici comme secondaire et simplement modérateur d'une fonction biologique.

Master et Johnson, par leurs études sur la physiologie sexuelle, contribuent à donner à l'étude de la sexualité humaine un statut de science médicale. En observant plus de dix milles orgasmes et en utilisant des techniques très sophistiquées pour l'époque, ils révolutionnent les connaissances sur la sexualité humaine, par leurs recherches sur les fonctionnements et dysfonctionnements

sexuels, ils participent activement à la naissance de cette nouvelle discipline, médicale la sexologie. (R Courtois, 1998, pp, 613-620).

1-3 : Selon le grand dictionnaire de la psychologie :

Le grand dictionnaire de la psychologie Précise que la sexualité est l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe que l'on peut observer dans le monde des vivants. Elle ajoute que ces aussi l'ensemble des divers modalités peuvent être déterminées génétiquement apprises et dans tous les cas fortement modulées par les règles sociales. Nous voyons que la sexualité humaine est indissociable des aspects sociaux et culturels, ces derniers la régulent, la module et l'alimentent. Mais cette liaison n'est unilatérale. la sexualité per, et aussi de créer le culturel et le social. (Robert Courtois, 1998, pp.613-620).

2 : La sexualité en psychanalyse :

Cette notion est pour la psychanalyse radicalement différente de la conception populaire que s'est faite la société.

Pour FREUD, les comportements sexuels ne sont pas uniquement réservés aux organes génitaux adultes.

Selon les psychanalystes il existe trois types de comportements qu'on peut qualifier de sexuels :

-l'homosexualité.

-le plaisir ressenti par certains individus grâce à d'autres zones du corps que les parties génitales.

-la grande curiosité éprouvée par les jeunes enfants pour leurs organes génitaux.

Pour FREUD, la sexualité s'effectue en deux temps :

Le premier c'est au cours des premières années de la vie de l'enfant.

Le deuxième se déroule à la puberté.

Selon les psychanalystes, la sexualité n'est pas seulement liée aux activités de l'appareil génital qui procure du plaisir à l'adulte, mais aussi tout un ensemble d'excitations et d'activités présentes dès l'enfance, qui procure un plaisir irréductible à l'assouvissement d'un besoin physiologique fondamental(respiration, faim, reproduction sexuelle,...).

(C Morel, 1995, pp203-208)

La sexualité ne désigne pas seulement les activités et le plaisir qui dépendent du fonctionnement de l'appareil génital, toute une série d'excitation et d'activités présentes dès l'enfance qui procure un plaisir irréductible a l'assouvissement d'un besoin physiologique fondamental (respiration fin)Et qui se retrouve à titre de composantes dans la forme normale de l'amour sexuel.

La psychanalyse accorde comme on sait une très grande importance à la sexualité dans le développement de la vie psychique de l'être humain. Mais cette

thèse ne se comprend que si on mesure la transformation qui a été rapporté du même coup à la notion de sexualité. (Laplanche et Pontalis, 1997, pp 443-444).

Les psychanalystes articulent étroitement sexualité et vie sexuelle. Alors que ces deux termes sont souvent confondus, cette approche nous ouvre la voie à la compréhension du psychisme humain en nous éclairant sur les modalités de l'organisation libidinale. Les processus psychiques inconscients donnent naissance à la psychosexualité (normale et aussi pathologique). C'est à dire qu'il concerne le névrosé, le pervers et le psychotique.

Dans les trois essais sur la théorie sexuelle, Freud va donner une nouvelle définition élargie de la sexualité et faire remonter sa source à la sexualité infantile. (L'enfant est un pervers polymorphe) pour le quel tout est bon pourvu qu'il puisse en tirer un plaisir. La sexualité normale et la sexualité perverse de l'adulte découlent toutes deux de cette sexualité infantile. La sexualité humaine est située dans le champ des perversions.

Le sexuel est partout : (la vie est organisée de telle sorte qu'elle est partout des processus importants de l'organisme).

Avec la théorie des pulsions sexuelles, Freud ouvre la voie à une conception dans laquelle la sexualité humaine n'est soumise à une finalité biologique de reproduction de l'espèce, mais à une finalité inconsciente de la satisfaction des pulsions et au primat du signifiant et de l'ordre symbolique. Ce sont ces deux derniers points qui peuvent apparaître révolutionnaires pour l'époque.

Freud puis Lacan insisteront sur l'essence fondamentale du code symbolique ou sémiologique dans lequel s'inscrivent tous les sujets humains. C'est le primat de la culture sur la nature, bien que toutes doivent être nécessairement complémentaires.

Freud a proposé un modèle d'intégration de la sexualité de la sexualité génitale adulte qui commence à la puberté et dans lequel les pulsions sexuelle sont transformées en direction d'objets approuvés culturellement.

William Reich a aussi mis en évidence des dimensions idéologique et politique de la sexualité humaine. (R Courtois, 1998, pp 613-620).

3 : Le comportement sexuel normal :

Il existe deux comportements sexuels, masculin et féminin sous la dépendance des hormones, testicules ou androgènes (testostérone) et ovariennes (œstrogène et progestérone). Ces hormones exercent leur action au niveau des organes sexuels et au niveau central dans des régions où sont localisés les récepteurs aux œstrogènes et aux androgènes et supposées intégrer et organiser le comportement sexuel.

Ces régions sont l'hypothalamus dont la région pré optique, l'amygdale, le septum, l'hippocampe.

(R DORON, 2013, pp662-663).

Les comportements sexuels humains sont variés et complexes, ils émergent tant du point de vue biologique, par la poussée pulsionnelle qui les sous-entend, que des fantasmes conscient et inconscient qui les façonnent et les enrichissent.

(JM Alby et M Ferrerri, 1990).

Le comportement sexuel humain apparaît comme le terme d'une évolution où la part prise par le système nerveux devient dominante, tandis que le système hormonal, tout en restant présent et actif, perd de son importance pour n'être que facultatif. Entendrait à considérer l'ensemble du domaine sexuel comme ressortissant à la biologie, en limitant la dimension socio-culturelle à l'addition d'un mélange de permissions et d'interdits à un phénomène purement physiologique. Or il semble possible, au contraire, de discerner en de nombreux domaines une participation extrêmement importante et souvent dominante des influences socioculturelles, souvent là où on les attendrait le moins. Cette définition procède d'un renversement de perspective dans lequel les dimensions socio-culturelles auraient un rôle sur l'élaboration et l'expression du comportement sexuel.

Le sexologue G. Zwang replace de manière radicale le comportement sexuel dans le champ de la biologie et de la nature animale de l'homme :

« Longtemps hostile à son animalité autant qu'à ses déterminismes instinctifs, l'humanité dut reconnaître l'existence imprimée dans ses gènes, de schémas comportementaux obligatoires, inhérents à sa constitution biologique.

S'inscrivant dans le cadre d'une biologie comportementale, la science des comportements, l'éthologie proposa donc aux humains de mieux se connaître pour mieux vivre. La sexologie couvre donc un domaine étendu de la biologie, et c'est ainsi qu'elle doit s'inscrire dans la somme des connaissances scientifiques humaines. Donnant une vue globale du comportement sexuel des hommes et des femmes, autant que de son fondement anatomique et physiologique, et de ses retentissements culturels. (kinsey, 1991, pp26-27)

4 : Les dysfonctions sexuelles :

4-1 : Définition de la dysfonction sexuelle :

Selon le DSM « elle est caractérisée par une perturbation des processus qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle ou par une douleur associée aux rapports sexuelles » (DSM IV-TR, p618)

Les troubles de la réponse sexuelle peuvent concerner une ou plusieurs de ses phases qui sont ; le désir, l'excitation, l'orgasme et la résolution.

4-2 : La perte ou la baisse du désir sexuel (libido) :

C'est une déficience ou une absence de fantasmes imaginatifs d'ordre sexuel ou de désir d'activité sexuelle.

Cette perturbation doit être la cause de difficultés relationnelles et aussi de désarroi chez le sujet.

Cette dysfonction peut être globale ou toucher toutes les formes d'expression de la sexualité, et peut concerner juste certaines situations et peut être limitée à un seul partenaire.

Le sujet dans ce cas est peu motivé, et ne prend pas l'initiative d'une activité sexuelle ou il se livre avec réticence, et éprouve peu de frustration quand il est privé d'une possibilité d'une activité sexuelle.

Une diminution d'intérêt pour le sexe est un effet secondaire physique et psychologique courant du traitement du cancer de la prostate(en particulier en radiothérapie), les hommes atteints d'un cancer de la prostate ne doivent pas prendre de testostérone, car cette hormone stimule les cellules cancéreuses.

La baisse de la libido est fréquente, souvent liée aux traitements, mais peut aussi être consécutive aux modifications des repères sexuels et au sentiment d'échec qui en découle.

Cela est une conséquence de l'annonce du cancer qui est responsable de l'effondrement du projet de vie pour le patient et de la nécessité d'un traitement avec tous ses effets indésirables. (DSM IV-TR, p 621)

La perte du désir sexuel est fréquente lors de phase dépressive réactionnelle qui sera aggravée par la passivité du patient et sa soumission aux traitements.

Les personnes atteintes perdent l'intérêt au sexe à cause de la sensation de fatigue et de faiblesse physique causée par les traitements et par sa forte préoccupation par la maladie.

Certains traitements perturbent l'équilibre hormonal normal ce qui contribue à la modification de la libido.

La maladie elle-même affecte la relation du couple et laisse apparaître des réactions de maternage qui inhibent tout désir.

Le désir sexuel revient quelque temps après la fin des traitements, mais il faut garder à l'esprit que cette énergie sexuelle diminue avec l'avancée en âge du patient.

(S Droupy et F Colson, 2013, p698)

4-3 : Trouble de l'érection :

« C'est une incapacité persistante ou répétée à atteindre ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une érection adéquate » (DSM IV-TR, p629)

Cette dysfonction est l'origine du désarroi et de difficultés relationnelles chez le sujet.

Il existe différents modes de dysfonction érectile, certains éprouvent la difficulté à l'obtenir dès le début du rapport sexuel, d'autres souffrent d'une

détumescence lors d'une tentative de pénétration, d'autre disent avoir une détumescence avant ou pendant l'intromission, et certains hommes disent pouvoir obtenir une érection uniquement au réveil ou pendant la masturbation.

Elle est définie comme « une incapacité persistante pour un homme à obtenir ou à maintenir une érection du pénis suffisante pour permettre un rapport sexuel satisfaisant ». (Bouchkara, 2016, p5)

Certains traitements contre le cancer de la prostate peuvent causer des lésions nerveuses qui entraînent à leur tour des difficultés érectiles.

Pour d'autres hommes, l'impuissance n'est pas due aux traitements, mais aux inquiétudes suscitées par le diagnostic, qui les déprime et réduit leur capacité d'avoir une érection. La confiance en soi sur le plan sexuel est souvent diminuée, ce qui influe aussi sur la capacité d'obtenir ou de maintenir sur une érection.

La préservation des nerfs qui commandent les érections pour réduire le risque d'impuissance chez les hommes traités pour un cancer de la prostate. Les techniques chirurgicales permettant d'épargner les nerfs donnent de meilleurs résultats chez des jeunes hommes qui avaient des érections fermes avant l'intervention.

Ces nerfs peuvent être épargnés seulement si le cancer ne s'est pas propagé.

(Société canadienne du cancer, 2018).

4-4 : Le rapport sexuel douloureux :

« La douleur est une sensation pénible, d'origine physique ou psychique, qui provoque une réaction de l'organisme, généralement une conduite d'évitement »
(N Sillamy.1991.p86)

Ce trouble est souvent lié à des lésions ou affections médicales, comme il peut être uniquement lié à des facteurs psychologiques.

Les douleurs sexuelles comprennent l'ensemble des douleurs, de siège pelvi-périnéal ou non, associé à une activité sexuelle.

Les relations sexuelles sont parfois douloureuses après un traitement du cancer de la prostate.

La chirurgie ou la radiothérapie causent parfois une irritation de la prostate ou de l'urètre qui rend l'orgasme douloureux.

Chez certains hommes est due à la formation de tissu cicatriciel sur le pénis après un traitement contre cystoscopie ou une résection transversale de la prostate en général tout rentre dans l'ordre avec le temps.(Société canadienne du cancer, 2018).

4-5 : Trouble de l'éjaculation :

L'éjaculation est l'expulsion du sperme par l'urètre au moment de l'orgasme, c'est un réflexe provoqué par des stimulations rythmées du pénis lors du rapport sexuel ou de la masturbation. (Larousse médical.2006).

L'anéjaculation est définie par l'absence d'éjaculation par le méat urétral malgré une érection normale et une stimulation sexuelle appropriée et prolongée, dans cette définition d'autres dysfonctions sont englobées comme ; l'anorgasmie appelée anéjaculation psychogène.

L'éjaculation rétrograde ou l'expulsion du sperme s'effectue vers la vessie.

L'éjaculation sèche, par défaut d'émission de sperme.

L'éjaculation asthénique ou baveuse, liée à une altération de l'expulsion du sperme.

(Delavierre,2002,p307).

Les personnes qui ont subi une ablation totale de la prostate (prostatectomie radicale) ont un orgasme sec qui peut leur procurer autant de plaisir qu'un orgasme normal mais qui survient sans éjaculation ou presque.

Un orgasme sec est plus intense chez certains hommes, alors qu'il est plus faible ou plus court chez d'autres.

La sensation ressentie est parfois assez différente.

L'éjaculation précoce est manifestée par certains hommes qui sont dans un état anxieux par rapport à leur vie sexuelle pendant et après les traitements.

4-6 : Trouble de l'orgasme :

« C'est une absence ou un retard répété où persistant de l'orgasme après une phase d'excitation normale » (DSM IV-TR.p635).

Le sujet éprouve une souffrance subjective et des difficultés relationnelles.

La forme la plus commune est qu'un homme ne parvient pas à atteindre l'orgasme pendant un rapport sexuel, bien qu'il puisse éjaculer après une stimulation manuelle ou orale de la partenaire.

L'orgasme est une sensation de plaisir lors d'une activité sexuelle, sensation qui survient après la phase d'excitation sexuelle et marque l'aboutissement du plaisir. (Delavierre, 2008, p8)

Il s'agit d'une manifestation globale de l'organisme, dont la composante la plus importante est une sensation de plaisir intense, physiologiquement il consiste en des contractions des muscles du périnée et des organes reproducteurs, il est généralement associé chez l'homme à l'éjaculation. (Tala, 2009, p49)

Les douleurs pendant les relations sexuelles et les émotions d'inquiétude fréquentes chez les personnes atteintes du cancer de la prostate peuvent entraîner une absence d'orgasme.

La capacité d'une personne d'avoir un orgasme demeure généralement inchangé, à moins que le traitement anticancéreux n'ait causé des lésions de la moelle épinière et rendu la région génitale insensible.

Lorsqu'un cancer de la prostate doit être traité par une opération il est parfois nécessaire d'enlever les parties sensibles comme le pénis ou le scrotum, des lésions nerveuses peuvent survenir durant les interventions chirurgicales nécessaire pour traiter un cancer de la prostate. (Société canadienne du cancer, 2018).

Conclusion

Le cancer de la prostate et ses traitements affectent gravement la sexualité et la qualité de vie sexuelle des hommes qui en sont atteints.

Les répercussions en sont multiples à la fois sur la qualité de vie et sur la satisfaction sexuelle plus particulièrement, mais aussi l'humeur et la relation du couple.

Aucun des traitements proposés ne laisse la fonction sexuelle indemne.

Tous les hommes confrontés à un cancer de la prostate n'en souffrant pas autant de la même manière, car les troubles sexuels qui apparaissent suite à cette maladie sont multiples ;

Voir une perte totale ou une diminution de la libido, du désir et du plaisir, la dégradation de la fonction érectile, les troubles de l'éjaculation et de l'orgasme.

Les troubles de la fonction sexuelle peuvent générer des répercussions traumatiques chez le patient et sa partenaire, et se manifester par une détresse psychologique, et une confrontation à la perte et par conséquent à des deuils, ce qui instaure chez le sujet un contexte émotionnel particulier caractérisé par la peur et l'anxiété liées à la maladie elle-même et à tout le cortège d'effets indésirables des traitements qui sont proposés.

Comme aussi le patient manifeste un effondrement psychologique qui peut aller de la tristesse jusqu'à des complications dépressives importantes.

L'effondrement du projet de vie du patient s'illustre dans le fait que le cancer synonyme de la mort et de la destruction s'oppose et affecte la sexualité porteuse de la vie et synonyme de procréation.

Problématique et hypothèses

L'être humain depuis sa naissance traverse plusieurs étapes et état dans son évolution physique et psychologique, et dans la construction et le développement de son organisme sein qui lui procure le sentiment d'être en bonne santé et être dans un état de bien-être physique mental et aussi social.

Mais au court de sa vie cet être humain peut être atteint de différents maux qui viennent l'affliger et lui faire subir un certain déséquilibre et un mal individuel mais aussi relationnel, ce déséquilibre se concrétise dans ce qu'on appelle la maladie.

Cette dernière est considérée comme une expérience pénible qui affecte la personne et son entourage dans de nombreux aspects de sa vie, elle est aussi perçue comme un désordre physique et psychologique car elle empêche le sujet d'accomplir certaines taches dans sa vie quotidienne et par conséquent elle affecte sa capacité à remplir son rôle social, elle constitue aussi une forme de déconstruction et un déséquilibre dans le vécu et la biographie du sujet.

Les plus grandes maladies qu'a connues l'humanité on note la tuberculose, le sida et le cancer, ses maladies sont surchargées

symboliquement et engendrent de multiples difficultés dans la vie du malade.

Le cancer est une maladie qui touche l'individu dans toutes les sphères de sa vie. C'est une multiplication anormale des cellules, et qui peut conduire l'individu vers une fin fatale.

Le cancer touche les deux sexes à savoir les hommes et les femmes. parmi les cancers les plus fréquents chez la femme on trouve le cancer du sein, et pour celui qui touche la gent masculine on a le cancer de la prostate.

Le cancer de la prostate est une prolifération anarchique de cellules au sein de la prostate, qui est une glande du système reproducteur masculin, qui a besoin d'hormones sexuelles (les androgènes) pour son fonctionnement. (Z Belabed et A Bouamama, 2015, p11)

Le cancer de la prostate est devenu un problème de santé publique de premier plan au cours de ses dernières années. Comme en témoignent les données épidémiologiques (540 000 nouveaux cas de cancer de la prostate par an étaient recensés en 2000 dans le monde, représente 10% du total des cancers chez l'homme).

Alors qu'en 2008 plus 899 000 nouveaux cas représentent 13,6% du total des cancers chez l'homme.

En 2000 le taux d'incidence est de 4,2/1000 habitants, en 2003 est de 7,2/1000 habitants, en 2007 est de 10,3/1000 habitants .donc 300 nouveaux cas enregistrés chaque année.

(Journal el moudjahid, 2017, Édition n°8090, p12)

La maladie cancéreuse en générale bouleverse à plusieurs niveaux et à divers moments l'aménagement psychologique chez le sujet. Elle génère en lui un état de questionnement identitaire, de son rapport au monde et à l'autre, mais aussi les représentations de la mort et de la souffrance.

L'annonce du diagnostic du cancer de la prostate est un coup dur pour l'homme en question qui subit un choc psychologique lié à la fois aux conséquences physique de la maladie et de ses traitements mais aussi au niveau symbolique ,et le sens que porte pour lui ,virilité et fertilité et aussi la symbolisation de la fonction sexuelle et de la sexualité porteuse de la vie qui sera affectée par cette maladie qui est synonyme de la mort.

La peur et l'anxiété éprouvée par le sujet est liée à la maladie elle-même et aussi aux traitements et à leurs conséquences physique comme les modifications corporelles et les dysfonctions sexuelles qui affectent principalement la qualité de vie sexuelle et la satisfaction sexuelle chez le sujet.

Selon l'approche psychosomatique l'atteinte d'un tel ou tel organe ce n'est pas un fait du hasard, mais plutôt une décompensation somatique qui résulte d'un ensemble de mouvement inconscients.

On parle donc du « choix d'organe » ou « d'organe cible », on comprend par cette expression l'hypothèse selon laquelle la décompensation

Somatique ne frapperait pas l'organisme à l'aveugle, mais serait orientée sur une cible "choisie" (en fonction de motions inconscientes).

Le choix de l'organe : dans cette conception, la décompensation somatique ne cheminerait pas à l'aveugle dans le corps, mais se dirigerait électivement sur la fonction forclosée de l'agir expressif. C'est pourquoi ils précisent maintenant que, si "choix" inconscient il y a, ce choix concerne la fonction estampillée par les impasses psychiques parentales. L'organe n'est pas choisi directement. Par-delà la fonction érotique ou expressive visée, c'est la fonction biologique qui est atteinte ; l'organe ne l'est que secondairement.

Selon cette approche les motions inconscientes de caractère traumatique sont à l'origine de la décompensation somatique, et étroitement liées à la fonction de l'organe ciblé par la maladie.

La signification de la localisation pathologique ne peut être obtenue que de la parole du patient, par les associations qu'il parvient à livrer à

l'analyste dans le transfert, sur le registre expressif qui est sollicité et met le Moi corporel en déroute.

Christophe déjours nous rapporte l'exemple d'une patiente atteinte d'un cancer des poumons, qui souffrait d'une incapacité à exprimer sa colère depuis sa petite enfance, et dans lequel il explique :

« À mon sens, dans nos cultures, l'expression de la colère passe par

L'inhalation brusque d'air, suivie par le blocage du thorax en inspiration forcée, accompagnée d'une suspension de la parole pendant que les yeux s'injectent et le visage se colore. L'expiration, enfin, se fait brutalement, généralement terminée par une vocifération ou par un cri». (C déjour, 1997,p13)

Parmi les composantes de la santé qui sont les plus atteintes par cette maladie ; la sexualité, qui est l'un des paramètres de la qualité de vie.

La satisfaction sexuelle chez l'homme est cette capacité à séduire sa partenaire, se trouver toujours attirant et désirable et surtout de pouvoir entretenir des rapports sexuels complets qui vont du désir jusqu'à l'aboutissement en d'autres termes jusqu'à l'orgasme, mais aussi la capacité à répondre toujours par présent et être à la hauteur des attentes de la partenaire sur ce volet sexuel.

Cette capacité-là, risque d'être affectée dans le cas d'une atteinte par un cancer et plus particulièrement par un cancer de la prostate ,avec tout ce qu'elle inflige à l'organisme et au corps ,mais aussi les effets indésirables des traitements proposés et qui vont apporter des modifications physiques jusqu'à des réaménagements au niveau psychologique.

Cette composante de la santé du sujet qui est la sexualité se trouve clairement altérée dans son fonctionnement et sa qualité chez le sujet.

Pour évaluer la satisfaction sexuelle chez les hommes atteints du cancer de la prostate et vérifier nos hypothèses, nous avons choisi d'adopter un guide d'entretien, et L'Échelle de satisfaction sexuelle (ESS ; Comeau et Boisvert, 1985 dans Turcotte, 1993).

A partir de ce qu'on a énoncé ci-dessus, nos questions sont formulées de la manière suivante:

Question générale :

Quel est l'impact du cancer de la prostate sur la qualité de vie sexuelle des hommes mariés ?

Questions partielles:

Question n°1 : Quel est le niveau de satisfaction sexuelle globale chez les hommes mariés atteints d'un cancer de la prostate ?

Question n°2 : les complications et les effets indésirables peuvent-ils affecter la vie sexuelle des hommes mariés atteint du cancer de la prostate ?

Question n°3 : quel est le retentissement de la passivité de la partenaire et le manque de son soutien sur la vie sexuelle des hommes mariés atteint du cancer de la prostate ?

Hypothèse générale:

Le cancer de la prostate affecte la qualité de vie sexuelle chez les hommes mariés.

Hypothèses partielles:

Hypothèse n°1 : Le niveau de satisfaction sexuelle globale chez les hommes mariés atteints d'un cancer de la prostate est bas.

Hypothèse n°2 : les complications et les effets indésirables des traitements peuvent affecter la vie sexuelle des hommes mariés atteint du cancer de la prostate.

Hypothèse n°3 : la passivité de la partenaire et l'absence de son soutien peut retentir négativement sur la vie sexuelle des hommes mariés atteint d'un cancer de la prostate.

Opérationnalisation des concepts clés de la recherche

1) Définition des concepts clés de la recherche

La prostate :

La prostate est une glande exocrine située sous la vessie entre la symphyse pubienne et le rectum. Elle entoure la partie supérieure de l'urètre sur 3 à 4cm, De la forme d'une châtaigne, la glande prostatique mesure 3 cm de haut, 4 cm de large et 2 cm de profondeur chez un adulte jeune. Elle pèse 20 à 25 grammes. La prostate excrète directement ses sécrétions dans l'urètre par l'intermédiaire de plusieurs petits canaux. Les vésicules séminales sont des glandes accessoires appendues à la prostate. La prostate et les vésicules séminales produisent le liquide séminal. Les canaux déférents, qui proviennent des testicules amènent dans la prostate les spermatozoïdes qui sont mélangés au liquide séminal pour former le sperme passant dans l'urètre au moment de l'éjaculation.

(B Ikram, 2014, p8)

Cancer de la prostate :

C'est une prolifération anarchique des cellules cancéreuses au niveau de la prostate, ce qui donne lieu à plusieurs signes et symptômes comme : le besoin fréquent d'aller uriner, la sensation de douleur au moment d'uriner, la sensation de ne pas vider complètement la vessie etc.

Ces signes et symptômes sont facilement récoltés durant à entretien clinique avec le patient, en plus des moyens de dépistage et de diagnostique connu à noter le plus indispensable toucher rectal.

Satisfaction sexuelle :

Celle-ci est définie comme étant le degré de satisfaction globale qu'une personne retire de ses échanges sexuels avec sa conjointe.

Ce degré est mesuré grâce à des outils standardisés qui traitent la qualité des échanges sexuels, et du comportement sexuel dans ses déférentes étapes du désir jusqu'à l'orgasme qui la phase d'épanouissement, ainsi que leur fréquence et les facteurs qui influencent cet état de bien-être sexuel. Ainsi le taux obtenu de l'échelle ESS dépasse 30, ce qui signifie un niveau de satisfaction bas et problématique.

Qualité de vie sexuelle :

Elle fait partie de l'ensemble la qualité de vie, et c'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité. Qui requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des échanges dans les comportements et dans les relations sexuelles.

2) Opérationnalisation des concepts clés de la recherche

La prostate :

Organe et glande masculine qui est impliquée dans la fonction urinaire, la reproduction et dans la production du sperme.

Cancer de la prostate :

Développement anarchique de cellules cancéreuses malignes au niveau de cette glande reproductive masculine, qui laisse apparaître les signes suivants :

- Besoin d'uriner souvent, particulièrement la nuit (mictions fréquentes).
- Empressement d'uriner (mictions urgentes).
- Difficulté à commencer à uriner ou à arrêter d'uriner.
- Débit lent ou interrompu d'urine.
- Incapacité d'uriner.
- Douleur ou sensation de brûlure lors d'uriner.
- Difficulté à avoir une érection.
- Éjaculation douloureuse.

Satisfaction sexuelle :

Etat de bien être psychologique atteint par une bonne qualité de rapports sexuels effectués à raison d'une fréquence importante et satisfaisante.

Capacité à séduire sa partenaire, à l'exciter, pouvoir atteindre l'orgasme.

La qualité de vie sexuelle :

Qualité de vie sexuelle positive : une bonne santé physique et psychologique, une bonne qualité de l'activité sexuelle, une bonne harmonie dans les échanges sexuels avec la partenaire.

Qualité de vie sexuelle négative : une santé physique et psychologique détériorée, démunitions ou arrêt des activités sexuelles, les besoins sexuels du conjoint sont vécu comme gênants et angoissants, une éventuelle conflictuelle conjugale.

Préambule

La méthodologie est nécessaire pour tout travail de recherche dans toutes les disciplines, afin d'expliquer le déroulement de la recherche et d'illustrer toutes les méthodes et outils que le chercheur a utilisés sur le terrain. Dans ce sens, nous allons à travers ce chapitre présenter l'allure qu'a pris notre travail de recherche. En premier lieu nous exposerons, les limites de la recherche, les raisons du choix du thème, puis nous définirons la méthode utilisée, ensuite nous allons présenter le lieu et le groupe de notre recherche, par la suite nous mettrons en avant les outils de recherche qu'on a employés et leur analyse, nous évoquerons le déroulement de l'enquête, l'attitude du chercheur et enfin les difficultés de la recherche.

1 : Méthode utilisée dans la recherche :

Nous avons retenu la méthode clinique parce que, c'est une méthode qui va nous emmener à comprendre, et à observer la conduite de nos sujets de recherche et surtout à les étudier de manière singulière. La méthode clinique envisage : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Kh.Chahraoui & H Bénony, 2003, p11).

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. Cette étude de cas est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes. Il s'agit, pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire, indépendamment des aspects de diagnostic. Ce qui favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits, les événements passés et présents, etc. (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, pp11-12).

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer.

Nous avons donc choisi l'étude de cas pour réaliser notre recherche car c'est une méthode qui nous permettra d'observer, de comprendre, de décrire et d'analyser l'impact du cancer de la prostate sur la vie sexuelle des hommes mariés.

Ainsi selon D. Lagache « l'étude de cas est comme une observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité

des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation. Il ajoute que l'étude de cas permet d'établir un diagnostic et un pronostic et fournit une base rationnelle pour conseiller, traiter et éduquer le sujet ». (J-L. Pedinielle & Fernandez, 2005, pp59-61).

Le but de toute étude de cas, comme celui des monographies freudiennes, n'est pas de rapporter des faits exacts, mais de chercher à illustrer l'expression de telle ou telle construction théorique et méthodologique préalablement élaborée.

Contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plutôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plutôt que des échantillons représentatifs et parfois vise à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer (S Ionescu, 2012)

2 : La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le

rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs. (Kh Chahraoui & H. Bénony. 2003, P144).

La pré-enquête Joux un rôle primordial dans la clarification et l'éclaircissement de certains concepts théorique et elle nous permet de bien classé nos hypothèses et pour élaborer un guide d'entretien qui sera adéquate aux cas choisies. Nous avons examiné notre terrain de recherche afin de sélectionné les questions pertinents et qui pourrais nous servirai dans notre recherche.

3 : L'enquête :

L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (A Blanchet & A Gotman, 2014, p35). Elle

« « Consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews » (Kh Chahraoui & H. Bénony, 2003. p.131-132). L'idée de l'enquête suppose qu'il existe des problèmes, son objectif exige qu'ils soient formulés.

4: le but de la recherche :

On a réalisé notre recherche pour un but scientifique et académique.

5 : Lieu et temps de la recherche :

Nous avons effectué notre travail de recherche à l'EPH ben merrad el-mekki de la wilaya de Bejaia, qui se situe à amizour. Il a été ouvert en 1992. L'hôpital est composé d'un plateau technique et des services d'hospitalisation.

1- Plateau technique comprend :

- Le Pavillon des urgences médico-chirurgicales (20 lits organisés)

- Le Bloc Opératoire (04 salles Opératoires)

- Réanimation chirurgicale : 05 lits

- Deux salles de Radiologie.

- Un Laboratoire d'analyse médicale

- D'une Pharmacie centrale.

- Une Banque de sang

- Un Bureau des entrées 1992.

L'établissement est d'une capacité d'accueil de 200 lits. Il est composé de six services d'hospitalisation : la chirurgie générale, la gynécologie obstétrique, la médecine interne, la pédiatrie, les urgences médico-chirurgicales et le service d'oncologie médicale dans lequel on à effectuer notre recherche, ce service est d'une capacité d'accueil de 36 lits.

La création du service d'oncologie au sein de cet hôpital, revient à une idée née lors d'une réunion du conseil médical le 14 janvier 2003, ainsi le service d'oncologie a été inauguré le 27 janvier 2007 par le ministre de la santé. Il comprend quatre oncologues, deux généralistes ainsi que 13 infirmiers paramédicaux, un coordinateur des activités paramédicales et un cadre assistant, un agent de service pour l'hygiène et un agent archiviste.

Le service est composé de bureaux : celui des admissions, et un bureau pour la psychologue, une salle d'attente, une sale d'archive ainsi d'une unité de neufs chambres, comptant 36 lits, une salle de préparation des protocoles de chimiothérapie, un bureau pour l'ensemble des médecins, une cuisine, une salle de soin, une douche, les sanitaires, enfin une chambre de garde pour les infirmiers.

6 : Outils de la recherche :

Dans ce qui suit nous aborderons les outils que nous avons utilisés pour effectuer notre travail de recherche. Nous avons commencé par l'entretien de

recherche parce que, celui-ci permet d'avoir un premier contact avec nos sujets de recherche et d'émettre une relation de confiance avec eux et d'avoir un aperçu de l'impact du cancer de la prostate de la vie sexuelle des hommes mariés.

Nous présenterons aussi, l'échelle de satisfaction sexuelle ESS, qui nous permettra de mesurer le niveau globale de satisfaction sexuelle de nos sujets.

6-1 : L'entretien de recherche :

L'entretien de recherche est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations. Il peut être utilisé en référence à diverses méthodes expérimentale, biographique, clinique (Blanchet, 1992) et en référence à différents modèles psychanalytique, cognitif et comportemental, systémique, phénoménologique, humaniste enfin ethno psychiatrique. (Blachet & Gotman, 2007, p7).

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche qui est souvent utilisé Comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique. Il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des

connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, pp141-142).

Cependant, il existe trois différents types d'entretien de recherche, dont l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Notre choix s'est porté sur ce dernier qui nous a permis de poser des questions semi directives bien précise et profonde sur chaque axe de notre guide d'entretien et laisser le sujet s'exprimer librement, car nous avons besoin de réponses approfondies et riches ce qui nous a permis d'avoir un première aperçu sur la souffrance psychologique des hommes atteints du cancer de la prostate.

Dans l'entretien clinique semi directif, le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. Le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003. p.143).

L'entretien semi-directif s'organise dans un cadre strict (l'enquêteur connaît les points précis qu'il désire aborder) qui conserve un principe de liberté de parole (l'enquête se déroule dans un climat de confiance et de

souplesse). L'entretien semi-directif visant à obtenir un certain nombre de réponses, il peut être nécessaire de recadrer poliment son interlocuteur si celui-ci s'écarte trop du sujet. (Kh Chahraoui & H Bénony, 2003).

Nous avons fait une analyse qualitative, une lecture clinique des données de l'entretien. C'est à dire que nous avons analysé et interpréter les données en se basant sur la théorie adoptée la psychanalyse. Nous avons repris l'intitulé des axes et rapporter à l'intérieur le récit du sujet, nous avons accompagné cela d'une lecture clinique avec une terminologie psychanalytique.

Comme nous l'avons vu précédemment l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ses axes porte un titre ou une thématique et ouvrent sur un certain nombre de questions relatives à chaque axe.

Le « guide d'entretien » est l'outil d'aide-mémoire à travers lequel l'enquêteur aura répertorié l'ensemble des thèmes qu'il souhaite aborder, éventuellement sous forme de questions ouvertes. Le guide reprend les thèmes généraux à couvrir, des questions générales, des sous-questions plus précises, des pistes de relance et des exemples de réponses attendues (afin de vérifier qu'il y a bien une réponse à toutes les questions au cas où l'entretien dépasse le contenu strict du guide). Chaque thème doit correspondre à un objectif de connaissance ou de compréhension bien précis. Le guide n'est pas

rigide : l'ordre des thèmes à aborder n'a pas d'importance, pour autant qu'ils soient tous abordés à la fin. A nouveau, si l'enquêté est d'accord, un enregistrement et une retranscription s'avèreront très utiles pour l'analyse.

Dans ce sens, nous avons élaboré un guide d'entretien comprenant 30 questions en tout, (pour l'ensemble des questions, voir annexe n°1). Six questions portent sur : « les informations générales sur le sujet », l'objectif c'est de rapporter des informations sur la biographie du sujet. Le premier axe intitulé : « informations sur santé actuelle et antérieure du sujet », est composé de sept questions, l'objectif de cet axe est de connaître comment le sujet a vécu sa maladie depuis le moment de l'annonce du diagnostic jusqu'au moment du traitement.

Notre deuxième axe est intitulé : « informations sur la qualité de vie sexuelle » il contient 17 questions, l'objectif de cet axe est de voir le degré de satisfaction globale que le sujet retire de ses échanges sexuels avec sa partenaire. On a terminé notre guide avec la question « avez-vous quelque chose à rajouter ? » dans l'éventualité où on a oublié quelque chose qui semble important pour le sujet.

L'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est d'évaluer le degré de satisfaction sexuelle globale chez les hommes mariés atteints du cancer de la prostate. Pour ce faire on ne s'est pas seulement

contenté de notre guide d'entretien clinique semi-directif mais aussi d'une échelle de satisfaction sexuelle que nous allons présenter dans ce qui suit.

6-2 : L'Échelle de satisfaction sexuelle :

Nous avons choisi d'utiliser cette échelle qui a été conçue par Comeau et Boisvert, 1985 dans Turcotte, 1993.

Une version française de l'Index of Sexual Satisfaction (ISS; Hudson, Harrison, Crosscup, 1981) est utilisée afin d'évaluer la satisfaction sexuelle. Celle-ci est définie comme étant le degré de satisfaction globale qu'une personne retire de ses échanges sexuels avec son(sa) conjoint(e). L'ESS peut être administré auprès de couples hétérosexuels ou homosexuels. Cette échelle comprend 25 items qui permettent de mesurer des aspects reflétant la qualité des échanges sexuels (19 items) et des facteurs antécédents ou conséquents à la satisfaction sexuelle (6 items). Une échelle de type Likert graduée de 1 à 5 (1 = rarement ou jamais; 5 = la plupart du temps ou toujours) est utilisée pour quantifier les réponses.

La consigne :

«Ce questionnaire a pour but de mesurer le degré de satisfaction que vous retirez de vos relations sexuelles avec votre partenaire. Il ne s'agit pas d'un test; il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses Répondez à

chaque item avec le plus d'attention et de précision possible, en cochant la case appropriée ». (V Fréchette, 2011, p168).

7 : Analyse des outils de recherche :

On a établi un guide d'entretien qui se compose de 30 questions. Qui traite les informations générales du sujet, et de deux axes.

L'Axe 1 : qui est intitulé : informations sur l'état de santé antérieure et actuelle du sujet, qui est très importants car il nous permet d'appréhender l'état de santé antérieur du patient pour mieux connaître son état de santé actuel.

- Depuis quand êtes-vous diagnostiqué de cette maladie ?
- Qu'avez-vous ressenti lors de l'annonce du diagnostic?

Et

L'axe 2 : informations sur la qualité de la vie sexuelle

On a élaboré cet axe pour mieux comprendre l'impact du cancer de la prostate sur la vie sexuelle des hommes atteints.

Donc on a choisi ses deux axes car ils touchent nos variables de recherche, et montrent les complications du cancer de la prostate sur la vie sexuelle des hommes mariés. On peut voir le guide de l'entretien en détail dans les annexes.

Quant au teste on a choisi L'Échelle de satisfaction sexuelle (ESS ; Comeau et Boisvert, 1985 dans Turcotte, 1993), une version française de l'Index of Sexual Satisfaction (ISS; Hudson, Harrison, Crosscup, 1981) qui est utilisée afin d'évaluer la satisfaction sexuelle

Cette échelle comprend 25 items qui permettent de mesurer des aspects reflétant la qualité des échanges sexuels (19 items) et des facteurs antécédents ou conséquents à la satisfaction sexuelle (6 items). Une échelle de type Likert graduée de 1 à 5 (1 = rarement ou jamais; 5 = la plupart du temps ou toujours) est utilisée pour quantifier les réponses. Pour effectuer la cotation du score global, il faut d'abord inverser 12 items. Ensuite, tous les items sont corrigés en soustrayant un point à chaque réponse, c'est-à-dire que « 1= 0 », « 2=1 », etc. Puisqu'il y a vingt-cinq items, la cotation du score global peut aussi s'effectuer plus rapidement en additionnant les scores à chacun des items puis en soustrayant le nombre 25 de ce score global. Le score global se situe entre 0 et 100. Plus le score global est élevé, plus la satisfaction sexuelle est problématique. Un score de 30 et plus démontre un problème notable selon les auteurs.

Pour mesurer la qualité de la vie sexuelle des hommes mariés atteints du cancer de la prostate, et ses questions traitent directement nos variables de recherche telle que les complications du cancer de la prostate, et la prise en

charge médicamenteuse, et le rapport relationnel entre les partenaires et les hommes mariés atteints du cancer de la prostate.

8 : Groupe de recherche

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des hommes mariés atteints du cancer de la prostate suivants une hormonothérapie au sein du service d'oncologie de l'hôpital d'amizour wilaya de Bejaïa. Nous avons effectué notre travail de recherche auprès de sept cas âgés entre 58ans à 80 ans.

8-1 : Critères d'inclusion :

Les sujets de recherche doivent être diagnostiqués d'un cancer de la prostate et non pas d'une autre pathologie de la prostate.

-Les sujets de la recherche doivent être mariés et ayant une partenaire active sexuellement(ne souffre pas de grave maladie).

8-2 : Critères d'exclusion :

-Les sujets atteints de démence ou de délire parce que les questions de notre entretien, l'échelle et les questionnaires que nous avons utilisés ne leur sont pas adaptés.

- Les sujets ayant des troubles du langage parce qu'ils ne peuvent pas

Échanger avec nous.

- les hommes ayant plus de 82 ans, car ils ne sont plus active sexuellement.

Dans ce qui suit, nous allons illustrer et définir dans un tableau les Caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms de nos sujets de recherche, que nous avons évidemment changés pour l'éthique de la recherche, leur âge, leur niveau d'instruction, leur situation matrimoniale, le nombre d'enfant, leur profession et l'année du diagnostic.

Tableau n° 1: Caractéristiques du groupe de recherche

prénom	âge	Niveau d'instruction	Nombre D'enfants	profession	Année Du diagnostic
Akli	58ans	3ème AS	02	commerçant	2013
Bachir	72ans	Analphabète	09	Agent polyvalent	2014
Kamel	76ans	analphabète	07	conducteur	2017
Cherif	58ans	Baccalauréat	02	Enseignant	2015
Rachid	65ans	4 ^{ème} AM	02	Agent communal	2016

9: Déroulement de la recherche :

9-1 : La pré-enquête :

Nous avons ainsi réalisés notre pré-enquête au niveau de l'hôpital d'Amizour au service d'oncologie. Tout d'abord on s'est présenté au niveau de l'administration et de la psychologue du service En tant qu'étudiants stagiaires en deuxième année master psychopathologie et psychosomatique, après avoir eu l'accord du directeur et de la psychologue du service à qui nous avons exposé notre thème de recherche. On a débuté notre pré-enquête le 15-04-2018 qui a duré deux séances de 25 et 35 minutes. Nous étions livrés à nous-mêmes, la psychologue nous a pas apporter un soutien (elle n'a pas cessé de dire que c'est un thème tabou et ils ne vont pas répondre à vos questions).

On a aussi constaté l'indisponibilité des cas car les patients ne viennent que les lundis et les jeudis et par moment aucun se présente et lorsque un cas présente, on se retrouve face un cadre de travail peu favorable de par l'indisponibilité du cadre et des conditions de travail. On s'est présenté au premier patient et on lui a posé des questions de notre guide d'entretien qu'on a du traduire en kabyle concernant sa vie en générale et sa vie sexuelle en particulier, il était coopérant et nous a dit j'avais des explications à

demander mais il y a personne pour m'écouter car ma vie sexuelle a beaucoup changée.

Après l'accomplissement de notre pré-enquête nous avons pu préciser nos questions de recherche et nos hypothèses et nous avons constaté que nous devons reformuler quelques questions de notre guide d'entretien.

9-2 : l'enquête :

Notre enquête s'est déroulée au niveau de l'EPH d'amizour du 15 Avril 2018 au 15 Mai 2018, deux jours par semaine. Les deux premières séances ont été consacrées à la pré enquête.

A la rencontre de nos sujets de recherche tous étaient coopératifs, et ont donné leur accord, on leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel et que c'est seulement dans le but de faire une recherche.

Nous avons formulé la consigne pour l'entretien de recherche en kabyle :« akednek des questions ghaf l'hala ynek n'toura, nevgha aghtehdhret ».

(Nous allons vous poser des questions concernant votre situation actuelle et on aimerait bien que vous répondiez).

Nous avons entamé les entretiens avec les patients dès qu'ils étaient disponibles et présent au service pour recevoir leur traitement.

En premier lieu nous avons passé l'entretien à Mr Akli, qui maîtrisait bien la langue française ce qui a fait qu'on n'a pas eu recours à la traduction. La passation de L'entretien et le test de la satisfaction sexuelle a duré presque une heure. Ensuite Mr Bachir, on lui a fait passer l'entretien qui a duré 45 minutes, et le test de la satisfaction sexuelle qu'on a du traduire en kabyle.

Par faute de temps et par le fait que les cas ne reviennent que chaque 21 jours On était dans l'obligation de passer tous les outils de recherche en même temps pour chaque cas.

Ensuite on a passé l'entretien à Mr. Kamel ainsi que l'échelle de satisfaction sexuelle toujours dans les chambres d'observation là où les malades reçoivent leurs traitements, la passation des outils à durée 25 minutes, et s'est déroulée en langue kabyle et ça était nous qui lui avons passé l'échelle de satisfaction.

Après trois jours on a passé l'entretien avec les deux autres cas à savoir ; Mr. Rachid et Mr. Chérif qui maîtrisaient tous les deux la langue française, la durée des entretiens était de 20 minutes pour chacun, ils ont pu remplir l'échelle tous seuls on leur donnant la consigne en français.

10 : Difficultés de la recherche :

-le déroulement des entretiens était dans des conditions difficiles vu que les malades étaient allongés sur les lits en présence d'autres malades à côté.

- Difficultés à traduire en langue kabyle l'outil de recherche.

-absence d'orientation de la part des responsables du service et aussi de la part de la psychologue du service.

-non accès aux dossiers médicaux des patients.

- la durée des entretiens étaient limités à cause des traitements que les malades subissaient et leurs indisponibilité juste après la fin du traitement.

Conclusion :

Ce chapitre nous l'avons consacré à la méthodologie qui est nécessaire pour tout travail de recherche. Il nous a ainsi permis de voir l'utilité, l'étude de cas et combien l'outil choisi est indiqué à la réalisation de notre recherche, pour arriver et vérifier par la suite nos hypothèses.

Dans le chapitre qui suit nous allons présenter et analyser les cas puis discuter les hypothèses.

I) Présentation et analyse des résultats

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous allons présenter et analyser les résultats que nous avons obtenus dans l'entretien de recherche, dans l'ESS. Pour pouvoir ensuite discuter et vérifier nos hypothèses.

1: Présentation et analyse du premier cas (Mr. Akli) :

On s'est présenté à Mr AKLI, il s'est montré très compréhensif et coopératif avec nous. On a pu lui poser des questions de notre guide d'entretien, et de récolter des informations afin de vérifier nos hypothèses de recherche.

Mr AKLI est âgé de 58 ans, marié à l'âge de 22 ans, il est en couple avec sa femme depuis 36ans.il à trois enfants avec elle dont un garçon et deux filles, il est instruit et il exerce le métier de commerçant. L'entretien avec notre cas s'est déroulé en une seule séance la matinée, il avait l'air très fatigué et triste et maigre, ce qui peut renvoyer à une asthénie, sa Peau est pale, cela est peut-être dû à son atteinte et aux effets indésirables de son traitement, d'ailleurs en déclarant ça avec ces dires et une voix basse «*Je suis fatigué1* ».

Akli est arrivé au service d'oncologie coté homme sur une chaise roulante, accompagné par son fils .il avait l'air triste. Il s'est installé sur le lit avec l'aide de son fils. En attendant de recevoir son traitement. On a assisté à une discussion

entre le fils d'AKLI et le médecin oncologue, en lui disant : « ça c'est la chaise roulante de mon père, et lui c'est mon père il a répété sa trois fois, ensuite il s'est jeté dans les bras du médecin oncologue en pleurant, et en lui disant prenez soin de mon père ». On voit ici que le médecin représente la vie et la mort en même temps pour le fils. Ce qui nous renvoie à la position schizoparanoïde de Mélanie Klein dans laquelle l'objet est bon, et mauvais au même temps. Ses principales caractéristiques sont liées aux angoisses de persécution à la non ambivalence et au clivage de l'objet, à l'utilisation massive des mécanismes de projection et d'introjection. (C Morel, 1995, p307).

Axe1 : L'état de santé physique antérieur et actuelle du sujet

En voulant s'intéresser de plus près à son état de santé. AKLI nous a pas parler d'une façon détaillée sur son état de santé, il nous a juste précisé qu'il avait des antécédents comme le diabète, l'HTA, et un trouble rénal en nous déclarant « je souffre de l'hypertension artérielle, ... du diabète, .. Et je suis sous traitement néphrologique pour un problème rénal qui est récent ». La succession de ses maladies somatiques nous a semblé être une régression somatique, par rapport à sa position adoptée, car dès son installation sur le lit du traitement il a adopté la position fœtale, qui peut être considérée comme un retour régressif dans le passé. Cela peut symboliser un désir de retourner vers l'enfance puisqu'il s'agit de la position du bébé dans le ventre de sa mère. Toutes ces atteintes somatiques peuvent signifier deux choses :

La première peut renvoyer à une dépression essentielle qui a pu déclencher toutes ses maladies somatiques. (La dépression essentielle est une dépression sans objet, ni auto accusation, ni même une culpabilité consciente). (J B Stora 2013. p245). La deuxième chose peut renvoyer à une désorganisation progressive qui est une succession de maladies grave. (La désorganisation progressif commence souvent par une dépression essentielle, elle le prélude aux processus de somatisation les plus graves selon Pierre Marty).

AKLI est diagnostiqué du cancer de la prostate en 2010. il continu : « ça a commencé par des douleurs abdominal, ... je n'arrive pas à uriner normalement. Je me réveille plusieurs fois dans la nuit pour uriner. et j'avais mal au moment d'uriner, je passais mes journées aliter car j'avais un mal de dos et de forte douleurs aux niveaux de mes cuisse³ ». tous ses symptômes font partis des complications du cancer de la prostate. AKLI continu c'est mon urologue qui a poser mon diagnostique en précisant mon atteinte cependant il nous confirme qu'il n'a rien ressenti par rapport à ça, d'après ses dires « j'ai rien ressenti par rapport à sa 5 ». Qui peut signifier qu'au moment de l'annonce de cette atteinte Akli a été dans le déni qu'on a pu constater à travers son discours. Le déni est un mécanisme de défense qui consiste à refuser la réalité. Comme le défini Freud (c'est un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante). (J B Stora, 2013, p 229).

L'équipe médicale d'AKLI se constitue de médecins oncologues, d'infirmiers du service et d'un urologue dans le milieu libéral. Concernant ces relations avec cette équipe médicale, il nous semble que c'est une bonne relation d'après ces déclarations en disant « c'est tout le monde qui fait son travail, on est bien pris en charge ». Il est sous chimiothérapie et reçoit une séance tous les 21 jours, à propos de ce traitement notre sujet nous a dit : « au début il me faisait du bien.., mais maintenant il me fait plus du mal que du bien J'ai perdu mes cheveux ma Pau et devenue toute pale.... les infirmiers ont du mal à me piquer..... je supporte mal ma chimiothérapie 6 ». Qui peut signifier que la chimiothérapie représente le bon et le mauvais objet aux mêmes temps, et elle est génératrice de la vie et de la mort au même temps pour AKLI.

Axe2 : La qualité de la vie sexuelle du sujet

Comme on le sait la sexualité est un sujet très intime de chaque individu. Avant son cancer de la prostate AKLI avait une bonne vie sexuelle, le rythme de ses rapports sexuels avec sa femme était élevé, il était satisfait en nous déclarant « j'avais une bonne vie sexuelle7.....je faisais des rapports presque chaque jours ...sauf quand elle est malade ...ou quand elle est présente de cycle mensuel ...j'avais une bonne érection.. ». Cela nous laisse voir qu'AKLI était en bonne santé sexuelle. Mais AKLI nous a déclaré que « ...depuis 2013 il y a rien, je n'ai pas eu de rapports sexuelset ma vie sexuelle est en arrêt depuis ... ». Ce qui peut signifier que le cancer de la prostate et sa prise en charge

médicamenteuse affectent la vie sexuelle d'AKLI et lui engendre un dysfonctionnement sexuel, en nous déclarant « je n'ai plus d'érection, pas de sperme ».

Le sujet n'éprouve aucun désir en vers sa femme après son cancer de la prostate et il a dit « ...rien du tout 9... » Qui peut dire qu'il a une perte de libido, qui est du à la fois aux complications de la maladie prostatique et la prise en charge médicamenteuse contre cette atteinte. (La perte de libido c'est la perte de l'intérêt pour la sexualité empêchant un épanouissement personnelle). (Revue santé médecine page1). Et n'a pas de fantaisie sexuelle incluant sa femme d'après ses dires «je suis mort avec une voix très basse¹⁰... », Qui peut signifier que les pulsions de la mort ont pris le dessus sur les pulsions de la vie. (Les pulsions de mort sont orientées réellement ou symboliquement vers la destruction, la mort, elle se manifeste dans les attitudes morbides et agressives). (C Morel, 1995, p306).

Peu de temps après sa maladie il avait des douleurs lors des éjaculations c'est peut-être dû aux complications du cancer de la prostate et de son traitement en suite il y a rien «je ne sens rien..¹¹ » je n'ai pas d'orgasme. Qui peut dire qu'il a une anorgasmie, qui nous semble être du au répercutions de l'atteinte sur la psyché d'akli, et au traitement médicale contre le cancer de la prostate. (le trouble de l'orgasme est exprimé en terme d'insuffisance de jouissance, de frustration, d'insatisfaction de la relation sexuelle). (P.Deniker Th. Lemperiere J.

Guyotat) Mr AKLI n'as pas eu recours aux médicaments pour stimuler ces désirs sexuels et les complications engendrées sur ses relations sexuelles en disant « ..C'est déconseiller 12 »qui peut dire que notre patient et conscient des effets secondaire et indésirable d'une mauvaise interaction entre les médicaments et il doit suivre la conduite thérapeutique de son équipe médicale. Quant à la satisfaction globale de sa vie sexuelle avec sa femme, AKLI a eu un moment de silence, il a fait un petit sourire, ensuite il a fixé sa main avec son regard, et il nous déclarés «on ne peut pas être malade de la prostate et avoir une vie sexuelle normale... », Il a fait une mimique, cette mimique nous a fait penser à une mimique de fantasme qui interprète peut être la non satisfaction de sa vie sexuelle globale. Cette mimique qui est selon P Marty est observable par le clinicien dans laquelle le sujet s'arrête subitement de parler, et fixe un objet externe sans valeur, ou même un membre de son propre corps, dans le but de rompre la relation avec le clinicien. Elle signifie une fantasmatisation très profonde dont le sujet est incapable d'exprimer verbalement.

Lorsqu'on a demandé à Akli s'il voulait ajouter quelque chose il nous a dit Non rien appart vous répétez les complications que je vous ai dit tout à l'heur « on ne peut pas être malade de la prostate et avoir une vie sexuelle normale ».

Synthèse de l'analyse des données de l'entretien clinique du premier cas (Mr AKLI) :

D'après les données qu'on a pu recueillir à travers le guide d'entretien, on a pu constater à travers son discours et ses réponses à notre guide d'entretien l'absence totale de sa femme. Il n'avait pas parlé d'elle, et il n'a pas eu de rapports sexuels avec elle depuis 2013, Et l'absence de fantaisie sexuelle incluant sa femme. Les dysfonctions sexuelles engendrées par l'atteinte du cancer de la prostate comme trouble de l'orgasme (je n'ai pas d'orgasme), et une perte de libido (je suis mort), trouble de l'éjaculation « il n'y a pas de sperme ». Donc on peut ainsi dire qu'il y a une insatisfaction dans sa vie sexuelle globale avec sa partenaire.

2 : Présentation et analyse de l'ESS :

Mr akli obtenu un score de 50 points. Ce qui signifie d'après les auteurs que la satisfaction sexuelle est problématique.

Tableau N°2 : résultats de Mr Akli obtenue dans l'ESS :

Le score total	niveau de satisfaction sexuelle
50	Problématique.

Le tableau si dessus représente les résultats de l'échelle ESS de Mr Akli. D'après ses résultats on constate que notre sujet représente un niveau de satisfaction sexuelle problématique, avec un score global de 50 points.

On remarque que notre cas présente une mauvaise qualité dans ses échanges et dans ses rapports sexuels avec sa femme, d'après ses réponses aux items (1.6.8), par (peu souvent), (peu souvent) et (quelque fois) il confirme ce qu'il nous a dit dans l'entretien (ma vie sexuelle est en arrêt, depuis 2013 il y a rien) on peut dire presque il n'y a pas d'échange dans leur sexualité. Il a répondu à la treizième qui est (ma partenaire attache trop d'importance à la sexualité) et a répondu à la sixième question qui est (ma vie sexuelle est monotone) par (peu souvent) qui peut montrer une dégradation dans la qualité des échanges des rapports sexuels avec sa partenaire.

Synthèse de l'échelle ESS :

D'après les résultats obtenus dans l'échelle ESS qui indique une mauvaise qualité dans la qualité de vie sexuelle globale de notre cas. Et il présente un niveau de satisfaction sexuelle très faible.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien, et d'après la constatation de ses dires (je n'ai plus de fantasmes sexuelle incluant ma femme), (je n'ai pas fait de rapports sexuels depuis 2013), (je n'ai plus d'orgasme.). Toutes ses modifications physiologiques ont des conséquences sur la psyché d'akli, et altère sa vie sexuelle et ses échanges avec sa partenaire.

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, akli obtient un score supérieur à 30 qui est de 52. Qui est selon les auteurs significatifs d'une satisfaction sexuelle problématique.

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Mr akli obtient un score supérieur à 30 qui est de 52 qui est selon les auteurs significatif d'une satisfaction sexuelle problématique. On déduit donc que Mr akli à un niveau de satisfaction sexuelle très détérioré qui a été aggravé par une dépression essentielle, et l'absence quasi totale de sa femme.

On déduit donc qu'Akli à un niveau de satisfaction sexuelle très détérioré qui a été aggravé par une dépression essentielle, les complications sexuelles dus à l'atteinte du cancer de la prostate. Et l'absence quasi totale de sa partenaire sexuellement et émotionnellement, elle est restée passive face à l'atteinte de son mari.

1 : Présentation et analyse du deuxième cas (Mr. Bachir) :

Après être présenter à Mr BACHIR qui était alitait sur son lit, qui attendait d'être piqué pour recevoir son traitement de chimio thérapie.il était calme, compréhensif et très coopératif avec nous. On a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien.

Mr Bachir est âgé de 72 ans, marié à l'âge de 17 ans et il est en relation de couple avec sa femme depuis 55 ans. Il à 9 enfants dont 6 garçons et trois filles

Mr BACHIR est illettré. Il n'a pas de travail fixe, il enchaînait les travaux de maçonnerie, de main Douvres, et d'agent d'entretien. L'entretien avec Bachir s'est déroulé en une seule séance la matinée. Il avait l'air un peu fatigué, et il essayait de nous cacher sa avec son long sourire. Ce qui peut renvoyer à un mal être quelque part. C'est après qu'il nous a confiés qu'il a raté son rendez-vous précédent, du à l'hospitalisation de sa femme au CHU de Constantine à cause d'un AVC.

Axe 1 : L'état de santé physique antérieur et actuelle du cas

Avant de commencer l'entretien avec Bachir il nous semble qu'il est fatigué d'après ses mimiques, le patient nous a pas parler d'une manière détaillée sur son état de santé. Il nous a déclaré qu'il était en bonne santé physique et mentale avant sa tumeur de la prostate, d'après ses dires « ...RAS... je n'ais jamais été malade avant.... Je ne sais pas ce que c'est être malade avant ma prostate¹⁹.. » Ce qui peut signifier que Mr Bachir utilise le mécanisme du contrôle, car les patients atteints du cancer utilisent pour essayer de démontrer qu'ils sont en bonne santé et ne veulent l'aide de personne. Cela fait trois ans que Mr Bachir est diagnostiqué du cancer de la prostate après nous avoir confié cela il a eu un moment de silence (...silence...), qui nous semble que le patient a un peu de mal à parler, ou à se confier à la parole, ou il rencontre une gêne .le silence selon Duparc,(permet néanmoins l'expression de l'affect ,il est donc de bon augure pour la mise en place du transfert et le travail analytique.)

Parmi les symptômes que présente Bachir, il éprouvait des douleurs abdominales, des douleurs sur son dos qui partit des complications de la maladie prostatique, en nous déclarant « j'avais des difficultés à uriner des pertes d'urine, il se réveille plusieurs fois dans la nuit pour uriner ». Actuellement Mr Bachir est sous chimiothérapie qui fait partie des choix thérapeutique de son oncologue malgré, qu'il ait quelques effets indésirables comme nous les as décrits Mr Bachir « des vomissements....une fatigue intense ...je tombe sur le lit comme un morceau de tissu²⁰ » et ça dure a peu près 4 jours après chaque séances mais après je me sens bien «toute la douleur a disparue²¹ ».

L'équipe médicale de Bachir se compose du médecin oncologue, de l'infirmier du service d'oncologie de EPH d'Amizour et d'un médecin urologue qui travaille dans un cabinet privé, avec laquelle il a de bonne relation, sur tout le médecin urologue pour qui notre sujet présente beaucoup d'affection et d'estime et de respect. D'après ses dires c'est grâce à lui qu'il est pris en charge à temps : « ...c'est grâce à lui que je suis vivant ...c'est mon urologue qui m'a diagnostiqué la première foisc'est lui qui m'a orienté vers l EPH d'Amizour... ». Qui peut signifier une idéalisation de son urologue, (L'idéalisation est un processus qui concerne l'objet et par lequel celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changé). (J B Stora 2013 page 232).ce qui nous semble que Bachir a bien adhéré son programme thérapeutique.

Axe 2 : La qualité de la vie sexuelle

Comme on le sait la sexualité est un sujet très intime de chaque individu, lorsqu'on a abordé la question de la sexualité avec Bachir, il a montré une certaine timidité, les traits de son visage ont changés et il a rougi, ensuite il a fait le détour de la salle avec ses yeux, ensuite son regard s'est fixé sur sa montre. Qui nous semble être une mimique fantasmatique.

Bachir nous a déclaré qu'avant sa tumeur de la prostate était bonne santé sexuelle, d'après ses dires «comme si j'ai toujours 18 ans.. », qui peut renvoyer à une régression, comme on l'a vu dans la théorie, une régression est le retour à un stade du développement où il était bien sur le plan sexuel. La régression (c'est le retour du sujet à des étapes du passé de son développement). (Laplanche et Pontalis 1996 page 400). Bachir nous a déclaré qu'il y avait de la fréquence dans ses rapports sexuels en disant je faisais des rapports plusieurs fois par semaine «Je faisais l'amour avec ma femme 5 fois par semaine... j'avais une bonne érection ». Qui peut signifier qu'il était en bonne santé sexuelle. Bachir nous a dit qu'après son cancer de la prostate et les traitements qui se suivent avec ont affecté sa sexualité en nous disant « mes rapports ont diminué avec le tempsau début je faisais un rapport tous les 15 joursensuite un rapport dans un ou deux mois ». Qui peut signifier que son atteinte du cancer de la prostate, et la prise en charge médicamenteuse ont des complications sur la sexualité de Bachir. Et il a engendré un dysfonctionnement

sexuel chez lui. (Le dysfonctionnement sexuel est défini comme une diminution ou une absence d'une partie ou de la totalité de la réponse sexuelle en présence des stimulations appropriées). (P.Deneker.1990. p272). Et il continue « je n'ai pas touché ma femme depuis deux ans...elle est malade aussi 26. ». Ce qui nous semble que notre sujet veut justifier son dysfonctionnement sexuel par la maladie de sa femme, qui est hospitalisée au CHU de Constantine. Il fait peut-être la projection sur sa femme. (La projection est une défense très archaïque par laquelle le sujet expulse de soi des choses qui refuse en lui). (Laplanche et Pontalis 1996 page 344).

Bachir nous a déclaré qu'il avait beaucoup de fantaisie sexuelle « j'ai des fantaisies ...surtout quand je vois des belles femmes », mais ce sont les femmes et les filles des autres. Et comme je suis musulman « j'aime pour mon frère ce que j'aime pour moi²⁷ ».qui peut signifier qu'il utilise le mécanisme du clivage. (Le clivage est un processus par lequel le moi peut se scinder pour faire face à une réalité dangereuse. Cet auteur rapporte aussi ce qu'en écrit Mélanie Klein, à savoir que son origine viendrait de ce que, pour l'enfant, par suite de sa relation avec la mère, ce qui l'entoure se cliverait en « bon objet », source de gratification et en « mauvais objet », source de frustration). (M PHaneuf 2005, p11). Bachir nous a déclaré « ma femme est malade je ne peux pas la trahir,...c'est elle les fondations de mon foyer 5... c'est elle qui a éduquée mes enfants...je la respecte comme mes parents ou plus... ». Qui peut signifier une

idéalisation de sa femme. (L'idéalisation est processus par lequel l'objet est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée). (J B Stora. 2013. p232). Ce qui nous semble que notre patient a de bonne relation avec sa partenaire pas seulement sur le plan sexuel mais aussi émotionnellement et affectivement.

Bachir n'a pas d'éjaculation en disant « *je n'ai pas de sperme²⁹durant mes activités sexuelles je n'ai pas eu d'éjaculation....et dans les rares fois où je l'ai eu j'avais mal* ». Qui peut renvoyer aux complications du cancer de la prostate et à sa prise en charge médicamenteuse. Bachir a eu recours durant ses activités sexuelles à plusieurs positions pour limiter ses douleurs « *..des fois sur le cote droitdes fois sur le cote gauche...des fois sur le dos...et des fois debout... J'ai même consulte un imam sur sa³⁰* ». Qui peut signifier qu'il a une culture sexuelle. Et d'après les dires de Bachir il n'a pas d'orgasme « *..je ne ressens rien³¹* » qui peut renvoyer à une anorgasmie qui est dû à son atteinte cancer de la prostate et à son traitement, et il n'a pas eu recours aux médicaments pour stimuler ses désirs sexuels. Il nous a dit que c'est « *contre indiqué.. et c'est dangereux de mélanger les médicaments* ». Qui peut signifier que notre cas est conscient des complications d'une mauvaise interaction entre les médicaments.

Bachir nous a déclaré qu'il n'est pas satisfait de sa vie sexuelle globale avec sa femme et il nous a dit « *je n'ai pas fait rapports sexuels depuis 2 ans Je considère ma femme comme mes parents et je préfère mourir avant elleelle*

est les fondations de la maison » qui peut signifier une autre idéalisation de sa femme.

Lorsqu'on a demandé à Bachir s'il voulait ajouter quelque chose il nous a dit « *si je n'aime pas ta femme je ne peux pas faire l'amour avec elle, maintenant avec le temps je la considère comme mes parents ou plus, elle est la base de la famille*³² ».

Synthèse de l'analyse des données de l'entretien clinique du deuxième cas (Bachir) :

D'après les données qu'on put recueillir à travers l'entretien, on peut constater que le cancer de la prostate a un impact négatif sur la vie sexuelle de Bachir, qui est dû aux complications du cancer de la prostate et à sa prise en charge médicamenteuse, comme le trouble de l'éjaculation «*il n'y a plus de sperme*», et son anorgasmie «*je n'ai pas d'orgasme*» et il a des rapports sexuels douloureux dans les rares fois où il les a eus «*J'ai mal pendant mes rapports sexuels*». et l'absence de sa partenaire qui est hospitalisée au CHU de Constantine a un effet négatif sur la psyché de Bachir.

2 : Présentation et analyse de l'ESS du deuxième cas (Mr Bachir)

Bachir, a eu un score de 49 points, ce score représente selon les auteurs une satisfaction sexuelle problématique.

Tableau N°3 : Résultats de Mr Bachir obtenus dans l'ESS :

Le score total	niveau de satisfaction sexuelle
49	Problématique

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle ESS de Mr Bachir, d'après ces résultats on remarque que Mr. Bachir présente un niveau de satisfaction sexuelle problématique avec un score globale de 49.

On constate que Mr. Bachir, manifeste une qualité mauvaise dans ses échanges sexuels avec son épouse cela se laisse voir dans ses réponses aux items (4.20) par (peu souvent) et (4..14.23) par (quelque fois). On constate aussi dans ses réponses à l'item (1.2.9.17.21) par (assez souvent) et à l'item (12) par (la plus part du temps ou toujours) peut renvoyer à la période précédente sa maladie c'est-à-dire à une régression à une étape de son développement où il était en bonne santé sexuelle. Mais après l'atteinte de notre patient du cancer de la prostate, et aux conséquences, on constate un éventuel impact négatif sur la qualité de la satisfaction sexuelle globale de notre cas.

Synthèse générale du cas :

D'après les données qu'on put recueillir à travers l'entretien, on peut constater que le cancer de la prostate a un impact négatif sur la vie sexuelle de Bachir. Car on a constaté les complications de son atteinte du cancer de la prostate et la prise en charge médicamenteuse sur sa vie sexuelle, et il a engendré des dysfonctionnements sexuels comme le trouble de l'éjaculation « il n'y a plus de sperme », une anorgasmie « je n'ai pas d'orgasme » et il a des rapports sexuels douloureux dans les rares fois où il les a eus « J'ai mal pendant mes rapports sexuels », « ça fait deux ans que je n'ai pas fait l'amour avec ma femme ».et l'absence de sa partenaire qui est due à son hospitalisation à cause de son AVC l'a affecté sexuellement, émotionnellement et affectivement.

Dans l'échelle ESS, Bachir a obtenu un score supérieur à 30. Qui est de 49. Qui est selon les auteurs significatifs d'une satisfaction sexuelle problématique.

On déduit donc que le cancer de la prostate a un impact sur la vie sexuelle de Bachir. Qui a été aggravé par les complications de son atteinte, et l'absence de sa partenaire.

1 : Présentation et analyse du troisième cas (Mr .Rachid)

Après nous être présenté à Mr. Rachid qui était au début un peu hésitant puis a fini par comprendre notre objectif et à coopérer avec nous. On a pu lui poser les questions de notre entretien et récolter des informations, et de vérifier nos hypothèses.

Mr Rachid est âgé de 65 ans, marié depuis 34 ans et père de deux enfants, son épouse est âgée de 60 ans. Il possède un niveau de 4^{me} année moyenne et à travailler comme agent administratif dans un établissement d'état.

Notre entretien avec Mr. Rachid s'est déroulé en une seule séance le matin, celui-ci était allongé sur son lit dans la grande salle qui compté plus de 8 malades ce qui a été à l'origine de l'hésitation de notre sujet, notre cas était actif et a manifesté un grand intérêt à nos questions « *ah !!C'est bien ce genre d'initiative, je vous remercie on a beaucoup besoin de ça* » cette catégorie d'hommes malades ne reçoit pas l'écoute nécessaire et on a observé cela dans la réaction de Mr. Rachid qui a repris une position plus active sur son lit pour répondre à nos questions.

Axe 1 : informations sur la santé physique actuelle et antérieure

Rachid a été diagnostiqué depuis 16 mois, quand on lui posé la question sur ce qu'il a pu ressentir lors de l'annonce de sa maladie il nous répond, « *à ce moment-là j'avais peur mais j'ai compris ce que c'était* », la peur que suscite cette maladie comme on l'a vu dans la théorie est parmi les réactions les plus fréquentes lors de l'annonce du diagnostic.

¹ Ah a3tikoum saha c'est bien nouhwadj anechtha

² Imir oughadhegh après fahmagh dacou iyelan

Mr Rachid dit que cette maladie engendre chez lui plusieurs souffrances physiques « *j'ai mal au niveau des OS au bassin et à la colonne vertébrale³* », le cancer de prostate se propage généralement au niveau osseux. Cela est à l'origine des complications physiques qui affectent notre sujet dans sa sexualité et ses rapports sexuels. (Le cancer de la prostate du diagnostic au traitement. 2013.p22)

Mr Rachid prend plusieurs traitements en comprimés et en injectable.

Axe 2 : la qualité de vie sexuelle

Lorsqu'on a posé la question à Rachid sur sa vie sexuelle avant la maladie sa réponse était « *oui oui ça va j'étais bien* » et on a pu observer de la joie sur son visage quand il parlait de sa vie d'avant la maladie, cette période-là est une phase de plénitude et de la toute-puissance masculine, ce qui peut s'expliquer comme une régression vers un stade du développement où il était bien sur le plan sexuel. La régression « c'est le retour du sujet à des étapes du passé de son développement ». (Laplanche et Pontalis. 1996. p 400).

le cancer de la prostate affecte les diverses composantes de la sexualité comme le désir et l'éjaculation qu'on constate affectés à travers les réponses de Mr. Rachid « *Ya pas d'envie, je ne désire pas cela, Ya presque rien⁴* » « *Ya rien, je*

³ Krahniyi yaghssaniw, amassi, la colonne vertebrale »

⁴ Oulach oudatmanighara

n'arrive pas à éjaculer⁵ ». Ce qui nous laisse voir le degré important des complications liées à la maladie elle-même et aux traitements et leur cortège d'effets indésirables.

La fréquence des rapports sexuels avant la maladie est bien plus importante qu'après l'atteinte, et on voit ça dans la réponse de Rachid (*avant je faisais jusqu'à 3 rapports par semaine, mais maintenant j'ai beaucoup diminué jusqu'à presque rien⁶*).

L'absence ou le manque de désir est très fréquent aussi cela s'illustre dans la réponse du sujet « *je n'ai pas de désir, j'ai rarement une envie le matin au réveil mais c'est rare⁷ »*, tout cela nous laisse constater le dysfonctionnement sexuel que la maladie cancéreuse de notre sujet lui a causé, et comme on l'a vu dans la partie théorique : la dysfonction sexuelle selon le DSM IV-TR « *est caractérisée par une perturbation des processus qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle ou par une douleur associée aux rapports sexuelles* » (DSM IV-TR .2005. p618)

Rachid vit mal la position que prend sa femme par rapport à leur vie sexuelle après sa maladie « *non ça la dérange pas, au contraire elle est*

⁵ outedigajighara

⁶ Oukvel ligh khadmagh almi 3 fois g'la semaine, thoura presque oulach mati

⁷ Oulach, ghouri juste chwiya svah svah ma dekragh

*contente*⁸ » cela est vécu sur un fond dépressif par le sujet selon ce qu'on a pu observer et qui constitue pour lui une perte de virilité, et de capacité à séduire.

Là aussi on constate le rôle négatif que joue la partenaire et le fait qu'elle n'est pas active sexuellement et ne prend aucune initiative qui pourra aider notre sujet à maintenir sa fonction sexuelle.

au moment où notre cas à évoquer cela il a fait un sourire ce qui nous laisse constaté chez lui le recours à l'isolation qui lui sert de défense contre l'angoisse que cela généré en lui en isolant l'affect associé à cette situation, le sujet cancéreux peut développer des mécanismes de défense comme l'isolation qui est : « de scinder la pulsion en séparant la représentation de l'affect »(C Morel, 1995, p124).

On a constaté une absence de richesse fantasmatique dans la réponse de Rachid à notre question sur les fantaisies sexuelles quand il a dit « *oui, très rarement* », la richesse fantasmatique est selon l'école psychosomatique la capacité à se rappeler les rêves, et la capacité à exprimer et avoir des fantasmes conscients. (C Fortier, 1988, p29)

La fonction érectile est souvent touchée par cette maladie comme on l'a vu dans la théorie « c'est une incapacité persistante ou répétée à atteindre ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une érection adéquate » (DSM IV-TR, p629)

⁸ Awah i3adjvass lhal mati

Et qui peut aller d'une fréquence faible à une absence totale avant et pendant les rapports sexuels comme le témoigne la réponse de Mr. Rachid« *oui, j'ai des érections le matin mais au moment des rapports c'est rare*⁹ ». C'est ainsi la conséquence des complications de cette maladie et de ses traitements.

Rachid ne prend aucun médicament pour renforcer son érection.

Notre sujet dit qu'il ne souffre d'aucune douleur au moment de l'éjaculation et par conséquent ses positions ne sont pas spécialement choisies.

L'orgasme peut aussi être affecté chez l'homme malade. lui qui est considéré comme l'aboutissement de l'acte sexuel, « C'est une absence ou un retard répété où persistant de l'orgasme après une phase d'excitation normale » (DSM IV-TR, p635).

La réponse de Rachid à ce sujet était « *oui, mais ça tarde beaucoup à venir et parfois je laisse tombé*¹⁰ ».

Rachid dit qu'il n'est pas satisfait de sa vie sexuelle globale ainsi que sa femme qui a selon lui fini par ce désintéressé complètement « *elle ne s'intéresse plus*¹¹ », avec une certaine détresse et déception au visage ce qui constitue selon ce qu'on a vu en théorie une atteinte narcissique suite à la perte de la fonction sexuelle et l'incapacité de séduire et de satisfaire sa partenaire ce qui peut être la

⁹ Oui ghouri ivadi ma3na le moment eni nessah c'est rare

¹⁰ Oui itawil bezzaf bach adyass, tisswi3ine tadjagh koulach akken

¹¹ Oussthwiki3ara lma3na akk

cause de l'effondrement psychologique du sujet. (Sexualité et cancer de la prostate. 2013. p698)

Lorsqu'on a demandé à Rachid s'il voulait ajouter quelque chose il dit d'un air triste *«ça fait sept mois maintenant que je n'ai plus aucun rapports sexuels avec ma femme¹²»*, ce qui laisse voir une atteinte narcissique vécu sur un fond dépressif, conséquence à la fois des complications physiques de la maladie et du rôle inadéquat que la partenaire à jouer, l'atteinte est alors à la fois physique et psychologique.

1 : Synthèse de l'entretien du troisième cas (Mr. Rachid) :

D'après, les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, Rachid a fini par accepter sa maladie et se soumettre aux *traitements* *«...j'ai fini par comprendre¹³»*, mais qui présente des indicateurs significatifs d'un possible impact négatif de son cancer de la prostate sur sa vie sexuelle, en se basant sur la présence de complications physiques et le rôle passif de l'épouse. On a constaté cela lorsquequ'il évoque la position de sa femme à l'égard de leur sexualité après la maladie ainsi que sa détresse qu'il a exprimé à la fin de l'entretien liée à l'interruption des activités sexuelles avec son épouse , et sur des signes d'une mauvaise qualité de vie sexuelle. *«Elle ne s'intéresse plus..» « Ça fait sept mois que j'ai pas eu de rapport avec elle»*.

¹² Ça fait thoura 7 chhour mi wlech ouma dazuh yaranagh

¹³ Après fahmagh

2 : Présentation et analyse de l'ESS:

Rachid, a eu un score de 49 points, ce score représente selon les auteurs une satisfaction sexuelle problématique.

Tableau N°4 : Résultats de Mr Rachid obtenus dans l'ESS :

Le score total	Le niveau de satisfaction sexuelle
49	Problématique

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle ESS de Mr. Rachid, d'après ces résultats on remarque que Mr. Rachid présente un niveau de satisfaction sexuelle problématique avec un score globale de 49.

On constate que notre cas manifeste une mauvaise qualité dans les échanges sexuels avec sa partenaire, cela se laisse voir dans les items (1.6.8), plus il répond par « *rarement ou jamais* » « *peu souvent* » « *quelques fois* » « *assez souvent* » plus la qualité des échanges est mauvaise, cependant notre cas a répondu une seule fois par « *assez souvent* » à la huitième question qui est « *je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité* » et a répondu une fois par « *quelques fois* » à la sixième question qui est « *ma vie sexuelle est monotone* » ce qui nous montre le degré élevé de détérioration de la qualité des échanges sexuels avec sa partenaire, on a aussi constaté l'importance de l'impact des complications de la maladie et des traitements sur la sexualité de notre cas à travers ses réponses dans les items (6.8.22.25), comme on a aussi constaté à travers

les items(1.3.9.16.18) le rôle négatif et la position passive de la partenaire par rapport à leur sexualité.

Synthèse de l'échelle :

En conclusion, notre cas présente un niveau de satisfaction sexuelle très faible, cela est bien claire à partir des résultats obtenu dans l'échelle ESS qui indique une mauvaise qualité dans les échanges sexuels.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenu dans l'entretien, Rachid présente un état psychologique vulnérable d'une part à cause de l'impact de l'annonce du cancer et aussi des complications physiques de la maladie sur lui à savoir la douleur osseuse qui devenait de plus en plus dure à vivre, et d'une autre part les modifications physiques causées par les traitements et qui altèrent sa vie sexuelle et ses échanges sexuels avec sa partenaire.

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Rachid obtient un score supérieur à 30 qui est de 49 qui est selon les auteurs significatif d'une satisfaction sexuelle problématique.

On déduit donc que Rachid à un niveau très bas de satisfaction sexuelle qui a était aggravé par la passivité de sa partenaire qui ne s'intéressait plus à la sexualité ce qui a fortement affecté la qualité de leur vie sexuelle.

1 : Présentation et analyse du quatrième cas (Mr. Chérif)

Cherif est âgé de 58 ans, enseignant à la retraite très coopératif à était diagnostiqué d'un cancer de la prostate en 2015 et à était opéré en 2017 pour une prostatectomie radicale, il a était surpris du diagnostic vu qu'il ne souffrait d'aucun symptôme. Chérif souffre de douleurs osseuses à cause des métastases mais aussi d'une fièvre permanente et du poids des séances de chimiothérapie.

Sa vie sexuelle était plutôt normale puis de plus en plus il ressentait un manque de désir et que ses rapports étaient déjà rares avant la maladie et qui ont cessés complètement après sa chirurgie .ce qui à pousser sa femme à manifester son désarroi depuis que son désir a lui a baissé « *elle me disait ton état n'est pas normal tu dois voir un médecin¹⁴* ».

Chérif souffre de trouble érectile et à même utilisé des médicaments pour renforcer son érection, comme dans la théorie l'homme cherche à être tjrs à la hauteur des attentes de sa partenaire (F Thibaut .2016.p44). Il souffre de douleur au moment de l'éjaculation « *je regrettais d'avoir pris l'initiative car j'avais mal¹⁵* », comme on l'a vu dans la théorie le rapport sexuel douloureux est parmi les conséquences du cancer de la prostate ; « La douleur est une sensation pénible, d'origine physique ou psychique, qui provoque une réaction de l'organisme, généralement une conduite d'évitement » (N Sillamy.1991.p86). Chérif nous a confié qu'il n'arrive jamais à atteindre l'orgasme lors de ses

¹⁴ Tekariyid l'état ynek machi normal, rouh zer tviv

¹⁵ Tendemayegh iytghiven ghouress parceque twakrahegh

rapports sexuels et que ni lui ni sa femme ne sont satisfaits de leur vie sexuelle globale.

2 : Présentation et analyse de l'ESS

Tableau n°5 : résultat de Mr. Chérif obtenu dans l'ESS

Le score total	Le niveau de satisfaction sexuelle
48	Problématique

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle ESS de Mr. Chérif, d'après ces résultats on remarque que Mr. Chérif présente un niveau de satisfaction sexuelle problématique avec un score globale de 48.

On constate que Mr. Chérif, manifeste une qualité mauvaise dans ses échanges sexuels avec son épouse cela se laisse voir dans ses réponses aux items (2.3.9.10) par « *rarement ou jamais* » et (4..8) par « *la plupart du temps ou toujours* ».

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche Mr. Chérif manifeste une mauvaise qualité dans sa vie sexuelle globale et une incapacité à maintenir et à obtenir un niveau de satisfaction sexuelle normal, suite aux dysfonctions sexuelles que sa maladie lui inflige. Les complications liées à la maladie sont clairement illustrées dans le fait qu'il a subi une ablation

totale de la prostate ce qui l'empêche d'avoir des échanges sexuels satisfaisant avec sa partenaire, on a aussi pu constater une pauvreté fantasmatique chez lui qui se laisse voir dans son incapacité à avoir des fantaisies sexuelles.

Présentation et analyse du cinquième cas (Mr. Kamel)

KAMEL est âgé de 76ans compréhensif et coopératif est conducteur à la retraite et père de six garçons et une fille de deux mariages.

Il a été diagnostiqué depuis un an, il a refusé sa maladie car selon lui il n'était pas malade, malgré qu'il avoue qu'il souffre de douleurs niveau du ventre et aux membres inférieurs et dit être soulagé avec la prise régulière de ses traitements.

Sa vie sexuelle a selon lui beaucoup changée et que ses rapports sexuels ont fortement diminué après sa maladie et que son désir a baissé et on a déduit dans son discours que cela est dû à sa fatigue physique.

Selon lui sa femme accepte sa maladie et le soutien, il se sent presque tout le temps faible sa fonction érectile est fortement affectée, ses rapports sexuels finissent par une éjaculation normale et arrive parfois à atteindre l'orgasme

2 : Présentation et analyse de l'ESS:**Tableau n°6 : résultat de Mr. Kamel obtenu dans l'ESS**

Le score total	Le niveau de satisfaction sexuelle
59	Problématique

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle ESS de Mr. Kamel, d'après ces résultats on remarque que Mr. Kamel présente un niveau de satisfaction sexuelle problématique avec un score globale de 59.

On constate que Mr. Kamel manifeste un niveau de satisfaction sexuelle très bas ce qui s'illustre à travers ses réponses aux items (7. 8. 10. 18. 20 24) par « *rarement ou jamais* » « *quelques fois* » « *assez souvent* » à partir de ses réponses la dimension d'échanges sexuels est clairement de mauvaise qualité avec une partenaire sexuelle inadéquate.

La dimension des antécédents sexuels et conséquences de la satisfaction se laisse observé dans les réponses de Mr. Kamel sur les items (2.14) du fait qu'il n'arrive pas avoir sa vie sexuelle passionnante et que notre cas a fini par développé un comportement de fuite par rapport aux échanges sexuels avec sa femme de peur de ne pas pouvoir tenir et la satisfaire.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche Mr. Kamel manifeste une mauvaise qualité dans sa vie sexuelle globale et une peur de ne pas être capable de maintenir et de mener un échange sexuel satisfaisant avec sa partenaire, suite aux conséquences physiques de sa maladie mais aussi à la position de son épouse qui est selon notre cas trop exigeante ce qui retenti négativement sur la psyché de Mr. Kamel et l'empêche de prendre d'initiatives pour des échanges sexuels.

II) Discussion des hypothèses

Dans cette partie de notre quatrième chapitre, nous allons discuter nos hypothèses pour répondre aux questions de notre problématique. Afin, d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse partielles que nous avons formulées précédemment. Notre objectif, étant de déterminer et de décrire la qualité de vie sexuelle des hommes mariés atteints d'un cancer de la prostate, en décrivant et évaluant le niveau de satisfaction sexuelle, et de déterminer l'impact qu'a eu leur maladie sur leur qualité de vie sexuelle globale.

Pour répondre à nos questions de recherches et vérifier nos hypothèses, nous avons utilisé, un entretien clinique de recherche, l'échelle de satisfaction sexuelle ESS.

Hypothèse N°1 : le niveau de satisfaction sexuelle globale chez les hommes mariés est bas.

Pour vérifier cette hypothèse, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et de l'échelle de satisfaction sexuelle, pour évaluer le degré de satisfaction sexuelle chez les hommes mariés atteints d'un cancer de la prostate, dans le but d'infirmer ou de confirmer cette hypothèse.

Cas1 : Mr. Akli

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien, et d'après la constatation de ses dires « *je n'ai plus de fantasmes sexuelle incluant ma femme* », « *je n'ai pas fait de rapports sexuels depuis 2013* », « *je n'ai plus d'orgasme* ». Toutes ses modifications physiologiques ont des conséquences sur la psyché de notre cas, et altère sa vie sexuelle et ses échanges avec sa partenaire.

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Mr akli obtient un score supérieur à 30 qui est de 52 qui est selon les auteurs significatif d'une satisfaction sexuelle problématique.

On déduit donc que Mr akli à un niveau de satisfaction sexuelle très détérioré qui a été aggravé par une dépression essentielle, et l'absence quasi totale de sa femme.

Cas2 : Mr. Bachir

D'après les données qu'on put recueillir à travers l'entretien, on peut constater que le cancer de la prostate peut avoir un éventuel impact négatif sur la vie sexuelle de Mr Bachir. Car il n'a plus d'éjaculation « il n'y a plus de sperme », il a une anorgasmie « je n'ai pas d'orgasme » et il a des rapports sexuels douloureux dans les rares fois où il les a eus « J'ai mal pendant mes rapports sexuels », « ça fait deux ans que je n'ai pas fait l'amour avec ma femme ».

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Mr Bachir a obtenu un score supérieur à 30. Qui est de 49, qui est selon les auteurs significatif d'une satisfaction sexuelle problématique.

On déduit donc que Mr Bachir a un niveau très bas de satisfaction sexuelle. Et qui a été affecté par l'hospitalisation de sa femme pour un AVC.

Cas 3 : Mr Rachid

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche notre cas présente une faible satisfaction sexuelle et on perçoit cela à travers son discours « *non je ne suis pas satisfait de ma vie sexuelle* » « *non ma femme non plus, elle ne s'intéresse plus* ».

Dans l'ESS, Mr. Rachid a obtenu un score de 49 qui représente une satisfaction problématique.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique et dans l'ESS, on affirme notre première hypothèse pour ce premier cas, à savoir que le sujet présente bien un niveau bas de satisfaction sexuelle.

Cas 4 : Mr. Chérif

En se référant aux résultats de l'entretien clinique, Mr. Chérif présente bien des signes d'une faible satisfaction sexuelle, cela se laisse voir à travers ses réponses « *non je n'arrive pas à atteindre l'orgasme* » « *non, elle n'est pas satisfaite* » (non je ne suis pas satisfait du tout¹⁶).

A l'échelle ESS Mr. Chérif a obtenu un score de 48 qui représente une satisfaction problématique.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique et dans l'ESS, on affirme notre première hypothèse pour ce deuxième cas, à savoir que le sujet présente bien un niveau bas de satisfaction sexuelle.

Cas 5 : Mr. Kamel

En se référant aux résultats de l'entretien clinique, Mr. Chérif ne présente pas de signes d'une faible satisfaction sexuelle, on perçoit cela à travers ses réponses « *oui elle est content* ».

¹⁶ khati oulighara satisfait du tout

Dans l'échelle ESS, Mr. Kamel a obtenu un score de 59 qui représente une satisfaction problématique.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique et dans l'ESS, on remarque une incohérence entre ce que le cas a dit dans l'entretien et le score qu'il obtenu à l'échelle ESS ce qui nous mène à supposer que notre cas développe des mécanismes de défenses sous forme de résistances dans son discours, comme on l'a vu dans la théorie l'homme atteint d'un cancer de la prostate se sent touché dans sa virilité et par conséquent le sentiment de honte altère son discours en parlant de sa vie sexuelle et de sa sexualité.

Hypothèse n°2 : Les complications et les effets indésirables des traitements peuvent affecter la vie sexuelle des hommes mariés atteints du cancer de la prostate.

Cas 1 : Mr. Akli

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien, et d'après la constatation de ses dires « je n'ai plus de fantasmes sexuelle incluant ma femme », « je n'ai pas fait de rapports sexuels depuis 2013)qui est un dysfonctionnement sexuel, qui définit comme : « une diminution ou une absence d'une partie ou de la totalité de la réponse sexuelle en présence d'une stimulation appropriées. »(P.Deneker 1990.p 272). , « Je n'ai plus d'orgasme. » qui peut dire qu'il a une anorgasmie. qui est définit comme »le trouble de l'orgasme est

exprimé en terme d'insuffisance de jouissance, de frustration, d'insatisfaction de la relation sexuelle » (P Deneker, 1990, p 272) Toutes ses complications physiologiques ont des conséquences sur la psyché d'Akli, et altère sa vie sexuelle et ses échanges avec sa partenaire.

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Akli obtient un score supérieur à 30 qui est de 52. Qui est selon les auteurs significatifs d'une satisfaction sexuelle problématique. Et il répondu aux items(6,25) par peu souvent et a l'item(8) par rarement ou jamais, ce qui confirme l'impact négatif des complications de cette atteinte sur sa vie sexuelle et qui peut montrer une dégradation dans la qualité des échanges des rapports sexuels avec sa partenaire.

On confirme donc notre deuxième hypothèse pour ce cas et selon laquelle : Les complications et les effets indésirables des traitements peuvent affecter la vie sexuelle d'Akli.

Cas2: Mr Bachir

D'après les données qu'on put recueillir à travers l'entretien clinique de Bachir, on a constaté que les complications de son atteinte du cancer de la prostate et la prise en charge médicamenteuse sur sa vie sexuelle, a engendré des dysfonctionnements sexuels comme le trouble de l'éjaculation (il n y a plus de sperme), une anorgasmie (je n'ai pas d'orgasme) qui une anorgasmie, qui est définit comme « le trouble de l'orgasme est exprimé en terme d'insuffisance de jouissance, de frustration, d'insatisfaction de la relation sexuelle. »

(P Deneker, 1990, p 272) et il a de rapports sexuels douloureux dans les rares fois où il les a eu « J'ai mal pendant mes rapports sexuels », « ça fait deux ans que je n'ai pas fait l'amour avec ma femme » qui est un dysfonctionnement sexuel, qui définit comme : « une diminution ou une absence d'une partie ou de la totalité de la réponse sexuelle en présence d'une stimulation appropriées. » (P Deneker, 1990, p 272).

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Bachir a obtenu un score supérieur à 30. Qui est de 49. Qui est selon les auteurs significatifs d'une satisfaction sexuelle problématique. Et il a répondu (3.5, 24) par (rarement ou jamais).et aux items(6,25) par (quelque fois) qui est dû aux complications de son atteinte du cancer de la prostate.

On déduit donc que Les complications et les effets indésirables des traitements ont affectés la vie sexuelle de Bachir.

Cas 3 : Mr. Rachid

En se référant aux résultats de l'entretien clinique, Mr Rachid souffre des complications sexuelles liées à son atteinte du cancer de la prostate et les effets indésirables de la prise en charge médicamenteuse sont importantes comme l'anéjaculation ce qui se laisse voir dans les dires du sujet : «*je n'ai pas de sperme* », ainsi que l'absence ou la perte du désir sexuel quand il dit : «*je n'es aucun désir, aucune envie* »

Dans l'ESS, Rachid a obtenu un score de 49 qui représente une satisfaction problématique.

On affirme donc notre deuxième hypothèse pour ce troisième cas, c'est-à-dire que Les complications et les effets indésirables des traitements peuvent affecter la vie sexuelle des hommes mariés atteints du cancer de la prostate.

Cas 4 : Mr. Chérif

A la suite des données récoltées dans l'entretien clinique, on conclut que Chérif subi l'impact des complications sexuelles liées à son atteinte du cancer de la prostate et les effets indésirables de la prise en charge médicamenteuse sont importantes comme le trouble érectile ce qui se laisse voir dans les dires du sujet : « *je suis faible, oui, je prends des comprimés pour renforcer ça* », ainsi que l'absence ou la perte du désir sexuel quand il dit : « *depuis ma maladie ça a beaucoup diminué* », mais aussi d'une anéjaculation exprimée par le sujet comme suivant : « *parfois je me fatigue, et puis y'a rien et je laisse tomber* »

Dans l'ESS, Chérif a obtenu un score de 48 qui représente une satisfaction problématique.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique et dans l'ESS, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce troisième cas, à savoir que Les complications et les effets indésirables des traitements peuvent affecter la vie sexuelle des hommes mariés atteints du cancer de la prostate.

Cas 5 : Mr. Kamel

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi directif de recherche on constate que les complications sexuelles liées à son atteinte du cancer de la prostate et les effets indésirables des traitements qu'elle suscite sont importantes comme l'absence ou la perte du désir sexuel quand il dit : *«je suis pas bien , je suis malade, pas de gout, je me sent forcé»*, mais aussi d'un trouble d'éjaculation exprimée par le sujet comme suivant : « avant bien, mais maintenant c'est très faible ».

Dans l'ESS, Kamel a obtenu un score de 59 qui représente une satisfaction problématique.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique et dans l'ESS, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce troisième cas, à savoir que Les complications et les effets indésirables des traitements peuvent affecter la vie sexuelle des hommes mariés atteints du cancer de la prostate.

Nous constatons alors que, notre deuxième hypothèse, à savoir Les complications et les effets indésirables des traitements peuvent affecter la vie sexuelle des hommes mariés atteints du cancer de la prostate. , est confirmée

Pour l'ensemble de nos cas. Nous passons donc, à la discussion de notre troisième hypothèse : La passivité de la partenaire et l'absence de son soutien

peut retentir négativement sur la vie sexuelle des hommes atteints du cancer de la prostate

Hypothèse n°3 : La passivité de la partenaire et l'absence de son soutien peut retentir négativement sur la vie sexuelle des hommes atteints du cancer de la prostate.

Cas 1 : Mr. Akli

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien et d'après la constatation l'absence quasi totale de sa partenaire sexuellement et émotionnellement, elle est restée passive face à l'atteinte de son mari. Assez souvent, dans les couples confrontés au cancer de prostate, on observe un rapprochement affectif et amoureux, mais aussi une plus grande distance sexuelle et physique. En règle générale, la partenaire de l'homme en difficulté dans sa sexualité, est la plupart du temps positive, mais réservée. Elle sait être spontanément rassurante, mais aura souvent du mal à prendre des initiatives sexuelles, de peur de renforcer la difficulté, surtout si lui se met en position de retranchement et de repli sur soi. (<https://prostanet.com/accompagnement-au-quotidien/la-vie-sexuelle/le-couple-face-au-cancer>).

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Akli obtient un score supérieur à 30 qui est de 52. Qui est selon les auteurs significatifs d'une satisfaction sexuelle problématique. D'après ses réponses aux items (1.3.16), par (peu souvent), il

confirme l'absence de sa partenaire, et l'absence des échanges des rapports avec elle.

On déduit donc que La passivité de la partenaire d'Akli et l'absence de son soutien ont retentis négativement sur sa vie sexuelle.

Cas 2 : Mr. Bachir

D'après les données qu'on put recueillir à travers l'entretien clinique de Bachir, et l'absence de sa partenaire qui est hospitalisée au CHU de Constantine a un effet négatif sur la psyché de Bachir.

Il peut arriver aussi que la partenaire se mette en position de blocage, par exemple en cas de difficultés sexuelles personnelles (trouble du désir, dyspareunie, anorgasmie ...) venant retarder, voir rendre impossible la remise en fonction sexuelle du couple. Cinquante-neuf pour cent des femmes disent arrêter leur sexualité lorsque leur partenaire est atteint de cancer de prostate.

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Bachir a obtenu un score supérieur à 30. Qui est de 49. Qui est selon les auteurs significatifs d'une satisfaction sexuelle problématique. ses réponses aux items (3,13,14,24) par (rarement ou jamais) qui nous semble être due à l'absence de sa partenaire qui affecte leur vie sexuelle.

On confirme donc notre troisième hypothèse pour ce cas, c'est-à-dire

que .La passivité de la partenaire et l'absence de son soutien a retenti négativement sur la vie sexuelle de Bachir.

Cas 3 : Mr. Rachid

D'après les données qu'on put recueillir à travers l'entretien clinique de Rachid on conclut que notre cas est belle et bien affecté par l'attitude que prend sa femme à l'égard de leur échanges sexuels et leur sexualité en générale, et on perçoit cela à travers son discours : « *elle ne s'intéresse plus, au contraire elle est contente* » ce qui affecte fortement ses capacités à récupérer sa fonction sexuelle normale.

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Rachid a obtenu un score supérieur à 30. Qui est de 49. Qui est selon les auteurs significatifs d'une satisfaction sexuelle problématique. ses réponses aux items (3,13,14,24) par (rarement ou jamais)qui nous semble être du à l'absence sa partenaire qui affecte leur vie sexuelle.

On déduit donc que La passivité de la partenaire et l'absence de son soutien a retenti négativement sur la vie sexuelle de notre cas.

Cas 4 : Mr. Chérif

D'après les données qu'on put recueillir à travers l'entretien clinique de chérif, la partenaire peut aussi jouer un rôle inadéquat et se mette en position

de blocage, par exemple en cas de difficultés sexuelles personnelles (trouble du désir, dyspareunie, anorgasmie ...) venant retarder, voir rendre impossible la remise en fonction sexuelle du couple . Cinquante-neuf pour cent des femmes disent arrêter leur sexualité lorsque leur partenaire est atteint de cancer de prostate. (<https://prostanet.com/accompagnement-au-quotidien/vivre-avec-une-personne-atteinte/>).

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, chérif a obtenu un score supérieur à 30. Qui est de 48. Qui est selon les auteurs significatifs d'une satisfaction sexuelle problématique. ses réponses aux items (3,13,14,24) par (rarement ou jamais)qui nous semble être du à l'absence sa partenaire qui affecte leur vie sexuelle.

On déduit donc que La passivité de la partenaire et l'absence de son soutien a retenti négativement sur la vie sexuelle de chérif.

Cas 5 : Mr. Kamel

A la suite des données récoltées dans l'entretien clinique, on conclut que Kamel.

On conclut que le rôle joué par son épouse est plutôt du maternage, ce qui inhibe toute envie et activité sexuelle au sein du couple, ce qui affecte négativement la vie sexuelle de notre cas.

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Kamel a obtenu un score supérieur à 30. Qui est de 59. Qui est selon les auteurs significatifs d'une satisfaction sexuelle problématique. ses réponses aux items (3,13,14,) par (quelques fois) et à l'item (24) par (assez souvent) qui nous semble être due à l'absence de sa partenaire ou à sa passivité qui affecte leur vie sexuelle.

A partir de nos résultats dans l'entretien clinique et de l'ESS, on confirme notre troisième hypothèse pour ce cas, c'est-à-dire que la passivité et l'absence du soutien de la partenaire affecte la vie sexuelle du sujet.

Nous concluons donc que notre troisième hypothèse a été confirmée pour

L'ensemble de nos sujets de recherche.

Dans ce qui suit, nous allons présenter des tableaux et des figures Récapitulatifs des résultats de l'outil psychométrique utilisé et discuter notre hypothèse générale : Le cancer de la prostate affecte la qualité de vie sexuelle chez les hommes mariés.

Hypothèse générale : Le cancer de la prostate affecte la qualité de vie sexuelle chez les hommes mariés.

Tableau N°7 : Tableau récapitulatif de l'ESS.

prénom	akli	Bachir	Rachid	chérif	kamel
Score	50	49	49	48	59
total					

Cas1 : Mr. Akli

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien, et d'après la constatation de ses dires (je n'ai plus de fantasmes sexuelle incluant ma femme), (je n'ai pas fait de rapports sexuels depuis 2013), (je n'ai plus d'orgasme.). Toutes ses modifications physiologiques ont des conséquences sur la psyché de notre cas, et altère sa vie sexuelle et ses échanges avec sa partenaire.

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Mr akli obtient un score supérieur à 30 qui est de 52 qui est selon les auteurs significatif d'une satisfaction sexuelle problématique.

On déduit donc que Mr akli à un niveau de satisfaction sexuelle très détérioré qui a été aggravé par une dépression essentielle, et l'absence quasi totale de sa femme.

Cas2 : Mr. Bachir

D'après les données qu'on peut recueillir à travers l'entretien, on peut constater que le cancer de la prostate peut avoir un éventuel impact négatif sur la vie sexuelle de Mr Bachir. Car il n'a plus d'éjaculation « il n'y a plus de

sperme », il a une anorgasmie « je n'ai pas d'orgasme » et il a de rapports sexuels douloureux dans les rares fois où il les a eu « J'ai mal pendant mes rapports sexuels », « ça fait deux ans que je n'ai pas fait l'amour avec ma femme ».

Dans le questionnaire de l'échelle ESS, Mr Bachir a obtenu un score supérieur à 30. Qui est de 49, qui est selon les auteurs significatif d'une satisfaction sexuelle problématique. On déduit donc que Mr Bachir à un niveau très bas de satisfaction sexuelle.

Cas 3 : Mr. Rachid

A travers les résultats de l'entretien de recherche, on a pu constater que Mr. Rachid est affecté sur le plan sexuel par son cancer de la prostate.

On a pu constater qu'il manifeste une baisse importante du désir envers sa partenaire, et une fréquence très faible de fantaisie sexuelle incluant sa femme, encore une incapacité à obtenir et maintenir une érection pendant un rapport sexuel, ainsi qu'un trouble d'éjaculation caractérisé par l'absence presque totale du sperme.

Dans l'ESS il a eu un score de 49 ce qui significatif d'une satisfaction sexuelle problématique.

on confirme donc notre hypothèse pour Mr Rachid présente plusieurs indices d'un impact négatif du cancer de la prostate sur la qualité de vie sexuelle chez lui, à savoir le manque de désir, trouble d'éjaculation et le trouble de l'érection.

Cas 4: Mr. Chérif

D'après les données récoltées dans l'entretien de recherche, l'ESS Mr. Chérif présente des signes qui montrent que sa sexualité est affectée par son cancer de la prostate, au premier degré on a constaté son trouble érectile caractérisé par une absence d'érection ce qui a mené notre cas à prendre des médicaments pour renforcer son érection.

On a aussi constaté chez lui une baisse du désir, et une difficulté à éjaculer à cause du sentiment de fatigue, ainsi qu'une incapacité à atteindre l'orgasme.

Nous concluons que le cancer de la prostate de notre cas affecte sa qualité de vie sexuelle.

Cas 5 : Mr. Kamel

En nous référant, aux résultats de l'entretien de recherche, à l'ESS la qualité de vie sexuelle de Mr. Kamel est affectée par son cancer de la prostate, c'est ce qu'on a conclu à partir de son discours et du score global élevé de l'échelle de satisfaction sexuelle.

Conclusion :

Comme on l'a vu dans la partie théorique, la sexualité est une composante importante dans la vie de l'être humain qui peut être source de bien être comme elle peut susciter des angoisses, cette dimension psychologique, psychanalytique est manifestée par les satisfactions, ainsi que par les insatisfactions liées aux dysfonctionnements sexuels causés par la maladie cancéreuse (le cancer de la prostate).

Cela s'est concrétisé à travers les résultats auxquels nous arrivés dans l'ensemble de nos cas.

Tous nos cas présentent un niveau de satisfaction sexuelle bas et

Et souffrent de l'impact négatif des complications de leur cancer et ses traitements sur leur sexualité.

Nous avons aussi constaté que nos cas souffrent sexuellement et psychologiquement de la passivité et de l'absence de soutien de leurs partenaires.

Et ils manifestent ainsi un impact négatif de leur cancer de la prostate sur la qualité de vie sexuelle chez eux ce qui s'est laissé voir à travers les dysfonctionnements sexuels dont ils souffraient comme l'absence ou la perte du désir, les troubles de l'érection, ainsi les troubles d'éjaculation et d'anorgasmie.

Pour Mr. Kamel et Mr. Chérif et Mr. Akli et Mr. Bachir ils avaient le point commun de réagir à l'annonce de leur maladie par un déni de la réalité, le mécanisme du « déni » permet au sujet de se défendre contre l'angoisse que suscite le réel de la mort et lui donne le temps d'apprivoiser la réalité.(M Mikolajczak.2013.pp 244-246).

On a pu constater qu'à part Mr. Bachir qui déclare qu'il a beaucoup de fantaisies sexuelles, le reste des cas manifeste une pauvreté fantasmatique qui est une des caractéristiques des malades psychosomatiques.

On a constaté un seul cas de désorganisation progressive qui est Mr. Akli qui dit qu'il souffre de plusieurs maladies chroniques (HTA, diabète, maladie néphrologique), ainsi qu'un état de dépression essentielle.

Au moment où Mr. Rachid a laissé manifester de la « peur » qui selon ses dires on constate qu'il était plutôt dans la « négation » consciente de la réalité avant de finir par apprivoiser cette réalité.(M Mikolajczak.2013.pp 244-246).

Comme on l'a déjà vu, on constate que l'ensemble de nos cas manifeste une mauvaise qualité de vie sexuelle suite aux dysfonctions sexuelles dont ils souffrent, c'est ce qu'on a pu mesurer à partir de leur niveau de satisfaction sexuelle bas conséquence de leur cancer de la prostate.

Conclusion générale :

Dans la population globale, le nombre d'hommes atteints d'un cancer de la prostate est en constante augmentation. De ce fait, cette maladie affecte l'homme ainsi que son entourage le plus proche, parmi les sphères les plus touchées par cette maladie on a constaté la santé sexuelle suite à l'impact de ce cancer sur les composantes de la sexualité à savoir le désir, l'excitation, l'érection, l'éjaculation ainsi que l'orgasme.

Dans notre société l'homme atteint d'un cancer de la prostate reste malheureusement dans l'ombre qu'impose le tabou de parler et d'en parler de sa sexualité ce qui laisse le sujet malade se soumettre totalement à cette réalité socio-culturelle.

Apprendre qu'il est atteint d'un cancer de la prostate constitue pour l'homme une réelle blessure narcissique qui cristallise une perte de virilité et de fertilité, ainsi qu'une incapacité à séduire comme avant, la perte de l'impulsivité masculine causée par les traitements hormonaux constitue pour le malade une perte de la toute-puissance d'avant la maladie.

Plus particulièrement le cancer de la prostate affecte à un degré très élevé la qualité de vie sexuelle et la satisfaction sexuelle chez ses hommes malades.

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche qui sont : l'existence d'un éventuel impact du cancer de la prostate sur la qualité de vie sexuelle chez les hommes mariés, ainsi que Les complications et les effets indésirables des

traitements peuvent affecter la vie sexuelle des hommes mariés atteints du cancer de la prostate, et que : La passivité de la partenaire et l'absence de son soutien peut retentir négativement sur la vie sexuelle des hommes atteints du cancer de la prostate

Ainsi le niveau bas de satisfaction sexuelle globale chez les mêmes sujets, nous avons eu recours à l'entretien clinique de recherche semi-directif, et à l'échelle ESS.

Ces outils de recherche ont été appliqué pour les cinq cas de notre recherche, dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Après la collecte et l'analyse des données, nous avons relevé des manifestations d'insatisfaction sexuelle et d'un impact négatif du cancer de la prostate sur la qualité de vie sexuelle chez les cinq sujets de notre recherche, pour lesquels on a confirmé notre première hypothèse selon laquelle le niveau de satisfaction sexuelle globale chez les hommes mariés atteints d'un cancer de la prostate est

Bas et qui ont obtenu des scores élevés supérieurs à 30 ce qui signifie une satisfaction problématique.

Pour notre deuxième hypothèse, selon laquelle Les complications et les effets indésirables des traitements peuvent affecter la vie sexuelle des hommes mariés atteints du cancer de la prostate, nous l'avons confirmé à travers les

difficultés physiques évoqués par nos cas et aussi des dysfonctions sexuelles dont ils souffrent suite à la maladie et ses traitements lourds.

Notre troisième hypothèse selon laquelle : La passivité de la partenaire et l'absence de son soutien peut retentir négativement sur la vie sexuelle des hommes atteints du cancer de la prostate, on l'a confirmé à travers les dires des sujets de recherche pendant l'entretien et dans leurs réponse aux item de l'échelle de satisfaction sexuelle grâce auxquels on a constaté le rôle inadéquat de chaque épouse.

Et pour notre hypothèse générale selon laquelle : Le cancer de la prostate affecte la qualité de vie sexuelle des hommes mariés atteints d'un cancer de la prostate, nous l'avons confirmé avec l'ensemble des cas qui ont manifesté des signes d'une souffrance au niveau de leur sexualité.

Dès lors, on constate que le cancer de la prostate affecte la qualité de vie sexuelle des hommes mariés, du fait des troubles sexuels.

Nous souhaitons qu'à partir de ce travail, nous avons pu mettre en lumière l'impact du cancer de la prostate sur la qualité de vie sexuelle des hommes mariés.

Cependant, c'est une étude de cas qu'on a effectuée dans une seule institution, les résultats que nous avons obtenus ne peuvent pas être généralisés.

Nous devons rester très modestes car, il se peut qu'il y'ait des choses qui nous ont échappées.

Le sujet de la sexualité en général reste sensible dans notre société, et en particulier la sexualité chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate qui est un sujet qui mérite d'être étudié et d'être mis en avant afin de bien cerner le fonctionnement psychique chez cette catégorie de malades.

C'est pour cela que nous allons présenter quelques thématiques que nous estimons nécessaires à étudier ultérieurement :

Le retentissement du cancer de la prostate sur la vie conjugale, le devenir psychologique des hommes mariés atteints d'un cancer de la prostate.

Liste bibliographique

Ouvrage :

1-Alby, J M & Ferrari, M (1995). *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris : Masson

2-Blanchet, A & Gotman, A (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien(2)*. Paris : Armand Colin.

3-chahraoui kh & Benony B (2003)*méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris : Dunod.

4-Claza, N & Cantant (2002). *Vivre et comprendre le symptôme psychosomatique*. Paris : Ellipses.

5-Colson, M H & Lechevallier, E (2012). *Sexualité et cancer de la prostate*. France : Masson.

6-Deneker, P, Lemperiere, TH & Guyotat, J (1990). *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris : Masson.

7-Guelfi, J D & Crocq, M A (2005). *Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux*. Normandie : Masson.

8-Jean-Louis Pardinielli, Lydia Fernandez. (2005).*L'observation clinique et l'étude de cas*.paris. Armand Colin

9-Laplanche, J & Pontalis J B (1997).*Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF

10-Loriot Y & Mordant, P (2011). *Cancérologie*. Paris : Masson.

11-Morel, C (1995). *ABC de la psychologie et de la psychanalyse* Paris : Grancher.

12-Mikolajczak, M (2013). *Les interventions en psychologie de la santé* Paris : Dunod.

13-Serban Ionescu et Silke Schauder. (2012).*L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*. Dunod, Paris

14-Stora, J B (2013). *La nouvelle approche psychosomatique-9 cas cliniques* Paris : MJW

15- Thibaut, F (2016). *Trouble des conduites sexuelles diagnostic et traitement*. EMC-Psychiatrie. France : Masson.

Articles

16-Robert Courtois, *Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches*. Annales MédicoPsychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 1998, 156, pp.613-620.

17-Bardon & Chartier-kastler(2006). prog.urol. 324-325

18- Claude, F(1988). À propos de l'école de Paris :*quelques repères pour la consultation psychosomatique*. Volume 13, numéro. Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, juin. 18-33

19-Dejours, C(1997). *Le « choix de l'organe » en psychosomatique : une question périmée ?* In: *Psychologie clinique et projective*, vol. 3. Psychosomatique. 3-18

20-Agag, F (2012). *Épidémiologie des cancers* CHU d'Oran.

21- Maquelin, G. *intimité, affectivité, sexualité et handicap* Domaine de santé, centre de sierre.France.16

22- Phaneuf, M inf (2005). PhD. *Cancer, mécanismes d'adaptation et de défense et interventions infirmières*. Université d'Évora & l'École Universitaire Bissaya-Baretto, Coimbra, Portugal.

23-*la ligue nationale contre le cancer de la prostate*(2009). Paris. 4-5

24-*Revue médicale française* (2013). *Le cancer de la prostate du diagnostic au traitement*. 224.20-22

25-*Revue française de psychanalyse*, (1966) N : 5- 6.

26-S Droupy et F Colson. *Sexualité et cancer de la prostate. Progrès en urologie*. Masson. France. 2013.698

27-Société canadienne du cancer.p15

Thèses et mémoires

28- Bassaid, I (2014). *cancer de la prostate localement avancé*(thèse pour un doctorat en médecine. Université Tlemcen.

29-Belabed, Z & Bouamama, A (2015).*cancer de la prostate (étude épidémiologique) (mémoire de master en sciences biologiques)*.Université mentouri. Constantine. Algérie.

30- delongchamps, N B (2013)*mécanismes de progression des carcinomes de la prostate et recherche de nouveaux facteurs pronostiques*(thèse de doctorat « cancérologie »). université de paris8.

31-virginie Fréchette, V (2011).*Etude des déterminants conjugaux et sexuels du désir sexuel dyadique chez adultes en relation de couple* (Thèse de doctorat en psychologie). Université du Québec. Canada.

Dictionnaires

32- Doron, R. *dictionnaire de la psychologie*. PUF. Paris

33- Méd.-psychol.1998. n9.15

34-Sillamy, N (1991). *Dictionnaire de la psychologie.larousse*. Paris.

35- Strang, S. (2006) *Larousse médical*.

36- Quevauvilliers, J & Somogyi, A(2008). *Dictionnaire médical de poche*. Masson. France

Sites internet

36-Www. Santé -médecine.com

37www.centre-europeen-prostate-paris.com .

38-société canadienne du cancer. www.cancer.ca/fr-ca/region=qc

Guide d'entretien

Information générale sur le sujet :

- 1) Quel âge avez-vous ? et quel est l'âge de votre épouse ?
- 2) depuis combien de temps êtes-vous mariés ?
- 3) Avez-vous des enfants ? si oui combien ?
- 4) Quel est votre niveau d'instruction ?
- 5) Quelle est votre profession ?

Axe 1 : informations sur la santé antérieure et actuelle du sujet :

- 6) Depuis quand êtes-vous diagnostiqué de cette maladie ?
- 7) Qu'avez-vous ressenti lors de l'annonce du diagnostic?
- 8) Quelles sont les difficultés physiologiques que cette maladie a généré en vous ?
- 9) Pouvez-vous nous décrire vos douleurs physiques depuis l'apparition de cette maladie ?
- 10) De combien se compose l'équipe médicale qui vous prend en charge?
- 11) Quels sont les traitements médicaux que vous avez subi ?
- 12) Quel sont les bienfaits et les méfaits de ce traitement ?

Axe 2 : informations sur la qualité de vie sexuelle :

- 13) Comment est-elle était votre vie sexuelle avant l'apparition de la maladie ?
- 14) Comment cette maladie affecte-t-elle votre sexualité ?
- 15) Combien de rapport sexuel avez-vous par semaines avant et après la maladie ?
- 16) Le désir à l'égard de votre femme a-t-il changé avant et après la maladie ? si oui comment ?
- 17) Votre femme s'est-elle plainte d'un certain changement depuis que vous êtes malade ?
- 18) Avez-vous des fantasmes sexuelles (pensées et images) incluant votre femme ? à quelles fréquences ?
- 19) Obtenez-vous la même érection qu'avant la maladie au court d'une activité sexuelle? Comment cette maladie vous a-t-elle affecté sur ce plan?
- 20) A quelle fréquence avez-vous pu obtenir une érection au court d'une activité sexuelle ?

- 21) Combien de fois étiez-vous capable d'obtenir une érection assez rigide avant et pendant la pénétration ?
- 22) Prenez-vous un médicament spécifique pour renforcer votre érection ?
- 23) vos stimulations et vos rapports sexuels suivent ils toujours d'une éjaculation?
- 24) Ressentez-vous une douleur lors de votre éjaculation ? comment vivez-vous cela ?
- 25) Organisez-vous à effectuer vos rapport sexuels dans des positions ou la douleur est moins intense ? cela vous aide-t-il ?
- 26) Réussi vous à atteindre l'orgasme ?
- 27) Pensez-vous que votre partenaire prend-elle du plaisir lors de vos rapports sexuels ?
- 28) êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle globale ?si oui à quel point ?
- 29) Votre épouse est-elle satisfaite de vie sexuelle globale ?
- 30) Avez autre chose à rajouter ?

Echelle de satisfaction sexuelle

Ce questionnaire a pour but de mesurer le degré de satisfaction que vous retirez de vos relations sexuelles avec votre partenaire. Il ne s'agit pas d'un test ; il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses. Répondez à chaque item avec le plus d'attention et de précision possible, en encerclant l'un des chiffres suivants;

1=rarement ou jamais 2= Peu souvent 3= Quelques fois 4= Assez souvent
5= La plupart du temps

	1	2	3	4	5
1. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire apprécie notre vie, sexuelle					
2. Ma vie sexuelle est passionnante.					
3. Les relations sexuelles sont plaisantes, pour mon {ma) partenaire et moi					
4. C'est devenu une contrainte d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire					
5. je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante.					
6. ma vie sexuelle est monotone.					
7. nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées.					
8. je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité.					
9. mon (ma) partenaire est très excitant (e) sexuellement.					
10. j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise.					
11. je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuel					
12. je trouve que la sexualité, c'est merveilleux.					
13. mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité.					
14. j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire.					
15. mon (ma) partenaire est trop brusque ou brutal (e) lors de nos relations sexuelles					
16. mon (ma) partenaire est un (e) compagnon (e) sexuel (e) merveilleux (se).					
17. je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation.					
18. mon (ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire.					
19. je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation.					
20. mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi.					
21. il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire.					
22. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi					
23. mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins sexuels.					
24. mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement.					
25. je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante					

Résultats de Mr Akli obtenue dans l'ESS:

	1	2	3	4	5
1. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire apprécie notre vie, sexuelle		×			
2. Ma vie sexuelle est passionnante.					×
3. Les relations sexuelles sont plaisantes, pour mon {ma) partenaire et moi		×			
4. C'est devenu une contée d'avmrunc relation sexuelle avec mon (ma) partenaire	×				
5. je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante.				×	
6. ma vie sexuelle est monotone.		×			
7. nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées.	×				
8. je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité.	×				
9. mon (ma) partenaire est très excitant (e) sexuellement.			×		
10. j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise.				×	
11. je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuel		×			
12. je trouve que la sexualité, c'est merveilleux.				×	
13. mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité.		×			
14. j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire.	×				
15. mon (ma) partenaire est trop brusque ou brutal (e) lors de nos relations sexuelles	×				
16. mon (ma) partenaire est un (e) compagnon (e) sexuel (e) merveilleux (se).		×			
17. je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation.				×	
18. mon (ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire.	×				
19. je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation.	×				
20. mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi.			×		
21. il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire.				×	
22. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi				×	
23. mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins sexuels.			×		
24. mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement.	×				
25. je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante		×			

Résultats de Mr Bachir obtenus dans l'ESS

	1	2	3	4	5
1. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire apprécie notre vie, sexuelle				×	
2. Ma vie sexuelle est passionnante.				×	
3. Les relations sexuelles sont plaisantes, pour mon {ma) partenaire et moi	×				
4. C'est devenu une contrainte d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire		×			
5. je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante.	×				
6. ma vie sexuelle est monotone.			×		
7. nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées.				×	
8. je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité.			×		
9. mon (ma) partenaire est très excitant (e) sexuellement.				×	
10. j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise.			×		
11. je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuel		×			
12. je trouve que la sexualité, c'est merveilleux.					×
13. mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité.			×		
14. j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire.	×				
15. mon (ma) partenaire est trop brusque ou brutal (e) lors de nos relations sexuelles	×				
16. mon (ma) partenaire est un (e) compagnon (e) sexuel (e) merveilleux (se).			×		
17. je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation.				×	
18. mon (ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire.				×	
19. je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation.			×		
20. mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi.		×			
21. il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire.				×	
22. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi				×	
23. mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins sexuels.			×		
24. mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement.	×				
25. je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante			×		

Résultats de Mr Rachid obtenus dans l'ESS

	1	2	3	4	5
1. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire apprécie notre vie, sexuelle		×			
2. Ma vie sexuelle est passionnante.			×		
3. Les relations sexuelles sont plaisantes, pour mon {ma) partenaire et moi		×			
4. C'est devenu une contée d'avmrunc relation sexuelle avec mon (ma) partenaire		×			
5. je trouve que la sexualité est sale et dégoutante.	×				
6. ma vie sexuelle est monotone.			×		
7. nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées.	×				
8. je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité.				×	
9. mon (ma) partenaire est très excitant (e) sexuellement.	×				
10. j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise.			×		
11. je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuel	×				
12. je trouve que la sexualité, c'est merveilleux.					×
13. mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité.	×				
14. j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire.	×				
15. mon (ma) partenaire est trop brusque ou brutal (e) lors de nos relations sexuelles	×				
16. mon (ma) partenaire est un (e) compagnon (e) sexuel (e) merveilleux (se).					×
17. je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation.					×
18. mon (ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire.			×		
19. je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation.					×
20. mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi.	×				
21. il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire.			×		
22. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi			×		
23. mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins sexuels.			×		
24. mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement.	×				
25. je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante			×		

Résultat de Mr. Chérif obtenu dans l'ESS

	1	2	3	4	5
1. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire apprécie notre vie, sexuelle	×				
2. Ma vie sexuelle est passionnante.	×				
3. Les relations sexuelles sont plaisantes, pour mon {ma) partenaire et moi	×				
4. C'est devenu une contée d'avmrunc relation sexuelle avec mon (ma) partenaire					×
5. je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante.				×	
6. ma vie sexuelle est monotone.				×	
7. nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées.				×	
8. je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité.					×
9. mon (ma) partenaire est très excitant (e) sexuellement.	×				
10. j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise.	×				
11. je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuel		×			
12. je trouve que la sexualité, c'est merveilleux.					×
13. mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité.				×	
14. j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire.					×
15. mon (ma) partenaire est trop brusque ou brutal (e) lors de nos relations sexuelles	×				
16. mon (ma) partenaire est un (e) compagnon (e) sexuel (e) merveilleux (se).		×			
17. je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation.					×
18. mon (ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire.	×				
19. je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation.					×
20. mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi.	×				
21. il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire.		×			
22. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi	×				
23. mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins sexuels.	×				
24. mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement.		×			
25. je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante					×

Résultat de Mr. Kamel obtenu dans l'ESS

	1	2	3	4	5
1. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire apprécie notre vie, sexuelle				×	
2. Ma vie sexuelle est passionnante.	×				
3. Les relations sexuelles sont plaisantes, pour mon {ma) partenaire et moi			×		
4. C'est devenu une contrainte d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire		×			
5. je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante.	×				
6. ma vie sexuelle est monotone.	×				
7. nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées.			×		
8. je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité.				×	
9. mon (ma) partenaire est très excitant (e) sexuellement.			×		
10. j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise.	×				
11. je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuel		×			
12. je trouve que la sexualité, c'est merveilleux.			×		
13. mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité.			×		
14. j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire.			×		
15. mon (ma) partenaire est trop brusque ou brutal (e) lors de nos relations sexuelles	×				
16. mon (ma) partenaire est un (e) compagnon (e) sexuel (e) merveilleux (se).			×		
17. je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation.			×		
18. mon (ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire.				×	
19. je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation.			×		
20. mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi.				×	
21. il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire.				×	
22. j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi		×			
23. mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins sexuels.			×		
24. mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement.				×	
25. je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante			×		

Résumé

Cette recherche porte sur l'impact du cancer de la prostate sur la qualité de sexuelle chez les hommes mariés. Nous avons réalisé notre étude dans le service d'oncologie à l'hôpital d'amizour de la wilaya de Bejaia. Notre objectif principal à travers cette recherche, est de décrire et d'expliquer la la qualité de vie sexuelle chez ces hommes mariés, en investissant un indicateur clinique de la qualité de vie sexuelle qui est la satisfaction sexuelle.

Nous nous sommes alors interrogées sur le niveau de satisfaction sexuelle globale et l'impact du cancer de la prostate sur la qualité de vie sexuelle.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons utilisé un entretien clinique semi-directif, l'échelle de satisfaction sexuelle (ESS).

Cette étude a révélé la présence d'un impact grave du cancer de la prostate sur la qualité de vie sexuelle chez l'ensemble de nos cas. A travers lesquels on a constaté un niveau de satisfaction sexuelle très bas.

d'un point de vue psychosomatique a constaté que Mr. Akli est dans la désorganisation progressive, ainsi que l'ensemble de nos à l'exception de

Mr. Bachir ont manifesté une éventuelle présence d'une pauvreté fantasmatique.

Mots clés : *prostate, cancer de la prostate, satisfaction sexuelle, qualité de vie sexuelle.*

Keywords : *prostate, Prostate cancer, sexual satisfaction, sexual quality of life*

Ouvrage :

1-Alby, J M & Ferrari, M (1995). *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris : Masson

2-Blanchet, A & Gotman, A (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien(2)*. Paris : Armand Colin.

3-chahraoui kh & Benony B (2003) *méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris : Dunod.

4-Claza, N & Cantant (2002). *Vivre et comprendre le symptôme psychosomatique*. Paris : Ellipses.

5-Colson, M H & Lechevallier, E (2012). *Sexualité et cancer de la prostate*. France : Masson.

6-Deneker, P, Lemperiere, TH & Guyotat, J (1990). *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris : Masson.

7-Guelfi, J D & Crocq, M A (2005). *Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux*. Normandie : Masson.

8-Jean-Louis Pedinielli, Lydia Fernandez. (2005) *L'observation clinique et l'étude de cas*. paris. Armand Colin

9-Laplanche, J & Pontalis J B (1997). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF

10-Loriot Y & Mordant, P (2011). *Cancérologie*. Paris : Masson.

11-Morel, C (1995). *ABC de la psychologie et de la psychanalyse*. Paris : Grancher.

12-Mikolajczak, M (2013). *Les interventions en psychologie de la santé* Paris : Dunod.

13-Serban Ionescu et Silke Schauder. (2012) *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*. Dunod, Paris

14-Stora, J B (2013). *La nouvelle approche psychosomatique-9 cas cliniques*. Paris : MJW

15- Thibaut, F (2016). *Trouble des conduites sexuelles diagnostic et traitement*. EMC-Psychiatrie. France : Masson.

Articles

16-Bardon & Chartier-kastler(2006). prog.urol. 324-325

17- Claude, F(1988). *À propos de l'école de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique*. Volume 13, numéro. Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, juin. 18-33

18-Dejours, C(1997). *Le « choix de l'organe » en psychosomatique : une question périmée ?* In: *Psychologie clinique et projective*, vol. 3. Psychosomatique. 3-18

19-Agag, F (2012). *Épidémiologie des cancers CHU d'Oran*

20- Maquelin, G. *intimité, affectivité, sexualité et handicap*. Domaine de santé, centre de sierre.France.16

21- Phaneuf, M inf (2005). PhD. *Cancer, mécanismes d'adaptation et de défense et interventions infirmières*. Université d'Évora & l'École Universitaire Bissaya-Baretto, Coimbra, Portugal.

22-la ligue nationale contre le cancer de la prostate (2009). Paris. 4-5

23-Revue médicale française (2013). *Le cancer de la prostate du diagnostic au traitement*. 224.20-22

24-Revue française de psychanalyse (1966) N : 5- 6.

25-S Droupy et F Colson. *Sexualité et cancer de la prostate. Progrès en urologie*. Masson. France. 2013.698

26-Société canadienne du cancer.p15

Thèses et mémoires

27- Bassaid, I (2014). *cancer de la prostate localement avancé*(thèse pour un doctorat en médecine. Université Tlemcen.

28-Belabed, Z & Bouamama, A (2015).*cancer de la prostate (étude épidémiologique)* (mémoire de master en sciences biologiques). Université mentouri. Constantine. Algérie.

29- delongchamps, N B (2013)*mécanismes de progression des carcinomes de la prostate et recherche de nouveaux facteurs pronostiques*(thèse de doctorat « cancérologie »). université de paris8.

30-virginie Fréchette, V (2011).*Etude des déterminants conjugaux et sexuels du désir sexuel dyadique chez adultes en relation de couple* (Thèse de doctorat en psychologie). Université du Québec. Canada.

Dictionnaires

31- Doron, R. *dictionnaire de la psychologie*. PUF. Paris

32- Méd.-psychol.1998. n9.15

33-Sillamy, N (1991). *Dictionnaire de la psychologie.larousse*. Paris.

34- Strang, S. (2006) *Larousse médical*.

35- Quevauvilliers, J & Somogyi, A(2008).*Dictionnaire médical de poche*. Masson. France

Sites internet

36-Www. Santé -médecine.com

37www.centre-europeen-prostate-paris.com .

38- www.cancer.ca/fr-ca/region=qc

39-(<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse.htm>)

40-(<https://www.urofrance.org/nc/science-et.../sexualite-et-cancer-de-la-prostate.html>)