



THÈSE

En vue de l'obtention du **DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE**

Délivré par l'Université Toulouse 2 - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par
Gaëlle BONGEOT

Le 1 décembre 2021

**Impact des traitements anticancéreux sur la féminité et sur la
qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein**

Ecole doctorale : **CLESCO - Comportement, Langage, Education, Socialisation,
Cognition**

Spécialité : **Psychologie**

Unité de recherche :

**CERPPS -Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et
Psychologie de la Santé**

Thèse dirigée par
Florence SORDES

Jury

Mme Florence COUSSON-GELIE, Rapporteuse

M. Themis APOSTOLIDIS, Rapporteur

Mme Claudine MÉLAN, Examinatrice

Mme Florence SORDES, Directrice de thèse



Université Toulouse -Jean Jaurès

Laboratoire CERPPS

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ
Psychopathologie

**Impact des traitements anticancéreux sur la féminité et sur la qualité de vie
des patientes atteintes d'un cancer du sein.**

Gaëlle BONGEOT

Présentée et
soutenue
publiquement
Le 01 décembre 2021

Directrice de recherche

Florence SORDES Maître de conférences, H.D.R

JURY

Florence COUSSON-GELIE	Professeur des universités
Thémis APOSTOLIDIS	Professeur des universités
Claudine MELAN	Professeur des universités

Remerciements

En premier lieu, je remercie ma directrice de thèse, Florence, qui m’a accompagné tout au long de ce chemin tortueux. Merci de m’avoir donné l’opportunité de faire une thèse alors que nous ne nous connaissions pas avant ma première année de doctorat.

Je remercie le professeur Florence Cousson-Gélie et le professeur Themis Apostolidis qui me font l’honneur d’évaluer ce travail. Je remercie également le professeur Claudine Mélan, qui me fait l’honneur de faire partie de ce jury.

Je remercie les anciens et actuels membres du laboratoire : Raquel, Laurie, Marion, Clément, Pascaline, Cécile, Fanny, Clara pour leur présence, leurs conseils et leurs encouragements.

Je remercie particulièrement Elodie, Sarah et Patrick pour leurs aides qui m’ont été précieuses. À votre disponibilité à toute épreuve, votre bienveillance et votre soutien. Merci.

Alice tu es la première doctorante que j’ai rencontrée au laboratoire. Tu étais là pour me faire visiter les locaux et me montrer notre bureau. Tu étais là pour me remonter le bureau une deuxième fois, car je ne savais (déjà) plus où il se trouvait... Tu étais là pour me dire comment récupérer un badge, pour me rassurer, pour m’encourager, m’offrir des chocolats... Alice, de tout mon cœur, merci. Merci pour tes relectures à n’en plus finir, ton soutien jour et nuit, nos moments partagés en dehors du laboratoire... À ta bienveillance, à ta gentillesse et à ta générosité. Merci.

À mes anciens colocataires et aux amis proches. Le moment le plus dur de cette thèse est arrivé : essayer de tous vous nommer sans en oublier aucun : Ben, Seb, Jeanne, Cycy, Marie, Alice, Antoine, Lionel, Elise (X2), héra, Margot, Aurélien, Tara, Pédro, Wiwi, Eloïse, Marlène, Sophie, PA, Denis, Poupou, Vic, Ayoub, Arnaud, Charly, Djema, Gana, Naf et Diane. Vous

mériteriez chacun un paragraphe, car ma vie à Toulouse n'aurait jamais été la même sans vous. À la place je ne dirais que ceci : peu importe où la vie nous mènera, merci. Merci pour votre amour, votre bienveillance, votre joie de vivre et vos valeurs. Une des plus grandes joies de cette thèse a été de vous connaître. Rien que pour ça j'en referai une s'il le fallait (mais ça me va aussi d'arrêter là). Ne changez rien. Sauf le monde. Je vous aime.

Mention spéciale pour Naf, Diane et Gana. Je vous aime de tout mon cœur et je vous remercie pour votre présence sans faille. Vous êtes incroyables.

Difficile de ne pas parler de Timo, Matt et Sian lorsque je parle des personnes exceptionnelles vivant à Toulouse... À votre folie, votre créativité, vos valeurs et vos engagements qui font que je vous aime tant. Merci d'avoir été là.

Enfin, je remercie plus particulièrement Cécile : Au départ collègue de travail, puis très rapidement une vraie amie. Merci... Pour tout. Ta bienveillance, tes attentions, ta confiance, ton écoute, tes mots rassurants, nos rires, nos soirées, nos voyages, nos aventures, nos discussions. Merci pour la vie que j'aime sincèrement partager avec toi et que je trouve belle à tes côtés.

De manière générale, je remercie mes amis d'ailleurs pour qui ma thèse aura duré 10 ans, car « ça fait au moins 10 ans que tu en parles, tu ne l'as toujours pas fini ? ». Merci pour votre patience ! J'ai toujours eu grand plaisir à vous voir et vous avez été des coupures essentielles et indispensables à ce travail de recherche.

À Julia, ma meilleure amie, ma sœur, celle sans qui jamais je n'en serais arrivée là où j'en suis aujourd'hui. Merci d'être là depuis 14 ans et d'avoir fait tant de choses pour moi, pour nous. Si certains me disent que je reviens de loin, je dirai simplement que c'est parce que tu as été là pour venir me chercher. Merci pour tout. Je t'aime.

Merci à ma famille : mes parents, mes grands-parents, mes demies sœurs et mon petit frère. Merci aussi à ma belle-famille. Vous n'avez cessé de m'encourager depuis mon entrée en doctorat. Merci de m'avoir demandé depuis septembre 2020 si j'avais ma date de soutenance. Vous avez été un véritable moteur. Merci de m'avoir fait confiance. Je vous aime.

Pour (presque) finir, je remercie Pierre avec qui j'ai traversé les plus belles tempêtes. Tu m'apportes un soutien indéfectible et un amour sans faille. Merci d'être là chaque jour, de supporter mes humeurs et le stress de ces derniers mois. Voici 5 ans et quelques mois que tu partages ma vie. Au total on a eu 4 déménagements, un chat, un chien, un camion, 4 mois et demi en Asie, deux confinements et une thèse. Vivement nos prochaines aventures ! Tu ne me connais comme personne, et ton amour pour moi ne cesse de me surprendre. Cette thèse n'aurait jamais vu le jour sans toi et elle est donc aussi pour toi. Je t'aime de tout mon cœur. Vivement la suite.

Ma plus grande force, je la tiens de mon petit frère. Alors merci à toi et à tout ce qui me rend fière d'être ta sœur : Ta volonté, ton combat contre l'injustice, ta loyauté pour les gens que tu aimes, ta chevelure dorée, tes ambitions, tes hésitations et ton caractère bien plus que trempé. Merci Loïc. Je t'aime. Je remercie également Charly pour tout le bonheur qu'il t'apporte et pour être un beau-frère merveilleux.

Enfin, je remercie toutes les femmes ayant participé à ces études. Je remercie plus particulièrement celles atteintes d'un cancer du sein. C'est grâce à vous et au temps que vous consacrez aux études si la recherche avance. C'est grâce à vous si aujourd'hui on en sait autant sur votre maladie et sur son impact dans la vie quotidienne. Alors je souhaitais vous dire merci. Merci à vous de nous aider tout en combattant la maladie. On ne vous surnomme pas les « *guerrières* » pour rien.

À Naomie AMROFEL

Résumé

Pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, les traitements anticancéreux sont lourds et invasifs, pouvant laisser des séquelles majeures sur la qualité de vie, l'image du corps et la sexualité. Du fait de ces altérations et de la localisation du cancer, la féminité est mise à mal. Trois études seront réalisées afin de mieux discerner l'évaluation du vécu de la féminité en psychologie de la santé et l'impact des traitements anticancéreux sur le vécu de la féminité des patientes.

La première étude de cette thèse est une revue de littérature où il s'agira de recenser les variables psychologiques et les questionnaires utilisés lorsqu'on évalue la féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein. Nos résultats indiquent que l'image du corps est la dimension la plus mentionnée, mais d'autres variables, telles que la sexualité, les relations sociales et l'identité sont également prises en considérations dans cette évaluation. La seconde étude consiste à créer un outil mesurant la féminité chez les femmes françaises et de valider en parallèle une échelle évaluant la féminité traditionnelle. Notre dernière étude est transversale, comparative et mixte. L'objectif étant de montrer les effets des anticancéreux sur le vécu de la féminité et la qualité de vie. Une méthodologie mixte permet d'explorer l'impact psychologique des traitements, de cibler les besoins et de recenser d'éventuels effets bénéfiques. La finalité de cette recherche se veut plus constatatrice qu'explicative soulignant l'intérêt de prendre en charge la féminité selon une approche intégrative.

L'ensemble des résultats de ce travail permet de suggérer des recommandations aux professionnels de santé désirant améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer

Mots clés : Cancer du sein, traitements anticancéreux, féminité, représentation de la féminité, sexualité.

Abstract

For women with breast cancer, cancer treatments are heavy and invasive, and can have a major impact on the quality of life, body image and sexuality of women with breast cancer. Because of these alterations and the location of the cancer, femininity is compromised in these women. Three studies will be conducted in order to better discern the evaluation of the experience of femininity in health psychology and to understand the impact of cancer treatments on the patients' experience of femininity.

The first study in this thesis is a literature review that will identify the psychological variables and questionnaires used when assessing femininity in women with breast cancer. Our results indicate that body image is the most mentioned dimension but other variables such as sexuality, social relationships and identity are also taken into consideration in this assessment. The second study consists in creating a tool measuring femininity in French women and validating in parallel a scale assessing traditional femininity. Our last study is cross-sectional, comparative and mixed, with the objective of showing the effects of anticancer drugs on the experience of femininity and quality of life. A mixed methodology allows us to explore the psychological impact of treatments, to target needs and to identify possible beneficial effects.

The aim of this research is to be more observational than explanatory, emphasizing the interest of taking care of femininity according to an integrative approach. All the results of this work make it possible to suggest recommendations to health professionals wishing to improve the quality of life of patients with cancer

Key words: Breast cancer, anti-cancer treatments, femininity, representation of femininity, sexuality.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	9
Abstract	11
Table des matières	13
Table des illustrations (figures)	19
Table des illustrations (tableaux)	21
Introduction	27
Chapitre 1 - Le cancer du sein	35
I) Qu'est-ce qu'un cancer du sein ?	36
II) Épidémiologie du cancer du sein	38
III) Les différents types de cancers du sein	40
1. Le cancer du sein non infiltrant ou in situ	40
2. Le cancer du sein infiltrant	40
3. Le cancer du sein inflammatoire	41
4. La maladie de Paget du mamelon	41
5. Cancer du sein triple négatif	42
IV) Les facteurs de risques et de protections du cancer du sein	42
1. Sexe	43
2. Âge	43
3. Prédispositions génétiques	43
4. Antécédents familiaux	44
5. Antécédents personnels	44
6. Facteurs de risque génésiques	44
7. Mode de vie	45
8. La part attribuable des facteurs de risques dans la survenue du cancer du sein	45
9. Les facteurs de protections	46
V) Spécificité de la localisation mammaire	47
1. Images symboliques des seins	48
2. La maternité	49
3. L'identité féminine	50
4. Quelle différence entre la maternité et la féminité ?	51

5. Sexualité.....	52
VI) Conclusion.....	54
Chapitre 2. Les traitements anticancéreux	57
I) Traitement locorégional.....	58
1. Chirurgie	58
2. Radiothérapie	65
II) Traitements systémiques.....	69
1. Chimiothérapie.....	69
2. Hormonothérapie	74
III) Conclusion.....	78
Chapitre 3. La femme au travers d'identités et d'inégalités sociales	83
I) Le concept d'identité	84
1. Étymologie.....	84
2. Définition	85
3. Comment se construit notre identité ?	87
II) L'identité féminine	89
1. Identité de genre.....	89
2. Identité féminine au sein d'une société patriarcale.....	91
III) La féminité.....	93
1. Définition et approche de la féminité.....	93
2. Les représentations de la féminité.....	93
IV) Femmes et santé.....	96
1. Différences biologiques liées à la santé	97
2. Exemple du cas du cancer du sein	98
V) Conclusion.....	100
Chapitre 4. La féminité des patientes atteintes d'un cancer du sein : quel modèle pour l'étudier ?.....	103
I) Les modèles en psychologie de la santé	104
1. Le modèle biopsychosocial	104
2. Les modèles sociocognitifs	106
3. Le modèle transactionnel intégratif multifactoriel (TIM) (Bruchon-Schweitzer, 2002)	107
II) Quelles variables seront étudiées dans le modèle TIM ?.....	109
1. Les antécédents associés au cancer du sein	109

2.	Les processus transactionnels	109
3.	Issue de santé : la qualité de vie	114
III)	Conclusion	117
	Cadre de la recherche	123
	Problématique de recherche	125
	PREMIÈRE ÉTUDE : Cancer de sein et féminité : une revue systématique de la littérature (scientifique).....	131
I)	Objectifs de la recherche	131
II)	Méthode	132
1.	Stratégie de recherche	132
2.	Critères d'inclusions	132
3.	Collecte des données	133
III)	Résultats.....	135
1.	Description caractéristique des articles.....	135
2.	Analyses des objectifs des études	138
3.	Analyses des échelles.....	140
IV)	Discussion.....	143
V)	Conclusion	149
	DEUXIEME ÉTUDE : Comment la féminité chez les femmes s'évalue-t-elle en psychologie de la santé ? Création et validation de deux questionnaires	151
I)	Objectifs de la recherche	151
	Partie 1. Création du questionnaire sur le vécu de la féminité	153
I)	Méthode	153
1.	Procédure	153
2.	Développement des items	153
3.	Présentation des échelles influentes	155
4.	Le choix de type de question	156
5.	Le choix de l'échelle	157
6.	L'étape de construction.....	158
II)	Analyse des données.....	159
1.	Validité de contenu	159
2.	Analyse Factorielle Exploratoire	161
III)	Participants	163
1.	Validité de contenu	163

2.	Analyse Factorielle Exploratoire	165
IV)	Résultats.....	167
1.	Validité de contenu	167
2.	L'analyse factorielle exploratoire	168
V)	Conclusion.....	175
Partie 2. Validation du questionnaire sur le vécu de la féminité et de l'échelle sur la féminité traditionnelle.....		177
Validation du questionnaire sur le vécu de la féminité (EVF)		178
I)	Procédure	178
II)	Questionnaire.....	178
III)	Analyse des données.....	179
3.	Analyse factorielle confirmatoire (AFC)	179
4.	Fidélité	180
5.	Validité du construit.....	181
IV)	Participants	185
V)	Résultats.....	186
1.	Analyses descriptives.....	186
2.	Analyse Factorielle Confirmatoire.....	187
3.	Fidélité	190
4.	Validité du construit.....	191
Validation de l'échelle sur la féminité traditionnelle (TF).....		195
I)	Traduction du TF	195
II)	Questionnaire.....	196
III)	Analyse des données.....	196
IV)	Participants	197
V)	Résultats.....	199
1.	Analyse Factorielle Confirmatoire.....	199
2.	Fidélité	200
3.	Validité du construit.....	201
VI)	Discussion.....	204
VII)	Conclusion.....	210
TROISIEME ÉTUDE : Impact des traitements anticancéreux sur la féminité et sur la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein. Etude comparative, transversale et mixte.		213
I)	Objectifs de la recherche	213

II)	Méthode	215
1.	Procédure de recrutement des participants	215
III)	Description de l'échantillon.....	216
1.	L'analyse quantitative	216
2.	L'analyse qualitative	220
IV)	Matériel.....	222
1.	Les variables prédictrices.....	222
2.	Questionnaires.....	223
V)	Procédure	228
1.	Questionnaires.....	228
2.	Entretiens semi-directifs	229
VI)	Considérations éthiques et déontologiques.....	229
VII)	Question de recherche et hypothèses.....	230
1.	Hypothèse générale	230
2.	Hypothèses opérationnelles.....	231
VIII)	Analyses statistiques	232
IX)	Résultats quantitatifs.....	233
1.	Homogénéité des variances.....	233
2.	La représentation de la féminité.....	234
3.	La sexualité	235
4.	Vécu de la féminité	238
5.	Qualité de vie	240
6.	Rôle médiateur des processus transactionnels sur la qualité de vie.....	244
X)	Résultats qualitatifs.....	250
1.	Analyse du discours	250
2.	Impact des traitements sur la féminité	250
3.	Traitements individuels.....	252
4.	La féminité : Une évolution constante et un remaniement psychologique	261
5.	Les effets bénéfiques.....	262
6.	Les besoins.....	263
XI)	Discussion.....	263
	Conclusion et perspectives cliniques.....	289
	Bibliographie.....	299

Table des Annexes 1

Table des illustrations (figures)

Figure 1. Sein et structures voisines. Consulté sur https://www.cancer.ca/fr	36
Figure 2. Description du sein. Consulté sur https://www.cancer.ca/fr	37
Figure 3. Méthodes de chirurgie. Consulté sur https://www.cancer.ca/fr	59
Figure 4. Modèle biopsychosocial (Engel, 1977, 1980).....	105
Figure 5. Le modèle transactionnel intégratif multifactoriel (TIM) (Bruchon-Schweitzer, 2002)	108
Figure 6. Modèle d'analyse adapté selon le modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002)	117
Figure 7 Flow-chart de la revue de la littérature	134
Figure 8 Variables psychologiques recensées dans les objectifs des études	139
Figure 9 Échelles et questionnaires des études	140
Figure 10 Variables psychologiques mesurées par les questionnaires.....	142
Figure 11 Formule de Lawshe pour calculer le CVR.....	161
Figure 12. Valeurs propres des facteurs extraits par l'AFE	171
Figure 13. Modèle structural de l'Échelle du Vécu de la Féminité (EVF)	188
Figure 14. Modèle structural uni factoriel du TF	199
Figure 15. Modèle théorique de l'étude transactionnel	215
Figure 16. Diagramme conceptuel de l'effet médiateur de la représentation de la féminité, de la sexualité et du vécu de la féminité dans la relation type de traitement- qualité de vie	244
Figure 17. Diagramme statistique de l'effet médiateur de la représentation et du vécu de la féminité et de la sexualité dans la relation type du traitement – qualité de vie et les effets significatifs des covariables sociodémographiques.....	246
Figure 18. Diagramme final de l'effet médiateur de la représentation et du vécu de la féminité et la sexualité dans la relation forme du traitement – qualité de vie.	249

Table des illustrations (tableaux)

Tableau 1. Présentation des articles et de leurs caractéristiques inclus dans la revue de la littérature	136
Tableau 2. Valeurs minimales de CVRs selon la taille du panel (Lawshe, 1975)	164
Tableau 3 Données sociodémographiques de l'échantillon	165
Tableau 4. Tests de normalité	169
Tableau 5. Indice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et le test de sphéricité de Bartlett	170
Tableau 6. Valeurs propres associées aux facteurs	172
Tableau 7. Rotation de la matrice des composantes et saturation des items	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 8. Alpha de Cronbach selon les facteurs de l'EVF.....	174
Tableau 9. Indices de l'AFC et leurs valeurs critiques	180
Tableau 10. Présentation des données sociodémographiques des participantes	185
Tableau 11. Indices d'ajustements du modèle testé via les analyses confirmatoires	189
Tableau 12. Corrélation des scores de l'EVF avec l'ISP, la RSE et l'EEC	192
Tableau 13. Corrélation des scores de l'EVF avec le TF et la PAQ	193
Tableau 14. Moyennes (écart-types), alpha de Cronbach, et corrélations entre chacune des dimensions entre les deux temps de passation	193
Tableau 15. Présentation des données sociodémographiques des participantes	197
Tableau 16. Indices d'ajustements du modèle testé via les analyses confirmatoires	200
Tableau 17. Statistique de fiabilité avec l'alpha de Cronbach	200
Tableau 18. Corrélation des scores de TF avec le CGRB	201
Tableau 19. Corrélation des scores de TF avec l'EVF et la PAQ	203
Tableau 20. Moyennes (écart-types), alpha de Cronbach, et corrélations entre chacune des dimensions entre les deux temps de passation	204
Tableau 21. Répartition de l'échantillon en fonction du type de traitement	217
- Tableau 22. Répartition de l'échantillon (N = 17) en fonction des données sociodémographiques	221
Tableau 23. Domaines et scores du BISF-W	226
Tableau 24. Caractéristiques sociodémographiques et biomédicales des participants à la troisième étude	233

Tableau 25. Modèle linéaire mixte et test post-hoc- représentation de la féminité.....	235
Tableau 26. Comparaison des scores moyens de la sexualité entre les participantes traitées par traitement principal, adjuvants et les participantes en attente de traitement	236
Tableau 27. Corrélations et régressions linéaires entre les scores moyens aux sous-échelles de sexualité et les variables sociodémographiques et biomédicales des participants sous traitements adjuvants et des participants en attente de traitement.....	237
Tableau 28. Corrélations et régressions linéaires entre les scores moyens aux sous-échelles de sexualité et les variables sociodémographiques et biomédicales des participants sous traitements adjuvants et des participants en attente de traitement.....	239
Tableau 29. Comparaison des scores moyens de la qualité de vie entre les participantes traitées par traitement principal, adjuvants et les participantes en attente de traitement.....	240
Tableau 30. Modèle linéaire mixte et test post-hoc- qualité de vie.....	241
Tableau 31. Corrélations entre les scores moyens aux sous-échelles de la qualité de vie et les variables sociodémographiques et biomédicales des participantes sous traitement principal	242
Tableau 32. Corrélations entre les scores moyens aux sous-échelles de la qualité de vie et les variables sociodémographiques et biomédicales des participantes sous traitement adjuvants	243
Tableau 33. Analyses de régression de l'effet médiateur de la représentation et du vécu de la féminité et la sexualité dans la relation type du traitement-qualité de vie (N = 130)	248
Tableau 34. Classification hiérarchique descendante de Reinert	251
Tableau 35. Classification hiérarchique descendante de Reinert du sous-corpus « chirurgie »	253
Tableau 36. Classification hiérarchique descendante de Reinert du sous-corpus « chimiothérapie »	256

INTRODUCTION

Introduction

Pour beaucoup de personnes atteintes d'un cancer du sein, la maladie ne se pense qu'à l'annonce du diagnostic (Rannou et al., 2011). C'est à ce moment-là que la vie du patient bascule, altérant son identité d'individu « sain » en devenant « malade ». Dès lors, l'annonce bouscule les angoisses primitives et la vie quotidienne s'en retrouve bouleversé.

D'une maladie à connotation morbide il y a moins de 20 ans, il est aujourd'hui le deuxième cancer le plus courant au monde, à tel point qu'il devient une préoccupation majeure pour l'OMS (WHO, 2002). En plus de l'espérance de vie des patients qui augmente, les représentations du cancer telles que la gravité ou la possibilité de guérison ne cessent d'évoluer. Ce constat laisse à penser que le cancer du sein est désormais considéré comme une maladie chronique nécessitant une prise en charge adaptée (INCA, 2016).

De même, les traitements du cancer tels que la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie peuvent être perçus comme dangereux, nocifs pour la santé et pas toujours efficaces selon les caractéristiques de la tumeur. Que ces perceptions soient ou non en accord avec la réalité biomédicale, il n'empêche que les patients ont le sentiment de devoir « se sacrifier » pour survivre (Ricadat & Taïeb, 2017). En effet, aussitôt l'annonce faite, les patients sont entraînés dans un enchaînement de rendez-vous médicaux dont ils ne perçoivent pas systématiquement le sens. Prêts à tout pour être en rémission, la majorité d'entre eux acceptent leur protocole de santé et l'ensemble des traitements proposés, mais non pas sans conséquence. En effet, les traitements anticancéreux altèrent la qualité de vie (Hwang et al., 2013 ; Jeffe et al, 2016 ; Joly et al., 2000), l'image du corps (Ganz et al., 2013 ; Baize, 2008 ; Manase-Lema, 2016) et la sexualité (Hannoun-Levi, 2005 ; Binotto et al., 2020 ; Suwankhong et al., 2018 ; Sultan et al., 2017 ; Stead., 2003) des patientes. Les conséquences des effets secondaires des traitements sont souvent perçues comme catastrophiques par les patientes, mais disent que c'est

le « **prix à payer** » pour guérir (Rosman, 2004 ; Pinault et al., 2011). Cependant, la prise en charge de nos jours ne cesse d'évoluer, mettant notamment l'accent sur une prise en considération du bien-être des patients et la préservation de leur qualité de vie. En effet, recentrer la prise en charge sur la volonté des patients, du respect de ses choix et de la préservation de sa qualité de vie conduit à proposer des prises en charges adaptées à leurs besoins par le biais des soins de support (Hadj et al., 2019). En effet, en visant à assurer la meilleure qualité de vie possible pour les personnes malades, sur le plan physique, psychologique et social, les professionnels de santé permettent aux patients d'approfondir leurs connaissances sur la maladie et les traitements et d'avoir une meilleure gestion des effets indésirables (Hadj et al., 2019). Malgré cela, l'image du corps et la sexualité des patientes continuent d'être considérablement lésées au profit des traitements et de l'envie de survivre (Almont et al., 2017).

Un des grands facteurs qui a fait naître ce travail de recherche est la littérature scientifique. Qu'il s'agisse d'études nationales ou internationales, un grand nombre d'auteurs s'attachent à évoquer la féminité lorsqu'ils constatent l'altération des traitements sur le corps ou la sexualité (Baize, 2008 ; Manase-Lema, 2016 ; Binotto et al., 2020 ; Suwankhong et al., 2018 ; Sultan et al., 2017). Mon intérêt principal repose sur ce constat. Comment abordent-ils la féminité en psychologie de la santé ? L'image du corps ou la sexualité représentent-elles à eux seuls la féminité ? D'autres variables psychologiques pourraient être incluses ? Un chercheur en psychologie de la santé a-t-il déjà expliqué comment s'étudie la féminité ?

La psychologie de la santé s'attache en particulier à étudier la manière dont les personnes vivent et s'adaptent lorsqu'ils sont confrontés à des événements stressants, telle qu'une maladie. Partant du postulat que la santé n'est pas qu'une affaire médicale, la psychologie de la santé permet de rendre compte de ce qui affecte la qualité de vie des patients et met en lumière les composantes émotionnelles, somatiques, sociales ou encore environnementales qui participent

à l'apparition ou l'aggravation d'une pathologie organique ou mentale (Bruchon-Schweitzer, 2008).

Dans le cadre de ce travail, nous voulons rendre compte de ce qui affecte la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein en mettant l'accent sur **le vécu de la féminité**. Pour ce faire, trois études ont été réalisées.

La première étude de cette thèse vise à sélectionner, à travers une revue de littérature, les variables psychologiques les plus adéquates pour mesurer le vécu de la féminité. Pour cela, nous recenserons l'ensemble des variables utilisées par les auteurs abordant la féminité en psychologie de la santé. Les résultats de notre première étude permettront de construire et de valider un questionnaire sur le vécu de la féminité qui sera présenté dans une deuxième étude. En parallèle nous validerons en français un questionnaire sur la féminité traditionnelle. Ces deux échelles seront utilisées dans la dernière étude de ce travail.

Dans cette troisième étude nous allons nous intéresser aux conséquences du traitement du cancer sur la féminité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. L'objectif est de recentrer nos observations sur le point de vue de la patiente en mesurant les conséquences psychologiques des traitements. Nous étudierons les différences entre les anticancéreux sur la qualité de vie, la sexualité, le vécu et la représentation de la féminité.

C'est pourquoi la dernière étude de cette thèse aura un objectif double : le premier objectif sera de type quantitatif. Il s'agira de comparer les traitements anticancéreux auprès d'échantillons de patientes volontaires. Le second objectif sera qualitatif. Il s'agira de recueillir le discours des patientes au sujet de l'impact physique et psychique des effets secondaires des anticancéreux sur le vécu de la féminité.

Dans la discussion de ce travail, nous reviendrons sur ce qui a nourri notre travail de recherche et les conclusions que nous pouvons tirer. De plus, des solutions concrètes seront proposées dans le but de rétablir un équilibre, mettre fin à ce que nous pouvons percevoir comme une différence non justifiée de l'accompagnement des patientes dans l'appropriation des effets secondaires des traitements.

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre 1 - Le cancer du sein

Introduction

L'objectif de ce premier chapitre est de présenter les caractéristiques de la maladie du cancer du sein. Nous exposerons succinctement les dernières données épidémiologiques ainsi que les facteurs de risques et de protections liés à la maladie. Enfin, nous verrons les spécificités induites par la localisation tels que les signes féminins étayés par les représentations culturelles concernant le sein d'une femme. Nous nous appuierons sur la littérature pour évoquer les symboles de la maternité, de l'identité féminine et de la sexualité que les seins arguent dans les sociétés contemporaines.

I) Qu'est-ce qu'un cancer du sein ?

Un cancer du sein est un dérèglement de certaines cellules qui vont se multiplier de manière incontrôlée jusqu'à former une masse qu'on appelle une tumeur (INCa, 2013). Cet amas de cellules a la capacité de se fournir en oxygène dans les vaisseaux sanguins leur permettant de se diviser à l'infini. Quand celles-ci se propagent dans d'autres parties du corps, on les appelle des « métastases » (HAS, 2015). Généralement, elles se dirigent vers les ganglions lymphatiques régionaux, c'est-à-dire les ganglions périphériques à la tumeur. Dans le cas du cancer du sein, ces ganglions lymphatiques peuvent être au niveau de l'aisselle, autour de la clavicule ou autour du sternum (Figure 1). Mais la tumeur peut s'étendre au-delà, par exemple sur les muscles du thorax, la peau du sein, les os, le foie, les poumons et/ou le cerveau (INCa, 2013).

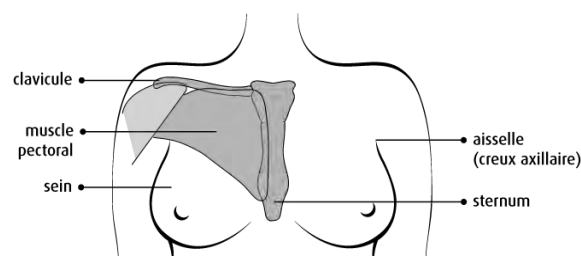


Figure 1. Sein et structures voisines. Consulté sur <https://www.cancer.ca/fr>

Chez les personnes ne présentant pas de symptômes ou de signes, il y a le dépistage qui, par le biais d'une mammographie et/ou d'un examen clinique de palpation, vérifie la présence de signe de tumeur. Actuellement, le dépistage du cancer du sein est recommandé aux Françaises de 50 à 74 ans, car elles présentent un risque moyen de par leur âge (HAS, 2015). Les contextes particuliers, comme les antécédents familiaux, ou les anomalies anatomiques sur le sein correspondent à un niveau de risque plus important et peuvent influencer la date du premier

dépistage et sa fréquence au fil des années. Les plus à risques sont les femmes ayant des prédispositions génétiques (INCa, 2013).

Plusieurs signes et symptômes peuvent être observés avant le diagnostic. Les plus communs sont la présence d'une boule dans un sein ; des ganglions durs au niveau de l'aisselle ; des modifications nettes et visibles de la peau du sein et/ou du mamelon (changement de taille et/ou de la forme) et éventuellement la formation de croûtes (INCa, 2013) (Annexe 1). Le plus souvent, l'auto palpation et à l'auto observation permettent de constater la présence de signes.

On parlera de stade lorsqu'on évalue la gravité du cancer. Il en existe 5 dans le cas du cancer du sein. Le stade 0 s'applique lorsque les cellules cancéreuses se trouvent seulement dans le revêtement d'un canal mammaire ou en cas de présence d'une accumulation de cellules anormales dans les lobules du sein (Figure 2). Les stades allant de 1 à 4 indiquent le degré de propagation (Brierley et al., 2017).

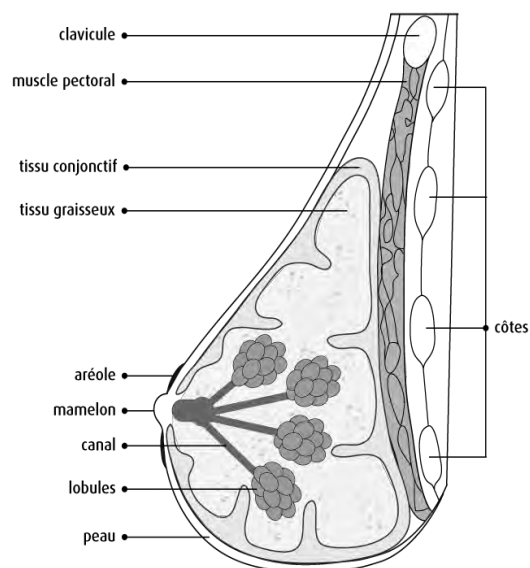


Figure 2. Description du sein. Consulté sur <https://www.cancer.ca/fr>

Le cancer du sein peut être un cancer héréditaire, dû à une mutation du gène BRCA qui se transmet d'une génération à une autre. (INCa, 2017). Il existe 2 types de mutation génétique :

- Le gène BRCA 1 induit le plus de risque de contracter un cancer de l'ovaire par la suite (63%) et d'avoir les deux seins touchés par le cancer (60%)
- Le gène BRCA 2 implique un risque élevé de développer un cancer du sein (86%) et un moindre risque de développer un cancer des ovaires (27%) ou des deux seins simultanément (55%). De manière générale, une femme qui a le gène BRCA 2 a moins de risque d'avoir un autre cancer au cours de sa vie qu'une femme qui a le gène BRCA 1.

II) Épidémiologie du cancer du sein

Le cancer du sein représente 25% des cancers féminin dans le monde. Il est plus meurtrier chez la femme que chez l'homme (INCa, 2015). En 2018, 58 459 nouveaux cas sont recensés en France et le cancer du sein est aussi la première cause de décès chez les femmes qui souffrent d'un cancer (INCa, 2018). Il s'agit donc du cancer féminin le plus fréquent, devant le cancer du côlon et le cancer du poumon. Au cours de leur vie, 10% des femmes recevront un diagnostic d'un cancer du sein. Chez les hommes il est beaucoup plus rare (environ 1% de la population), souvent de très mauvais pronostic, car en général, tardivement détecté (INCa, 2018).

Le taux le plus élevé d'incidence est recensé dans les pays d'Amérique du Nord et d'Europe de l'Ouest. Même si la fréquence du cancer du sein reste très variable d'un pays à un autre, on note qu'elle est la plus élevée aux États-Unis et dans certains pays occidentaux avec un ratio de 100 diagnostics pour 100 000 femmes. L'Europe orientale, l'Amérique du Sud, l'Afrique du Sud et

l'Asie ont des taux d'incidence plus modérés, mais ceux-ci sont en hausse depuis ces dernières années (WHO, 2021). On suppose que cette augmentation est corrélée avec l'adoption d'un mode de vie plus « occidental » par ces pays.

La France est l'un des pays où l'augmentation de nombre de cas par an est la plus rapide (INCa, 2018). Pour la population française actuelle, on estime qu'un million de femmes seront touchées par le cancer du sein. Il a tendance à se déclarer à un âge avancé puisque 75% des diagnostics concernent les personnes ayant plus de 50 ans, la moyenne d'âge au moment de l'annonce étant de 61 ans (INCa, 2016). Pour les cas où le cancer du sein arriverait avant 35 ans, il est diagnostiqué généralement plus agressif et donc plus dangereux.

En 2018, on a recensé en France environ 12 000 décès dus au cancer du sein. Si ce chiffre reste élevé, le taux de mortalité diminue tout de même d'année en année depuis ces 15 dernières années et le taux de survie augmente pour être de 87% en 2016 (INCa, 2016). La tendance à la survie a considérablement augmenté. En effet, le taux de mortalité a diminué de 1,5 par an en moyenne entre 2005 et 2012. Ceci s'explique à la fois par la prévention de plus en plus adaptée permettant de diagnostiquer des cancers à un stade de plus en plus précoce et par l'amélioration des traitements anti cancéreux (INCa, 2016). Cependant, depuis l'arrivée de l'épidémie mondiale, les chiffres ont quelque peu évolué. En effet, pendant la pandémie de la COVID-19, le dépistage du cancer a fortement chuté : celui du col de l'utérus a reculé de 68 % aux États-Unis au cours des 15 premières semaines de 2020 et celui du cancer du sein de 17 %, avec un recul encore plus marqué dans les régions où les cas de contamination par le coronavirus étaient les plus nombreux (Miller et al., 2021). En France, il apparaît que la pression exercée sur les services médicaux par la Covid-19 a induit des conséquences non négligeables sur la lutte contre le cancer. Dans le cadre d'un interview, le président de la ligue contre le cancer alerte sur un recul de 23 % des diagnostics de cancers en 2020. Cela représente environ 100 000

cancers qui n'ont pas été diagnostiqués l'année dernière et autant de traitements qui n'ont pas été commencés dans les délais habituels (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

III) Les différents types de cancers du sein

Il existe plusieurs formes de cancer touchant le sein et dépendant du type de cellules à partir desquelles se développe la maladie (INCa, 2015). Ces différentes formes sont plus ou moins fréquentes selon la manière dont la tumeur va se développer. Plusieurs types de cancers du sein vont se distinguer en étant soit ; non infiltrant (ou in situ), filtrant ou plus rarement inflammatoire (INCa, 2015).

1. Le cancer du sein non infiltrant ou in situ

On parle de **cancer in situ** lorsque les cellules cancéreuses se trouvent uniquement à l'intérieur des canaux ou des lobules, sans que la tumeur ait franchi la membrane basale qui les entoure. Ce cancer ne s'étend pas aux ganglions lymphatiques ou dans les autres parties du corps.

Il en existe deux types différents (INCa, 2015). Le cancer canalaire in situ (CCIS) est le plus fréquent puisque huit à neuf cancers de ce type sur dix en font partie. L'autre forme est le cancer lobulaire in situ (CLIS) qui est une forme beaucoup plus rare, car il représente 10 à 15% des cancers du sein non infiltrant. Cette forme apparaît lorsque les cellules anormales se développent dans les glandes qui sécrètent le lait.

2. Le cancer du sein infiltrant

Les **cancers infiltrants** sont des cellules cancéreuses infiltrant le tissu qui entoure les canaux mammaires et les lobules (INCa, 2016). Elles peuvent alors se détacher de la tumeur et

emprunter les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux lymphatiques pour atteindre d'autres parties du corps, notamment les ganglions auxiliaires, les os, le foie, les poumons et les ganglions lymphatiques les plus éloignés du sein et ainsi former de nouvelles tumeurs appelées métastases.

3. Le cancer du sein inflammatoire

Lorsqu'un organe tel qu'un sein devient rouge et enflé, on dit qu'il est **inflammatoire**. Ce type de cancer du sein apparaît lorsque les cellules cancéreuses se déplacent rapidement et finissent par bloquer les vaisseaux lymphatiques de la peau (INCa, 2016). Au départ, le **cancer du sein inflammatoire** est souvent confondu avec une infection. Il est rare et agressif ce qui signifie qu'il se développe rapidement. Dans la majorité des cas, il se propage précipitamment soit jusqu'aux ganglions lymphatiques ou soit vers d'autres organes (Société Canadienne du Cancer, 2017). Généralement, il affecte plus souvent les jeunes femmes et les femmes d'origine africaine. Ce cancer est très rare puisqu'il représente 1 à 4% des cancers du sein (INCa, 2016).

4. La maladie de Paget du mamelon

C'est une variante rare de carcinome canalaire in situ. Les cellules cancéreuses ont envahi l'épiderme mamelonnaire (manuel MSD, 2020). Autrement dit, elles se développent à l'intérieur, dans les canaux lactifères et autour du mamelon. Ce type de cancer se manifeste en premier sur la peau. Généralement, cette maladie affecte un seul mamelon. Il représente moins de 5% de tous les cas de cancer du sein, hommes et femmes confondus et il toucherait davantage les femmes âgées de plus de 50 ans (Société Canadienne du Cancer, 2017). Beaucoup

de patientes ayant la **maladie de Paget** ont aussi une autre forme de cancer du sein situé à un autre endroit, mais localisé dans le même sein.

5. Cancer du sein triple négatif

Les cellules du cancer du sein ont généralement des récepteurs d'œstrogènes, de progestérones ou des protéines appelées HER2 ou ERbB2. **Le cancer du sein triple négatif** est formé de cellules n'ayant aucun de ces récepteurs. Les femmes présentant une mutation du gène BRCA sont plus susceptibles de développer un cancer du sein triple négatif. La plupart sont des tumeurs agressives de grades élevés. Les cellules se métastasent vers le cerveau et les poumons plus fréquemment que les autres types de cancers.

De nombreux cas sont ce qu'on nomme des cancers d'intervalle, c'est-à-dire qu'ils se développent entre deux mammographies de dépistages. Ce type de cancer représente environ 15-20% des cancers du sein et 50% des femmes atteintes doivent faire face à la survenue de récurrences dans les 2 ans après le diagnostic (Société Canadienne du Cancer, 2017). En effet, seule la moitié de la population répondra bien aux traitements tandis que les autres seront susceptibles de développer une résistance, rendant ce cancer difficile à soigner.

IV) Les facteurs de risques et de protections du cancer du sein

Selon l'OMS (2002), un facteur de risque est défini par « *Tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme [...]* ». Dans le cadre de cancer du sein, il existe de nombreux facteurs de risques :

1. Sexe

Le cancer du sein touche principalement les femmes. Moins de 1% des personnes diagnostiquées sont des hommes (INCa, 2016). Cela s'explique par la présence des cellules mammaires exposées aux hormones femelles appelées œstrogènes et progestérones. Ces hormones, particulièrement les œstrogènes, sont étroitement liées au cancer du sein et favorisent la croissance de certains types de cancers (Société Canadienne du Cancer, 2016).

2. Âge

La probabilité de développer un cancer augmente avec le vieillissement. Seulement 10% des cancers du sein diagnostiqués se manifestent chez les femmes de moins de 35 ans et près de 20% sont des femmes de moins de 50 ans (INCa, 2016). Le plus souvent, le cancer du sein se développe autour de 60 ans (environ 50% des cas). Après 69 ans, on observe environ 28% des cas de cancer du sein chez les femmes. L'âge jeune (moins de 35 ans) est considéré comme un mauvais pronostic, car il favorise le risque de récurrence au cours des 10 prochaines années.

3. Prédispositions génétiques

Lorsque plusieurs personnes d'une même famille sont atteintes d'un cancer du sein, il peut s'agir d'un cancer héréditaire dû à une mutation génétique se transmettant d'une génération à une autre. Dans le cas du cancer du sein, on appelle cette mutation le gène BRCA1 ou le gène BRCA2 (INCa, 2019). Si ces mutations sont rares et ne représentent que 5 à 10% de la population atteinte de cancer du sein, la prédisposition génétique accroît nettement le risque

d'avoir un cancer au cours de sa vie (environ 85%, peu importe le type de mutation) (INCa, 2017).

4. Antécédents familiaux

Près de 20 à 30% des cancers du sein se manifestent chez des femmes ayant des antécédents familiaux de cancer (INCa, 2013). Il est difficile de savoir si la survenue du cancer est due à un mode de vie que plusieurs membres d'une famille partagent, à un facteur héréditaire ou bien une association des deux. Mais de manière générale, si un parent du premier ou du deuxième degré contracte un cancer au cours de sa vie, cela augmente le risque d'être diagnostiqué d'un cancer. Ce risque est deux fois plus élevé si c'est un parent du premier degré qui est concerné (INCa, 2013).

5. Antécédents personnels

Le risque d'avoir une tumeur au cours de sa vie est 3 à 4 fois plus élevé si on a des antécédents de cancer. Un suivi médical régulier et prolongé pour tous les patients atteints de cancer est dans ce cas, fortement conseillé. Par exemple, les femmes ayant déjà eu un cancer du sein in situ ont 8 à 10 fois plus de risques de développer un cancer du sein infiltrant. La présence d'un CLIS augmente aussi l'apparition de cancer sur les deux seins (INCa, 2016).

6. Facteurs de risque génésiques

Un facteur génésique se rapporte à la génération et à la reproduction des êtres vivants. Le risque d'avoir un cancer du sein peut être corrélé avec ce type de facteur. Par exemple, une exposition prolongée à des œstrogènes endogènes, telle qu'une puberté précoce, une ménopause tardive, et/ou un faible nombre de grossesses sont parmi les facteurs de risque les plus importants d'avoir un cancer du sein. Les hormones exogènes entraînent aussi un risque plus élevé de cancer du sein. C'est ainsi que les femmes qui utilisent des contraceptifs oraux ou un traitement hormonal substitutif ont un risque plus élevé par rapport aux femmes qui ne les utilisent pas (Boyle et Levin 2008 ; Lacey et al. 2009).

7. Mode de vie

Un mauvais comportement de santé, comme une consommation d'alcool et de tabac élevée augmente la probabilité de développer une maladie au cours de sa vie. Des études ont montré que même si les femmes exposées au tabagisme passif ont moins de risque d'avoir un cancer du sein comparé à celles exposées au tabagisme actif, elles sont tout de même plus à risques que les femmes qui ne sont jamais exposées au tabac (Afsset, INSERM, 2008). Concernant l'alcool, à partir d'une consommation moyenne d'un verre par jour, le risque d'avoir un cancer du sein est significatif (INCa, 2013). Enfin, l'obésité abdominale et la prise de poids à l'âge adulte sont également des facteurs de risques, même si les preuves à ce sujet restent à approfondir. La consommation des lipides totaux augmenterait la probabilité d'avoir un cancer du sein, mais les preuves sont également limitées (WCRF/AIRC 2007 ; WCRF/AIRC 2009).

8. La part attribuable des facteurs de risques dans la survenue du cancer du sein

Actuellement, les chercheurs disent que quatre cancers (quels qu'ils soient) sur dix pourraient être évités. Évaluer le poids respectif des différents facteurs de risques connus participerait à leur évitement (Marant-Micallef et al., 2015).

Dartois et ses collaborateurs (2016) se sont intéressés à la part contribuable des facteurs de risques chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Les résultats montrent qu'après la ménopause, les facteurs comportementaux (mode de vie) augmentent la probabilité d'avoir un cancer du sein pour 53% des cas. Toutefois avant la ménopause, les cancers du sein sont pour 61,2% attribuables à des facteurs de risques non comportementaux. Cette part serait plus importante dans les pays à revenu élevé. D'autres auteurs estiment que 21% de l'ensemble des décès par cancer du sein dans le monde pourraient être attribués à la consommation d'alcool, au surpoids, à l'obésité et à l'absence d'exercice physique (Prisack et al., 2005). Enfin, la disparité entre les cancers du sein peut en partie être expliquée par les moyens de dépistages très variables d'un pays à un autre, les effets d'une alimentation changeante, l'âge de la première grossesse, le nombre d'enfants, etc. (Peto, 2001).

9. Les facteurs de protections

À l'inverse des facteurs de risques, les facteurs de protections diminuent la probabilité d'avoir une maladie au cours de sa vie.

Des chercheurs ont identifié l'allaitement comme pouvant diminuer le risque d'avoir un cancer du sein. L'activité physique est également un facteur de protection chez les femmes ménopausées (INCa, 2013), mais des études restent à approfondir pour déterminer le poids de son influence (WCRF/AIRC, 2009). L'âge au moment de la première grossesse et le nombre d'enfants sont aussi des facteurs de protection (WCRF/AIRC, 2010).

Concernant la rémission, le sexe est également facteur de protection. En effet, on observe un taux de survie plus important chez les femmes que chez les hommes, tous cancers confondus. Cette différence pourrait s'expliquer par un réflexe de dépistage plus important chez les femmes, permettant de prendre en charge le cancer précocement (INCa, 2013). Il existe aussi des facteurs de protection de santé mentale pouvant diminuer la probabilité d'avoir une maladie grave au cours de sa vie, tels qu'un soutien affectif et social, une bonne estime de soi, le sentiment d'appartenance sociale, la capacité d'adaptation, etc. (Mouvement Santé Mentale Québec)

V) Spécificité de la localisation mammaire

Une grosseur ou une déformation de la poitrine sont généralement les premiers signes d'un cancer du sein non métastatique (INCa, 2016). Ces premiers symptômes font donc écho au corps de la femme. Lorsque le diagnostic est établi, l'objet sain devient un objet malade que l'on redoute et met en péril la vie de celle qui la porte. Autrement dit, l'arrivée du cancer confronte les femmes à des angoisses très fréquentes : la principale est de perdre la vie avec les angoisses de mort qu'un cancer peut induire (Tassin et al., 2011). Mais d'autres angoisses peuvent aussi être suscitées, comme la peur de perdre un sein, une partie de son corps, le symbole de sa féminité.

Avant l'arrivée de la maladie, le sein est un symbole de maternité et de féminité. Objet de désir et d'identité sexuée, il a une inscription sociale et culturelle très marquée en étant à la fois le signe d'une appartenance identitaire, d'une maturité sexuelle et d'une séduction. La peur de le

perdre donne un sens plus conséquent à la menace initiale. Mais le sein ne représente pas que la féminité et la maternité.

À présent, nous allons voir comment le sein représente la femme à travers ses premiers symboles.

1. Images symboliques des seins

Le sein est l'élément le plus significatif de la féminité. Le terme de sein vient de latin *sinus* qui signifie « *courbure, pli* » et apparaît au XII^e siècle. On le préférera au terme de « téton » qui privilégie la fonction nourricière de l'organe tandis que le « sein » définit davantage la forme, la courbure et souligne une dimension esthétique (Lanouzière, 2007).

Depuis des siècles et à travers de nombreuses œuvres artistiques comme des peintures ou des sculptures, nous pouvons voir que partout dans le monde, l'intégrité du corps est fondamentale et les seins ont leur place dans les œuvres. Enjeu de séduction, de nourriture, de religion ou de santé, le sein est mis en évidence depuis l'Antiquité. Prenons l'exemple de Venus, une des références d'un idéal de beauté où le sein dénudé est particulièrement mis en valeur. Cette représentation n'a cessé d'être reproduite à travers les années et par les artistes du monde entier ; du peintre français anonyme dont l'œuvre est exposée au Louvre, aux peintures d'inspiration religieuse comme celle de Jean Fouquet¹. Nous retrouvons à partir du milieu du XIX^e siècle des expositions beaucoup plus érotiques, libertines, voire pornographiques où le sein continue d'être représenté. Ce symbole est international, mais son illustration est différente selon les pays et les cultures. Aujourd'hui, le sein demeure toujours très présent dans les arts modernes

¹ Un des plus grands peintres de la première Renaissance (1420-1479)

(cinéma, photographie, etc.) et apparaît souvent sous le signe de séduction et/ou du plaisir (Francequin, 2012).

Selon Gros (1994), « *les seins ne sont ni mamelles, ni tétons, gorge ou poitrine : encore moins nibards, roberts, lolo, nichon, etc. Le sein est le sein, rien que le sein, le sein toujours recommencé, toujours le même fondamental, primaire, maternel sans doute, alimentaire à coup sûr* ». C'est par la société et la culture que la réalité biologique du sein a été progressivement envahie par l'imaginaire des êtres humains. Le sein a donc plusieurs facettes. Symbole de féminité, de maternité et stimulant érotique, il représenterait à la fois la tendresse, la sexualité et l'identité. Pourtant, cet emblème de vie et de plaisir peut vite devenir porteur d'une image de mort angoissante lorsque le cancer s'y déclare (Calevoi, 2003). Le sein rend ainsi plus fort la portée symbolique du traumatisme produit par le cancer du sein chez la femme.

Dans notre société, les seins sont associés aux femmes et à la féminité de manière plus générale. Nous allons présenter les différents aspects symboliques du sein et voir de quelle manière la société et la culture nourrissent les représentations liées à la construction des identités féminines. Progressivement, nous verrons que le sein renvoie la femme à son rôle de mère, puis à son identité sexuée et enfin à sa sexualité.

2. La maternité

Dans la mythologie grecque, les seins sont le symbole de l'immortalité. Hercule, fils de Zeus, fruit des amours illégitimes avec une mortelle, accéda à l'immortalité en tétant le lait du sein d'Héra. Toute une giclée de lait se répandit alors dans le ciel formant la Voie lactée (Pirenne-Delforge, 2010). Le sein est symbole de vie, de promesse de vie ou de la vie à venir.

Le sein est donc lié au lait maternel, première nourriture du nourrisson. Il s'ouvre à l'enfant comme source de vie et de chaleur (Baize, 2008).

Dans notre société, le sein peut être représentatif de la mère à travers sa relation avec le nouveau-né. Le sein nourricier est le lieu d'une relation symbiotique entre la mère et l'enfant, source d'un plaisir fusionnel partagé (Baas, 2008). L'allaitement étaye l'idée que le sein favoriserait cet état fusionnel. Ils ont pour fonction biologique de nourrir le nouveau-né et voient leurs représentations évoluer au fil des époques, des classes sociales, des civilisations. Bruillon (1996) souligne que le sein n'est pas que représentatif de la maternité. Il illustre ses propos en faisant allusion aux idéogrammes chinois qui distinguent la femme de la femme-mère. L'idéogramme désignant la femme est une courbe représentant des seins tandis que celui qui désigne la mère est le même avec en plus, des mamelons. Ces attributs symbolisent dans cette culture, la différence femme/mère tandis que dans d'autres cultures, telle que la culture occidentale, le mamelon a davantage une dimension symbolique érotique que nourricière.

3. L'identité féminine

Les seins peuvent être des représentants de la féminité en renvoyant une image d'identité sexuée², celle de la femme, autrement appelée **l'identité féminine**. Elle désigne en sociologie l'appartenance au genre féminin (Larousse, 2001). Cette notion est différente de la féminité représentant à la fois l'ensemble des caractéristiques anatomiques et physiologiques propres à la femme et l'ensemble des traits psychologiques considérés comme féminins (Larousse, 2001). L'identité féminine est une notion objective tandis que la féminité tient davantage d'une subjectivité individuelle.

² L'identité sexuée est une notion que nous abordons dans le chapitre 3

Le sein appartient donc au corps de la femme (Bruillon, 1996). Par exemple, les études concernant les personnes transgenres, pendant la transition de femme à homme, montrent que la transformation corporelle ressentie comme la plus importante est l'ablation des seins (Herault, 2004). Il s'avère que les seins, plus que n'importe quelle autre partie du corps, sont des représentants de l'identité sexuée de la femme. Dominique Gros évoque le sein comme un « marqueur d'identité » (2009). Il justifie son propos de la manière suivante : « *placées côte à côte, deux formes rondes suffisent pour féminiser un objet* ». Il souligne que la particularité du sein est d'aller par paire. Le sein est donc symétrique et se doit d'être pair. Être une femme, c'est avoir deux seins, en perdre ne serait-ce qu'un, c'est perdre une partie de son identité féminine. Ici, s'entrevoit donc toute la problématique liée à la mastectomie, que nous aborderons de façon plus exhaustive dans le prochain chapitre.

4. Quelle différence entre la maternité et la féminité ?

L'association féminité-maternité relate la culture actuelle et impacte l'orientation des réflexions. Pour certaines communautés féministes en France, la féminité et la maternité conduisent à une seule définition de la personne, uniquement à partir de la maternité. Cette idée consiste à définir toutes les femmes comme des mères sous prétexte que leur socialisation les aurait amenées à développer des attitudes de soins et d'écoute à l'égard des autres (Neyrand, 2019).

Delphy (1990) souligne que la maternité et plus spécifiquement le rapport maternel, est un fait social qui doit être analysé comme tel et dont la réalité prend son sens dans les conditions sociales et son actualisation. La féminité renvoie également à différents types de représentations, mais pas seulement aux caractéristiques que l'on attribue au rôle de la mère.

Pour conclure, devant la complexité de cette thématique qui est la maternité et la diversité de ces composants, nous avons volontairement décidé de ne pas l'inclure dans notre question de recherche. En effet, la maternité et la féminité, aussi intrinsèquement liées, ne viennent cependant pas évaluer la même chose et nous postulons qu'il est possible de questionner la féminité sans aborder la maternité. Enfin, au vu du large sujet, nous pensons qu'évoquer la maternité constitue un sujet de recherche à part entière.

5. Sexualité

Les seins ne sont pas seulement symboliquement investis dans l'identité de la femme et dans la maternité, ils ont également un rôle important dans la sexualité (Baize et al., 2008). On peut penser que le symbole initial du sein est l'allaitement et donc la fécondité, pourtant, dans nos sociétés contemporaines, ces symboles semblent s'effacer au profit de la sexualité. Il est donc plusieurs objets d'investissement à la fois : objet de convoitise, de désir, d'identification et de fantasme sexuel. Il est perçu comme un objet de séduction et de coquetterie (Baas, 2008). À l'image de l'identité sexuelle féminine, il modèle l'image de la silhouette de la femme. Cet organe n'arrivant qu'à partir de la puberté, permettra à toute jeune fille d'étayer son identité de femme.

Au-delà de l'aspect symbolique, les seins ont aussi une fonction érotique physiologiquement parlant, étant une des zones érogènes primaires chez les femmes (Baize et al., 2008). Ils font partie des moteurs de la libido féminine et masculine puisqu'en tant qu'objet de désir, ils sont extrêmement sensibles tant pour la femme que pour son partenaire sexuel (Baas, 2008). Malgré cela, les seins sont toujours passés sous silence lorsqu'on parle de sexualité. Dans son travail

de représentation dans le dépistage du cancer du sein, Barreau (2008) découvre que peu de femmes parlent spontanément du rôle érogène des seins ou qu'elles en parlent avec un certain euphémisme voire même s'autocensurent. En effet, même si la pratique de l'allaitement n'est pas si fréquente c'est pourtant ce qu'elles citent en premier lorsque les chercheurs les questionnent à propos des représentations de leur sein.

Les seins sont importants dans la sexualité. Ils sont esthétiquement et sexuellement attrayants, et donc désirés par les hommes et les femmes. Plusieurs critères de beauté peuvent être discutés lorsqu'on aborde les seins esthétiquement parlant. Ils diffèrent en fonction des civilisations et des époques (Carani, 2005). Ainsi, le sein érotique d'hier n'est plus nécessairement celui d'aujourd'hui ni celui de demain. Par exemple, les poitrines plates et musclées étaient très appréciées par la gent masculine pendant la Grèce antique. Au Moyen-Age, les seins fermes et menus étaient prisés en Europe et les seins lourds et exubérants avaient la faveur en Inde. De la même façon, l'attribut érotique n'est pas considéré de la même manière dans toutes les civilisations. Ainsi, les geishas, considérées jusque dans les années 1950 comme des références du modèle féminin, bandaient leurs seins sous leurs kimonos tout en valorisant leur nuque et leur gorge, signes de l'érotisme au Japon (Carani, 2005).

Finalement, ces organes féminins suscitant de nombreux fantasmes ont un rôle important dans la sexualité et le désir, quelles que soient l'époque et la civilisation. Le sein, symbole maternel, féminin et sexuel, est la nourrice de l'imaginaire et de nombreuses allégories témoignent de son poids mental. Par exemple, dans la culture occidentale, la publicité use et abuse des seins à motif promoteur. Finalement, le sein en parfaite santé fait vendre, car il fait rêver.

VI) Conclusion

Le sein est donc un symbole de maternité et de féminité. Objet de désir et d'identité sexuelle, il a une inscription sociale et culturelle très marquée en étant à la fois le signe d'une maturité sexuelle et de séduction. Il a plusieurs représentations : Symbole de féminité, de maternité et objet de désir sexuel, il représenterait la tendresse et l'identité sexuée.

Pourtant, cet emblème peut vite devenir porteur d'une image de mort lorsque le cancer s'y déclare (Calevoi, 2003). L'annonce du cancer est ce qui impacte en premier l'image du corps des femmes. Par sa localisation bien spécifique, c'est l'identité féminine, la sexualité, mais aussi la maternité qui sont altérées. Lorsque le diagnostic est établi, l'objet désiré devient un objet malade que l'on redoute et la tumeur met en péril à la fois la vie de la patiente, mais aussi sa féminité. Dans le contexte particulier de la maladie et notamment à cause des traitements, la patiente voit son corps changer et s'affaiblir.

Quels sont les traitements du cancer du sein ? Quelles sont les conséquences des effets secondaires sur la patiente ? Quelles dimensions psychologiques seront altérées par les effets secondaires ?

Résumé

Le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau de la glande mammaire (INCA, 2013). Il est le plus meurtrier chez les femmes et la France est l'un des pays où l'accroissement de nombre de cas par an est le plus rapide. Conformément aux spécificités du cancer, les cellules cancéreuses ne se développent pas de la même manière ni au même endroit. Par ailleurs, la maladie est plus ou moins invasive selon plusieurs facteurs ; tels que le type de cancer, l'âge au moment du diagnostic, les antécédents familiaux et personnels de la patiente ou l'éventualité de l'hérédité du cancer. Finalement, avec tous ces aspects, le cancer du sein a la particularité de tendre à devenir une maladie chronique, car le taux de survie ne fait qu'augmenter (INCa, 2016).

Nous présentons également ce que le sein symbolise avant l'arrivée de la maladie. Les sociétés contemporaines construisent les rôles et les symboles que le sein féminin induit dans nos cultures. C'est ainsi que le sein représente à la fois la maternité, l'identité féminine et la sexualité.

Motif de désir et d'identité sexuée, l'annonce de l'affection met en péril la vie des femmes et le sein devient à la fois une partie malade qu'elles vont craindre de perdre, et un objet qui menace leur vie (Calevoi, 2003).

En conclusion, l'annonce du cancer est ce qui impacte en premier l'image du corps des femmes. Et par sa localisation bien spécifique, ce sont l'identité féminine, la sexualité, mais aussi la maternité qui sont altérées chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Chapitre 2. Les traitements anticancéreux

Introduction

Pour prendre en charge médicalement le cancer du sein, il existe plusieurs types de traitements : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie. Le choix thérapeutique dépend principalement des caractéristiques de la tumeur, telles que le type, le stade, le grade du cancer, ainsi que des caractéristiques propres à la patiente (âge, antécédents, comorbidité, etc.).

Le premier objectif de ce chapitre consiste à présenter les différents traitements utilisés contre le cancer du sein. Pour chaque traitement, nous exposerons leurs effets indésirables (EIs), nous permettant d'appréhender leur impact sur la vie des patientes. Au regard de la littérature, nous examinerons les résultats des études concernant les répercussions psychologiques des traitements anticancéreux sur les différents aspects de la féminité et sur la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein. Ceci constitue notre second objectif.

Trois types de traitements sont possibles : **le traitement néoadjuvant, principal ou adjuvant.**

Dans le cas du cancer du sein, la chirurgie est très souvent le traitement principal (INCa, 2016).

La chimiothérapie, la radiothérapie, et l'hormonothérapie sont davantage considérées comme adjuvants, c'est-à-dire qu'ils viennent après un traitement principal. Dans des cas moins fréquents, la radiothérapie peut être le traitement principal.

Dans certaines situations, le médecin va préférer diminuer la taille de la tumeur avant de pratiquer une opération chirurgicale ou une radiothérapie. Ce dernier est alors néo adjuvant, c'est-à-dire qu'il est prescrit avant le traitement principal. C'est généralement la chimiothérapie ou plus rarement la radiothérapie.

Nous devons distinguer les traitements locorégionaux qui agissent localement, c'est-à-dire directement sur la tumeur, des traitements systémiques, procédant à la fois au niveau des cellules résiduelles et au niveau des micro métastases. Comment interviennent-ils et quelles conséquences ont-ils pour les patientes ? Nous allons à présent les décrire.

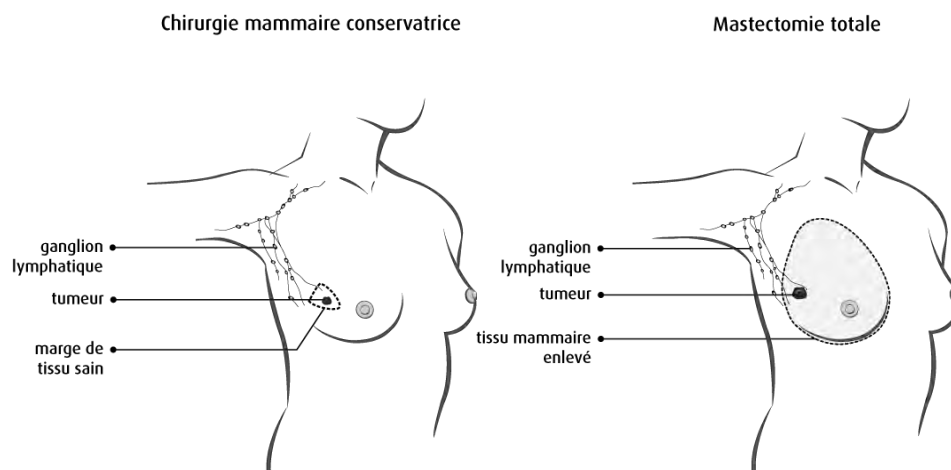
I) Traitement locorégional

1. Chirurgie

a) Description

Le choix de la chirurgie et la manière dont elle va procéder varient principalement en fonction du stade du cancer, de la localisation de la tumeur et de sa potentielle évolution, sans compter les antécédents individuels et familiaux des patientes. La chirurgie peut être proposée à tous les stades de la maladie et le type d'intervention chirurgicale sera choisi en fonction des objectifs attendus (INCa, 2009 ; Hontaas, 2014). Il existe trois différentes interventions chirurgicales :

- La chirurgie mammaire : elle peut être conservatrice ou non conservatrice. Lorsque la chirurgie conserve le sein, elle est appelée tumorectomie (Figure 3). Elle consiste à retirer la tumeur tout en préservant le sein de la patiente. Cette opération est privilégiée autant que possible et est systématiquement complétée par un traitement adjuvant (Doridot et al., 2004). La chirurgie mammaire non conservatrice ou mastectomie (Figure 3) consiste à retirer la totalité du sein. Avec ce type de chirurgie, il y a la possibilité de reconstruire le sein soit immédiatement, soit dans un second temps (INCa, 2016).



- La chirurgie auxiliaire : Elle effectue un curage ganglionnaire de la tumeur afin de vérifier la présence ou non de cellules cancéreuses. Le but de cette intervention est de voir jusqu'où la tumeur s'étend pour décider du type traitement adjuvant. Ce type d'intervention permet également d'enlever les cellules cancéreuses qui auraient pu se propager jusqu'aux ganglions lymphatiques afin de prévenir le risque de récurrence (INCa, 2016).

- La chirurgie oncoplastique et la reconstruction mammaire. : Elles font suite à une mastectomie. Il existe deux méthodes différentes : les prothèses internes consistant à introduire un implant et la reconstruction par lambeau en utilisant des tissus issus de la patiente (muscle, graisse, peau) afin de recréer le volume du sein. Ces tissus sont généralement prélevés sur le ventre ou dans le dos (INCa, 2016, Société Canadienne du Cancer, 2017). Généralement, les reconstructions mammaires nécessitent plusieurs interventions chirurgicales avec un intervalle de trois à six mois entre chacune d'elles (Bardot et al. 2018).

La chirurgie a longtemps été la seule proposition thérapeutique, mais depuis le 20^{ème} siècle, elle est, dans la majorité des cas, complétée par d'autres thérapies.

b) Effets indésirables

Généralement, la chirurgie entraîne des effets indésirables (EIs) temporaires et à court terme (INCa, 2013). Ils se manifestent le plus souvent juste après l'intervention jusqu'à quelques semaines après.

Par exemple et en particulier après un curage auxiliaire, un risque notable d'infection existe. Des problèmes lymphatiques peuvent être également constatés/rapportés après ce type de chirurgie, se manifestant par une accumulation de lymphes sous la peau, un gonflement au niveau de l'aisselle et/ou un écoulement de lymphes (Société Canadienne du Cancer, 2015).

Comme pour n'importe quelle intervention chirurgicale, l'EI immédiat est la douleur au réveil. Les patientes peuvent signaler un inconfort ou une insensibilité autour de l'incision pouvant aller sous et/ou le long du bras pour des cas moins fréquents. Après une ablation du sein, certaines femmes parlent de sensation de sein fantôme³. Des douleurs de type neuropathiques sont recensées pour 20 à 68% des patientes (Restelli, 2007).

La qualité de vie est fortement impactée par la chirurgie (INCa, 2013). Elle se définit par la combinaison des facteurs psychologiques, physiques, sociaux et matériels évaluant le bien-être d'une personne.

Au-delà des problèmes physiques, les patientes rapportent de nombreuses répercussions dans les tâches de leur vie quotidienne et dans leur vie intime et personnelle. La fatigue, par exemple, est un EI courant après une chirurgie, notamment due à l'anesthésie, à la perte de sang ou encore en raison de l'anxiété générée par l'opération (Omorou et al., 2019). Des séquelles fonctionnelles altèrent aussi la qualité de vie à travers des douleurs chroniques, des raideurs à l'épaule ou au bras ou même des diminutions de la force musculaire du bras (Manneville et al., 2018). On dénombre également des répercussions majeures en termes de détresse psychologique (troubles de l'humeur, du sommeil, de l'appétit, etc.), associées à une comorbidité anxieuse et dépressive (Hannoun-Levi, 2005).

L'ablation d'un sein modifie lourdement le corps, altérant l'image corporelle et pouvant amener une baisse de l'estime de soi (Omorou et al., 2019). En effet, une image du corps altérée/dégradée est un EI courant après une opération. L'objectif de conserver l'esthétique du sein après une tumorectomie n'est pas toujours atteint et la chirurgie conservatrice laisse des séquelles pour 20 à 30% des cas pouvant aller jusqu'à la nécessité d'une nouvelle intervention

³ Impression désagréable que le sein retiré est toujours présent

(Mazouni et al., 2009). Les séquelles les plus fréquemment rencontrées sont une déformation du sein, une cicatrisation qui se passe mal, une asymétrie mammaire, une malposition de l'auréole ou une asymétrie auréolaire (Delay et al., 2008). Ce changement corporel, même s'il est jugé satisfaisant, peut avoir des répercussions négatives dans la vie intime, familiale et personnelle des patientes, comme il est expliqué ci-dessous.

c) Conséquences psychologiques de la chirurgie

Des chercheurs ont comparé la douleur et la qualité de vie des patientes ayant subi une mastectomie et des patientes ayant subi une tumorectomie (Caffo et al., 2003). Les résultats indiquent davantage de douleurs chez les patientes avec le sein conservé (tumorectomie) (43.5%) que celles ayant eu une mastectomie (33.6%). Il n'y a pas de différence significative concernant la qualité de vie. Dans le mois qui suit la chirurgie, les femmes mastectomisées rapportent une plus grande détresse psychologique que celles ayant subi une tumorectomie (Ganz et al., 2004). L'étude de Baize (2008) va dans ce sens : il y aurait un bénéfice psychologique à subir une tumorectomie plutôt qu'une mastectomie. Cependant, à long terme les répercussions psychologiques deviennent similaires. Le bénéfice à court terme s'explique en grande partie par le fait que la tumorectomie permet de conserver le sein, rendant l'opération plus acceptable chez les femmes (Baize, 2008). La mastectomie peut induire des effets psychologiques à différents niveaux, telle qu'une modification de l'humeur, caractérisée par une réaction dépressive ou anxieuse. Ces effets sont influencés par les caractéristiques individuelles des patientes, tels que la personnalité, le coping, etc. Mais généralement, la déformation ou l'ablation d'un sein causé par la chirurgie entraîne une détresse psychologique et une baisse de l'estime de soi pour la majorité des patientes immédiatement après la chirurgie.

Cette détresse aurait tendance à diminuer au bout de 6 mois (Hannoun-Levi, 2005 ; Baize, 2008).

Quel que soit le type de chirurgie, les séquelles psychologiques à long terme sont identiques (Baize, 2008). Les femmes mastectomisées rapportent des douleurs, des démangeaisons ou des sensations de seins fantômes (Perkins et al., 2000). Les patientes sont confrontées à une profonde modification de l'aspect de leur corps voire à la perte de leur sein pouvant affecter négativement l'image du corps (Manase-Lema, 2016). En effet, les femmes ayant subi une mastectomie disent avoir une image du corps négative et se sentent moins attractives (Engel et al., 2004 ; Schover, 2005). Il ne fait aucun doute qu'un des challenges les plus difficiles des patientes qui sont atteintes d'un cancer du sein, est d'arriver à faire face aux nombreux changements de leur apparence physique dus à leurs traitements (Hannoun-Levi 2005). Fortin (2010) souligne que les femmes mastectomisées rapportent se sentir « moins femmes » montrant que l'identité féminine est aussi touchée.

Même si le vécu de la fonction sexuelle est significativement plus mauvais chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (Broeckel, 2002), il n'y aurait pas de différence significative concernant la qualité de vie et la sexualité entre des patientes ayant subi une mastectomie et celles ayant subi une tumorectomie (Dupont et al., 2007 ; Caffo et al., 2003). Toutefois, la qualité de la sexualité des couples après une mastectomie est variable, avec parfois une diminution de la fréquence des rapports et une diminution de la satisfaction sexuelle (Hannoun-Levi, 2005). Les répercussions de la mastectomie sur la sexualité dépendent de nombreux facteurs, tels que le statut sociofamilial (situation maritale, avec ou sans enfants), les antécédents (difficultés sexuelles préexistantes), un âge avancé, etc. (Metcalf et al., 2004). La chirurgie impacte également les relations sociales des femmes, ainsi, la mastectomie peut être

un facteur précipitant une rupture amoureuse (Serto et al., 2004) ou causant de l'évitement social.

L'impact psychologique d'une intervention chirurgicale ne dépend pas seulement du type de chirurgie, mais également des caractéristiques sociodémographiques et psychologiques des patientes. Dans l'étude de Jamison et al. (1978), 60% des femmes ayant subi une mastectomie estimaient leur ajustement émotionnel excellent ou très bon alors que dans d'autres études, la souffrance physique était inférieure à la souffrance psychique (Hannoun-Levi, 2005). Ici, l'âge des patientes au moment de la chirurgie pourrait expliquer ces différences puisque les patientes jeunes (< 50 ans) seraient significativement moins satisfaites de leur sexualité après la chirurgie que les patientes plus âgées (> 50 ans) (Metcalf et al., 2004). En effet, les personnes plus âgées auraient moins de rapport sexuel de manière générale, expliquant qu'elles montreraient moins d'insatisfaction que les femmes plus jeunes. Le fait d'avoir eu le choix ou non de subir une mastectomie influencerait aussi la façon dont une patiente va être impactée par celle-ci. Dans le cas des personnes ayant une mutation génétique prédisposant au cancer du sein, les patientes ayant choisi d'avoir une mastectomie préventive rapportent plus de satisfaction que les autres patientes (D'Alonzo et al. 2018).

Le cancer du sein et ses traitements peuvent conduire à des difficultés sur la fonction sexuelle et sur la vie sexuelle, notamment en raison d'une image du corps qui a été fortement altérée par la chirurgie (Dupont et al., 2007). En conclusion, la chirurgie met à mal la qualité de vie, l'image du corps, la sexualité et l'identité féminine des patientes.

2. Radiothérapie

a) Description

La radiothérapie utilise des rayonnements ionisants ou des particules à haute énergie pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Pour altérer l'ADN des cellules, le rayonnement bloque leurs mécanismes de multiplication jusqu'à les détruire complètement (INCa, 2013). Cependant, un certain nombre de cellules saines voisines de la tumeur seront aussi touchées, pouvant entraîner des effets secondaires. Notons qu'à l'inverse des cellules tumorales, les cellules normales sont capables de se régénérer entre deux séances de radiothérapie.

L'objectif de la radiothérapie est de préserver autant que possible les tissus sains et les organes avoisinants. Elle peut être utilisée de deux manières (Société Canadienne du Cancer, 2017) :

- Après la chirurgie afin d'éliminer les cellules cancéreuses. C'est ce qu'on appelle la radiothérapie adjuvante et c'est la plus fréquente.
- Avant la chirurgie afin de réduire la taille de la tumeur. On l'appelle alors néoadjuvante.

Habituellement, la radiothérapie débute 2 à 3 semaines après la chirurgie afin que la cicatrisation soit suffisamment satisfaisante. Le protocole se déroule classiquement en 30 ou 35 séances, en fonction des caractéristiques de la tumeur et de la décision du médecin. Une séance ne dure que quelques minutes et la durée totale du traitement par radiothérapie s'écoule généralement sur une période de 5 à 6 semaines, à raison de quatre à cinq séances par semaine (INCa, 2013).

b) Effets indésirables

La radiothérapie est quasi systématique après une chirurgie chez les personnes atteintes d'un cancer du sein. Les EIs pouvant être immédiats et tardifs (jusqu'à plusieurs années après), une surveillance à long terme est préconisée. Du fait de leurs présences quasi quotidiennes à l'hôpital dû à leurs séances de radiothérapie, les patientes disent ne pas toujours arriver à vivre sans penser à leur cancer en raison de cette étroite surveillance, pas toujours bien vécue (Joly, 2019).

Les EIs à court terme sont fréquents, sans séquelles notables et généralement bénins. Les plus courants sont des réactions cutanées, des gonflements, des dépigmentations de la peau, des rougeurs, etc. (INCa, 2013). Les rougeurs cutanées peuvent s'apparenter à un gros coup de soleil et les œdèmes sur le sein ont plus de probabilités d'apparaître quand la radiothérapie est administrée après une chirurgie (Bataille et al., 2019). Cependant, cela reste exceptionnel. Les patientes peuvent également avoir des difficultés à avaler. Cet EI est rare, mais possible notamment lorsque sont traités les ganglions lymphatiques situés près de la clavicule (INCa, 2013). Des troubles cardiaques ou pulmonaires ont été recensés même si ce sont des effets peu fréquents. Un dernier risque, toutefois exceptionnel, est le risque de contracter un second cancer induit par la radiothérapie, en particulier chez les femmes de moins de 40 ans (INCa, 2016).

Au cours de ces dernières années, les progrès technologiques permettent de diminuer la fréquence d'EIs tardifs par rapport aux EIs immédiats (qui sont plus fréquents). Cependant, on peut trouver des EIs tardifs tels que des troubles cutanés, des irritations de la peau et des rougeurs pouvant jusqu'à changer la couleur de la peau (plus foncée ou plus pâle). Il est

également possible que la taille ou la forme du sein soit modifiée en raison du traitement (INCa, 2016).

La fatigue physique ou morale a été signalée comme EI aussi bien à court terme qu'à long terme (Dilhuyduy et al., 2001). Cette fatigue peut être amplifiée selon le nombre d'examen, des séances de traitements, du temps de déplacement entre l'hôpital et le domicile, l'attente d'un rendez-vous, etc. Elle est souvent sous-estimée, minimisée voire omise par les professionnels de la santé et elle affecte lourdement le quotidien des patientes (Abbassi et al., 2019). Pourtant elle a une grande influence sur le bien-être social et psychologique (Abbassi et al., 2019) et constitue un réel handicap chez les personnes atteintes d'une maladie chronique (Montreuil, 2009).

c) Conséquences psychologiques de la radiothérapie

Avec une radiothérapie adjuvante, les femmes peuvent retourner à leur « vie d'avant » et quitter le rôle de patiente, jusque-là omniprésent (Luutonen et al., 2014). Cependant, certains effets secondaires peuvent persister dans le temps. Par exemple, nous avons vu que la sensation de fatigue augmente durant le traitement par radiothérapie (Reidunsdatter et al., 2011 ; Back et al., 2005 ; Budischewski et al., 2008 ; Lee et al., 2013 ; Noal et al., 2011 ; Wengström et al., 2000), impactant la qualité de vie (Hannoun-Lévi et al., 2005). Ainsi, les femmes mastectomisées ayant eu une radiothérapie par la suite ont montré des changements considérables dans leur qualité de vie (Sharma et al., 2016 ; Rim, 2017). Elles ressentiraient une importante détresse psychologique importante qu'elles attribuent à la douleur et à la fatigue. De manière générale, la qualité de vie est davantage impactée à la fin de la radiothérapie qu'avant ou pendant (Sharma et al., 2016).

L'attente de la fin du traitement peut entraîner de l'impatience chez les femmes atteintes d'un cancer du sein et avoir pour conséquence l'apparition de symptômes dépressifs et de détresse émotionnelle (Luutonen et al., 2014). Environ 30% des femmes ayant subi un traitement locorégional déclarent avoir eu un résultat esthétique insatisfaisant, se répercutant sur leur qualité de vie et leur état psychologique (Hill-Kayser, 2012).

Pendant la prise en charge médicale, l'information et l'éducation des patientes sont largement négligées, mais pourtant essentielles, notamment en radiothérapie lorsque l'on sait que le traitement peut être responsable de sténoses vaginales (vagin plus étroit et plus court) et de dyspareunies (sécheresses vaginales) (Leroy et al., 2012). On comprend ici la nécessité d'un dépistage précoce des complications sexuelles liées à la radiothérapie (Leroy et al., 2012), car les femmes subissent beaucoup d'EIs avec une altération de la satisfaction sexuelle (Sharma et al., 2017).

Dans la recherche de Rim et al. (2017), la qualité de vie a été évaluée sur les trois années ayant suivi la fin de la radiothérapie. Les scores les plus faibles, même trois ans plus tard, se rapportent à la sexualité et à l'avenir. Les femmes voient leur qualité de vie fortement impactée et les domaines les plus touchés se réfèrent à l'insatisfaction sexuelle et aux enjeux financiers liés notamment à leur diminution d'activité professionnelle. La fonction sexuelle est également fortement altérée, essentiellement causée par les effets secondaires de la radiothérapie (Sharma et al., 2016).

Même si la satisfaction de l'image du corps a tendance à augmenter au fil des années, la féminité est mise à mal et le corps n'est plus perçu comme désirant (Rim et al., 2017). Les résultats esthétiques de la chirurgie peuvent être accentués par les EIs des rayons (Cardoso, 2020). D'un

autre côté, Siefert et al. (2018) mettent en évidence qu'après 6 mois de suivi post-radiothérapie, l'image du corps et la qualité de vie sont jugées satisfaisantes pour la majorité des femmes, mais on observe toujours au bout de 6 mois un déclin du bien-être social (King et al., 2020). C'est immédiatement après la radiothérapie que les répercussions sur l'image du corps et la sexualité sont les plus fortes (Almont et al., 2017). Les résultats de l'étude d'Almont et al. (2017) montrent qu'avant le début de la radiothérapie, la plupart des patients avaient déjà une diminution de l'activité sexuelle. Autrement dit, le traitement ajouterait des EIS en plus de ceux déjà présents. De même, il est difficile de dire si les femmes n'avaient pas déjà des pathologies sexuelles avant l'annonce du cancer du sein, les troubles sexuels pourraient donc être installés avant la maladie.

II) Traitements systémiques

1. Chimiothérapie

a) Description

La chimiothérapie fait partie des traitements systémiques ; elle agit sur l'ensemble du corps, quelque que soit la localisation des cellules cancéreuses, leurs proximités vis-à-vis de la masse et si elles sont détectées lors d'un diagnostic ou non (INCa, 2013). L'objectif de la chimiothérapie est d'atteindre les cellules cancéreuses en agissant sur les mécanismes de la division cellulaire par un médicament cytotoxique. Ce médicament vient inhiber la prolifération des cellules, en particulier des cellules tumorales. Toutefois, son action touche même les cellules saines en ne faisant pas de différence et c'est ainsi que la toxicité de ce médicament peut provoquer des EIs immédiats et/ou différés.

Dans la majorité des cas, elle s'administre par voie intraveineuse, mais on l'utilise de plus en plus par voie orale, sous forme de comprimé. Dans le cas d'une chimiothérapie adjuvante par intraveineuse, le protocole comprend habituellement 4 à 6 cures hebdomadaires, espacées d'une période de repos de 3 semaines afin de permettre au corps de récupérer. Le traitement s'étale sur une durée de 3 à 6 mois (INCa, 2016).

b) Effets indésirables

La chimiothérapie est connue pour avoir de nombreux EIs. L'alopecie (chute de cheveux) est celle dont on parle le plus (Jodar et al., 2016). C'est un EI fréquent et commence en général 2 à 3 semaines après la première chimiothérapie. Les cils, les poils pubiens, les sourcils peuvent aussi tomber de manière provisoire. Généralement, la chute des cils et des sourcils engendre également une atteinte à la personne pour la majorité des femmes, car c'est plus contraignant à cacher que la perte des cheveux. Les poils commencent à repousser environ 6 à 8 semaines après la fin du traitement (INCa, 2016). Cet EI impacte énormément la qualité de vie puisque la chute des cheveux est généralement difficile à vivre, en particulier pour les femmes. En effet, symbole de féminité, les cheveux sont les premiers signes physiques féminins socialement reconnus et l'alopecie laisse les patientes dans un état d'anxiété mettant à mal la féminité (Jodar, 2016).

Des nausées ou des vomissements peuvent aussi être des EIs immédiats et ne durent généralement pas plus de 72h après la chimiothérapie. Les ongles aussi peuvent devenir cassants ou ondulés et/ou changer de couleur. Sans entretien spécifique, ils finissent généralement par tomber. Les muqueuses buccales sont fragilisées par la chimiothérapie entraînant des lésions au niveau de la bouche, tels que des aphtes ou des rougeurs entraînant

des douleurs (INCa, 2016). Des troubles digestifs sont également possibles, mais de façon moins fréquente.

Une prise de poids est possible chez les femmes ayant un cancer du sein et serait due à la fois à des corticoïdes présents dans la chimiothérapie et la diminution des activités physiques. Certains médicaments inclus dans la chimiothérapie entraînent aussi des troubles cutanés, comme des rougeurs, des plaques, des dessèchements, des tiraillements, des cloques, des gonflements, etc. Cela se manifeste surtout au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds (INCa, 2013). On appelle ces troubles cutanés le syndrome « main-pied ». La chimiothérapie peut aussi causer des réactions allergiques.

L'effet de la chimiothérapie sur les cellules et la moelle osseuse peut amener une diminution du nombre de globules blancs présent dans le corps. Cela peut avoir de lourdes conséquences sur l'organisme tel qu'un risque d'aplasie ou d'anémie. Cela se manifeste par une pâleur de la peau et une grande fatigue qui ne s'atténue pas avec du repos. La chute des globules blancs peut entraîner un risque important d'infection, car les moyens de défense du corps sont réduits. Selon l'état de santé de la patiente, la diminution de globules blancs peut reporter la séance de chimiothérapie (INCa, 2013). Cette décision impacterait le moral et augmenter la détresse psychologique chez certaines patientes (Sultan et al., 2017).

Certaines molécules de chimiothérapie ont un effet toxique sur le système nerveux pouvant entraîner des troubles neuropathiques périphériques. On parle alors de troubles de la sensibilité se manifestant par des sensations d'engourdissements, de fourmillements ou de picotements qui peuvent être douloureux et handicapants, principalement au niveau des membres et de leurs extrémités. Des douleurs musculaires et articulaires sont également susceptibles d'apparaître.

Certains types de chimiothérapie entraînent des troubles cardiaques et restreignent le traitement à un nombre maximal de séances pour ne pas aggraver les problèmes liés au cœur (INCa, 2016).

Le dernier EI concerne les troubles du cycle menstruel. Chez les femmes qui ne sont pas encore ménopausées, la chimiothérapie entraîne généralement une irrégularité ou un arrêt des règles (INCa, 2016). La durée est très variable pouvant aller jusqu'à quelques mois après la fin des traitements. Dans certains cas, la chimiothérapie peut entraîner une ménopause précoce irréversible. Ainsi, il sera proposé à la patiente nullipare d'avoir recours à une intervention chirurgicale afin de prélever et de congeler ses ovocytes. Cette intervention sert à la préservation de la fertilité des femmes (Société Canadienne du Cancer).

Enfin, à long terme, ce traitement implique d'autres problèmes de santé (Manase-Lema et al., 2016 ; Omorou et al., 2019). Dans une étude de Wolf et al., (2014), les résultats montrent que les femmes sous chimiothérapie ont un risque de développer une leucémie. La probabilité augmenterait avec l'âge.

c) Conséquences psychologiques de la chimiothérapie

Les traitements anticancéreux causeraient un bouleversement dans la vie quotidienne des patientes : elles ont une perception négative de leur image du corps et de leur sexualité et rapportent plus de difficultés financières et professionnelles (Congard et al., 2019). Ces effets seraient encore plus présents lorsque les patientes sont sous chimiothérapie (Tiezzi et al., 2017), ceux-ci ayant des répercussions significatives sur l'image du corps (Kowalczyk et al., 2019 ; Prates et al., 2017) et sur la qualité de vie (Lemieux et al., 2008). En effet, une étude de Prates (2017) a montré que les femmes les plus insatisfaites de leur apparence sont celles ayant eu une chimiothérapie. Autrement, dit l'image du corps et l'identité féminine sont très impactées par

ce traitement. De manière générale, la perception de soi est négative chez les femmes ayant un cancer du sein. Notons que certaines femmes ont bien supporté la chute de cheveux (Taquet, 2005). Son acceptation tendrait à augmenter à mesure que les cycles de chimiothérapies avancent dans le temps (Sultan et al., 2017).

La chimiothérapie à court, moyen et long terme impacte négativement le bien-être des patientes (Hwang et al., 2013 ; Jeffe et al., 2016 ; Joly et al., 2000). En effet, en recevant une chimiothérapie, elles subissent également un panel d'effets secondaires handicapants / perturbants liés au traitement, tels que : la fatigue, l'anxiété, la douleur, des nausées et des vomissements, des variations de l'humeur, une forte détresse émotionnelle et de nombreux changements corporels venant modifier la qualité de vie et l'image de soi (Bayram et al., 2014 ; Cheung et al., 2012 ; Cramarossa et al., 2013 ; Hutter et al., 2013, Omorou et al., 2019). Dans l'étude de Jodar et al., (2016), la moitié des patientes ont ressenti des douleurs musculaires ou articulaires gênantes dans leur vie quotidienne. Elles ressentiraient une grosse fatigue qui s'accroît au fil des cures. Curt et ses collaborateurs (2000) soulignent un épuisement quotidien empêchant de mener une vie normale pour 90% des patientes traitées par chimiothérapie. Les femmes atteintes d'un cancer du sein disent que leur isolement social serait causé par les cures de chimiothérapie (Jodar et al., 2016). Les symptômes et la détresse psychologique associés à la chimiothérapie seraient à leur apogée au début et à la fin du traitement (Demichele et al., 2017). Il y aurait une diminution de la santé globale et de la qualité de vie ; plusieurs facteurs sont impactés tels que les fonctions physiques, les fonctions émotionnelles, les relations sociales, l'image du corps, les fonctions sexuelles et le plaisir sexuel (Binotto et al., 2020 ; Suwankhong et al., 2018 ; Sultan et al., 2017 ; Stead., 2003). La détérioration de la qualité de vie persisterait 2 ans après le diagnostic (Ferreira et al., 2019).

Les femmes seraient peu informées sur les EIs et souhaitent davantage d'informations (Clegg-Lamprey et al., 2009 ; Perol et al., 2007 ; Dhellemmes & Sordes. F, 2019). Toutefois, la majorité des patientes disent anticiper et se préparer psychologiquement aux EIs de la chimiothérapie. Malgré cela, la répétition des séances engendrerait quand même de l'appréhension et une démotivation à long terme (Jodar et al., 2016).

Enfin, la chimiothérapie affecte la sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein (Kowalczyk et al., 2019). Elles rapportent des sécheresses vaginales et des douleurs pendant leurs rapports (Marino et al., 2016). Les patientes sous traitement peuvent être ménopausées précocement ou avoir des nausées assez importantes pouvant altérer leur vie sexuelle. Dans une étude, Sultan et al. (2017) ont évalué la qualité de vie chez les femmes pendant leur traitement. Les résultats montrent que les fonctions sexuelles et le plaisir sexuel sont fortement altérés ; ils seraient associés à une perte de désir, des difficultés à ressentir de l'excitation, une sécheresse vaginale et des difficultés à atteindre l'orgasme (Manase-Lema et al., 2016). Une étude d'Uysal (2018) met l'accent sur la diminution de l'intérêt sexuel chez les femmes qui sont sous chimiothérapie. Toutefois, même si des études ont mis en évidence que les détériorations des fonctions sexuelles seraient causées par la chimiothérapie (Ganz et al., 2004), d'autres études n'observent pas d'influence (Webber et al., 2011 ; Alder et al., 2008 ; Den Ouden et al., 2010 ; Yang et al., 2011 ; Muzatti et al., 2017).

2. Hormonothérapie

a) Description

L'hormonothérapie est le traitement systémique le plus fréquent lorsque la tumeur est hormonosensible. Elle ralentit la propagation des cellules cancéreuses en modifiant le taux d'hormones dans le corps. Des études ont montré que près de 75% des cancers du sein étaient hormonosensibles (INCA, 2013). L'hormonothérapie empêche l'action des œstrogènes et de la progestérone. Généralement, elle est utilisée en traitement adjuvant après une cure de chimiothérapie et/ou de radiothérapie. La durée moyenne du traitement est de 2 à 5 ans. La prescription est par voie orale ; il s'agit d'un traitement dont la prise est quotidienne, à heure fixe. Les comprimés sont délivrés par une pharmacie, sous ordonnance et se prennent au domicile (Société Canadienne du Cancer, 2017).

Les deux grandes familles de traitements antihormonaux sont le Tamoxifène® et les antis aromatases (AA) (INCa, 2016). Le Tamoxifène® bloque les œstrogènes au niveau du récepteur oestrogénique. Le Tamoxifène diminuerait le risque de récurrence de 39 à 46% et le risque de décès de 26 à 31% (Saint-Salvi, 2017). Les antis aromatases agissent en empêchant la production des œstrogènes et en bloquant l'enzyme responsable de la transformation.

b) Effets indésirables

Dans la grande majorité des protocoles médicaux, l'hormonothérapie est le dernier traitement adjuvant. Autrement dit, les EI de l'hormonothérapie viennent s'ajouter à l'état général de la patiente, déjà bien altéré par les traitements précédents (Jodar et al., 2016).

La prise de poids et les bouffées de chaleur sont les troubles les plus fréquemment rapportés pendant une cure d'hormonothérapie. Sur le plan gynécologique, il est à noter une augmentation du rythme et de l'intensité des bouffées de chaleur et l'apparition des sueurs nocturnes ou sueurs

froides. Le dérèglement du cycle menstruel allant jusqu'à l'arrêt temporaire des règles n'est pas rare chez les femmes qui ne sont pas ménopausées (INCa, 2013). En effet, l'effet secondaire majeur de l'hormonothérapie est l'induction d'une ménopause précoce. En fonction des caractéristiques de la patiente, celle-ci est plus ou moins réversible à la fin du traitement (Saghatchian et al., 2019 ; Jodar et al., 2016, INCa, 2013).

On remarque aussi une intensification ou une réapparition de pertes vaginales, ainsi qu'une augmentation des anomalies de l'endomètre (polypes par exemple) (Carrion, 1994, Saghatchian et al., 2019). Une sécheresse vulvaire et vaginale survient pour 17% des femmes sous AA et 8,1% sous Tamoxifène, selon l'étude ATAC (« Arimidex®, Tamoxifen, Alone or in Combination ») (The, A. T. A. C. (2002)). Généralement, le traitement entraîne des dyspareunies et une baisse de la libido, affectant à des degrés variables l'intimité de la femme (Mathelin & Annane, 2005). La prise en charge de ces EIs est importante puisque leur impact sur la qualité de vie des patientes est conséquent (inconfort majeur, interférence avec la vie sociale, troubles de l'humeur, etc.) (Mathelin & Annane, 2005). Les effets de l'hormonothérapie peuvent entraîner des insomnies qui contribuent à entretenir un état de fatigue majeur rapporté par la majorité des patientes (Serin, 2004). Cet état d'épuisement constitue un risque d'augmenter la probabilité d'un état dépressif.

Concernant la prise de tamoxifène, la toxicité est faible en postménopause et à court terme. Cependant, elle peut être dangereuse à long terme, car il peut avoir un risque de cancer de l'endomètre, d'accidents thrombo-emboliques veineux (Coombes, 2004) et peut augmenter la densité osseuse chez les femmes ménopausées.

Les anti aromatasés (AA) sont les traitements les plus prescrits à ce jour. Ils peuvent entraîner des répercussions négatives sur le métabolisme en diminuant la densité osseuse (risque

d'ostéoporose et/ou fractures) ou en augmentant les lipidiques (risque d'hypercholestérolémie) (Pouilles, 2005). Des douleurs articulaires peuvent aussi être présentes (Dallenc, 2009). Presque une patiente sur deux rapporte des douleurs articulaires dans leur vie quotidienne, allant d'une gêne passagère lors d'une mobilisation (surtout pour les petites articulations), à des rigidités invalidantes. Le traitement étant à suivre pendant de nombreuses années (2 à 5 ans), ces troubles peuvent perdurer tout ce temps (INCa, 2013). Si les douleurs sont trop gênantes, l'oncologue peut remplacer les anti aromatases par du tamoxifène.

c) Conséquences psychologies de l'hormonothérapie

Beaucoup des EIs de l'hormonothérapie se rapportent aux organes sexuels et reproducteurs des femmes ; des altérations de la santé sexuelle sont fréquemment rapportées (Krychman et al., 2012 ; Biglia et al., 2010). Les femmes sous hormonothérapie rapportent des symptômes tels que, l'arthralgie (inflammation des articulations), les bouffées de chaleur, la prise de poids, des variations d'humeur ou encore des difficultés sexuelles ayant un impact délétère sur leur qualité de vie (Berglund et al., 2001 ; Day et al., 2001). Les femmes se sentiraient plus âgées et moins attractives et disent moins voir leurs proches et se sentent plus déprimées. Ces symptômes peuvent durer jusqu'à 10 ans après la fin du premier traitement (Kołodziejczyk, 2019). L'équipe de Berglund (2001) soulignent que les femmes sous hormonothérapie auraient davantage d'impact sur leur vie sexuelle que celles sous chimiothérapie. Les troubles de la sexualité sont un problème très fréquent chez les femmes qui sont sous hormonothérapie. Ils peuvent inclure un trouble du désir sexuel/une baisse de la libido (23-64 % des patientes), des problèmes d'excitation ou de lubrification (20-48 % des patientes), des problèmes orgasmiques (16-36 % des patientes) et la dyspareunie (35-38 % des patientes) (Saghatchian et al., 2019). Les patientes parlent d'une sécheresse vaginale et d'une perte de libido plus importante que les patientes avec

un autre traitement, cependant, l'activité sexuelle serait tout de même préservée (Saghatchian et al., 2019). Les inhibiteurs de l'aromatase ainsi que la suppression ovarienne peuvent provoquer une sécheresse vaginale, une dyspareunie (pouvant être sévère), des symptômes de la ménopause et une perte de désir sexuel.

Les modifications de l'apparence touchent 31 à 67 % des femmes atteintes d'un cancer du sein (Falk et al., 2010). Une ménopause précoce causée par l'hormonothérapie augmente le risque de prendre du poids. Le traitement altère aussi les fonctions cognitives (concentration, mémoire) des patientes, pouvant entraîner de la détresse allant jusqu'à impacter la qualité de vie (Saghatchian et al., 2019).

Toutefois, des auteurs mettent en évidence que l'hormonothérapie n'a pas de lien direct avec la qualité de vie des patientes (Dupont et al., 2007 ; Durna et al., 2002) même si des petites différences concernant la fonction sexuelle ont été soulignées (Dupont et al., 2007). Beaucoup d'études mettent en évidence des EIs ne pouvant pas être exclusivement attribués à l'hormonothérapie (Coster et al., 2002). En effet, Dalenc (2009) stipule que l'impact de l'hormonothérapie est difficile à mesurer, car d'autres facteurs interviennent et peuvent majorer ces signes fonctionnels, tel que, notamment la prise en compte des EIs causés par les traitements précédents ou les aspects sociaux culturels (mode de vie, âge, hygiène, etc.) des patientes.

III) Conclusion

Les études mettent en évidence que tous les traitements contre le cancer du sein altèrent la qualité de vie, l'image du corps et la sexualité des patientes (Saghatchian et al., 2019 ; Omorou et al., 2019 ; Rim et al., 2017 ; Bardot et al., 2018). Ces altérations conduisent à des détresses

psychologiques pouvant mener à un état dépressif chez les patientes atteintes d'un cancer du sein (Serin, 2004). En effet, la chirurgie confronte les femmes à la perte ou une profonde modification de leur sein. Leur image du corps est bouleversée et les douleurs induites par la chirurgie peuvent affecter leur vie quotidienne et leur qualité de vie (Dupont et al., 2007). La radiothérapie provoque des brûlures et des lésions cutanées. Comme la chirurgie, elle altère lourdement l'image du corps, mais aussi certains aspects de la sexualité (King et al., 2020). La chimiothérapie est le traitement le plus connu et probablement le plus appréhendé de par ses nombreux EIs altérant la qualité de vie, l'image du corps, la sexualité et les relations sociales (Jodar et al., 2016). Enfin, l'hormonothérapie précipite la ménopause et entraîne de nombreux bouleversements dans la sexualité (Dalenc, 2009). Cependant, il est difficile de déterminer son impact réel dans la vie de ces femmes.

Finalement, l'image du corps et la sexualité sont des dimensions singulières se rapportant à la féminité. La localisation de la tumeur au niveau du sein a aussi une forte connotation féminine, puisque c'est un des organes féminins par excellence. En conclusion, le cancer du sein et ses traitements semblent mettre à mal la féminité des femmes.

Mais qu'est-ce que la féminité ? Comment peut-on la penser ? Comment vient-elle s'inscrire dans la singularité de l'individu ?

Résumé

À ce jour, il existe plusieurs traitements anticancéreux. Le choix thérapeutique se fait en fonction (ou dépend) de plusieurs caractéristiques de la tumeur et du patient. Il y a deux grandes familles de traitement : les traitements locorégionaux qui agissent localement, c'est-à-dire directement sur la tumeur et les traitements systémiques qui opèrent sur l'ensemble du corps.

La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locorégionaux. Ils traitent des régions du corps spécifiques et leurs Effets Secondaires (EIs) ont de lourdes conséquences sur la féminité des patientes (Broeckel, 2002).

Les traitements systématiques (sont actifs dans tout le corps) sont la chimiothérapie et l'hormonothérapie. De par leurs actions, certaines cellules saines seront touchées en même temps que les cellules cancéreuses entraînant de nombreux troubles cutanés et un effet toxique pouvant être dangereux pour la santé des patientes.

Pour conclure, les traitements anticancéreux sont lourds et invasifs et peuvent laisser des séquelles majeures sur la qualité de vie, l'image du corps et la sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein. Ces dimensions toutes singulières recouvrent une notion que nous allons détailler, celui de la féminité.

Chapitre 3. La femme au travers d'identités et d'inégalités sociales

Objectifs

Nous avons vu dans le chapitre 2 que le cancer du sein et ses traitements altèrent la féminité. Mais qu'est-ce que la féminité ? Comment peut-on la penser ? Comment vient-elle s'inscrire dans la singularité d'un individu ? Cette troisième partie constituera des réponses à l'ensemble de ces questions.

La féminité s'inscrit dans une identité sexuée féminine. Il serait donc difficile de l'étudier auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein sans aborder l'identité. L'objectif de ce chapitre est dans un premier temps, de faire un état des lieux des données de la littérature concernant le concept d'identité à travers l'identité féminine. La deuxième partie abordera la représentation de la féminité et son inscription dans un contexte socioculturel occidental. Enfin, la dernière partie présentera les particularités de la santé chez les femmes en donnant l'exemple du cancer du sein.

I) Le concept d'identité

« Cette ressemblance était une identité qui me donnait le frisson »⁴. Baudelaire

1. Étymologie

D'un point de vue étymologique, le nom « identité » découle du terme latin « *idem* » signifiant le même, la même chose, dénommé par Voltaire⁵ « *mêmeté* ».

Les premières traces du mot « identité » remontent au XIV^e siècle et elle est abordée à travers les siècles, et ce, dans de nombreuses disciplines, telle que, la philosophie ou l'art. Elle se définit comme étant « *ce qui fait qu'une chose, une personne est la même qu'une autre, qu'il n'existe aucune différence entre elles* ». (Danko, 2009). Par ailleurs, Descartes aborde l'identité en disant que la seule certitude sur laquelle nous pouvons nous appuyer est celle de notre propre existence (Descartes, 1844). Ce rappel étymologique souligne que la notion d'identité.

Toutefois, il y a encore aujourd'hui une réelle difficulté à présenter une psychologie de l'identité. Cette difficulté réside majoritairement dans le caractère hétérogène des recherches sur l'identité, tant du point de vue disciplinaire que méthodologique (Costalat-Founeau & Lipiansky, 2008). En effet, certains auteurs sont issus de la psychologie différentielle ou génétique et d'autres relèvent de la psychanalyse, de l'anthropologie culturelle ou de la psychologie sociale. Autrement dit, quand certains s'inscrivent dans une approche phénoménologique ou expérimentale, d'autres sont dans une démarche clinique, soulignant ainsi l'hétérogénéité de cette thématique.

⁴ Poe, *Morella* (1835). Traduite par Baudelaire

⁵ Dictionnaire de la langue française, Émile Littré (1872-1877)

2. Définition

La première donnée de notre existence et de notre monde est **la conscience de notre identité**. Cela renvoie à notre conscience et à notre définition de soi (Lipiansky et al., 1993). Finalement définir l'identité c'est « *se demander comment l'on passe de l'identique au semblable et du semblable au différent [...]* » (Tap, 1991).

Dans les années 50, ce sont les psychologues et les sociologues aux États-Unis qui ont abordé le terme d'identité pour la première fois. Toutefois, Gottlob Frege (1892) avait déjà observé que l'identité est indéfinissable « *puisque toute définition est une identité, l'identité elle-même ne saurait être définie* ».

Pendant l'ère contemporaine, Erikson (1980) est le précurseur de la définition de l'identité au sens moderne. En effet, il a donné à la notion d'identité une élaboration approfondie, en l'utilisant pour investir certaines nouvelles pathologies de l'époque, comme la confusion d'identité ou la crise traversée par certains adolescents. Enfin, il a également étudié l'identité en intégrant les points de vue de la psychologie sociale, de la psychanalyse et de l'anthropologie culturelle (Edmond, 2005 ; Lipiansky, 2008).

Mussen (1990), quant à lui définit l'identité comme « *une structure mentale composée, ayant des caractères à la fois cognitifs et affectifs, qui comprennent la perception de l'individu par lui-même, en tant qu'être distinct, conforme à lui-même, séparé des autres, dont le comportement, les besoins, les motivations et les intérêts ont un degré raisonnable de cohérence* ». (Mussen, cité dans Tap, 1986).

En d'autres termes, la question de l'identité, malgré toutes les définitions qu'on en donne, est avant tout, une question de manière de vivre (Affaya, 1997). Le concept d'identité est

doublement complexe à développer et nous avons repris les travaux de Marc (2005) pour appuyer nos propos. En effet, il fait référence à :

- Un sentiment d'individualité ; « *je suis moi* ».
- Un sentiment de singularité ; « *je suis différent des autres, car j'ai telles caractéristiques* ».
- Une continuité dans l'espace et le temps ; « *je suis toujours la même personne au fil des années* ».

D'après le nouveau Petit Robert, l'identité « *recouvre cinq sens ou nuances de sens : la similitude, l'unité, l'identité personnelle, l'identité culturelle et la propension à l'identification* » (Baudry et al., 2007). Ici, la similitude correspond au caractère identique de deux objets et l'unité représente le caractère de ce qui est unique. L'identité personnelle est semblable à soi-même, autrement dit, elle fait partie de l'identité du moi. Par exemple, « cela fait partie de son identité de femme ». L'identité culturelle quant à elle et comme son nom l'indique, englobe un « *ensemble de traits culturels propre à un groupe ethnique qui lui confère l'individualité* » (Le Petit Robert, 2019). Enfin, la propension à l'identification est le fait de pouvoir être légalement reconnu grâce à des éléments qui permettent d'individualiser (ex. état civil, signalement, RIB, etc.).

L'identité est une réalité individuelle (Descombes, 2017), c'est-à-dire qu'elle s'organise autour de représentations et de sentiments que l'on se fait de nous-mêmes ou que l'on s'auto-attribue. Elle se construit en fonction des variables individuelles que l'on a peu ou pas la possibilité de contrôler comme l'âge, le sexe ou l'appartenance ethnique (Descombes, 2017). Elle s'édifie aussi en fonction d'autres caractéristiques, plus difficiles à délimiter, tels que les traits de

personnalité. Mais, l'identité n'est pas seulement une réalité individuelle, elle aussi une réalité sociale. En effet, ce que l'individu pense être dépend des groupes auxquels il appartient, des rôles qu'ils impliquent et de sa place dans ces groupes. (Descombes, 2017). Autrement dit, ce sont les représentations intergroupes qui interagissent avec les représentations sociales et permettant l'élaboration des dimensions collectives de l'identité. Puisque l'être humain est dépendant des groupes d'appartenances (*ex. groupe de genre, ethnique, religieux, sportif, socio-économique, etc.*), les représentations sociales contribuent donc à la construction identitaire des groupes (Tap, 1991 ; Cohen-Scali & Monier, 2008). L'identité individuelle et sociale sont donc deux dimensions dépendantes l'une de l'autre. Elles caractérisent un individu et le distinguent des autres (Tap, 1991).

L'identité est finalement à la fois un moyen de catégoriser et de singulariser. Elle permet à la personne ou au groupe, de se situer dans et en fonction de multiples catégories sociales ou culturelles, mais aussi de se singulariser, par opposition et différenciation (Dubar, 2007 ; Kaufmann, 2004).

3. Comment se construit notre identité ?

Qui sommes-nous ? Pourquoi notre identité influence notre manière d'être dans la vie de tous les jours ? Comment l'identité se construit ? L'histoire commence dès l'enfance, où chaque enfant se pose des questions concernant son identité telle que « *qui suis-je ?* » (Halpern, 2016). Entre ce que nous croyons être, ce que nous sommes dans le regard de l'autre et ce que nous sommes réellement, cette question témoigne de la complexité de l'identité.

C'est donc dès l'enfance qu'on commence à construire notre identité (Bonnet, 2010). En effet, lorsqu'on vient au monde, on naît dans une société comportant des rôles, des attentes et des structures sociales dans un cadre culturel défini. L'enfant ne peut pas y faire abstraction, il aura le choix de les accepter ou les refuser, tout en étant obligé de se déterminer, de se positionner par rapport à l'ensemble de ces facteurs. Il commencera par intérioriser l'image de ses proches, s'identifiant par la suite à d'autres individus (super héros, personnages de dessin animé, etc.) ou à d'autres groupes (famille, amis de l'école, etc.) permettant ainsi le développement de son identité (Halpern, 2016).

Une des fonctions principales de la famille est de donner un sens à l'existence en fonctionnant comme une sorte de miroir, dans lequel l'image de l'individu se reflète (Leandro et al., 2001). Peu importe où l'on se trouve dans notre vie, l'autre sera toujours un miroir dont tout le monde a besoin pour se reconnaître (Marc et al., 2005). En effet, selon Winnicott (1975), le sentiment d'identité se constitue à la fois à partir de la perception du corps propre et à travers les interactions précoces avec l'entourage. Winnicott déjà affirmait que « *les yeux de la mère sont le miroir du visage de l'enfant* ». La construction d'une identité entraîne finalement la mise en place d'un sentiment d'existence, d'authenticité et d'individualité conduisant l'homme à son autonomie humaine (Singly et al., 2000).

Selon Lipiansky (1993), la base de l'identité est le corps. Dès les premiers mois de vie, le bébé va se découvrir à travers son corps, par des perceptions, des actions, mais aussi par son rapport aux autres. Vers l'adolescence, l'enfant va s'individualiser davantage en régulant sa position de sujet désirant et son rapport au monde, pour s'approprier une place subjective et construire une identité sociale plus indépendante qu'à ces premières années de vie (Lesourd, 2002). Comme dit précédemment, l'identité se définit et se construit dans les relations du sujet avec les autres, mettant en mouvement des processus dynamique et s'organisant autour de la construction historique, la mise en question, la perte ou la réappropriation.

La notion d'identité est une notion très complexe et son usage est très populaire, tant dans les discours quotidiens que dans celui des sciences humaines rendant sa définition relativement floue.

II) L'identité féminine

1. Identité de genre

Qu'est-ce qu'une femme ? La distinction entre le sexe (femme) et le genre (féminin) est mise en avant dans les sciences sociales depuis quelques années (Vidal, 2014 ; Chetcuti, 2009 ; Grange, 2010). Le sexe fait référence à la nature et aux spécificités anatomiques et physiologiques de l'individu. Le genre fait référence à la construction culturelle et sociale du masculin et du féminin et aux rapports sociaux de pouvoir entre les hommes et les femmes (Singly et al. 2003). Elle est l'expression sociale de la féminité (ou de la masculinité) dans une construction sociale définie (Molinier, 2002). Autrement dit, l'identité de genre (féminine ou masculine) réunit un ensemble de signes, de symboles et de pratiques désignant une appartenance identitaire

L'identité féminine est en perpétuel mouvement et évolue dans un espace symbolique. En étant toujours mouvante, poser une définition universelle englobant l'ensemble des contextes et les enjeux relationnels actuels serait impossible. L'identité féminine ne peut donc pas être expliquée par une seule et même définition, mais par plusieurs, selon le contexte dans laquelle nous l'inscrivons. Elle est également pluridimensionnelle ; elle est à la fois une construction sociale, psychologique, culturelle et logique (Zourabichvili et al., 2003).

La conceptualisation de l'identité de genre recouvre un vaste éventail de comportements qui constitue un mélange de masculinité et de féminité chez chacun, mais sous des formes

différentes et à des degrés différents (Bem, 1974). Elle implique un comportement psychologiquement motivé (Stoller, 1964).

Le sens de l'identité du genre est acquis grâce à l'internalisation du monde extérieur et des connaissances externes. Cependant, il ne sera jamais acquis entièrement et doit être constamment remis en mouvement dans les interactions sociales. Selon Lafrance et al (2004), le terme « *identité de genre* » a une fonction spécifique. En effet, il permettrait aux individus d'exprimer leur attitude envers leur position par rapport à leur statut actuel de femmes ou d'hommes.

Finalement, le premier pas vers l'identité de genre d'un individu est la conviction que l'assignation de son sexe est anatomiquement et psychologiquement correcte (Stoller, 1968). C'est la première connexion autour de laquelle la masculinité et la féminité évoluent en harmonie.

À travers des comportements, des pratiques, des valeurs attribuées aux individus selon leurs sexes, on retrouve la dimension culturelle des différences de sexe (Lapeyre et al., 2009). C'est au croisement entre le sexe et le genre que le « devenir femme » prend toute sa définition.

Le mot « femme » fait donc référence au sexe biologique des individus nés féminins, tandis que la féminité est définie comme l'ensemble des caractères spécifiques de la femme, dont les considérations anatomiques et physiologiques (Maulnier, 1976). Finalement, une femme construit sa féminité toujours par la médiation d'autres statuts, telle que la parenté, l'âge, le rang social et à partir d'un contexte social. Autrement dit, une femme occidentale se construira au sein d'une société patriarcale et selon son éducation et ses propres valeurs.

2. Identité féminine au sein d'une société patriarcale

Le statut de la femme ainsi que ses représentations, ont connu des évolutions positives dans la société au cours des derniers siècles, mais il persiste toujours un ensemble de stéréotypes dans l'imaginaire social. On ne peut pas parler de cet imaginaire sans l'intégration de nouveaux schémas de pensée. En effet, l'évolution du statut de la femme n'induit pas systématiquement une intégration parfaite de nouvelles représentations sociales. De ce fait, le statut de la femme évolue, mais pas systématiquement avec l'intégration des nouveaux schémas de pensée, rendant ainsi, certaines habitudes ou représentations tenaces dans les mœurs et dans les traditions (ex. l'inégalité salariale entre les hommes et les femmes). Pour autant, l'identité féminine n'en demeure pas moins mobile, comme toute représentation construite socialement et culturellement (Mann, 2010).

L'identité féminine n'a fait qu'évoluer dans le temps et dans l'espace depuis ces dernières décennies. A une époque, la place de la femme (et encore plus son identité) était secondaire à celle de l'homme. Prise dans un mouvement perpétuel, elle passait de l'autorité du père à celle du mari sans jamais avoir une once d'autonomie. L'identité féminine était donc en quête de reconnaissance, contrairement à l'identité masculine ayant une place déterminée et fixe dans la société organisée. Toutefois, il est important de souligner que ce qui nous apparaît maintenant comme de « l'esclavagisme » ou de la « soumission à l'homme », à l'époque, cela était un schéma de pensée intégré par la majorité des individus (Zourabichvili et al., 2003).

Comme dit précédemment, l'identité féminine est socialement et culturellement apprise et influence les individus vers des conduites sexuelles. En France, elle est évoquée sous le terme

« *rapport social de sexe* » (Fraisie, 2001). L'identité féminine évolue donc en fonction d'un contexte social prédéfini.

Plusieurs études ont souligné que les hommes étaient souvent dépeints en termes instrumentaux (indépendants, sûr de soi, dominateurs, agressifs, etc.) et sont plus fréquemment associés à la notion de culture. Les femmes sont plutôt décrites en termes expressifs (douce, calme, sensible, réfléchie, etc.) et sont plus souvent rattachées à la notion de nature et du foyer (Massei, 2017 ; Ortner, 1974 ; Testé et Simon, 2005). En effet, dans la culture occidentale, les femmes sont considérées comme passives, coopératives et expressives (Stets & Burke, 2000) et nous savons qu'à compétence équivalente, les hommes sont souvent mieux jugés que les femmes. Les traits féminins sont davantage attribués aux individus et aux professions de bas statut social ainsi qu'aux individus les moins performants et inversement, les traits masculins sont plus attribués aux individus et aux professions de haut statut social, et aux plus performants professionnellement (Testé & Simon, 2005). Ces rôles sociaux et stéréotypes de genre s'inscrivent dans une société patriarcale. Bien que ces rapports sociaux de genre imposeraient des rôles figés aux hommes et aux femmes (Guilbert, 2004), les rôles évoluent bien évidemment au fil des années (ou au fil des siècles pour certains pays).

L'identité féminine et sa construction étant présentée et précisée dans une société patriarcale, une conceptualisation de la féminité s'impose. En effet, lorsqu'on parle de féminité ou « d'être féminin » dans le langage courant, on fait particulièrement référence à des critères de beauté promus par la société et assignés pour la plupart aux visages des femmes (exemple : le maquillage) (Mozere et al., 2005). Le cancer du sein et ses traitements mettant à mal la féminité des patientes, il nous semblait indispensable de conceptualiser la féminité afin d'en dessiner les contours.

III) La féminité

1. Définition et approche de la féminité

Le Grand Dictionnaire de la Psychologie (1999) définit la féminité par « *un ensemble de caractéristiques physiques et psychologiques plus fréquentes ou plus marquées en moyenne dans la population féminine que dans la population masculine* ». La féminité vient du mot « *femininity* » qui en anglais peut se décomposer en deux mots. *Feminin* qui se rapporte à la femme et *ity* qui représente le degré, la qualité d'être. **La féminité serait le degré de féminin que possède un individu.** Elle ne se pense qu'en rapport à l'homme, c'est à dire dans un monde objectivement masculin et « naturellement » portée à la soumission féminine (Tap, 1985).

La féminité peut être un concept, une identité et une représentation ou plutôt des identités, des concepts et des représentations (Vouillot, 2002) évoluant avec les générations (des années 30 à nos jours) et selon les rôles sociétaux (ex. épouse, mère, adolescente ...). Toute la difficulté de parler de la féminité est de savoir comment se la représenter alors qu'il y a une diversité d'identités féminines. Elle peut aussi être une croyance (Garcia, 2018), ainsi, l'individu va se définir en fonction de s'il se représente féminin ou non. La croyance en la féminité débute avec les attitudes parentales, puis les informations externes vont progressivement venir s'internaliser dans chaque individu (Wolf, 2016).

2. Les représentations de la féminité

Dans le cadre de ce travail, les définitions et les représentations de la féminité seront présentées dans un cadre culturel occidental. Dans un contexte différent, elle serait abordée d'une autre manière.

La définition même de la féminité en psychologie comporte à la fois un aspect physique et un aspect psychologique. « *L'histoire des femmes a d'abord été une histoire de leur corps* ». C'est Michelle Perrot⁶ qui a prononcé cette phrase au début des années 80. Selon cet auteur, les femmes ont un corps sexuel, un corps de maternité et un corps de travail. Le corps serait donc porteur de rôles ou de fonctions sociales et culturelles en plus d'être doté d'autres signes permettant une différenciation des individus.

En effet, lorsqu'on voit une femme, c'est par **le corps** que la féminité transparaît en premier, notamment par son visage. Dans l'intérêt de ce travail, nous allons illustrer nos propos en abordant l'aspect physique de la féminité à travers la santé. En effet, être en bonne santé serait un des facteurs déterminants qui serait juge de la féminité.

Dans les pays occidentaux, le visage serait le réceptacle de la féminité. Par exemple, plus les femmes ont un contraste important des couleurs au niveau du visage (accentuer le rouge sur les lèvres), plus elles sont perçues comme attirantes et féminines (Russell et al., 2003 ; 2009). À l'inverse, les femmes ayant des lèvres bleues ou des lèvres pâles sont indices de cyanose ou d'anémie, donc de mauvaise santé ; elles sont perçues comme moins féminines (Stephen & McKeegan, 2010). Ce critère ne se retrouve pas chez les hommes, laissant à penser que la bonne santé est perçue comme étant plus importante pour la féminité des femmes que pour la masculinité des hommes. Smith et al. (2009) ont d'ailleurs montré dans une étude que les visages féminisés et en bonne santé sont plus attirants que les visages masculinisés et/ou en

⁶ Historienne née le 18 mai 1928

mauvaise santé. Ses résultats sont confirmés par Moore et al. (2011) soulignant l'existence d'une corrélation entre la féminité et la bonne santé perçue.

Les indices sur le visage que nous utilisons pour évaluer la féminité activeraient également des éléments utiles pour les relations sociales. Le contraste facial est donc un indice de féminité, mais pas seulement. Il est également un indice perceptif pour déterminer l'âge, l'ethnie et le sexe d'un individu et active en même temps tous les stéréotypes et les représentations associées à ces catégories dans une culture et une société donnée (Brewer et al., 1988).

Les stéréotypes répondent à un besoin de simplification dans le traitement des informations. L'homme se centre sur certaines caractéristiques, le regroupent en catégories et réalise des généralisations qui conduisent aux stéréotypes (Poulin-Dubois & Serbin, 2006). Les stéréotypes liés à la nature féminine ou masculine des individus sont les plus fréquents. Cette différence de nature conduit à attribuer aux hommes et aux femmes des comportements, aptitudes, préférences ou des personnalités qui leur sont spécifiques et qui servent de point de départ pour les stéréotypes de genre (Wiggins & Holzmuller, 1981).

Les représentations sont constituées par des données du réel que l'individu se reconstruit subjectivement sur la base de son expérience, de ses facultés cognitives et de son identité sociale. La représentation que chaque individu se fait de son environnement physique et social est donc relativement indépendante de la réalité et tend, d'une manière générale, vers une simplification du réel sous la forme de stéréotypes.

Enfin, **l'aspect psychologique** de la féminité est souvent retrouvé dans certaines caractéristiques de la personnalité d'un individu accentuant ainsi les stéréotypes et les rôles sociaux des deux sexes.

Des auteurs ont constaté que certaines caractéristiques, étant autrefois symbole de masculinité, tels que « assertif », « forte personnalité », « leadership » sont désormais souhaitables et acceptées pour les deux sexes (Lajunen, 2005). A l'inverse, les caractéristiques symbole de féminité tels que « douce », « calme », « émotionnelle » ou « compréhensive » sont toujours peu souhaitables pour les hommes (Lajunen, 2005). Enfin, dans cette même étude, on constate que, même si les femmes ont obtenu des scores plus élevés sur l'échelle de la féminité que les hommes, aucune différence entre les deux sexes n'a été constatée sur des scores de masculinité, supposant que l'internalisation de la masculinité est plus facilement acceptée par les deux sexes que l'internalisation de la féminité.

IV) Femmes et santé

Il existe de nombreuses différences entre les deux sexes, que cela soit d'ordre biologique, social ou psychologique. Ces différences s'observent-elles aussi dans un système de soin ? Comment une femme s'inscrit-elle dans un système de santé dirigé essentiellement par des hommes et dans un contexte social patriarcal ? C'est ce que nous allons voir dans cette dernière partie.

Que l'on soit homme ou femme, la santé est un bienfait souhaitable dans la société. En effet, dans le *Discours de la méthode*, Descartes affirmait que « *la conservation de la santé [...] est sans doute le premier bien et le fondement de tous les autres biens de cette vie* » (Descartes, 1637 [1991], p.131).

Encore actuellement, à la question « *Qu'est-ce qui est pour vous le plus important pour être heureux ?* », plus de 40% des individus interrogés pensent spontanément à **la santé** (Baudelot

& Gollac, 1997 ; Herzlich, 2019). Des différences biologiques et des inégalités sont prégnantes entre les hommes et les femmes lorsqu'il s'agit de la santé et de la maladie.

L'histoire de la médecine est presque exclusivement masculine et les savoirs médicaux en découlant sont produits par des hommes blancs et hétérosexuels de surcroît (Moulinier-Brogi, 2010). Il s'est passé des siècles pour que la médecine et les hommes commencent à chercher à déconstruire les préjugés sur les femmes. En effet à l'époque, ils tentaient plutôt d'asseoir leur domination en prétextant leur supériorité biologique et naturelle, venant ainsi introduire des problèmes dans la prise en charge médicale des femmes (Moulinier-Brogi, 2010).

1. Différences biologiques liées à la santé

C'est à partir du 18^e siècle que la différence des sexes sur le plan biologique sera envisagée pour la première fois. Avant et depuis l'Antiquité, seul un modèle unisexe était mis en évidence, car les organes féminins étaient perçus comme inversés par rapport aux organes masculins, mais pas moins différents (Laqueur, 1992). Cette dissemblance est issue, non pas de découvertes scientifiques, mais d'un contexte épistémologique et politique des Lumières où la nature et l'égalité entre les hommes ont été mises en avant. Les nouvelles catégories de sexe biologique auraient ainsi permis à penser la relation entre hommes et femmes, non plus sur le registre de l'inégalité naturelle ou de la hiérarchie naturelle entre hommes et femmes, mais sur le registre de la différence essentielle (Laqueur, 1992 ; 2013).

Il existe des caractéristiques sexuelles mâles et femelles, qui déterminent des risques biologiques différents. C'est le cas par exemple du cancer de la prostate chez les hommes ou celui des ovaires ou de l'utérus chez les femmes. Néanmoins, la plus grande différence

biologique entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé est la longévité (Balard, 2016). Depuis le 18^e siècle, l'écart de longévité entre hommes et femmes s'est accru en France, mais toujours au bénéfice des femmes (Dumont, 2019). Cependant, il a été démontré que même si les femmes bénéficient d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes, leur état de santé perçu est de moindre qualité (Andrade et al., 2011 ; Zhang et al., 2017).

Même si les femmes vivent plus longtemps, elles ont pour autant, davantage de pathologies et d'handicaps que les hommes (Andrade et al., 2011 ; Zhang et al., 2017), impactant leur qualité de vie et leur bien-être (Carmel, 2019). Des chercheurs ont développé l'idée d'un paradoxe, appelé « *le paradoxe santé/survie, masculin/féminin* », révélant ainsi des différences importantes entre « *l'état de santé* » et la « *survie* » (Oksuzyan et al., 2008). En effet, les hommes meurent plus jeunes, mais sont considérés comme étant plus forts et moins handicapés que les femmes qui vivent plus longtemps, mais avec une dégradation de leur état de santé plus accentuée, et ce, dans toutes les catégories d'âge (Andrade et al., 2011 ; Zhang et al., 2017). Des différences biologiques comme le système immunitaire, les hormones, la génétique, etc. en seraient la cause. Cependant, il existerait aussi des biais sociaux par lesquels les hommes retardent les consultations médicales, laissant le temps à la pathologie de s'aggraver avant une prise en soin effective diminuant la probabilité de survie.

2. Exemple du cas du cancer du sein

Face à un cancer, les femmes sont bouleversées et c'est tout un remaniement psychique et identitaire qui va devoir s'opérer. Le sein est déformé voire dans certains cas retirés par les traitements altérant le corps et l'estime de soi (Devreux, 2001). La perte ou l'altération de

l'organe constitue une menace pour l'identité de la femme et les domaines intrinsèques, telle que la sexualité (Thibeault et al., 2012).

Cash (2012) a démontré dans son étude que les femmes endossant le plus de traditions et d'attitudes liées au rôle du genre ont tendance à internaliser les standards de beautés culturelles en investissant fortement leur apparence physique. Cet auteur a aussi démontré que les femmes atteintes d'un cancer du sein et pour qui leur corps et leur apparence physique sont très importants, présentent de plus grandes difficultés à s'ajuster au traitement. En effet, ces femmes rapportent une plus grande insatisfaction au sujet de leur image du corps. La manière dont ces femmes se perçoivent influencerait leur qualité de vie après les traitements contre le cancer du sein (Cash, 2012). Autrement dit, la façon dont sont internalisés des expériences, des souvenirs, des croyances et des émotions va progressivement construire un concept que chaque individu a de soi-même. La féminité peut faire partie de ce concept.

Pour repenser leur identité féminine, les femmes atteintes d'un cancer du sein utilisent différentes stratégies dépendant fortement de leur contexte socioculturel (Zeighami et al., 2018). En effet, les normes et les croyances socioculturelles déterminent de manière significative les réponses psycho comportementales telles que la sélection et l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation (Cohen et al., 2011). Par exemple, les cheveux et la poitrine étant deux des principales caractéristiques féminines dans la culture occidentale (Martinez-Ramos et al., 2013), les femmes atteintes d'un cancer du sein vont avoir recours à des stratégies d'adaptation concernant leur beauté du corps, tel que porter une perruque, avoir une prothèse mammaire externe ou bien se faire tatouer des sourcils.

V) Conclusion

L'identité est une réalité individuelle et sociale (Descombes, 2017). Elle s'organise autour de plusieurs représentations et sentiments que nous nous faisons de nous-mêmes ou que nous nous attribuons de nos groupes sociaux et de ses interactions collectives.

Un état de bonne santé fait partie de l'identité sociale. L'arrivée d'une maladie, tel qu'un cancer du sein bouleverse l'identité, puisqu'en devenant une personne malade, elle fera évoluer le regard qu'elle aura de soi-même. En parallèle, la patiente sentira également le regard des autres changer progressivement, jusqu'à être perçue comme quelqu'un de malade, de fragile ou de vulnérable (Jacques, 2009)

Certaines études ont mis en évidence le souhait des femmes atteintes d'un cancer du sein est d'être considérées autrement que comme étant une personne malade (Jacques, 2009 ; Tarantini et al., 2014). Il est important pour elles de se détacher de cette identité et d'être regardée autrement que comme quelqu'un de malade (Bataille, 2003).

Les traitements contre le cancer du sein impactent négativement le corps des femmes, déforment leur sein, voire le supprime dans les cas de mastectomie. L'identité féminine est alors menacée (Thibeault et al., 2012).

Nous souhaitons évaluer le vécu de la féminité et la représentation de la féminité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Quels modèles en psychologie de la santé pourraient nous permettre d'appréhender toute la complexité de la féminité et de ses représentations ? Quelles seront nos variables et nos issues ?

Résumé

L'identité est un concept théorique regroupant plusieurs notions comme l'identité individuelle, culturelle ou sociale. Elle est là pour à la fois caractériser un individu (ou un groupe) et pour le différencier des autres. Pour construire son identité, une personne a besoin d'interaction avec des tiers. En effet, c'est en connaissant autrui que l'on apprend à se connaître. Elle se construit donc à la fois grâce aux interactions avec l'environnement et aux perceptions qui nous sont propres. En d'autres termes, elle lie étroitement la relation à soi à la relation à autrui ; l'individuel et le social (Mead, 2006). Elle se construit donc à partir de la perception du corps propre et à travers les interactions précoces avec l'entourage.

L'identité féminine est chargée de représentations qui ne cessent d'évoluer dans la société au fil du temps. Chez les femmes ayant un cancer du sein, le corps est particulièrement affecté et les patientes vont avoir recours à des stratégies d'adaptation concernant leur identité féminine.

Plusieurs identités et représentations définissent la féminité (Vouillot, 2002). Parmi les diverses représentations, notre recherche s'intéresse plus précisément à la représentation de la féminité, c'est-à-dire le degré de féminin que s'autoattribue un individu. Mais comment parler de féminité alors qu'il y a autant d'identités féminines ?

Chapitre 4. La féminité des patientes atteintes d'un cancer du sein : quel modèle pour l'étudier ?

Introduction

L'objectif de ce chapitre est dans un premier temps, de présenter les modèles théoriques du champ de la psychologie de la santé et d'en choisir un au regard des variables relevées dans la littérature. Le vécu de la féminité, la représentation de la féminité et la qualité de vie seront les variables présentées dans cette partie. En effet, évaluer la qualité de vie permet de se rendre compte de la souffrance psychologique du patient et ainsi, d'engager les démarches/interventions adaptées lui permettant d'améliorer son confort. Nous présenterons un modèle issu de la psychologie de la santé permettant de prendre en considération ces facteurs transactionnels entre les antécédents (forme du traitement, variables sociodémographiques, biomédicales et psychologiques) et l'issue (la qualité de vie), afin de comprendre d'éventuels liens de causalité.

I) Les modèles en psychologie de la santé

Plusieurs modèles en psychologie de la santé sont accessibles pour les chercheurs et les cliniciens. Certains plus spécifiques que d'autres, visent à prédire des critères bien délimités comme un comportement de santé, une habitude, etc. (Cestac & Meyer, 2010), tandis que d'autres sont plus larges et ont pour objectif de prédire des issues de santé, tel qu'un état fonctionnel, ou la qualité de vie (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Actuellement, il existe trois grands types de modèles permettant d'expliquer comment des antécédents environnementaux, psychosociaux et biomédicaux peuvent affecter les comportements, la biologie et les issues de santé des personnes atteintes. Ces trois types sont : les modèles biopsychosociaux, sociocognitifs, et transactionnels.

1. Le modèle biopsychosocial

Engel, un médecin psychiatre, a introduit ce modèle en 1980 avec l'objectif de prendre en compte les facteurs psychologiques, sociaux et biologiques des pathologies (Figure 4). Ce modèle se veut à la fois théorique et clinique puisqu'il articule des hypothèses explicatives de la santé et de la maladie afin de mettre en place des outils diagnostiques et thérapeutiques. En d'autres termes, il s'agit « *d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie* » (Berquin, 2010). Aucune de ces trois dimensions (biologiques, psychologies et sociaux) sont jugées prioritaires vis-à-vis d'une autre, même si l'on conçoit que leur importance puisse être relative (Berquin, 2010). Ce modèle exige que les dimensions soient dépendantes l'une de l'autre, le fonctionnement de l'une ne peut se penser sans l'autre (Bruchon-Schweitzer, 2002).

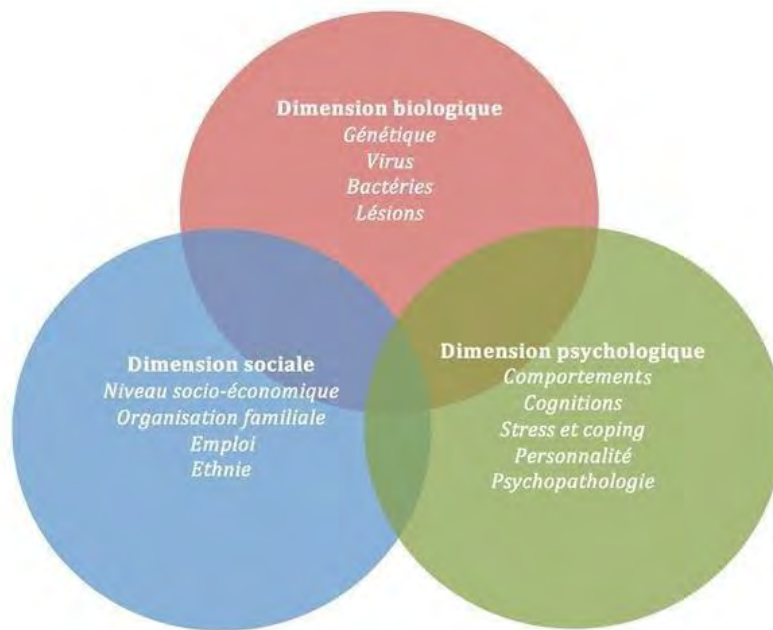


Figure 4. Modèle biopsychosocial (Engel, 1977, 1980)

Ce modèle présente plusieurs limites. C'est un modèle dualiste, il n'intègre pas, mais unit le corps et l'esprit en niant le rapport entre eux. En témoigne le fait que ces dimensions soient encore considérées comme appartenant à des catégories distinctes. En ces termes, être malade (avoir mal, se sentir mal, être perturbé...) se réduit à avoir une maladie sans forcément prendre en compte le mal être psychique. *"L'erreur qui fait de ce modèle un modèle estropié, réside dans le fait qu'il n'inclut pas le patient et ses attributs en tant que personne, en tant qu'être humain"* (Engel, 1980). Ce modèle peut également paraître réductionniste du fait d'un nombre de dimensions limitées dans chaque catégorie.

De par ces limites, nous avons choisi de ne pas nous appuyer sur ce modèle théorique dans le cadre de cette recherche. En effet, d'autres modèles vont considérer l'état de santé d'une personne par des interactions plus dynamiques entre des catégories endogènes, exogènes, internes et externes à contrario de ce modèle (Jobin et al., 2012). Cette prise en compte se trouve

dans les modèles sociocognitifs et transactionnels, tel que proposé par celui de Bruchon-Schweitzer, (2008).

2. Les modèles sociocognitifs

Les modèles sociocognitifs en psychologie de la santé ont été construits au regard des objectifs des politiques de santé publique. L'intérêt était alors d'expliquer pourquoi les individus adoptaient ou non des comportements de santé et s'ils suivaient ou non les recommandations de santé publique. De ce fait, ils rendent compte du rôle des croyances et des représentations que les individus élaborent et qui déterminent leurs comportements de santé sains ou à risque. Cette approche est donc particulièrement utilisée dans les recherches centrées sur les facteurs influençant l'observance thérapeutique. Ces modèles incluent des antécédents de cognition sociale, comme les normes, les attitudes, etc.

Ces modèles permettent de corréler les croyances et les comportements de santé dans des contextes précis. Par exemple, dans le cadre de la prévention du cancer du sein, la vulnérabilité perçue et les obstacles perçus sont de bons prédicteurs des examens d'autopalpation (Wyper, 1990). Par ailleurs, le sentiment de contrôle et la motivation à rester en bonne santé sont de bons prédicteurs de la réalisation de l'examen de prévention du cancer du col de l'utérus (Ogden, 2008).

Plusieurs limites ont été mises en avant avec ce modèle. Dans un premier temps, il fournirait une faible prédictivité concernant l'adoption des nouveaux comportements. Cela peut s'expliquer par la non prise en considération des déterminants sociaux objectifs (catégorie sociale, ethnie, profession, etc...) et par la place secondaire délaissée aux facteurs de personnalité. Actuellement, les modèles ont été pour la plupart réorganisés afin de prendre en

compte les variables socio démographiques, les facteurs de personnalité, les mécanismes d'autorégulation (Leventhal, 2003), ainsi que les processus transactionnels. Ainsi, « *les divers antécédents situationnels, dispositionnels, cognitifs, comportementaux ont aussi des effets indirects sur la santé, effets qui transitent par certains processus transactionnels mis en place par les individus et qui en modulent les effets* » (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

Dans le cadre de notre recherche, nous ne cherchons pas à prédire des comportements de santé et c'est pour cette raison que nous ne nous attarderons pas davantage sur ce modèle. Néanmoins, nous retenons que les processus transactionnels pourraient être appliqués à notre question de recherche. Bruchon-Schweitzer (2002) a notamment conçu un modèle impliquant les processus transactionnels que nous pouvons envisager pour notre étude.

3. Le modèle transactionnel intégratif multifactoriel (TIM) (Bruchon-Schweitzer, 2002)

Ce modèle a été développé sur la base des travaux de Lazarus & Folkman (1984) et a été soutenu par de nombreuses recherches, permettant de le rendre multifactoriel et intégratif (Untas et al., 2012) (Figure 5). Le modèle TIM intègre les différents facteurs ayant un impact sur les critères de santé et de qualité de vie (Bruchon-Schweitzer, 2002) et inclut les apports des modèles sociocognitifs. C'est ainsi que l'on retrouve dans le modèle :

- Les antécédents environnementaux, sociodémographique et les caractéristiques de la personnalité tels que la profession, la famille, les caractéristiques de la maladie et des traitements, les caractéristiques sociodémographiques et l'histoire de l'individu ou

encore le sentiment d'auto-efficacité (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001). Ces variables seraient déjà présentes avant l'arrivée de la maladie

- Les transactions expliquant les interactions entre l'individu et le contexte de santé. L'impact du traitement ou la sexualité sont autant d'éléments de compréhension de l'évaluation subjective que réalise chaque patient de la situation
- Les issues (ou les critères) prédictives correspondant à l'état de santé physique, psychologique et émotionnelle du malade, telles que la qualité de vie

La validité prédictive du modèle TIM a été mise à l'épreuve auprès de patients présentant des pathologies diverses (cancer, VIH, hépatite, etc...). Les résultats sont satisfaisants puisque les facteurs expliquent jusqu'à 60% de la variance (Lelorain et al., 2011 ; Untas et al., 2012).

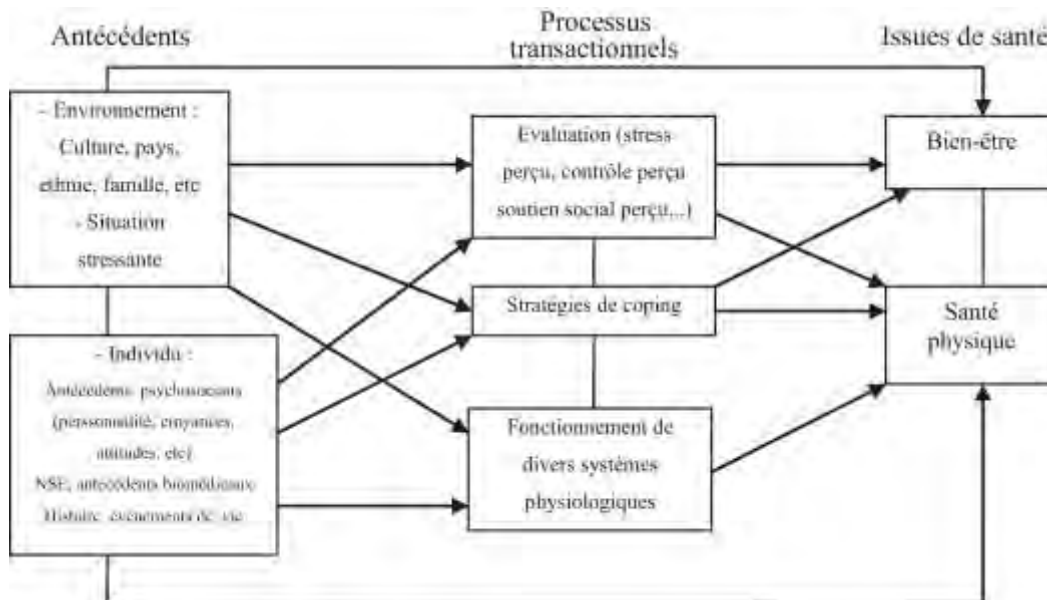


Figure 5. Le modèle transactionnel intégratif multifactoriel (TIM) (Bruchon-Schweitzer, 2002)

La flexibilité de ce modèle concernant les critères de santé nous a amené à le penser pertinent pour notre question de recherche. En effet, il semble adapté à l'étude de l'impact des traitements

et au choix de nos variable médiatrices. Plusieurs études sur le cancer du sein ont étudié le modèle TIM (Untas et al., 2012 ; Bruchon-Schweitzer, 2012) et notre prédiction d'issue, telle que la qualité de vie, peut dans ce cas être utilisé ici.

II) Quelles variables seront étudiées dans le modèle TIM ?

1. Les antécédents associés au cancer du sein

Dans le cadre de notre recherche, nous allons relever plusieurs antécédents auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein : l'âge, le niveau d'étude, le statut familial, la profession, le nombre d'enfants, les antécédents médicaux, la date du diagnostic de leur cancer du sein, le stade de la maladie et leur traitement actuel et passé. La plupart de ces antécédents sont des variables qui sont contrôlées habituellement dans les études sur le cancer du sein et la féminité (Jablonski et al., 2018 ; Jorgensen et al., 2016 ; Haines et al. 2010).

2. Les processus transactionnels

Le TIM de Bruchon-Schweitzer (2002) recense trois types de processus médiateurs ; l'évaluation primaire, l'évaluation secondaire et les stratégies d'ajustements. L'évaluation primaire consiste pour l'individu à la fois identifier la situation (sa nature et sa signification) et à évaluer les différentes caractéristiques (la gravité de l'événement, la durée, la contrôlabilité, etc.) (Bruchon-Schweitzer, 2001). Dans un second temps, l'évaluation secondaire permettra à la personne de pouvoir évaluer ses ressources personnelles et sociales afin de faire face à la situation anxiogène (Pruyn et al., 1988). Enfin, nous retrouvons les stratégies d'ajustements qui

sont « *l'ensemble des réactions et des stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes* » (Lazarus & Folkman, 1984).

Dans le cadre de cette étude, nos variables transactionnelles sont ; la représentation de la féminité, le vécu de la féminité et la sexualité qui vont venir affecter notre issue de santé, à savoir la qualité de vie. C'est ainsi que nous avons fait le choix de les positionner en variables médiatrices. Dans ce contexte, aucune stratégie d'ajustement ne sera évaluée.

a) Sexualité

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés* ». La stratégie nationale de santé sexuelle investit le champ de la santé sexuelle et reproductive sous un angle global et positif et dans un cadre partagé au niveau interministériel (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Ses orientations stratégiques 2017-2030 s'articulent autour des grandes priorités suivantes :

- Promouvoir la santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes ;
- Améliorer le parcours de santé en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH et les hépatites virales ;
- Améliorer la santé reproductive ;

- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ;
- Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle ;
- Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer

La sexualité est une sphère englobant la famille, la société et la religion. Si une des trois dimensions est lésée, des troubles sexuels peuvent apparaître (Karabulut et al., 2009). L'annonce du cancer du sein vient bousculer au moins une de ces trois dimensions. Hanounn-Levi (2005) souligne qu'il est difficile d'évaluer avec précision la raison de l'impact sur la sexualité. Est-ce que l'annonce du cancer et le traumatisme qui a suivi chez l'individu ont entravé la sexualité ou est-ce les traitements ? Est-ce que les troubles sexuels étaient déjà présents avant l'annonce du diagnostic ? On peut difficilement réellement savoir l'origine des troubles sexuels en santé. Par exemple, l'étude d'Almont (2017) montre que les dysfonctions sexuelles chez les femmes sous radiothérapie seraient déjà présentes avant les traitements. 51% des femmes déclarent avoir eu des troubles de la fonction sexuelle entre le diagnostic et le début de la radiothérapie. On peut donc supposer que le début des traitements viendrait seulement renforcer une défaillance déjà présente.

Malgré tout, plusieurs études ont été consacrées à la santé sexuelle des femmes atteintes d'un cancer du sein. De nombreuses patientes atteintes de cancer pensent qu'avoir des troubles sexuels pendant et après leur traitement serait « le prix à payer » pour atteindre la rémission. Blouet (2018) a voulu évaluer l'impact des traitements sur la qualité de vie sexuelle chez les femmes de moins de 35 ans atteintes de cancer du sein. Les résultats montrent que plus de la moitié ont eu des problèmes avec leur sexualité. Le domaine le plus altéré serait la fréquence des rapports sexuels et les orgasmes qui ont tous les deux diminués.

Montazeri (2008) démontre que très peu de publications entre 1974 et 2007 portent sur les troubles sexuels chez ces femmes. Il conclue sur l'importance d'évaluer la sexualité pour une

étude plus exhaustive de la qualité de vie chez les femmes ayant un cancer du sein. D'autres études montrent également l'intérêt d'évaluer la qualité de vie sexuelle chez ces patientes (Blouet, 2018). En effet, leur parcours de soins ne les prépare pas assez pour faire face à « l'après cancer », notamment à propos de leur intimité. Une enquête de « *la vie deux ans après le cancer* » (Charif et al., 2014) démontrent notamment que deux ans après le diagnostic, deux tiers des femmes ont encore des séquelles dans leur vie sexuelle et intime. La prise en compte de la sexualité dans le parcours de soins des femmes est donc primordiale.

b) La représentation de la féminité

Les individus et les groupes sociaux élaborent des représentations du monde adaptées à la position sociale qu'ils occupent et la hiérarchie de cette position. Dans le cadre de la société occidentale, le genre masculin est considéré comme dominant du genre féminin. Ainsi, la définition de la masculinité, axée sur le pôle personnel de l'identité sociale, est proche de celle des groupes dominants. Tandis que celle caractérisant la féminité, plus fondée sur l'aspect collectif de l'identité sociale, est plus en rapport avec celle se référant aux groupes dominés (Lorenzi-Cioldi., 2009). La représentation de la féminité s'élabore donc sous la dominance sociale.

Lorsqu'on adresse un jugement de féminité à une personne d'après son visage, ou lorsqu'on s'adresse un auto jugement au sujet de sa propre féminité, on va également lui (nous) accorder une certaine valeur, des qualités et des défauts à l'aide de traits personnologiques. Le niveau de féminité perçu d'un visage va donc donner lieu à une association de certains nombres de traits. Il est établi qu'ils sont organisés en deux dimensions, qualifiées récemment de « Big Two » par Abele et Bruckmüller (2011), qui régissent le jugement social (Abele & Bruckmüller, 2011 ; Abele & Wojciszke, 2007 ; Bakan, 1966 ; Beauvois & Dubois, 2005 ; Parsons & Bales, 1955 ;

Peeters, 1992 ; Wojciszke, 2005). Tantôt dans un contexte social, tantôt dans un contexte intime, les représentations de la femme s'articulent autour de représentations socialement données et autour de représentations construites par le contexte sociétal et culturel. C'est ainsi que le corps « parfait » d'une femme ne cesse d'évoluer au fil des générations par exemple.

L'arrivée d'un cancer du sein met à mal certaines autoreprésentations, notamment à travers l'aspect physique et la féminité. En raison des traitements anticancéreux, le jugement que l'on se fait de notre féminité peut être négatif. Ainsi, une femme pour laquelle la maladie transparait sur le visage ne se perçoit pas comme étant féminine (Stephen & McKeegan, 2010).

c) Le vécu de la féminité

La féminité est un élément faisant partie des êtres humains, ces derniers se construisant en même temps qu'elle (Broquat & Doquet, 2013 ; Watkins et al., 2012). Les éléments féminins apparaissent en cours de vie et sont reconnus très tôt chez les enfants, particulièrement chez les petites filles. Il apparaît que chaque femme a sa façon d'être femme, d'être féminine. Le vécu de la féminité est toujours présent et varie selon l'identité et le vécu. Sur le plan de l'identité personnelle, la féminité désigne une des modalités possibles de l'identité sexuelle, ou de la plus ou moins grande aisance à « habiter » son corps, l'aimer et en retirer du plaisir (Butler, 2005 ; Pazhoohi & Liddle, 2012 ; Marlowe, 2001).

La féminité est très présente dans les écrits scientifiques. En effet, lorsqu'on parle de cancer du sein, l'image du corps et la sexualité étant fortement impactée, les auteurs abordent très fréquemment la féminité (Jablonski et al., 2018 ; Baize et al., 2008 ; Koçan et Gürsoy, 2016).

Le cancer, particulièrement celui du sein ou des attributs génitaux féminins, intervient dans la reconstruction de la féminité, notamment dans l'image du corps. La zone des seins féminins est

traditionnellement associée à des questions psychosociales et à des attributs tels que l'identité sexuelle, la sexualité et la santé, la maternité, l'attractivité et la féminité (Pikler & Winterowd., 2003 ; Manderson & Stirling., 2007. Finalement, la façon dont une femme vit sa féminité est subjective et résulte souvent du contexte sociétal, de ses pensées, perceptions et sentiments (White., 2000).

3. Issue de santé : la qualité de vie

Habituellement, la qualité de vie émotionnelle et la qualité de vie physique font partie des critères de santé du TIM.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini, en 1994, la qualité de vie comme suit : *« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. ».*

Les analyses de Qualité de vie (QDV) ont commencé à se développer dans les années 1970, afin de décrire et mesurer l'impact de différents états sur la vie quotidienne des personnes, en prenant en compte l'aspect émotionnel et les fonctions sociales autant que les conditions purement physiques. Dans cette perspective globale, les approches économique, psychosociale et biomédicale de la qualité de vie coexistent. La QDV d'une population est un enjeu majeur en sciences économiques et en sciences politiques. On utilise les notions proches d'utilité et de bien-être. En psychologie et en médecine, la qualité de vie est le jugement que porte une

personne sur divers aspects de son bien-être physique, social et psychologique. Elle peut être évaluée par des échelles standardisées.

Les chercheurs s'accordent à considérer la QDV comme un concept multidimensionnel (Pouchot & Ecosse, 2001 ; Rejesky et Mihalko, 2001) qui se structure le plus souvent autour de quatre dimensions :

- Etat physique : autonomie, capacités physiques,
- Sensations somatiques : symptômes, conséquence des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs,
- Etat psychologique : émotivité, anxiété, dépression,
- Statut social : relations sociales et rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.

La première étude ayant évalué la qualité de vie chez les patientes atteintes d'un cancer du sein date de 1974 (Moore et al., 1974). Ces auteurs ont examiné l'impact de la chimiothérapie et de l'adrénalectomie sur la qualité de vie dans une étude longitudinale. À partir des années 1980, les mesures de qualité de vie sont de plus en plus utilisées en recherche clinique. La recherche médicale est alors l'objet d'une véritable révolution, opérée autour de l'organisation d'essais cliniques de grande ampleur, impliquant des centaines, et bientôt des milliers de patients (Löwy et al., 2014). Visant l'amélioration des thérapeutiques et l'évaluation de leurs effets, les essais mobilisent de nouveaux instruments de quantification, auxquels certains chercheurs associent des mesures permettant de quantifier non seulement la survie des malades, mais la qualité de cette survie. En cancérologie, le Dr. David Karnofsky animant une équipe de recherche au Sloan-Kettering Institute de New York (l'un des principaux centres de recherche dans ce domaine), élabore une échelle de performance cotée de zéro à cent afin d'évaluer la qualité de

vie des patients auxquels sont administrées les premières chimiothérapies (Karnofsky, 1948). C'est la première fois qu'un chercheur élabore une échelle pour mesurer l'impact du cancer sur la qualité de vie des patients. À présent, on comprend davantage l'approche de Karnofsky (1948) comme une échelle destinée à évaluer la performance physique et le degré d'autonomie que la qualité de vie réellement. Au fil des années, cette notion a beaucoup évolué et on est très loin de ce que l'on nomme aujourd'hui la qualité de vie.

Depuis, la QDV est devenue un indicateur pronostique décisif, notamment pour les études en psychologie chez les patients souffrant de cancer du sein (Johansson et al., 2000). En effet, malgré les améliorations en lien avec les avancées médicales, les effets secondaires des traitements sur la qualité de vie (fatigue, dépression, insomnie, douleur par exemple) sont particulièrement présents dans le cas du cancer du sein. Ces symptômes se repèrent dès les premiers mois suivant le diagnostic, et peuvent durer de nombreuses années (Bower, 2008 ; Penha et al., 2016). Une mauvaise qualité de vie affecte la vie des femmes et peut aller jusqu'à bouleverser leur vie quotidienne, impliquant implicitement un remaniement dans leurs activités, comme le travail (Tiedtke et al., 2010), les relations avec les autres, ou prendre soin d'elles-mêmes (Mujica-Mota et al., 2015). Les traitements contre le cancer du sein sont connus pour avoir de nombreux effets secondaires (nausées, vomissements, perte de poids, chute de cheveux, etc.). Le cumul de ces symptômes a un effet négatif sur la qualité de vie des patientes (Kirkova et al., 2010 ; Xiao, 2010). Au-delà des traitements, les caractéristiques individuelles (la perception des symptômes, le contrôle perçu, le stress, ect.) vont aussi impacter la qualité de vie et la faire varier (Berger et al., 2009 ; Dunn et al., 2011 ; Tomich & Helgeson et al., 2004; Jacobs et al., 2014; Sohl et al., 2014). Ces caractéristiques sont propres à l'individu et elles vont venir, avec l'influence du traitement et de la maladie, impacter la qualité de vie.

Le modèle Intégratif et Multifactoriel de Bruchon-Schweitzer (2002) adapté à notre recherche est présenté en figure 6.

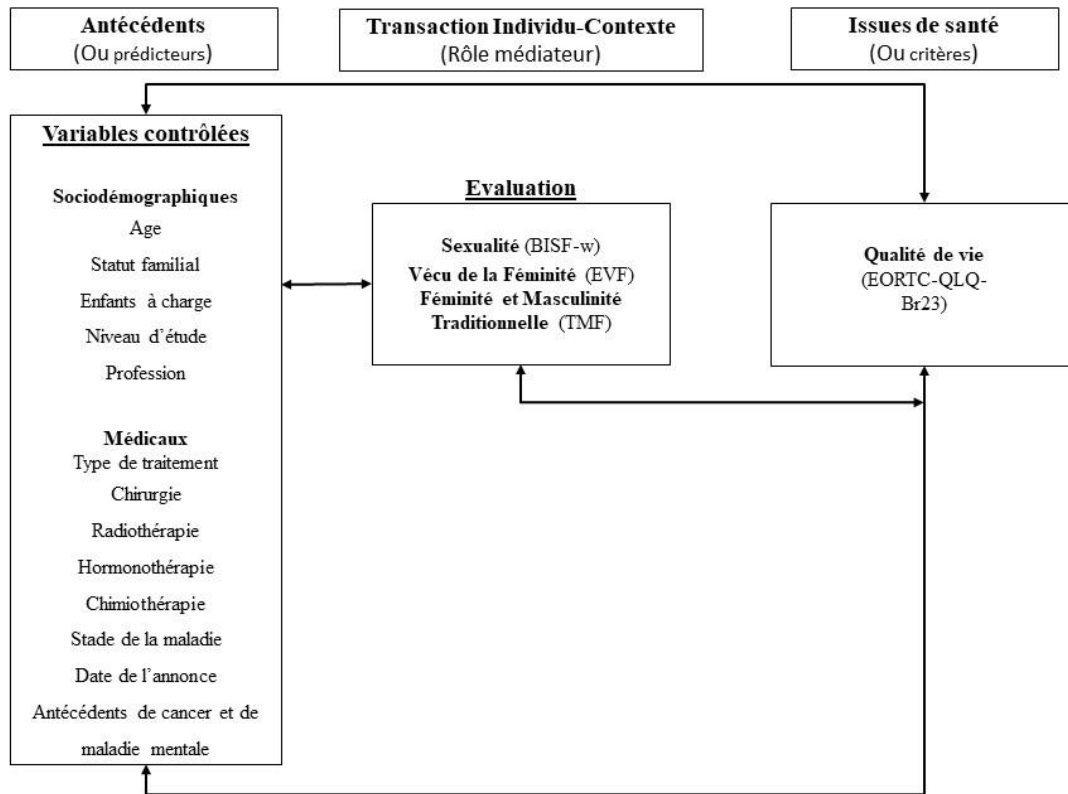


Figure 6. Modèle d'analyse adapté selon le modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002)

III) Conclusion

Dans le cadre des maladies chroniques, les modèles et les recherches en psychologie de la santé se sont principalement centrés sur le patient (Untas et al., 2012). Le modèle de Bruchon-Schweitzer est celui que nous avons retenu/choisi pour notre étude. De nombreuses attributions ont retenu notre attention. Le premier point concerne la prédiction des critères de santé qui nous

intéresse dans notre travail de recherche, à savoir la qualité de vie. Enfin, ce modèle se trouve être le plus pertinent, d'autant plus, qu'il convient aux études transversales, même s'il est particulièrement adapté aux études longitudinales (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). En effet, le modèle transactionnel intégratif et multifactoriel de Bruchon-Schweitzer (2002) nous permet de prendre en compte les variables qui nous semblent essentielles dans la relation forme du traitement-qualité de vie tout en considérant l'individu comme un agent actif de santé.

En d'autres termes, les données de la littérature nous informent que les patients sous anticancéreux voient leur féminité, leur autoreprésentation de leur féminité, leur sexualité et leur qualité de vie altérée par les traitements.

Résumé

Il existe plusieurs modèles pour étudier des variables en psychologie de la santé et nous en présenterons trois : le modèle biopsychosocial, le modèle sociocognitif et le modèle transactionnel intégratif multifactoriel (TIM). Dans le cadre de ce projet de recherche, nous comparerons les différents modèles afin de choisir celui qui nous semblera le plus pertinent pour présenter nos variables. C'est ainsi que nous expliquerons pourquoi nous avons choisi le modèle TIM.

Une deuxième partie présentera les variables sociodémographiques ainsi que les antécédents psychologiques et médicaux de la population qui sera étudié dans le cadre de notre recherche afin de limiter leurs effets. Les processus médiateurs tels que le vécu de la féminité et la sexualité seront expliqués et détaillés à la fin de cette deuxième partie.

Pour conclure, la qualité de vie sera présentée comme une issue de santé. Nos variables seront présentées au travers du modèle théorique choisi. Ce chapitre clôtura la partie théorique et ouvrira sur la partie empirique qui débutera en présentant le cadre de la recherche.

PARTIE EMPIRIQUE

Cadre de la recherche

Avant d'aborder la problématique des recherches à venir, il nous semble indispensable de revenir sur ce qui nous a poussés à nous intéresser aux répercussions des traitements anticancéreux sur le vécu de la féminité et sur la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein.

Le choix de cette thématique est issu des nombreuses lectures scientifiques sur le sujet. En effet, le recensement de publications scientifiques au sujet de la féminité, de l'image du corps, de la qualité de vie ou de la sexualité en psychologie de la santé ne cesse d'augmenter ces dernières années (Ganz et al., 2013 ; Baize, 2008). Les observations et les conclusions générales de ces études mettent en lumière une féminité fragilisée, mise à mal par les traitements anticancéreux.

Mais qu'est-ce que la féminité ? Comment peut-on l'évaluer en psychologie de la santé ? Certains auteurs ont évalué l'image du corps chez les femmes atteintes d'un cancer du sein et montrent une féminité fortement altérée par la maladie et ses traitements (Ganz et al., 2013 ; Baize, 2008 ; Manase-Lema, 2016). Mais est-ce que questionner seulement l'image du corps suffit à conclure une féminité lésée ? Faut-il ajouter d'autres variables psychologiques pour être bien sûr que nos conclusions représentent bien la féminité ?

Ces questionnements ont été les prémisses de ce projet de recherche. En parallèle, la réalité du terrain dans les services d'oncologie, nous a amené à nous questionner sur la place de la féminité chez les patientes. Nous avons observé à quel point celles-ci pouvaient se sentir « sacrifiées » au profit des traitements, et ceci dans le but de guérir. « *Tant pis pour ma féminité, si ça peut me permettre de vivre* ». À quel point doivent-elles la laisser de côté et qu'en restera-t-il lorsqu'il sera temps de (de nouveau) prendre soin de soi ?

J'ai pu faire la rencontre de nombreuses femmes atteintes d'un cancer qui, pour la plupart, avaient le souhait d'une prise en charge adaptée à leur féminité. C'est à partir de l'écoute de ces demandes que mon intérêt sur le sujet s'est concrétisé.

Enfin, Nous avons fait le constat, à travers la littérature scientifique et la clinique, que les informations données sur les conséquences de l'ensemble des effets secondaires des traitements sur leur corps ou leur sexualité dépendent fortement du centre de soin et du service concerné. Autrement dit, d'une patiente à une autre issue d'hôpitaux différents, les informations données varient considérablement, selon le type de prise en charge proposée (Hadj et al., 2019). Ce travail de recherche a pour finalité la sensibilisation et la prévention d'une féminité altérée, fragilisée par l'ensemble des traitements.

Cette recherche est donc née d'un constat clinique qui a été étayé par les données de nombreux auteurs s'étant intéressés à ce sujet avant nous. Nous espérons ainsi montrer au lecteur comment il est possible de lier des questionnements issus de la pratique clinique du psychologue de la santé avec la recherche et surtout comment la recherche empirique peut y apporter des réponses efficaces.

Problématique de recherche

Le cancer du sein est une maladie largement étudiée dans les sciences psycho-médico-sociales. Comme expliqué dans les chapitres précédents, elle tend à devenir une maladie chronique impliquant nécessairement une reconstruction identitaire des patients.

Dans une volonté de prendre en compte les angoisses des patientes, de nombreux chercheurs se sont penchés sur la mise à mal de leur féminité à travers notamment l'étude de l'image du corps, la qualité de vie et la sexualité (Hwang et al., 2013 ; Jeffe et al., 2016 ; Joly et al., 2000 ; Ganz et al., 2006 ; Baize, 2008 ; Manase-Lema, 2016 ; Hannoun-Levi, 2005 ; Binotto et al., 2020 ; Suwankhong et al., 2018 ; Sultan et al., 2017 ; Stead., 2003). En effet, le vécu de la féminité est profondément altéré par les traitements (Dudoit et al., 2007).

Dans la société occidentale actuelle, le paraître occupe une place importante, plus importante que nos qualités ou notre personnalité (Hadj et al., 2019). Lorsqu'une maladie touche le corps et le paraître, elle entraîne irrémédiablement des troubles psychologiques chez le patient (Hadj et al., 2019). Dès l'arrivée de la maladie, la modification corporelle est crainte pour les patients et lorsqu'elle est présente, elle peut entraîner de la dépression et de l'anxiété. En parallèle à l'image du corps, environ 1 patiente sur 2 ayant un cancer du sein souffre de difficultés sexuelles, qu'elles soient biologiques, physiques ou psychologiques (Hadj et al., 2019).

La notion de féminité, notion centrale de cette thèse, est souvent évoquée et étudiée dans la littérature scientifique en psychologie. Toute la difficulté de l'évaluer réside dans la manière de la définir. En effet, la féminité est un concept, une identité et une représentation ou plutôt des identités et des représentations évoluant avec les générations et selon les rôles sociétaux. Les

individus construisent leur féminité en fonction d'un contexte donné et selon leur éducation, leur valeur et la représentation qu'ils se font de leurs rôles sociaux. L'arrivée d'un cancer du sein bouscule, angoisse et bien qu'au premier abord la perte de la féminité n'est pas la priorité de ces femmes, elle devient très rapidement une hantise. Même si certaines patientes disent être « *prête à tout* » pour vaincre la maladie, la majorité d'entre elles ont peur de ne plus se sentir femmes en perdant leurs attributs féminins, que cela soit irréversible ou non. Pour ces patientes, la survie n'est donc pas leur seule préoccupation ; elles sont à la recherche d'un maintien de leur qualité de vie et d'une préservation de leur féminité. À l'instar de leurs préoccupations, il apparaît comme primordial de recentrer la féminité au cœur de la prise en charge du cancer du sein.

Pour repenser leur identité féminine, les femmes atteintes d'un cancer du sein utilisent différentes stratégies, dépendant fortement de leur contexte socioculturel.

La beauté du corps étant l'une des principales caractéristiques féminines dans la culture occidentale, les patientes vont avoir recours à des stratégies d'adaptation, concernant leur image du corps, notamment à la fin des traitements. Il s'agit d'une reconstruction identitaire, de se (re)sentir femme dans un nouveau corps, abîmé par les traitements. Mais la reconstruction identitaire est propre à chacune d'entre elles. En effet, certaines femmes auront le besoin de porter une perruque ou un foulard devant leurs proches pour se sentir féminine. Pour elles, la féminité passe indéniablement par l'aspect physique. Tandis que d'autres, seront plus à l'aise avec leur nouveau corps en présence de leurs proches. Pour ces patientes, l'aspect physique est moins investi psychologiquement. **Ici ressort toute la difficulté de parler de la féminité est de savoir comment se la représenter alors qu'il y a autant d'identités féminines que de femmes.**

En résumé, les patientes atteintes d'un cancer du sein voient leur qualité de vie et leur leur féminité se détériorer dès leur premier traitement administré. Ces données nous amènent à poser les questions de recherche suivantes :

- Comment peut-on évaluer le concept de féminité en psychologie de la santé ? Quels sont les déterminants psychologiques impliqués ?
- Comment construire et valider une échelle sur le vécu de la féminité ?
- Existe-t-il une différence entre les effets secondaires des traitements primaires et adjuvants sur le vécu de la féminité et sur la qualité de vie ?
- La représentation de la féminité influence-t-elle le vécu de la féminité et la qualité de vie ?
- Le vécu de la féminité, la sexualité ainsi que la représentation de la féminité viennent-ils modérer la relation *forme du traitement — qualité de vie des patients* ?
- Est-ce que les femmes atteintes d'un cancer du sein arrivent à reconstruire leur féminité ? Si oui, comment y parviennent-elles ?
- Comment sont vécus les effets secondaires des traitements ?
- Les patientes ont-elles des besoins spécifiques, des demandes de prise en charge particulières face à ces retentissements ?
- Entre tous les traitements anticancéreux, quels sont le ou les traitements qui mettent le plus à mal le vécu de la féminité selon les patientes ?

Dans l'objectif de répondre à nos premiers questionnements, la première étude de cette thèse s'attachera à d'évaluer les dimensions psychologiques attribuées à la féminité par dans la littérature scientifique. Par le biais d'une revue de littérature, les objectifs seront de recenser

l'ensemble des articles scientifiques mesurant la féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Malgré les avancées de la recherche concernant la qualité de vie en psychologie de la santé, la notion de vécu de la féminité est encore peu étudiée. L'objectif de cette seconde étude consiste en la construction et en la validation de l'outil principal évaluant le vécu de la féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein. En effet, dans la littérature actuelle, il n'existe pas à notre connaissance d'échelle adaptée.

Conformément à nos autres interrogations, l'évaluation de la représentation de la féminité s'évaluera par le biais d'une échelle sur la féminité traditionnelle (TF) de Kachel et al. (2017). Dans le cadre de cette deuxième étude, l'échelle sera traduite et validée en français à la suite de la validation du questionnaire sur le vécu de la féminité.

La troisième et dernière étude présentée dans cette thèse vise dans un premier temps à l'établissement des liens entre les différentes variables d'un modèle expliquant la qualité de vie des patientes. Cette étude consiste à tester un modèle choisi, grâce à une batterie de questionnaires en ligne, afin de trouver les déterminants de la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein et qui sont sous traitements. En effet, il est apparu essentiel de mettre en lumière les conséquences des effets secondaires de chaque traitement anticancéreux sur la qualité de vie chez les patientes en prenant en compte trois variables médiatrices : le vécu de la féminité, la représentation de la féminité et la sexualité.

Dans un second temps, cette étude va également mettre en lumière une éventuelle influence de la féminité traditionnelle sur le vécu de la féminité. Il s'agira ici de découvrir si l'importance d'être féminine dans la vie des patientes aura une influence sur leur vécu de féminité pendant leur cancer. Enfin, une approche qualitative viendra poursuivre ce travail de thèse. Nous

soulignerons les conséquences des effets secondaires des traitements sur le vécu de la féminité, mais aussi la reconstruction de la féminité et enfin, les besoins spécifiques des patientes.

Cette recherche est menée avec le désir d'allouer la parole aux patientes, leur offrir un lieu d'expression de leurs difficultés, de leurs angoisses et de leurs besoins.

Nous espérons ainsi mettre en lumière les conséquences psychologiques des différences fondamentales entre les traitements anticancéreux. Nous discuterons des résultats et tenterons de proposer une démarche d'accompagnement des patientes permettant de rétablir un équilibre de prise en charge adaptée à leurs besoins.

PREMIÈRE ÉTUDE : Cancer de sein et féminité : une revue systématique de la littérature (scientifique)

I) Objectifs de la recherche

De nombreuses publications étudient la féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein. Pourtant, à notre connaissance, aucun modèle en psychologie n'explique comment mesurer le vécu de la féminité. De nombreux auteurs évaluent certaines dimensions psychologiques pouvant s'y apparenter, telles que l'image du corps ou la sexualité, mais aucune étude ne précise quelles variables permettent réellement de l'estimer en psychologie de la santé

Quelles variables psychologiques permettent l'évaluation du vécu de la féminité des femmes touchées par un cancer du sein ? Nous avons effectué une revue de la littérature où nous verrons comment les chercheurs au cours de ces dernières années ont étudié la féminité chez les femmes sous traitements ou post traitements contre le cancer du sein et quelles dimensions psychologiques ont été appréciées.

Ainsi, notre objectif principal est **de mettre en exergue les variables psychologiques les plus significatives dans l'évaluation de la féminité**. L'objectif secondaire est de recenser les outils d'évaluations de type quantitatif des études énoncées précédemment. L'intérêt de répertorier les échelles et les questionnaires permettra le constat d'une utilisation privilégiée d'un outil, mais aussi de relever la fréquence d'utilisation au cours de ces dernières années.

II) Méthode

1. Stratégie de recherche

Une méta analyse a été menée afin de synthétiser les recherches sur la féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein. Les parutions ont été recensées à partir de PUBMED, PsychINFO, Science Direct et Web of Science de 1987 à 2020. L'année 1987 correspond à la date de la première étude sur la féminité des femmes souffrant d'un cancer du sein. Nous avons relevé toutes les publications **en anglais** en utilisant l'enchaînement des mots clefs suivants : « *breast cancer* », « *treatments* » et « *femininity* », autrement dit « *cancer du sein* », « *traitements* » et « *féminité* ». La combinaison de ces mots clefs a été pensée de façon à avoir un panel le plus large possible en les inscrivant dans tous les champs des études (résumé, mots clefs, titre, etc.). Les données ont été collectées selon la méthode papier-crayon.

2. Critères d'inclusions

Dans un premier temps, nous avons répertorié 752 articles. Les articles retenus sont ceux qui ont des données suffisantes afin de pouvoir analyser le contenu. Autrement dit, des articles qui donnent accès aux objectifs et à la méthodologie permettant de recenser les dimensions psychologiques et les instruments de mesure. L'ensemble des articles évalue les impacts psychologiques des traitements sur les patientes et les recherches sont uniquement quantitatives. Enfin, le cancer du sein est la seule pathologie incluse dans la revue de littérature.

Les répercussions psychologiques chez les hommes atteints de cancer du sein, diffèrent de ceux des femmes. Ainsi, nous avons fait le choix méthodologique de ne pas inclure les études composées de population masculine ou mixte. C'est aussi le cas pour les recherches ayant pour

objectifs d'évaluer l'efficacité d'une thérapie. N'étant pas centré sur l'individualité des patients, ce type d'études ne répond pas à notre objectif principal. Il est de même pour les mutations génétiques qui sont connues pour toucher différemment la féminité des participantes. En effet, la majorité d'entre elles savent qu'elles sont porteuses du gène avant que le cancer ne soit diagnostiqué et sont donc préparées plus tôt, ou du moins familiarisées plus tôt aux traitements anticancéreux. De ce fait, on retrouve davantage des études sur les gènes BRCA centrées sur l'acceptation, la prise de décision ou bien l'impact de la mastectomie prophylactique que sur l'évaluation de la féminité à proprement dit. Enfin, la reconstruction mammaire n'étant pas un traitement anticancéreux, mais une pratique chirurgicale ayant pour objectif d'améliorer esthétiquement le résultat final d'une mastectomie, il ne paraît pas pertinent d'inclure les recherches dans cette revue de la littérature. Enfin les analyses qualitatives ne permettent pas aux chercheurs de décider à l'avance quelles variables psychologiques seront évaluées, ne répondant pas à un de nos objectifs.

3. Collecte des données

Au total, 46 articles publiés entre 1987 et 2020 ont été retenus. Un schéma récapitulatif synthétise la recherche de littérature depuis son origine et souligne la progression des procédures d'exclusions (Figure 7).

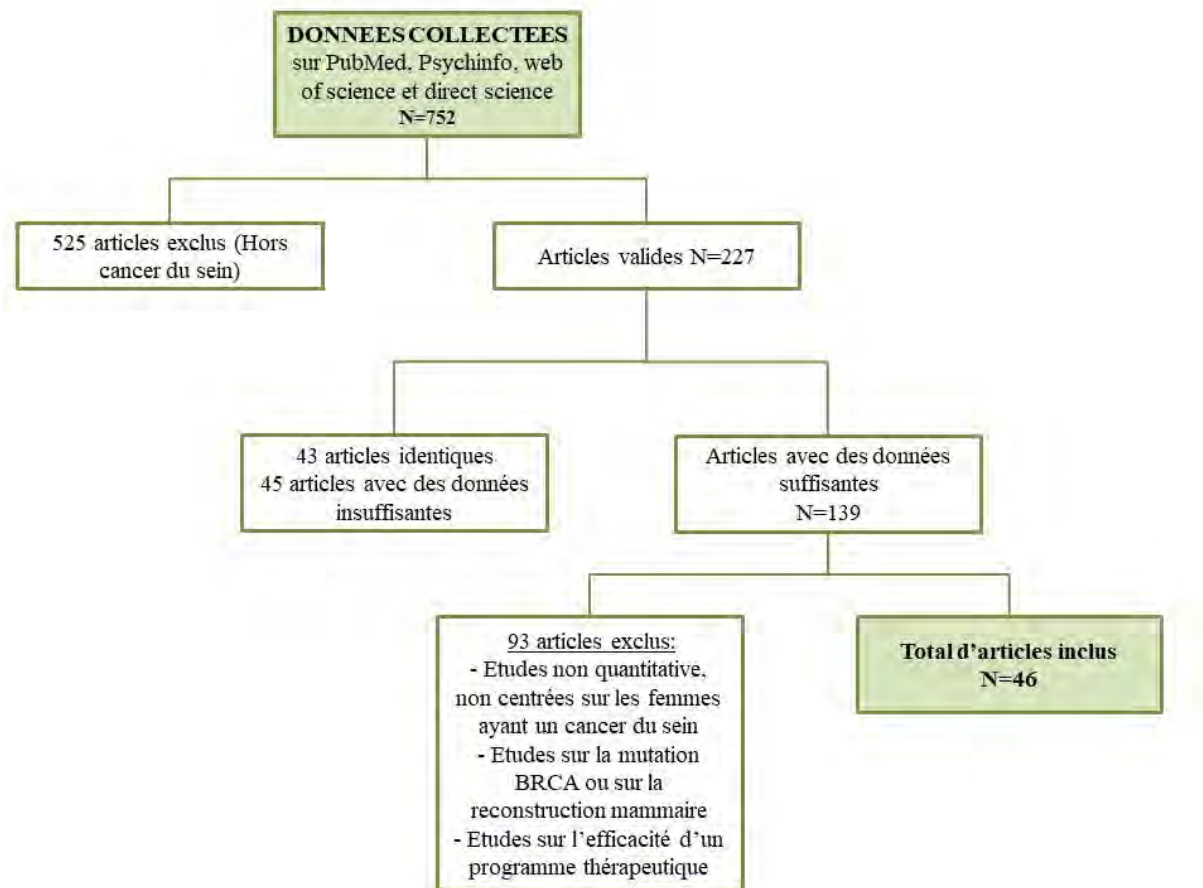


Figure 7 Flow-chart de la revue de la littérature

L'analyse des résultats comprend la collecte des objectifs de chaque étude et les échelles et questionnaires utilisés.

Pour recenser l'ensemble des éléments récupérés dans les objectifs des études, nous les avons répertoriés dans les concepts psychologiques associés. Autrement dit, chaque mot clef appartenant aux objectifs des articles a été recueilli et listé. Par exemple, lorsqu'une étude a pour objectif de « caractériser et décrire les changements de personnalité qui se produisent chez les femmes après une mastectomie et analyser l'impact de ces changements sur leur qualité de vie » (Roclawaska, 2015), les mots clés recueillis seront « changement de personnalité » et « qualité de vie ».

Ces mots clefs sont ensuite répertoriés au sein de différentes thématiques psychologiques qui leur sont attribuées. Ainsi, les mots clefs : « *image du corps* » ; « *corps* » ; « *attraction physique* » et « *résultats cosmétiques* » sont ceux retenus comme appartenant à la variable psychologique « **image du corps** ».

Pour les répertorier, deux psychologues cliniciens ont usé de leurs expertises. Dans un premier temps, ils ont classé les mots clefs sans se concerter, puis ils ont mis en commun leurs travaux respectifs. Lorsque les deux chercheurs n'étaient pas d'accord sur le choix d'une thématique, le mot était supprimé des analyses.

Au total, sept variables psychologiques seront décrites dans les résultats. Une huitième catégorie a été identifiée pour les mots clefs jugés par nos experts comme étant inclassables tel que ; *enquête sociodémographique* ; *émotions* ; *impacts psychologiques* ou *effets secondaires* ou sans rapport avec la féminité (*mort* ; *disparités raciales*). Tous les mots clefs appartenant à la huitième catégorie ont été retirés de l'analyse. La liste exhaustive inventoriée par catégories se trouve en annexe 2.

III) Résultats

1. Description caractéristique des articles

Au total, 46 articles sont inclus dans cette revue de la littérature, dont 15 articles issus de PubMed, 23 de Science Direct, un de PsychInfo et 5 de Web of Science. Toutes les études font référence à une méthodologie quantitative. Le tableau 1 présente les caractéristiques des 46 études ; toutes les parutions y ont été ordonnées alphabétiquement. Plusieurs particularités des recherches ont été sélectionnées telles que : le nom des auteurs ; l'année de publication ; le

lieu d'origine de la publication ; la méthode de l'étude et les spécificités de la population au moment de l'étude.

Tableau 1. Présentation des articles et de leurs caractéristiques inclus dans la revue de la littérature

Auteurs	Année de publication	Type d'étude	Population	Traitements
Adachi	2007	Transversale	Post-Traitement	Chirurgie
Aerts	2014	Longitudinale et Comparative	Post-Traitement	Chirurgie
Ai	2017	Longitudinale	Traitement	Chirurgie et chimiothérapie
Al-Ghazal	2000	Comparative	Traitement	Chirurgie
Avci	2009	Descriptive	Post-Traitement	Mastectomie
Baglama	2015	Transversale	Post-Traitement	Tous
Bakht	2010	Comparative	Post-Traitement	Chirurgie
Bani	2008	Transversale	Post-Traitement	Tous
Begovic-Juhant	2012	Transversale	Rémission	Chirurgie
Berhili	2018	Transversale	Post-Traitement	Chirurgie
Boquiren	2013	Transversale	Rémission	Mastectomie
Casaubon	2020	Transversale et Comparative	Post-traitement	Chirurgie
Dunn	1998	Transversale	Post-Traitement	Mastectomie
Enache	2012	Transversale	Post-Traitement	Non précisé
Erci	2006	Descriptive	Post-Traitement	Chirurgie
Fallbjork	2012	Longitudinale	Post Traitement	Chirurgie
Graells-Sans	2018	Transversale	Traitement	Chirurgie
Hadi	2009	Transversale	Stade I ; II et III	Chirurgie
Huang	2010	Transversale	Rémission	Non précisé

Jablonski	2018	Transversale	Post-Traitement	Chirurgie
Jablonski	2018	Transversale	Post-Traitement	Chirurgie
Kashani	2014	Transversale	Traitement	Chimiothérapie
katie Lee	2015	Transversale	Stade précoce	Chirurgie
Kim	2015	Transversale	Post-Traitement	Chirurgie
kirkcaldy	1987	Exploratoire	Stade avancé	Tous
Kowalczyk	2018	Transversale	Traitement	Chirurgie
Lasry	1987	Comparative	Traitement	Chirurgie
Lee	2013	Longitudinale	Rémission	Chirurgie et radiothérapie
Li	2016	Transversale	Post-Traitement	Chirurgie et radiothérapie
Mahmood	2011	Comparative	Post-Traitement	Tous
Margolis	1990	Comparative	Post-Traitement	Chirurgie et radiothérapie
Munshi	2010	Prospective et Comparative	Post-Traitement	Tous
Oberguggenberger	2017	Comparative	Post-Traitement	Mastectomie
Offodile	2015	Transversale	Post-Traitement	Chirurgie
Park	2015	Prospective	Post-Traitement	Tous
Piro	2001	Transversale	Stade I et II	Tous
Rajabi	2012	Transversale	Post-Traitement	Chirurgie
Sackey	2010	Comparative	Traitement	Chirurgie
Skrzpulec	2007	Comparative	Post-Traitement	Tous
Spencer	1999	Comparative	Stade précoce	Chirurgie
Tastan	2012	Transversale	Post-Traitement	Tumorectomie
Taylor	1995	Longitudinale	Traitement	Chirurgie
Teh	2014	Transversale	Stade précoce et Post- Traitement	Tous

Tinari	2015	Transversale	Traitement	Hormonothérapie
Yuce Sari	2019	Longitudinale et Comparative	Traitement	Radiothérapie
Zdonczyk	2015	Transversale	Post-Traitement	Chirurgie

Parmi les 46 articles recensés, 12 ont été publiés entre 1987 et 2008 et 34 après 2007. Les recherches ont été menées en Asie (n = 17), en Europe (n = 16), en Amérique du Nord (n = 11), en Australie (n = 1) et en Afrique (n = 1). La majorité sont des recherches transversales (n = 25), comparative (n = 11) ou longitudinale (n = 6). Les autres sont des études exploratoire (n = 1), prospective (n = 1) ou descriptive (n = 2).

D'après le tableau 1, la majorité des études mesurant la féminité chez les femmes atteintes de cancer du sein évaluent la conséquence de la chirurgie, sans préciser laquelle (n = 23). Concernant l'impact des autres traitements, une minorité d'étude a été faite sur la mastectomie (n = 4), la tumorectomie (n = 1), la radiothérapie (n = 1) et l'hormonothérapie (n = 1). Les études restantes évaluent soit un ou plusieurs traitements différents (n=14), ou ne mentionne pas le traitement cible (n = 2).

2. Analyses des objectifs des études

Au total, **78 mots clefs** différents ont été repérés 111 fois dans les objectifs des études recensés. Les 78 mots sont présentés en annexe 2 et sont répertoriés dans sept thématiques psychologiques, présentées dans la figure 8. Une huitième catégorie a été identifiée pour les mots clefs jugés par nos experts comme étant inclassables (ex. ; enquête sociodémographique ; émotions ; impacts psychologiques ou effets secondaires) ou sans rapport avec la féminité (ex. ; mort ; disparités raciales).

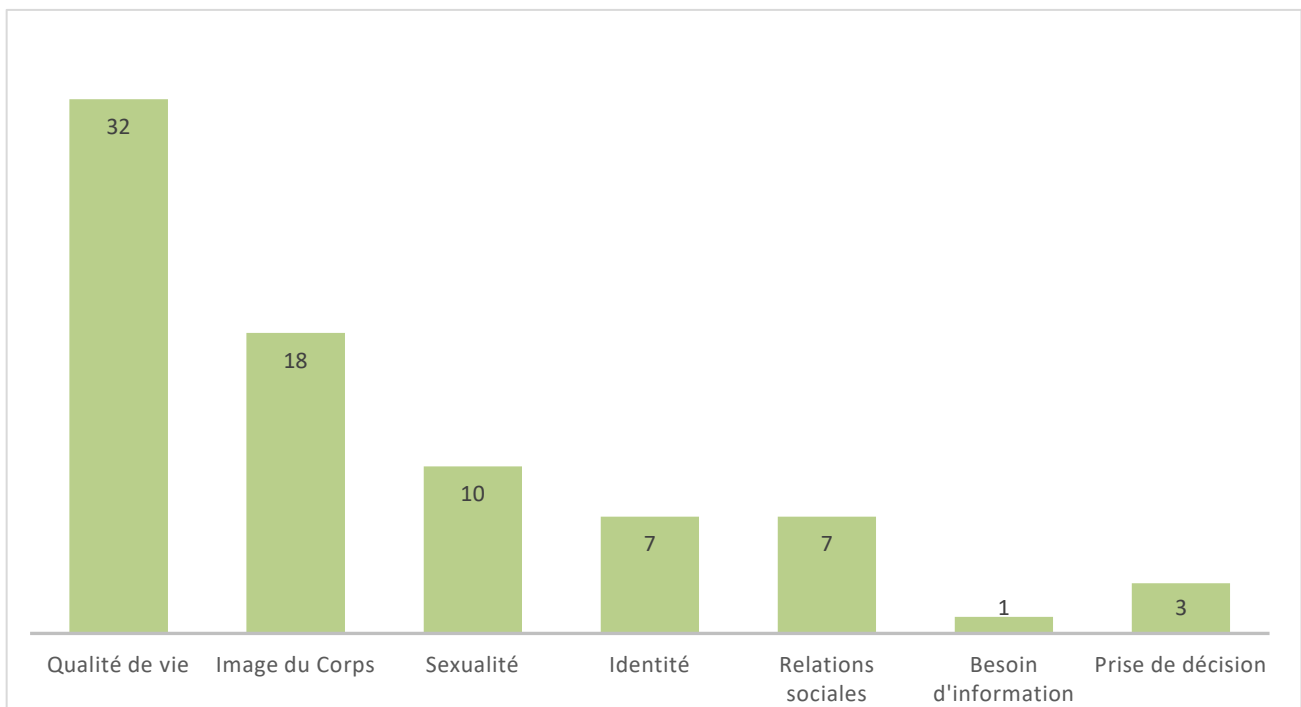


Figure 8 Variables psychologiques recensées dans les objectifs des études

La figure 8 présente les dimensions psychologiques dans lesquels les objectifs des études ont été répertoriés sous forme de mots clefs. Nous retrouvons ainsi la qualité de vie ($n = 32$), l'image du corps ($n = 18$), la sexualité ($n = 10$), l'identité ($n = 7$), les relations sociales ($n = 7$), la prise de décision ($n = 3$) et le besoin d'information ($n = 1$).

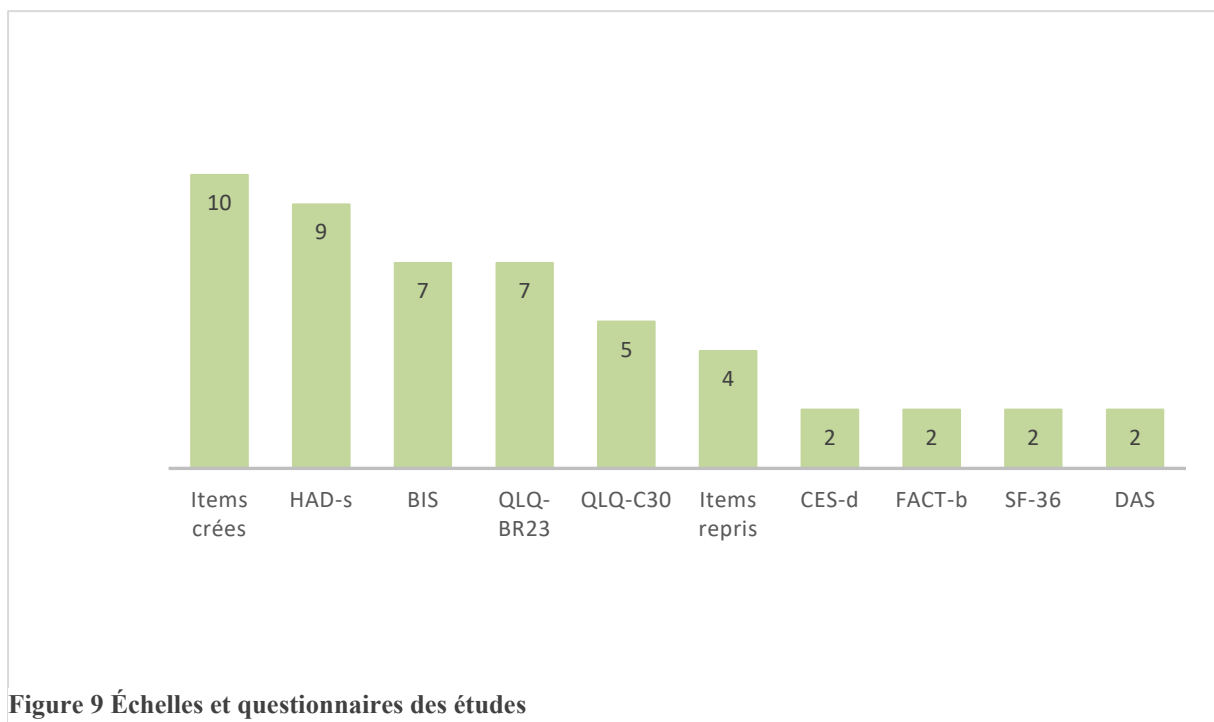
Nous pouvons constater que la **qualité de vie**, **l'image du corps** et la **sexualité** sont les dimensions les plus évaluées lorsque les auteurs évoquent la féminité. S'en suivent de près **l'identité** et les **relations sociales**, aussi présentes dans les résultats.

La thématique « **besoin d'information** » n'a pas été prise en compte dans l'analyse des résultats, car le nombre de fois où ce mot clef a été cité ($n = 1$) a été jugé insuffisant pour pouvoir valider cette variable comme étant nécessaire pour évaluer la féminité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Le thème se rapportant à la « **prise de décision** » ($n = 3$) a également été retiré des résultats, étant une thématique jugée sans réel rapport avec la féminité.

Pour conclure, la figure 8 indique que la qualité de vie, l'image du corps, la sexualité, l'identité et les relations sociales sont des variables psychologiques fréquemment évaluées lorsque les chercheurs souhaitent mesurer la féminité des femmes atteintes de cancer du sein.

3. Analyses des échelles

Au total, 90 mesures d'évaluation ont été recensées dans ces 46 articles. Au regard du nombre important d'échelles de mesure, seules celles ayant été utilisées au moins dans deux études différentes ont été traitées dans les résultats, revenant au nombre de 8 instruments de mesure. Les échelles et questionnaires ont été répertoriés dans la figure 9.



La figure ci-dessus présente les **huit questionnaires** identifiés et le nombre de fois où ils apparaissent dans les articles. Trois échelles sont particulièrement utilisées par les chercheurs comme en atteste la figure 9.

L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a été utilisé dans neuf articles différents ; il permet de mesurer l'anxiété et la dépression. La **Body Image Scale (BIS)** et l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer **QLQ-Br23** (EORTC QLQ-Br23) ont été recensés dans sept articles différents. Ces échelles visent respectivement à évaluer l'image du corps et la qualité de vie des patient(e)s atteints spécifiquement de cancer du sein.

Cette figure montre également la **QLQ-C30** évaluant la qualité de vie des patient(e)s atteints de cancer. Cette échelle a été recensée dans cinq articles différents. L'Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) est une échelle appréciant la dépression et la Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast Cancer (FACT-B) mesure la qualité de vie des patient(e)s atteints spécifiquement de cancer du sein. Enfin, la Short Form-36 (SF-36) estime la qualité de vie et la Dysfunctional Attitude Scale (DAS) mesure l'estime de soi. Ces échelles ont été respectivement recensées dans deux articles.

Au-delà des huit échelles précédemment décrites, nous remarquons que dans la figure 9 deux autres alternatives méthodologiques sont choisies par certains chercheurs. Il s'agit de questions isolées qui ont été soit spécialement créées dans le cadre de l'étude ($n = 10$), soit prélevées depuis un ou des questionnaire(s) déjà validé(s) ($n = 4$). N'ayant pas pu relever les intitulés des items prélevés ou créés, nous avons été contraints de ne pas poursuivre notre analyse concernant ces deux catégories. En effet, l'impossibilité de savoir quelles variables psychologiques ont été évaluées au sein de cette méthodologie ne nous permet pas de répondre à nos objectifs.

Pour conclure, cette revue de littérature recense principalement **l'HADS, la BIS et la QLQ-Br23** comme les trois questionnaires les plus fréquemment utilisés par les chercheurs qui

évaluent la féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein. Secondairement, sont présentes les mesures de : la qualité de vie chez des patients(es) atteint(es) de cancer ; l'estime de soi et la dépression. Dans un second temps et dans le but de clarifier, nous avons répertorié les huit échelles et questionnaires sous les variables qu'elles sont tenues de mesurer. Les résultats sont présentés dans la figure 10.

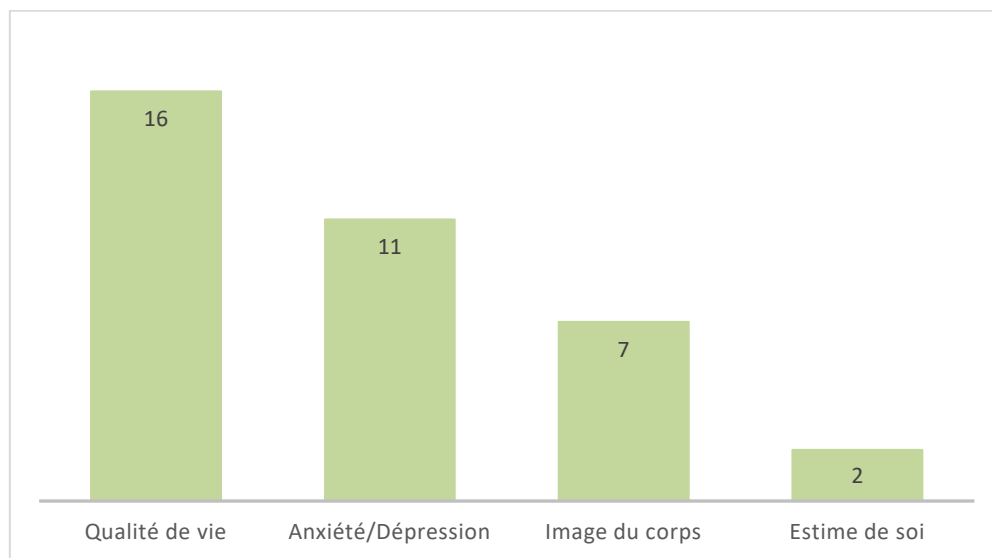


Figure 10 Variables psychologiques mesurées par les questionnaires

Comme vu précédemment dans les résultats, **la qualité de vie** ($n = 16$) est de nouveau la variable la plus évaluée quand on parle de féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein. **L'anxiété et la dépression** ($n = 11$), **l'image du corps** ($n = 7$) et **l'estime de soi** ($n = 2$) viennent peu après la qualité de vie. Les échelles évaluant l'anxiété et la dépression ne seront pas prises en compte dans l'analyse de nos résultats, car elles évaluent davantage l'impact émotionnel que le vécu de la féminité en lui-même. Enfin, nous noterons qu'aucune échelle mesurant la sexualité n'a été illustrée ici malgré qu'elle soit présente dans les objectifs des études. Nous tâcherons d'en déterminer les causes dans la partie discussion.

IV) Discussion

Cette étude est à notre connaissance la première à synthétiser la littérature publiée sur la féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein. Elle fournit une liste exhaustive de recherches quantitatives (n = 46).

Le but principal était de souligner les dimensions psychologiques les plus évaluées lorsqu'on souhaite mesurer le vécu de la féminité en psychologie de la santé. Pour cela, un recensement des objectifs et des instruments de mesure de chaque étude a été effectué.

Cette revue systématique met en évidence des chercheurs ayant majoritairement mesuré la qualité de vie et l'image du corps pour évaluer le vécu de la féminité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Toutefois, on remarque que dans les objectifs des études, la sexualité, l'identité et les relations sociales sont aussi des variables psychologiques évaluées et donc potentiellement associées à la féminité. Les résultats du recensement des instruments de mesure font sens avec ceux des objectifs puisque la qualité de vie et l'image du corps sont aussi présentes. Enfin, à ceux-ci s'ajoute également l'estime de soi.

Comme l'ensemble de nos résultats le soulignent, la qualité de vie et l'image du corps sont des variables psychologiques pertinentes à évaluer lorsqu'on souhaite mesurer le vécu de la féminité chez les patientes atteintes d'un cancer du sein.

Les effets des traitements anti cancéreux sur la qualité de vie n'est plus à démontrer. En effet, évalués pour la première fois chez les femmes atteintes d'un cancer du sein en 1974 (Moore et al., 1974), ils ont depuis, jamais cessés d'être mesurés chez les malades chroniques (Nino, 2019 ; Nicolas et al., 2021 ; Lofandjola et al., 2017). L'évaluation de la qualité de vie est donc ainsi largement reconnue et normalisée dans le monde entier, pouvant expliquer la raison de sa

présence dans nos résultats alors que nous évoquons le vécu de la féminité. Mais la qualité de la vie n'est pas la seule variable dans la revue systématique. On recense également l'image du corps à la fois dans les objectifs de plusieurs études ($n = 18$) et parmi les outils d'évaluations ($n = 7$). Ces résultats rejoignent de nombreuses études ayant déjà fait le lien entre la féminité et l'image du corps (Grossmas et al., 2018 ; Jablonski et al., 2018 ; Begovic-Juhant et al., 2012 ; Papadopulos et al., 2017 ; Adams et al., 2018 ; Hart et al., 2016 ; Jelovsek et al., 2006). Toutefois, pour aborder l'image du corps au sein de la féminité d'une femme, il est nécessaire de prendre en compte l'histoire personnelle de la personne ainsi que le poids de sa culture (McKenney & Bigler, 2016). En effet, il a été démontré que les femmes qui adoptent des attitudes et des rôles sexuels plus traditionnels ont tendance à intérioriser les normes de beautés culturelles et à investir davantage leur apparence physique. Autrement dit, plus les femmes accordent de l'importance aux normes de beautés de leurs cultures, plus elles investiront leur propre apparence physique et plus l'image du corps sera un poids conséquent dans leur vécu de la féminité. À l'inverse, moins les femmes intériorisent les normes de beautés de leurs cultures et moins l'image du corps aura de l'importance dans leur vécu de la féminité.

Comme vu précédemment dans nos résultats, la sexualité est une variable qui a été fréquemment citée dans les objectifs des études ($n = 10$), mais n'apparaît pas dans les instruments de mesure recensés. Deux hypothèses peuvent expliquer cette conclusion. La première se trouve au cœur de l'analyse de nos résultats. En sélectionnant uniquement les questionnaires ayant été recensés dans au moins deux études différentes, plusieurs outils d'évaluations sur la sexualité ont été retirés de l'analyse, car ils ne remplissaient pas le critère d'inclusion expliqué ci-dessus. La deuxième hypothèse provient des instruments de mesure. En effet, certains questionnaires évaluent plusieurs variables sous une forme de sous-échelle ou de subtests. Par exemple, l'échelle EORTC QLQ-c30 mesure la qualité de vie et contient des questions sur la sexualité. Certains auteurs auraient donc pu utiliser cette échelle ou une équivalente pour évaluer à la fois

la sexualité et une autre variable. Si cette hypothèse se vérifie, il est nécessaire de préciser que la sexualité est une dimension psychologique à part entière et ne doit pas être regroupée sous un autre concept (Sheppard, 2008). D'autres études iraient dans ce sens puisqu'au cours de ces dernières années, la sexualité est une variable psychologique de plus en plus évaluée en psychologie de la santé, en particulier dans les maladies chroniques telles que le cancer du sein (Prather et al., 2016 ; Pluchino et al., 2016 ; Schmitt et al., 2021 ; Lafrenaye-Dugas & Courtois, 2019). Enfin, selon M & J Cournut (1993), l'évaluation de la féminité dans sa globalité devrait inclure la sexualité.

Lors de l'interprétation des résultats, deux autres variables psychologiques, en plus de celles discutées ci-dessous ont émergé des résultats. La première est l'identité (n = 7).

L'identité féminine est une construction sociale des positions binaires du sexe (masculinité et féminité) qui influence les hommes et les femmes dans leurs manières de se comporter au sein de la société (Vouillot, 2002). Sur la base de ces constats, l'identité est une variable psychologique qui serait nécessaire lorsqu'on parle de la féminité des femmes atteintes de cancer du sein. Les relations sociales est la dernière dimension psychologique recensée dans les objectifs des études. Nous soulignerons qu'aucun des questionnaires ou des échelles ne mesurent l'identité et les relations sociales dans les études sélectionnées pour la revue de la littérature.

Les variables anxiété et dépression (n = 11) et estime de soi (n = 2) recensées dans les outils d'évaluations ne sont pas relevées dans les objectifs des études. Ces dimensions ne seront donc pas prises en compte dans l'évaluation de la féminité. En effet, ces thématiques ont été jugées sans réel rapport avec la féminité. Nous supposons qu'elles ont été utilisées en complément de

l'évaluation de la qualité de vie. En effet, les échelles mesurant l'anxiété/dépression et l'estime de soi sont très souvent proposées dans les mêmes études évaluant la qualité de vie.

Enfin, les instruments de mesure ont été analysés dans les résultats. Pour rappel, des 90 échelles utilisées, seules huit échelles ont été recensées dans au moins deux articles différents et ont donc pu être analysées. Autrement dit, 82 échelles et questionnaires ont été utilisés seulement dans une seule étude.

Pour une même variable, il existe un nombre important de questionnaires ou d'échelles validés. Si bien, que les chercheurs n'utilisent pas nécessairement le même outil pour évaluer une variable identique. Ce résultat remet en question la pertinence et l'intérêt d'avoir autant d'échelles mesurant les mêmes variables psychologiques. En effet, nous pouvons nous questionner sur la fidélité des résultats d'une étude à une autre. Lorsque les chercheurs mesurent une dimension psychologique similaire, mais utilisent un ou des questionnaires différents, peut-on vraiment assimiler les résultats ? Aussi, ont été recensées des questions créées spécialement pour l'étude et des questions reprises d'un questionnaire déjà valide. Ces techniques sont à considérer avec précautions, car les aspects métrologiques de cet ensemble de questions (fiabilité, validité et sensibilité au changement) ne sont généralement pas mis à l'épreuve avec des statistiques, ne permettant pas de les valider scientifiquement.

Nos résultats mettent en évidence trois échelles majoritairement utilisées par les chercheurs : L'Hospital Anxiety and Depression Scale (anxiété et dépression), la Body Image Scale (image du corps) et la QLQ-Br23 (qualité de vie). Ces trois échelles sont largement utilisées en psychologie de la santé. Leurs validités respectives n'est plus contestée et leur fréquence de parution dans les revues scientifiques coïncide avec celle que l'on retrouve dans les résultats de cette revue de la littérature. Comme souligné précédemment, les échelles sur la qualité de vie et sur l'anxiété et la dépression ne sont pas prises en compte dans l'évaluation de la féminité. Pour rappel, ce sont des thématiques estimées sans réel rapport avec la féminité et il en est de

même avec l'estime de soi. Seule la BIS mesurant l'image du corps est une échelle qu'on relève comme pertinente pour l'évaluation de la féminité. Pour rappel, aucune échelle sur la sexualité n'a été relevée dans cette étude, à contrario de l'avoir recensé dans les objectifs des études. Cependant, nous n'écartons pas la possibilité d'une réelle pertinence de la prendre en considération lors de l'évaluation du vécu de féminité.

Pour conclure, l'image du corps serait de manière unanime la variable psychologique à prendre en compte lorsqu'on souhaite évaluer la féminité des femmes atteintes de cancer du sein. Toutefois, la prise en compte de la sexualité, de l'identité et des relations sociales semble tout aussi pertinente.

Limites de la revue de la littérature

Il convient de dire que cette étude, comme tout type d'étude, comporte plusieurs limites. Nos résultats sont donc à prendre avec précaution et nos interprétations ne doivent pas se faire sans prendre en considération ces limites.

Dans un premier temps, les revues de la littérature sont limitées par les mots clefs et par les revues de publications. Dans le cas de cette étude, le choix des termes « cancer du sein » « traitement » et « féminité » ainsi que le choix restreint des revues de publications n'excluent pas la possibilité que de nombreux articles aient été omis lors du recensement. Cependant, le nombre de doublons relevés en méthodologie limiterait cette possibilité. Ensuite, en répertoriant uniquement les articles en anglais, même si cette langue est largement utilisée en science, nous avons pris le risque d'exclure un nombre conséquent d'articles publiés dans d'autres langues. Enfin, en analysant les articles dans le monde entier, on a supposé que la féminité se mesure à

l'identique d'un pays à l'autre, ce qui serait peu probable puisque d'une culture à une autre elle n'est pas discutée et surtout pas perçue de la même manière (Decrosse, 1978).

De manière générale, les résultats d'une revue de la littérature reposent sur la qualité des essais réalisés (Cucherat, 1997). Leur sélection et leur exhaustivité sont donc les atouts majeurs de cette technique. Toutefois, le mélange de populations d'origines diverses peut s'avérer non pertinent et produire des résultats sur des populations « moyennes » dénuées de signification. Plusieurs travaux empiriques confirment les limites de cet outil (Benabbou et al., 2004 ; Altintas, 2009). En effet, plusieurs auteurs ont comparé les résultats d'une revue de la littérature à de grands essais réalisés sur le même sujet (Sterne, 2001 ; Mathews et al., 2000). Les conclusions invitent à une certaine prudence puisqu'une revue de la littérature sur trois était en désaccord avec le résultat de l'essai de grande taille.

Toutefois, cette méthodologie apporte quelques bénéfices à la recherche. En effet, cette étude révèle l'ampleur des efforts déployés dans ce domaine et montre les réalisations scientifiques qui ont commencé il y a plus de 30 ans. Si la féminité est aujourd'hui devenue une partie importante des soins et de la prise en charge pluridisciplinaire des patientes atteintes d'un cancer du sein, c'est en partie grâce aux études scientifiques ayant vu le jour. La revue de la littérature a permis de les mettre en avant et les répertorier. En outre, les résultats de cette étude pourraient aider d'autres chercheurs à formuler de nouvelles questions ou à mener des études davantage ciblées sur le sujet.

V) Conclusion

Nos résultats témoignent que **l'image du corps** est la dimension psychologique la plus mentionnée lorsque les auteurs s'intéressent au vécu de la féminité. D'autres variables, telles que la sexualité, les relations sociales et l'identité sont également prises en considération dans les études sur la féminité. Afin d'étayer les résultats de cette étude, une recherche qualitative pourrait être effectuée permettant d'interroger les femmes sur leur propre féminité.

Enfin, on relève aussi que l'anxiété, la dépression et l'estime de soi sont des variables psychologiques fréquemment utilisées par les chercheurs évaluant la qualité de vie.

Les résultats de la revue de la littérature indiquent qu'à l'avenir, l'évaluation de **l'image du corps, la sexualité, l'identité et les relations sociales** serait pertinente pour les chercheurs souhaitant évaluer le vécu de la féminité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Cette étude souligne que la féminité bien qu'elle soit très souvent abordée, n'est pas nécessairement un concept dont les facteurs constitutifs font consensus. Elle est donc évaluée différemment en fonction des chercheurs qui l'abordent. Les résultats de cette revue de la littérature viennent mettre en évidence l'importance de créer un outil unique visant à évaluer spécifiquement le vécu de la féminité des femmes.

Au regard des résultats de cette revue de la littérature, la seconde étude de cette thèse servira à la création et à la validation d'une échelle sur le vécu de la féminité.

DEUXIEME ÉTUDE : Comment la féminité chez les femmes s'évalue-t-elle en psychologie de la santé ? Création et validation de deux questionnaires

Dans ce chapitre, nous allons décrire en profondeur les méthodes d'élaboration et de validation d'un instrument de mesure. Les critères d'échantillonnage, la procédure de distribution et la collecte de données y seront présentés de manière exhaustive. Cette étude comporte deux parties correspondant aux deux étapes de création et de validation du questionnaire. Dans la deuxième partie, nous validerons en parallèle un deuxième questionnaire traitant de la féminité traditionnelle qui sera utilisée dans la dernière étude.

I) Objectifs de la recherche

Les résultats de notre première étude ont permis de mettre en lumière une forme du vécu de la féminité qui serait envisageable d'évaluer en psychologie de la santé par l'intermédiaire de quatre variables médiatrices à savoir, l'image du corps, la sexualité, l'identité et les relations sociales

Au regard des éléments de la revue de littérature, la création d'un outil mesurant la féminité chez les femmes tout venant pourrait se relever très pertinent en recherche en science humaine. En effet, bien qu'elle soit de plus en plus évaluée, aucune échelle à ce jour ne la mesure. Les chercheurs doivent donc utiliser plusieurs questionnaires rallongeant à la fois le temps de

passation et l'analyse des données. La revue de littérature met en évidence l'utilisation d'un très large panel de questionnaires pour l'évaluation d'une même variable psychologique. Le but n'est pas d'ajouter une échelle supplémentaire, mais de proposer un outil alternatif venant regrouper l'évaluation de plusieurs variables psychologiques afin de mesurer le vécu de la féminité. Un des objectifs de cette échelle est de proposer un questionnaire unique permettant aux chercheurs de l'utiliser lorsque la thématique de la féminité est abordée en psychologie.

Le deuxième objectif est de valider un questionnaire en français sur la féminité traditionnelle (TF) des femmes françaises. Celui-ci mesure la représentation de la féminité que se font les femmes à partir de leurs constructions sociales confectionnées depuis l'enfance. Cette échelle servira à parachever le questionnaire sur le vécu de la féminité que nous aurons construit et tous deux seront utilisés dans l'étude 3.

La phase de validation des deux échelles a été effectuée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, des analyses factorielles exploratoires (AFE) ont été réalisés dans le but de valider et de tester la fiabilité de notre échelle sur le vécu de la féminité. Dans un deuxième temps, nous avons effectué des analyses factorielles confirmatoires (AFC) afin de tester l'ajustement des deux échelles aux données collectées. Enfin, des tests permettant de vérifier la validité convergente, divergente et prédictive ont ensuite été réalisés.

Partie 1. Création du questionnaire sur le vécu de la féminité

Pour la création de cet outil, nous nous appuyerons sur ce que préconisent Bailey et Pearson (1983), Moore et Benbasat (1991) et Churchill (1984) sur le développement des instruments (Wang et al., 2018). Le questionnaire a été validé auprès des femmes françaises.

I) Méthode

1. Procédure

Selon les préconisations de Churchill (1979), de Vellis (2003) et de Roussel (2005), nous avons clarifié la nature du concept ainsi que son contenu. Le choix de nos dimensions psychologiques composant notre instrument de mesure a été réfléchi en fonction des résultats obtenus dans la revue systématique effectuée dans l'étude 1 et à la fois par notre orientation théorique. À cet effet, nous nous sommes basés sur les études antérieures identifiées dans la revue systématique et les fondements théoriques en psychologie, pour décrire les principales dimensions psychologiques qui sont susceptibles de mesurer le vécu de la féminité.

La première étape consiste à rédiger les items de chaque dimension pour évaluer la validité de contenu.

2. Développement des items

Afin de développer un ensemble d'items, le chercheur définit le construit et identifie les différentes dimensions qui seront mesurées en se basant sur la revue de littérature (Carmines &

Zeller, 1979 ; Hinkin, 1998 ; Willits et al., 2016). Dans le cadre de cette étude, les différentes variables psychologiques composant les dimensions de l'échelle ont été définies et identifiées dans les chapitres précédents. Ainsi quatre dimensions ont été sélectionnées pour construire notre instrument : « image du corps » ; « sexualité » ; « identité » ; « relations sociales ». Après avoir échangé avec des psychologues chercheurs, une cinquième dimension a été ajoutée dans ce questionnaire s'appuyant sur des courants théoriques en relation avec la féminité. Cette dernière dimension est « acceptation de soi ».

Pour construire cette échelle, nous nous sommes inspirés de questionnaires préalablement validés par des recherches antérieures. Nous avons ensuite sélectionné les items qui nous paraissaient pertinents au regard de notre création d'échelle puis nous avons procédé à la modification ou à l'ajustement de ces items pour nous assurer que leurs énoncés s'appliquent à notre population cible. Enfin, lors de la rédaction de l'échelle, les recommandations de DeVellis (2003) et de Pinsonneault & Kraemer (1993) au sujet de la formulation négative et positive des items et de la longueur et de la rédaction des éléments ont été prises en considération. Selon des règles précises de rédaction, nous évitons d'insérer des indices qui rendraient acceptables ou inacceptables les items comme en employant les adverbes « toujours » ou « jamais ». De plus, il est indispensable que les items ne comportent qu'une seule idée pour éviter que le répondant n'adhère à une partie de l'item tout en rejetant l'autre. Le niveau de langage et le vocabulaire utilisés doivent être adaptés à la population cible et il convient d'éviter les questions négatives, et les doubles négations pour faciliter la compréhension. Enfin, des items peuvent aborder le même thème, mais avec une formulation différente. En effet, « *reformuler les mêmes idées avec suffisamment de différences permet de constater la permanence d'une idée chez le répondant par la répétition des mêmes réponses malgré des formulations différentes* » (DeVellis, 2003 cité par Beaurivage, 2015).

L'échelle sur le vécu de la féminité (EVF) étant présentée en français, toutes les échelles retenues dans le cadre de ce questionnaire sont issues d'études essentiellement francophones pour éviter le biais de traduction.

Dans un deuxième temps, la création et les arrangements des items ont été effectués avec trois chercheurs-psychologues, dont deux spécialisés en psychologie de la santé et un en psychopathologie. Les trois chercheurs, dont le centre d'intérêt est la femme et la féminité, se sont regroupés afin d'accomplir une première ébauche du questionnaire.

3. Présentation des échelles influentes

Pour construire notre échelle nous nous sommes donc inspirés de certains items venant de plusieurs échelles.

Pour évaluer l'image du corps, nous nous sommes appuyés sur la **Body Image Scale (BIS)** de Hopwood et al. (2001) puis traduite en français par Brédart et al. (2007). Cette échelle mesure l'image du corps, concept proposé par Paul Schidler (1968). Elle contient 10 items portant sur le vécu affectif et comportemental par des patients sur leur image du corps. Le questionnaire touche à la perception de l'apparence physique, de l'intégrité corporelle et au sentiment de séduction. Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert en quatre points.

La sexualité est mesurée à partir de la **Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-w)** de Rosen et al. (1994). Dans sa version originale, ce questionnaire est destiné à évaluer les troubles de la fonction sexuelle chez les femmes. Il a été validé en français par Baudelot-Berrogain et al. (2006). Cet auto questionnaire est composé de 22 items regroupés en sept domaines explorant l'ensemble de la sexualité féminine : le désir, l'excitation, la fréquence de

l'activité, la réceptivité, le plaisir/l'orgasme, la satisfaction relationnelle et les problèmes affectant la sexualité. Les réponses sont cotées différemment d'un item à un autre, mais c'est systématiquement une échelle de Likert allant de quatre à sept points.

La dimension « relations sociales », les items ont été inspirés de l'échelle de l'Évaluation de l'**Ajustement Dyadique** (DAS), revisité par Taylor et al. (2006). Cette version est composée de 32 items relatifs à des thématiques et des événements de la relation de couple. Cette échelle est la plus utilisée en psychologie de la santé lorsqu'on souhaite évaluer l'ajustement marital. Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert en six points.

Les items concernant l'identité ont été repris de l'échelle de l'**estime de soi** de Rosenberg (1965). Elle a été traduite en français en 1990 par Vallieres et al. Cette échelle comporte 10 items dont six sont sous une forme positive et quatre sous une forme négative. Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert en quatre points.

Enfin, 7 items sur l'**acceptation de soi** ont été conçus spécialement pour l'échelle : « Vous auriez aimé être plus féminine » ; « Faire des tâches socialement reconnues comme étant des tâches féminines ne vous a pas dérangé (*ex. tâches ménagères*) » ; « Faire des tâches socialement reconnues comme étant des tâches masculines ne vous a pas dérangé (*ex. réparer quelque chose*) » ; « Vous avez ressenti le besoin de paraître plus féminine que vous ne l'êtes déjà » ; Il vous est arrivé de penser que vous n'étiez pas à la hauteur en tant que femme » ; « Vous n'avez pas aimé la femme que vous êtes » ; « Vous avez été gêné d'être une femme ».

4. Le choix de type de question

Selon Fenneteau (2002), il existe trois types de questions lorsqu'on crée un questionnaire. Elles peuvent être soit ouvertes, fermées ou mixtes. Pour les questions ouvertes, les réponses sont

libres, permettant de recueillir des informations riches en contenus. Mais l'inconvénient majeur se situe dans l'exploitation des données. En laissant le participant, le choix de répondre ce qu'il veut, les réponses obtenues peuvent être floues et très difficile à exploiter dans les analyses des résultats.

Les questions fermées ont plusieurs avantages. En effet, la collecte des réponses est simple et fiable et la codification des informations des questions fermées est immédiate et aisée à mettre en place. Aussi, les échelles d'opinion représentent un format particulier de questions fermées : elles renseignent le degré d'adhésion à une proposition. Les sujets doivent se positionner sur une échelle « accord-désaccord » pour chaque item présenté. Toutefois, les limites inévitablement réductrices dans les réponses des participants sont l'inconvénient majeur de ce choix méthodologique puisque la personne interrogée raisonne en utilisant la grille d'analyse proposée. Enfin, les questions mixtes ne fournissent pas de données homogènes, car elles conduisent à collecter deux types de réponses (ouvertes et fermées).

Notre choix s'est arrêté sur les questions fermées. En effet, la standardisation des réponses fournies par les questions fermées constitue un atout décisif, car elle permet d'utiliser pleinement les ressources de l'analyse statistique et d'interroger un grand nombre d'individus (Fenneteau, 2002).

5. Le choix de l'échelle

Le dispositif de réponse sera une échelle de Likert à 7 points. Ceci permet au répondant d'indiquer son opinion sur une échelle en sept points allant de « *tout à fait en désaccord* » ; « *Pas d'accord* » ; « *Plutôt pas d'accord* » ; « *Indifférent* » ; « *Plutôt d'accord* » ; « *D'accord* »

à « *Tout à fait en accord* ». Généralement, ce type d'échelle d'intervalle est souvent utilisé, car elle offre une grande richesse de l'analyse (Evrard et al., 2003).

Cette décision s'appuie sur l'analyse d'Evrard et al. (2003) qui a montré que l'alpha de Cronbach calculé avec une échelle à sept points est plus élevé qu'avec une échelle en cinq points. C'est également une échelle de compréhension aisée et peu sensible au mode de collecte des données (Vernette, 1991 ; Doucet, 2010). Le choix d'une échelle de Likert à point impair permet aux chercheurs d'avoir une catégorie « *indifférent* » donnant la possibilité aux participantes de ne pas se prononcer si elles n'ont pas d'avis sur la question. Ce choix rejoint celui de Miller (1956) et Cox (1980) qui préconisent de construire des échelles à 7 points. Churchill & Peter (1984) quant à eux indiquent que plus il y a de rangs, plus la solidité du questionnaire est importante. Toutefois, Miller (1956) précise qu'une échelle Likert à 7 points serait le seuil maximal, car au-delà, la mémorisation à court terme devenait difficile. En effet, un individu ne pourrait pas gérer plus de sept informations en même temps.

6. L'étape de construction

La première version du questionnaire est composée de 60 items (Annexe 3), sur un dispositif de type likert en allant de 1 « pas du tout d'accord » à 7 « tout à fait d'accord », renvoyant à cinq dimensions théoriques reliées à la féminité. Ces dimensions sont « l'image du corps » composé de **14 items** (p. ex. « *Votre reflet dans le miroir vous a gêné.* ») ; « l'acceptation de soi » composée de **7 items** (p. ex. « *Il vous est arrivé de penser que vous n'étiez pas à la hauteur en tant que femme.* ») ; « l'identité » composée de **9 items** (p. ex. « *Vous avez pensé ou agi en accord avec qui vous êtes* ») ; « la sexualité » composée de **14 items** (p. ex. « *Vous évalueriez vos relations sexuelles comme globalement satisfaisantes* ») et « les relations sociales »

composées de **16 items** (p. ex. « *Vous vous êtes sentie à l'aise en présence de vos proches* »).

Tous les items font explicitement référence à la féminité.

La consigne de l'EVF précise que « *L'objectif de cette étude est de connaître le ressenti sur votre féminité. Pour cela, vous allez devoir répondre au questionnaire ci-dessous. Nous vous précisons qu'il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse et nous vous prions d'y répondre le plus spontanément et sincèrement possible. Les réponses que vous allez donner seront traitées de manière strictement confidentielle et anonyme* ». Le rappel du mot « féminité » dans les consignes ainsi que dans certains items permet de s'assurer que ce qui est mesuré par l'échelle se rapporte bien à la féminité et non à d'autres variables, comme, par exemple, la sexualité ou la qualité de vie.

II) Analyse des données

Dans cette partie, nous présenterons nos choix statistiques et les différents traitements des données que l'on a mis en place afin de valider l'échelle sur l'EVF.

1. Validité de contenu

Lorsque l'on souhaite créer un instrument de mesure, il est important et fortement recommandé de mener dans un premier temps une validité de contenu (Straub et al., 2004). Celle-ci se définit par l'évaluation des items (de manière superficielle) par des juges qui ne sont pas forcément des experts dans le domaine (Laveault & Grégoire, 2002). La validité de contenu se réfère à la représentativité des items échantillonnés (retenus dans le test) pour mesurer un construit (concept, trait) donné (Cronbach, 1971 ; Kerlinger, 1986).

Certains psychométriciens soulignent sa complexité, mais précisent qu'elle est importante pour vérifier l'adéquation de l'instrument de mesure et de ses items (Barrett, 1980 ; Nunnally, 1979). Pour évaluer la validité de contenu, plusieurs chercheurs ont recours à un groupe d'expert (juge) (Dennen et al., 2007 ; Katz, 2003 ; Koohang, 2004). En effet, cette étape est largement documentée lors de l'élaboration d'un questionnaire (Roblyer & Wiencke ; 2003) et ceci représente une forme de pré-test du questionnaire (Gall et al., 2007).

Plusieurs méthodes ont été décrites pour évaluer la validité de contenu d'une nouvelle échelle de mesure (Straub, 1989 ; Lawshe ; 1975 ; Tojib & Sugianto ; 2006). Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes référés à la méthode Lawshe (1975) (Boateng et al. 2018). Cette méthode propose un ratio de validité de contenu (Content Validity Ratio ou CVR) permettant de mesurer le degré d'accord entre les différents experts. Cette méthode permet aux chercheurs de prendre des décisions sur le maintien ou non des items dans le questionnaire. C'est une méthode très avantageuse en termes de coût et de temps, très rapide, facile à utiliser et aucun inconvénient n'a été rapporté par les chercheurs concernant son utilisation (Tojib et Sugianto, 2006).

Au regard de cette méthode, l'avis d'expert est un jugement basé sur la connaissance et l'expérience, qu'il utilisera pour répondre à certaines questions autour d'un sujet précis (Trépos, 1996). Le choix des experts n'est donc pas réservé seulement à des autorités scientifiques, mais plutôt à toute personne ayant une bonne connaissance pratique du sujet ou du contexte de recherche et ayant une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe d'acteurs auquel il appartient (Linstone et Turoff, 2002 ; Okoli & Pawlowski, 2004).

Par conséquent, nous pensons que des étudiants en master de psychologie sont suffisamment compétents en matière de recherche pour exercer un jugement pertinent sur les items de notre questionnaire. Les experts doivent être en mesure d'exercer leur jugement sur le niveau et les particularités du langage utilisé dans la formulation des items rédigés en français.

La méthode de Lawshe consiste donc à demander aux experts de déterminer si les items retenus étaient : 1). Essentiels (à conserver), 2). Utiles, mais non essentiels ou 3). Non nécessaires (à retirer). La validité de contenu (CVR) de chaque item obtenu à partir de la formule de Lawshe est comprise entre -1 et + 1 (Figure 11). La valeur positive indique que plus de la moitié des experts ont noté que l'item est essentiel. Selon Lawshe (1975), les valeurs minimales des CVRs sont différentes selon la taille du panel d'expert. Les seuils des CVRs en fonction du nombre d'experts sont présentés dans les résultats.

$$CVR = \frac{Ne - \frac{N}{2}}{\frac{n}{2}}$$

Figure 11 Formule de Lawshe pour calculer le CVR

Où Ne: nombre d'experts ayant déclaré que l'item est « essentiel »

N ; nombre total d'experts du panel

Pour compléter la méthode Lawshe (1975), nous avons ajouté une dimension qualitative consistant à proposer aux experts la possibilité d'ajouter des items ou des dimensions qu'ils jugeraient essentielles, mais qui n'apparaissent pas dans la version initiale du questionnaire. Enfin, il leur a été proposé de reformuler les items s'ils le souhaitaient.

2. Analyse Factorielle Exploratoire

Une fois la validité de contenu effectuée, la deuxième étape est de vérifier la fiabilité des items en ayant recours à un test de l'échelle. Plusieurs items sont de nature exploratoire et n'ont jamais été soumis à des vérifications empiriques (ex. : acceptation de soi). Les valeurs métrologiques

de la version française de l'EVF doivent donc être vérifiées. Une étude exploratoire est fortement recommandée par de nombreux auteurs afin d'apporter de premières modifications avant de présenter le questionnaire en analyse confirmatoire (voir Partie 2 de l'étude) (Gall et al., 2003 ; Gay & Airasian, 2000 ; Leedy et Ormrod, 2001). Yen (2009) souligne qu'une étude exploratoire permet à la fois de valider les questions posées et supprime les questions inutiles ou non pertinentes avec la thématique initiale.

Dans un premier temps et afin de savoir si l'adéquation de nos données permet de procéder à une analyse factorielle, nous avons calculé plusieurs indices, à savoir l'indice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et le test de sphéricité de Bartlett.

Ainsi, une fois que les indices nous autorisent à poursuivre sur une analyse factorielle exploratoire (AFE), la première étape de création d'une échelle de mesure est d'identifier les principaux facteurs expliquant les résultats obtenus, repenser le regroupement des items, éliminer des items potentiellement redondants et ainsi réduire à la fois le nombre d'items et le temps de passation du questionnaire (DeVellis, 2003). Pour cela, deux critères sont utilisés. Le premier correspond au test de Catell (1966) (ou scree-test) permettant de conserver uniquement les facteurs situés avant le point d'inflexion du graphique (Bourque et al., 2006), couplé à la méthode qui consiste à fixer a priori un pourcentage de la variance totale expliquée. Ce pourcentage doit être supérieur à 40 % (Gorsuch, 1990).

Dans le cadre de cette étude, l'analyse s'exécute avec le logiciel SPSS version 25 en composante principale avec rotation oblique (ACP). La rotation oblique permet d'obtenir des facteurs indépendants et de corrélérer les items entre eux, permettant des analyses adaptées à la réalité des sciences humaines et sociales (Pett, Lackey & Sullivan, 2003). La rotation oblique est principalement utilisée avec l'analyse factorielle et permet la possibilité de corrélation entre

les facteurs (Worthington & Wittaker, 2006). Plusieurs auteurs soulignent que la rotation oblique est préférable à celle de l'orthogonale (varimax) pour l'extraction des facteurs (Ford et al., 1986 ; Fabrigar et al., 1999 ; Gorsuch, 1997). Hair et al. (2006) soutiennent l'avis de leurs prédécesseurs et conseillent eux aussi la rotation oblique si l'on souhaite déterminer des facteurs représentants des concepts, ce qui est le cas dans cette étude.

La dernière étape de l'AFE est de tester la fiabilité de l'instrument par l'appréciation des coefficients alpha de Crombach (Roussel et al., 2005). Un instrument de mesure qui a une bonne fiabilité est un instrument capable de reproduire les mêmes résultats s'il est administré plusieurs fois et dans des conditions similaires. Ce coefficient de fiabilité mesure la cohérence interne d'une échelle construite à partir d'un ensemble d'items. Plus sa valeur se rapproche de 1, plus la cohérence interne de l'échelle (fiabilité) est forte. Le seuil d'acceptabilité varie selon l'objectif de la recherche et les auteurs. Nous nous sommes appuyés sur les recommandations de DeVellis (2003) et Nunnally (1979) où le seuil doit être supérieur à .70 pour considérer ce score comme étant suffisant pour déterminer la fiabilité de l'instrument et afin que cela témoigne d'une cohérence interne adéquate et fiable (Nunnally & Bernstein, 1994). Dans cette étape, il est possible de supprimer certains items dans le but d'améliorer les alphas de Crombach des facteurs.

III) Participants

1. Validité de contenu

Nous avons soumis la première version de l'EVF à 35 étudiants en psychologie en première année de master. L'objectif des experts est de juger individuellement le contenu de tous les

items constituant l'échelle. Le but de l'étude et la consigne ont été expliqués explicitement par écrit avant la présentation du questionnaire (Annexe 4). La participation s'est effectuée sous la base du volontariat et les réponses étaient anonymes.

Sur les 35 participants, 15 n'ont pas rempli le questionnaire en entier rendant ainsi la passation invalide. Notre échantillon total est donc constitué de 20 experts ($M_{\text{âge}} = 28,4$; $ET = 8,59$) comprenant 18 femmes et deux hommes, tous de nationalité française. Le nombre d'experts que constitue notre panel dépasse largement celui recommandé par Lawshe (1975), soit un minimum de cinq experts pour mener une validité de contenu. L'anonymat des experts est assuré via la diffusion de questionnaires dans une université en France par des enseignants. Cette technique a donc permis d'éviter une rencontre directe (face-à-face) entre les experts et les responsables de cette étude. Cela permet d'avoir une indépendance des jugements (Fowles, 1978), donc de limiter les effets psychologiques inhérents aux interactions sociales directes comme la pression de groupe ou l'inhibition.

Dans cette étude, 20 experts ont rempli notre questionnaire en donnant leur avis (1). *Non pertinent* ; 2). *Pertinent, mais non essentiel* ; 3). *Essentiel*) sur le contenu des items de l'EVF. Le tableau 2 présente les valeurs minimales de CVR selon le nombre d'experts. En accord avec les préconisations de l'auteur, un item ne pourra être rajouté tel qu'il a été présenté si la valeur de son CVR est inférieure à 0,42.

Tableau 2. Valeurs minimales de CVRs selon la taille du panel (Lawshe, 1975)

Taille du panel	5	10	15	20	25	30	35	40
Valeur minimale CVR	0.99	0.62	0.49	0.42	0.37	0.33	0.31	0.29

2. Analyse Factorielle Exploratoire

Pour la première partie de la validation, l'échelle sur le vécu de la féminité (EVF) a été présentée auprès de 1387 femmes. Après avoir éliminé les questionnaires incomplets, nous avons retenu au total les réponses de 651 participantes ($M_{\text{âge}} = 29,9$; $ET = 10,01$), toutes de nationalité française. La passation du questionnaire s'est effectuée sous un format électronique, en ligne et par le biais de réseaux sociaux. Le questionnaire a été diffusé du 10 juin 2019 jusqu'au 28 août 2019. Les femmes ont par ailleurs répondu à des questions portant sur des données sociodémographiques (Annexe 5).

Afin de présenter le cadre de cette étude et ses objectifs, un message a été posté dans plusieurs groupes de réseaux sociaux (Annexe 6). La participation a été entièrement anonymisée et sous la base du volontariat. Les analyses descriptives des participantes sont décrites dans le tableau 3.

Tableau 3 Données sociodémographiques de l'échantillon

Variable	Modalités	Effectifs %
Âge		M = 29,92 (ET = 10,01)
Niveau d'étude	CAP BEP	1,5
Selon l'INSEE	BAC	6,9
	BAC +2	13,4
	BAC + 3	34,6
	BAC + 5	40,3

	<i>Doctorat (BAC + 8)</i>	3,2
Profession	<i>Artisan/Commerçant/Chef d'entreprise</i>	3,4
	<i>Cadre/Profession intellectuelle supérieure</i>	27,5
	<i>Employé</i>	16,3
	<i>Ouvrier</i>	0,2
	<i>Étudiant</i>	39,5
	<i>Retraité</i>	0,2
	<i>Inactif</i>	4
	<i>Autres</i>	8,9
Situation maritale	<i>En couple</i>	59,8
	<i>Célibataire</i>	35,8
	<i>Autre</i>	4
Nombres d'enfants		M = 0,54 (ET = 1,01)
Antécédent de maladie	<i>Oui</i>	10,3
	<i>Non</i>	89,7

Ainsi, sur les 651 participantes, 34,6 % ont une licence ou un diplôme équivalent, 13,4 % sont titulaires d'un BAC+2 et 40,3 % ont un diplôme équivalent au master. On retrouve seulement 1,5 % des femmes titulaires d'un CAP ou d'un BEP, 6,9 % ont arrêté les études après le BAC et 3,2 % ont un doctorat.

Concernant les carrières professionnelles, 27,5 % des femmes sont cadres ou ont une profession intellectuelle supérieure, 39,5 % sont étudiantes et 16 ; 3 % sont employées. Enfin, 3,4 % sont des artisans ou cheffes d'entreprises et seulement 0,2 % sont ouvrières ou à la retraite. Au total, 59,8 % des femmes sont en couple.

IV) Résultats

1. Validité de contenu

Les résultats obtenus par la méthode Lawshe sont présentés dans l'annexe 7.

Les résultats indiquent que sur les 60 items proposés aux experts, 37 ont fait l'objet d'un fort consensus. Autrement dit, ils ont été jugés essentiels ($CVR > 0,42$) et ne sont donc pas soumis à une modification. Trois autres items sont acceptés sous réserves d'être modifiés. Concernant les différentes dimensions, un total de 13 items a été retenu pour l'image du corps, cinq pour l'acceptation de soi, quatre pour l'identité, quatre items concernant la sexualité et 14 pour les relations sociales. Enfin, aucun expert n'a suggéré d'items supplémentaires.

Quelques reformulations d'items ont donc été proposées par les experts afin de simplifier la lecture et la compréhension. Une lecture qualitative nous a permis de conserver trois items supplémentaires dont le CVR était inférieur à 0,42 sous réserve de modification. En effet, certains items nous paraissaient indispensables à cette échelle et nous les avons modifiés en prenant en compte les conseils des experts. Leurs commentaires ou suggestions sont de différents types et la majorité incite à reformuler l'item pour des raisons de compréhensions, de précisions ou bien pour ajouter plus de fluidité dans la tournure de la phrase.

Exemples : Une des questions sur la qualité des relations sociales « *Vous avez eu l'impression qu'en tant que femme votre place était remise en question au sein de votre vie quotidienne* » est remplacée par « *Dans votre vie quotidienne vous avez eu l'impression que votre place en tant que "femme" était remise en question* »

Question sur l'acceptation de soi : « *Vous auriez aimé être plus féminine* » est remplacée par « *Vous aimeriez vous sentir plus féminine* »

Question sur la sexualité : « *Le(s) rapprochement(s) intime(s) vous ont gêné* » est remplacée par : « *Certains de vos rapprochements intimes (câlins, baisers, caresses) vous ont occasionné une gêne ou une douleur physique* ».

Après avoir pris en compte toutes les modifications suggérées par les experts concernant la création de notre échelle de mesure, la nouvelle version de l'EVF est composée de 40 items répartis sous cinq dimensions psychologiques, dont 13 items pour l'image du corps, cinq pour l'acceptation de soi, quatre pour l'identité et la sexualité et 14 pour les relations sociales.

À présent que chaque item a été évalué pour sa pertinence, sa compréhension et sa fluidité, le prochain objectif de cette étude consiste à effectuer une évaluation préliminaire des qualités métrologiques de l'échelle en vérifiant la fiabilité des items par le biais d'une analyse factorielle exploratoire (Dwivedi et al., 2006).

2. L'analyse factorielle exploratoire

a) Descriptive

Les analyses préliminaires sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 25. Les résultats indiquent que la distribution des données ne suit pas la loi normale (Annexe 8). En effet, même si le coefficient d'asymétrie (skewness) (-0,02) est jugé suffisant, la valeur de l'aplatissement (kurtosis) (-0,40) est éloignée de 0. Cette analyse illustre une distribution non normale des données (Bentler, 1990 ; George, 2011). Enfin, si on se réfère au tableau 4, le test de Kolmogorov-Smirnov confirme la non normalité de nos données ($p < 0.04$).

Tableau 4. Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistiques	ddl	Sig.
EVF	,036	650	,046

Ce résultat est courant dans les sciences humaines et, notamment lorsqu'on souhaite créer un instrument de mesure sociales (Benzécri, 1973 ; Hjellbrekke - 2018). Aussi, dans le cas de l'EVF, l'échelle est construite sur un dispositif de Likert à sept points où le 4^{ème} point correspond à « *indifférente* » donnant la possibilité aux participantes de ne pas répondre si elles le souhaitent. De ce fait, on s'attend à ce que le quatrième point soit le moins coté dans les résultats ce qui justifierait que la courbe des données ne suit pas une loi normale. Au regard de la construction de l'échelle, il nous apparait donc logique que la distribution des données ne soit pas normale. Ce résultat ne nous empêche pas de poursuivre notre analyse en faisant une AFE.

b) Analyse factorielle exploratoire

Pour rappel, la taille de notre échantillon est de 651 participants ($M_{\text{âge}} = 29,9$; $ET = 10,01$) ce qui est considéré comme suffisant pour mener une analyse factorielle exploratoire (Carricano et al., 2010).

Tableau 5. Indice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et le test de sphéricité de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.			, 950
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-carré approx.	11913,079	
	ddl	703	
	Signification	, 000	

Le Tableau 5 montre une valeur de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) qui est de .950, largement supérieur au seuil de 0.7 suggéré par Kraisner (1974). Il est également relevé que le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < .01^{**}$). Par conséquent, ces résultats indiquent la possibilité de mener une analyse factorielle pour pouvoir sélectionner le nombre de facteurs à retenir.

La figure 12 montre le graphique des valeurs propres des facteurs extraits par l'analyse exploratoire. L'examen de la courbe des valeurs propres montre que deux facteurs se trouvent avant le point d'inflexion permettant une solution factorielle plausible et un modèle avec les données. Au regard des tests présentés ci-dessus, nous avons effectué une série de trois AFE afin de sélectionner le nombre de facteurs le plus optimal possible. Nous voyons qu'un 3^{ème} facteur pourrait être potentiellement retenu dans notre analyse. Toutefois, nous avons fait le choix de le retirer et de garder seulement deux facteurs. En effet, en poursuivant les analyses,

nous nous sommes rendu compte que le questionnaire a de bien meilleures qualités métrologiques avec deux facteurs.

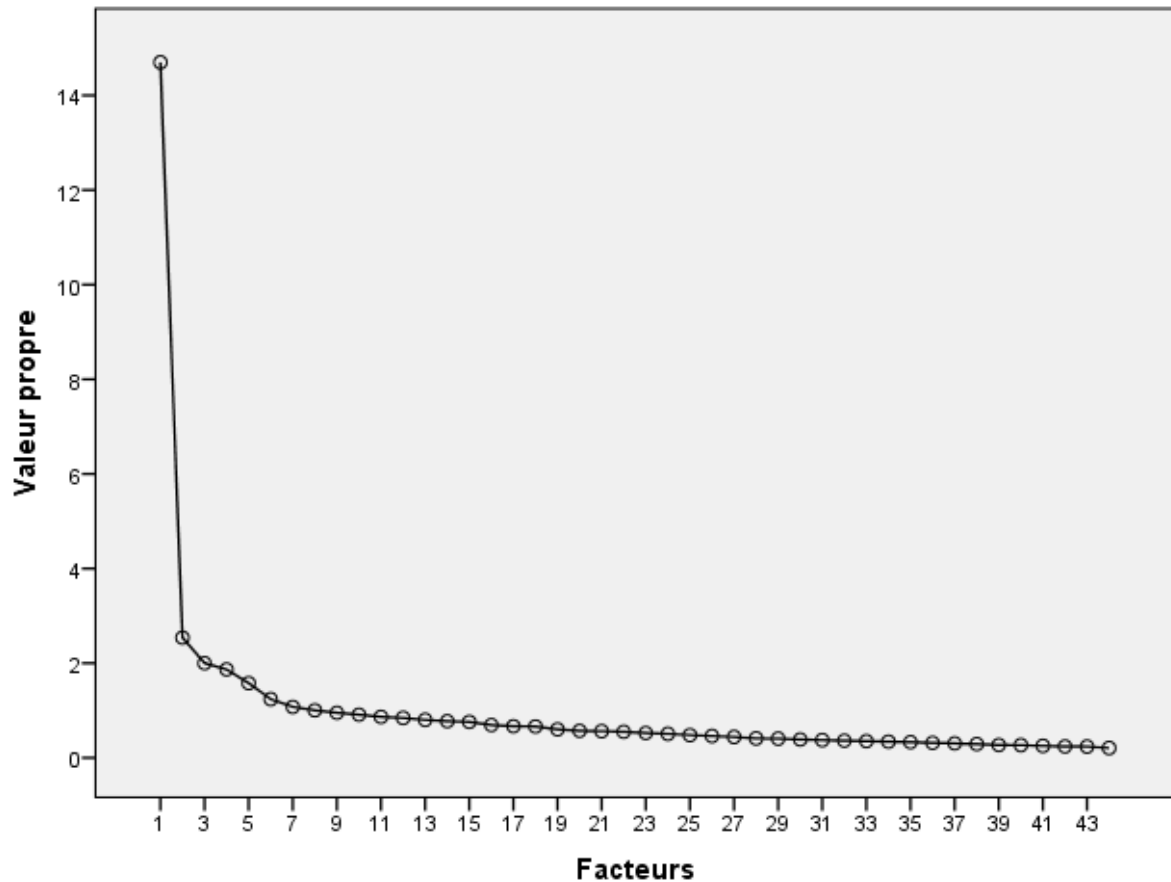


Figure 12. Valeurs propres des facteurs extraits par l'AFE

Dans un souci de rigueur méthodologique, nous avons dégager deux facteurs expliquant 42,56 % de la variance totale des variables mesurées (voir tableau 6). Ce pourcentage est acceptable, car il est au-dessus des seuils préconisés par Gorsuch (1990) et Hair et al. (2006) qui est de 40 %.

Nous avons donc dégagé de cette analyse une structure factorielle à deux dimensions. Pour étayer notre choix, nous avons rejeté les dimensions expliquant une faible part de la variance totale (% de la variance expliquée < 6 %).

Tableau 6. Valeurs propres associées aux facteurs

Composante	Valeurs propres initiales		
	Total	% de la variance	% cumulé
1	14,213	36,444	36,444
2	2,385	6,116	42,560
3	1,754	4,498	47,058
4	1,493	3,828	50,886
5	1,239	3,176	54,062
6	1,094	2,806	56,868
7	1,028	2,635	59,503

Dans le tableau 6, nous ne présenterons que les valeurs propres associées aux sept premiers facteurs extraits par souci de clarté, ainsi que leurs pourcentages de variance expliquée et cumulée.

Dans l'ensemble, les analyses ont permis de rejeter les items qui ne saturaient sur aucun des facteurs (score factoriel < 30), qui étaient multifactoriels ou présents sur des dimensions non interprétables théoriquement. Ces différents critères de retraits d'items nous ont permis de retirer deux items (*Certain(s) de vos rapprochements intimes (câlins, baisers, caresses) vous ont occasionné une gêne ou une douleur physique* et *il vous est arrivé de jalouser vos proches du même sexe que vous*) des 40 retenues initialement. Les saturations des items sont présentées dans le tableau qui suit.

Tableau 7. Rotation de la matrice des composantes et saturation des items

Items	1	2
[Vous vous êtes sentie bien dans votre corps de femme]	,750	,047
[Vous aimeriez vous sentir plus féminine]	,349	,116
[Vous ne vous êtes pas sentie gênée par votre corps en présence de votre famille et amis]	,498	-,017
[Vous vous êtes sentie belle sans maquillage]	,570	-,035
[Vous avez été consciente de vos atouts physiques]	,781	-,132
[Vous avez pris soin de vous comme vous l'auriez voulu]	,446	,215
[Les marques physiques féminines accumulées au cours de votre vie vous ont embarrassé (ex. vergetures, cicatrices, cellulite etc...)]	,486	-,026
[Vous avez ressenti le besoin de paraître plus féminine que vous ne l'êtes déjà]	,347	,172
[Vous vous êtes sentie moins désirable]	,562	,198
[Vous avez eu l'impression que vos envies n'ont pas été prises en compte]	,076	,555
[Vous vous êtes trouvée belle lorsque vous étiez nue]	,941	-,220
[Dans votre vie quotidienne vous avez eu l'impression que votre place en tant que "femme" était remise en question]	-,179	,692
[Vous avez eu du mal à montrer votre corps à votre partenaire]	,631	,042
[Votre famille vous a apporté des choses nécessaires dans votre vie de femme]	-,038	,444
[Le regard des autres vous a fait vous sentir jolie]	,591	-,011
[Vous vous êtes fait plaisir en portant des tenues vestimentaires qui vous plaisent]	,402	,175
[Vous pensez avoir été autant capable que n'importe quelle femme]	,201	,487
[Votre reflet dans le miroir vous a gêné]	,812	-,018
[Vous ne vous êtes pas sentie comprise dans votre vie quotidienne]	,042	,619
[Il vous est arrivé de penser que vous n'étiez pas à la hauteur en tant que femme]	,170	,598
[Vous avez été satisfaite par votre apparence de manière générale]	,881	-,068
[Vous pensez avoir été vous-même en présence de votre entourage]	,095	,536
[Vous avez adopté une attitude positive envers vous-même]	,507	,283
[Votre corps ne vous a pas occasionné de douleurs ou de désagréments]	,140	,339
[Vous avez eu la sensation d'être "moins bien" que vos ami(e)s]	,500	,279
[Vous avez eu peur d'être jugée en tant que femme (par votre entourage féminin et/ou masculin)]	,117	,641
[De manière générale, vous ne vous êtes pas trouvée jolie]	,821	-,018
[Vous avez eu la sensation d'être une femme désirée]	,476	,192

[Vous vous êtes sentie mal à l'aise ou inconfortable dans votre corps]	,767	,047
[Vous vous êtes sentie libre de parler de vos désirs sexuels avec votre partenaire]	,131	,335
[Vous n'avez pas aimé la femme que vous êtes]	,564	,309
[Vous vous êtes sentie en adéquation avec votre identité de femme]	,228	,600
[Vous avez été fière de vous en tant que femme]	,244	,560
[Vous avez eu la sensation que votre famille respecte votre place de femme]	-,152	,779
[Vous avez préféré choisir des tenues vestimentaires qui cachent volontairement des parties de votre corps car vous vous êtes sentie gênée]	,625	,000
[Vous avez été gênée d'être une femme]	-,040	,618
[Vous avez eu la sensation d'être aussi bien que n'importe quelle autre femme]	,514	,338
[Vous avez pensé ou agi en accord avec la personne que vous êtes en tant que femme]	,136	,639

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Oblimin avec normalisation Kaiser.

a. Convergence de la rotation dans 7 itérations.

L'appellation des deux facteurs dégagés est succinctement ; **Facteur 1** : Acceptation de soi ; **Facteur 2** : Image de soi.

La dernière étape de l'AFE est de tester la fiabilité de l'instrument par l'appréciation des coefficients alpha de Crombach (Roussel et al., 2002).

Tableau 8. Alpha de Crombach selon les facteurs de l'EVF

Facteurs	Nombres d'items retenus	Alpha de Crombach
1. Image de soi	16	.916
2. Acceptation de soi	21	.918
L'échelle en entier	38	.950

Le tableau 8 indique que tous les coefficients de Crombach sont supérieurs à .70, soit au seuil recommandé de DeVellis (2003) et Nunally (1979). Un score égal ou supérieur à 0.7 est considéré comme étant satisfaisant pour déterminer la fiabilité de l'instrument (Gall et al., 2005) et cela témoigne d'une cohérence interne adéquate et fiable des échelles selon Nunally & Bernstein (1994).

À l'issue de l'AFE, le questionnaire sur le vécu de la féminité comporte au total 38 items. Cette échelle est composée de 21 items positifs et 17 items inversés. Les items inversés sont respectivement ; l'item 2, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 26, 27, 28, 30, 32, 36 et 37.

V) Conclusion

Initialement, l'EVF comportait 60 items et à l'issue de l'AFE, les meilleurs items ont été retenus pour n'en rester que 38. L'EVF a montré une très bonne fiabilité approuvant ainsi la possibilité de passer à la deuxième étape de la validation. En outre, il reste à déterminer d'autres propriétés métriques de l'outil et c'est ce que nous verrons dans cette deuxième et dernière étape de la validation de questionnaire.

Partie 2. Validation du questionnaire sur le vécu de la féminité et de l'échelle sur la féminité traditionnelle

Afin de vérifier la multidimensionnalité de notre échelle, nous avons effectué une analyse factorielle confirmatoire (AFC) dans le but d'évaluer et d'affiner notre questionnaire (Anderson & Gerbing, 1988). L'AFC serait la plus appropriée et préférée à l'analyse factorielle exploratoire (AFE) pour l'évaluation de la validité d'instruments psychométriques (Burnett et Dart., 1997 ; Reise et al., 2000).

Dans cette deuxième partie, deux questionnaires seront soumis à la validation par l'AFC. Le premier questionnaire étant l'EVF et le deuxième est l'échelle sur la féminité traditionnelle (TF) visant à évaluer les auto représentations de la féminité et de la masculinité chez les femmes françaises. Le deuxième questionnaire étant déjà validé en anglais, nous n'avons pas besoin de le soumettre à l'AFE (Burnett et Dart., 1997 ; Reise et al., 2000).

Validation du questionnaire sur le vécu de la féminité (EVF)

I) Procédure

La passation du questionnaire s'est effectuée de la même manière que dans la première partie de la validation. Elle s'est réalisée en ligne et par le biais de réseaux sociaux afin d'avoir le plus de réponses possibles de la part des femmes de toutes les tranches d'âges et venant de toutes les régions de France.

Ce questionnaire a été diffusé en ligne au début du mois de juin 2019 jusqu'au mois d'août 2019. Le questionnaire porte sur le vécu de la féminité des femmes françaises, associés à des questions d'ordre sociodémographiques ont été ajoutées en début de passation (Annexe 9).

II) Questionnaire

Le questionnaire sur le vécu de la féminité comporte au total 38 items. Cette échelle est composée de 21 items positifs et 17 items inversés.

Pour rappel, les femmes sont invitées à se positionner sur le vécu de leur féminité sur une échelle de Likert en sept points où elles précisent si elles sont « *Tout à fait d'accord* » ; « *D'accord* » ; « *Plutôt d'accord* » ; « *Indifférente* » ; « *Plutôt pas d'accord* » ; « *Pas d'accord* » ou « *Pas du tout d'accord* ». Plus le score est élevé, plus la participante a un vécu de sa féminité satisfaisant.

III) Analyse des données

3. Analyse factorielle confirmatoire (AFC)

L'objectif d'une AFC est de confronter des données observées à un modèle théorique de manière à déterminer dans quelle mesure le modèle théorique correspond aux données recueillies. Une structure factorielle est donc définie a priori et son degré d'adéquation aux données est calculé.

Pour analyser l'E VF en AFC, il existe de nombreux indices, répartis dans trois groupes : les indices absolus, les indices incrémentaux et les indices de parcimonies. L'indice le plus courant est le Khi-deux (ou Khi-carré), mais comme ce dernier est très sensible à la taille de l'échantillon, il conduit à rejeter quasiment tous les modèles au-delà de 200 observations (Roussel et al., 2002).

Nous avons suivi les recommandations de Roussel et al. (2005) afin de sélectionner les indices nécessaires pour la validation de l'E VF. Ils suggèrent de prendre au moins un indice dans chaque groupe.

Nous avons sélectionné cinq indices absolus ; le RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) (Steiger, 1990) qui mesure l'écart entre la solution proposée et les données par degré de liberté et indique un bon ajustement lorsqu'il est inférieur à 0.05, GFI (Goodness of Fit Index) et l'AGFI (Joreskog et Sörbom, 1989), P close et RMR standardisé (Standardized Root Mean Square Residual). De plus, un indice incrémental a été retenu, à savoir le CFI (Comparative Fit Index) (Bentler, 1990). Enfin, parmi les indices de parcimonie, notre choix s'est porté sur le khi-deux normé (χ^2/ddl) de Jôreskog (1969) moins sensible à la taille de l'échantillon que le khi-deux. Au total, sept indices ont été sélectionnés pour valider l'E VF.

Le tableau 9 présente les indices retenus dans notre étude et leur valeur critique recommandée.

Tableau 9. Indices de l'AFC et leurs valeurs critiques

Indice et Typologie	Valeurs critiques
<u><i>Indices absolus :</i></u>	
RMSEA	≤ 0.50 bon ; ≤ 0.8 raisonnable
GFI	≥ 0.90
AGFI	≥ 0.80
Pclose	≥ 0.05
SRMR	$< 0,90$
<u><i>Indices incrémentaux :</i></u>	
CFI	≥ 0.90
<u><i>Indices de parcimonie :</i></u>	
Khi-deux normé (χ^2/ddl)	≤ 2

4. Fidélité

La fidélité sert à estimer la fiabilité après l'analyse factorielle confirmatoire effectuée. Ici, l'alpha de Crombach est idéal pour le test de fidélité, car il est adapté aux méthodes d'équations structurelles. Le seuil doit être supérieur à .70 (Fornell & Larcker, 1981 ; Hair et al. 2006).

La mesure de la fidélité a été réalisée lors de la première partie de la validation de l'EVF et les différentes composantes de la fidélité s'évaluent à l'aide d'un coefficient de corrélation linéaire dont la valeur maximale est de 1. La consistance interne permet d'évaluer l'homogénéité entre

les différentes dimensions du construit, elle apprécie ainsi dimension par dimension la cohérence intra-items. L'analyse de la fidélité dans cette deuxième partie de la validation permet d'étayer nos résultats obtenus dans l'analyse confirmatoire.

5. Validité du construit

La validité du construit vérifie si les indicateurs censés mesurer le même phénomène sont suffisamment corrélés (validité convergente) et s'ils se distinguent des indicateurs censés mesurer des phénomènes différents (validité discriminante) (Evrard et al. 2009).

Le test de validité du construit repose ainsi à la fois sur les critères de validité convergente et discriminante. Ils peuvent être vérifiés à l'aide de la méthode de Fornell et Larcker (1981). Pour ce faire, nous utilisons des analyses de corrélation avec le rho de Spearman. Cette technique principale d'analyse est pertinente pour la construction et la validation d'une échelle de mesure lorsque le questionnaire ne suit pas la loi normale (Spearman, 1904).

a) Validité convergente

Elle représente le degré de convergence entre de multiples tentatives de mesurer le même concept avec des méthodes différentes (Evrard et al., 2009). La validité convergente correspond au rapport entre la variance des indicateurs de mesure (ou variables manifestes) expliquée par le concept latent et la variance totale incluant les erreurs de mesure (erreur aléatoire et erreur systématique) (Fornell et Larcker, 1981). Autrement dit, la validité convergente permet de nous

assurer que l'échelle que nous souhaitons valider mesure les mêmes construits ou a des construits similaires à d'autres instruments.

Afin de calculer la validité convergente, l'EVI a été corrélé avec plusieurs questionnaires différents.

- L'échelle d'Estime Corporelle (EEC) (Mendelson et al., 2001). Cet auto questionnaire comprend 23 items cotés avec une échelle de Likert en cinq points. Elle est composée de trois sous-échelles : l'apparence (10 items) (*ex. j'aime ce que je représente en photo*) ; l'attribution (5 items) (*ex. les autres me trouvent beau*) et le poids (8 items) (*ex. je suis content de mon poids*). Cette échelle évalue les attitudes et les ressentis concernant le corps et l'apparence. Plus le score est haut et plus l'estime corporelle est évaluée comme positive.

- L'Indice de Soi Physique (ISP) (Fox et Corbin, 1989). Ce questionnaire a été traduit en langue française par Ninot et al. (2000). Il est composé de six sous-échelles avec au total 25 items. Les sous-échelles évaluent respectivement l'estime globale de soi (5 items) (*ex. j'ai une bonne opinion de moi-même*) ; la valeur physique perçue (5 items) (*ex. Globalement, je suis satisfait [e] mes capacités physiques*) ; la condition physique évaluée sur la base de la course d'endurance (5 items) (*ex. Je ne peux pas courir longtemps sans m'arrêter*) ; la compétence sportive (4 items) (*ex. Je trouve la plupart des sports faciles*) ; l'apparence physique (3 items) (*ex. Je n'aime pas beaucoup mon apparence physique*) et la force (3 items) (*ex. Je pense être plus fort [e] s que la moyenne*). La cotation s'effectue à l'aide d'une échelle de Likert en six points.

- L'échelle d'Estime Globale de Soi (RSE) (Rosenberg, 1965). Elle est composée de dix items au total (*ex. je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre*). Cet autoquestionnaire se cote avec une échelle de Likert en quatre points. Cependant, il a été précisé que cet instrument a été parfois utilisé en cinq points (Gana et al., 2005). Dans cette étude, nous coterons les items en quatre points.

b) Validité discriminante

En ce qui concerne la validité discriminante, elle s'assure que les indicateurs de mesure d'un construit sont faiblement corrélés aux indicateurs de mesure d'autres construits, ne mesurant pas les mêmes dimensions (Evrard et al., 2009). Elle est satisfaisante lorsque les carrés des corrélations entre deux concepts quelconques ne sont pas significatifs (variables manifestes) (Fornell et Larcker, 1981).

Pour établir la validité divergente, le score total de l'E VF a été corrélé avec deux autres questionnaires. Cette fois-ci, les instruments de mesure ne doivent pas être corrélés ensemble si on veut attester d'une validité divergente suffisante.

- Le questionnaire d'attributs personnels (PAQ) (Spence et Helmreich, 1978). Deux traductions de ce questionnaire dans la langue française ont été proposées (Gana, 1997 ; Rinfret et al., 2000). Le PAQ comprend 24 adjectifs. Chaque adjectif s'est vu affecter d'une attribution qui est soit féminine, masculine ou les deux (androgyn). Par exemple, « *émotive* » est un adjectif féminin ; « *Compétitif* » est masculin tandis que « *Indifférence aux critiques* » est androgyn. Pour remplir le questionnaire, les participants doivent se positionner sur une échelle de Likert en cinq points allant de « *pas du tout* » à « *très* »,

et ce pour chaque adjectif. Par exemple, *indépendance* est un adjectif jugé à caractère masculin et le participant devait dire si cela lui correspondait ou non.

- L'échelle sur la Féminité Traditionnelle (TF) (Kachel et al., 2017). Cet auto questionnaire est composé de 6 items. Ce questionnaire mesure l'idée que l'on se fait du rôle de notre genre. Par exemple, nous retrouvons des items comme « *Je me considère comme...* » ou « *Traditionnellement, mes intérêts seraient considérés comme...* ». La cotation de ces items se fait sous un format de Likert à sept points allant de « totalement masculine » à « totalement féminine ».

c) Validité prédictive

La notion de validité prédictive est établie lorsque, conformément à ce que prédisent la théorie et/ou l'intuition, l'instrument corrèle avec d'autres temps de mesures. Autrement dit, la validité prédictive est censée prédire et consiste à tester si un construit peut être empiriquement lié à un antécédent (ou à une conséquence) auquel il est théoriquement lié (Évrard et al., 2009).

Les coefficients structurels standardisés doivent être examinés pour interpréter les résultats obtenus et vérifier si les relations théoriques sont statistiquement significatives avec les items de l'échelle. Ces coefficients varient entre -1 et +1. Plus la valeur absolue du coefficient est proche de 1, plus la relation linéaire est forte. Inversement, un coefficient égal à 0 traduit une relation linéaire inexistante (Roussel et al., 2005).

Nous avons administré deux fois l'E VF sur un intervalle de deux semaines à des femmes françaises (n = 82) issues de notre échantillon pour l'AFC. La passation s'est effectuée en ligne.

IV) Participants

L'échelle sur le Vécu de la Féminité (EVF) a été administrée auprès de 298 participantes. Après avoir éliminé les questionnaires revenus incomplets, nous avons un total de 242 femmes ayant rempli entièrement les questionnaires (*M*âge = 29,91 ; ET = 9,85). Elles maîtrisent toutes la langue française et les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10. Présentation des données sociodémographiques des participantes

Variable		Modalités	Effectifs %
			M = 29,91 (ET =
Âge			9,87)
Niveau d'étude	CAP BEP		2,9
	BAC		11,61
Selon l'INSEE	BAC +2		13,27
	BAC + 3		31,95
	BAC + 5		38,17
	Doctorat (BAC + 8)		2,07
Profession	Artisan/Commerçant/Chef d'entreprise		2,90
	Cadre/Profession intellectuelle supérieure		20,74
	Employé		22,40
	Ouvrier		1,65
	Agriculteur/Exploitant		0
	Étudiant		36,51

	Retraité	0
	Inactif	4,56
Situation maritale	En couple	61,82
	Célibataire	33,19
	Autre	4,97
		M = 0,54 (ET =
Nombres d'enfants		0,93)

Sur la population totale, 38,1 % sont titulaires d'un BAC + 5 (équivalent master), 31,9 % ont une licence ou un niveau équivalent (BAC +3) et 13,2 % ont un BAC + 2. Seulement 11,6 % ne possèdent qu'un BAC (général ou professionnel), 2,0 % ont un doctorat et 2,9 % ont un CAP ou un BEP ou un autre diplôme équivalent.

Pour ce qui est de la catégorie professionnelle, nous remarquons que 1,6 % de la population est ouvrière, 2,9 % sont cheffes d'entreprise, artisans ou commerçantes, 20,7 % sont cadres. On recense également 22,4 % d'employées, 36,5 % d'étudiantes et 4,5 % de femmes étant sans emplois.

Enfin, 61,8 % de la population totale sont en couple, tandis que 33,1 % sont célibataires et 4,9 % se positionnent dans la catégorie « Autre ».

V) Résultats

1. Analyses descriptives

Les analyses préliminaires sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 25. La distribution des scores de l'EVF ne suit pas une loi normale ($p < .01$) (Annexe 10). Comme nous l'avons vu précédemment, ce résultat est courant dans les sciences humaines et sociales, d'autant plus lorsqu'on cote l'échelle sous un format Likert avec des chiffres impairs.

2. Analyse Factorielle Confirmatoire

Une analyse factorielle confirmatoire (AFC) a été faite sur l'EVF, regroupant les deux dimensions révélées par l'AFE (Image de soi et Acceptation de soi). L'AFC s'est effectué à l'aide du logiciel Amos version 24. La méthode utilisée est celle du maximum de vraisemblance correspondant à la méthode à utiliser sur une population de plus de 100 participants (Roussel et al., 2002).

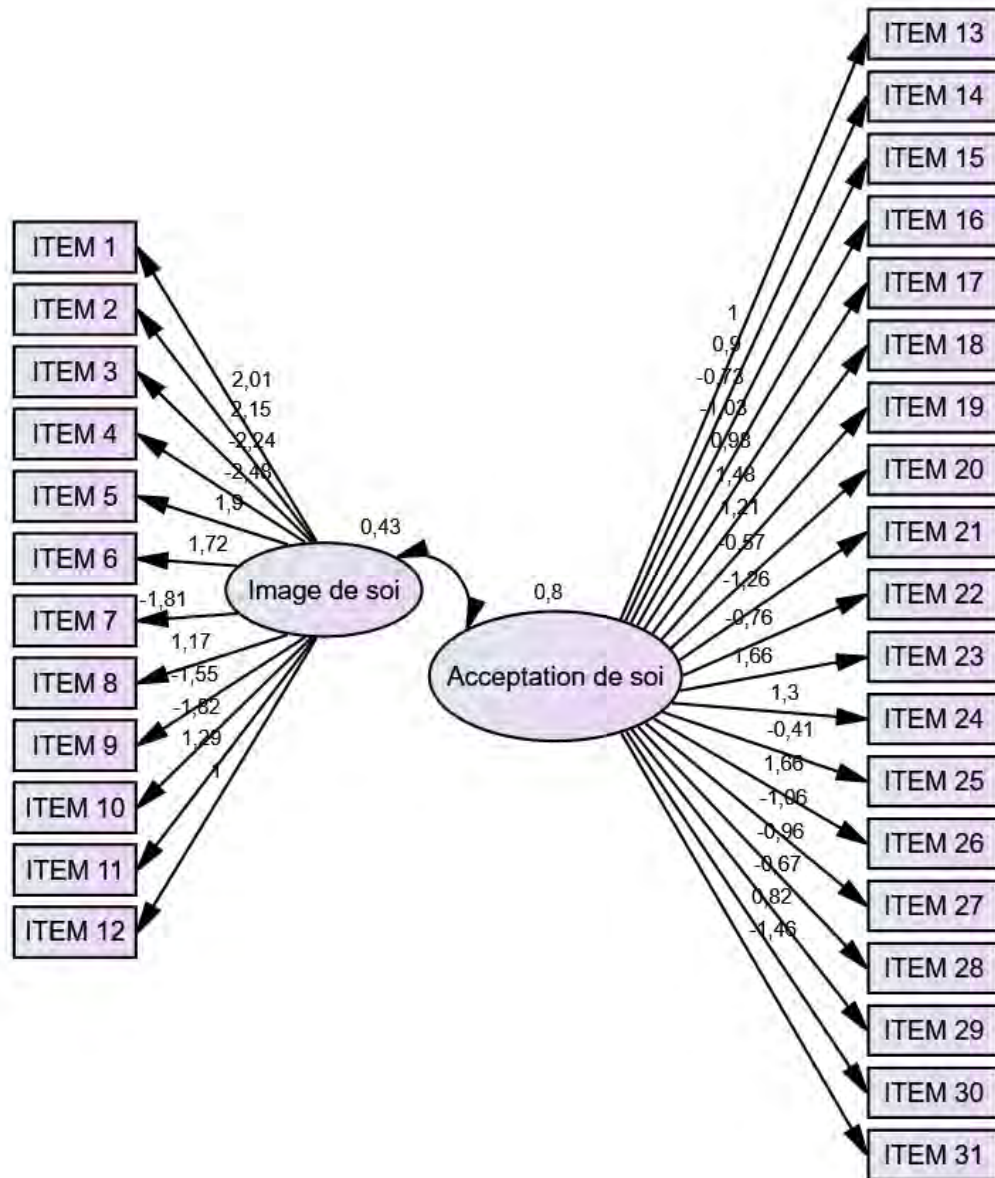


Figure 13. Modèle structural de l'Échelle du Vécu de la Féminité (EVF)

La figure 13 présente le modèle final testé avec les covariances, prenant en compte les deux facteurs de l'EVF. L'échelle comporte 12 items pour le premier facteur et 19 items pour le second, autrement dit 31 items au total. Nous avons dû retirer huit items de l'échelle afin d'avoir une structure factorielle suffisamment acceptable pour valider l'EVF. Au total, quatre items du facteur « *image de soi* » et quatre items de « *acceptation de soi* » ont été retirés.

Le modèle final révèle ainsi une bonne qualité des indices d'ajustements, comme peut en attester le tableau 11.

Tableau 11. Indices d'ajustements du modèle testé via les analyses confirmatoires

Valeurs	χ^2/ddl	CFI	RMSEA	Pclose	GFI	AGFI	SRMR
Indices							
acceptables	≤ 2	$\geq .90$	$< .080$	$\geq .05$	$\geq .90$	$\geq .80$	$< .90$
Indices du							
modèle avec	2,537	.767	.080	0.00	.767	.676	, 0725
38 items							
Indices du							
modèle avec	1,74	.911	.056	.089	.83	.80	0,568
31 items							

Le tableau 11 présente les indices d'ajustements de notre modèle calculés à partir de l'analyse factorielle confirmatoire. Les seuils acceptables pour chaque indice sont présentés dans ce tableau ainsi que les résultats de l'AFC avant et après la suppression des huit items de l'échelle.

Nous remarquons que sans le retrait des huit items, seul le RSMSEA est jugé acceptable. Les indices restants ne sont pas suffisamment acceptables pour que la structure factorielle puisse être validée.

D'un autre côté, après le retrait des items, les indices de l'AFC montrent que la structure factorielle proposée est cohérente. Comme attendu, le chi deux s'avère élevé et significatif. Par ailleurs, les autres indices indiquent un ajustement acceptable du modèle : SRMR = .0568, CFI = .911, RMSEA = .056, AGFI = .80 et PCLOSE = 0.89. Seul l'indice GFI n'est pas significatif (.83).

3. Fidélité

Après l'AFC, des analyses sur l'alpha de Crombach ont été effectuées afin de vérifier la fidélité de l'instrument de mesure. Comme attendu, ils révèlent une très bonne fiabilité interne de chacune des deux dimensions, que ce soit le facteur « *Image de soi* » $\alpha = .907$ ou le facteur « *Acceptation de soi* » $\alpha = .902$. La fidélité du questionnaire EVF est donc jugée très bonne témoignant d'une cohérence interne et adéquate de l'instrument ($\alpha = .94$) (Nunnally & Bernstein., 1994).

En parallèle, une corrélation inter items a été effectuée au sein des deux facteurs. Nous avons calculé les corrélations selon le r de Pearson. Pour le facteur 1, les items sont tous corrélés entre eux avec r se situant entre .39 et .66 ($p < 0,01^{**}$) indiquant une bonne corrélation entre les items. Les résultats mettent en évidence une corrélation moyenne à forte.

Concernant le facteur 2, nous retrouvons l'ensemble des items corrélés avec r entre .15 et .40 ($p < .01^{**}$). Au sein de ce facteur, les corrélations même si elles sont toutes significatives, sont plus faibles que dans le facteur 1. Nous appuyons nos propos en recensant particulièrement les

items 14, 15, 16, 17, 20, 22, 24, 25 et 30 ayant un $r < .30$ ($p < .01$). Neuf items au total sont donc faiblement corrélés entre eux.

4. Validité du construit

a) Validité convergente

Le tableau 12 ci-dessous indique que l'EVF est fortement corrélé avec l'ISP et la RSE. En effet, on observe respectivement $r = .60$ et $r = .65$ ($p < .01$). Elle est néanmoins un peu plus faiblement corrélée avec l'EEC ($r = .38$; $p < .01$). De manière générale, la corrélation est suffisante pour souligner une bonne validité convergente concernant l'EVF.

Tableau 12. Corrélation des scores de l'EVF avec l'ISP, la RSE et l'EEC.

				ISP	RSE	EEC	EVF
Rho de Spearman	ISP	Coefficient	de	-	, 487**	, 244*	, 609**
		corrélation					
		Sig. (bilatéral)		.	,000	,011	,000
	RSE	Coefficient	de	, 487**	-	, 283**	, 651**
		corrélation					
		Sig. (bilatéral)		,000	.	,003	,000
	EEC	Coefficient	de	, 244*	, 283**	-	, 385**
		corrélation					
		Sig. (bilatéral)		,011	,003	.	,000
	EVF	Coefficient	de	, 609**	, 651**	, 385**	-
		corrélation					
		Sig. (bilatéral)		,000	,000	,000	.

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

b) Validité divergente

Les résultats ne démontrent aucune corrélation entre le questionnaire EVF avec le TF et le PAQ.

Le tableau 13 met en évidence l'absence de corrélation, mettant en exergue la validité divergente de l'EVF.

Tableau 13. Corrélations des scores de l'EVF avec le TF et la PAQ

			EVF	TF	PAQ
Rho de Spearman	EVF	Coefficient de corrélation	1,000	,125	-,109
		Sig. (bilatéral)	.	,085	,127
	TF	Coefficient de corrélation	,125	1,000	-,075
		Sig. (bilatéral)	,085	.	,300
	PAQ	Coefficient de corrélation	-,109	-,075	1,000
		Sig. (bilatéral)	,127	,300	.

c) Validité prédictive

Selon la méthode test-retest, nous avons calculé un coefficient de corrélation sur chacune des dimensions et sur chacun des items entre les deux passations. Les alphas de Cronbach ainsi que les corrélations entre les deux temps de passation s'avèrent satisfaisants pour l'ensemble des dimensions. Les résultats sont présentés dans le tableau 14. Le test-retest révèle une bonne cohérence et stabilité de l'échelle dans le temps.

Tableau 14. Moyennes (écart-types), alpha de Cronbach, et corrélations entre chacune des dimensions entre les deux temps de passation

	M (ET)	α	M (ET)	α	r
	Temps 1	Temps 1	Temps 2	Temps 2	
Image de soi	3.79 (1.52)	0,78	3.97 (1.56)	0,82	.84**
Acceptation de soi	5.18 (1.19)	0,81	5.18 (1.29)	0,89	.74*

Validation de l'échelle sur la féminité traditionnelle (TF)

Dans cette dernière partie de validation de questionnaire, nous avons réalisé une traduction et une validation en français de l'échelle sur la féminité traditionnelle (TF). Cette validation fait partie intégrante du deuxième objectif de cette étude.

I) Traduction du TF

Les étapes de traduction pour le TF reprennent les quatre premières étapes définies par Vallerand (1989) concernant la traduction pour la validation de questionnaire. Tout d'abord, le questionnaire TF a été traduit par quatre personnes : une anglophone, une bilingue anglais-français, et deux personnes francophones maîtrisant la langue anglaise.

La procédure de la traduction du questionnaire s'effectue par rétro traduction parallèle (Vallerand, 1989). Deux francophones ont traduit une première fois le questionnaire de l'anglais au français. Ensuite, un anglophone a traduit la traduction française sans l'aide de la version d'origine. Les deux versions en langue anglaise (celle d'origine et celle obtenue par rétro traduction) ont par la suite été comparées afin de nous assurer qu'il n'existait aucune erreur de sens de la version française. Les items récurrents dans ces deux traductions et les items les plus intelligibles ont été sélectionnés pour faire partie du futur questionnaire. Étant donné la clarté des items et leur manque d'ambiguïté, cette première étape a abouti à un accord de traduction pour la totalité des items.

Deux psychologues familiers avec l'identité et la représentation de la masculinité et de la féminité ont alors évalué la pertinence clinique des items. Enfin, trois personnes d'origine française ont fait une dernière relecture des items pour s'assurer de la bonne compréhension du questionnaire.

II) Questionnaire

Le questionnaire sur la féminité traditionnelle est composé de 6 items (Kachel et al., 2017) et est présenté en annexe 11. Il évalue les facettes centrales de l'auto-attribution de la masculinité et de la féminité. Son but vise à évaluer le concept de soi du genre rôle. Cet instrument mesure le concept de soi selon 3 aspects centraux définis par Constantinople (1973) : adoption du genre, préférence du genre et identité du genre. L'adoption du genre se réfère à comment l'individu se perçoit ; la préférence du genre est le degré de désir d'être féminin ou masculin et enfin l'identité du genre se réfère à la comparaison du genre via les normes sociales. Les participantes se positionnent sur une échelle de Likert en 7 points allant de « Pas du tout masculine » à « Totalelement féminine ».

III) Analyse des données

La procédure étant identique à la validation de l'EVF, nous invitons le lecteur à se référer à la partie précédente pour reprendre les éléments méthodologiques de la validation confirmatoire de l'EVF.

IV) Participants

Le questionnaire sur la féminité traditionnelle (TF) a été proposé à 192 participantes maîtrisant toutes la langue française. La moyenne d'âge est de 33,33 ans (ET = 11,97). Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15. Présentation des données sociodémographiques des participantes

Variable	Modalités	Effectifs %
		M = 33,33 (ET =
Âge		11,97)
Langue maternelle	Français	94,9
	Autre	5,1
Niveau d'étude	CAP BEP	5,6
	BAC	9,1
Selon l'INSEE	BAC +2	13,2
	BAC + 3	23,9
	BAC + 5	39,6
	Doctorat (BAC + 8)	8,6
Profession	Artisan/Commerçant/Chef d'entreprise	3
	Cadre/Profession intellectuelle supérieure	34,5
	Employé	24,9
	Ouvrier	0,5
	Agriculteur/Exploitant	0,5
	Étudiant	27,9

	Retraité	1,5
	Inactif	7,1
Situation maritale	En couple	73,1
	Célibataire	24,4
	Autre	2,5
		M = 0,77 (ET =
Nombres d'enfants		1,153)

Sur la population totale, 94,9 % des femmes ont la langue maternelle française. Les 5 % restants sont des femmes ayant des origines différentes (ex. allemand), mais maîtrisant la langue française.

Concernant le niveau d'étude, 39,6 % ont un BAC + 5, 23,9 % ont une licence ou un niveau équivalent et 13,2 % ont un BAC + 2. Seulement 9,1 % ne possèdent qu'un BAC (général ou professionnel), 8,6 % ont un doctorat et 5,6 % ont un CAP ou un BEP ou un autre diplôme équivalent.

Concernant la catégorie professionnelle, 0,5 % sont agricultrice, exploitante ou ouvrière, 3 % sont auto entrepreneuses, 34,5 % sont cadres, 24,9 % sont employées et 27,9 % sont étudiantes. On recense également 1,5 % de femmes retraitées et 7,1 % de personnes inactives.

En ce qui concerne le statut marital, 73,1 % des femmes sont en couple, 24,4 % sont célibataires et 2,5 % ont répondu dans la catégorie « Autre ». Parmi la population totale, 63,5 % de femmes n'ont pas d'enfants.

V) Résultats

1. Analyse Factorielle Confirmatoire

Les indices de l'analyse confirmatoire soulignent que la structure unifactorielle à six items proposés est cohérente. La figure 14 présente le modèle testé prenant en compte tous les items du questionnaire. Ce modèle révèle ainsi une bonne qualité des indices d'ajustements (voir le tableau 16).

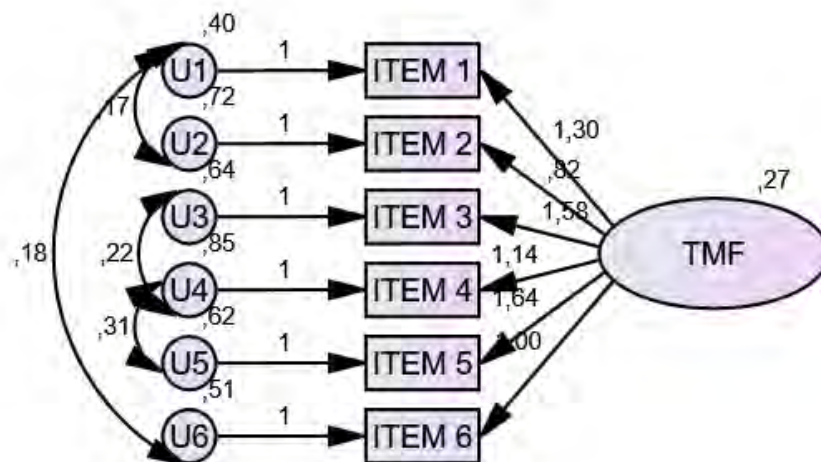


Figure 14. Modèle structural uni factoriel du TF

Les indices de l'AFC présentés dans le tableau 16 montrent que la structure factorielle proposée est cohérente. Comme attendu, le chi deux s'avère significatif et certains indices sont jugés excellent (CFI; GFI; AGFI). Par ailleurs, les indices restants indiquent un ajustement acceptable, voire très bon du modèle.

Tableau 16. Indices d'ajustements du modèle testé via les analyses confirmatoires

Valeurs	χ^2/ddl	CFI	RMSEA	Pclose	GFI	AGFI	SRMR
Indices acceptables	≤ 2	$\geq .90$	$< .80$	$\geq .05$	$\geq .90$	$\geq .80$	$< .90$
Indices du modèle	0.580	1.000	.000	.089	.995	.979	.0144

2. Fidélité

La consistance interne du questionnaire TF à 6 items est très bonne. En effet, l'alpha de Cronbach atteint .829 (Tableau 17). Un score égal ou supérieur à 0.7 est considéré comme étant satisfaisant pour déterminer la fiabilité de l'instrument (Gall et al., 2005) et cela témoigne d'une cohérence interne adéquate et fiable des échelles selon Nunally & Bernstein (1994).

En outre, cette consistance interne est maintenue ($\alpha > .78$) en cas de suppression de n'importe quel item.

Tableau 17. Statistique de fiabilité avec l'alpha de Cronbach

Alpha de Cronbach basé		
Alpha de Cronbach	sur des éléments standardisés	Nombre d'éléments
, 829	, 830	6

En parallèle et afin de vérifier la fidélité de l'échelle, une corrélation inter items a été effectuée. Les résultats indiquent que tous les items sont corrélés entre eux, avec p se situant entre .41 et .64 ($p < .01$) révélant une corrélation correcte pour la validation du TF.

3. Validité du construit

Pour calculer les validités convergentes et discriminantes, nous avons utilisé le rho de Spearman, car la distribution de nos données ne suit pas une loi normale (Hunsley., 2008).

a) Validité convergente

Afin de calculer la validité convergente, le TF a été corrélé avec le questionnaire sur les comportements de genre pendant l'enfance (CGRB) comme cela a été fait lors de la validation du TF en anglais (Kachel et al., 2017). Le CGRB est composé de dix items avec une échelle de Likert en sept points. Il mesure si les participants se souvenaient être davantage féminin(e)s ou masculin(e)s, par exemple « *dans mon enfance, j'aurais préféré être un garçon* » ; « *dans mon enfance, je jouais avec des filles* ».

Tableau 18. Corrélation des scores de TF avec le CGRB

			TF	CGRB
Rho de Spearman	TF	Coefficient de corrélation	-	,585**
		Sig. (bilatéral)	.	,000
		N	192	192
	CGRB	Coefficient de corrélation	,585**	-
		Sig. (bilatéral)	,000	.
		N	192	192

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Le tableau 18 ci-dessus montre que la corrélation de Spearman est forte ($r < .585$) soulignant la validité convergente de notre questionnaire. Autrement dit, le questionnaire TF est correctement corrélé avec l'échelle CGRB indiquant qu'ils mesurent les mêmes construits ou ont des construits similaires.

b) Validité divergente

Pour établir la validité divergente, le score total du TF a été corrélé avec le questionnaire d'attributs personnels (PAQ) et l'échelle sur le vécu de la féminité (EVF). La PAQ comprend 24 adjectifs qui ont été auparavant validés comme étant des adjectifs féminins ; masculins ou les deux. Pour chaque adjectif, les participants doivent se positionner sur une échelle de Likert en cinq points allant de « *pas du tout* » à « *très* ». Par exemple, *indépendance* est un adjectif jugé à caractère masculin et le participant devait dire se cela lui correspondait.

L'EVF est une échelle avec 31 items sous un format de Likert à sept points. Les participantes devaient dire si elles se sentaient concernées par l'item en se positionnant sur l'échelle de Likert. Par exemple « *Votre corps ne vous a pas occasionné de douleurs ou de désagréments* » ; « *Vous ne vous êtes pas sentie comprise dans votre vie quotidienne* ».

Comme attendu, la validité divergente ne démontre aucune corrélation entre le questionnaire TF et ceux de l'EVF et la PAQ. Le tableau 19 met en évidence l'absence de corrélation soulignant la validité divergente du TF.

Tableau 19. Corrélations des scores de TF avec l'EVF et la PAQ

			EVF	TF	PAQ
Rho de Spearman	EVF	Coefficient de corrélation	-	, 125	-, 109
		Sig. (bilatéral)	.	,085	,127
		N	650	192	196
	TF	Coefficient de corrélation	, 125	-	-, 075
		Sig. (bilatéral)	,085	.	,300
		N	192	192	192
	PAQ	Coefficient de corrélation	-, 109	-, 075	-
		Sig. (bilatéral)	,127	,300	.
		N	196	192	196

c) Validité prédictive

Selon la méthode test-retest, nous avons calculé un coefficient de corrélation sur chacune des dimensions et sur chacun des items entre les deux passations. Le test-retest révèle une bonne cohérence et stabilité de l'échelle dans le temps et les résultats sont présentés dans le tableau 20. Comme pour la validité prédictive de l'EVF, nous avons questionné 82 femmes françaises sur deux temps différents en l'espace de deux semaines.

Tableau 20. Moyennes (écart-types), alpha de Cronbach, et corrélations entre chacune des dimensions entre les deux temps de passation

	M	(ET)	α	M	(ET)	α	r
	Temps 1		Temps 1	Temps 2		Temps 2	
TF	3.79	(1.52)	0,75	3.97	(1.56)	0,88	.76**

VI) Discussion

Le premier objectif de cette étude était de développer et de valider un questionnaire pour évaluer le vécu de la féminité. Le deuxième objectif était de valider et d'explorer les propriétés psychométriques de la version française du TF. La validation de ces deux questionnaires s'est faite auprès de femmes françaises. Pour le TF, une comparaison du modèle original à la proposition d'un modèle unifactoriel établi en français a été effectuée.

Concernant la validation de l'échelle du vécu de la féminité (EVF), nous avons en premier lieu proposé à des experts la lecture de 60 items regroupés dans cinq dimensions psychologiques : l'image du corps, l'acceptation de soi, l'identité, la sexualité et les relations sociales. L'étude préliminaire de contenu a permis de faire une première sélection des items dans l'intérêt d'une meilleure évaluation du vécu de la féminité. Les experts choisis ont proposé de retenir au total 40 items sur les 60 initialement présentés. Un intérêt particulier se porte sur la dimension de la sexualité. En effet, sur les 14 items, seulement trois ont été retenus pour l'analyse factorielle exploratoire. Cela laisse supposer que le faible nombre d'items sur la sexualité ne sera pas suffisant pour que cette dimension psychologique soit représentée dans cette échelle. Les résultats de l'AFE devraient pouvoir confirmer ou infirmer notre soupçon initial.

L'analyse factorielle exploratoire de l'EVF a de prime abord permis d'isoler deux facteurs ; l'image de soi et l'acceptation de soi. Les résultats ont mis en évidence que nos trois items couvrant la dimension « sexualité » soit saturaient trop faiblement ($< .30$) au sein du facteur soit saturaient simultanément sur plusieurs facteurs différents. Ce dernier point mettait en évidence la forte relation entre la sexualité et les deux autres facteurs (acceptation de soi et image du corps). Autrement dit, les éléments utilisés pour mesurer la sexualité ne constituaient pas un facteur distinct. Par souci d'avoir des dimensions claires et conceptuellement distinctes, les items sur la sexualité ont été retirée des AFE et ne sont donc pas présente dans l'échelle définitive, confirmant nos suppositions après l'analyse de la validité du contenu. Après vérification, la suppression de ce facteur rend compte d'un questionnaire avec de meilleures qualités métrologiques.

La suppression de la sexualité au sein de l'échelle est dans un premier temps questionnant, mais peut en partie être justifiée. Dans un premier temps, nous supposons que c'est un domaine encore très tabou est donc peu abordé. Les experts choisis pour l'analyse de contenu ont pu éliminer la majorité des items relatifs à la sexualité pour cette raison, ne l'estimant pas importante pour évaluer la féminité. Dans un souci de rigueur scientifique et afin de pallier aux éventuelles limites de notre population d'étudiante, une seconde AFE avec l'ensemble des items sur la sexualité (impliquant ceux supprimés par la validité de contenu), a été effectuée. Cependant, là encore nous retrouvons des items saturants trop faiblement, ne nous permettant pas d'inclure la sexualité dans notre échelle. Dès lors, une deuxième hypothèse visant à expliquer ce résultat s'impose.

Lors de la passation du questionnaire, nous avons omis de demander aux participants si elles étaient sexuellement actives. Or si le nombre de personnes ayant peu ou pas d'activité sexuelle a nettement diminué au cours de ces dernières décennies, il n'en demeure pas moins encore élevé dès qu'on approche des 50 ans (LeVan et al., 2008). Aussi, on remarque plus de femmes

que d'hommes dans le recensement sur les absences d'activités sexuelles (LeVan et al., 2008). Dans ces conditions, il apparaît peu probable que l'ensemble de notre population soit sexuellement actif. Pour les participantes qui ne le sont pas, nous supposons qu'elles ont répondu « *indifférent* » aux questions sur la sexualité, expliquant ainsi nos analyses et la suppression de cette dimension.

La sexualité peut donc difficilement faire partie d'une échelle sur le vécu de la féminité, car cela affirmerait implicitement qu'une femme sans activité sexuelle aurait une féminité d'ores et déjà altérée. Aucune étude ni affirmation scientifique ne vont dans ce sens et nous avons décidé de ne pas inclure la sexualité dans notre échelle.

Or, même si peu d'études parlent de la sexualité comme devant faire partie de la féminité (Molinier, 2002), elle est tout de même ancrée dans les mœurs. En effet, lorsque les auteurs parlent de féminité dans les études en santé, particulièrement lorsque sont étudiées les femmes atteintes d'un cancer du sein, la sexualité est présente. (Almont, 2017 ; Bondil & Habold, 2015 ; Blouet et al., 2018 ; Graziottin, 2007). De plus dans la société occidentale, le corps de la femme étant largement sexualisé, il est souvent utilisé dans le but d'attirer l'attention (ex, publicité) (Lavoisier, 1978 ; Perret, 2003 ; Martin-Juchat, 2004). Pour cela, une femme féminine y est représentée, démontrant ainsi que la sexualité fait partie de la féminité. Face à ce paradoxe où la sexualité peut être à la fois présente et absente dans l'évaluation de la féminité, nous préconiserons des recommandations décrites dans la conclusion de cette étude.

La totalité du questionnaire validé est présenté en annexe 12.

L'AFE suivante a permis de dégager deux facteurs expliquant 42,56 % de la variance totale des variables mesurées. Ce pourcentage est acceptable, car il est au-dessus des seuils préconisés par Gorsuch (1997) et Hair et coll. (2006). Au regard de la structure finale du questionnaire, nous

avons décidé de nommer le premier facteur « *image de soi* » et le second facteur « *acceptation de soi* ». Les items se regroupant dans l'acceptation de soi font référence à l'identité, l'acceptation de soi et les relations sociales, alors que l'image de soi regroupe les items venant de l'image du corps et les relations sociales. Cette dernière dimension est observée dans les deux facteurs, mais la formulation des questions permet qu'elle y soit représentée, car certains items questionnent le corps à travers l'autre (le conjoint, la famille, les amis, etc.), tandis que d'autres sont centrés sur le ressenti des relations. (Ex. *Vous avez eu la sensation d'être une femme désirée*).

L'analyse factorielle confirmatoire (AFC) a été effectuée avec un échantillon différent de celui utilisé pour l'AFE. Le résultat de cette analyse confirme que le modèle bifactorielle est le plus efficace, en considérant le vécu de la féminité comme une combinaison des deux facteurs décrits ci-dessus. L'AFC a permis de supprimer huit items afin d'avoir un modèle révélant la meilleure qualité métrologique possible. Les items ayant été supprimés du facteur **image de soi** sont les suivants ; « *Vous vous êtes sentie mal à l'aise ou inconfortable dans votre corps* » ; « *Vous vous êtes fait plaisir en portant des tenues vestimentaires qui vous plaisent* » ; « *Les marques physiques féminines accumulées au cours de votre vie vous ont embarrassé (ex. vergetures, cicatrices, cellulite, etc.)* » et « *Vous aimeriez vous sentir plus féminine* ».

Les items retirés du facteur **acceptation de soi** sont : « *Vous avez pris soin de vous comme vous l'auriez voulu* » ; « *Vous avez eu l'impression que vos envies n'ont pas été prises en compte* » ; « *Vous avez eu la sensation d'être une femme désirée* » ; « *Vous avez pensé ou agi en accord avec la personne que vous êtes en tant que femme* ».

À l'issue de l'AFC, la fiabilité, la validité du construit et la validité prédictive de l'EVF ont été testées en évaluant la cohérence interne du score global et des sous-échelles du questionnaire. Une fiabilité entre 0,70 et 0,80 est généralement préférable ; une fiabilité entre 0,90 et 0,95 est préférable lorsque des décisions importantes sont basées sur des scores (Nunnally, 1978). Étant donné que l'objectif de l'échelle est d'évaluer le vécu de la féminité, une fiabilité entre 0,90 et 0,95 a été utilisée. L'EVF a une fiabilité de $\alpha = .94$ (Image de soi = $\alpha = .907$; Estime de soi = $\alpha = .902$). Autrement dit, la fiabilité est jugée comme satisfaisante. La validité du construit discriminante et convergente a également été confirmée avec les corrélations. Enfin, les résultats de la validité prédictive de l'échelle, au regard des corrélations entre les deux passations ont été jugées satisfaisantes.

Le deuxième objectif de cette étude était de valider le TF en français (Kachel et al., 2017). Concernant les analyses factorielles, seule l'AFC est nécessaire pour la validation en français, puisqu'une AFE a été faite en amont, lors de la création du questionnaire par les auteurs.

En ce qui concerne les analyses factorielles confirmatoires du TF, elles sont cohérentes avec l'étude sur sa validation en anglais (Kachel et al., 2017). Le modèle unifactoriel ayant été proposé par les auteurs d'origines, est aussi pertinent en français qu'en anglais et révèle de bonnes qualités métrologiques.

La fiabilité des échelles a été mesurée par cohérence interne et plus spécifiquement par l'Alpha de Cronbach afin d'être en accord avec les auteurs à l'origine de l'échelle. Nos résultats sont satisfaisants et confirment la précision de l'échelle et son homogénéité ($\alpha = .82$). Conformément à l'étude d'origine, la validité convergente a été mesurée à l'aide du questionnaire sur les comportements de genre pendant l'enfance (CGRB). Notre résultat de test-retest était

légèrement supérieur à la validation originale du TF (Kachel et al., 2017). Cette différence s'expliquera par la durée du test retest qui diffère entre les deux études. En effet, l'étude de Kachel et al. (2017) indique que le re test a été réalisé au bout d'un an alors que nous l'avons exécuté 2 semaines après notre premier test.

En outre, notre étude a mesuré les propriétés psychométriques du TF uniquement parmi la population féminine. La validation de ce questionnaire ayant été faite uniquement chez les femmes, le TF en français ne peut être utilisé qu'auprès d'une population féminine. Sans une validation en français visant préalablement une population masculine, il ne peut donc pas être utilisé chez les hommes.

Limites de l'étude

Il convient de noter que cette étude présente un certain nombre de limites. Dans un premier temps, les questionnaires utilisés sont tous des questionnaires d'auto-évaluation impliquant obligatoirement une subjectivité chez les personnes ayant rempli les questionnaires. En outre, la passation s'étant déroulée sur internet, il existe un biais de sélection potentiel dû à la collecte de données en ligne. Néanmoins, d'autres recherches ont montré que la diffusion en ligne est une méthode de collecte de données valable (Lieberman, 2008). Même s'il convient de dire que cette technique relève certains inconvénients, comme la récolte d'un nombre important de questionnaires n'ayant pas été remplis entièrement ou bien l'impossibilité de vérifier certains aspects de la population, elle reste tout de même très efficace lorsqu'on souhaite avoir un large panel de tout venant. Enfin, la validation d'un questionnaire se fait sur plusieurs études ainsi que sur différentes populations. Le TF et d'autant plus l'EVF devront être repris et réutilisés auprès d'autres scientifiques pour qu'ils puissent être utilisés sur une population la plus exhaustive possible.

VII) Conclusion

Le premier objectif de cette étude était de développer et de valider un questionnaire pour évaluer le vécu de la féminité. Les analyses factorielles exploratoire (AFE) (première partie) puis confirmatoires (seconde partie) ont permis d'identifier le vécu de la féminité comme une combinaison de deux facteurs : l'image de soi et l'acceptation de soi. À notre connaissance, aucune étude n'avait pris en compte ces deux dimensions dans l'évaluation de cette thématique. Elle est aussi la première à proposer une structure bifactorielle du vécu de la féminité. La pertinence clinique suggère que davantage de recherches devraient explorer le modèle à deux facteurs de dépendance avec des échantillons plus importants. Le deuxième objectif de cette étude était de valider et d'explorer les propriétés psychométriques de la version française du TF dans un échantillon de femmes françaises, suivie d'une comparaison du modèle original à la proposition d'un modèle unifactoriel établi en français.

Rappelons que lors de la validation de l'EVF, la dimension sur la sexualité a été supprimée des facteurs. Ayant vu que la sexualité faisait partie malgré tout de la féminité et pour aller dans le sens des études précédentes, l'ajout d'une échelle sur la sexualité serait donc nécessaire en complémentarité de l'EVF. Pour choisir cette échelle, nous nous basons sur ce que dit Poinot & al. (2005), à savoir que la sexualité compte **trois dimensions** : le désir, le fonctionnement et la satisfaction. À notre connaissance, une seule échelle validée en français regroupe l'évaluation de ces trois critères : l'évaluation de la sexualité féminine (BISF-w). Afin de prendre en considération les femmes non sexuellement actives, nous préconisons d'ajouter cette échelle de manière optionnelle pour que les participantes puissent ne pas y répondre si elles ne se sentent pas concernées par la dimension sexuelle.

Il serait également intéressant de créer une version courte de l'échelle actuelle. Il conviendrait également de valider cette échelle en psychologie de la santé, dans des pathologies où la féminité serait explicitement impactée, tel que les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Finalement, les bonnes propriétés psychométriques de l'échelle suggèrent que l'EVF et le TF sont des instruments valides et fiables pour évaluer le vécu de la féminité et la représentation de la féminité, tant dans les études de recherche que dans les interventions cliniques.

TROISIEME ÉTUDE : Impact des traitements anticancéreux sur la féminité et sur la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein. Etude comparative, transversale et mixte

Dans cette dernière étude, nous allons étudier l'impact des traitements anticancéreux sur la sexualité, la représentation de la féminité, le vécu de la féminité et la qualité de vie. Les résultats seront présentés en deux parties. D'abord, les analyses quantitatives seront décrites puis nous présenterons les résultats des analyses qualitatives.

I) Objectifs de la recherche

Comme nous l'avons vu dans nos chapitres précédents, le cancer du sein est le cancer le plus diagnostiqué chez les femmes à travers le monde (INCa, 2015). Il représente une préoccupation majeure pour l'OMS et plusieurs études ont démontré que les traitements anticancéreux entraînent une détresse psychologique importante chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, notamment une altération significative de l'image du corps (Ganz et al., 2006 ; Baize, 2008 ; Manase-Lema, 2016), de la sexualité (Manase-Lema, 2016 ; Engel et al., 2004 ; Schover, 2004 ; Hannoun-Levi, 2005) et de la qualité de vie (Congard et al., 2018 ; Tiezzi et al., 2017). Les résultats de nos deux premières études ont permis à la fois de créer et de valider deux questionnaires qui sont utilisés dans cette étude afin d'évaluer le vécu et la représentation de la

féminité des femmes ayant eu un ou plusieurs traitements anticancéreux depuis l'annonce de leur diagnostic.

De ces deux précédentes études, d'autres questions sur le rapport entre le vécu de la féminité et les traitements anticancéreux ont émergé. Des différences dans le vécu de la féminité peuvent-elles être observées selon le traitement anticancéreux ? Si différence il y a, entraînent-elles aussi une différence sur la qualité de vie ? La sexualité influence-t-elle le vécu de la féminité ? Les traitements anticancéreux impactent-ils l'auto-représentation de la féminité ?

Pour répondre à ces questionnements et dans une perspective de diffusion et de partage d'expérience, nous avons évalué l'impact des traitements dans le cadre d'une étude comparative transversale et mixte.

L'objectif principal de cette dernière étude **est de comparer les scores des femmes ayant un traitement adjuvant (traitement administré en plus du traitement de première intention) à ceux des femmes étant sous traitement principal (traitement de première intention)** sur les variables suivantes : le vécu de la féminité, la représentation de la féminité, la sexualité et la qualité de vie. Un groupe contrôle est également inclus dans cette étude.

Nos objectifs secondaires sont d'étudier **l'influence des effets secondaires des traitements sur la qualité de vie des patientes en considérant trois variables médiatrices dans cette relation : le vécu de la féminité, la représentation de la féminité et la sexualité**. Enfin, l'étude mixte permet d'allouer la parole aux femmes sous traitements contre le cancer afin d'avoir une meilleure évaluation de leur féminité.

L'ensemble de ces variables, leurs relations et leur succession temporelle sont présentées dans le modèle Transactionnel Intégratif et Multifactoriel (TIM) de Bruchon-Schweitzer (2002) en reprenant les dispositions du modèle adapté au cadre de cette étude (Figure 15).

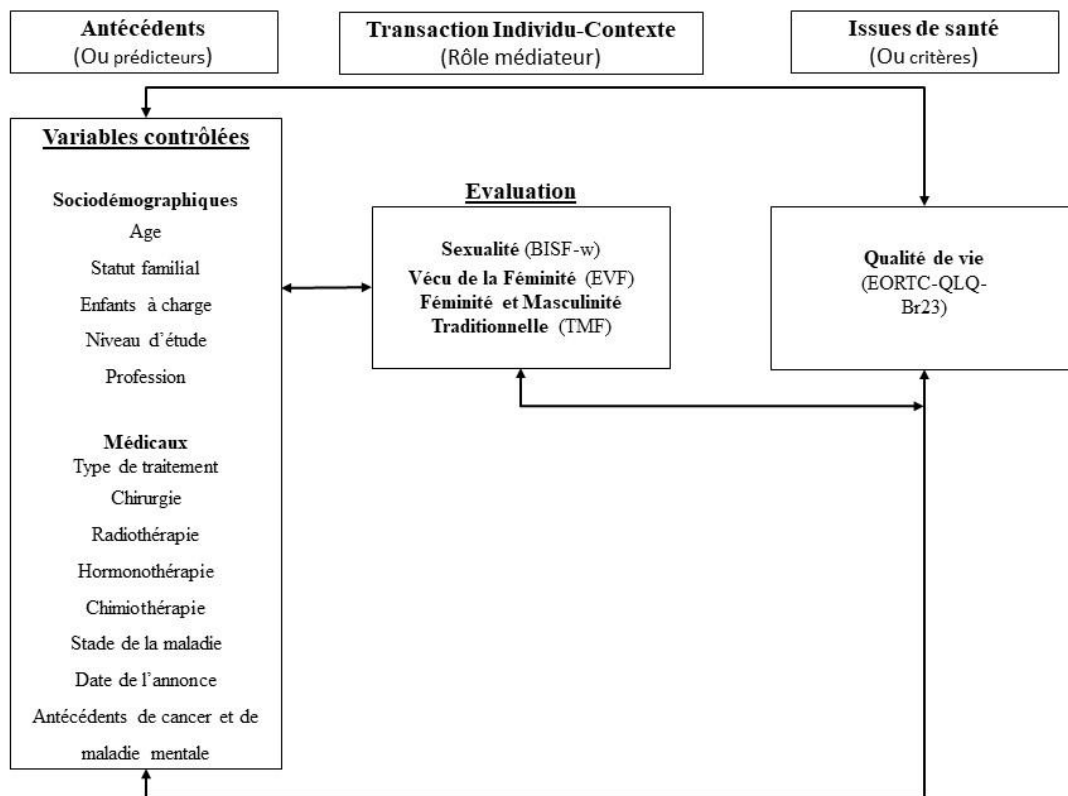


Figure 15. Modèle théorique de l'étude transactionnel

II) Méthode

1. Procédure de recrutement des participants

Les patientes ont été recrutées sur internet, au sein de groupes de réseaux sociaux spécifiquement réservés aux personnes atteintes de cancer du sein. L'expérimentatrice s'est chargée de poster régulièrement dans ces groupes, un flyer informatif (Annexe 13) ainsi qu'un lien hypertexte permettant d'accéder au questionnaire.

Les personnes souhaitant participer à l'étude devaient remplir les **critères d'inclusions** suivants :

- Être une femme ;
- Être atteinte d'un cancer du sein depuis moins d'un an ;
- Ne pas avoir d'antécédents de cancer ;
- Avoir été informée et avoir donné son accord en ligne pour participer à la recherche.

À l'opposé, les **critères de non inclusion** sont :

- Être mineure ;
- Ne pas maîtriser la langue française ;
- Être atteinte d'un trouble psychiatrique ou neurologique.

III) Description de l'échantillon

1. L'analyse quantitative

Les passations se sont déroulées de janvier 2020 à décembre 2020, période pendant laquelle 361 questionnaires ont été complétés.

Parmi les participantes, 227 (62,8%) n'ont pas rempli le questionnaire entièrement, nous amenant à les retirer du traitement des données. Nous envisageons la possibilité que la longueur des questionnaires a pu rebuter quelques participantes et ce, malgré la possibilité de le compléter en plusieurs fois.

Sur les 134 restantes, une a refusé de participer à la recherche après avoir reçu toutes les informations. Deux participantes avaient déjà eu un cancer au cours de leur vie ce ne correspondant pas à nos critères d'inclusions. Enfin, une participante a été retirée de nos analyses, car ses réponses présentaient des valeurs extrêmes entravant la possibilité d'avoir une distribution suivant une loi normale dans nos analyses statistiques.

Notre échantillon final, composé de 130 personnes, est divisé en trois groupes en fonction du type de traitement : un groupe de patientes sous traitement principal (n = 59 ; soit 45,38 %), un groupe de patientes traité par traitement adjuvant (n = 60 ; soit 45,80 %) et un groupe contrôle, c'est-à-dire un groupe de patientes atteintes d'un cancer du sein en attente d'un traitement (n = 11 ; soit 8,40%). Au moment des passations des questionnaires, l'ensemble de nos participantes ont reçu leur diagnostic il y a moins d'un an.

Le détail de l'échantillon est présenté dans le tableau 21 ci-dessous.

Tableau 21. Répartition de l'échantillon en fonction du type de traitement

Variables	Modalités	Traitements principaux	Traitements adjuvants	Sans traitement
Nombres de participants		59 (45,38%)	60 (45,80%)	11 (8,40%)
Age		M = 39,54 (ET = 9,45)	M = 42,05 (ET = 9,21)	M = 43,72 (ET = 7,50)
Statut marital	1. En couple	42 (71,19%)	46 (76,66%)	7 (63,63%)
	2. Célibataire	16 (27,12%)	14 (23,33%)	3 (27,27%)
	3. Veuve	1 (1,69%)	0	1 (9,09%)
Nombres d'enfants	1. Zéro	16 (27,12%)	7 (11,6%)	0
	2. Un enfant	14 (23,73%)	17 (28,33%)	2 (18,18%)
	3. Deux enfants	15 (25,42%)	29 (48,33%)	5 (45,45%)
	4. Trois enfants	9 (15,25%)	7 (11,6%)	3 (27,27%)
	5. Quatre enfants	2 (3,39%)	0	1 (9,09%)
	6. Cinq enfants	2 (3,39%)	0	0
	7. Six enfants	1 (1,69%)	0	0

TROISIEME ÉTUDE - III) Description de l'échantillon

Catégorie socioprofessionnelle	1. Artisan, commerçant, chef d'entreprise	4 (6,78%)	4 (6,66%)	2 (18,18%)
	2. Cadre et profession intellectuelle supérieure	17 (28,81%)	13 (21,66%)	1 (9,09%)
	3. Employé	21 (35,59%)	25 (41,66%)	4 (36,36%)
	4. Ouvrier	1 (1,69%)	0	0
	5. Sans emploi	11 (18,64%)	10 (16,66%)	1 (9,09%)
	6. Etudiant	2 (3,39%)	1 (1,66%)	0
	7. Retraité	0	2 (3,33%)	0
	8. Autre	3 (5%)	5 (8,33%)	1 (9,09%)
Dernier diplôme obtenu	1. CAP-BEP	9 (15,25%)	5 (8,33%)	4 (36,36%)
	2. BAC	14 (23,73%)	19 (31,66%)	4 (36,36%)
	3. BAC+2	12 (20,34%)	13 (21,66%)	1 (9,09%)
	4. BAC+3	11 (18,64%)	13 (21,66%)	2 (18,18%)
	5. BAC+5	10 (16,95%)	7 (11,6%)	0
	6. Doctorat	1 (1,69%)	2 (3,33%)	0
	7. Autre	2 (3,39%)	1 (1,66%)	0
Ménopause	1. Oui	12 (20,34%)	18 (30%)	3 (27,27%)
	2. Non	47 (79,66%)	42 (70%)	8 (72,72%)
Antécédant de maladie	1. Oui	4 (6,78%)	8 (13,33%)	0
	2. Non	55 (93,22%)	52 (86,66%)	11 (100%)

Les participantes recevant leur **premier traitement** anticancéreux sont regroupées sous l'intitulé « traitements principaux ». Ce groupe se compose de 59 participants (soit 45,38% de l'effectif total). Les participantes sont âgées de 21 à 61 ans ($M = 39,54$; $ET = 9,45$). 71,19% sont en couple, 27,12% sont célibataires et une seule participante est veuve. Pour 45 participantes, la chirurgie est le premier traitement. Parmi elles, 25 patientes ont subi une tumorectomie et les 20 restantes une mastectomie. Enfin, la chimiothérapie est le traitement principal pour seulement 14 patientes.

6,78% sont entrepreneurs, 28,81% sont cadres, 35,59% sont employées, 1,69% sont ouvrières et 18,64% n'exercent aucune activité professionnelle. Trois participantes ont déclaré ne faire partie d'aucune de ces catégories. Deux d'entre elles ont déclaré être en arrêt maladie et une participante n'a pas précisé la raison.

23,73% ont obtenu un diplôme d'un niveau équivalent au baccalauréat, 20,34% ont un diplôme équivalent à un BAC+2 et 18,64% ont un BAC+3. 16,9% ont l'équivalent d'un BAC+5 et une participante a un doctorat. Enfin, 15,25% des participantes de ce groupe ont un diplôme de type CAP/BEP.

93,22% des participantes déclarent n'avoir jamais eu de maladie grave avant l'annonce de leur cancer. Pour les quatre participantes restantes, nous recensons des prothèses de la colonne vertébrale, une maladie cardiaque, une embolie pulmonaire et une bronchopneumopathie chronique (BPCO). Enfin, près de 80% des participantes ne sont pas ménopausées.

Les participantes dont le **traitement est adjuvant** composent notre second groupe intitulé « traitements adjuvants ». Ce groupe comprend 60 participantes âgées de 25 à 65 ans ($M = 42,05$; $ET = 9,21$). La majorité des participantes sont en couple (76,66%) et 23,33% sont célibataires. Parmi les 60 participantes. Au total, 47 participantes ont eu, en plus de leur traitement principal, l'ensemble des traitements anticancéreux (radiothérapie, hormonothérapie et chimiothérapie). Les 13 participantes restantes leur manque l'hormonothérapie ou viennent de commencer la cure.

6,66% d'entre elles sont chefs d'entreprise, 21,66% sont cadres, 41,66% sont employées, 1,66% sont étudiantes, 3,33% sont retraités et 16,66% sont inactives. Enfin, cinq participantes ont déclaré ne faire partie d'aucune de ces catégories. En effet, une personne est actuellement en reconversion professionnelle, une est engagée dans l'armée et les trois femmes restantes sont en arrêt maladie.

Au moment de la passation, 8,33% ont un niveau CAP/BEP et 31,66% ont un diplôme de type baccalauréat. Les taux de participantes ayant obtenu un diplôme un bac +2 ou un bac +3 sont de 21,66% chacune et 11,6% ont un bac +3 et 3,33% ont un doctorat.

86,66% ne rapportent pas d'antécédent de maladie. Les participantes restantes déclarent avoir eu respectivement une septicémie, une hépatite, une sarcoïdose, deux polyarthrites rhumatoïdes, deux sont atteintes d'hépatique et une embolie pulmonaire. Parmi l'ensemble des participantes de ce groupe, 70% d'entre elles ne sont pas ménopausées.

Enfin notre dernier groupe, qui se présente comme étant notre groupe contrôle s'intitule « **sans traitements** ». Ce dernier groupe comporte 11 participantes (soit 8,40% de l'effectif total) âgées de 34 à 61 ans ($M = 43,72$; $ET = 7,50$). Parmi elles, 63,63% sont en couple, 27,27% sont célibataires et une seule femme est veuve (9,09%).

18,18% sont entrepreneures, 9,09% sont cadres, 34,36% sont employées, et 9,09% n'exercent aucune activité professionnelle. Une seule participante ne fait pas partie de ces catégories, car elle est reconnue en situation de handicap de niveau 2 depuis 16 ans.

36,36% ont obtenu un diplôme d'un niveau équivalent au baccalauréat ou un diplôme de type CAP/BEP. Une seule participante a obtenu un bac+2 (9,09%) et 18,18% ont un bac+3.

Enfin, 72,72% des participantes ne sont pas ménopausées et aucune n'a déjà eu de maladie grave au cours de sa vie.

2. L'analyse qualitative

Au total 55 participantes étaient d'accord pour être contactées pour une passation d'un entretien semi-directif. Nous avons contacté l'ensemble des participantes volontaires afin de vérifier si elles étaient toujours enclines à participer. Seulement 20 participantes ont redonné leur accord pour convenir d'un rendez-vous. Parmi les 20 entretiens réalisés, trois n'ont pas pu être inclus dans notre analyse, car :

- Une participante avait un antécédent de cancer,
- Une participante était enceinte au moment de l'annonce,
- Une participante avait reçu le diagnostic depuis plus d'un an.

- **Tableau 22. Répartition de l'échantillon (N = 17) en fonction des données sociodémographiques**

Variables	Participants (N = 17)
Âge moyen (Ecart-type)	37,70 (ET = 8,97)
Situation familiale	
En couple	14 (82,35%)
Célibataire	2 (11,76%)
Veuve	1 (5,88%)
Dernier diplôme obtenu	
CAP/BEP	1 (5,88%)
BAC (général et pro)	3 (17,64%)
BAC +2	4 (28,57%)
BAC +3	4 (28,57%)
BAC +5	3 (17,64%)
BAC +8	2 (11,76%)
Catégorie socioprofessionnelle	
Artisan/commerçant/cheffe d'entreprise	2 (11,76%)
Cadre/profession intellectuelle supérieure	3 (17,64%)
Profession intermédiaire	5 (33,33%)
Employée	6 (35,29%)
Inactive	1 (5,88%)
Arrêt de travail	
Oui	6 (35,29%)
Non	11 (64,70%)
Enfants	
Oui	9 (52,94%)
Non	8 (47,06%)

Finalement, notre échantillon final se compose de 17 participantes âgées de 26 à 59 ans (M = 37,7 ; ET = 8,97). Au jour de l'entretien, toutes ces femmes sont diagnostiquées depuis moins

d'un an. Deux sont célibataires, une femme est veuve et 14 sont en couple. Concernant la profession, deux participantes sont cheffes d'entreprise, trois sont cadres, cinq exercent une profession intermédiaire, six sont employées et une est au chômage. Seules 11 participantes sur les 17 exercent une activité professionnelle. Le tableau ci-dessous reprend les caractéristiques sociodémographiques des participantes.

IV) Matériel

1. Les variables prédictrices

Dans cette étude, plusieurs prédicteurs ont été mesurés. Ils sont présentés ci-dessous en trois catégories.

a) Les données sociodémographiques

Plusieurs informations ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire sociodémographique afin de définir le plus possible la population de cette étude. Dans cette étude, les informations recueillies sont les suivantes :

- L'âge ;
- Le statut marital ;
- La profession (catégorie socioprofessionnelle) ;
- Le niveau d'études ;
- Le nombre d'enfants.

b) Les données biomédicales

Pour les mêmes raisons qu'expliquées pour les données sociodémographiques, nous avons également relevé celles issues du biomédical. Nous avons donc recensé :

- Les antécédents de maladie autre que le cancer ;
- La présence de ménopause ;
- La date du diagnostic ;
- La liste des traitements anticancéreux et leur date de prise en charge.

c) La forme du traitement

Cette variable nous permet de constituer trois groupes de patientes. Le premier est composé de patientes ayant eu seulement leurs traitements principaux (chirurgie ou chimiothérapie selon leur protocole médical). Le second combine les patientes sous traitements adjuvants (radiothérapie, chimiothérapie et/ou hormonothérapie). Enfin, le troisième groupe est un groupe contrôle regroupant les patientes en attente de leur premier traitement anticancéreux, donc récemment diagnostiquées.

2. Questionnaires

a) Le vécu de la féminité

L'**échelle sur le vécu de la féminité (EVF)** (soumis à la publication fin 2021) permet d'évaluer le ressenti de sa propre féminité. Ce questionnaire comporte 31 items répartis en deux sous-échelles.

- **L'échelle de l'image de soi** (item 1, 2, 3, 4, 7*⁷, 8, 10*, 12, 14*, 18, 23*, 29*)
- **L'échelle de l'acceptation de soi** (item 5, 6*, 9*, 11, 13, 15*, 16*, 17*, 19, 20, 21*, 22*, 24, 25*, 26, 27, 28, 30*, 31).

Pour ces deux sous-échelles, les participantes sont invitées à se positionner sur une échelle de Likert à sept points allant de 1 « Pas du tout d'accord » à 7 « Tout à fait d'accord ».

La cohérence interne de l'échantillon est très satisfaisante avec un α de Cronbach de 0,95 pour le questionnaire complet. Les sous-échelles « image de soi » et « acceptation de soi » obtiennent respectivement un α de Cronbach de 0,92 indiquant une cohérence interne satisfaisante.

b) La représentation de la féminité

À notre connaissance aucune étude n'a évalué cette variable chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

La représentation de la féminité est évaluée grâce à l'échelle sur la **Féminité Traditionnelle (TF)** (Kachel et al., 2017). Cette échelle a été validée en français et sa validation a été présentée dans la deuxième étude de cet écrit. Cet auto questionnaire est composé de six items. Il mesure l'auto-représentation de notre féminité. Nous retrouvons ainsi des items tels que « *Je me considère comme...* » ou « *Traditionnellement, mes intérêts seraient considérés comme...* ». La cotation de ces items se fait sur une échelle de Likert à sept points allant de « totalement

⁷ Les items comprenant un astérisque (*) désignent les items dont la cotation devra être inversée lors du traitement des résultats.

masculine » à « totalement féminine ». L'échelle a un alpha de Cronbach de $\alpha = .83$, démontrant une fidélité satisfaisante.

c) Questionnaire d'évaluation de la sexualité féminine (BISF-w)

Le **Brief Index of Sexual functioning for Women (BISF-W)** est un questionnaire développé par Rosen et al, (1993), composé de 22 questions, regroupées en 7 domaines explorant l'ensemble de la sexualité féminine : D1 (désir), D2 (excitation), D3 (fréquence de l'activité), D4 (réceptivité), D5 (plaisir, orgasme), D6 (satisfaction relationnelle), D7 (problèmes affectant la sexualité), dans le but d'évaluer les aspects variés de la fonction sexuelle féminine (Mazer et al., 2000). Ce questionnaire a pour avantages d'être simple d'administration et d'interprétation, conduisant à une évaluation de l'expérience sexuelle. Chaque domaine est évalué quantitativement par un score allant de 0 à 16. De façon globale, l'addition de tous les scores de chaque domaine de satisfaction auxquelles on soustrait celui qui concerne les problèmes affectant la sexualité donne une évaluation globale de la sexualité féminine par une valeur quantitative comprise entre - 16 et + 75 et appelée score composite (SC). Les questions regroupées dans les domaines sont présentées dans le tableau ci-dessous. Il n'existe pas de valeur seuil, mais plus le score est bas, plus les troubles de la sexualité sont probables.

Tableau 23. Domaines et scores du BISF-W

Domaines	Questions	Scores
D1	Q3 + Q4	0 à 12
D2	Q5 + Q6	0 à 12
D3	Q7	0 à 12
D4	Q8 + Q9 + Q12	0 à 15
D5	Q10 + Q11	0 à 12
D6	Q18 + Q19 + Q20	0 à 12
D7	Q14 + Q15 + Q16 + Q17	0 à 16
Évaluation globale par le score composite	D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 – D7	– 16 à + 75

Au regard de certains items jugés très sensibles, les participantes auront la possibilité de choisir de ne pas répondre, afin d'éviter de possibles inconforts chez nos participantes. En effet, nos participantes étant recrutées en ligne, l'investigateur ne sera pas présent à leurs côtés lors de l'administration du questionnaire et ne pourra donc pas répondre à d'éventuelles questions. En conséquence, la BISF-w est le seul questionnaire où les patientes pourront choisir de répondre ou non aux questions. En cas d'absence de réponse, la moyenne des scores des autres participantes sera utilisée pour nos analyses.

d) Questionnaire sur la qualité de vie (EORTC QLQ-BR23)

Le questionnaire sur la **qualité de vie (EORT QLQ BR23)** (Sprangers et al., 1996) est composé de 23 items permettant d'évaluer les symptômes des cancers du sein ainsi que les effets secondaires des traitements. Il explore 8 dimensions : 4 dimensions fonctionnelles avec l'image corporelle (items 39 à 42), l'activité sexuelle (items 44 et 45), le plaisir sexuel (item 46) et les perspectives futures (item 43) et 4 dimensions symptômes avec les effets secondaires des

traitements (items 31 à 34 et 36 à 38), les symptômes au niveau du sein (items 50 à 53), au niveau du bras (items 47 à 49) et les sentiments liés à la perte des cheveux (item 35). Pour chacun des items, les participantes doivent se positionner sur une échelle de Likert à 4 points : 1 Pas du tout ; 2 Un peu ; 3 Assez ou 4 Beaucoup.

Ce questionnaire a été créé spécifiquement pour les patientes atteintes d'un cancer du sein et vient généralement compléter l'EORTC QLQ C30. Néanmoins dans cette étude, seule l'échelle QLQ BR23 sera présentée aux participantes dans l'unique but de ne pas alourdir le temps de passation déjà conséquent.

e) Entretiens semi-directifs

Le choix de proposer des entretiens semi-directif se justifie par l'absence de données au sujet du vécu de la féminité des patientes atteintes d'un cancer du sein. Nous avons donc besoin de saisir toute la finesse de ce que ressentent les patientes concernées afin de conclure sur les conséquences psychologiques des traitements anticancéreux.

Lorsque les participantes étaient d'accord, l'expérimentatrice les contactait afin de présenter rapidement les modalités de l'entrevue et de convenir d'un rendez-vous. Avant le début de l'entretien, toutes les participantes devaient signer un consentement libre et éclairé ainsi qu'un accord stipulant que l'entretien était enregistré (Annexe 14). Cet enregistrement servait à retranscrire l'entretien et a été détruit immédiatement après.

En nous intéressant de plus près à la féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein, nous les avons questionnés plus largement sur :

- L'impact de chacun des traitements passés ou en cours sur leur féminité,
- Le vécu de leur féminité avant l'annonce de leur cancer,

- Leur vécu de leur féminité à ce jour,
- Les bénéfices qui sont apparus à la suite de leur maladie et de leurs traitements.

La grille d'entretien est présentée dans l'annexe 15.

V) Procédure

1. Questionnaires

Le protocole de cette recherche se compose d'une notice d'informations, d'un formulaire de consentement libre et éclairé, de plusieurs questionnaires permettant de recueillir les données sociodémographiques et biomédicales, l'auto-représentation de la féminité (TF), le vécu de la féminité (EVF), la sexualité féminine (BISF-w) et la qualité de vie (EORTC QLQ BR23). L'ensemble du protocole est présenté dans l'annexe 16. Toutes les participantes ont répondu aux questionnaires en ligne sur Lime Survey.

En premier lieu, l'expérimentatrice a diffusé un flyer (Annexe 12) sur tous les groupes des réseaux sociaux s'adressant aux femmes atteintes d'un cancer du sein. Avec celui-ci, une notice succincte d'informations et le lien hypertexte étaient présentés pour pouvoir répondre aux questionnaires (Annexe 17). Les participantes pouvaient avoir accès aux questionnaires après avoir signé le consentement libre et éclairé. La durée de passation a été estimée entre 20 et 35 minutes en fonction des participantes et de leur fatigabilité. Une fois les questionnaires remplis, à la fin du protocole, il était proposé aux participantes d'effectuer un entretien semi-directif d'une durée de 45 minutes environ. En fonction de leur accord, un champ libre leur était réservé pour qu'elles puissent inscrire leurs coordonnées.

2. Entretiens semi-directifs

La séance se déroule en trois étapes. Les premières minutes de l'entretien sont consacrées à l'explication de l'étude et les intérêts de la séance. L'expérimentatrice va s'assurer du consentement libre et éclairé et demande l'accord pour l'enregistrement de l'entretien (Annexe 14). Dans la deuxième partie sont abordés les dimensions biopsychosociales et projectives de la vie quotidienne de la participante. Celles-ci nous permettent de rendre compte de comment la maladie et le traitement anticancéreux s'inscrivent dans l'histoire de vie et quels en sont les retentissements sur le vécu de leur féminité. Dans la dernière étape, l'expérimentatrice demande aux participantes si elles ont des questions relatives à la recherche. Dans le cas où elle aurait décelé des angoisses ou de la détresse psychologique, un temps est consacré aux possibilités de rencontrer un(e) psychologue de leur région et transmettre les coordonnées d'associations / groupes de paroles / soins de support de leur centre de soins.

VI) Considérations éthiques et déontologiques

Les données ont été recueillies au travers d'une méthodologie mixte et unicentrique. Le protocole de recherche a été déclaré au Règlement Générale sur la Protection des Données (RGPD) dont l'autorisation de mise en œuvre du traitement a été reçue le 19 décembre 2019. Elle porte le numéro 201912191143.

Dans le respect des dispositions de la loi Huriot de 1988, une notice d'information détaillant les éléments descriptifs de l'étude (objectif, durée, contraintes, procédures requises ainsi que les coordonnées des responsables de la recherche) est donnée aux participants. Ils sont également

invités à signer un formulaire de consentement libre et éclairé reprenant les droits du participant et les obligations des responsables de la recherche.

Le chercheur a tenu à respecter les dispositions de la loi relative aux recherches sur la personne humaine, dite loi Jardé de 2012. De ce fait, cette recherche n'a pas été soumise à l'avis d'un comité de protection des personnes (CPP) puisque le recueil de données de cette recherche n'a pas eu lieu dans un Centre Hospitalier Universitaire mais exclusivement en ligne et est donc uniquement soumise à la RGPD (Annexe 18a).

Enfin, cette étude a également eu l'**avis favorable** du comité d'éthique sur les recherches (CER) de l'université fédérale de Toulouse. L'avis de la commission a été donné le 3 octobre 2019. Le projet porte le numéro 2019-165 (Annexe 18b).

VII) Question de recherche et hypothèses

Nos questions de recherche sont : chez les patientes ayant un cancer du sein et sous traitement anticancéreux, quels sont les retentissements des traitements sur leur vécu de la féminité et sur leur qualité de vie ? Leur représentation de la féminité évolue-t-elle ?

1. Hypothèse générale

La forme du traitement anticancéreux impacterait la qualité de vie des patients. Cette relation serait médiatisée par le vécu de la féminité, la représentation de la féminité et la sexualité.

Les différents aspects de cette hypothèse générale sont testés à partir de cinq hypothèses opérationnelles. Les cinq premières permettent de vérifier les relations entre la forme du

traitement et les variables dépendantes prises une à une. La cinquième hypothèse permettra d'inclure toutes les variables au sein d'un même modèle et d'évaluer l'ensemble des effets directs et indirects de la forme du traitement sur la qualité de vie en incluant les variables médiatrices.

2. Hypothèses opérationnelles

H1 – Les participantes sous traitements adjuvants ont des scores de représentation de la féminité plus basses que chez les patientes sous traitements primaires ou les patientes en attentes de traitements.

H2 – Les participantes sous traitements adjuvants ont une altération de leur sexualité plus importante que les patientes sous traitements principaux ou les patientes en attente de traitements. De manière générale, les patientes sous traitements ont une sexualité plus altérée.

H3 – Les patientes ayant un traitement adjuvant ont un score sur leur vécu de leur féminité plus faibles que celles en traitement principal.

H4 – Les participantes sous traitements principaux ou adjuvants ont une altération de leur qualité de vie plus importante que les patientes en attente de traitement.

La **cinquième hypothèse** (H5) propose que l'auto-représentation de la féminité ainsi que le vécu de la féminité et la sexualité médiatisent la relation entre la forme du traitement (principal ou adjuvant) et la qualité de vie des participantes.

Enfin, nous étudierons l'influence des variables sociodémographiques (âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'étude et statut marital) et biomédicales (ménopause et

antécédents de maladie) dans la relation forme du traitement-qualité de vie, tout en prenant en considération les variables médiatrices.

VIII) Analyses statistiques

Les données des 131 participantes ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 25. Pour toutes les variables dépendantes, la distribution suit une loi normale et un test de Levene a permis de vérifier l'homogénéité des variances. Nous avons ensuite réalisé des anova à 1 facteur et des tests de Student pour comparer nos échantillons entres eux. En post-hoc, des comparaisons deux à deux avec la correction de Bonferroni sur les résultats significatifs nous permettent de constater une diminution ou une augmentation de la variable étudiée entre les trois traitements. Pour compléter notre analyse, nous avons réalisé des corrélations de Pearson bivariées entre les variables dépendantes et les variables sociodémographiques et biomédicales, mais aussi, entre les variables dépendantes entre elles.

Des analyses de régressions hiérarchiques incluant des variables médiatrices ont permis de tester la relation forme du traitement – qualité de vie des patients par l'intermédiaire du macro PROCESS pour SPSS, conçu et décrit par Hayes (2017). Cette procédure consiste à tester l'effet de la variable indépendante sur la variable médiatrice par l'intermédiaire d'une régression simple, puis de tester les relations VI-VD et médiateur-VD à l'aide de régressions multiples. La procédure de bootstrap recommandée par Preacher et Hayes (2008) a permis de tester la significativité des effets indirects. Si l'intervalle n'inclut pas zéro, l'effet est statistiquement significatif au seuil $p < 0,05$.

L'analyse des entretiens semi-directifs nous permettra de répondre en partie à notre question de recherche. Pour cela, nous avons analysé les données textuelles des entretiens avec le logiciel IRaMuTeQ (version 0.7 alpha 2).

Dans un premier temps, la classification hiérarchique descendante (CHD) a été choisie afin d'explorer l'impact psychologique de l'annonce, comment la maladie et les traitements anticancéreux s'inscrivent dans le quotidien des participants, les difficultés rencontrées, leurs besoins et les éventuels effets bénéfiques. Dans un second temps, la méthode Reinert servira à comparer et regrouper les classes lexicales à l'intérieur du corpus en termes de fréquences, de cooccurrences des termes utilisés et d'analyses inférentielles de type Chi2. Enfin, l'analyse des similitudes permettra l'approfondissement des similitudes ou de dissimilitudes.

IX) Résultats quantitatifs

1. Homogénéité des variances

Dans un premier temps, nous avons vérifié l'homogénéité de nos trois groupes. Le tableau 24 ci-dessous présente le test du chi-deux (χ^2), qui est utilisé pour les variables dépendantes catégorielles et le T-test servant à mesurer les variables dépendantes continues. Le tableau 24 montre que les trois groupes sont homogènes illustrant que nous pouvons poursuivre nos analyses statistiques.

Tableau 24. Caractéristiques sociodémographiques et biomédicales des participants à la troisième étude

Variables	Moyennes (ET)			t ou χ^2	p
	Traitements principaux	Traitements adjuvants	Sans traitement		
Age	39,54 (9,45)	42,05 (9,21)	43,723 (7,50)	-1,465	.617

Statut marital	-	-	-	5,325	.256
Nombres d'enfants	1,6 (1,45)	1,9 (1,17)	0 (0)	-1,129	.104
Catégorie socioprofessionnelle	-	-	-	12,917	.533
Dernier diplôme obtenu	-	-	-	11,541	.483
Ménopause	-	-	-	.534	.693
Antécédent de maladie	-	-	-	2,747	.253

2. La représentation de la féminité

Hypothèse n°1 : Les participantes sous traitements adjuvants ont des scores de représentation de la féminité plus basses que les patientes sous traitements primaires ou les patientes en attente de traitements.

Notre hypothèse **est partiellement infirmée**. Il existe des différences significatives au niveau de la représentation de la féminité perçue par les patientes des trois échantillons de cette étude ($F(2,127) = 4,13$; $p = 0,01$). En effet, les post-hoc indiquent une moyenne significativement plus élevée chez les patientes traitées par traitements principaux que chez celles en attente de traitements ($p < 0,05$). De même, nous observons une moyenne significativement plus élevée chez les patientes sous traitements adjuvants comparée à celles en attente ($p < 0,01$). Il n'existe pas de différences significatives entre les deux groupes de patientes sous traitements (principal et adjuvant). Le tableau

25 vient illustrer nos résultats. Autrement dit, les participantes ayant des traitements se représenteraient comme étant plus féminine que les patientes en attente de traitement.

Tableau 25. Modèle linéaire mixte et test post-hoc- représentation de la féminité

Outil	Modèle linéaire mixte					Post-hoc	
	Traitement principal (TP) M(ET)	Traitement adjuvant (TA) M(ET)	Sans traitement (ST) M(ET)	F	p	Sens	p
TF	3,37 (0,12)	3,40 (0,13)	3,10 (0,32)	4,13	0,02	TP > ST TA > ST	< 0,05* < 0,01**

Pour compléter nos résultats, nous avons réalisé des corrélations de Pearson avec les variables sociodémographiques et biomédicales. Chez les femmes sous traitements de première intention, la perception d'un sentiment de féminité se trouve davantage chez les patientes ayant déjà un ou des enfant(s) ($r = 0,30$; $p < 0,05$). Nous ne trouvons pas d'autres corrélations chez les patientes soignées par traitement adjuvant ou chez celles en attente de traitement. Une régression linéaire avec la variable sociodémographique corrélée confirme son caractère prédictrice ($\beta = -0,30$ $p < 0,05^*$). En d'autres termes, avoir des enfants prédit une meilleure représentation de la féminité des patientes soignées par traitement principal.

3. La sexualité

Hypothèse n°2 : Les participantes sous traitements adjuvants ont une altération de leur sexualité plus importante que les patientes sous traitements principaux ou les patientes en attente de traitements. De manière générale, les patientes sous traitements ont une sexualité plus altérée.

La comparaison des scores de l'échelle BISF-w mesurant la sexualité ne révèle pas de différence significative entre nos groupes : $F(130) = 0.138$; $p < 0,05$. Notre hypothèse est donc **infirmée**. Nos résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 26. Comparaison des scores moyens de la sexualité entre les participantes traitées par traitement principal, adjuvants et les participantes en attente de traitement

Outil	Modalités	Traitement principal M(ET)	Traitement adjuvant M(ET)	Sans traitement	F	p
BISF- w	BISF-w	2 (0,76)	1,99 (0,87)	2,12 (1,07)	0,138	ns
	Moyenne					
	D1	1,58 (1,23)	1,45 (1,05)	1,38 (1,12)	0,255	ns
	D2	1,60 (1,18)	1,54 (1,16)	1,98 (1,36)	0,653	ns
	D3	1,02 (0,94)	1,07 (0,99)	1,18 (1,07)	0,143	ns
	D4	2 (1,25)	2 (1,30)	1,96 (1,44)	0,04	ns
	D5	2,07 (1,22)	2,12 (1,27)	2,44 (1,88)	0,364	ns
	D6	2,75 (1,06)	2,65 (1,17)	2,60 (1,06)	0,164	ns
	D7	2,87 (0,51)	2,87 (0,66)	2,94 (0,63)	0,06	ns

Pour compléter nos résultats, nous avons réalisé des corrélations de Pearson avec les variables sociodémographiques et biomédicales dans l'ensemble de nos groupes. Les résultats sont récapitulés dans le tableau 27. Les corrélations en gras représentent les variables prédictrices soulignées par les régressions linéaires.

Tableau 27. Corrélations et régressions linéaires entre les scores moyens aux sous-échelles de sexualité et les variables sociodémographiques et biomédicales des participants sous traitements adjuvants et des participants en attente de traitement

Variables	Groupes				
	Sans traitement			Traitements adjuvants	
	Ménopause	SM ^a	Enf ^b	SM ^a	Ménopause
D2	0,26*	-	-	-0,44**	0,33*
D4	-	-0,43**	0,27**	-0,59**	0,35*
D5	-	-0,38**	-	-0,52**	-
D6	-	-0,44**	-	-0,57**	0,33*
D7	-	-0,33**	-	-0,42*	-

^a Situation

Maritale

^b Nombres

d'enfants

*p<.05,

**p<.01

Nous n'observons pas de corrélation dans le groupe des traitements principaux. Pour nos deux groupes restants (traitement adjuvant et groupe contrôle), l'excitation sexuelle (D2) est ressentie comme moins importante chez les patientes en ménopause. La réceptivité des demandes sexuelles (D4) est aussi corrélée avec la situation familiale. Autrement dit, dans nos deux groupes, les femmes en couple seraient plus réceptives aux demandes sexuelles de leur partenaire et celles n'étant pas ménopausées ressentent plus d'excitation sexuelle.

On observe également pour les femmes n'ayant pas eu de traitement, que la situation familiale corréle avec le plaisir orgasmique (D5) ($r = -0,38$; $p < 0,01$), la satisfaction relationnelle (D6) ($r = -0,44$; $p < 0,01$) et la satisfaction affectant la sexualité (D7) ($r = -0,33$; $p < 0,01$). Autrement dit, les femmes en couple auraient une meilleure vie sexuelle de manière générale. Enfin les femmes seraient moins réceptives aux demandes sexuelles (D4) lorsqu'elles ont des enfants ($r = 0,27$; $p < 0,01$). Des régressions linéaires, complémentaires aux corrélations, nous indiquent que la situation familiale prédit la satisfaction relationnelle (D6) ($\beta = -0,30$ $p < 0,05^*$) et sexuelle

(D7) ($\beta = -0,26$ $p < 0,05^*$) et la réceptivité des demandes sexuelles (D4) ($\beta = -0,26$ $p < 0,05^*$) chez les patientes en attente de traitement.

Chez les femmes traitées par anticancéreux adjuvant, l'excitation sexuelle (D2) ($r = -0,44$; $p < 0,01$), la réceptivité des demandes sexuelles (D4) ($r = -0,59$; $p < 0,01$), le plaisir orgasmique (D5) ($r = -0,52$; $p < 0,01$), la satisfaction relationnelle (D6) ($r = -0,57$; $p < 0,01$) et la satisfaction affectant la sexualité (D7) ($r = -0,42$; $p < 0,05$) sont tous corrélés avec la situation familiale. Autrement dit, les femmes en couple auraient une sexualité de meilleure qualité que celles qui sont célibataires. Enfin, la réceptivité des demandes (D4) ($r = 0,35$; $p < 0,05$) et la satisfaction relationnelle (D6) ($r = 0,33$; $p < 0,05$) seraient moindres chez les femmes ménopausées. Au regard des régressions linéaires, il apparaît que seule la situation familiale est une variable prédictrice des demandes sexuelles (D4) ($\beta = -0,45$ $p < 0,01^{**}$).

4. Vécu de la féminité

Hypothèse n°3 : Les patientes ayant un traitement adjuvant ont un score sur leur vécu de leur féminité plus faibles que celles en traitement principal.

La comparaison des scores de l'échelle **EVF ne révèle pas de différence significative sur le vécu de la féminité entre les trois groupes** : $F(129) = 2,13$; $p = 0,12$.

Pour compléter nos résultats, nous avons réalisé des corrélations entre l'échelle et les variables sociodémographiques et biomédicales. Seul le groupe des patientes en traitement principal

corrèle avec certaines de ces variables. Nous ne retrouvons pas d'autres corrélations dans les deux autres groupes. Les résultats sont présentés dans le tableau 28. Les corrélations en gras représentent les variables prédictrices soulignées par les régressions linéaires.

Tableau 28. Corrélations et régressions linéaires entre les scores moyens aux sous-échelles de sexualité et les variables sociodémographiques et biomédicales des participants sous traitements adjuvants et des participants en attente de traitement

Variables	Traitements principaux	
	Ménopause	Age
EVF	0,3*	-
Image de soi	0,31*	-0,28*

*p<.05

Le vécu de la féminité corrèle avec la ménopause ($r = 0,3$; $p < 0,05$). Autrement dit, les patientes sous traitement principal n'étant pas ménopausées, vivaient plus positivement leur féminité. Le score explorant l'image du corps est corrélé avec l'âge ($r = -,28$; $p < 0,05$) et la ménopause ($r = 0,31$; $p < 0,05$). C'est-à-dire que les femmes jeunes et non ménopausées se sentiraient mieux dans leur corps que les femmes plus âgées. Enfin, des régressions linéaires permettent de conclure au caractère prédicteur des variables sociodémographique et biomédicale ci-dessus. Autrement dit, la ménopause prédit les scores de la sous-échelle du vécu de la féminité : l'image de soi ($\beta = 0,31$ $p < 0,05^*$) et de l'échelle en entier ($\beta = 0,24$ $p < 0,05^*$). Tandis que l'âge prédirait uniquement les scores sur l'image de soi ($\beta = -0,29$ $p < 0,05^*$).

5. Qualité de vie

Hypothèse n°4 : Les participantes sous traitements principaux ou adjuvants ont une altération de leur qualité de vie plus importante que les patientes en attente de traitements.

La comparaison des scores de l'échelle QLQ-Br23 révèle **plusieurs différences significatives entre nos trois groupes**. Le tableau 29 indique que les moyennes des effets secondaires des traitements (EST) et l'échelle dans sa totalité sont différentes selon nos groupes de patientes.

Tableau 29. Comparaison des scores moyens de la qualité de vie entre les participantes traitées par traitement principal, adjuvants et les participantes en attente de traitement

Outil	Modalités	Traitement principal M(ET)	Traitement adjuvant M(ET)	Sans traitement M(ET)	F	p
QLQ-BR-23	Echelle en entier	2,47 (0,45)	2,53 (0,55)	2,01 (0,28)	5,12	< 0,05*
	Effets secondaires traitements (EST)	2,42 (0,67)	2,38 (0,73)	1,56 (0,43)	7,58	< 0,01**

*p<.05, **p<.01

Les tests posts-hocs présentés dans le tableau 30, indiquent une meilleure qualité de vie générale chez les patientes étant sous traitement (principal et adjuvant) que celles en attente. Aussi, il semblerait que les patientes sous traitements ont des scores sur les effets secondaires spécifiquement liés aux thérapeutiques (EST) plus haut que le groupe contrôle. Autrement dit nos deux groupes de patientes soignées par les traitements anticancéreux disent avoir plus

d'effets secondaires que les femmes en attente de traitements (traitement principal : $p = < 0,01^{**}$; traitement secondaire : $p < 0,01^{**}$).

Tableau 30. Modèle linéaire mixte et test post-hoc- qualité de vie

Outil	Modalités	Modèle linéaire mixte			Post-hoc	
		Traitement principal (TP) M(ET)	Traitement adjuvant (TA) M(ET)	Sans traitement (ST) M(ET)	Sens	p
QLQ-BR-23	Echelle en entier	2,47 (0,45)	2,53 (0,55)	2,01 (0,28)	TP < ST TA < ST	< 0,05* < 0,01**
	Effets secondaires traitements (EST)	2,42 (0,67)	2,38 (0,73)	1,56 (0,43)	TP < ST TA < ST	< 0,01** < 0,01**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Nous avons testé les corrélations entre les variables sociodémographiques, biomédicales et la qualité de vie chez les femmes **traitées en première intention**. Le score explorant les effets secondaires spécifiquement liés aux thérapeutiques est corrélé avec la situation familiale. Les femmes célibataires témoigneraient davantage d'impact négatif des effets secondaires que les femmes en couple ($r = -0,33$; $p = 0,01$). Par ailleurs, la dimension symptômes brachiaux et mammaires (SB et SM) semblent fortement corrélés avec l'âge et la ménopause. En effet, les femmes plus âgées et/ou non ménopausées rapportent davantage de SB et de SM que les autres. Toutefois, on remarque que les symptômes mammaires sont également corrélés avec le nombre d'enfants au sein du foyer ($r = 0,34$; $p < 0,01$) et les antécédents de maladies. Autrement dit, les femmes ayant déjà eu une maladie avant l'apparition de leur cancer rapporteraient plus de symptômes mammaires que les autres femmes ($r = -0,34$; $p < 0,01$).

Ces résultats sont présentés dans le tableau 31. Les corrélations en gras représentent les variables prédictrices soulignées par les régressions linéaires.

Suite aux corrélations, des régressions linéaires ont été effectuées, les patientes sous traitements principaux et ménopausées rapportent plus de symptômes mammaires ($\beta = -0,5$ $p < 0,01^{**}$) et de symptômes brachiaux ($\beta = -0,35$ $p < 0,05^{**}$). Les patientes étant en couple ressentiraient moins d'effets secondaires liés aux traitements ($\beta = -0,32$ $p < 0,05^{*}$).

Tableau 31. Corrélations entre les scores moyens aux sous-échelles de la qualité de vie et les variables sociodémographiques et biomédicales des participantes sous traitement principal

Variables	Traitements principaux				
	Ménopause	SM ^a	Age	Enf ^b	AM ^e
EST	-	-0,33**	-	-	-
SM	-0,49**	-	0,44**	0,34**	-0,34**
SB	-0,35**	-	0,35**	-	-
^a Situation					
Maritale					
^b Nombres					
d'enfants					
^e Antécédents					
maladies					
*p<.05, **p<.01					

Dans un second temps, nous avons réalisé les corrélations entre les variables biomédicales et la qualité de vie chez les patientes **sous traitement adjuvant**. Le tableau 32 indique que le score explorant les effets secondaires spécifiquement liés aux thérapeutiques est corrélé avec l'âge ($r = 0,39$; $p < 0,01$) et avec le nombre d'enfants au sein du foyer ($r = 0,29$; $p < 0,05$). Plus les femmes sont âgées et/ ou ont une famille nombreuse, plus elles témoignent d'effets secondaires liés aux traitements. Aussi, la sous-échelle mesurant la préoccupation engendrée par la perte de cheveux corrèle avec les antécédents de maladie ($r = 0,39$; $p < 0,01$). Les femmes n'ayant jamais eu de maladie avant leur cancer se préoccuperaient davantage de leurs cheveux que celles ayant déjà eu une pathologie. Enfin, les femmes plus âgées rapportent plus de symptômes mammaires ($r = 0,26$; $p < 0,05$) et celles ayant déjà eu une maladie au cours de leur vie en

rapportent moins que les autres ($r = -0,39$; $p < 0,01$). L'ensemble des résultats sont récapitulés dans le tableau 32. Les corrélations en gras représentent les variables prédictrices soulignées par les régressions linéaires.

Tableau 32. Corrélations entre les scores moyens aux sous-échelles de la qualité de vie et les variables sociodémographiques et biomédicales des participantes sous traitement adjuvants

Variables	Traitements adjuvant		
	Age	Enf ^b	AM ^c
EST	0,39**	0,29*	-
PC	-	-	0,39**
SM	0,26*	-	-0,39**
^a Situation Maritale ^b Nombres d'enfants ^c Antécédents maladies * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$			

Le tableau 32 met en évidence que plus l'âge est avancé, plus les femmes sous traitements adjuvants souffriraient de symptômes mammaires ($\beta = 0,77$ $p < 0,05^*$). Enfin, les femmes ayant eu une maladie avant le cancer rapportent moins de symptômes mammaires que les autres ($\beta = -0,34$ $p < 0,01^{**}$).

Enfin, nous avons testé les corrélations entre les variables biomédicales et la qualité de vie chez les femmes en **attente de traitement**. L'analyse nous a donné une seule corrélation, le score explorant les effets secondaires spécifiquement liés aux thérapeutiques corrèle avec la ménopause ($r = -0,72$; $p < 0,05$). Il est surprenant de retrouver ce résultat dans ce groupe, car aucune de ces femmes n'a déjà commencé un traitement. De plus, des régressions linéaires

confirment l'aspect prédictrice de notre variable ($\beta = -0,34$ $p < 0,05^*$). Nous supposons une confusion entre les effets indésirables des traitements et les symptômes de la ménopause. Cette hypothèse est abordée plus largement en discussion.

6. Rôle médiateur des processus transactionnels sur la qualité de vie

Hypothèse n°5 : La représentation de la féminité, la sexualité et le vécu de la féminité médiatisent la relation entre le type de traitement et la qualité de vie des participantes.

La figure suivante présente le modèle conceptuel de l'ensemble des variables ainsi que leurs interactions.

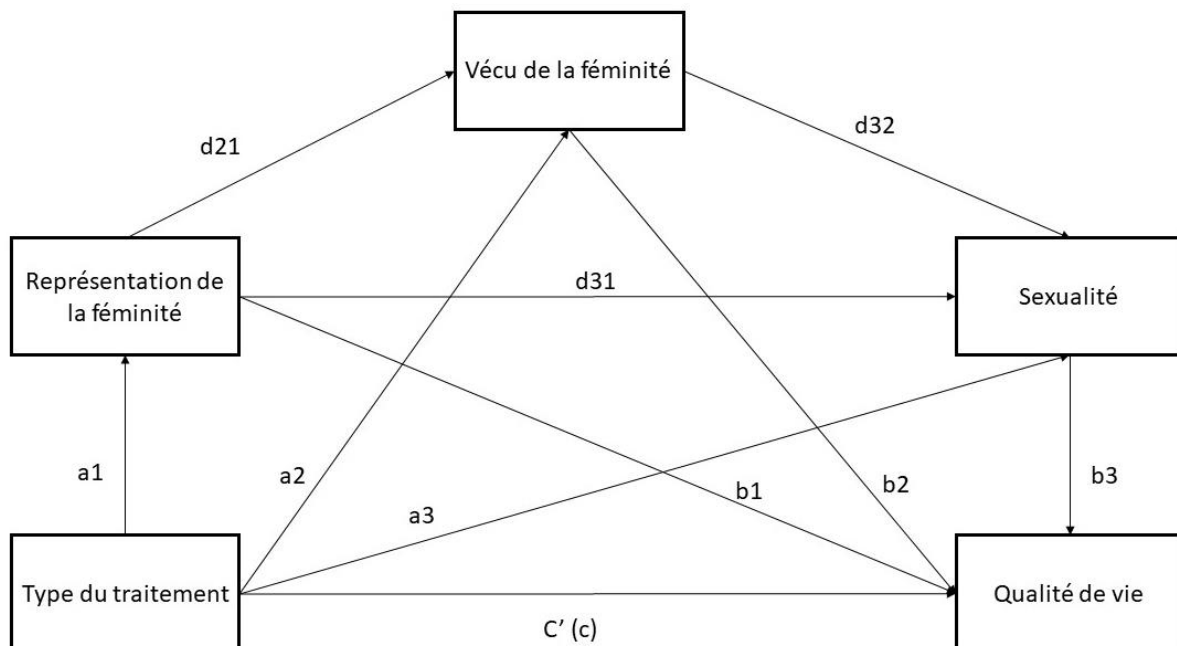


Figure 16. Diagramme conceptuel de l'effet médiateur de la représentation de la féminité, de la sexualité et du vécu de la féminité dans la relation type de traitement- qualité de vie

Notons que deux des trois variables médiatrices (la sexualité et le vécu de la féminité) ainsi que la variable dépendante (qualité de vie) sont composées de plusieurs modalités. Intégrer l'ensemble de ces modalités, soit 17 au total, au sein d'un seul modèle rendrait les analyses de régressions, telles que proposées par les auteurs, impossibles (Hayes, 2017 ; Preacher et Hayes, 2008). Nous avons donc créé un score Z pour chaque sous-échelle, en prenant soin de conserver les valeurs standardisées, nous permettant ainsi d'étudier le modèle final (Pérez & Rex Smith, 2015 ; Perez-Sousa et al., 2018). Les résultats obtenus nous permettront de confirmer ou d'infirmer le rôle des variables dans la relation forme du traitement – qualité de vie et le poids des variables médiatrices.

Dans un premier temps, les analyses de régression simples permettent d'évaluer les effets directs des variables entre-elles. L'ensemble des résultats des effets directs sont présentés dans la figure 17.

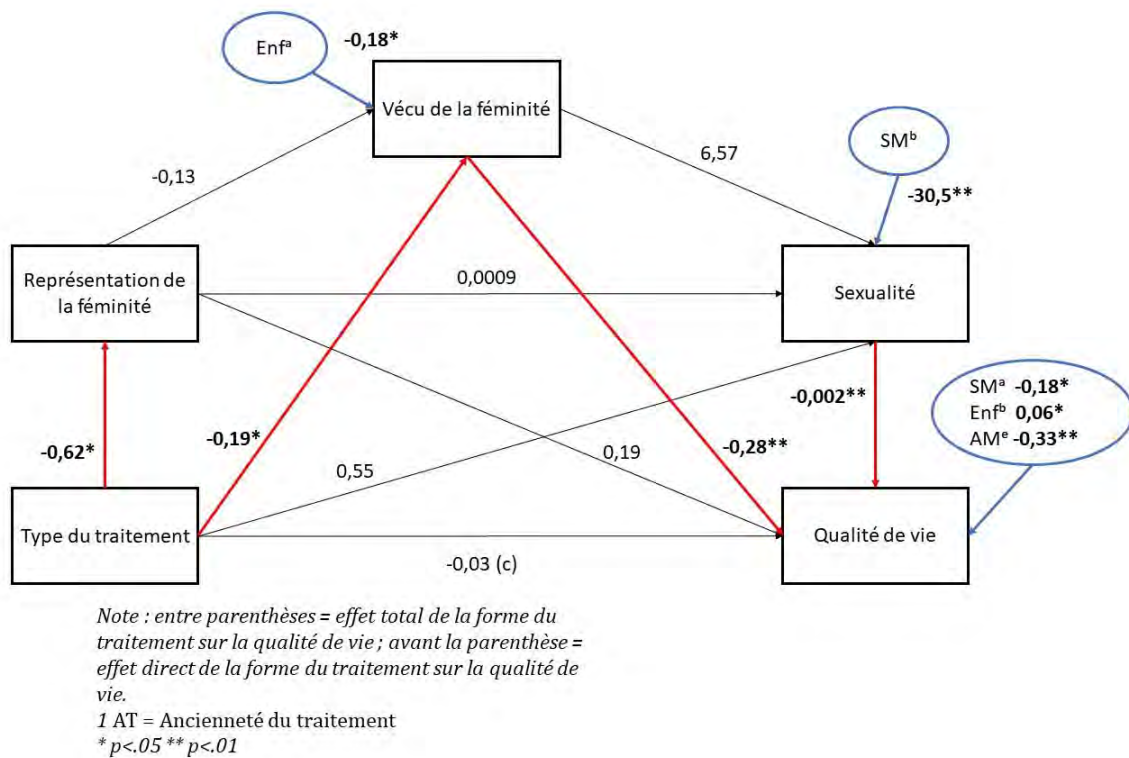


Figure 17. Diagramme statistique de l'effet médiateur de la représentation et du vécu de la féminité et de la sexualité dans la relation type du traitement – qualité de vie et les effets significatifs des covariables sociodémographiques

Les effets directs significatifs sont présentés dans la figure 17. Cela nous indique que la forme du traitement impacte négativement le vécu de la féminité [$\beta = 0,18$, ES = 0,08 ; 95% IC (0,01, 0,34)]. Les traitements principaux prédiraient donc des scores plus faibles aux sous-échelles du vécu de la féminité. Nous observons également que la qualité de vie serait impactée négativement par le vécu de la féminité [$\beta = -0,27$, ES = 0,03 ; 95% IC (-0,34, -0,20)] ainsi que par la sexualité [$\beta = -0,12$, ES = 0,04 ; 95% IC (-0,21, -0,035)]. Par ailleurs, les traitements altèrent la représentation de la féminité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein [$\beta = -0,06$, ES = 0,03 ; 95% IC (-0,12, -0,01)].

Les variables sociodémographiques et biomédicales ont ensuite été examinées en tant que covariables éventuelles dans notre modèle (âge, statut marital, nombre d'enfants, ménopause, antécédent de maladie).

Parmi celles-ci, le statut marital est associé de manière significative à la sexualité [$\beta = -30.50$, ES = 8,52 ; 95% IC (-47,36, -13,64)]. La situation maritale, le nombre d'enfants et les antécédents de maladie sont associés de manière significative à la qualité de vie. La situation maritale a un effet direct négatif sur la qualité de vie [$\beta = -0.11$, ES = 0,08 ; 95% IC (-0,35, -0,03)], signifiant que les femmes célibataires ou veuves ont une moins bonne qualité de vie que les femmes en couple. Les antécédents de maladie ont également un effet direct sur la qualité de vie [$\beta = -0,33$, ES = 0,12 ; 95% IC (-0,57, -0,09)]. Autrement dit, avoir eu déjà une maladie au cours de sa vie, impacterait négativement la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Enfin, le nombre d'enfants a un effet direct positif sur la qualité de vie [$\beta = 0.06$, ES = 0,03 ; 95% IC (0,005, 0,11)]. Cela signifie que plus le nombre d'enfants est important plus la qualité de vie est positive. Enfin, nos analyses indiquent que le nombre d'enfants a, à l'inverse, un effet négatif sur la féminité [$\beta = -0.18$, ES = 0,07 ; 95% IC (-0,32, -0,04)]. L'ensemble des résultats sont présentés dans le tableau 33.

Tableau 33. Analyses de régression de l'effet médiateur de la représentation et du vécu de la féminité et la sexualité dans la relation type du traitement-qualité de vie (N = 130)

Prédicteurs	Effet direct				Effet total
	VF ^a	RF ^b	Sexualité	QdV ^g	QdV ^g
Type de traitement	0,19*	-0,62*	0,55	-0,03	-0,10*
VF ^a	-	-0,13	6,57	-0,28**	-
RF ^b	-	-	0,0009	0,19	-
Sexualité	-	-	-	-0,002**	-
Am ^d	-0,24	-0,03	-6,77	-0,33**	-0,25
Statut marital	-0,09	0,06	-30,5**	-0,18*	-0,08
Ménopause	0,2	-0,07	16,24	-0,06	-0,16
Enf ^e	-0,18*	-0,04	1,11	0,06*	0,10**

^a Vécu de la féminité

^b Représentation

féminité

^eNombre d'enfant

^dAntécédent maladie

^gQualité de Vie

*p<.05, **p<.01

Dans un second temps, l'hypothèse 5 a été éprouvée par l'intermédiaire de la méthode du bootstrap (Preacher & Hayes, 2008). L'effet médiateur d'une variable est considéré comme significatif lorsque l'intervalle de confiance ne contient pas zéro. Ces résultats sont illustrés dans la Figure 18.

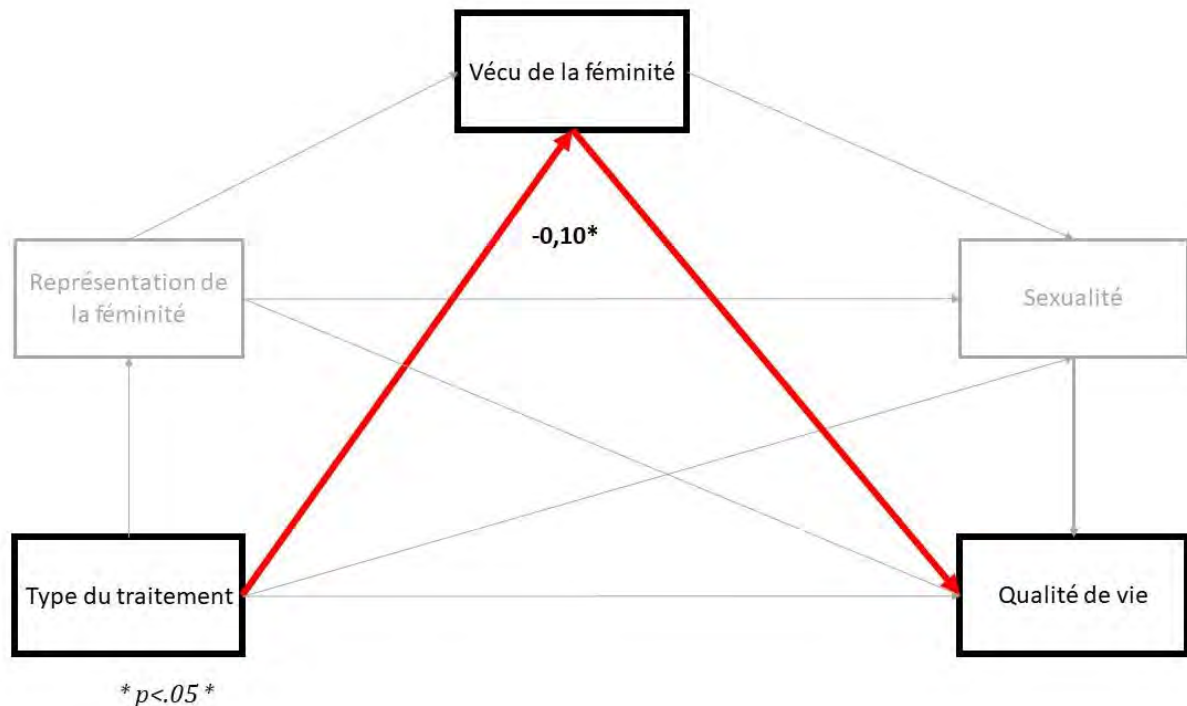


Figure 18. Diagramme final de l'effet médiateur de la représentation et du vécu de la féminité et la sexualité dans la relation forme du traitement – qualité de vie.

Par ailleurs, l'effet indirect total de la forme du traitement sur la qualité de vie est également significatif [$\beta = -0,10$, $ES = 0,40$; 95% IC (-0,18, -0,02)]. Ceci signifie que le type de traitement prédit les scores de qualité de vie lorsque l'on considère, dans la relation le vécu de la féminité comme variable médiatrice.

Enfin, lorsqu'on s'intéresse à l'effet direct de la variable indépendante sur la variable dépendante, nous ne trouvons pas de résultat significatif [$\beta = -0,03$, $ES = 0,03$; 95% IC (-0,1, 0,03)].

Concernant l'évaluation de l'ajustement du modèle de régression, la variation du R^2 entre les deux premières étapes, c'est-à-dire lorsque l'on inclue le vécu de la féminité puis la représentation de la féminité au modèle, n'est pas significative (respectivement $R^2 = 10,14\%$;

$p = 0,06$ et $R^2 = 11,68\%$; $p = 0,08$). Ces étapes ne contribuent donc pas significativement à l'amélioration de la variabilité de la qualité de vie des participants.

Par ailleurs, la troisième étape incluant la sexualité comme variable médiatrice du modèle, fait significativement varier l'ajustement ($F = 3,54$; $p < 0,01$). Ainsi, 18,9% de la variance est expliquée par cette seule variable.

Finalement, 36,48% de la variance totale de la qualité de vie est expliquée par le modèle complet (en incluant les trois variables médiatrices) ($F = 3,72$; $p < 0,01$).

En résumé, les trois variables que nous supposons médiatrices dans la relation *type de traitement – qualité de vie* le sont effectivement. Notons que certains facteurs sociodémographiques et les antécédents de maladie sont des covariables à considérer dans la relation.

X) Résultats qualitatifs

1. Analyse du discours

Le corpus global est composé du discours de 17 patientes atteintes de cancer du sein. Il est constitué de 9306 occurrences pour 1561 formes différentes.

2. Impact des traitements sur la féminité

Le corpus représente 6533 occurrences pour 1246 formes actives différentes. La CHD effectuée sur les données textuelles de **l'impact du traitement sur la féminité** fait apparaître quatre classes différentes. Ces classes renvoient au tableau 34 ci-dessous illustre succinctement ces quatre classes.

Tableau 34. Classification hiérarchique descendante de Reinert

Classe	%	Mots les plus significatifs	Chi 2 associé	p
Classe 1	22,86%	Sein	31.53	< 0,0001
		Toucher	27.22	< 0,0001
		Cicatrice	24.87	< 0,0001
Classe 2	25%	Libido	42.99	< 0,0001
		Sécheresse	27.66	< 0,0001
		Vaginale	25.45	< 0,0001
Classe 3	26,43%	Effets secondaires	22.38	< 0,0001
		Tomber	22.38	< 0,0001
		Route	8.53	0,00035
Classe 4	25,71%	Tête	40.21	< 0,00452
		Malade	18.11	< 0,0001
		Gens	11.9	0,00047

La première classe représente 22,86% des formes actives et les mots associés font référence à **l'image du corps**. Cette classe est mise en avant grâce aux mots « sein », « toucher » et « cicatrice ».

- « J'ai une énorme **cicatrice** et même encore aujourd'hui je ne la regarde pas tous les jours, car je la trouve moche » (entretien 7).
- « J'avais du mal à la **toucher** et à la regarder » (entretien 16).

La deuxième classe représente 25% des formes actives du corpus et renvoie à **la sexualité**. Elle est représentée entre autres par les mots « Libido », « Sécheresse » et « Vaginale »

- « Mon mari me met de la crème, mais je n'ai toujours pas de **libido**. Je me demande s'il faut voir un spécialiste comme un sexologue par exemple » (entretien 9).
- « Je me sens moins attirante et je souffre des **sécheresses vaginale** (entretien13).

La classe 3 représente 26,43% des formes actives et renvoie à la **qualité de vie** Elle est représentée par les mots « Effets secondaires », « Tomber » et « route ».

- « Je ne sais pas si ce sont les **effets secondaires** de la radiothérapie ou la **route** qui me fatigue autant » (entretien 9).
- « J'ai tous les **effets secondaires**, mais aucune complication sérieuse » (entretien 9).
- « Mes cheveux ont commencé à **tomber** 10 jours après le début de la chimiothérapie » (entretien 6).

La dernière classe représente 25,71% des formes actives et fait référence au **rapport aux autres**. Elle est mise en évidence par les mots « Tête », « Malade » et « Gens ».

- « J'avais vraiment une **tête** de malade » (entretien 5).
- « On n'a presque plus d'identité, on est juste **malade** » (entretien 11).
- « Je n'arrive pas à voir des **gens** si je ne suis pas maquillée, car je sais que je les mets mal à l'aise » (entretien 1).

3. Traitements individuels

Pour mettre à jour l'impact de la féminité évoquée spontanément par les participantes vis-à-vis de chaque traitement anticancéreux, nous avons réalisé un sous-corpus par thématique ciblant les traitements de manière individuelle.

a) Chirurgie

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des classes présentées sous le traitement de la chirurgie (mastectomie et tumorectomie confondue).

Tableau 35. Classification hiérarchique descendante de Reinert du sous-corpus « chirurgie »

Classe	%	Mots les plus significatifs	Chi 2 associés	p
Classe 1	14,63%	Aller	24.99	< 0,0001
		Mieux	7.01	0,00808
Classe 2	14,63%	Regarder	24.99	< 0,0001
		Cicatrice	7.01	0,00808
			5.38	0,02034
Classe 3	12,20%	Complicuer	33.22	< 0,0001
		Trop	5.92	0,01500
		Vouloir	4.11	0,04259
Classe 4	12,20%	Corps	31.91	< 0,0001
		Prothèse	16.33	< 0,0001
Classe 5	12,20%	Était	12.15	0,00049
		Moche	8.97	0,00274
		Belle	4.11	0,04259
Classe 6	17,07%	Toucher	23.56	< 0,0001
		Mari	14.49	0,00014
		Peur	5.62	0,01772
Classe 7	17,07%	Reste	15.93	< 0,0001
		Manquer	5.62	0,01772
		Féminité	5.62	0,01772

Ici la première classe représente 14,63% des formes actives du corpus et renvoie aux **appréhensions** des participantes. Elle est représentée entre autres par les mots « Aller » et « Mieux ».

- « Je me demandais comment mon mari **allait** faire pour me retoucher après la chirurgie » (entretien 4).
- « Au **début** je n'osais pas trop sortir de chez moi » (entretien 15).

La deuxième classe représente 14,63% des formes actives et fait référence à la **chirurgie**. Elle est mise en évidence par les mots « Regarder », et « Cicatrice ».

- « J'avais très peur de ne pas me réveiller de l'anesthésie ou de devoir **regarder** la cicatrice » (entretien 2).
- « C'était très difficile au moment où j'ai dû regarder la **cicatrice** » (entretien 2).

La classe 3 représente 12,2% des formes actives et renvoie à la notion **de subir** (les traitements). Elle est représentée par les mots « Compliquer », « Trop » et « Vouloir ».

- « Le jour de la chirurgie, j'étais seule, c'était donc très **compliqué** pour moi » (entretien 8).
- « On ne m'a pas expliqué les manipulations ni pourquoi j'avais **trop** de douleurs » (Entretien 16).
- « On ne m'a pas dit ce que **voulaient** dire les examens médicaux » (entretien 16).

La quatrième classe exprime 12,2% des formes actives et fait référence au **sein** et est représentée par les termes « Corps » et « Prothèse ».

- « Je ne peux pas attirer les autres avec mon **corps** maintenant qu'on m'a enlevé mon sein » (Entretien 8).
- « Je ne suis pas encore prête pour les **prothèses** externes » (Entretien 2).

La cinquième classe affiche 12,2% des formes actives et se rapporte à la **reconstruction corporelle**. Cette classe est représentée par les mots « Était », « Moche » et « Belle ».

- « Après la cicatrisation, mon sein **était** plus joli » (Entretien 4).
- « Quand mes amis venaient me voir, je me trouvais **moche**, c'était horrible pour moi de ne plus avoir de seins » (Entretien 7).
- On me disait que j'étais **belle**, mais je ne les croyais pas » (Entretien 4).

La classe 6 représente 17,07% des formes actives et indique **les relations intimes**. En effet, elle est présentée sous les mots « Toucher », « Mari » et « Peur ».

- « Mon **mari** n'a pas voulu me **toucher** pendant deux ou trois mois » (Entretien 16).
- « Il avait **peur** de me toucher et de me faire mal pendant nos rapports sexuels » (Entretien 13).

Enfin, la dernière classe affiche 17,07% des formes actives et s'apparente à la **compensation identitaire**. Les mots représentants cette classe sont « Reste », « Manquer » et « Féminité ».

- « Comme il me **manque** un sein, je dois faire en sorte que le **reste** soit un peu près présentable » (Entretien 6).
- « Ma **féminité** est différente maintenant, ce n'est plus la même chose » (Entretien 9).

b) Chimiothérapie

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des classes présenté sous la chimiothérapie.

Tableau 36. Classification hiérarchique descendante de Reinert du sous-corpus « chimiothérapie »

Classe	%	Mots les plus significatifs	Chi 2 associés	p
Classe 1	18,92%	Cil	43.65	< 0,0001
		Perte	34.59	< 0,0001
		Sourcil	29.37	< 0,0001
Classe 2	22,97%	Libido	17.98	< 0,0001
		Absence	10.48	0,00120
		Sexualité	7.04	0,00795
Classe 3	17,57%	Main	14.43	0,00014
		Tête	9.63	0,00191
		Visage	5.21	0,02252
Classe 4	21,62%	Mettre	27.63	< 0,0001
		Tomber	15.97	< 0,0001
		Bonnet	15.33	< 0,0001
Classe 5	18,92%	Corps	22.49	< 0,0001
		Image	18.39	< 0,0001
		Peur	8.67	0,00323
		Femme	8.67	0,00323

Ici la première classe représente 18,92% des formes actives et renvoie au **visage**. Elle est indiquée par les mots « Cil », « Perte » et « Sourcil ».

- « Le plus compliqué c'était la **perte** des **cils** et des **sourcils**, car je ne me reconnaissais plus » (Entretien 5).
- « Le plus difficile c'est quand on perd nos **cils** et nos **sourcils**, car on n'a pas plus de regards. Et c'est difficile à camoufler, ce n'est pas comme avec une perruque ou un bonnet qui permettent de cacher notre tête nue. Perdre le regard c'est le pire ».
(Entretien 16)

La classe 2 décrit 22,97% des formes actives et représente la **sexualité**. Les mots la décrivant sont « Libido », « Absence » et « Sexualité ».

- « Je n'avais plus envie de relations sexuelles. J'ai eu une grosse **absence de libido** »
(Entretien 3)
- « Je ne me sentais pas féminine, mais je continuais à avoir une **sexualité** active, car ça rassurait mon mari » (Entretien 9).

La troisième classe représente 17,57% des formes actives et s'apparente à **l'image du corps**.

La classe renvoie aux mots « Main », « Tête » et « Visage ».

- « La **tête** chauve marque la maladie » (Entretien 6).

- « J'ai les ongles qui se cassent et l'intérieur des **main**s qui pèlent, c'est vraiment terrible » (Entretien 16).
- J'ai l'impression que mon **visage** faisait moins humain » (Entretien 9).

La classe 4 présente 21,62% des formes actives et renvoie aux **cheveux**. La classe est représentée par les mots « Mettre », « Tomber » et « Bonnet ».

- « Je **met**s un **bonnet** pour aller chercher mes enfants à l'école » (Entretien 9).
- « Quand les cheveux **tombent**, ça fait bizarre » (Entretien 14).
- « J'ai toujours mis un **bonnet** quand je voyais mes proches ». (Entretien 16).

Enfin, la dernière classe décrit 18,92% des formes actives et représente **l'identité**. Cette classe est indiquée par les mots « Corps », « Image », « Peur » et « Femme ».

- « Mon **corps** change tous les jours, je me sens faible » (Entretien 11).
- « J'avais **peur** de **l'image** que j'allais renvoyer aux autres, je ne m'appréciais pas » (Entretien 15).
- « J'ai eu **peur** de voir la déchéance de mon **corps** » (Entretien 16).
- « Je ne suis plus cette **femme**, je ne corresponds plus à elle alors j'ai jeté tous mes anciens vêtements » (Entretien 16).

Pour rappel, l'alopecie est une thématique qui revient plusieurs fois dans notre analyse lorsqu'il est question de chimiothérapie. Toutefois, 64,70% des participantes ont parlé de leur chute de

cheveux comme quelque chose qu'elles appréhendaient énormément, mais qu'elles ont finalement vécu avec très peu, voire aucune angoisse. Nous en parlerons plus longuement en discussion.

c) Radiologie et hormonothérapie

Au vu des faibles effets secondaires rapportés par les participantes sous radiothérapie et hormonothérapie comparées à ceux discutés sur la chimiothérapie ou la chirurgie, le corpus n'était pas assez important pour être pris en compte dans les analyses. Dans ce contexte, la classification hiérarchique descendante de Reinert n'est plus pertinente pour notre analyse. Nous avons fait le choix statistique de réunir ces deux traitements afin d'effectuer une analyse de similitude permettant de faire une comparaison entre ces deux traitements sur la base de dissimilarités.

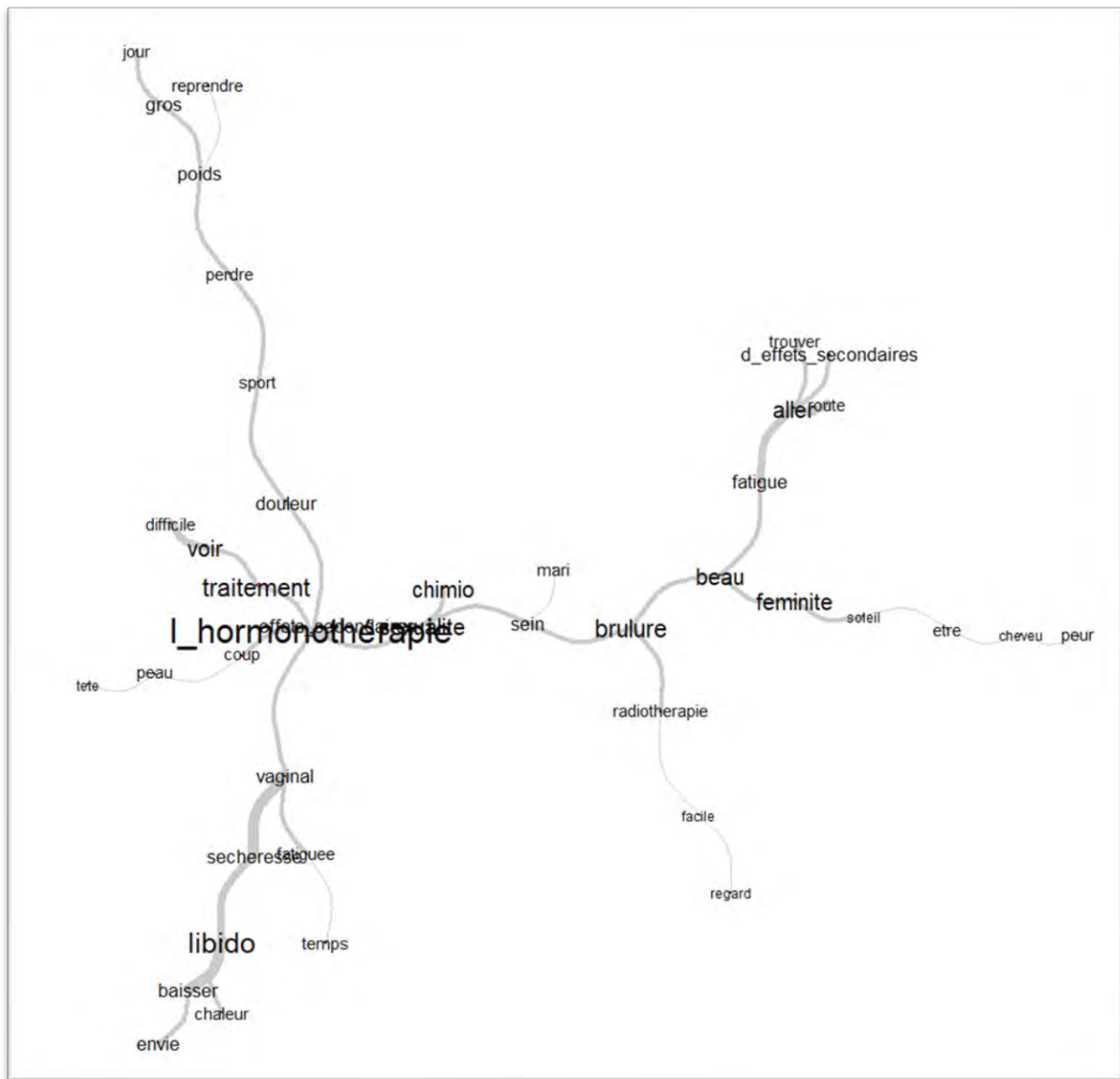


Figure19. Analyse de similitude sur l'impact de la radiothérapie et de l'hormonothérapie

La figure 19 ci-dessus représente l'analyse des similitudes du discours des femmes atteintes d'un cancer du sein au sujet de l'impact de la radiothérapie et de l'hormonothérapie sur leur féminité. De manière générale, l'hormonothérapie y est plus représentée que la radiothérapie démontrant ainsi que les patientes ont tendance à davantage parler de l'hormonothérapie que de la radiothérapie. Les occurrences les plus fréquentes sont l'hormonothérapie avec la

sexualité et la radiothérapie avec **l'image du corps** (brûlure ; beau ; cheveux). De plus, la **prise de poids** est souvent assimilée à l'hormonothérapie alors que « **route** » et « **fatigue** » sont associées à la radiothérapie. En effet, un traitement nécessitant une prise en charge hospitalière quasi quotidienne tel que la radiothérapie implique que les patients font face à plus de difficultés cognitives et à une gêne dans l'accomplissement de leurs rôles familiaux et professionnels. Ce constat laisse supposer que la radiothérapie impacte davantage la qualité de vie que l'hormonothérapie.

Pour conclure l'analyse des traitements anticancéreux sur la féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein, il a été demandé aux participantes de citer celui qui, selon elles, atteint le plus leur féminité. C'est ainsi que 70,58% des femmes disent que le traitement altérant le plus la féminité est la **chimiothérapie** (n = 12), alors que seulement 11,76% (n = 2) des femmes pensent que c'est la mastectomie ou l'hormonothérapie. Et enfin, 5,88% (n = 1) attestent que la tumorectomie est le traitement le plus impactant sur la féminité.

4. La féminité : Une évolution constante et un remaniement psychologique

Lorsque l'on interroge les participantes sur le vécu de leur féminité avant l'annonce de leur cancer, 94,11% (n = 16) disent que leur féminité a **toujours été importante** et qu'elles se sentaient féminines, voire très féminines avant l'annonce de leur maladie. Parmi ces femmes, 11,76% (n = 2) ajoutent que se sentir féminine était plus facile avant les traitements. Enfin, seulement une femme (5,88%) se **sentait obligée** de prendre soin d'elle et accordait peu d'importance à sa féminité.

Lorsqu'on questionne les femmes sur leur vécu de la féminité à ce jour, les réponses sont variées. En effet, 41,17% (n = 7) disent faire beaucoup **plus attention** à elle qu'avant : « *Je me crème tous les jours, je fais plus attention au maquillage* » (Entretien 17). Tandis que 58,82% (n = 10) se sentent **moins féminine** : « *Je ne suis plus dans la séduction, je ne sors plus, il y a une coupure* » (Entretien 16). Et seulement 17,64% (n = 3) disent **utiliser des astuces**, tricher, voire même trouver leur féminité là où elles n'avaient pas l'habitude de la trouver : « *Ma féminité maintenant c'est ma créativité, c'est mon esprit. Elle ne passe plus par mon corps si abîmé* » (Entretien 10). Ou « *Aujourd'hui il faut savoir tricher pour être féminine. C'est pour ça que je me suis tatouée des sourcils* » (Entretien 2).

5. Les effets bénéfiques

Nous avons demandé aux patientes si elles ont ressenti des effets positifs depuis l'annonce de la maladie. Les résultats montrent que 41,17% (n = 7) disent ne pas avoir eu de bénéfice alors que 58,82% (n = 10) disent en avoir eu. Parmi elles, 70% **prennent plus soin d'elles** et font plus attention à leur apparence (« *Je ne me ronge plus les ongles et je mets plus de bijoux* » Entretien 1) et 30% se **sentent beaucoup moins complexées** qu'avant (« *Je relativise beaucoup sur mon corps. Je me trouve jolie sans maquillage et je me fiche de la cellulite et des vergetures alors qu'avant ça me complexait beaucoup* » Entretien 4).

6. Les besoins

Pour conclure, nous évoquerons ce dont les participantes ont manqué dans leur prise en charge. De manière générale, elles souhaitent davantage de rencontres avec des personnes également atteintes d'un cancer du sein afin qu'elles puissent discuter de leur situation (personnelle, professionnelle et familiale) induite par la maladie et surtout pour partager entre elles des astuces contre les effets secondaires des traitements : *« J'ai vu sur un forum qu'une patiente congelait des raisins et les faisait rouler dans sa bouche quand elle avait des aphtes. J'aurais aimé la rencontrer avant pour qu'elle me donne cette astuce »* (Entretien 11).

Ces résultats sont à prendre avec grande précaution, car les entretiens se sont déroulés au moment de la pandémie mondiale suite à la COVID 19. Nous expliquerons davantage l'impact de la pandémie en discussion.

XI) Discussion

L'objectif de notre dernière étude est premièrement, de comparer la sexualité, le vécu de la féminité, la représentation de la féminité et la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein selon le type de traitement. Dans cette étude, nous avons ajouté un groupe contrôle, composé exclusivement de femmes récemment diagnostiquées d'un cancer du sein et en attente de recevoir leur premier traitement.

Dans un second temps, l'objectif de notre étude est de rendre compte de l'influence des effets des traitements anticancéreux sur la qualité de vie des patientes en considérant trois variables médiatrices dans cette relation : la sexualité, le vécu de la féminité et la représentation de la féminité. Enfin, analyser la parole des patientes sous traitements a permis d'avoir une meilleure

évaluation de leur féminité et de leur qualité de vie. L'intérêt est de redonner la parole aux patientes afin de recueillir, sans limites, leurs ressentis sur leur vécu.

Notre première hypothèse supposait que *les participantes sous traitements adjuvants ont des scores de représentation de la féminité plus bas que les patientes sous traitements principaux ou que les patientes en attente de traitements*. Cette hypothèse est partiellement infirmée, car nous observons une différence entre les groupes des patientes sous traitements (quel qu'il soit) et le groupe contrôle. Les résultats montrent que **les femmes en attente d'un traitement considèrent leurs corps, leurs attitudes, leurs comportements et leurs intérêts comme étant moins féminins, alors que les femmes ayant déjà reçu un ou plusieurs traitement(s) se perçoivent comme étant plus féminines**. Il semblerait que ces premiers résultats viennent mettre en exergue que les femmes sous traitements s'attribuent davantage d'aspects féminins (comportements, attitudes, etc.) que les femmes issues de notre groupe contrôle. Ces résultats sont en lien avec les données de la littérature qui montrent qu'après un diagnostic d'un cancer du sein, certaines femmes questionnent l'idée d'une féminité uniquement restreinte aux corps (Fortier, 2021). Autrement dit, à travers une reconstruction (forcée) physique et psychique, ces femmes auraient tendance à reconstruire l'idée de ce qu'elles se faisaient de la féminité (Ricadat & Taïeb, 2017). Nos résultats nous permettent de faire l'hypothèse que ces femmes auraient tendance à reconsidérer l'idée de la féminité en l'investissant davantage dans la vie quotidienne.

Il n'y a pas de différence significative entre nos deux groupes de traitements : les patientes ne considèrent pas leur féminité comme étant plus présente ou moins présente en fonction de leurs traitements. Au vu des rares recherches portant sur la relation type de traitement – représentation de la féminité, la comparaison de nos résultats avec la littérature est difficile. Nous pouvons tout de même relever plusieurs études évaluant les représentations autour de la santé, telles que les représentations de traitements ou de maladie (Kaptein et al., 2015 ; De los

Santos-Roig et al., 2019 ; Rivera et al., 2021). Également, certains auteurs se sont intéressés à la perception des expériences subjectives liés aux traitements des femmes atteintes d'un cancer du sein et la manière dont elles pensent la maladie selon leur culture, leur religion et de manière plus large, leur expérience de vie (Morett Romano Leão et al., 2021 ; De Kruif et al., 2020). Ces études nous confortent dans notre idée d'aller plus loin dans cette thématique. En effet, la représentation de la féminité évoluant avec entre autres la culture, la religion et les expériences de vie des femmes, nous pouvons faire l'hypothèse qu'elles évoluent également lors de l'arrivée d'une maladie grave, telle qu'un cancer du sein.

Notre deuxième hypothèse porte sur la sexualité des patientes. *Les participantes sous traitements adjuvants ont une altération de leur sexualité plus importante que les patientes sous traitements primaires ou les patientes en attente de traitements. De manière générale, les patientes sous traitements ont une sexualité plus impactée.* Nos résultats **ne montrent pas de différences significatives entre les trois groupes.**

Certains auteurs ne vont pas dans le sens de notre hypothèse puisqu'ils ont mis en évidence qu'après les traitements, le plaisir orgasmique et la fréquence des activités sexuels sont plus altérés qu'avant les traitements (Blouet et al., 2018). D'autres études ont constaté que près de la moitié des jeunes femmes atteintes d'un cancer du sein ont signalé une diminution au niveau de l'orgasme après les traitements. Ainsi, les difficultés sexuelles sont davantage liées aux traitements et à leurs effets secondaires que l'annonce du diagnostic (Miaja et al. 2017 ; Lopresti et al., 2018) et auraient tendance à se poursuivre après la fin des traitements pour la majorité des patientes (Miaja et al. 2017). Des résultats surprenants de Dany (2011) mettent en exergue que plus l'image corporelle est perturbée, plus certaines dimensions de la BISF-W (désir, orgasme et problèmes) sont élevées. Autrement dit, lorsque l'image corporelle est altérée, les patientes constatent davantage de désirs sexuels et d'orgasmes. Ces résultats semblent de prime

abord paradoxaux, mais nous pouvons supposer que les patientes rapportant des perturbations importantes sur leur image corporelle sont celles qui attachent le plus d'importance à leur apparence et font donc moins attention aux effets secondaires liés à leur sexualité (Lichtenthal et al. 2005).

Les jeunes femmes sous traitement adjuvant contre le cancer du sein souffrent d'une forte dégradation de leur sexualité (Biglia et al., 2010). Mais les préoccupations concernant la sexualité semblent être plus fréquentes au tout début du protocole médicamenteux (particulièrement pendant la chimiothérapie) qu'à la fin des traitements (Vanlemmens et al., 2014). Les femmes auraient plus d'inquiétudes concernant leur sexualité avant que les difficultés sexuelles ne s'installent réellement. À l'inverse, on notera moins de préoccupations à la fin des traitements alors qu'elles ont plus d'effets secondaires altérant leur sexualité. Nous supposons qu'au début, les patientes ont d'importantes angoisses anticipatrices et d'anxiété pouvant altérer la sexualité. Plus elles avancent dans leur protocole médical et plus elles arriveraient à trouver des stratégies de coping les amenant à s'ajuster et à s'adapter.

De nombreuses corrélations sont significatives dans notre groupe contrôle. L'excitation sexuelle est ressentie comme moins importante chez les patientes ménopausées. Nos résultats confirment ceux de Caremel et al. (2008) et de Baudelot-Berrogain et al. (2006) qui ont analysé la sexualité féminine. Les résultats montrent que la ménopause a une forte influence négative sur la sexualité.

Nos résultats mettent également en exergue que la réceptivité des demandes sexuelles serait plus importante chez les femmes en couple et pour celles qui n'ont pas d'enfants (Baudelot-Berrogain et al., 2006). Les femmes ayant accouché plusieurs fois présentent donc une diminution significative de la composante comportementale du désir. De même, les femmes en

couple prendraient plus d'initiative ou seraient plus réceptives aux demandes sexuelles de leur partenaire que les femmes célibataires. Enfin, chez les femmes n'ayant pas eu de traitement et sous traitements adjuvants, la satisfaction relationnelle et sexuelle sont corrélés à la situation familiale. Ces résultats montrent que les femmes en couple ont une sexualité beaucoup plus satisfaisante que les femmes étant célibataires. Nous pouvons supposer qu'avoir un partenaire sexuel régulier et avec qui elles sont en confiance, améliorerait la qualité sexuelle. Au regard de la littérature, il serait intéressant d'évaluer la corrélation entre la sexualité et la satisfaction du couple chez les femmes en couple et célibataires dans une future recherche (Dany, 2011). Enfin, notre dernière corrélation met en avant que chez les femmes célibataires ayant un traitement adjuvant, la réceptivité des demandes sexuelles sont moindres chez les femmes célibataires (Baudelot-Berrogain et al., 2006 ; Caremel et al., 2008 ; Baudelot-Berrogain et al., 2006).

Notre troisième hypothèse suppose que *les patientes ayant un traitement adjuvant ont un score sur leur vécu de leur féminité plus faibles que celles en traitement principal.*

On ne retrouve aucun résultat significatif dans nos analyses. À cet égard, notre résultat est en contradiction avec les observations d'autres chercheurs réalisant des études similaires (Esplen et al., 2017 ; Demuth et al., 2012 ; Shrestha., 2012 ; Reich. 2008).

D'autres études affirment que la plupart des patientes sous traitement sont insatisfaites de leur corps et se sentent moins attirantes et moins féminines (Begovic-Juhant., 2012). Ce constat va dans le sens de recherches antérieures (Dahl et al., 2010 ; Fobair et al., 2006 ; Kunkel et al., 2002 ; Lindop & Cannon, 2001 ; Ogden & Lindridge, 2008). De manière générale, la littérature s'accorde à dire que les femmes sous traitements se sentent moins féminines, moins belles et

moins femmes (Fortin et al., 2010) ainsi que très peu satisfaites de leurs corps (Jablonski et al., 2019).

En étudiant les variables sociodémographiques, nous avons pu constater que de nombreuses corrélations sont significatives dans le groupe des patientes traitées par traitement principal. En effet, les patientes non ménopausées ont de meilleurs scores sur le vécu de la féminité et sur la sous-échelle de l'image du corps. Par ailleurs, la ménopause, pouvant être représentée par la perte de fécondité, ne devrait pas être une perte de féminité (Bélot-Fourcade & Winaver., 2012). Mais ce temps de ménopause coïncide avec l'apparition des premiers signes de vieillesse et de ses menaces. Nos résultats vont dans le sens de Lachowsky (2012) qui évoque une remise en question de la féminité et de la sexualité lors de l'apparition de la ménopause. Celle-ci étant un phénomène physiologique, biologique, faisant partie du programme génétique des femmes (Bélot-Fourcade & Winaver., 2012), son arrivée vient bousculer de façon importante l'image du corps et la féminité. Bélot-Fourcade & Winaver (2012) évoque que de premiers signes de vieillissements peuvent altérer significativement la féminité, avec notamment l'arrivée en parallèle de la ménopause.

Notre quatrième hypothèse suppose que *les participantes sous traitements ont une altération de leur qualité de vie plus importante que les patientes en attente de traitement.*

Notre hypothèse **est infirmée**, car nous observons que les patientes en attente de traitements ont une qualité de vie inférieure aux patientes étant traitées. Ce premier résultat, d'apparence surprenante, est finalement pertinent et confirme les conclusions de Villar et al (2017). En effet, entre le moment du diagnostic et le moment des traitements, les sous-échelles de la fonction émotionnelle et des perspectives d'avenir des participantes se sont améliorées (Salonen et al., 2011 ; Montazeri et al., 2008). Nous supposons qu'une fois que le choc initial engendré par

l'annonce d'un cancer est surmonté, le processus de guérison s'amorce, augmentant la confiance dans la possibilité d'un rétablissement. Cela diminue également l'inquiétude vis-à-vis de l'avenir et de la récurrence. Par exemple, des auteurs ont observé que, même si l'amélioration n'était pas significative, l'insomnie en temps de traitement diminue par rapport au moment de l'annonce (Villar et al., 2017). En effet, les femmes sont soulagées et semblent avoir des perspectives d'avenir un peu plus positives une fois les traitements adjuvants mis en place. Cependant, l'amélioration de la qualité de vie peut aussi être attribuée à la capacité de la patiente à s'adapter à de nouvelles situations (Engel et al., 2004) ou aux stratégies d'adaptation que les femmes ont appliquées (Lehto et al., 2005 ; Avis et al., 2005).

Dans un essai clinique comparant deux chimiothérapies de première intention pour le cancer du cancer du sein avancé (Kramer et al. 2000), les résultats mettent en évidence que le seul fait de commencer le traitement améliore la fonction émotionnelle et diminue la douleur, laissant la place à l'espoir dans une situation de danger de mort. Ainsi, le fait de commencer un traitement peut être un indicateur d'espoir et permet d'améliorer une qualité de vie déjà fortement fragilisée par l'annonce.

Enfin nos résultats peuvent également supposer que l'annonce est l'étape qui impacte le plus négativement la qualité des femmes atteintes d'un cancer du sein (Villar et al., 2017 ; Goyal et al., 2018).

D'autres études contredisent nos résultats. Le traitement par chimiothérapie du cancer du sein détériore la qualité de vie dans les domaines du fonctionnement physique et du rôle physique (Tiezzi et al., 2017). Jodar et al (2016) rapportent que la chimiothérapie et l'hormonothérapie ont un retentissement immédiat important et durable sur la qualité de vie. Certaines études contredisent ces résultats en affirmant que la qualité de vie est toujours détériorée deux ans après le diagnostic d'un cancer du sein (Ferreira et al., 2019).

Concernant nos régressions entre la ménopause et certaines fonctions de la qualité de vie, certains auteurs rapportent des résultats similaires. Une étude confirme nos résultats en soulignant que les patientes pré-ménopausées et péri-ménopausées ont montré un meilleur niveau de qualité de vie et plus de plaisir sexuel par rapport aux patientes ménopausées (Imran et al., 2019). La ménopause serait donc un très bon prédicteur du fonctionnement physique qui est une sous-échelle de la qualité de vie (Imran et al., 2019).

La détérioration de la qualité de vie est associée à l'hormonothérapie chez les femmes ménopausées (Ferreira et al., 2019). Lorsqu'elle est associée à la chimiothérapie, elle semble avoir un impact plus important chez les femmes pré-ménopausées. Cet effet différentiel devrait être pris en compte lors de la discussion des options optimales de traitement adjuvant et des soins aux survivants, car ils peuvent avoir des implications sur l'adhésion et les résultats sanitaires et psychosociaux à long terme (Ferreira et al., 2019).

Nos résultats indiquent également que nos deux groupes de patientes soignées par traitements anticancéreux disent avoir plus d'effets secondaires que les femmes en attente de traitements. Il est évident qu'en présence de traitements, les patientes ont nécessairement des effets secondaires alors que pendant l'annonce, ces femmes ne savent très certainement pas quels traitements leur seront administrés et de ce fait, il est encore tôt pour qu'elles ressentent le poids des effets secondaires.

Concernant notre groupe contrôle, nous avons vu que les femmes ménopausées souffriraient davantage des effets secondaires spécifiquement liés aux traitements. Ce résultat est surprenant, car dans ce groupe, les participantes n'ont pas encore eu de traitement contre leur cancer du sein. Toutefois certains symptômes de ménopause ou de pré ménopause peuvent coïncider avec certains effets secondaires des traitements anticancéreux comme la perte de cheveux, la bouche sèche ou la sensation que les aliments ont un goût inhabituel (Blais, 2009 ; Hugonot-Diener, 2010).

Concernant les patientes sous traitements adjuvants, les antécédents de maladies. Très peu de recherche ont étudié d'éventuelles prédictions entre les antécédents de maladie et la qualité de vie des femmes diagnostiquées et une étude antérieure n'a pas trouvé aucune corrélation entre des antécédents de cancer du sein et les dimensions de la qualité de vie (Tsai et al., 2016).

Plus les patientes sont âgées, puis elles rapportent des symptômes mammaires. Nos résultats contredisent certaines études qui mettent en évidence que les femmes plus jeunes rapportent une moins bonne qualité de vie (Tsai et al., 2016 ; Schoormans et al., 2014 ; Huang & Hsu., 2013 ; Ashley et al., 2015 ; Baik et al., 2020). Toutefois, nous noterons que nos résultats concernant uniquement les symptômes mammaires.

Enfin, pour les patientes traitées par traitements principaux, les effets secondaires corrélaient avec la situation maritale. Autrement dit, les femmes en couple rapportent moins d'effets secondaires spécifiques aux traitements que les femmes célibataires. C'est en contradiction avec d'autres études soulignant que la plupart des femmes de notre époque sont les principales responsables de la famille subissant de plus grandes perturbations dans leur vie quotidienne, leurs horaires de travail et leur stabilité financière. Cela peut expliquer pourquoi les patientes mariées déclarent une moins bonne qualité de vie (Tsai et al., 2017 ; Miller et al., 2015 ; Ganz et al., 2002 ; Ashing-Giwa et al., 2007).

Notre cinquième hypothèse supposait que *la représentation de la féminité, la sexualité ainsi que le vécu de la féminité ont un effet médiateur dans la relation type de traitement – qualité de vie*. Nous faisons l'hypothèse que cette relation est médiatisée par les représentations de la féminité, la sexualité et le vécu de la féminité (facteurs transactionnels). Par la suite, nous avons intégré les variables sociodémographiques et biomédicales comme covariables afin de mesurer leur effet sur la relation type de traitement – qualité de vie.

Les résultats montrent effectivement que la relation type de traitement– qualité de vie est médiatisée par les représentations de la féminité, la sexualité et le vécu de la féminité. Ce modèle explique plus de 36% de la variance.

D'après le modèle TIM (Bruchon-Schweitzer, 2002), les variables sociodémographiques et biomédicales sont des prédicteurs dans la transaction individu-environnement. Nous avons donc étudié les effets de ces variables sur le modèle final (Rasclé et Irachabal, 2001). Les résultats montrent que la situation maritale influence la sexualité et la qualité de vie. Autrement dit, les relations de couple influencent positivement la qualité de vie et la sexualité. En effet, des études ultérieures mettent en évidence que le soutien conjugal et la communication dans le couple favorisent la qualité de vie et la sexualité (Poinsot et al., 2005 ; Lins & Carvalho, 2016). De manière générale, il a été observé un bien-être conséquent chez les individus en couple et l'union maritale peut promouvoir un fonctionnement psychologique positif (Trudel & Goldfarb., 2010). Enfin, nous pouvons supposer qu'avoir une vie de couple rendrait la sexualité plus régulière et confortable, expliquant nos résultats.

Le nombre d'enfants influencerait négativement le vécu de la féminité de nos participantes. À notre connaissance, peu d'étude se sont penchés sur les conséquences d'avoir un enfant sur le vécu de la féminité des mères. Cependant, le fait d'être en couple influencerait l'estime que se portent les femmes enceintes (Santos et al., 2017) et la naissance d'un premier enfant bouleverse la sexualité du couple et l'image du corps de la femme, impactant négativement la féminité de ces mères (Jalabert., 2012).

De nombreuses études se sont intéressées à des variables psychologiques comme étant des prédicteurs de la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Toutefois, **aucune n'a repris les mêmes variables que notre étude**. En effet, la principale conclusion de l'étude de Rabin et al. (2008) est que la qualité de vie est influencée par l'intensité des symptômes dépressifs ainsi que par la présence d'une mastectomie. À l'inverse, d'autres variables (âge,

niveau d'éducation, moment de la maladie, stade de la maladie et chimiothérapie) ne présentent pas d'associations avec les domaines de la qualité de vie (Rabin et al., 2008).

D'autres auteurs ont montré le rôle médiateur de la qualité de vie sur la qualité de vie sexuelle (Beckjord & Campas., 2007). Les résultats révèlent qu'avec une moins bonne qualité de vie physique, la chimiothérapie et les symptômes dépressifs au moment du diagnostic sont associés à une moins bonne qualité de vie sexuelle pendant le traitement.

En Thaïlande, des auteurs se sont intéressés aux prédicteurs de qualité de vie chez les survivants du cancer du sein (> 3 après le diagnostic). Les variables influençant la qualité de vie étaient l'année de survie, l'incertitude de la maladie (peur de récurrence) et l'évaluation du préjudice (Wonghongkul et al., 2006).

D'autres résultats ont indiqué que le locus de contrôle, le style d'adaptation centré sur la tâche et la stratégie d'adaptation centrée sur l'émotion étaient des prédicteurs significatifs de la qualité de vie des patients (Mohammadipour & Pidad., 2021). Des recherches antérieures ont identifié l'auto-efficacité comme un corrélat important de la qualité de vie chez les survivants du cancer (Baik et al., 2020 ; Johansson et al., 2018 ; Foster et al., 2015). Enfin, une analyse de régression hiérarchique a montré que les patients ayant reçu une chimiothérapie adjuvante et ayant subi des niveaux élevés de stress et un soutien social insuffisant avaient une qualité de vie générale diminuée (Novakov et al., 2021).

La dernière partie de cette étude s'attache à mettre en lumière l'impact des traitements sur le quotidien des patientes en donnant la parole aux patientes sous traitements afin d'avoir une meilleure évaluation de leur féminité et de leur qualité de vie.

Les femmes atteintes d'un cancer du sein parlent des difficultés liées au cancer du sein dans les domaines suivants : fonctionnement physique, bien-être émotionnel, fonctionnement cognitif

et finances (Goncalves et al., 2014). Ceci suggère que, d'une patiente à une autre, on observerait une grande diversité dans le discours, d'où l'importance de demander aux patientes leur signification à propos de leur expérience du cancer.

L'étude des entretiens montre que l'annonce de la maladie reste un événement récent (< 1 an) dont l'évocation peut raviver fortement des émotions désagréables. Notons également que pour la totalité des participants, la découverte du cancer s'est faite de manière fortuite, au détour d'un examen de routine ou à la suite de signes d'aspect banal (autopalpation). Cela peut participer à expliquer que l'annonce soit encore vectrice d'émotions. Si les stratégies d'adaptation à la maladie mises en place dans le cadre de l'annonce de la maladie ne sont pas abordées dans les entretiens, la littérature montre pourtant que celles-ci ont un rôle médiateur conséquent sur la qualité de vie des patients atteints de cancer (Cousson-Gélie, 2000).

Alors que la problématique de notre recherche dans son entier repose sur l'impact des traitements sur la féminité et la qualité de vie des patientes, nous prenons ici la mesure de prendre du recul face aux traitements. En effet, quelle que soit la manière de traiter le cancer du sein, il semble avant tout nécessaire d'aborder la genèse du parcours de soins : l'annonce de la maladie, car celle-ci mérite que l'on s'y penche. La littérature pointe la charge émotionnelle intense lors des consultations d'annonce (Simchowicz et al., 2010).

Tous les entretiens ont été menés pendant les traitements, quels qu'ils soient. Certaines patientes étaient en fin de protocole (dernier traitement) dans lequel elles avaient reçu entre trois à quatre traitements en l'espace d'une année. Toutes les patientes ont dû subir des mammographies, des biopsies et des mises en place de port de cathéter⁸, souvent douloureuses. De ce fait, lors des entretiens, il n'était pas toujours évident pour les patientes de relater les effets secondaires de chaque traitement sans faire un amalgame. En d'autres termes, nous pouvons supposer qu'en

⁸ Indispensable pour l'administration des chimiothérapies

présence d'un traitement nouveau, les participantes peuvent faire référence aux traitements antérieurement reçus.

La confusion entre les différents effets secondaires des traitements est légitime, car il y a souvent très peu de temps entre la fin d'un traitement et le début d'un autre. Par exemple, lorsqu'on leur demande de nous décrire les effets secondaires de l'hormonothérapie, il arrivait qu'elles confondent avec ceux de la chimiothérapie. En les questionnant à ce sujet, les participantes nous répondaient que les effets secondaires pouvaient durer même après un traitement et qu'effectivement cela leur était difficile d'établir une véritable distinction entre les types de médicaments.

En parallèle, l'exploration qualitative générale du discours des patientes a mis en avant l'impact de la COVID-19 sur les soins des patientes atteintes d'un cancer du sein. Du moment de l'annonce jusqu'à la fin des traitements, les femmes atteintes d'un cancer du sein ont été victimes des conséquences de la pandémie mondiale (Gosset al., 2021). Des annonces ou des chimiothérapies ont été repoussées, laissant place à des patientes isolées, parfois effrayées et ne sachant pas comment faire pour être prise en charge rapidement. En parallèle, ces femmes sont considérées comme des personnes à risque et subissent donc des restrictions strictes concernant le déplacement ou la visite de leurs proches. Nous pouvons fortement supposer, que ce soit à l'aube de leur diagnostic ou au milieu de leur protocole médical, que ces femmes ont été impactées négativement par la COVID-19. C'est du moins ce qui ressort dans le discours de certaines d'entre elles notamment lorsqu'elles abordent leurs besoins de communiquer davantage avec d'autres patientes. Ce besoin, aussi légitime soit-il, a pu être condamné par le confinement.

Nos résultats sont donc à prendre avec précaution. En effet, nos interprétations ne doivent pas se faire sans prendre en considération le contexte sanitaire du moment et nous nous devons de ne pas oublier qu'en même temps, ces femmes évoluaient dans un monde médical, qui pour la plupart, leur était totalement inconnu.

L'impact des traitements

Concernant l'impact de l'ensemble des traitements anticancéreux de manière générale, les principales préoccupations identifiées concernent les effets secondaires autour de **l'image du corps** et de la **sexualité** ainsi que leurs impacts sur le **rapport à l'autre** : « *Je n'osais pas montrer ma cicatrice à mon mari* » ; « *Le regard des autres me gênait beaucoup à la plage* ». Il apparaît clairement ici que de manière générale, les effets secondaires ciblent majoritairement l'image du corps, la sexualité et les relations sociales. Ces résultats correspondent à ceux d'autres études évaluant l'impact des traitements chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (Finck et al., 2018 ; Heuser et al., 2018 ; Sergesketter et al., 2019 ; Reich, 2009 ; Petronis et al., 2003 ; Hungr et al., 2017 ; Manase Lema et al., 2016).

Nos résultats soulignent que **la totalité des traitements** a un impact négatif sur **l'image du corps**. Des auteurs, ayant utilisé une méthodologie similaire à la nôtre, ont également pu relever des résultats semblables (Kruif et al., 2020 ; Fobair et al., 2006 ; Jacobs et al., 2020 ; Raque-Bogdan et al., 2016). D'autres résultats suggèrent qu'il est nécessaire de s'assurer que toutes les femmes soient informées et bénéficient du soutien nécessaire lorsqu'elles regardent pour la première fois les résultats de leur chirurgie (Herring et al. 2019). De plus, la chimiothérapie provoque une altération importante de l'image du corps, notamment avec l'alopecie et le gain ou la perte de poids (Iddrisu et al., 2020). Ces changements corporels entraînent des troubles

émotionnels importants (Iddrisu et al., 2020 ; Cebeci et al., 2012 ; Stapleton et al., 2015). Toutefois, une étude affirme que les effets du traitement du cancer du sein varient pour les femmes ayant un handicap physique. En effet, la plupart des femmes n'ont pas signalé d'impact négatif du traitement concernant l'image corporelle (Smith et al., 2016).

De plus, dans le discours de nos patientes, plus de 60% d'entre elles abordent l'alopécie comme étant un effet secondaire qu'elles vivent beaucoup mieux qu'elles l'ont appréhendé. L'alopécie est à ce jour, un des effets secondaires les plus connus des traitements anticancéreux. Nous émettons l'hypothèse que l'anticipation anxieuse et/ou la notoriété du traitement ont facilité l'acceptation d'une alopécie très crainte, mais quasi inévitable dans la chimiothérapie.

De plus, les participantes rapportent que **la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie** altèrent de manière plus ou moins importante **la sexualité**. La littérature conclut à des résultats similaires (Bagherzadeh et al., 2021 ; Fobair et al., 2006). Une étude de Cebeci et al. (2012) a questionné des femmes pendant les traitements, à propos de leur sexualité. Il a été mis en évidence que les jeunes femmes interrogées n'avaient pas de rapports sexuels pénis vaginaux pendant les phases aiguës de leurs traitements chirurgicaux, de chimiothérapie et de radiothérapie pour le cancer du sein. Dans les périodes qui suivaient le traitement aigu, l'activité sexuelle était initiée par leur conjoint ; les femmes avaient l'impression de ne pas pouvoir dire "non" lorsqu'elles ne voulaient pas de rapports sexuels impliquant une pénétration. Toutefois, nos résultats contredisent l'étude Fouladi et al. (2016) indiquant que la perception du changement corporel chez les patientes Iraniennes après une mastectomie entraîne des changements dans le comportement sexuel des survivantes et entraîne une dégradation de la fonction sexuelle. Cependant, l'auteur va préciser que ces changements sont également liés aux effets secondaires des thérapies complémentaires à la mastectomie.

Avec la mastectomie, les racines de l'identité de la femme sont remises en question, conduisant à une réévaluation de ses valeurs existentielles. Les conséquences de la mastectomie transforment la corporalité et remettent en question son identité (Piot-Zegler et al., 2010).

L'identité est aussi altérée, notamment par la **chirurgie** et la **chimiothérapie**. De ce fait, l'image du corps et la sexualité peuvent impacter négativement l'identité féminine des femmes atteintes d'un cancer du sein. En effet, de nombreuses femmes signalent des changements sexuels après un traitement contre le cancer induisant la ménopause ayant un impact sur le sentiment d'identité féminine (Ussher et al., 2014 ; Rogers & Kristjanson, 2002 ; Parton et al., 2016). La mastectomie peut également entraîner une perte d'identité féminine (Herring et al., 2019 ; Lindwall et al., 2009). Dans une autre étude avec une méthodologie similaire à la nôtre, les patientes ont décrit trois catégories rapportant aux effets secondaires. L'une d'elles concerne l'apparence physique et l'identité féminine (Jacobs et al., 2020). De manière générale, le diagnostic d'un cancer bouleverse l'identité du patient, ne serait-ce qu'en ayant soudainement le sentiment d'appartenance au groupe de personnes malades (Raque-Bogdan et al., 2017) ou au groupe de « survivant » (Tran et al., 2018 ; Hubbeling et al., 2018 ; Altice et al., 2017, Dyer et al., 2015).

Enfin, nous retrouvons les **relations sociales** dans le discours des participantes ayant subi une chirurgie. En effet, on relève beaucoup d'inquiétudes autour du conjoint, mais aussi sur le regard des autres. Des études suggèrent que les femmes plus jeunes et pré-ménopausées au moment du diagnostic de cancer peuvent éprouver une plus grande détresse psychologique et une baisse de la qualité de vie en raison des perturbations des rôles sociaux tels que les relations sexuelles, la vie familiale et l'emploi dues au changement (Avis et al., 2015 ; Härtl et al., 2010). Les femmes satisfaites de leur relation ont signalé moins de perturbations de l'image corporelle que les femmes insatisfaites. Le fait d'être mariée était également associé à une moindre perturbation de l'image corporelle à ce moment-là. La façon dont les femmes perçoivent

l'impact du traitement du cancer du sein sur leur corps peut être en partie déterminée par la qualité de la relation dans laquelle elles vivent (Cairo Notari et al., 2017). D'un côté les traitements altèrent les relations sociales, mais d'un autre, les patientes ayant une relation intime considèrent généralement leur partenaire comme la principale source de soutien tout au long de la trajectoire du cancer (Sjövall et al., 2009). Ceci nous laisse entrevoir à la fois la fragilité des relations intimes pendant les traitements et à la fois les conséquences tant sur le plan émotionnel que sur la qualité des patientes étant insatisfaites de leurs relations.

Une féminité en reconstruction et des effets bénéfiques en devenir

Concernant la représentation que les participantes se faisaient de leur féminité avant et après l'annonce de leur maladie, nos résultats qualitatifs rejoignent ceux quantitatifs expliqués en début de discussion. En effet, les traitements altérant de manière très significative la féminité des femmes, elles ont tendance à adopter des stratégies d'adaptation les poussant à reconstruire leur féminité ailleurs et autrement (Fortier, 2021, Ricadat & Taïeb, 2009). Ces stratégies d'adaptation ont permis à la majorité de nos participantes de discerner **des effets bénéfiques** liés à leur maladie et les traitements associés. En effet, l'opportunité de repenser sa vie et ses priorités semble déclencher des changements d'attitude à l'égard de la vie, comme le proposait la théorie de la valorisation organisationnelle (Joseph & Linley, 2008). Les changements d'attitude à l'égard de la vie ont permis aux femmes de voir le monde quotidien avec un regard neuf et de réévaluer le monde extérieur, y compris les relations avec la famille et les amis. Les facteurs environnementaux, tels que la rencontre de personnes saines et considérées et le soutien émotionnel, semblent faciliter ces réajustements (Van der Zee et al., 2000).

Des études sur le cancer montrent qu'en faisant le point sur leur vie, certaines participantes ont reconnu à quel point elles avaient gagné en force et étaient devenues humanistes ou empathiques

à l'égard des autres (Gotay et al., 2002 ; Tsuchiya et al., 2013). Par exemple, Petrie et al. (1999) ont révélé que le fait d'être « *plus empathique envers les autres* » était le plus souvent rapporté par les patients atteints de cancer de la prostate à New York.

La prise de conscience du développement personnel peut avoir amené les participantes à réfléchir à leurs plans ou objectifs futurs et à créer une volonté de donner quelque chose en retour à la société. Les participants d'études ultérieures ont déclaré que leurs perspectives de carrière familiale et professionnelle étaient des sources d'espoir (Tedeschi & Calhoun, 2004 ; Fukuda et al., 2010). Conformément aux études précédentes (Gotay et al, 2002 ; Milne et al., 2007 ; Thambyrajah et al., 2011), la plupart des participantes ont tenté d'adopter un mode de vie plus sain et se sont senties responsables de leurs corps (Tsuchiya et al., 2013).

Pour conclure, malgré les expériences traumatisantes du cancer, les survivants font souvent état de changements positifs. Cependant, comme peu de recherches ont été menées sur ces changements sur le plan de la féminité, nos connaissances sont minimales. Dans des recherches futures, il serait pertinent d'élargir nos connaissances à ce sujet.

Les besoins des femmes

Pour conclure nos résultats qualitatifs, nous avons questionné les participantes concernant les souhaits et les demandes pour améliorer le vécu de leur féminité durant les traitements. La majorité des patientes désirent plus de rencontres entre patientes dans le but d'échanger autour de leur situation (personnelle, professionnelle et familiale), de la maladie et des traitements. Certaines femmes ont rapporté que la raison de ce souhait réside surtout dans le fait de pouvoir partager des « solutions » ou des « astuces » palliant, ou du moins diminuant, l'inconfort que les effets secondaires imposent souvent. En reprenant nos résultats, l'ensemble de nos participantes disent être satisfaites des informations qu'elles ont eues par leur médecin. Si elles

en sont satisfaites, nous pouvons nous questionner sur les raisons de leur demande d'avoir plus d'échanges entre elles. À ce sujet, nous émettons plusieurs hypothèses.

Dans un premier temps, nous rappelons que ces patientes sont prises en charge en temps de pandémie mondiale. Nous pouvons aisément supposer que la COVID-19 a pu influencer les besoins et les souhaits des femmes. En effet, le confinement causé par le virus comprend des mesures restrictives et une réorganisation temporaire du système de santé. Les ressources ont été réorientées vers les patients de la COVID-19, les programmes de dépistage ont été temporairement suspendus et les soins oncologiques ont été ralentis (report d'annonce de diagnostic et annulation ou report des traitements), impactant considérablement les prises en charge médicales (Mazzoni et al., 2021).

Les besoins des patients exprimés, c'est-à-dire les demandes explicites ne représentent en réalité qu'une partie (parfois infime) de l'ensemble de leurs besoins. Par ailleurs, d'autres besoins peuvent ne pas faire sens pour le patient alors qu'ils représentent un objectif essentiel pour le médecin et inversement.

Seulement, est-il possible de dresser un réel bilan de l'ensemble des besoins du patient (ressentis, latents, souhaits et demandes) à travers la logique soignante, qui semble se restreindre aux dysfonctionnements, ou encore avec un œil de chercheur qui ne peut analyser que l'existant au moment de l'étude ? Autrement dit, derrière leurs demandes d'échanger des « astuces » dans le but de diminuer l'inconfort des effets secondaires n'y a-t-il peut-être pas, par exemple, l'envie de simplement échanger, discuter avec des femmes qui sont un peu comme elles et qui peuvent comprendre ce qu'elles traversent ?

En conclusion, les traitements anticancéreux, en impactant la qualité de vie, altèrent nécessairement le vécu de la féminité des patientes. Nos entretiens ont permis de mettre en évidence que la chimiothérapie serait le traitement le plus dévastateur en termes d'effets

secondaires selon nos participantes. Nos résultats quantitatifs ne confirment pas nécessairement le ressenti des patientes. Cependant, ils permettent de conclure que le vécu de la féminité est prédicteur de la qualité de vie. Et afin de pouvoir améliorer la qualité de vie, les patientes sont amenées à se reconstruire, à reconstruire une identité féminine en puisant dans des ressources qu'elles n'auraient jamais soupçonnées avoir avant l'apparition de leur maladie.

« Toutes les femmes sont belles, certaines le sont plus, certaines le sont moins. Mais c'est la féminité présente en chacune d'elles qui fait qu'elles sont si spéciales »

Philippe Forget

Limites de l'étude

Il est important de souligner que notre étude, comme tout travail de recherche comporte de nombreuses limites.

Dans un premier temps, la taille des échantillons de la troisième étude est minime. Même si les objectifs de l'étude ne demandaient pas un nombre important de participants, un échantillon plus conséquent nous aurait peut-être permis d'obtenir davantage de résultats significatifs à la place d'effets tendancieux. Le nombre de participantes dans notre groupe contrôle est très insuffisant par rapport aux autres groupes, rendant difficile la généralisation de nos résultats. Le faible nombre de patients en attente de traitement ayant accepté de participer à l'étude ne nous a pas permis de constituer un échantillon de taille satisfaisante. Une première explication réside dans le temps de latence entre le diagnostic et le début des traitements. En effet, seulement quelques semaines séparent ces deux temps et entre la sidération de l'annonce et leurs nombreux rendez-vous médicaux, il est souvent difficile pour ces patientes d'être disponible pour des études scientifiques.

Une deuxième hypothèse est l'annonce du diagnostic encore trop récent pour qu'elles puissent être cognitivement et émotionnellement disponibles pour participer à une étude en ligne. Une autre explication viendrait du recrutement en ligne, sur des réseaux sociaux et les limites que cela entraîne : manque de contact humain avec les participants, impossibilité de vérifier les informations transmises, etc. Il aurait été donc préférable d'effectuer notre recrutement au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU) ou d'un institut spécialisé en cancérologie. Au début de ce travail de recherche, nous avons essayé de trouver des hôpitaux. Deux centres hospitaliers universitaires et un institut de cancérologie ont été d'accord de nous recevoir afin de présenter notre projet. Un CHU a approuvé notre recherche et a signé une convention. Malheureusement, aucun questionnaire rempli ne nous a été restitué. Une des explications réside dans le fait que le lancement de notre étude coïncide avec l'apparition des premiers cas de la COVID-19 en France. De ce fait, les oncologues ont certainement manqué de temps pour proposer notre étude aux patientes.

Aussi, l'institut de cancérologie et le deuxième CHU ont refusé notre projet en nous donnant des justifications qui nous ont longuement questionnés. En effet, bien que la majorité des médecins (oncologues ou psychiatres) ont souligné l'originalité du projet ainsi que sa pertinence de recentrer la féminité dans la prise en charge, ils ont également supposé que les patientes qu'ils accompagnaient étaient trop vulnérables et sidérées par l'annonce pour qu'elles puissent répondre aux questionnaires, notamment celui sur la sexualité comportant des questions sensibles. La santé sexuelle est encore majoritairement un sujet tabou dans la prise en charge des malades chroniques. Nous avons fait l'hypothèse que face à la détresse de nombreuses patientes que les médecins sont amenés à rencontrer régulièrement, ils ont pu se trouver démunis et ainsi, **confondre** détresse et fragilité. Finalement, nous avons fait le choix de recruter nos participantes sur internet, via des groupes de cancer du sein dans des réseaux sociaux.

Dans un second temps, le choix des variables à étudier peut s'avérer sommaire. La satisfaction conjugale, dont la littérature a montré un impact sur la qualité de vie aurait pu être évalué également dans notre étude. Dans le même registre, nous aurions pu évaluer à quel point la personnalité et le sens de la maladie puissent permettre aux patientes une qualité de vie satisfaisante, ainsi qu'une facilité de reconstruction identitaire autour de la féminité.

De plus, dans notre troisième étude, nous avons vu l'importance des stratégies d'adaptation mises en place par les patientes atteintes de cancer (Mansoor & Abid., 2020). Ces stratégies ont été mises au jour grâce à la technique de l'entretien semi-directif qui laisse une place à l'élaboration tout en guidant le participant vers une problématique spécifique. Nous mesurons ici la place prépondérante de ces stratégies pour s'adapter et se repositionner dans le discours quasi spontané des participantes. Une recherche future permettrait d'évaluer les stratégies d'adaptation mise en place par les patientes atteintes de cancer du sein. En effet, l'impact des stratégies d'adaptation sur la qualité de vie des patients est largement démontré (Cousson-Gélie, 2000). Sensibiliser les professionnels de santé à repérer ses stratégies permettrait d'accompagner au mieux les patients en individualisant la prise en charge.

Ensuite, notons que les changements positifs ne sont pas évoqués spontanément par les participantes et très peu d'études abordent cette thématique. Il est difficile de conclure sur ces absences de données. Est-ce parce que la question d'éventuels effets bénéfiques n'est que très rarement soulevé ? Ou est-ce parce ce sont des effets latent, non ressenti et donc non exprimé spontanément ? Pour répondre à ces questions, il aurait été nécessaire de mesurer plus exhaustivement les changements positifs et/ou les effets-bénéfices perçus des participantes. Dans une étude future, il semble intéressant d'intégrer cette variable au vu de son influence sur la qualité de vie (Gotay et al., 2002 ; Tsuchiya et al., 2013).

Par ailleurs, nous avons fait le choix de ne pas inclure la maternité dans nos variables. Or, nos résultats montrent plusieurs régressions entre le nombre d'enfants des patientes et nos variables,

telles que la représentation de la féminité et certaines sous-échelles de la qualité de vie. Peu d'étude se sont intéressées à l'impact des enfants, mais plusieurs se sont intéressés à la grossesse des patientes pendant ou après les traitements d'un cancer du sein. Les auteurs soulignent plus d'inquiétudes et de peurs de la part des mères de manière générale (Faccio et al., 2020 ; Ives et al., 2012). De plus, la prise de décision à propos d'une reconstruction du sein après mastectomie est plus ambiguë, car les patientes se demandent si elles peuvent avoir une grossesse, un accouchement et/ou un allaitement réussis après une reconstruction mammaire (Alkhashnam et al., 2020). Les traitements anticancéreux diminuant la probabilité d'avoir un enfant un jour, les femmes n'ayant pas d'enfants au moment de l'annonce ont-elles une qualité moins bonne que les femmes qui en ont ? Leur féminité est-elle davantage mise à mal ? Nous pouvons évaluer le vécu de la féminité sans aborder la maternité. Mais l'incertitude d'une éventuelle grossesse peut-elle prédire une féminité lésée ? Dans une recherche future, il serait intéressant d'étudier des variables tel que le désir d'enfant ou l'accomplissement dans le rôle de mère afin de tester ces hypothèses. Si celles-ci sont avérées, elles permettront d'étayer encore l'impact psychologique des traitements sur le vécu de la féminité des patientes.

Enfin, rappelons qu'une grande partie du recrutement des participantes s'est effectuée pendant la pandémie mondiale causée par le virus de la COVID-19. Nous supposons que la majorité de nos participantes ont été lésées, d'une manière ou d'une autre, par le contexte sanitaire de l'époque ou mises à mal par le confinement en les isolant de leurs proches pour éviter le risque de contamination. Nous pouvons nous questionner sur les conséquences sur la qualité de vie de ces femmes. Ceci relativise donc nos résultats et nous invite à rester prudents quant à leur interprétation.

CONCLUSION

Conclusion et perspectives cliniques

La prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein a connu des évolutions sans précédent ces quinze dernières années.

Les recherches sur l'altération de la féminité par les anticancéreux montrent que les patientes ont de grandes répercussions physiques et psychiques importants sur leur image du corps et leur sexualité mettant à mal leur identité féminine en reconstruction. En parallèle, les recherches évaluant la qualité de vie permettent de montrer que celle-ci est grandement altérée par les traitements.

La finalité de ce travail est de constater comment et par quel(s) traitement(s) la féminité est la plus touchée par les anticancéreux, dans le but de proposer aux professionnels de la santé des perspectives permettant d'améliorer le vécu de la féminité et la qualité de vie.

Pour cela, trois démarches ont été mises en place. La première était de construire et de valider une échelle sur le vécu de la féminité en déterminant les variables psychologiques associées. La seconde était de déterminer les spécificités des traitements anticancéreux et comment ceux-ci se répercutent sur le vécu de la féminité et la qualité des patientes. Enfin, il s'agit dans une troisième étape, de déterminer si certaines variables psychologiques, telles que la sexualité, la représentation de la féminité et le vécu de la féminité peuvent modérer la relation entre le type de traitement et la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein.

Cette recherche permet de soulever **trois points majeurs**. Le vécu de la féminité s'évaluerait avec un modèle bifactorielle prenant en considération deux variables psychologiques : l'image de soi et l'acceptation de soi. A notre connaissance, aucune étude ne les avait inclus ensemble pour l'évaluation du vécu de la féminité chez des femmes françaises. Les résultats de notre

première et deuxième étude ont permis de rendre compte de la pertinence de ce modèle. Il permet de prendre en considération de nombreux éléments contextuels et l'ajout de l'évaluation de la sexualité vient compléter l'échelle en laissant le choix aux participantes de répondre aux questions. Là encore, aucune étude à notre connaissance n'a souligné la difficulté de l'inclure dans l'évaluation de la féminité. Cela correspond à l'approche que les recherches en psychologie de la santé tendent à adopter, c'est-à-dire une approche globale du patient prenant en compte le plus d'éléments contextuels possibles. Finalement, des études futures peuvent utiliser l'échelle sur le vécu de la féminité (EVF) pour mener des recherches de plus grande ampleur et permettre ainsi, la poursuite de la validation de l'EVF dans le cadre de pathologies diverses.

La comparaison entre les patientes qui sont sous anticancéreux et celles qui ne le sont pas, en termes d'effets secondaires, semble induire des altérations différentes sur nos variables psychologiques. En effet, l'ensemble des traitements induit une altération plus importante du vécu de la féminité chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. A l'inverse, l'annonce de la maladie induit plus de répercussions psychiques sur la qualité de vie des patientes. Toutefois, les patientes sous anticancéreux principaux témoignent davantage d'effets secondaires que celles sous traitements adjuvants. Enfin, les patientes traitées par anticancéreux, quels qu'ils soient, semblent avoir une représentation d'elles-mêmes comme étant plus féminine que celles n'ayant pas encore eu de traitements. En d'autres termes, les patientes traitées se représenteraient comme étant plus féminine qu'avant le début des traitements. Enfin, des analyses de régressions ont permis de confirmer que la relation type de traitements- qualité de vie est médiatisée par la représentation de la féminine, la sexualité et le vécu de la féminité.

Des recherches futures composés d'échantillon plus conséquent que le nôtre, pourrait être dans la continuité de cette étude en rajoutant d'autres variables psychologiques, telles que la perception de la maladie et des traitements ou bien encore la résilience. En effet, de nombreuses

études ont étudié l'impact de la perception de la maladie et des traitements sur la qualité de vie des patients (Hoogerwerf et al., 2012 ; Régnier-Denois et al., 2009). Ces études nous laissent supposer qu'en plus d'impacter la qualité de vie, la perception de la maladie et des traitements pourraient également altérer le vécu de la féminité. Mais à notre connaissance, aucune n'a évalué d'éventuelles influences sur le vécu de la féminité. Il serait intéressant, pour des recherches ultérieures d'évaluer l'impact de la perception de la maladie et des traitements sur le vécu de la féminité. Dans la même optique, le concept de résilience est ici très intéressant à développer. En effet, l'évaluation de la résilience et de son influence sur le vécu de la féminité pourrait parachever les résultats de notre étude.

Le troisième point s'établit sur la comparaison entre les traitements principaux et adjuvants, en termes d'effets secondaires et des impacts psychologiques de ceux-ci sur le vécu de la féminité et de la qualité de vie. Pour ce faire, nous avons interrogé des patientes sous anticancéreux à l'aide d'entretiens semi-directifs. Ceux-ci ont permis de saisir l'impact psychologique des traitements sur le vécu de la féminité des patientes, d'interroger la place de leur féminité avant et après leur maladie et de leurs besoins à ce sujet. Enfin, nous avons pu saisir d'éventuels effets bénéfiques liés à la maladie ou aux traitements.

L'étude du discours rend compte d'un certain nombre de facteurs à prendre en considération pour les professionnels de santé croisant le chemin de patients atteints de cancer. En premier lieu, l'annonce de la maladie reste un évènement traumatique générant même plusieurs années après, la reviviscence d'émotions négatives. Grâce aux dispositions du plan cancer (INCa, 2014), il a été proposé à l'ensemble des participantes un accompagnement psychologique et social durant leur parcours de soin.

En interviewant les patientes alors qu'elles avaient reçues leur diagnostic il y a moins d'un an, nous étions préparées au poids émotionnel que cette primo-annonce pouvait générer. Notons toutefois que peu de participantes ont témoigné de souffrances liées à l'annonce. La majorité

d'entre elles ont su faire preuve d'acceptation lorsqu'il s'agit du diagnostic. Le contexte temporel, dans lequel se trouvent les patients au moment de leur participation à l'étude, peut en partie expliquer cet état émotionnel. En effet, étant toutes sous anticancéreux, les effets secondaires omniprésents sollicitent énormément l'appareil psychique des patientes, ne laissant peu de place à l'élaboration au sujet de l'annonce. D'autre part, le début des traitements signe quelque chose de l'ordre de la guérison, du soin, rendant le diagnostic plus acceptable. Quoiqu'il en soit, les traitements s'inscrivent dans un contexte potentiellement difficile pour le patient.

Les entretiens nous ont également permis de saisir la subtilité des effets secondaires sur le vécu de la féminité que peuvent exprimer plus ou moins directement les patientes. Les principales préoccupations identifiées concernent l'image du corps et la sexualité ainsi que leurs impacts sur le rapport à l'autre (Finck et al., 2018 ; Heuser et al., 2018 ; Sergesketter et al., 2019 ; Reich, 2009 ; Petronis et al., 2003 ; Hungr et al., 2017 ; Manase Lema et al., 2016). En effet, on remarque que l'ensemble des traitements altère l'image du corps. La sexualité est mise à mal par la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie. Les relations sociales quant à elles, sont davantage lésées par la chirurgie et la chimiothérapie. Enfin, l'identité féminine est elle aussi impactée négativement par les traitements, notamment par la chirurgie et la chimiothérapie. Beaucoup des discours recueillis autour de ces traitements abordent la sensation de ne plus être « *celle qu'on était* » avant la maladie ou de ne plus « *se reconnaître* ». Cette dimension est importante et accentue la nécessité d'une prise en charge adaptée à une reconstruction identitaire. Finalement, pour la majorité des patientes, la chimiothérapie reste le traitement altérant le plus la féminité.

Des besoins relationnels ont été mis en évidence, mais ces résultats appellent une interprétation prudente en raison du contexte sanitaire au moment des passations (COVID-19). Cependant, nous observons des besoins de partager avec les patient(e)s ayant la même pathologie afin

d'échanger autour des effets secondaires des traitements et de partager des astuces afin de tenter de les diminuer.

Finalement, plus qu'un besoin d'informations, les patientes expriment aujourd'hui un besoin relationnel, l'instauration d'un climat de confiance mutuelle avec l'équipe médicale face à une maladie si difficile qu'est le cancer. La sexualité par exemple, très présente dans les effets secondaires des traitements est pourtant encore difficilement abordée avec le personnel soignant (Mbalè et al., 2020). Sujet tabou, tut par honte, par habitude ou par crainte de ne pas être « normal », la sexualité est pourtant mise à mal par les traitements et sans alliance thérapeutique, il est difficile de l'aborder et de pouvoir proposer des palliatifs. À l'inverse, il reste encore aujourd'hui une proportion importante de patients qui cachent certaines informations à leur médecin (Simon et al., 2009) et font part d'un sentiment d'isolement (Dobremez, 2013). Pour conclure, le patient semble éprouver un besoin d'accompagnement, tant au niveau informationnel qu'émotionnel et de rencontre avec les autres patients.

La majorité des patientes confirment avoir eu des effets bénéfiques liés à la maladie ou aux traitements en étant soit moins complexée physiquement qu'avant ou en ayant la sensation de prendre davantage soin d'elle-même afin de diminuer les effets secondaires des traitements. Il serait intéressant de poursuivre ces résultats dans des recherches ultérieures s'intéressant plus particulièrement à ces effets bénéfiques.

Enfin, notons que les traitements ne sont pas uniquement responsables de toutes les différences constatées. Les effets secondaires sont corrélés positivement à certaines données sociodémographiques, telles que la ménopause, la situation de famille ou le nombre d'enfants au sein du foyer. Afin d'approfondir nos résultats, des recherches futures pourraient aussi évaluer la personnalité comme étant un facteur influençant le vécu de la féminité. En effet, certains traits de personnalité sont connus pour la qualité de vie des patients de différentes

pathologies (Boussac et al., 2020 ; Derouesné, 2005 ; Sonino et al., 2006 ; Richter et al., 2008). Certains traits de personnalité pourraient donc aussi venir influencer le vécu de la féminité des femmes atteintes de cancer du sein.

La finalité de cette thèse permet d’entrevoir **deux perspectives majeures**. Dans un premier temps les résultats soulignent les effets bénéfiques d’une situation en apparence traumatisante. Cela pourrait s’apparenter à la croissance post-traumatique. En effet, elle se définit par un changement psychologique positif à la suite d’un événement traumatique. Elle est le fruit d’une restructuration cognitive qui prend sa source dans l’angoisse et la douleur causées par l’événement traumatique. Ce concept découle de la psychologie positive (Haas, 2015). Divers auteurs tels que Tedeschi et Calhoun (1995 ; 2004) ont étudié ce modèle et identifié cinq facteurs jouant un rôle dans la croissance post-traumatique : les forces personnelles mises en jeu après le traumatisme pour éviter de sombrer ; l’appréciation de la vie qui amène à profiter de chaque instant vécu après un trauma ; le renforcement de la relation avec autrui après avoir subi un choc traumatique ; l’appréciation de nouvelles possibilités et le changement spirituel permettant de s’ouvrir à des croyances inédites. En effet, l’impact du traumatisme chez la personne développe en elle un sentiment de vulnérabilité puisqu’elle se rend compte qu’elle ne peut pas tout contrôler. De ce fait, elle apprécie mieux la vie en portant attention à des détails auxquels elle n’accordait pas d’importance auparavant (Diener, 1984). Finalement, des recherches ultérieures pourraient déterminer d’éventuelles influences entre la croissance post-traumatique (concept trop peu connu), le vécu de la féminité et la qualité de vie pour tenter d’approfondir nos connaissances sur les effets bénéfiques de la maladie et des traitements. En effet, le cancer du sein est certes un traumatisme, mais il peut ouvrir la perspective d’une « *croissance post-traumatique* » à ceux qui sauront saisir l’opportunité d’une crise pour une transformation de soi radicale.

Dans un deuxième temps, l'ensemble des résultats de ce travail permet de suggérer des recommandations aux professionnels de santé désirant améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer.

L'éducation thérapeutique a été abordée pour la première fois par Leona Miller dans les années 1970. Dès lors, les professionnels de la santé commencent à envisager qu'un patient puisse se faire soigner en dehors de l'hôpital. Les intérêts d'une pratique d'enseignement des bases du protocole de soin pour le patient émergent. Et en 1975, Jean-Philippe Assal crée une « *unité de traitement et d'enseignement du diabète* ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1998) définit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme visant à « *aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. [...] Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie* ». L'ETP est composé de deux grandes finalités. Dans un premier temps, les **compétences d'auto-soins** permettant l'acquisition et le maintien des effets de la maladie sur la santé telles que des compétences de sécurité (visant à sauvegarder la vie du patient) ; de savoir pratiques (Ex. Réalisation de gestes de soins techniques) ou des modifications du mode de vie (alimentation, activité physique, etc.). Dans un second temps, l'ETP cherche à acquérir ou du moins mobiliser les **compétences d'adaptation**. Celles-ci s'appuient sur le vécu du patient et de sa capacité personnelle, cognitive et physique de s'adapter à son environnement.

Ces deux compétences peuvent répondre à certains besoins esthétiques, informatifs et relationnels des patientes.

Les ETP personnalisés doivent prendre en compte **compétences d’auto-soins et d’adaptation** dans la construction des ateliers (HAS, 2007). Au regard de nos résultats sur l’altération de la féminité par les anticancéreux, nous supposons que l’ETP pourrait permettre de limiter cette altération par la construction de différents ateliers autour de la féminité. Elle pourrait être la réponse aux besoins des patientes relevés dans la troisième étude. Certains ETP ouvert en France abordent la féminité à travers différents ateliers spécifiques tels que la sexualité. En effet, lorsque le vécu de la féminité est insuffisamment discuté en oncologie, les patientes auraient des difficultés à connaître l’ensemble des tenants et des aboutissants des conséquences de son altération. Encore trop peu d’ETP sont proposées aux femmes françaises atteintes d’un cancer du sein malgré qu’il y ait de réels avantages socio-économiques.

La finalité de cette recherche se veut plus constatatrice qu’explicative soulignant l’intérêt de prendre en charge la féminité selon une approche intégrative. La considération des effets secondaires seuls ne suffit pas à l’amélioration de la qualité de vie des patientes. En effet, les conséquences psychiques et psychiques sur le vécu de la féminité sont telles que sans une prise en charge exhaustive de la féminité, l’amélioration de la qualité ne peut avoir lieu. Notre recherche s’inscrivant pleinement dans le champ de la psychologie de la santé, nous prenons en considération les facteurs subjectifs relevant de l’autoévaluation des participantes. Finalement cette recherche met en avant une nécessaire reconstruction de la féminité pour l’ensemble des patientes, cette reconstruction peut s’apparenter à une résilience ou à une croissance post-traumatique. Quoi qu’il en soit, ces manières de se reconstruire ont leur place dans un programme d’ETP.

L’objectif était principalement d’investiguer le vécu de la féminité en psychologie en santé. Comment évalue-t-on la féminité ? Cette première question est la base de cette thèse, de mes questionnements et elle m’a permis d’aller au bout de ce travail de recherche. Une thèse ne suffit pas pour répondre à cette question, mais nous a tout de même permis de dessiner les

Conclusion et perspectives cliniques

contours du vécu de la féminité en psychologie. Ce travail de recherche ne cherche qu'à être poursuivi, approfondi et les perspectives d'ouvertures sont si vastes qu'il ne nous reste plus qu'à commencer quelque part.

Bibliographie

- Abbassi, L. M., Laurans, M., Gasnier, A., Smulevici, A., Tournat, H., Bibault, J.-E., Huertas, A., Jouglar, E., Suissa, A., Kreps, S., Giraud, P., & Durdux, C. (2019). Radiothérapie en conditions stéréotaxiques : Étude prospective évaluant la fatigue et la qualité de vie. *Cancer/Radiothérapie*, 23(4), 316-321. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2019.02.003>
- Abele, A. E., & Wojciszke, B. (2007). Agency and communion from the perspective of self-versus others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(5), 751-763. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.5.751>
- Abele, A. E., Cuddy, A. J. C., Judd, C. M., & Yzerbyt, V. Y. (2008). Fundamental dimensions of social judgment. *European Journal of Social Psychology*, 38(7), 1063-1065. <https://doi.org/10.1002/ejsp.574>
- Adachi, K., Ueno, T., Fujioka, T., Fujitomi, Y., & Ueo, H. (2007). Psychosocial Factors Affecting the Therapeutic Decision-making and Postoperative Mood States in Japanese Breast Cancer Patients who underwent Various Types of Surgery : Body Image and Sexuality. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 37(6), 412-418. <https://doi.org/10.1093/jjco/hym041>
- Adams, C., Stears, A., Savage, D., & Deaton, C. (2018). “We're stuck with what we've got”: The impact of lipodystrophy on body image. *Journal of clinical nursing*, 27(9-10), 1958-1968.
- Aerts, L., Christiaens, M. R., Enzlin, P., Neven, P., & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *The Breast*, 23(5), 629-636. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.06.012>
- Affaya, M. N. E. (1997). L'interculturel ou le piège de l'identité. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 36, 141-156.
- Ai, Z.-P., Gao, X.-L., Li, J.-F., Zhou, J.-R., & Wu, Y.-F. (2017). Changing trends and influencing factors of the quality of life of chemotherapy patients with breast cancer. *Chinese Nursing Research*, 4(1), 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.03.006>
- Alder, J., Zanetti, R., Wight, E., Urech, C., Fink, N., & Bitzer, J. (2008). Sexual Dysfunction after Premenopausal Stage I and II Breast Cancer : Do Androgens Play a Role? *The Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1898-1906. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00893.x>
- Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L., & Blamey, R. W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple

- mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36(15), 1938-1943. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00197-0](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00197-0)
- Alkhashnam, H., Rimareix, F., Mazouni, C., Leymarie, N., Sarfati, B., Honart, J.-F., & Kolb, F. (2020). Pregnancy after Breast Reconstruction. *Advances in experimental medicine and biology*, 1252, 189-193. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9_26
- Almont, T., Delannes, M., Ducassou, A., Corman, A., Bondil, P., Moyal, E., Schover, L., & Huyghe, E. (2017). Sexual Quality of Life and Needs for Sexology Care of Cancer Patients Admitted for Radiotherapy : A 3-Month Cross-Sectional Study in a Regional Comprehensive Reference Cancer Center. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 566-576. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.013s>
- Altice, C. K., Banegas, M. P., Tucker-Seeley, R. D., & Yabroff, K. R. (2017). Financial hardships experienced by cancer survivors: a systematic review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 109(2).
- Altintas, G. (2009, June). Capacités dynamiques: revue de la littérature, limites et voies de recherche. In *Actes de la 18ème conférence de l'AIMS*.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3), 411.
- Andrade, L. M. (2011). Le nain et la nature. *Ecologie politique*, N° 42(2), 105-113.
- Antoine, P., Christophe, V., & Nandrino, J. L. (2008). Échelle d'ajustement dyadique: intérêts cliniques d'une révision et validation d'une version abrégée. *L'encéphale*, 34(1), 38-46.
- Ashing-Giwa, K. T., & Lim, J. W. (2009, January). Examining the impact of socioeconomic status and socioecologic stress on physical and mental health quality of life among breast cancer survivors. In *Oncology nursing forum* (Vol. 36, No. 1).
- Ashley, L., Marti, J., Jones, H., Velikova, G., & Wright, P. (2015). Illness perceptions within 6 months of cancer diagnosis are an independent prospective predictor of health-related quality of life 15 months post-diagnosis : Illness perceptions predict future HRQoL. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1463-1470. <https://doi.org/10.1002/pon.3812>
- Avci, I. A., Okanli, A., Karabulutlu, E., & Bilgili, N. (2009). Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 299-303. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.03.011>
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., ... & Study of Women's Health Across the Nation. (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA internal medicine*, 175(4), 531-539.
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3322-3330.

- Baas, C., Henry, M., & Mathelin, C. (2008). Les reconstructions mammaires : Enjeux médicaux et psychologiques. *Psycho-Oncologie*, 2(2), 71. <https://doi.org/10.1007/s11839-008-0074-0>
- Back, M., Ahern, V., Delaney, G., Graham, P., Steigler, A., Wratten, C., & New South Wales Breast Radiation Oncology Group. (2005). Absence of adverse early quality of life outcomes of radiation therapy in breast conservation therapy for early breast cancer. *Australasian radiology*, 49(1), 39-43.
- Bagherzadeh, R., Sohrabineghad, R., Gharibi, T., Mehboodi, F., & Vahedparast, H. (2021). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Revealing Sexual Function in Iranian Women with Breast Cancer. *Sexuality and Disability*, 39(1), 67-83.
- Baglama, B., & Atak, I. E. (2015). Posttraumatic Growth and Related Factors among Postoperative Breast Cancer Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 190, 448-454. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.05.024>
- Baik, S. H., Oswald, L. B., Buitrago, D., Buscemi, J., Iacobelli, F., Perez-Tamayo, A., ... & Yanez, B. (2020). Cancer-relevant self-efficacy is related to better health-related quality of life and lower cancer-specific distress and symptom burden among Latina breast cancer survivors. *International journal of behavioral medicine*, 27(4), 357-365.
- Bailey, J.E. et Pearson, S.W. 1983 . «Development of a Tool for Measuring and Analyzing Computer User Satisfaction», *Management Science*, Vol. 29, No. S, p. 530-545.
- Baize, N., Mounier, N., Bongain, A., & Spano, J.-P. (2008). Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie. *Bulletin du Cancer*, 95(9), 849-857. <https://doi.org/10.1684/bdc.2008.0702>
- Bakan, D. 1966 *The Duality of Human Existence*. Chigago, Rand McNally.
- Bakht, S., & Najafi, S. (2010). Body image and sexual dysfunctions : Comparison between breast cancer patients and healthy women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1493-1497. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.314>
- Bakker, A. J., & Walker, B. R. (2020). Sex drive and sociosexuality moderated by gender identity and gender identity fluidity. *Personality and Individual Differences*, 159, 109884. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109884>
- Balard, F. (2016). Longévité et immortalité? Aux frontières de la gérontologie et au-delà.... *Gérontologie et société*, 38(3), 9-19.
- Bani, M. R., Beckmann, K., Engel, J., Lux, M. P., Rauh, C., Eder, I., Bania, H. A., Breuel, C., Bach, A., Beckmann, M. W., & Fasching, P. A. (2008). Correlates of the desire for improved cosmetic results after breast-conserving therapy and mastectomy in breast cancer patients. *The Breast*, 17(6), 640-645. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2008.05.004>

- Bardot, J., Magalon, G., & Mazzola, R. F. (2018). Historique du traitement du cancer du sein. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 63(5), 363-369. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2018.07.012>
- Barreau, B., Hubert, A., Dilhuydy, M.-H., Séradour, B., & Dilhuydy, J.-M. (2008). Étude qualitative des facteurs déclenchants et bioculturels à la participation au dépistage organisé du cancer du sein—Bouches-du-Rhône et Charente. *Psycho-Oncologie*, 2(1), 13-20. <https://doi.org/10.1007/s11839-008-0061-5>
- Barrett, M. C., & McKelvey, J. (1980). Stresses and strains on the child care worker: typologies for assessment. *Child Welfare*, 59(5).
- Bataille, B., Le Tinier, F., Bennadji, R., Basson, L., Tresch, E., Crop, F., Darloy, F., Carlier, D., Mirabel, X., Lartigau, É., & Pasquier, D. (2019). Tomothérapie adjuvante du cancer du sein par avec boost intégré : Évaluation prospective de la toxicité et de la qualité de vie. *Cancer/Radiothérapie*, 23(6), 816. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2019.07.065>
- Baudelaire, C. (1860). Les paradis artificiels opium et haschisch. Poulet-Malassis et De Broise.
- Baudelot, C., & Gollac, M. (1997). Le salaire du trentenaire : Question d'âge ou de génération ? *Economie et Statistique*, 304(1), 17-35. <https://doi.org/10.3406/estat.1997.2554>
- Baudelot-Berrogain, N., Roquejoffre, S., Gamé, X., Mallet, R., Mouzin, M., Bertrand, N., ... & Malavaud, B. (2006). Linguistic validation of the " Brief Index of Sexual Functioning for Women". *Progres en Urologie: Journal de L'association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie*, 16(2), 174-183.
- Baudry, R., & Juchs, J.-P. (2007). Définir l'identité. *Hypotheses*, 10(1), 155-167.
- Bayram, Z., Durna, Z., & Akin, S. (2014). Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 23(5), 675-684. <https://doi.org/10.1111/ecc.12185>
- Beaurivage, D. (2015). Développement et validation du " Questionnaire de connaissances sur l'asthme" destiné aux patients adultes (QCA-PA).
- Beckjord, E., & Campas, B. E. (2007). Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(2), 19-36. https://doi.org/10.1300/J077v25n02_02
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life Among Women with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(4), 446-460. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.684856>
- Belot-fourcade, P., & Winaver, D. (2012). La ménopause. Eres.

- Bem, J. (1974). Sur le sens d'un discours circulaire. *Littérature*, 15(3), 95-109. <https://doi.org/10.3406/litt.1974.2006>
- Benabbou, L., Guitouni, A., & Lang, P. (2004). Méthodes de classification: revue de la littérature, essai de caractérisation et de comparaison. Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval, Direction de la recherche.
- Benamouzig, D. (2010). Mesures de qualité de vie en santé. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, N° 4(1), 135-176.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238.
- Bentler, P. M. (1990). Fit indexes, Lagrange multipliers, constraint changes and incomplete data in structural models. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 163-172.
- Benzécri, J. P. (1973). *L'analyse des données* (Vol. 2, p. I). Paris: Dunod.
- Berger, A. M., Lockhart, K., & Agrawal, S. (2009, September). Variability of patterns of fatigue and quality of life over time based on different breast cancer adjuvant chemotherapy regimens. In *Oncology nursing forum* (Vol. 36, No. 5).
- Berglund, G., Nystedt, M., Bolund, C., Sjöden, P.-O., & Rutquist, L.-E. (2001). Effect of Endocrine Treatment on Sexuality in Premenopausal Breast Cancer Patients: A Prospective Randomized Study. *Journal of Clinical Oncology*, 19(11), 2788-2796. <https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.11.2788>
- Berhili, S., Ouabdelmoumen, A., Sbati, A., Kebdani, T., Benjaafar, N., & Mezouar, L. (2019). Radical Mastectomy Increases Psychological Distress in Young Breast Cancer Patients: Results of A Cross-sectional Study. *Clinical Breast Cancer*, 19(1), e160-e165. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.08.013>
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 3.
- Biglia, N., Moggio, G., Peano, E., Sgandurra, P., Ponzzone, R., Nappi, R. E., & Sismondi, P. (2010). Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1891-1900. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01725.x>
- Binotto, M., Reinert, T., Werutsky, G., Zaffaroni, F., & Schwartzmann, G. (2020). Health-related quality of life before and during chemotherapy in patients with early-stage breast cancer. *Ecancermedicalscience*, 14, 1007. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1007>
- Blais, M., Fernet, M., Proulx-Boucher, K., Lapointe, N., Samson, J., Otis, J., ... & Lebouché, B. (2014). Family quality of life in families affected by HIV: the perspective of HIV-positive mothers. *AIDS care*, 26(sup1), S21-S28.

- Bloch, H., Chemama, R., Depret, E., Gallo, A., Leconte, P., Leny, J. F., ... & Reuchlin, M. (1999). *Grand Dictionnaire de la Psychologie* (The Great Dictionary of Psychology).
- Blouet, A., Zinger, M., Capitain, O., Landry, S., Bourgeois, H., Seegers, V. T., & Pointreau, Y. (2019). Sexual quality of life evaluation after treatment among women with breast cancer under 35 years old. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), 879-885. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4374-z>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Frontiers in public health*, 6, 149.
- Bondil, P., & Habold, D. (2015). Développement de l'oncosexualité et de l'oncofertilité en France: pourquoi maintenant? Aspects culturels et psychosociologiques. *Psycho-Oncologie*, 9(4), 230-239.
- Bondil, P., Habold, D., Damiano, T., & Champsavoir, P. (2012). Le parcours personnalisé de soins en oncosexualité : Une nouvelle offre de soins au service des soignés et des soignants. *Bulletin du Cancer*, 99(4), 499-507. <https://doi.org/10.1684/bdc.2012.1551>
- Bonnet, D. (2010). La construction sociale de l'enfance : Une variété de normes et de contextes. *Informations sociales*, n° 160(4), 12-18.
- Boquiren, V. M., Esplen, M. J., Wong, J., Toner, B., & Warner, E. (2013). Exploring the influence of gender-role socialization and objectified body consciousness on body image disturbance in breast cancer survivors: Gender-role socialization, objectified body consciousness, body image. *Psycho-Oncology*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/pon.3271>
- Bourque, J., Poulin, N., & Cleaver, A. (2006). Évaluation de l'utilisation et de la présentation des résultats d'analyses factorielles et d'analyses en composantes principales en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 32(2), 325-344.
- Boussac, M., Arbus, C., Dupouy, J., Harroch, E., Rousseau, V., Devos, D., & Brefel-Courbon, C. (2020). Les dimensions de personnalité sont associées à la qualité de vie chez les patients parkinsoniens avec des fluctuations motrices. *Revue Neurologique*, 176, S88. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.01.257>
- Bower, W. F. (2008). Self-reported effect of childhood incontinence on quality of life. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 35(6), 617-621.
- Boyle, P., & Levin, B. (2008). *World Cancer Report 2008*. World Cancer Report 2008. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20103010665>
- Brédart, A., Verdier, A. S., & Dolbeault, S. (2007). Traduction/adaptation française de l'échelle "Body Image Scale"(BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-oncologie*, 1(1), 24-30.

- Brewer, M. B. (1988). A dual process model of impression formation. In T. K. Srull & R. S. Wyer (Eds.), *Advances in Social Cognition*, vol. I. Hillsdale, Ni: Erlbaum.
- Broeckel, J. A., Thors, C. L., Jacobsen, P. B., Small, M., & Cox, C. E. (2002). Sexual Functioning in Long-Term Breast Cancer Survivors Treated with Adjuvant Chemotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 75(3), 241-248. <https://doi.org/10.1023/A:1019953027596>
- Broqua, C., & Doquet, A. (2013). Les normes dominantes de la masculinité contre la domination masculine ? Batailles conjugales au Mali. *Cahiers d'études africaines*, 53(209-210), 293-321.
- Bruchon Schweitzer, M. (2001). Quintard (B), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*. Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, É. (2014). Les modèles en psychologie de la santé : Un état des lieux. *Psycho Sup*, 525-542.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Siksou, M. (2008). La psychologie de la santé. *Le Journal des psychologues*, 260(7), 28. <https://doi.org/10.3917/jdp.260.0028>
- Bruchon-Schweitzer, M., et Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies, stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod.
- Bruillon, V., & Majesté, M. (1996). *Le sein: images, représentations*. Editions L'Harmattan.
- Budischewski, K., Fischbeck, S., & Mose, St. (2008). Quality of life of breast cancer patients in the course of adjuvant radiotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 16(3), 299-304. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0321-0>
- Burnett, P. C., & Dart, B. C. (1997). Conventional versus confirmatory factor analysis: Methods for validating the structure of existing scales. *Journal of Research and Development in education*, 30(2), 126-131.
- Butler, Judith. 2005. *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*. Paris : La Découverte.
- Caffo, O., Amichetti, M., Ferro, A., Lucenti, A., Valduga, F., & Galligioni, E. (2003). Pain and Quality of Life after Surgery for Breast Cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 80(1), 39-48. <https://doi.org/10.1023/A:1024435101619>
- Cairo Notari, S., Notari, L., Favez, N., Delaloye, J. - F., & Ghisletta, P. (2017). The protective effect of a satisfying romantic relationship on women's body image after breast cancer : A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 26(6), 836-842. <https://doi.org/10.1002/pon.4238>
- Calevoi N. (2003) : Cancer du sein, histoire et destin. *Revue Francophone de psycho- oncologie*

- Cameron, L. D., & Leventhal (PhD.), H. (2003). *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour*. Psychology Press.
- Cancer-Relevant Self-Efficacy Is Related to Better Health-Related Quality o... : EBSCOhost. (s. d.). Consulté 5 juin 2021, à l'adresse <http://web-a.ebscohost.com/gorgone.univ-toulouse.fr/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=f3804fb0-d6fc-4fc5-a055-55777a4e833c%40sessionmgr4006>
- Carani, M. (2005). Le désir au féminin. *Recherches féministes*, 18(2), 9-37.
- Cardoso, J. S., Silva, W., & Cardoso, M. J. (2020). Evolution, current challenges, and future possibilities in the objective assessment of aesthetic outcome of breast cancer locoregional treatment. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 49, 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2019.11.006>
- Carmel, R., Berthier, A., Sentilhes, L., Collard, P., & Grise, P. (2008). Analyse de la sexualité féminine dans une population féminine témoin française. *Progrès en urologie*, 18(8), 527-535.
- Carmel, S. (2019). Health and Well-Being in Late Life : Gender Differences Worldwide. *Frontiers in Medicine*, 0. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00218>
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Sage publications.
- Carricano, M., Poujol, F., & Bertrandias, L. (2010). *Analyse de données avec SPSS®*. Pearson Education France.
- Casaubon, J. T., Kuehn, R. B., Pesek, S. E., Raker, C. A., Edmonson, D. A., Stuckey, A., & Gass, J. S. (2020). Breast-Specific Sensuality and Appearance Satisfaction : Comparison of Breast-Conserving Surgery and Nipple-Sparing Mastectomy. *Journal of the American College of Surgeons*, 230(6), 990-998. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.02.048>
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (p. 334-342). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7>
- Catell, R. B. (1966). The Scree Test for the number of factors. *Multivariate Behavioural Research* 1: 140-161.
- Cavaillé, J.-P., & Descartes, R. (1991). *Descartes : La fable du monde*. Vrin.
- Cebeci, F., Yangın, H. B., & Tekeli, A. (2012). Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey : A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 406-412. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.09.003>
- Cestac, J., & Meyer, T. (2010). Des attitudes à la prédiction du comportement: le modèle du comportement planifié. *La psychologie sociale: applicabilité et applications*, 55-86.

- Charif, A. B., Bouhnik, A. D., Rey, D., & Mancini, J. (2014). Santé sexuelle des survivants de cancer en France en 2012. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 62, S213.
- Chetcuti, N. (2009). De « On ne naît pas femme » à « On n'est pas femme ». De Simone de Beauvoir à Monique Wittig. *Genre, sexualité & société*, 1, Article 1. <https://doi.org/10.4000/gss.477>
- Cheung, Y. T., Shwe, M., Tan, Y. P., Fan, G., Ng, R., & Chan, A. (2012). Cognitive changes in multiethnic Asian breast cancer patients : A focus group study. *Annals of Oncology*, 23(10), 2547-2552. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds029>
- Chou, F.-Y. (2019). Cancer Illness Perception and Self-Management of Chinese Patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(1), 57-63. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_56_18
- Churchill, G.A. et Peter, J.P. 1984. «Research design effects on the reliability of rating scales: A Meta, Analysis», *Journal of Marketing Research*, Vol. 21, No. 4, p.360-375.
- Clegg-Lamprey, J. N. A., Dakubo, J. C. B., & Attobra, Y. N. (2009). Psychosocial aspects of breast cancer treatment in Accra, Ghana. *East African Medical Journal*, 86(7), Article 7. <https://doi.org/10.4314/eamj.v86i7.54152>
- Cohen-Scali, V., & Moliner, P. (2008). Représentations sociales et identité : Des relations complexes et multiples. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37/4, 465-482. <https://doi.org/10.4000/osp.1770>
- Collectif d'organisation des Rencontres pédagogiques et scientifiques (Toulouse). Colloque international (1979: Toulouse), & Tap, P. (1986). Production et affirmation de l'identité. Privat.
- Congard, A., Christophe, V., Duprez, C., Baudry, A.-S., Antoine, P., Lesur, A., Loustalot, C., Guillemet, C., Leclercq, M., Segura, C., Carlier, D., Lefeuvre-Plesse, C., Simon, H., Frenel, J.-S., & Vanlemmens, L. (2019). The self-reported perceptions of the repercussions of the disease and its treatments on daily life for young women with breast cancer and their partners. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(1), 50-68. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1479326>
- Conséquences de la crise sanitaire sur le dépistage et la prise en charge des malades du cancer (2021). <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210220809.html> Consulté en Juillet 2021
- Constantinople, A. (1973). Masculinity-femininity: An exception to a famous dictum?. *Psychological bulletin*, 80(5), 389.
- Coombes, R. C., Hall, E., Gibson, L. J., Paridaens, R., Jassem, J., Delozier, T., ... & Bliss, J. M. (2004). A randomized trial of exemestane after two to three years of tamoxifen therapy in postmenopausal women with primary breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 350(11), 1081-1092.

- Costalat-Founeau, A. M., & Lipiansky, E. (2008). Connexions-identité et subjectivité.
- Coster, S., & Fallowfield, L. J. (2002). The impact of endocrine therapy on patients with breast cancer: A review of the literature. *The Breast*, 11(1), 1-12. <https://doi.org/10.1054/brst.2001.0397>
- Cournut M. et J., la castration et le féminin dans les deux sexes, *Revue française de psychanalyse*, t. LVII, n° spécial congrès, 1993.
- Cousson-Gélie, F. (2000). Breast cancer, coping and quality of life: A semi-prospective study. *European review of applied psychology*, 50(3), 315-320.
- Cox, E.P. 1980. «The optimal number of response alternative for a scale: A review »,
- Cox, R. H., & Lecoq, J. C. (2005). *Psychologie du sport*. De Boeck.
- Cramarossa, G., Chow, E., Zhang, L., Bedard, G., Zeng, L., Sahgal, A., Vassiliou, V., Satoh, T., Foro, P., Ma, B. B. Y., Chie, W.-C., Chen, E., Lam, H., & Bottomley, A. (2013). Predictive factors for overall quality of life in patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(6), 1709-1716. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1717-7>
- Cronbach, L. J. (1971). Test validation. *Educational measurement*.
- Cucherat, M., Boissel, J. P., & Leizorovicz, A. (1997). *Méta-analyse des essais thérapeutiques*. Paris: Masson.
- Curt, G. A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J. E., Horning, S. J., Itri, L. M., Johnson, D. H., Miaskowski, C., Scherr, S. L., Portenoy, R. K., & Vogelzang, N. J. (2000). Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings from the Fatigue Coalition. *The Oncologist*, 5(5), 353-360. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-5-353>
- D'Alonzo, M., Piva, E., Pecchio, S., Liberale, V., Modaffari, P., Ponzzone, R., & Biglia, N. (2018). Satisfaction and Impact on Quality of Life of Clinical and Instrumental Surveillance and Prophylactic Surgery in BRCA-mutation Carriers. *Clinical Breast Cancer*, 18(6), e1361-e1366. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.07.015>
- D'Ivernois, J. F., & Gagnayre, R. (2011). Compétences d'adaptation à la maladie du patient: une proposition. *Education thérapeutique du patient-Therapeutic patient education*, 3(2), S201-S205.
- Dalenc, F. (2009). Toxicité et effets secondaires à long terme de l'hormonothérapie adjuvante. *La lettre du sénologue*, 44, 22-26.
- Danko, M., Arnaud, C., & Gély-Nargeot, M.-C. (2009). Identity and aging: Psychosocial approaches. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 7, 231-242. <https://doi.org/10.1684/pnv.2009.0195>

- Dany, L., Duclos, M., Marie, D., Dudoit, E., & Duffaud, F. (2011). Sexualité féminine et cancer: une recherche exploratoire. *Psycho-oncologie*, 5(3), 197-207.
- Dartois, L., Fagherazzi, G., Baglietto, L., Boutron-Ruault, M.-C., Delaloge, S., Mesrine, S., & Clavel-Chapelon, F. (2016). Proportion of premenopausal and postmenopausal breast cancers attributable to known risk factors : Estimates from the E3N-EPIC cohort. *International Journal of Cancer*, 138(10), 2415-2427. <https://doi.org/10.1002/ijc.29987>
- Day, R. (2001). Quality of Life and Tamoxifen in a Breast Cancer Prevention Trial. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 949(1), 143 - 150. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb04012.x>
- De los Santos-Roig, M., Ruiz-González, I., Robles-Ortega, H., & Pérez-Meléndez, C. (2019). Cognitive representations of diabetes and their role in metabolic control and health: when a positive view of illness protects. *Clínica y Salud*, 30(2), 55-62.
- De Singly, F. (2003). Intimité conjugale et intimité personnelle: à la recherche d'un équilibre entre deux exigences dans les sociétés modernes avancées. *Sociologie et sociétés*, 35(2), 79-96.
- De Vellis, R. F. 2003. « Scale Development Theory and Applications », 2ème ed., Thousand Oaks, London, New Delhi : SAGE Publications.
- De Kruif, A. Jt., Chrifou, R., Langeslag, G. L., Sondaal, A. E. C., Franssen, M. M. M., Kampman, E., Winkels, R. M., de Boer, M. R., Visser, M., & Westerman, M. J. (2020). Perceptions of non-Western immigrant women on having breast cancer and their experiences with treatment-related changes in body weight and lifestyle : A qualitative study. *PLoS ONE*, 15(7), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235662>
- De Singly, F. (2000). Penser autrement la jeunesse. *Lien social et Politiques*, 43, 9-21. <https://doi.org/10.7202/005086ar>
- Decrosse, A. (1978). L'effet féminité et le sujet linguistique. *Langage et société*, (3), 73-92. [En ligne], consultable sur URL : <https://www.persee.fr/>
- Delay, E., Gosset, J., Toussoun, G., Delaporte, T., & Delbaere, M. (2008). Séquelles thérapeutiques du sein après traitement conservateur du cancer du sein. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 53(2), 135-152. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2007.10.004>
- Deleuze Gilles, Guattari Félix (1980). Mille plateaux. (Suite et fin de) Capitalisme et schizophrénie. Paris, Minuit « Critique ».
- Delphy, C. (1990). La revendication maternelle. DELPHY, Christine (1990b)." Contribution au débat sur l'avortement", *Déviance et Société*, 14(4).
- Delphy, C. (1990). La revendication maternelle. DELPHY, Christine (1990b)." Contribution au débat sur l'avortement", *Déviance et Société*, 14(4).

- DeMichele, A., Yee, D., & Esserman, L. (2017). Mechanisms of Resistance to Neoadjuvant Chemotherapy in Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, 377(23), 2287-2289. <https://doi.org/10.1056/NEJMcibr1711545>
- Dennen, V. P., & Wieland, K. (2007). From interaction to intersubjectivity: Facilitating online group discourse processes. *Distance Education*, 28(3), 281-297.
- Derouesné, C. (2005). Évaluation de la qualité de vie et des modifications de la personnalité par les patients déments. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 3(3), 221-221.
- Descartes, R. (1844). *Oeuvres de descartes*. Charpentier.
- Descombes, V. (2017). L'identité de groupe : Identités sociales, identités collectives. *Raisons politiques*, N° 66(2), 13-28.
- Deshields, T., Tibbs, T., Ming-Yu Fan, & Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer Presented in part at the Society of Behavioral Medicine annual meeting in Baltimore, MD in April 2004. *Psycho-Oncology*, 15(5), 398-406. <https://doi.org/10.1002/pon.962>
- Devreux, A. M. (2001). Les rapports sociaux de sexe: un cadre d'analyse pour des questions de santé. Pierre Aiach & al.(s/dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, 97-116.
- Dhellemmes, A., Melan, C., & Sordes, F. (2019). Qualité de vie des patients atteints de cancer traités à domicile : Étude comparative des différentes voies d'administration de la chimiothérapie. *Bulletin du Cancer*, 106(12), 1124-1131. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.09.009>
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of personality and social psychology*, 47(5), 1105.
- Dilhuydy, J. M., Dilhuydy, M. S., Ouhtatou, F., Laporte, C., Nguyen, T. V. F., & Vendrely, V. (2001). Fatigue et radiothérapie *Revue de la littérature*. *Cancer/Radiothérapie*, 5, 131s-138s.
- Dobremez, V. (2013). Analyse de situation et évaluation de la faisabilité d'un programme éducatif individuel, auprès de patients sous thérapie anticancéreuse par voie orale. Grenoble: Université Joseph Fourier.
- Doridot, V., Nos, C., Aucouturier, J. S., Sigal-Zafrani, B., Fourquet, A., & Clough, K. B. (2004). Le traitement chirurgical conservateur du cancer du sein. *Cancer/Radiothérapie*, 8(1), 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2003.10.008>
- Doucet, H. (2010). De l'éthique de la recherche à l'éthique en recherche. *Éthique publique*. *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 12, n° 1, 13-30. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.88>

- Dubar, C. (2007). Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité. *Revue française des affaires sociales*, 2, 9-25.
- Dubois, N., & Beauvois, J. L. (2005). Normativeness and individualism. *European Journal of Social Psychology*, 35(1), 123-146.
- Dudoit, É., Dany, L., Blois, S., & Cuvello, C. (2007). Rôle de l'identité sexuelle et de l'influence du genre pour l'analyse de l'expérience des soins de support en oncologie. *Psycho-oncologie*, 1(4), 265-275.
- Dumont, G.-F. (2019). Les femmes face aux inégalités de genre. *Les Analyses de Population Avenir*, N° 6(2), 1-23.
- Dunn, J., Steginga, S. K., Occhipinti, S., Wilson, K., & McCaffrey, J. (1998). Profiles of distress in women following treatment for primary breast cancer. *The Breast*, 7(5), 251-254. [https://doi.org/10.1016/S0960-9776\(98\)90090-X](https://doi.org/10.1016/S0960-9776(98)90090-X)
- Dunn, L. K., O'Neill, J. L., & Feldman, S. R. (2011). Acne in adolescents: Quality of life, self-esteem, mood and psychological disorders. *Dermatology online journal*, 17(1).
- Dupont, A., Antoine, P., Reich, M., & Bève, C. (2007). Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein : Impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie. *Psycho-Oncologie*, 1, 174-178. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0032-2>
- Durkheim, E. (1912). *La méthode sociologique*. Félix Alcan.
- Durna, E. M., Leader, L. R., Sjoblom, P., Eden, J. A., Wren, B. G., & Heller, G. Z. (2002). Hormone replacement therapy after a diagnosis of breast cancer : Cancer recurrence and mortality. *Medical Journal of Australia*, 177(7), 347-351. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04835.x>
- Dwivedi, Y. K., Choudrie, J., & Brinkman, W. P. (2006). Development of a survey instrument to examine consumer adoption of broadband. *Industrial Management & Data Systems*.
- Dyer, K. E. (2015). "Surviving is not the same as living": Cancer and Sobrevivencia in Puerto Rico. *Social science & medicine*, 132, 20-29.
- Edmond, M. A. R. C. (2005). *Psychologie de l'identité. Soi et le groupe*. Paris: Dunod.
- Eluard, P. (1968). *Oeuvres complètes...: Préface et chronologie de Lucien Scheler (Vol. 1)*. Gallimard.
- En France, C. L. F. Cancers et tabac chez les femmes (INSERM). *Pancréas*, 17, 681.
- Enache, R. G. (2012). The relationship between anxiety, depression and self-esteem in women with breast cancer after surgery. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 124-127. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.096>
- Encyclopédique, D. (2001). Larousse.

- Engel, G. L. (1980). The Biopsychosocial Model and Medical Education (world) [Editorial]. [Http://Dx.Doi.Org/10.1056/NEJM198204013061311](http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198204013061311); Massachusetts Medical Society. <https://doi.org/10.1056/NEJM198204013061311>
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., & Hölzel, D. (2004). Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. *The Breast Journal*, 10(3), 223-231. <https://doi.org/10.1111/j.1075-122X.2004.21323.x>
- Erci, B., & Karabulut, N. (2007). Appraising the self-assessed support needs of Turkish women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16(2), 137-143. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00721.x>
- Erikson E. H. (1980/1956). The problem of ego identity. In Erikson E. H. (Ed.), *Identity and the life cycle* (pp. 108–175). New York, NY: Norton.
- Esplen, M. J., Wong, J., Warner, E., & Toner, B. (2018). Restoring body image after cancer (ReBIC): results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 36(8), 749-756.
- Evrard, Y., Pras, B. et Roux, E. 2003. «Market, Etudes et recherches en marketing», Dunod, Paris.
- Evrard, Y., Pras, B. et Roux, E. 2009. «Market: Fondements et méthodes des recherches en marketing», Dunod, Paris.
- Fabrigar, L.R., Wegener, D.T., MacCallum, R.C. et Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299.
- Faccio, F., Mascheroni, E., Ionio, C., Pravettoni, G., Alessandro Peccatori, F., Pisoni, C., ... & Bonassi, L. (2020). Motherhood during or after breast cancer diagnosis: a qualitative study. *European journal of cancer care*, 29(2), e13214.
- Faccio, F., Mascheroni, E., Ionio, C., Pravettoni, G., Peccatori, F. A., Pisoni, C., Cassani, C., Zambelli, S., Zilioli, A., Nastasi, G., Giuntini, N., & Bonassi, L. (2020). Motherhood during or after breast cancer diagnosis : A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 29(2), e13214. <https://doi.org/10.1111/ecc.13214>
- Facteurs de risque du cancer du sein—Société canadienne du cancer. (s. d.). www.cancer.ca. Consulté 18 mars 2020, à l'adresse <https://www.cancer.ca:443/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/risks/?region=on>
- Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116(15), 3549-3557.
- Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer – A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 340-345. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.002>

- Fenneteau, H. 2002. « Enquête : Entretien et questionnaire », Éditions Dunod, Paris.
- Ferreira, A. R., Di Meglio, A., Pistilli, B., Gbenou, A. S., El-Mouhebb, M., Dauchy, S., Charles, C., Joly, F., Everhard, S., Lambertini, M., Coutant, C., Cottu, P., Lerebours, F., Petit, T., Dalenc, F., Rouanet, P., Arnaud, A., Martin, A., Berille, J., ... Vaz-Luis, I. (2019). Differential impact of endocrine therapy and chemotherapy on quality of life of breast cancer survivors : A prospective patient-reported outcomes analysis. *Annals of Oncology*, 30(11), 1784-1795. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz298>
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients : Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579-594. <https://doi.org/10.1002/pon.991>
- Ford, J. K., MacCallum, R. C., & Tait, M. (1986). The application of exploratory factor analysis in applied psychology: A critical review and analysis. *Personnel psychology*, 39(2), 291-314.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics.
- Fortier, C. (2021). Seins, reconstruction, et féminité. Quand les Amazones s'exposent. *Droit et cultures*. *Revue internationale interdisciplinaire*, 80, Article 80. <http://journals.openedition.org/droitcultures/6721>
- Fortin, P., Charron, A., Beauchamp, J., Morin, S., & Lagacé, J. (2010). Corps, femmes et féminité : Le vécu des jeunes femmes atteintes du cancer du sein au Nouveau-Brunswick. *Recherches féministes*, 23(2), 71-89. <https://doi.org/10.7202/045667ar>
- Foster, C., Breckons, M., Cotterell, P., Barbosa, D., Calman, L., Corner, J., ... & Smith, P. W. (2015). Cancer survivors' self-efficacy to self-manage in the year following primary treatment. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(1), 11-19.
- Fox, K. R., & Corbin, C. B. (1989). The physical self-perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of sport and Exercise Psychology*, 11(4), 408-430.
- Fraisse, G. (2001). *La controverse des sexes* (pp. 13-38). Paris: PUF.
- Francequin, G. (2012). *Cancer du sein : Une féminité à reconstruire*. Eres.
- Frege, Gottlob. 1892. « Über Sinn und Bedeutung », *Zeitschrift für Philosophie und philosophische Kritik*, vol. 100, p. 22-50. Trad. fr. « Sens et dénotation », dans *Ecrits logiques et philosophiques*, 1971, p. 102-126, Paris, Seuil.
- Fukuda, S., Kuratsune, H., Tajima, S., Takashima, S., Yamaguchi, K., Nishizawa, Y., & Watanabe, Y. (2010). Premorbid personality in chronic fatigue syndrome as

- determined by the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive psychiatry*, 51(1), 78-85.
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational research: An introduction* (8th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Gana, K. (1997). Sexuation psychique et vieillissement. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*.
- Gana, K., Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2005). Factorial structure of the French version of the Rosenberg Self-Esteem Scale among the elderly. *International Journal of Testing*, 5(2), 169-176.
- Ganz, P. A., Yip, C. H., Gralow, J. R., Distelhorst, S. R., Albain, K. S., Andersen, B. L., Bevilacqua, J. L. B., de Azambuja, E., El Saghir, N. S., Kaur, R., McTiernan, A., Partridge, A. H., Rowland, J. H., Singh-Carlson, S., Vargo, M. M., Thompson, B., & Anderson, B. O. (2013). Supportive care after curative treatment for breast cancer (survivorship care): Resource allocations in low- and middle-income countries. A Breast Health Global Initiative 2013 consensus statement. *The Breast*, 22(5), 606-615. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2013.07.049>
- Garcia, M. (2018). On ne naît pas soumise, on le devient. *Climats*.
- Gay, L.R. et Airasian, P. 2000. «Educational Research: Competencies for Analysis and Application», 6111, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- George, D. (2011). *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference*, 17.0 update, 10/e. Pearson Education India.
- Gonçalves, V., Sehovic, I., & Quinn, G. (2014). Childbearing attitudes and decisions of young breast cancer survivors: a systematic review. *Human reproduction update*, 20(2), 279-292.
- Gorsuch, R. L. (1990). Common factor analysis versus component analysis: Some well and little known facts. *Multivariate Behavioral Research*, 25(1), 33-39.
- Gorsuch, R. L. (1997). Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *Journal of Personality Assessment*, 68, 532±560.
- Gosset, M., Gal, J., Schiappa, R., Dejode, M., Fouché, Y., Alazet, F., Roux, E., Delpech, Y., & Barranger, E. (2021). Impact de la pandémie de COVID-19 sur les prises en charge pour cancer du sein et gynécologique. *Bulletin du Cancer*, 108(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.10.013>
- Gotay, Carolyn Cook, Joan L. Holup, and Miles Y. Muraoka. "The challenges of prostate cancer: A major men's health issue." *International Journal of Men's Health* 1.1 (2002): 59.

- Goyal, N. G., Levine, B. J., Van Zee, K. J., Naftalis, E., & Avis, N. E. (2018). Trajectories of quality-of-life following breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 169(1), 163-173. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4677-2>
- Graells-Sans, A., Serral, G., & Puigpinós-Riera, R. (2018). Social inequalities in quality of life in a cohort of women diagnosed with breast cancer in Barcelona (DAMA Cohort). *Cancer Epidemiology*, 54, 38-47. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.03.007>
- Grange, J. (2010). Genre et sexe : Nouvelles catégories épistémologiques des sciences humaines. *Cites*, n° 44(4), 107-121.
- Graziottin, A., & Rovei, V. (2007). Sexuality after breast cancer. *Sexologies*, 16(4), 292-298. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2007.06.008>
- Grogan, S. (2010). Promoting positive body image in males and females: Contemporary issues and future directions. *Sex Roles*, 63(9), 757-765.
- Gros, C. (1994). Identités indiennes, identités nouvelles. *Caravelle. Cahiers du monde hispanique et luso-brésilien*, 63(1), 129-159. <https://doi.org/10.3406/carav.1994.2611>
- Gros, L. C.-M. (2009). Le sein entre corps, symbole et expérience de la maladie. 5.
- Grossman, S. L., & Annunziato, R. A. (2018). Risky business: is pubic hair removal by women associated with body image and sexual health?. *Sexual health*, 15(3), 269-275.
- Guilbert, G.-C. (2004). C'est pour un garçon ou pour une fille? (Autrement, Éd.). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02455643>
- Haas, M. (2015). Bouncing forward: Transforming bad breaks into breakthroughs. Simon and Schuster.
- Hadi, N., Asadollahi, R., & Talei, A. (2009). Anxiety, Depression and Anger in Breast Cancer Patients Compared with the General Population in Shiraz, Southern Iran. 11, 6.
- Hadj, S. O., Kerboua, E., & Bouzid, K. (2019). Soins de support.
- Haines, R. J., Bottorff, J. L., Barclay McKeown, S., Ptolemy, E., Carey, J., & Sullivan, K. (2010). Breast Cancer Messaging for Younger Women : Gender, Femininity, and Risk. *Qualitative Health Research*, 20(6), 731-742. <https://doi.org/10.1177/1049732310367502>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). Multivariate data analysis. Upper Saddle River, É.-U.: Pearson Prentice Hall.
- Halpern, C. (Éd.). (2016). Identité(s) : L'individu, le groupe, la société. Sciences Humaines Éditions.
- Hannoun-Levi, J. M. (2005). Traitement du cancer du sein et de l'utérus : Impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle. *Cancer/Radiothérapie*, 9(3), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2004.11.005>

- Hart, A. M., Pinell-White, X., & Losken, A. (2016). The Psychosexual Impact of Postmastectomy Breast Reconstruction: *Annals of Plastic Surgery*, 77(5), 517-522. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000665>
- Härtl, K., Schennach, R., Müller, M., Engel, J., Reinecker, H., Sommer, H., & Friese, K. (2010). Quality of life, anxiety, and oncological factors: a follow-up study of breast cancer patients. *Psychosomatics*, 51(2), 112-123.
- Haute Autorité de Santé (2007). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_.pdf
- Haute Autorité de Santé (2015). Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique- Cancer du sein. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf
- Hayes, A. F. (2017). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach (2nd éd.). New-York, USA: Guilford press.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W. et Sackett, D. L. (1979). Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Helmreich, R. L., Beane, W., Lucker, G. W., & Spence, J. T. (1978). Achievement motivation and scientific attainment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4(2), 222-226.
- Henseler, H., Reinke, M. J., Vogt, P. M., & Ray, A. K. (2015). What do women want in breast reconstruction? Age-adhered surgery or rejuvenation? *JPRAS Open*, 4, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpra.2015.02.001>
- Hérault, L. (2004). Constituer des hommes et des femmes: la procédure de transsexualisation (No. 42, pp. 95-108). Association Terrain.
- Herring, B., Paraskeva, N., Tollow, P., & Harcourt, D. (2019). Women's initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction : A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 28(10), 2076-2082. <https://doi.org/10.1002/pon.5196>
- Herzlich, C. (2019). Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. In *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. De Gruyter Mouton. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783111561554/html>
- Heuser, C., Halbach, S., Kowalski, C., Enders, A., Pfaff, H., & Ernstmann, N. (2018). Sociodemographic and disease-related determinants of return to work among women with breast cancer : A German longitudinal cohort study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1000. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3768-4>
- Hill-Kayser, C. E., Vachani, C., Hampshire, M. K., & Metz, J. M. (2012). High Level Use and Satisfaction with Internet-Based Breast Cancer Survivorship Care Plans. *The Breast Journal*, 18(1), 97-99. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2011.01195.x>

- Hinkin, T. R. (1998). A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational research methods*, 1(1), 104-121.
- Hjellbrekke, J. (2018). *Multiple correspondence analysis for the social sciences*. Routledge.
- Hoffman B. (2003). « Health care reform and social movements in the United States ». *American Journal of Public Health*, 93: 75-85.
- Hontaas, A. (2014). *Prise en charge des patients cancéreux à l'officine* (Doctoral dissertation, Université Toulouse III-Paul Sabatier).
- Hoogerwerf, M. A., Ninaber, M. K., Willems, L. N. A., & Kaptein, A. A. (2012). "Feelings are facts": Illness perceptions in patients with lung cancer. *Respiratory medicine*, 106(8), 1170-1176.
- Hopwood, P. (1993). The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 29(2), 276-281. [https://doi.org/10.1016/0959-8049\(93\)90193-J](https://doi.org/10.1016/0959-8049(93)90193-J)
- Hordern, A. (2000). Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer nursing*, 23(3), 230-236.
- Huang, C. Y., & Hsu, M. C. (2013). Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 767-774.
- Huang, C.-C., Lien, H.-H., Tu, S.-H., Huang, C.-S., Jeng, J.-Y., Chao, H.-L., Sun, H.-L., & Chie, W.-C. (2010). Quality of Life in Taiwanese Breast Cancer Survivors With Breast-conserving Therapy. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(7), 493-502. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60083-6](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60083-6)
- Huang, C.-Y., & Hsu, M.-C. (2013). Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 767-774. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.03.011>
- Hubbeling, H. G., Rosenberg, S. M., González-Robledo, M. C., Cohn, J. G., Villarreal-Garza, C., Partridge, A. H., & Knaul, F. M. (2018). Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. *PLoS One*, 13(5), e0197931.
- Hugonot-Diener, L. (2010). Dry mouth in older patients. 35, 33-37.
- Hungr, C., Sanchez-Varela, V., & Bober, S. L. (2017). Self-Image and Sexuality Issues among Young Women with Breast Cancer: Practical Recommendations. *Revista de Investigacion Clinica*, 69(2), 99. <https://doi.org/10.24875/RIC.17002200>
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (Eds.). (2008). *A guide to assessments that work*. Oxford University Press.
- Hutter, N., Vogel, B., Alexander, T., Baumeister, H., Helmes, A., & Bengel, J. (2013). Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer

- patients? *Psychology, Health & Medicine*, 18(4), 412-419.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2012.736624>
- Hwang, S. Y., Chang, S. J., & Park, B.-W. (2013). Does Chemotherapy Really Affect the Quality of Life of Women with Breast Cancer? *Journal of Breast Cancer*, 16(2), 229.
<https://doi.org/10.4048/jbc.2013.16.2.229>
- Iddrisu, M., Aziato, L., & Dedey, F. (2020). Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-9.
- Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 789-797. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.06.012>
- Imran, M., Al-Wassia, R., Alkhayyat, S. S., Baig, M., & Al-Saati, B. A. (2019). Assessment of quality of life (QoL) in breast cancer patients by using EORTC QLQ-C30 and BR-23 questionnaires : A tertiary care center survey in the western region of Saudi Arabia. *PLoS ONE*, 14(7), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219093>
- Institut national du cancer (2013). Le cancer du sein : points clés. Repéré à <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>
- Institut national du cancer (2015). Le cancer du sein. Repéré à <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Cancers-du-sein#toc-d-pistage-outils-d-aide-la-pratique>
- Institut national du cancer (2017). Femmes porteuses d'une mutation de BRCA1 ou BRCA2 / Détection précoce du cancer du sein et des annexes et stratégies de réduction du risque Repéré à <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Femmes-porteuses-d-une-mutation-de-BRCA1-ou-BRCA2-Detection-precoce-du-cancer-du-sein-et-des-annexes-et-strategies-de-reduction-du-risque>
- Institut national du cancer (2018). Le cancer du sein en chiffres. Repéré à <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
- Ives, A., Musiello, T., & Saunders, C. (2012). The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer. *Psycho-Oncology*, 21(7), 754-761. <https://doi.org/10.1002/pon.1970>
- Jabłoński, M. J., Mirucka, B., Streb, J., Słowik, A. J., & Jach, R. (2019). Exploring the relationship between the body self and the sense of coherence in women after surgical treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 28(1), 54-60. <https://doi.org/10.1002/pon.4909>
- Jabłoński, M. J., Streb, J., Mirucka, B., Słowik, A. J., & Jach, R. (2018). The relationship between surgical treatment (mastectomy vs. Breast conserving treatment) and body

- acceptance, manifesting femininity and experiencing an intimate relation with a partner in breast cancer patients. *Psychiatria Polska*, 52(5), 859-872. <https://doi.org/10.12740/PP/91916>
- Jacobs, J. M., Walsh, E. A., Park, E. R., Berger, J., Peppercorn, J., Partridge, A., ... & Greer, J. A. (2020). The Patient's Voice: Adherence, Symptoms, and Distress Related to Adjuvant Endocrine Therapy After Breast Cancer. *International journal of behavioral medicine*, 27, 687-697.
- Jacobs, M., Macefield, R. C., Elbers, R. G., Sitnikova, K., Korfage, I. J., Smets, E. M. A., ... & Sprangers, M. A. G. (2014). Meta-analysis shows clinically relevant and long-lasting deterioration in health-related quality of life after esophageal cancer surgery. *Quality of life research*, 23(4), 1097-1115.
- Jacques, B. (2009). Quitter l'identité de malade, le cas des femmes atteintes de cancer du sein. *Faire face au cancer. Image du corps, image de soi*, Boulogne-Billancourt, Éditions Tikinagan, 47-66.
- Jalabert, A. (s. d.). Devenir père et mère et rester partenaires : Impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple et besoin en information. 96.
- Jamison, R., D, P., Wellisch, D. K., D, P., & Pasnau, R. (s. d.). 432 0002-953X/78/0004-0432\$0.50 © 1978 American Psychiatric Association *Psychosocial Aspects of Mastectomy : I. The Woman's Perspective*.
- Jeffe, D. B., Pérez, M., Cole, E. F., Liu, Y., & Schootman, M. (2016). The effects of surgery type and chemotherapy on early-stage breast cancer patients' quality of life over 2-year follow-up. *Annals of surgical oncology*, 23(3), 735-743. <https://doi.org/10.1245/s10434-015-4926-0>
- Jelovsek, J. E., & Barber, M. D. (2006). Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(5), 1455-1461. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.01.060>
- Jobin, L., Pigeon, M., Anctil, H., Bédard, L., Bergeron, K. M., Druet, C., ... Simpson, A. (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Jodar, M., Jacquin, J.-P., & Vallée, J. (2016). Perception des effets indésirables de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie par les femmes prises en charge pour un cancer du sein. *Thérapies*, 71(3), 263-273. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2016.02.025>
- Johansson, A. C., Axelsson, M., Grankvist, G., Berndtsson, I., & Brink, E. (2018). Symptoms, illness perceptions, self-efficacy and health-related quality of life following colorectal cancer treatment. *Open Journal of Nursing*, 8(9).

- Johansson, S., Svensson, H., & Denekamp, J. (2000). Timescale of evolution of late radiation injury after postoperative radiotherapy of breast cancer patients. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 48(3), 745-750.
- Joly, F., Espié, M., Marty, M., Héron, J.-F., & Henry-Amar, M. (2000). Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy. *British Journal of Cancer*, 83(5), 577-582. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1337>
- Joly, F., Lange, M., Dos Santos, M., Vaz-Luis, I., & Di Meglio, A. (2019). Long-Term Fatigue and Cognitive Disorders in Breast Cancer Survivors. *Cancers*, 11(12), 1896. <https://doi.org/10.3390/cancers11121896>
- Joreskog, K. G. (1969). A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1989). LISREL 7 user's reference guide. Chicago: SPSS Publications.
- Jørgensen, L., Garne, J. P., Søgaaard, M., & Laursen, B. S. (2015). The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer : An interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 612-618. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.009>
- Jørgensen, L., Laursen, B. S., Garne, J. P., Sherman, K. A., & Søgaaard, M. (2016). Prevalence and predictors of distress in women taking part in surgical continuity of care for breast cancer : A cohort study. *European Journal of Oncology Nursing*, 22, 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.004>
- Jørgensen, L., Laursen, B. S., Garne, J. P., Sherman, K. A., & Søgaaard, M. (2016). Prevalence and predictors of distress in women taking part in surgical continuity of care for breast cancer: A cohort study. *European Journal of Oncology Nursing*, 22, 30-36.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (Eds.). (2008). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. John Wiley & Sons.
- Journal of Marketing Research*, Vol. 17, No. 4, p. 407-422.
- Kachel, S., Simpson, A. P., & Steffens, M. C. (2017). Acoustic correlates of sexual orientation and gender-role self-concept in women's speech. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 141(6), 4793-4809.
- Kaptein, M., Markopoulos, P., De Ruyter, B., & Aarts, E. (2015). Personalizing persuasive technologies: Explicit and implicit personalization using persuasion profiles. *International Journal of Human-Computer Studies*, 77, 38-51.
- Karabulut, N., & Erci, B. (2009). Sexual Desire and Satisfaction in Sexual Life Affecting Factors in Breast Cancer Survivors After Mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(3), 332-343. <https://doi.org/10.1080/07347330902979101>

- Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Craver, L. F., & Burchenal, J. H. (1948). The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer*, 1(4), 634-656.
- Kashani, F. L., Vaziri, S., Akbari, M. E., Far, Z. J., & Far, N. S. (2014). Sexual Skills, Sexual Satisfaction and Body Image in Women with Breast Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 206-213. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.358>
- Katie Lee, S. C., & Knobf, M. T. (2015). Primary Breast Cancer Decision-making Among Chinese American Women: Satisfaction, Regret. *Nursing Research*, 64(5), 391-401. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000116>
- Katz, J. L., & Higgins, S. T. (2003). The validity of the reinstatement model of craving and relapse to drug use. *Psychopharmacology*, 168(1), 21-30.
- Kaufmann, J. C. (2004). *L'invention de soi: une théorie de l'identité*. Armand Colin.
- Kerlinger, P., & Lein, M. R. (1986). Differences in winter range among age-sex classes of Snowy Owls *Nyctea scandiaca* in North America. *Ornis Scandinavica*, 1-7.
- Kim, M. K., Kim, T., Moon, H. G., Jin, U. S., Kim, K., Kim, J., Lee, J. W., Kim, J., Lee, E., Yoo, T. K., Noh, D.-Y., Minn, K. W., & Han, W. (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 41(3), 426-432. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2014.12.002>
- King, M. T., Link, E. K., Whelan, T. J., Olivotto, I. A., Kunkler, I., Westenberg, A. H., Gruber, G., Schofield, P., Chua, B. H., & BIG 3-07/TROG 07.01 trial investigators. (2020). Quality of life after breast-conserving therapy and adjuvant radiotherapy for non-low-risk ductal carcinoma in situ (BIG 3-07/TROG 07.01) : 2-year results of a randomised, controlled, phase 3 trial. *The Lancet. Oncology*. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30085-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30085-1)
- Kirkcaldy, B. D., & Kobylinska, E. (1987). Psychological Characteristics of Breast Cancer Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48(1-4), 32-43. <https://doi.org/10.1159/000288030>
- Kirkova, J., Walsh, D., Rybicki, L., Davis, M. P., Aktas, A., Jin, T., & Homsy, J. (2010). Symptom severity and distress in advanced cancer. *Palliative medicine*, 24(3), 330-339.
- Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *Journal of Breast Health*, 12(4), 145-150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brenner, H., & Arndt, V. (2014). Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors-still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the Cancer Survivorship-a multi-regional

- population-based study. *Psycho-Oncology*, 23(5), 547-554.
<https://doi.org/10.1002/pon.3452>
- Kolodziejczyk, A., & Pawłowski, T. (2019). Negative body image in breast cancer patients. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 28(8), 1137-1142.
<https://doi.org/10.17219/acem/103626>
- Koohang, A. (2004). Development and Validation of an Instrument for Assessing Users' Views about the Usability of Digital Libraries. *Issues in Informing Science & Information Technology*, 1.
- Kowalczyk, R., Nowosielski, K., Cedrych, I., Krzystanek, M., Glogowska, I., Streb, J., Kucharz, J., & Lew-Starowicz, Z. (2019). Factors Affecting Sexual Function and Body Image of Early-Stage Breast Cancer Survivors in Poland : A Short-Term Observation. *Clinical Breast Cancer*, 19(1), e30-e39. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.09.006>
- Kramer, J. A., Curran, D., Piccart, M., De Haes, J. C. J. M., Bruning, P., Klijn, J., ... & Paridaens, R. (2000). Identification and interpretation of clinical and quality of life prognostic factors for survival and response to treatment in first-line chemotherapy in advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 36(12), 1498-1506.
- Krychman, M. L., & Katz, A. (2012). Breast Cancer and Sexuality : Multi-modal Treatment Options (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 5-13.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02566.x>
- Kunkel, E. J., Chen, E. I., & Okunlola, T. B. (2002). Psychosocial concerns of women with breast cancer. *Primary Care Update for OB/GYNS*, 9(4), 129-134.
[https://doi.org/10.1016/S1068-607X\(02\)00103-8](https://doi.org/10.1016/S1068-607X(02)00103-8)
- Lacey, J. V., Kreimer, A. R., Buys, S. S., Marcus, P. M., Chang, S.-C., Leitzmann, M. F., Hoover, R. N., Prorok, P. C., Berg, C. D., Hartge, P., & the Prostate, L., Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Project Team. (2009). Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. *BMC Cancer*, 9(1), 84. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-9-84>
- Lachowsky, M. (2012). Qui doit traiter la patiente endométriosique infertile : le fiviste, le chirurgien, ou le psy?. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 40(9), 497-499.
- Lafrance, S. (2004). Se distinguer par la force de nos voix. *Hermes, La Revue*, n° 40(3), 113-116.
- Lafrenaye-Dugas, A. J., & Courtois, F. (2019). Lombalgie chronique et difficultés sexuelles : évaluation, éducation et intervention. *Sexologies*, 28(1), 1-13.
- Lanouzière, J. (2007). Peines de cœur, peines de seins ? *Revue française de psychosomatique*, n° 31(1), 41-58.

- Lapeyre, N., & Le Feuvre, N. (2009). *Avocats et médecins: féminisation et différenciation sexuée des carrières. Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis*. Paris: La Découverte, Coll. Recherches, 424-434.
- Laqueur, T. (1992). *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. Harvard University Press.
- Laqueur, T. (2013). *La fabrique du sexe*. Gallimard.
- Laqueur, T. (2013). *La fabrique du sexe*. Gallimard.
<https://www.numeriquepremium.com/content/books/9782070450787>
- Lasry, J.-C. M., Margolese, R. G., Poisson, R., Shibata, H., Fleischer, D., Lafleur, D., Legault, S., & Taillefer, S. (1987). Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 529-534.
[https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90010-5](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90010-5)
- Laveault, D., & Grégoire, J. (1997, 2e éd. 2002). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Lavoisier, B. (1978). *Mon corps, ton corps, leur corps: Le corps de la femme dans la publicité*. FeniXX.
- Lawshe, C.H. 1975. «A quantitative approach to content validity», *Personnel Psychology*. Vol. 28, p. 563- 575.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*, New York: Springer.
- Le Petit Robert de la langue française, version électronique. 2019. Nouvelle édition de Paul Robert, texte remanié et amplifié sous la direction de Josette Rey-Debove et Alain Rey, accès en ligne : <http://pr.bvdep.com/>
- Le Van, C., Ferrand, M., & Levinson, S. (2008). L'absence d'activité sexuelle : une singularité plurielle. *Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France*. Paris: La Découverte, 333-355.
- Leandro, M. E. (2001). A saúde no prisma dos valores da modernidade. *Trabalhos de antropologia e Etnologia*, 41(3-4).
- Lee, M. C., Bhati, R. S., von Rottenthaler, E. E., Reagan, A. M., Karver, S. B., Reich, R. R., & Quinn, G. P. (2013). Therapy choices and quality of life in young breast cancer survivors : A short-term follow-up. *The American Journal of Surgery*, 206(5), 625-631. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.08.003>
- Lee, M. C., Bhati, R. S., von Rottenthaler, E. E., Reagan, A. M., Karver, S. B., Reich, R. R., & Quinn, G. P. (2013). Therapy choices and quality of life in young breast cancer

- survivors : A short-term follow-up. *The American Journal of Surgery*, 206(5), 625-631. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.08.003>
- Leedy, P.D. et Ormrod, J.E. 2001. « Practical research : Planning and design », 7th, Upper Saddle River, N.J. : Merrill Prentice Hall.
- Lefevre, D., Renard, M., & Renard, M. (2008). *Faut-il avoir honte de l'identité nationale ?* Paris: Larousse.
- Lehto, U. S., Ojanen, M., & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 16(5), 805-816.
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A. et Bonnaud-Antignac, A. (2011). Predicting mental quality of life in breast cancer survivors using comparison participants. *Journal of psychosocial oncology*, 29(4), 430-449.
- Lemieux, J., Maunsell, E., & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: A literature review. *Psycho-Oncology*, 17(4), 317-328. <https://doi.org/10.1002/pon.1245>
- Leroy, T., Gabelle Flandin, I., Habold, D., & Hannoun-Lévi, J.-M. (2012). Impact de la radiothérapie sur la vie sexuelle. *Cancer/Radiothérapie*, 16(5), 377-385. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2012.05.012>
- Lesourd, F. (2002). Des fenêtres attentionnelles temporelles. 21.
- Li, J., Gao, W., Yu, L.-X., Zhu, S.-Y., & Cao, F.-L. (2017). Breast-related stereotype threat contributes to a symptom cluster in women with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1395-1404. <https://doi.org/10.1111/jocn.13698>
- Liberman, A. (2008). *The long view of crime: A synthesis of longitudinal research* (pp. 281-301). New York: Springer.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., Clark, V. L., & Ming, M. E. (2005). Investment in body image among patients diagnosed with or at risk for malignant melanoma. *Body image*, 2(1), 41-51.
- Lindop, E., & Cannon, S. (2001). Experiences of women with a diagnosis of breast cancer: A clinical pathway approach. *European Journal of Oncology Nursing*, 5(2), 91-99. <https://doi.org/10.1054/ejon.2000.0116>
- Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE open medicine*, 4, 2050312116671725.
- Lipiansky, E. M. (1992). *Identité et communication : l'expérience groupale*. Presses universitaires de France-PUF.
- Lipiansky, E.-M. (1993). L'identité dans la communication. *Communication & Langages*, 97(1), 31-37. <https://doi.org/10.3406/colan.1993.2452>

- Lofandjola, J. M., Sumaili, E. K., & Petermans, J. (2017). Fardeau des maladies chroniques en Afrique subsaharienne : plaidoyer pour une mise en place des soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie en République démocratique du Congo. *Ethics, Medicine and Public Health*, 3(3), 374-380.
- Lopresti, M., Rizack, T., & Dizon, D. S. (2018). Sexuality, fertility and pregnancy following breast cancer treatment. *Gland surgery*, 7(4), 404.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1994). *Les Androgynes*. FeniXX.
- Lorenzi-Cioldi, F. (2009). Dominants et dominés. Les identités des collections et des agrégats.
- Lou, Z., Li, Y., Yang, Y., Wang, L., & Yang, J. (2015). Affects of Anxiety and Depression on Health-Related Quality of Life among Patients with Benign Breast Lumps Diagnosed via Ultrasonography in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 10587-10601. <https://doi.org/10.3390/ijerph120910587>
- Löwy, I. (2014). The gender of cancer. *Clio. Women, Gender, History*, 37. <https://doi.org/10.4000/cliowgh.366>
- Luutonen, S., Sintonen, H., Stormi, T., & Salminen, E. (2014). Health-related quality of life during adjuvant radiotherapy in breast cancer. *Quality of Life Research*, 23(4), 1363-1369.
- Mahmood, U., Morris, C., Neuner, G., Koshy, M., Kesmodel, S., Buras, R., Chumsri, S., Bao, T., Tkaczuk, K., & Feigenberg, S. (2012). Similar Survival With Breast Conservation Therapy or Mastectomy in the Management of Young Women With Early-Stage Breast Cancer. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*, 83(5), 1387-1393. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2011.10.075>
- Maladie de Paget du mamelon—Troubles dermatologiques. (s. d.). Édition professionnelle du Manuel MSD. Consulté 18 mars 2020, à l'adresse <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/cancers-cutan%C3%A9s/maladie-de-paget-du-mamelon>
- Manase Lema, V. (2016). Sexual Dysfunction in Premenopausal Women Treated for Breast Cancer—Implications for their Clinical Care. *African Journal of Reproductive Health*, 20(2), 122-128.
- Manderson, L., & Stirling, L. (2007). The absent breast: speaking of the mastectomized body. *Feminism & Psychology*, 17(1), 75-92.
- Manganiello, A., Hoga, L. A. K., Reberte, L. M., Miranda, C. M., & Rocha, C. A. M. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 167-172.
- Mann, C. (2010). *Femmes dans la guerre*. Pygmalion.
- Manneville, F., Rotonda, C., Conroy, T., Bonnetain, F., Guillemin, F., & Omorou, A. Y. (2018). La pratique régulière d'une activité physique : Un déterminant important de la fatigue

- et de la qualité de vie pendant le traitement adjuvant du cancer du sein. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66, S186-S187.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.03.318>
- Mansoor, T., & Abid, S. (2020). Negotiating femininity, motherhood and beauty : Experiences of Pakistani women breast cancer patients. *Asian Journal of Women's Studies*, 26(4), 485-502. <https://doi.org/10.1080/12259276.2020.1859076>
- Marant-Micallef, C. (2015). NOMBRE ET FRACTIONS DE CANCERS ATTRIBUABLES AU MODE DE VIE ET À L'ENVIRONNEMENT EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2015 : RÉSULTATS PRINCIPAUX / NUMBER AND FRACTIONS OF CANCERS ATTRIBUTABLE TO LIFESTYLE AND ENVIRONMENTAL RISK FACTORS IN METROPOLITAN FRANCE IN 2015 : MAIN RESULTS. 7.
- Marc, E. (2005). *Psychologie de l'identité : Soi et le groupe*. Dunod.
- Marc, E. (2005). *Psychologie de l'identité: Soi et le groupe*. Dunod.
- Margolis, G. J., Goodman, R. L., Rubin, A., & Pajac, T. F. (1989). Psychological Factors in the Choice of Treatment for Breast Cancer. *Psychosomatics*, 30(2), 192-197.
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(89\)72300-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(89)72300-8)
- Marino, J. L., Saunders, C. M., Emery, L. I., Green, H., Doherty, D. A., & Hickey, M. (2016). How does adjuvant chemotherapy affect menopausal symptoms, sexual function, and quality of life after breast cancer? *Menopause*, 23(9), 1000-1008.
<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000664>
- Marlowe, F., & Wetsman, A. (2001). Preferred waist-to-hip ratio and ecology. *Personality and Individual Differences*, 30, 481-489.
- Martinez-Ramos, G. P., Biggs, M. J. G., & Lozano, Y. (2013). Quality of life of Latina breast cancer survivors: from silence to empowerment. *Advances in Social Work*, 14(1), 82-101.
- Martin-Juchat, F. (2004). Sexe, genre, et couple en publicité. Une tendance à la confusion. *MEI-Médiation et information*, (20), 61-74.
- Massei, S. (2017). S'engager contre l'enseignement de la « théorie du genre ». *Trajectoires sociales et carrières militantes dans les mouvements anti-« ABCD de l'égalité »*. Genre, sexualité & société, 18, Article 18. <https://doi.org/10.4000/gss.4095>
- Mathelin, C., & Annane, K. (2005). Répercussions somatiques et psychologiques des modifications hormonales liées aux traitements adjuvants des cancers du sein de la femme jeune. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(3), 151-156.
<https://doi.org/10.1007/s10332-005-0075-1>

- Mathews, M. F., Smith, R. M., Sutton, A. J., & Hudson, R. (2000). The ocular impression: A review of the literature and presentation of an alternate technique. *Journal of prosthodontics*, 9(4), 210-216.
- Maulnier, T. (1976). *Le sens des mots*. Flammarion.
- Mazer, N. A., Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (2000). The brief index of sexual functioning for women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause (New York, NY)*, 7(5), 350-363.
- Mazouni, C., Pachet, C., & Rimareix, F. (2009). Indications, conditions de réalisation et techniques de la mastectomie avec reconstruction immédiate dans le cancer du sein. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 37(9), 742-748. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2009.06.005>
- Mazzoni, A., Di Lauria, N., Maggi, L., Salvati, L., Vanni, A., Capone, M., ... & Annunziato, F. (2021). First-dose mRNA vaccination is sufficient to reactivate immunological memory to SARS-CoV-2 in recovered COVID-19 subjects. *The Journal of Clinical Investigation*.
- Mbalè, E., D'Hondt, L., Vastrade, C., & Coppieters, Y. (2020). Perceptions et attitudes des infirmier(e)s en matière de vie affective et sexuelle des patients cancéreux. *Bulletin du Cancer*, 107(12), 1233-1240.
- McDougall, J. (2009). Winnicott, trente-cinq ans après. *Les Lettres de la SPF*, N° 21(1), 23-31.
- McKenney, S. J., & Bigler, R. S. (2016). Internalized sexualization and its relation to sexualized appearance, body surveillance, and body shame among early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 36(2), 171-197. <https://doi.org/10.1177/0272431614556889>
- Mead, G. H. (2006). *L'esprit, le soi et la société* présenté par D. Cefaï et L. Quéré. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of personality assessment*, 76(1), 90-106.
- Metcalfe, K., Lynch, H. T., Ghadirian, P., Tung, N., Olivotto, I., Warner, E., Olopade, O. I., Eisen, A., Weber, B., McLennan, J., Sun, P., Foulkes, W. D., & Narod, S. A. (2004). Contralateral Breast Cancer in BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. *Journal of Clinical Oncology*, 22(12), 2328-2335. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.04.033>
- Miaja, M., Platas, A., & Martinez-Cannon, B. A. (2017). Psychological Impact of Alterations in Sexuality, Fertility, and Body Image in Young Breast Cancer Patients and Their Partners. *Revista de Investigacion Clinica*, 69(4), 111. <https://doi.org/10.24875/RIC.17002279>
- Miller, A. M., Ashing, K. T., Modeste, N. N., Herring, R. P., & Sealy, D.-A. T. (2015). Contextual factors influencing health-related quality of life in African American and

- Latina breast cancer survivors. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 9(3), 441-449. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0420-0>
- Miller G. 1956. «The Magical Number Seven Plus or Minus Two», *The Psychological review*, Vol. 63, p. 81-97.
- Miller L. V., et Goldstein G. (1972) More efficient care of diabetic patients in a country-hospital setting. *The New-England journal of medicine*, 286, 1388-1394.
- Miller, M. J., Xu, L., Qin, J., Hahn, E. E., Ngo-Metzger, Q., Mittman, B., ... & Chao, C. R. (2021). Impact of COVID-19 on cervical cancer screening rates among women aged 21–65 years in a large integrated health care system—Southern California, January 1–September 30, 2019, and January 1–September 30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(4), 109.
- Milne, H. M., Gordon, S., Guilfoyle, A., Wallman, K. E., & Courneya, K. S. (2007). Association between physical activity and quality of life among Western Australian breast cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(12), 1059-1068.
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). Stratégie nationale de santé sexuelle. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- Mirucka, B. (2005). Questionnaire d'auto-corps (échelle JC). *Revue psychologique*, 48 (3), 313-329.
- Mohammadipour, M., & Pidad, F. (2021). Coping Strategies, Locus of Control, and Quality of Life in Patients with Early-Stage Breast Cancer. *The Journal of Psychology*, 155(4), 375-386. <https://doi.org/10.1080/00223980.2020.1816873>
- Molinier, P. (2002). Féminité sociale et construction de l'identité sexuelle : Perspectives théoriques et cliniques en psychodynamique du travail. L'orientation scolaire et professionnelle, 31/4, 565-580. <https://doi.org/10.4000/osp.3438>
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental & clinical cancer research*, 27(1), 1-31.
- Montreuil, Michèle, Tazopoulou, E., & Truelle, S. L. (2009). La qualité de vie ou l'intérêt de la subjectivité de l'opinion individuelle. *Noesis*, 34, 133-143.
- Moore, F. D., VanDevanter, S. B., Boyden, C. M., Lokich, J., & Wilson, R. E. (1974). Adrenalectomy with chemotherapy in the treatment of advanced breast cancer : Objective and subjective response rates; duration and quality of life. *Surgery*, 76(3), 376-390.
- Moore, G.C. et Benbassat, I. 1991. «Development of an Instrument to Measure the Perceptions of Adopting an Information Technology Innovation», *Information Systems Research*, Vol. 2, No. 3, p.192-222.

- Moore, K. L., Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (2011). *The Developing Human E-Book*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Morett Romano Leão, D. C., Pérez Marfil, M. N., García Caro, M. P., Ramos Pereira, E., Costa Rosa Andrade Silva, R. M., Braga Mendonça, A., & Nencetti Pereira Rocha, R. C. (2021). The Importance of Spirituality for Women Facing Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study.
- Moulinier-Brogi, L. (2010, February). Monica H. Green. Making women's medicine masculine: The rise of male authority in pre-modern gynaecology. Oxford, Oxford University Press, 2008, XX-410 p. In *Annales. Histoire, Sciences Sociales* (Vol. 65, No. 1, pp. 191-195). Cambridge University Press.
- Mousavi, S. M., Montazeri, A., Mohagheghi, M. A., Jarrahi, A. M., Harirchi, I., Najafi, M., & Ebrahimi, M. (2007). Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *The breast journal*, 13(4), 383-391.
- Mozère, L. (2005). Devenir-femme chez Deleuze et Guattari. *Cahiers du genre*, (1), 43-62.
- Mozère, L. (2005). Devenir-femme chez Deleuze et Guattari. *Cahiers du Genre*, n° 38(1), 43-62.
- Mujica-Mota, R. E., Roberts, M., Abel, G., Elliott, M., Lyratzopoulos, G., Roland, M., & Campbell, J. (2015). Common patterns of morbidity and multi-morbidity and their impact on health-related quality of life: evidence from a national survey. *Quality of Life Research*, 24(4), 909-918.
- Munshi, A., Dutta, D., Kakkar, S., Budrukhar, A., Jalali, R., Sarin, R., Gupta, S., Parmar, V., & Badwe, R. (2010). Comparison of early quality of life in patients treated with radiotherapy following mastectomy or breast conservation therapy : A prospective study. *Radiotherapy and Oncology*, 97(2), 288-293. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2010.04.008>
- Mussen, P.H. Conger, J.J., Kagan, J., & Huston, A.C. (1990). *Child development and personality*, seventh edition, New York, Harper Collins.
- Muzzatti, B., & Annunziata, M. A. (2017). Body image assessment in oncology : An update review. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 1019-1029. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3538-y>
- Neyrand, G. (2019). *La mère n'est pas tout!*-1001BB n° 163: Reconfiguration des rôles et perspectives de cosocialisation. Eres.
- Nicolas, A., Launay, D., Duprez, C., Citerne, I., Morell-Dubois, S., Sobanski, V., ... & Sanges, S. (2021). Impact de l'angioedème héréditaire sur les activités de la vie quotidienne, la sphère émotionnelle et la qualité de vie des patients. *La Revue de Médecine Interne*.
- Ninot, G. (2019). La qualité de vie liée à la santé dans les maladies chroniques. *La qualité de vie: Approches psychologiques*, 117.

- Ninot, G., Delignières, D., & Fortes, M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *Staps*, 53, 35-48.
- Noal, S., Levy, C., Hardouin, A., Rieux, C., Heutte, N., Ségura, C., Collet, F., Allouache, D., Switsters, O., Delcambre, C., Delozier, T., Henry-Amar, M., & Joly, F. (2011). One-Year Longitudinal Study of Fatigue, Cognitive Functions, and Quality of Life After Adjuvant Radiotherapy for Breast Cancer. *International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics*, 81(3), 795-803. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2010.06.037>
- Novakov, I., Popović-Petrović, S., Ilinčić-Zlata, S., Tatić, M., & Ševo, M. (2021). What contributes the most to the breast cancer patients' quality of life during therapy—clinical factors, functional and affective state, or social support?. *Vojnosanitetski preglod*, 78(4).
- Nunnally, J. C. 1979. «Psychometrie theory», New-York: McGraw-Hill.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, J. (1994). *Psychometric theory*. McGraw Hill, New York
- Oberguggenberger, A., Martini, C., Huber, N., Fallowfield, L., Hubalek, M., Daniaux, M., Sperner-Unterweger, B., Holzner, B., Sztankay, M., Gamper, E., & Meraner, V. (2017). Self-reported sexual health : Breast cancer survivors compared to women from the general population - an observational study. *BMC Cancer*, 17(1), 599. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3580-2>
- Offodile, A. C., Tsai, T. C., Wenger, J. B., & Guo, L. (2015). Racial disparities in the type of postmastectomy reconstruction chosen. *Journal of Surgical Research*, 195(1), 368-376. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.01.013>
- Ogden, J., & Lindridge, L. (2008). The Impact of Breast Scarring on Perceptions of Attractiveness : An Experimental Study. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 303-310. <https://doi.org/10.1177/1359105307088132>
- Okoli, C., & Pawlowski, S. D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & management*, 42(1), 15-29.
- Oksuzyan, A., Juel, K., Vaupel, J. W., & Christensen, K. (2008). Men : Good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging clinical and experimental research*, 20(2), 91-102.
- Olsson, M., Nilsson, M., Fugl-Meyer, K., Petersson, L.-M., Wennman-Larsen, A., Kjeldgård, L., Alexanderson, K., & Kjeldgård, L. (2017). Life satisfaction of women of working age shortly after breast cancer surgery. *Quality of Life Research*, 26(3), 673-684. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1479-z>
- Omorou, Y., Rotonda, C., Conroy, T., & Guillemin, F. (2019). Rôle causal de la fatigue sur la détérioration de la qualité de vie pendant la chimiothérapie pour cancer du sein :

- Application des modèles structuraux marginaux. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67, S125-S126. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.03.083>
- Organisation Mondiale de la santé (1998) Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. Genève, Suisse : OMS éditions.
- Organisation mondiale de la santé (2002). Facteurs de risques de cancer. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organisation Mondiale de la Santé. Working Group 1994.
- Ortner S. (1974), « Is female to male as nature is to culture? », in R.Osald M. Z. et Lamphere L. (dir.), *Woman, Culture and Society*, Stanford, Stanford University Press, p. 67-88
- Oudsten, B. L. D., Heck, G. L. V., Steeg, A. F. W. V. der, Roukema, J. A., & Vries, J. D. (2010). Clinical factors are not the best predictors of quality of sexual life and sexual functioning in women with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19(6), 646-656. <https://doi.org/10.1002/pon.1610>
- Ozkan, T., & Lajunen, T. (2005). Masculinity, Femininity, and the Bem Sex Role Inventory in Turkey. *Sex Roles*, 52(1-2), 103-110. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-1197-4>
- Palmonari, A., & Doise, W. (1986). Caractéristiques des représentations sociales. L'étude des représentations sociales, 12-33.
- Papadopoulos, N. A., Lellé, J.-D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A.-K., Machens, H.-G., & Schaff, J. (2017). Quality of Life and Patient Satisfaction Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 721-730. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022>
- Park, H. Y., Kim, J. H., Choi, S., Kang, E., Oh, S., Kim, J. Y., & Kim, S. W. (2015). Psychological effects of a cosmetic education programme in patients with breast cancer : Cosmetic education programme for patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 24(4), 493-502. <https://doi.org/10.1111/ecc.12290>
- Parson, T., & Bales, R. F. *Family, socialization an interaction process*. New York: Free Press, 1955.
- Parton, C. M., Ussher, J. M., & Perz, J. (2016). Women's Construction of Embodiment and the Abject Sexual Body After Cancer. *Qualitative Health Research*, 26(4), 490-503. <https://doi.org/10.1177/1049732315570130>
- Pazhoohi, F., & Liddle, J. R. (2012). Identifying feminine and masculine ranges for waist-to-hip ratio. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 6(2), 227.

- Peeters, G. (1992). Evaluative meanings of adjectives invitro and in context-some theoretical implications and practical consequences of positive-negative asymmetry and behavioraladaptive concepts of evaluation. *Psychologica Belgica*, 32(2), 211-231.
- Penha, T. R. L., Botter, B., Heuts, E. M., Voogd, A. C., von Meyenfeldt, M. F., & van der Hulst, R. R. (2016). Quality of life in patients with breast cancer-related lymphedema and reconstructive breast surgery. *Journal of reconstructive microsurgery*, 32(06), 484-490.
- Perez Carrion R, Alberola Cv, Calabresi F, Michel Rt, Santos R, Delozier T, Goss P, Mauriac L, Feuilhade F, Freue M, Pannuti F, Van Belle S, Martinez J, Wehrle E and Royce Cm. (1994). Comparison of the selective aromatase inhibitor formestane with tamoxifen as first-line hormonal therapy in postmenopausal women with advanced breast cancer. *Ann. Oncol.*, 5, S19 - S24.
- Pérez, J. E., & Smith, A. R. (2015). Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 183-193.
- Perez-Sousa, M. A., Olivares, P. R., Escobar-Alvarez, J. A., Parraça, J. A., & Gusi, N. (2018). Fitness as mediator between weight status and dimensions of health-related quality of life. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-9.
- Perkins, F. M., & Kehlet, H. (2000). Chronic Pain as an Outcome of Surgery. *Anesthesiology*, 93(4), 1123-1133. <https://doi.org/10.1097/00000542-200010000-00038>
- Pérol, D., Toutenu, P., Lefranc, A., Régnier, V., Chvetzoff, G., Saltel, P., & Chauvin, F. (2007). L'éducation thérapeutique en cancérologie: vers une reconnaissance des compétences du patient. *Bulletin du cancer*, 94(3), 267-274.
- Perret, V., & Josserand, E. (2003). Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations (No. Halshs-00536558).
- Perrot, M. (2020). *Les femmes ou les silences de l'histoire*. Flammarion.
- Perz, J., & Ussher, J. M. (2008). "The horror of this living decay" : Women's negotiation and resistance of medical discourses around menopause and midlife. *Women's Studies International Forum*, 31(4), 293-299. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2008.05.003>
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer : Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science & Medicine*, 16(4), 483-491. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90057-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90057-0)
- Peto, J. (2001). Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature*, 411(6835), 390-395. <https://doi.org/10.1038/35077256>
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., & Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of psychosomatic research*, 47(6), 537-543.

- Petronis, V., Carver, C., Antoni, M., & Weiss, S. (2003). Investment in Body Image and Psychosocial Well-Being Among Women Treated for Early Stage Breast Cancer : Partial Replication and Extension. *Psychology & Health - PSYCHOL HEALTH*, 18, 1-13. <https://doi.org/10.1080/0887044021000020941>
- Pett, M. A., Lackey, N. R., & Sullivan, J. J. (2003). Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research. sage.
- PhD, S. L., PhD, P. T., PhD, A. F., & PhD, A. B.-A. (2011). Predicting Mental Quality of Life in Breast Cancer Survivors Using Comparison Participants. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29(4), 430-449. <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.582635>
- Pikler, V., & Winterowd, C. (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health psychology*, 22(6), 632.
- Pinault, P., Fischesser, A., & Maïdi, H. (2011). De la sexualité de la femme atteinte d'un cancer du sein. *La Lettre du cancérologue (Boulogne)*, 20(7), 460-462.
- Pinsonneault, A., & Kraemer, K. (1993). Survey research methodology in management information systems: an assessment. *Journal of management information systems*, 10(2), 75-105.
- Pintado, S., & Andrade, S. (2017). Randomized controlled trial of mindfulness program to enhance body image in patients with breast cancer. *European Journal of Integrative Medicine*, 12, 147-152. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2017.05.009>
- Piot-Ziegler, C., Sassi, M. L., Raffoul, W., & Delaloye, F. J. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychologist*, 15(3), 479-51.
- Pirenne-Delforge, V. (2010). Nourricières d'immortalité: Déméter, Héra et autres déesses en pays grec. *Paedagogica Historica*, 46(6), 685-697.
- Piro, M., Zeldow, P. B., Knight, S. J., Mytko, J. J., & Gradishar, W. J. (2001). The Relationship Between Agentic and Communal Personality Traits and Psychosocial Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9.
- Pluchino, N., Wenger, J. M., Petignat, P., Tal, R., Bolmont, M., Taylor, H. S., & Bianchi-Demicheli, F. (2016). Sexual function in endometriosis patients and their partners: Effect of the disease and consequences of treatment. *Human Reproduction Update*, 22(6), 762-774. doi:10.1093/humupd/dmw031
- Poinsot, R., Brédart, A., This, P., de La Rochefordière, A., & Dolbeault, S. (2005). Impact sur la qualité de vie et la sexualité du traitement hormonal chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(3), 161-169. <https://doi.org/10.1007/s10332-005-0077-z>

- Pouchot J, Ecosse E (2001). Interprétation des résultats des mesures de qualité de vie. In : Lplège 1, Coste J (ed). Mesure de la santé perçue et de la qualité de vie : méthodes et application. ESTEM, Paris, p 313-333.
- Pouillès, J. M., & Ribot, C. (2005). Cancer du sein et risque d'ostéoporose—Breast cancer and risk of osteoporosis. *M ISE AU POINT*, 6.
- Poulin-Dubois, D., & Serbin, L. (2006). La connaissance des catégories de genre et des stéréotypes sexués chez le jeune enfant. *Enfance*, 58(3), 283-292.
- Prates, A. C. L., Freitas-Junior, R., Prates, M. F. O., Veloso, M. de F., & Barros, N. de M. (2017). Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia*, 39(4), 175-183. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1601453>
- Prather, C., Fuller, T. R., Jeffries IV, W. L., Marshall, K. J., Howell, A. V., Belyue-Umole, A., & King, W. (2018). Racism, African American women, and their sexual and reproductive health: a review of historical and contemporary evidence and implications for health equity. *Health equity*, 2(1), 249-259.
- Preacher, K. J., et Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40(3), 879–891.
- Prisack, H.-B., Karreman, C., Modlich, O., Audretsch, W., Danae, M., Rezai, M., & Bojar, H. (2005). Predictive Biological Markers for Response of Invasive Breast Cancer to Anthracycline / Cyclophosphamide-based Primary (Radio-)Chemotherapy. *ANTICANCER RESEARCH*, 7.
- Pruyn, J. F. A., Van Den Borne, H. W., De Reuver, R. S. M., De Boer, M. F., Bosman, L. J., & De Jong, P. C. (1988). The locus of control scale for cancer patients. *Tijdschrift Voor Sociale Gezondheidszorg*, 66, 404-408.
- Pruzinsky, T. (2004). Enhancing quality of life in medical populations: A vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image*, 1(1), 71-81. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00010-X](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00010-X)
- Rabin, E. G., Heldt, E., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. (2008). Quality of life predictors in breast cancer women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 53-57. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.06.003>
- Rannou, S., Guirimand, N., Cartron, L., du Fraval, F. T., Sahbatou, Y., Lagrange, J. L., ... & Besson, C. (2011). Le vécu de l'annonce d'un cancer à l'ère du dispositif d'annonce. *Psycho-oncologie*, 5(4), 227-234.
- Rajabi, F. M., Ishaghi, S. R., Tabesh, P., Ramezani, M. A., Mehrzad, V., & Motamedi, N. (2012). Marital satisfaction and mental health status in patients with breast cancer. *Journal of Research in Medical Sciences*, 4.

- Raque-Bogdan, T. L., Piontkowski, S., Hui, K., Ziemer, K. S., & Garriot, P. O. (2016). Selfcompassion as a mediator between attachment anxiety and body appreciation: An exploratory model. *Body Image*, 19, 28-36. doi:10.1016/j.bodyim.2016.08.001
- Rasclé, N., & Irachabal, S. (2001). Médiateurs et médiateurs: implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, 64(2), 97-118.
- Regnier-Denois, V., Poirson, J., Pouyalet, F. S., & Chauvin, F. (2009). La chimiothérapie par voie orale: représentations et pratiques des oncologues et des patients. *Psycho-oncologie*, 3(3), 168-175.
- Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique. 85, 9.
- Reidunsdatter, R. J., Oldervoll, L., Rannestad, T., & Lundgren, S. (2011, January). Fatigue after radiotherapy treatment for breast cancer—possible predictors. In *Psychology & Health* (vol. 26, pp. 54-54). 2-4 park square, milton park, abingdon or14 4rn, oxon, england: taylor & francis ltd.
- Reidunsdatter, R. J., Rannestad, T., Frengen, J., Frykholm, G., & Lundgren, S. (2011). Early effects of contemporary breast radiation on health-related quality of life—Predictors of radiotherapy-related fatigue. *Acta Oncologica*, 50(8), 1175-1182.
- Reise, S. P., Waller, N. G., & Comrey, A. L. (2000). Factor analysis and scale revision. *Psychological assessment*, 12(3), 287.
- Rejeski, W. J., & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences*, 56(suppl_2), 23-35.
- Restelli, S. (2007). The psychosocial factors influencing the onset of pain after breast cancer surgery : An exploratory study. *Psycho-oncologie*, 1(2), 119-124.
- Ricadat, E., & Taieb, L. (2017). Après le cancer du sein : Un féminin à reconstruire. Albin Michel.
- Richard, J. F., Bonnet, C., Ghiglione, R., Bromberg, M., Beauvois, J. L., Doise, W., & Deschamps, J. C. (1990). *Traité de psychologie cognitive: cognition, représentation, communication*. Dunod.
- Richter, J., Schwarz, M., & Bauer, B. (2008). Personality characteristics determine health-related quality of life as an outcome indicator of geriatric inpatient rehabilitation. *Current gerontology and geriatrics research*, 2008.
- Rim, C. H., Ahn, S.-J., Kim, J. H., Yoon, W. S., Chun, M., Yang, D. S., Lee, J.-H., Kim, K., Kong, M., Kim, S., Kim, J., Park, K. R., Shin, Y.-J., Ma, S. Y., Jeong, B.-K., Kim, S. S., Kim, Y. B., Lee, D. S., & Cha, J. (2017). An assessment of quality of life for early phase after adjuvant radiotherapy in breast cancer survivors : A Korean multicenter survey (KROG 14–09). *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0673-1>

- Rinfret, N., & Lévesque, M. F. (2000). Comparaison transculturelle d'une analyse psychométrique du Personal Attributes Questionnaire (PAQ). *Science et Comportement*, 28(2), 185-202.
- Rivera, L. M., & Margevich, A. K. (2021). Implicit ethnic-racial self-stereotyping's relation to children's body mass index and diet: The moderating role of self-esteem. *Stigma and Health*.
- Roblyer, M. D., & Wiencke, W. R. (2003). Design and use of a rubric to assess and encourage interactive qualities in distance courses. *The American journal of distance education*, 17(2), 77-98.
- Rocławska, A. R. (2015). Quality of life of women after mastectomy. *Psychoonkologia*, 19(3), 116-124. <https://doi.org/10.5114/pson.2015.57171>
- Rogers, M., & Kristjanson, L. J. (2002). The impact on sexual functioning of chemotherapy-induced menopause in women with breast cancer. *Cancer nursing*, 25(1), 57-65.
- Rosenberg M., 1965, *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosman, S. (2004). L'expérience de la fatigue chez les malades atteints de cancer. *Santé publique*, 16(3), 509-520.
- Roussel, P. (2005). Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquête. *Management des Ressources Humaines: Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, 245-276.
- Roussel, P., Durrieu, F., Campoy, E., & El Akremi, A. (2005). Analyse des effets linéaires par modèles d'équations structurelles. *Management des ressources humaines-Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, Roussel P., Wacheux F. de Boeck, 298-324.
- Russell K. K., 2003, « 'Driving While Black': Corollary phenomena and collateral consequences », in Free M. D. (ed.), *Racial Issues in Criminal Justice. The Case of African Americans*, New York, Praeger, p. 97-111.
- Russell, R., & Winkworth, K. (2009). Significance 2.0 : A guide to assessing the significance of collections. <https://www.bcin.ca/bcin/detail.app?id=428910&>
- Sackey, H., Sandelin, K., Frisell, J., Wickman, M., & Brandberg, Y. (2010). Ductal carcinoma in situ of the breast. Long-term follow-up of health-related quality of life, emotional reactions and body image. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 36(8), 756-762. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2010.06.016>
- Saghatchian, M., & Lesur, A. (2019). Gestion des effets secondaires de l'hormonothérapie du cancer du sein chez la femme jeune. *Bulletin du Cancer*, 106(12), S37-S42.
- Saint-Salvi, B. (2017). Évaluation de deux interactions médicamenteuses faisant intervenir une enzyme distincte et de leurs conséquences sur la morbi-mortalité. *Bulletin de*

- l'Académie Nationale de Médecine, 201(1), 359-379. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30506-0](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30506-0)
- Salonen, P., Kellokumpu-Lehtinen, P. L., Tarkka, M. T., Koivisto, A. M., & Kaunonen, M. (2011). Changes in quality of life in patients with breast cancer. *Journal of clinical nursing*, 20(1-2), 255-266.
- Santos, D. B., & Vieira, E. M. (2014). Sexual scripts among Brazilian women living with breast cancer. *Sexologies*, 23(1), e1 -e4. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.12.006>
- Santos, P. C. (2017). Physical activity and self-esteem during pregnancy.
- Sarwer, D. B., & Cash, T. F. (2008). Body image: interfacing behavioral and medical sciences.
- Schérer, R. (1998). Représenter, jeu d'enfant. Notes disjointes sur le livre de Corinne Enaudeau : Là-bas comme ici, le paradoxe de la représentation, NRF Gallimard, 1998. Chimères. *Revue des schizoanalyses*, 35(1), 185-186.
- Schildler P (1968) L'image du corps. Gallimard
- Schmitt, C., deMalartic, C. M., Morel, O., & Ramseyer, F. (2021). L'évaluation de la santé sexuelle des femmes porteuses d'endométriose. *Sexologies*.
- Schoormans, D., Mulder, B. J., van Melle, J. P., Pieper, P. G., van Dijk, A. P., Sieswerda, G. T., ... & Sprangers, M. A. (2014). Illness perceptions of adults with congenital heart disease and their predictive value for quality of life two years later. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(1), 86-94.
- Schover, L. R. (2005). *Sexuality and Fertility after Cancer*.
- Sergesketter, A. R., Thomas, S. M., Lane, W. O., Shammass, R. L., Greenup, R. A., & Hollenbeck, S. T. (2019). The Influence of Marital Status on Contemporary Patterns of Postmastectomy Breast Reconstruction. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 72(5), 795-804. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.12.012>
- Serin, D., Dilhuydy, J. M., Romestaing, P., Guiochet, N., Gledhill, J., Bret, P., Savary, J., & Flinois, A. (2004). 'Parcours de Femme 2001' : A French opinion survey on overall disease and everyday life management in 1870 women presenting with gynecological or breast cancer and their caregivers. *Annals of Oncology*, 15(7), 1056-1064. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdh265>.
- Sertöz, Ö. Ö., Mete, E. H., Noyan, A., Alper, M., & Kapkaç, M. (2004). Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275.
- Sharma, K., Grant, D., Parikh, R., & Myckatyn, T. (2016). Race and Breast Cancer Reconstruction : Is There a Health Care Disparity? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(2), 354-361. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000002344>

- Sheppard, C., Hallam-Jones, R. et Wylie, K. (2008). Why have you both come? Emotional, relationship, sexual and social issues raised by heterosexual couples seeking sexual therapy (in women referred to a sexual difficulties clinic with a history of vulval pain). *Sexual and Relationship Therapy*, 23(3), 217-226.
- Sherman, K. A., & Shaw, L. K. E. (2018). Body image and the cancer treatment trajectory. In *Body image care for cancer patients: principles and practices* (pp. 105-127). Oxford University Press.
- Simchowitz, B., Shiman, L., Spencer, J., Brouillard, D., Gross, A., Connor, M., & Weingart, S. N. (2010). Perceptions and experiences of patients receiving oral chemotherapy. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(4).
- Simmons, R. M., & Osborne, M. P. (1999). The evaluation of high risk and pre-invasive breast lesions and the decision process for follow up and surgical intervention. *Surgical Oncology*, 8(2), 55-65. [https://doi.org/10.1016/S0960-7404\(99\)00030-4](https://doi.org/10.1016/S0960-7404(99)00030-4)
- Simon, S., Evans, J. S., Benjamin, A., Delano, D., & Bates, D. (2009). Patients' attitudes toward electronic health information exchange: qualitative study. *Journal of medical Internet research*, 11(3), e30.
- Sjövall, K., Attner, B., Lithman, T., Noreen, D., Gunnars, B., Thomé, B., & Olsson, H. (2009). Influence on the health of the partner affected by tumor disease in the wife or husband based on a population-based register study of cancer in Sweden. *Journal of Clinical Oncology*, 27, 4781-4786.
- Skrzypulec, V., Tobor, E., Drosdzol, A., & Nowosielski, K. (2009). Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 613-619. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02476.x>
- Smith, F. D. (2016). Perioperative Care of the Transgender Patient. *AORN Journal*, 103(2), 151-163. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.12.003>
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination : A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 116-128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.003>
- Sonino, N., Bonnini, S., Fallo, F., Boscaro, M., & Fava, G. A. (2006). Personality characteristics and quality of life in patients treated for Cushing's syndrome. *Clinical endocrinology*, 64(3), 314-318.
- Spearman, F. H. (1904). *The Strategy of Great Railroads*. C. Scribner's sons.
- Spencer, S. M., Lehman, J. M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C. S., Antoni, M. H., Derhagopian, R. P., & Ironson, G. (s. d.). Concerns About Breast Cancer and Relations to Psychosocial Well-Being in a Multiethnic Sample of Early-Stage Patients. 10.
- Sprangers, M. A., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., te Velde, A., Muller, M., ... & Aaronson, N. K. (1996). The European Organization for Research and Treatment of

- Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *Journal of clinical oncology*, 14(10), 2756-2768.
- Stapleton, J. M., Poirier, M. P., Flouris, A. D., Boulay, P., Sigal, R. J., Malcolm, J., & Kenny, G. P. (2015). Aging impairs heat loss, but when does it matter? *Journal of Applied Physiology*, 118(3), 299-309.
- Stead, M. L. (2003). Sexual dysfunction after treatment for gynaecologic and breast malignancies. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 15(1), 57-61. <https://doi.org/10.1097/00001703-200302000-00009>
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate behavioral research*, 25(2), 173-180.
- Stephen, I. D., & McKeegan, A. M. (2010). Lip colour affects perceived sex typicality and attractiveness of human faces. *Perception*, 39(8), 1104-1110.
- Sterne, J. A., Egger, M., & Smith, G. D. (2001). Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. *Bmj*, 323(7304), 101-105.
- Stets J. E., Burke P. J., "Identity Theory and Social Identity Theory", *Social Psychology Quarterly*, vol.63, n°3, 2000, pp.224-237.
- Stokes, R., & Frederick-Recascino, C. (2003). Women's perceived body image: relations with personal happiness. *Journal of Women & Aging*, 15(1), 17-29.
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 220-226.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender*, vol. 1, New York, Science House. *Recherches sur l'identité sexuelle*.
- Straub, D., Boudreau, M. C., & Gefen, D. (2004). Validation guidelines for IS positivist research. *Communications of the Association for Information systems*, 13(1), 24.
- Straub, D.W. 1989. «Validating Instruments in MIS Research», *MIS Quarterly*, Vol.13 , No. 2, 14/-169.
- Sulimani-Aidan, Y., & Rimmerman, A. (2015). Beyond medical diagnosis : Factors contributing to life satisfaction of women with epilepsy in Israel. *Epilepsy & Behavior*, 45, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.02.042>
- Sultan, A., Choudhary, V., & Parganiha, A. (2017). Worsening of rest-activity circadian rhythm and quality of life in female breast cancer patients along progression of chemotherapy cycles. *Chronobiology International*, 34(5), 609-623. <https://doi.org/10.1080/07420528.2017.1286501>
- Suwankhong, D., & Liamputtong, P. (2018). Physical and Emotional Experiences of Chemotherapy : A Qualitative Study among Women with Breast Cancer in Southern

- Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*: APJCP, 19(2), 521-528.
<https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.2.521>
- Tap, P. (1985). Appropriation du corps et identité culturelle. In *Colloque International Activités physiques et identité culturelle chez l'enfant et chez le jeune. Année Internationale de l'Enfance. Conférence introductive, non publié.*
- Tap, P. (1991). Socialisation et construction de l'identité personnelle. *La socialisation de l'enfance à l'adolescence*, 49-74.
- Tap, P. (s. d.). MASCULIN ET FÉMININ CHEZ L'ENFANT. 231.
- Taquet, A. (2005). Cancer du sein et sexualité. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(3), 170-174. <https://doi.org/10.1007/s10332-005-0078-y>
- Tarantini, L., Cioffi, G., Gori, S., Tuccia, F., Boccardi, L., Bovelli, D., Lestuzzi, C., Maurea, N., Oliva, S., Russo, G., & Faggiano, P. (2012). Trastuzumab Adjuvant Chemotherapy and Cardiotoxicity in Real-World Women With Breast Cancer. *Journal of Cardiac Failure*, 18(2), 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2011.10.015>
- Tassin, S., Bragard, I., THOMMESSEN, M., & PITCHOT, W. (2011). Aspects psycho-sociaux du cancer du sein. *Revue Médicale de Liège*, 66(5-6), 315-319.
- Tastan, S., Hatipoglu, S., Iyigun, E., & Kilic, S. (2012). Implementation of a clinical pathway in breast cancer patients undergoing breast surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 368-374. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.07.003>
- Taylor, J. F., Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1994). Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Archives of sexual behavior*, 23(6), 627-643.
- Taylor, M. E., Perez, C. A., Halverson, K. J., Kuske, R. R., Philpott, G. W., Garcia, D. M., Mortimer, J. E., Myerson, R. J., Radford, D., & Rush, C. (1995). Factors influencing cosmetic results after conservation therapy for breast cancer. *International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics*, 31(4), 753-764. [https://doi.org/10.1016/0360-3016\(94\)00480-3](https://doi.org/10.1016/0360-3016(94)00480-3)
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation*. Sage.
- Tedeschi, Richard G., and Lawrence G. Calhoun. "Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry* 15.1 (2004): 1-18.
- Teh, Y.-C., Shaari, N. E. N., Taib, N. A., Ng, C.-H., See, M.-H., Tan, G.-H., Jamaris, S., & Yip, C.-H. (2014). Determinants of Choice of Surgery in Asian Patients with Early Breast Cancer in A Middle-Income Country. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(7), 3163-3167. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.7.3163>
- Testé, B., & Simon, K. (s. d.). Valeur affective et utilité sociale des traits dans les stéréotypes de genre, le soi féminin et le soi masculin. 15.

- Thambyrajah, C., Herold, J., Altman, K., & Llewellyn, C. (2010). "Cancer doesn't mean curtains": Benefit finding in patients with head and neck cancer in remission. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(6), 666-682.
- The effect of selected socio-medical factors on quality of life and psychosexual functioning... - Abstract—Europe PMC. (s. d.). Consulté 23 septembre 2019, à l'adresse <https://europepmc.org/abstract/med/27141607>
- Thibeault, C., & Sabo, B. M. (2012). Art, archetypes and alchemy : Images of self-following treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 153-157. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.04.009>
- Tierney, D. K. (2008). Sexuality : A Quality-of-Life Issue for Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2008.02.001>
- Tiezzi, M. F. B. da M., de Andrade, J. M., Romão, A. P. M. S., Tiezzi, D. G., Lerri, M. R., Carrara, H. A. H., & Lara, L. A. S. (2017). Quality of Life in Women With Breast Cancer Treated With or Without Chemotherapy. *Cancer Nursing*, 40(2), 108-116. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000370>
- Tinari, N., Fanizza, C., Romero, M., Gambale, E., Moschetti, L., Vaccaro, A., Seminara, P., Longo, F., Gori, S., Vici, P., Gamucci, T., Mauri, M., Laudadio, L., Nuzzo, A., Fabbri, M. A., Fattoruso, S. I., Mazzilli, L., Grassadonia, A., Cianchetti, E., & Natoli, C. (2015). Identification of Subgroups of Early Breast Cancer Patients at High Risk of Nonadherence to Adjuvant Hormone Therapy : Results of an Italian Survey. *Clinical Breast Cancer*, 15(2), e131-e137. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2014.10.005>
- TNM Classification of Malignant Tumours—Google Livres. (s. d.). Consulté 20 juillet 2021, à l'adresse https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=642GDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP12&dq=brierley+2017&ots=dAKWXIHGqh&sig=9JwRGRT5DdJbqYUArvpQzdRyaS8&redir_esc=y#v=onepage&q=brierley%202017&f=false
- Tojib, D. R., & Sugianto, L. F. (2006). Content validity of instruments in IS research. *Journal of Information Technology Theory and Application (JITTA)*, 8(3), 5.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16.
- Tran, K., Zomer, S., Chadder, J., Earle, C., Fung, S., Liu, J., ... & Green, E. (2018). Measuring patient-reported outcomes to improve cancer care in Canada: an analysis of provincial survey data. *Current Oncology*, 25(2), 176-179.
- Trépos, J. Y. (1996). *La sociologie de l'expertise* (p. 128). Puf.
- Trudel, G., Dargis, L., Villeneuve, L., Cadieux, J., Boyer, R., & Prévile, M. (2014). Fonctionnement conjugal, sexuel et psychologique des couples aînés vivant à domicile : Les résultats d'une enquête nationale avec méthodologie longitudinale

- (deuxième partie). *Sexologies*, 23(2), 52-68.
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.03.006>
- Tsai, Y.-J., Lin, P.-Y., Chiang, Y.-C., Chen, Y.-C., Kuo, P.-J., & Kuo, Y.-R. (2016). Breast reconstruction modality and outcomes after mastectomy. *Formosan Journal of Surgery*, 49(1), 9-14. <https://doi.org/10.1016/j.fjs.2015.06.003>
- Tsuchiya, M., Horn, S., & Ingham, R. (2013). Positive changes in Japanese breast cancer survivors: a qualitative study. *Psychology, health & medicine*, 18(1), 107-116.
- Tsuchiya, Miyako, Sandra Horn, and Roger Ingham. "Positive changes in Japanese breast cancer survivors: a qualitative study." *Psychology, health & medicine* 18.1 (2013): 107-116.
- Turoff, M., & Linstone, H. A. (2002). The Delphi method-techniques and applications.
- Untas, A., Koleck, M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. [/data/revues/00332984/v57i2/S0033298412000210/. https://www.em-consulte.com/en/article/728146](https://www.em-consulte.com/en/article/728146)
- Ussher, J. M., Perz, J., & Parton, C. (2015). Sex and the menopausal woman: A critical review and analysis. *Feminism & Psychology*, 25(4), 449-468.
- Uysal, N., Toprak, F. Ü., Kutlutsürkan, S., & Erenel, A. Ş. (2018). Symptoms Experienced and Information Needs of Women Receiving Chemotherapy. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(2), 178-183. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_69_17
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662.
- Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International journal of psychology*, 25(2), 305-316.
- van der Zee, J., González, D., van Rhoon, G. C., van Dijk, J. D., van Putten, W. L., & Hart, A. A. (2000). Comparison of radiotherapy alone with radiotherapy plus hyperthermia in locally advanced pelvic tumours: a prospective, randomised, multicentre trial. *The Lancet*, 355(9210), 1119-1125.
- Vanlemmens, L., Duprez, C., Lesur, A., Kaci, F. A., Congard, A., Antoine, P., ... & Christophe, V. (2014). Concerns about sexuality of young women with breast cancer and their partners. *Annals of Oncology*, 25, iv481.
- Vanlerenberghe, E., Sedda, A.-L., & Ait-Kaci, F. (2015). Cancers de la femme, sexualité et approche du couple. *Bulletin du Cancer*, 102(5), 454-462. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2015.02.008>

- Vernette, É. (1991). L'efficacité des instruments d'études: évaluation des échelles de mesure. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 6(2), 43-65.
- Vidal, C. (2014). *Féminin Masculin. Mythes et idéologies*. Humensis.
- Villar, R. R., Fernández, S. P., Garea, C. C., Pillado, M. T. S., Barreiro, V. B., & Martín, C. G. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
- Vouillot, F. (2002). Construction et affirmation de l'identité sexuée et sexuelle : Éléments d'analyse de la division sexuée de l'orientation. Présentation. L'orientation scolaire et professionnelle, 31/4, 485-494. <https://doi.org/10.4000/osp.3388>
- Wang, S., Hung, K., & Li, M. (2018). Development of measurement scale for functional congruity in guest houses. *Tourism Management*, 68, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2018.02.018>
- Watkins, C. E. Jr. (2012). The study of men in short-term and long-term psychodynamic psychotherapy: A brief research note. *Psychoanalytic Psychology*, 29, 429-439.
- Webber, K., Mok, K., Bennett, B., Lloyd, A. R., Friedlander, M., Juraskova, I., & Goldstein, D. (2011). If I Am in the Mood, I Enjoy It : An Exploration of Cancer-Related Fatigue and Sexual Functioning in Women with Breast Cancer. *The Oncologist*, 16(9), 1333-1344. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0100>
- Wengström, Y., Häggmark, C., Strander, H., & Forsberg, C. (2000). Perceived symptoms and quality of life in women with breast cancer receiving radiation therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 4(2), 78-88. <https://doi.org/10.1054/ejon.1999.0052>
- Wenzel, L., Vergote, I., & Cella, D. (2003). Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies : Special considerations for patient care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 83, 211-229. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)90123-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)90123-8)
- White, I. D. (2015). Sexual Difficulties after Pelvic Radiotherapy : Improving Clinical Management. *Clinical Oncology*, 27(11), 647-655. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2015.06.018>
- Wiggins, J. S., & Holzmüller, A. (1981). Further evidence on androgyny and interpersonal flexibility. *Journal of Research in Personality*, 15(1), 67-80.
- Willits, F. K., Theodori, G. L., & Luloff, A. E. (2016). Another Look at Likert Scales. 31, 15.
- Wojciszke, B. (2005). Morality and competence in person-and self-perception. *European review of social psychology*, 16(1), 155-188.
- Wolf, J., Müller-Decker, K., Flechtenmacher, C., Zhang, F., Shahmoradgoli, M., Mills, G. B., Hoheisel, J. D., & Boettcher, M. (2014). An in vivo RNAi screen identifies SALL1 as

- a tumor suppressor in human breast cancer with a role in CDH1 regulation. *Oncogene*, 33(33), 4273-4278. <https://doi.org/10.1038/onc.2013.515>
- Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L., & Losawatkul, S. (2006). Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 29(3), 250-257. <https://doi.org/10.1097/00002820-200605000-00014>
- Woolf, Virginia, *Un lieu à soi*, trad. Marie Darrieussecq (Paris: Denoël, 2016)
- World Cancer Research Fund (WCRF)/American Institute for Cancer Research (AICR) (2007) *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. AICR: Washington, DC
- World Cancer Research Fund (WCRF)/American Institute for Cancer Research (AICR) (2009) *Policy and Action for Cancer Prevention. Food, Nutrition and Physical Activity: A Global Perspective*. AICR: Washington, DC
- World Health Organization (2021) *Breast cancer– Report of a WHO Working Group*. Repéré à <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838.
- Wyper, M. A. (1990). Breast self-examination and the health belief model : Variations on a theme. *Research in Nursing & Health*, 13(6), 421-428. <https://doi.org/10.1002/nur.4770130610>
- Xiao, L., Wu, Z., Luo, W., & Wei, X. (2010). Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 53(Suppl 1), S116.
- Yang, E. J., Kim, S.-W., Heo, C.-Y., & Lim, J.-Y. (2011). Longitudinal changes in sexual problems related to cancer treatment in Korean breast cancer survivors : A prospective cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 19(7), 909-918. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0885-y>
- Yen, N. P., Kamariah, A. S., Hw, N. P., & Huang, T. N. (2009). Employers' Feedback on Business Graduates and Curtin Graduate Attributes: An Exploratory Study in Curtin Sarawak. In *Proceedings of Asian Business Research Conference*.
- Yuce Sari, S., Guler, O. C., Gultekin, M., Akkus Yildirim, B., Onal, C., Ozyigit, G., & Yildiz, F. (2019). Radiotherapy After Skin-Sparing Mastectomy and Implant-Based Breast Reconstruction. *Clinical Breast Cancer*, 19(5), e611-e616. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2019.04.002>
- Zeighami Mohammadi, S., Mohammad Khan, S., & Zohreh Vanaki, K. (2018). Reconstruction of feminine identity : The strategies of women with breast cancer to cope with body

- image altered. *International Journal of Women's Health*, 10, 689-697.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S181557>
- Zhang, P., Li, C.-Z., Wu, C.-T., Jiao, G.-M., Yan, F., Zhu, H.-C., & Zhang, X.-P. (2017). Comparison of immediate breast reconstruction after mastectomy and mastectomy alone for breast cancer: A meta-analysis. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 43(2), 285-293. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2016.07.006>
- Zourabichvili François — (2003). *Le vocabulaire de Deleuze*. Paris, Ellipses.

ANNEXES

Table des Annexes

Annexe 1.	Cancer du sein : signes et symptômes, dépistage, diagnostic	3
Annexe 2.	Liste des mots clés recensés dans l'étude 1	6
Annexe 3.	La version originale de l'EVF	9
Annexe 4.	L'EVF présentés aux étudiants de psychologie lors de la validité de contenu ..	17
Annexe 5.	Validation de l'EVF en ligne	29
Annexe 6.	Fiche d'information publiée dans plusieurs groupes de réseaux sociaux.	42
Annexe 7.	Valeurs du CVR pour chaque item de l'EVF	43
Annexe 8.	Analyses descriptives de l'EVF avant l'analyse factorielle exploratoire.....	52
Annexe 9.	Validation de l'EVF pour l'analyse confirmatoire.....	54
Annexe 10.	Analyses descriptives de l'EVF avant l'analyse factorielle confirmatoire	59
Annexe 11.	Le questionnaire TF en anglais et traduit en français.....	61
Annexe 12.	L'échelle sur le vécu de la féminité après sa validation.....	63
Annexe 13.	Flyer d'information de l'étude 3 diffusés dans des groupes de réseaux sociaux	70
Annexe 14.	Consentement pour l'enregistrement de l'entretien	71
Annexe 15.	Grille de l'entretien de l'étude 3	72
Annexe 16.	Questionnaires présentés dans l'étude 3.....	74
Annexe 17.	Notice d'information sur les réseaux sociaux	106
Annexe 18a.	L'autorisation de la RGPD	107
Annexe 18b.	Autorisation du CER	108

Annexe 1. Cancer du sein : signes et symptômes, dépistage, diagnostic

A. Signes et symptômes

Plusieurs signes et symptômes peuvent être observés chez les femmes atteintes d'un cancer du sein avant leur diagnostic (INCa, 2013) :

- Présence d'une masse dans le sein constamment présente et qui ne rétrécit pas ou ne disparaît pas au cours du cycle menstruel. Lors d'une autopalpation, les femmes peuvent avoir la sensation que cette masse est fixée à la peau ou à la paroi thoracique et qu'il est impossible de la déplacer. Cette masse paraît dure, a une forme irrégulière et est différente du reste du tissu mammaire. Généralement elle n'est pas douloureuse, mais peut être sensible ce qui induit une sensation désagréable.
- Présence d'une masse à l'aisselle (dans le creux axillaire). Cela peut être le signe d'une propagation du cancer aux ganglions lymphatiques. Bien que souvent indolores, elles peuvent également être sensibles ;
- Changement de la taille ou de la forme du sein ;
- Changement de la peau du sein. Elle devient capitonnée ou plissée. On peut également observer des rougeurs ou enflures, ainsi qu'une chaleur accrue (ressemblant à une infection). Par ailleurs, le sein ou le mamelon peuvent démanger sans soulagement. Ce signe est moins fréquent que la masse dans le sein ou à l'aisselle ;
- Changement du mamelon. Il peut arriver que chez certaines femmes, il y ait un inversement de la direction de pointage du mamelon ou un écoulement sans raison apparente ;

- On peut également observer une formation de croûtes, d'ulcères ou une peau qui pèle sur le mamelon. C'est le cas pour certains types rares de cancer du sein comme la maladie de Paget du mamelon.

B. Le dépistage

Le dépistage consiste à vérifier, si la maladie est présente chez des personnes ne présentant aucun signe ou symptômes. Détecter un cancer du sein à un stade précoce augmente les chances de réussite du traitement puisqu'il est traité précocement (INCa, 2015).

Actuellement, le dépistage du cancer du sein est recommandé aux Françaises de 50 à 74 ans qui présentent un risque moyen. Différents niveaux de risque existent (INCa,2015) :

- « Moyen » : femmes qui ont l'âge comme facteur de risque (dès 50 ans) ;
- « Élevé » : femmes ayant un risque particulier (antécédent de cancer, anomalies du sein, exposition à une radiation thoracique à haute dose) ;
- « Très élevé » : femmes présentant certaines prédispositions génétiques (BRCA 1 ou 2).

Tous les deux ans, les femmes de 50 à 74 ans sont invitées à faire pratiquer une mammographie et un examen clinique chez un radiologue agréé.

C. Le diagnostic

Un bon nombre des épreuves effectuées pour établir le diagnostic initial du cancer et déterminer le stage de la maladie sont employées. Les examens serviront à vérifier l'état de santé général et planifier les traitements. Ces épreuves ou examens sont les suivants (INCa, 2013) :

- Les épreuves diagnostiques : Recensement des antécédents médicaux (personnels et familiaux), examen physique (recherche de signes), mammographie, échographie et biopsie (prélèvement de cellules ou de tissus).
- Les épreuves de stadification et autres tests ou examens : biopsie ou évidement ganglionnaire axillaire (intervention chirurgicale visant à extraire les ganglions axillaires), analyses sanguines, scintigraphie, échographie, radiographie ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Ces examens servent également à vérifier la propagation du cancer du sein aux autres organes (sang, os, foie, poumon).

Annexe 2. Liste des mots clés recensés dans l'étude 1

Image du corps =18

Attraction physique
Image du corps
Poitrine
Corps
Résultats cosmétiques
Perception
Cosmétique du sein
Somatisation
Perception de l'image corporelle
Effets physiques
Sentiment de déformation
Mutilation
Sentiment / résultats cosmétiques
Perception du sein
Défiguration psychique
Perte du sein
Sein
Cicatrice

Identité n=6

Féminité
Personnalité
Perception de la féminité
Identité
Acceptation de soi
Soi-même

Qualité de vie =32

Qualité de vie
Anxiété
Dépression
Fatigue
Détresse
Espoir
Traumatisme
Colère
Bien-être
Peur de la récurrence
Symptômes de la maladie
Phobie
Satisfaction de la vie
Douleur

Vie quotidienne
Symptômes et signes
Etat d'esprit
Emotions
Préoccupation
Réévaluation de sa maladie et/ou de son traitement
Changement de perspective
Expériences et sentiments
Situation actuelle du patient
Acceptation
Changement
Impact de l'événement
Approche psychosociale
Approche biomédicale
Autonomie
Conséquences des traitements
Rang de préoccupation

Sexualité =11

Sexualité
Contraception
Fréquence des rapports sexuels
Fonction sexuelle
Relations intimes
Santé sexuelle
Plaisir sexuel
Relations sexuelles
Érotisme
Excitabilité
Satisfaction sexuelle

Besoin =1

Besoin d'information

Prise de décision =3

Conflit de décision
Décision sur sa maladie
Motif de la décision

Social =7

Soutien social
Gestion des proches (Famille, Ami(e))
Satisfaction conjugale
Ajustement conjugal
Activité sociale
Couple

Relation avec les professionnels de la santé

Items éliminés =29

Enquête sociodémographique
Grossesse
Fertilité
Ménopause
Expérience de vie
Disparités raciales
Auto-efficacité
Après le traitement
Santé mentale
Locus de contrôle
Futur
Rôle
Cognitif
Réintégration psychologique et sociale
Troubles schizophréniques
Cas problématiques
Expériences des femmes enceintes
Religion
Finances
Données psychologiques et socioculturelles
Se sentir différent
Ressources
Peur de mourir
Se sentir différent
Libération
Processus de vieillissement
Mort
Spiritualité
Informations reçues
Information
Informations reçues sur les effets secondaires

Annexe 3. La version originale de l'EVF

	1 <i>(Tout à fait d' accord)</i>	2 <i>(D' accord)</i>	3 <i>(Plutôt d' accord)</i>	4 <i>(Indifférent)</i>	5 <i>(Plutôt pas d' accord)</i>	6 <i>(Pas d' accord)</i>	7 <i>(Pas du tout d' accord)</i>
1. Vous vous êtes sentie bien dans votre corps de femme	1	2	3	4	5	6	7
2. Vous aurez aimé être plus féminine	1	2	3	4	5	6	7
3. Vous n'avez eu aucune gêne à vous dévoiler devant votre entourage	1	2	3	4	5	6	7
4. Faire des tâches socialement reconnues comme étant des tâches féminines ne vous dérange pas (<i>ex. tâches ménagères</i>)	1	2	3	4	5	6	7
5. Vous avez eu envie de rapprochements intimes (<i>baiser, câlin, caresses</i>)	1	2	3	4	5	6	7
6. Vous vous êtes sentie belle sans maquillage	1	2	3	4	5	6	7
7. Vous pensez avoir des atouts physiques	1	2	3	4	5	6	7

8. Vos rapprochements intimes vous ont paru importants	1 <i>(Tout à fait d' accord)</i>	2 <i>(D' accord)</i>	3 <i>(Plutôt d' accord)</i>	4 <i>(Indifférent)</i>	5 <i>(Plutôt pas d' accord)</i>	6 <i>(Pas d' accord)</i>	7 <i>(Pas du tout d' accord)</i>
9. Faire des tâches socialement reconnues comme étant des tâches masculines ne vous dérange pas (<i>ex. réparer quelque chose</i>)							
10. Vous avez pris autant soin de vous que vous l'aviez voulu	1	2	3	4	5	6	7
11. Les marques physiques accumulées au cours de votre vie vous ont embarrassé (<i>ex. vergetures, cicatrices, cellulite, etc...</i>)	1	2	3	4	5	6	7
12. La fréquence de vos rapprochement intimes (<i>baisers, câlins, caresses</i>) ne vous a pas satisfaite	1	2	3	4	5	6	7
13. Vous pensez avoir beaucoup de défauts féminins	1	2	3	4	5	6	7
14. Vous vous êtes sentie à l'aise en présence de vos proches	1	2	3	4	5	6	7

15. Vous avez ressenti le besoin de paraître plus féminine que vous ne l'êtes déjà	1 <i>(Tout à fait d' accord)</i>	2 <i>(D' accord)</i>	3 <i>(Plutôt d' accord)</i>	4 <i>(Indifférent)</i>	5 <i>(Plutôt pas d' accord)</i>	6 <i>(Pas d' accord)</i>	7 <i>(Pas du tout d' accord)</i>
16. Vous vous êtes sentie moins désirable	1	2	3	4	5	6	7
17. Vous avez eu l'impression que vos besoins de femmes n'ont pas été pris en compte	1	2	3	4	5	6	7
18. Vous vous êtes trouvée belle lorsque vous étiez nue	1	2	3	4	5	6	7
19. Vous avez eu l'impression qu'en tant que femme, votre place était remise en question au sein de votre vie quotidienne	1	2	3	4	5	6	7
20. Vous avez eu du mal à montrer votre corps à votre partenaire	1	2	3	4	5	6	7
21. Vous avez ressenti du désir pour quelqu'un	1	2	3	4	5	6	7
22. Vous avez eu la sensation d'avoir échoué dans votre vie de femme	1	2	3	4	5	6	7

23. Vous vous êtes sentie jolie à travers le regard des autres	1 <i>(Tout à fait d' accord)</i>	2 <i>(D' accord)</i>	3 <i>(Plutôt d' accord)</i>	4 <i>(Indifférent)</i>	5 <i>(Plutôt pas d' accord)</i>	6 <i>(Pas d' accord)</i>	7 <i>(Pas du tout d' accord)</i>
24. Vous pensez avoir beaucoup de qualités féminines	1	2	3	4	5	6	7
25. Le(s) rapprochement(s) intime(s) vous ont gêné	1	2	3	4	5	6	7
26. Vous pensez avoir été trop exigeante avec vous-même	1	2	3	4	5	6	7
27. Vous pensez être autant capable que n'importe quelle femme	1	2	3	4	5	6	7
28. Votre reflet dans le miroir vous a gêné	1	2	3	4	5	6	7
29. Vous avez eu l'impression de ne pas être comprise en tant que femme	1	2	3	4	5	6	7
30. Vous avez été satisfaite de la fréquence de vos relations sexuelles	1	2	3	4	5	6	7
31. Vous avez ressenti des douleurs ou des désagréments pendant un acte sexuel	1	2	3	4	5	6	7

32. Il vous est arrivé de penser que vous n'étiez pas à la hauteur en tant que femme	1 <i>(Tout à fait d' accord)</i>	2 <i>(D' accord)</i>	3 <i>(Plutôt d' accord)</i>	4 <i>(Indifférent)</i>	5 <i>(Plutôt pas d' accord)</i>	6 <i>(Pas d' accord)</i>	7 <i>(Pas du tout d' accord)</i>
33. Il vous est arrivé de jalouser vos proches du même sexe que vous	1	2	3	4	5	6	7
34. Votre apparence vous a satisfaite de manière générale	1	2	3	4	5	6	7
35. Vous avez la sensation que vos proches vous voient comme la femme que vous pensez être	1	2	3	4	5	6	7
36. Vous avez adopté une attitude positive envers vous-même	1	2	3	4	5	6	7
37. Votre corps de femme ne vous a posé aucun problème d'ordre biologique et physique	1	2	3	4	5	6	7
38. Vous avez eu la sensation d'être moins bien qu'une de vos amies	1	2	3	4	5	6	7
39. Vous avez eu peur d'être jugée en tant que femme	1	2	3	4	5	6	7
40. Lors d'un acte sexuel il vous est arrivé de penser plus plaisir à votre partenaire plutôt qu'au votre	1	2	3	4	5	6	7

	1 <i>(Tout à fait d' accord)</i>	2 <i>(D' accord)</i>	3 <i>(Plutôt d' accord)</i>	4 <i>(Indifférent)</i>	5 <i>(Plutôt pas d' accord)</i>	6 <i>(Pas d' accord)</i>	7 <i>(Pas du tout)</i>
41. Vous ne vous êtes pas trouvée jolie							
42. Vous avez eu la sensation d'être une femme désirée	1	2	3	4	5	6	7
43. Vous avez eu la sensation d'avoir fait des choses bien dans votre vie de femme	1	2	3	4	5	6	7
44. Vous avez ressenti des gênes (<i>ex. maux de tête, sécheresse vaginale, douleur, etc..</i>) pendant ou juste après un rapport sexuel	1	2	3	4	5	6	7
45. Vous vous êtes sentie mal à l'aise ou inconfortable dans votre corps	1	2	3	4	5	6	7
46. Vous vous êtes sentie libre de parler de vos désirs sexuels avec votre partenaire	1	2	3	4	5	6	7
47 Vous n'avez pas aimé pas la femme que vous êtes	1	2	3	4	5	6	7
48. Vous évalueriez vos relations sexuelles comme globalement satisfaisantes	1	2	3	4	5	6	7
49. Votre corps de femme vous a occasionné des douleurs ou des désagréments	1	2	3	4	5	6	7

50. Vous vous êtes sentie bien dans votre identité en tant que femme	1 <i>(Tout à fait d' accord)</i>	2 <i>(D' accord)</i>	3 <i>(Plutôt d' accord)</i>	4 <i>(Indifférent)</i>	5 <i>(Plutôt pas d' accord)</i>	6 <i>(Pas d' accord)</i>	7 <i>(Pas du tout d' accord)</i>
51. Vous avez pu vous autoriser d'exprimer vos désirs sexuels	1	2	3	4	5	6	7
52. Vous êtes fière de vous en tant que femme	1	2	3	4	5	6	7
53. Vous avez eu la sensation que votre famille respecte votre place de femme	1	2	3	4	5	6	7
54. Vous avez préféré choisir des tenues vestimentaires qui cachent volontaires des parties de votre corps	1	2	3	4	5	6	7
55. Vous vous êtes fait plaisir en portant des tenues vestimentaires qui vous plaisent	1	2	3	4	5	6	7
56. Vous êtes satisfaite d'être une femme	1	2	3	4	5	6	7
57. Vous n'avez pas eu, ou très peu eu de désir sexuel envers quelqu'un	1	2	3	4	5	6	7
58. Vous avez eu la sensation d'être aussi bien que n'importe quelle autre femme	1	2	3	4	5	6	7

59. Vous avez pensé ou agi en accord avec qui vous êtes en tant que femme	1 <i>(Tout à fait d' accord)</i>	2 <i>(D' accord)</i>	3 <i>(Plutôt d' accord)</i>	4 <i>(Indifférent)</i>	5 <i>(Plutôt pas d' accord)</i>	6 <i>(Pas d' accord)</i>	7 <i>(Pas du tout d' accord)</i>
60. Votre famille vous apporte ce dont vous avez besoin en tant que femme	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 4. L'EVF présentés aux étudiants de psychologie lors de la validité de contenu

Echelle sur le Vécu de votre Féminité (EVF)

Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer le vécu de la féminité chez les femmes dont la langue maternelle est le français.

Consigne : Vous allez évaluer la pertinence des items d'un questionnaire sur le vécu de la féminité. Pouvez-vous s'il vous plait entourer pour chaque item la réponse qui vous convient le mieux. Les réponses vont de 1 à 3. Pour chaque item veuillez entourer une seule réponse.

1 étant « non pertinent », 2 étant « important, mais non essentiel » et 3 étant « essentiel ».

Vous remarquerez qu'il y a une 4^{ème} colonne intitulée « remarques, suggestions ». Veuillez la remplir uniquement si vous le jugez nécessaire. Son remplissage n'est donc pas indispensable. A la fin du questionnaire vous trouverez également un espace blanc réservé pour vos remarques et vos recommandations d'ajouts d'item. Vous aurez alors une seconde occasion pour nous communiquer vos remarques éventuelles.

Nous aimerions construire un questionnaire sur le vécu de la féminité chez les femmes. Pour le valider en psychologie et pour qu'il puisse être utilisé dans des études scientifiques, nous souhaitons connaître votre avis en tant que futur psychologue clinicien. Ce questionnaire sera validé sous un likert à 7 points comme le montre l'exemple ci-dessous. Les participantes devront répondre au questionnaire en se référant à leur vécu ces 4 dernières semaines.

	1 <i>(Tout à fait d' accord)</i>	2 <i>(D' accord)</i>	3 <i>(Plutôt d' accord)</i>	4 <i>(Indifférent)</i>	5 <i>(Plutôt pas d' accord)</i>	6 <i>(Pas d' accord)</i>	7 <i>(Pas du tout d' accord)</i>
1. Vous vous êtes sentie bien dans votre corps de femme	1	2	3	4	5	6	7

Nous vous sollicitons, car nous aimerions pour vous demander votre avis à l'égard de chaque item. Le but de cette étude est de savoir si vous pensez que nos items choisis sont pertinents ou non.

Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas prendre part à cette recherche, vous pouvez à tout moment arrêter de remplir le questionnaire. Sachez que toutes vos réponses seront anonymes.

Conformément à l'article 7 du même règlement, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation (plainte) à la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>

Je suis disponible et je réponds à toutes vos questions et/ou remarques sur cette étude par mail :

Gaëlle BONGEOT : gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr

Par avance, nous vous remercions de votre participation !

Données sociodémographiques

Pour commencer, veuillez répondre à l'ensemble des questions suivantes, qui concernent des informations générales à votre sujet.

▪ Homme ☐ Femmes ☐

• Quel âge avez-vous ?

▪ Quelle est votre profession ?

▪ Quel est votre plus haut diplôme ?

▪ Votre langue maternelle est:

Le français ☐

Autre ☐

▪ Quel est votre statut marital ?

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| - En couple | ☐ |
| - Célibataire | ☐ |
| - Séparé | ☐ |
| - Veuf(ve) | ☐ |
| - Autres (précisez) | ☐ |

Au cours des 4 dernières semaines :

	1 <i>(Non pertinent)</i>	2 <i>(Pertinent, mais non essentiel)</i>	3 <i>(Essentiel)</i>	Remarques, suggestions
1. Vous vous êtes sentie bien dans votre corps de femme	1	2	3	
2. Vous aurez aimé être plus féminine	1	2	3	
3. Vous n'avez eu aucune gêne à vous dévoiler devant votre entourage	1	2	3	
4. Faire des tâches socialement reconnues comme étant des tâches féminines ne vous dérange pas (<i>ex. tâches ménagères</i>)	1	2	3	
5. Vous avez eu envie de rapprochements intimes (<i>baiser, câlin, caresses</i>)	1	2	3	
6. Vous vous êtes sentie belle sans maquillage	1	2	3	

7. Vous pensez avoir des atouts physiques	1 <i>(Non pertinent)</i>	2 <i>(Pertinent, mais non essentiel)</i>	3 <i>(Essentiel)</i>	Remarques, suggestions
8. Vos rapprochements intimes vous ont paru importants	1	2	3	
9. Faire des tâches socialement reconnues comme étant des tâches masculines ne vous dérange pas (<i>ex. réparer quelque chose</i>)	1	2	3	
10. Vous avez pris autant soin de vous que vous l'aviez voulu	1	2	3	
11. Les marques physiques accumulées au cours de votre vie vous ont embarrassé (<i>ex. vergetures, cicatrices, cellulite, etc...</i>)	1	2	3	
12. La fréquence de vos rapprochement intimes (<i>baisers, câlins, caresses</i>) ne vous a pas satisfaite	1	2	3	

13. Vous pensez avoir beaucoup de défauts féminins	1 <i>(Non pertinent)</i>	2 <i>(Pertinent, mais non essentiel)</i>	3 <i>(Essentiel)</i>	Remarques, suggestions
14. Vous vous êtes sentie à l'aise en présence de vos proches	1	2	3	
15. Vous avez ressenti le besoin de paraître plus féminine que vous ne l'êtes déjà	1	2	3	
16. Vous vous êtes sentie moins désirable	1	2	3	
17. Vous avez eu l'impression que vos besoins de femmes n'ont pas été pris en compte	1	2	3	
18. Vous vous êtes trouvée belle lorsque vous étiez nue	1	2	3	
19. Vous avez eu l'impression qu'en tant que femme, votre place était remise en question au sein de votre vie quotidienne	1	2	3	

20. Vous avez eu du mal à montrer votre corps à votre partenaire	1 <i>(Non pertinent)</i>	2 <i>(Pertinent, mais non essentiel)</i>	3 <i>(Essentiel)</i>	Remarques, suggestions
21. Vous avez ressenti du désir pour quelqu'un	1	2	3	
22. Vous avez eu la sensation d'avoir échoué dans votre vie de femme	1	2	3	
23. Vous vous êtes sentie jolie à travers le regard des autres	1	2	3	
24. Vous pensez avoir beaucoup de qualités féminines	1	2	3	
25. Le(s) rapprochement(s) intime(s) vous ont gêné	1	2	3	
26. Vous pensez avoir été trop exigeante avec vous-même	1	2	3	

27. Vous pensez être autant capable que n'importe quelle femme	1 <i>(Non pertinent)</i>	2 <i>(Pertinent, mais non essentiel)</i>	3 <i>(Essentiel)</i>	Remarques, suggestions
28. Votre reflet dans le miroir vous a gêné	1	2	3	
29. Vous avez eu l'impression de ne pas être comprise en tant que femme	1	2	3	
30. Vous avez été satisfaite de la fréquence de vos relations sexuelles	1	2	3	
31. Vous avez ressenti des douleurs ou des désagréments pendant un acte sexuel	1	2	3	
32. Il vous est arrivé de penser que vous n'étiez pas à la hauteur en tant que femme	1	2	3	
33. Il vous est arrivé de jalouser vos proches du même sexe que vous	1	2	3	
34. Votre apparence vous a satisfaite de manière générale	1	2	3	

35. Vous avez la sensation que vos proches vous voient comme la femme que vous pensez être	1 <i>(Non pertinent)</i>	2 <i>(Pertinent, mais non essentiel)</i>	3 <i>(Essentiel)</i>	Remarques, suggestions
36. Vous avez adopté une attitude positive envers vous-même	1	2	3	
37. Votre corps de femme ne vous a posé aucun problème d'ordre biologique et physique	1	2	3	
38. Vous avez eu la sensation d'être moins bien qu'une de vos amies	1	2	3	
39. Vous avez eu peur d'être jugée en tant que femme	1	2	3	
40. Lors d'un acte sexuel il vous est arrivé de penser plus plaisir à votre partenaire plutôt qu'au votre	1	2	3	
41. Vous ne vous êtes pas trouvée jolie	1	2	3	

42. Vous avez eu la sensation d'être une femme désirée	1 <i>(Non pertinent)</i>	2 <i>(Pertinent, mais non essentiel)</i>	3 <i>(Essentiel)</i>	Remarques, suggestions
43. Vous avez eu la sensation d'avoir fait des choses bien dans votre vie de femme	1	2	3	
44. Vous avez ressenti des gênes <i>(ex. maux de tête, sécheresse vaginale, douleur, etc..)</i> pendant ou juste après un rapport sexuel	1	2	3	
45. Vous vous êtes sentie mal à l'aise ou inconfortable dans votre corps	1	2	3	
46. Vous vous êtes sentie libre de parler de vos désirs sexuels avec votre partenaire	1	2	3	
47 Vous n'avez pas aimé pas la femme que vous êtes	1	2	3	
48. Vous évalueriez vos relations sexuelles comme globalement satisfaisantes	1	2	3	

49. Votre corps de femme vous a occasionné des douleurs ou des désagréments	1 <i>(Non pertinent)</i>	2 <i>(Pertinent, mais non essentiel)</i>	3 <i>(Essentiel)</i>	Remarques, suggestions
50. Vous vous êtes sentie bien dans votre identité en tant que femme	1	2	3	
51. Vous avez pu vous autoriser d'exprimer vos désirs sexuels	1	2	3	
52. Vous êtes fière de vous en tant que femme	1	2	3	
53. Vous avez eu la sensation que votre famille respecte votre place de femme	1	2	3	
54. Vous avez préféré choisir des tenues vestimentaires qui cachent volontaires des parties de votre corps	1	2	3	
55. Vous vous êtes fait plaisir en portant des tenues vestimentaires qui vous plaisent	1	2	3	

56. Vous êtes satisfaite d'être une femme	1 <i>(Non pertinent)</i>	2 <i>(Pertinent, mais non essentiel)</i>	3 <i>(Essentiel)</i>	Remarques, suggestions
57. Vous n'avez pas eu, ou très peu eu de désir sexuel envers quelqu'un	1	2	3	
58. Vous avez eu la sensation d'être aussi bien que n'importe quelle autre femme	1	2	3	
59. Vous avez pensé ou agi en accord avec qui vous êtes en tant que femme	1	2	3	
60. Votre famille vous apporte ce dont vous avez besoin en tant que femme	1	2	3	

Veillez noter ici vos remarques générales et votre recommandation d'ajouts d'items :

La passation est à présent terminée. Je vous remercie pour votre participation ! Pour toutes questions ou sollicitations, veuillez s'il vous plait vous adresser à l'adresse suivante : gaelle.bongeot@gmail.com

Je vous en remercie.

Annexe 5. Validation de l'EVF en ligne

Validation d'un questionnaire sur le vécu de la féminité dans le cadre d'une thèse en psychologie de la santé.

Mesdames, bonjour

Nous aimerions vous solliciter pour répondre à des questions sur le vécu de la féminité qui ne vous prendra que quelques minutes (10-15 min). Le but est de valider le questionnaire en psychologie. Pour le remplir, vous devez être une femme française et avoir entre 20 et 60 ans.

Ce questionnaire a été créé dans le cadre d'une thèse en psychologie de la santé réalisée par Gaëlle BONGEOT auprès de l'Université Jean-Jaurès de Toulouse (31).

Si vous avez des questions, vous pouvez les poser à l'adresse mail qui vous sera communiqué à la fin du questionnaire.

Nous vous remercions pour votre participation.

Consentement

Bonjour,

Vous allez participer à la validation d'un questionnaire sur la féminité.

Le chercheur titulaire responsable scientifique du projet est Florence SORDES, Maître de conférences, HDR en psychologie de la santé. Responsable de l'axe psychologique de la santé

(CERPPS) florence.sordes@univ-tlse2.fr. Laboratoire CERPPS, Université de Toulouse 2 Jean- Jaurès, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse.

Le but de l'étude est de valider un questionnaire sur la féminité sur la population générale. Cette étude est proposée à toutes les femmes ayant entre 20 et 60 ans.

Ce que l'on attend de vous : Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez interrogée une seule fois. Il vous sera proposé de remplir un questionnaire et un recueil de donnée socio démographique.

Engagement de la participante : Afin de participer à cette étude, vous devez être une femme, en capacité de comprendre le français et avoir entre 20 et 60 ans.

Vos droits de vous retirer à tout moment : Votre participation à cette recherche est complètement volontaire. Vous ne recevrez aucune récompense pour votre participation. À tout moment, vous pourrez retirer votre participation à cette étude. Votre éventuel retrait (ou refus de participation) n'aura aucune conséquence sur vous.

Votre droit de retrait : si vous décidez de vous retirer de l'étude après votre participation, il vous faudra simplement quitter la page internet sur laquelle vous vous trouvez. Conformément au Règlement Européen (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, l'Université de Toulouse Jean Jaurès (UT2J) vous informe de la mise en œuvre d'un traitement données à caractère personnel vous concernant. La mise en conformité de ce traitement a été accompagnée par le délégué à la protection des données de l'UT2J. Pour tout renseignement complémentaire : dpo@univ-tlse2.fr

- Les finalités de ce traitement sont l'étude de : « Le retentissement psychologique des traitements contre le cancer du sein : une mise à mal de la féminité ? »

Conformément à l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, ce traitement relève du consentement des personnes concernées. Les personnels de l'université habilités à traiter vos données et à assurer leur sécurité sont membres

du : Laboratoire CERPPS de l'Université Toulouse-Jean Jaurès. La durée de conservation des données personnelles concernées par ce traitement est de 5 années. Au-delà de cette période, toutes les données à caractère personnel vous concernant seront effacées. Toute personne concernée par ce traitement de données à caractère personnel peut accéder et obtenir copie des données la concernant, s'opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Afin d'exercer ces droits, le délégué à la protection des données (DPO) de l'université sera votre interlocuteur via l'adresse électronique : dpo@univ-tlse2.fr. Conformément à l'article 7 du même règlement, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation (plainte) à la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>

Les données recueillies dans cet acte d'engagement font état du recueil du consentement entre le responsable du traitement et la personne concernée par ce traitement.

Vos droits de poser des questions à tout moment : Vous pouvez obtenir des informations supplémentaires concernant les objectifs ou la nature de l'étude ou encore les résultats en contactant l'investigatrice par e-mail (gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr)

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée : La plupart des données recueillies dans la présente étude constituent des données sensibles (e.g., données sociodémographiques, données sexuelles). Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité. Votre identité sera voilée à l'aide d'un code participant. Tout autre renseignement qui puisse révéler votre identité ne sera dévoilé. Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé à l'Université de Toulouse Jean Jaurès et seuls le responsable scientifique et les chercheurs adjoints en Psychologie de la Santé y auront accès. Après votre

participation, vous avez le droit à tout moment de demander que vos données soient rectifiées ou détruites. Dans ce cas, il faudra contacter Gaëlle BONGEOT (Email : gaelle.bongeat@univ-tlse2.fr).

Diffusion : Les résultats de cette étude pourraient être publiés dans des revues scientifiques nationales ou internationales ainsi que dans des colloques et autres conférences. Seuls les résultats généraux seront présentés, aucune donnée permettant de vous identifier ne saurait être divulguée.

Déontologie et éthique : Cette étude respecte le code de déontologie des psychologues pour la recherche en psychologie, et notamment les articles 47 et 51 concernant le droit des participants.

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

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

- Oui
- Non

A propos de vous

Etes-vous?

- Une femme
- Un homme

Quel âge avez-vous?

Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Employé
- Ouvrier
- Sans emploi
- Etudiant
- Retraité
- Autre

Quel est votre niveau d'étude?

- CAP, BEP
- Niveau BAC (générale, technologique ou professionnel)
- BAC + 2
- BAC + 3
- BAC + 5
- Docteur (BAC + 8)

Quelle est votre situation maritale ?

- En couple
- Célibataire
- Veuve
- Autre

Combien avez-vous d'enfants ?

Avez-vous déjà eu une maladie grave au cours de votre vie ?

Si oui, Veillez indiquer précisément laquelle :

Questionnaire

Veillez s'il vous plait répondre à ces questions ci-dessous :

Au cours de ces 4 dernières semaines :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout d' accord	Pas d' accord	Plutôt pas d' accord	Indifférent	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Vous vous êtes sentie bien dans votre corps de femme							
Vous aimeriez vous sentir plus féminine							
Vous ne vous êtes pas sentie gênée par votre corps en présence de votre famille et amis							
Vous vous êtes sentie belle sans maquillage							
Vous avez été consciente de vos atouts physiques							
Vos rapports intimes ont été importants pour vous							
Vous avez pris soin de vous comme vous l'auriez voulu							

	Pas du tout d' accord	Pas d' accord	Plutôt pas d' accord	Indifférent	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les marques physiques féminines accumulées au cours de votre vie vous ont embarrassé (ex. vergetures, cicatrices, cellulite, etc...)							
Vous auriez aimé plus de rapprochements intimes (câlins, baisers, caresses)							
Vous avez ressenti le besoin de paraître plus féminine que vous ne l'êtes déjà							
Vous vous êtes sentie moins désirable							
Vous avez eu l'impression que vos envies n'ont pas été prises en compte							
Vous vous êtes trouvée belle lorsque vous étiez nue							

	Pas du tout d' accord	Pas d' accord	Plutôt pas d' accord	Indifférent	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Dans votre vie quotidienne avez-vous eu l'impression que votre place en tant que "femme" était remise en question							
Vous avez eu du mal à montrer votre corps à votre partenaire							
Votre famille vous a apporté des choses nécessaires dans votre vie de femme							
Le regard des autres vous a fait vous sentir jolie							
Vous vous êtes fait plaisir en portant des tenues vestimentaires qui vous plaisent							
Certain(s) de vos rapprochements intimes (câlins, baisers, caresses) vous ont occasionné une gêne ou une douleur physique							

	Pas du tout d' accord	Pas d' accord	Plutôt pas d' accord	Indifférent	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Vous pensez avoir été autant capable que n'importe quelle femme							
Votre reflet dans le miroir vous a gêné							
Vous ne vous êtes pas sentie comprise dans votre vie quotidienne							
Vous auriez aimé avoir plus de relations sexuelles que vous en avez eues							
Il vous est arrivé de penser que vous n'étiez pas à la hauteur en tant que femme							
Il vous est arrivé de jalouser vos proches du même sexe que vous							

	Pas du tout d' accord	Pas d' accord	Plutôt pas d' accord	Indifférent	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Vous avez été satisfaite par votre apparence de manière générale							
Vous pensez avoir été égale à vous-même en présence de votre entourage							
Vous avez adopté une attitude positive envers vous-même							
Votre corps ne vous a pas occasionné de douleurs ou de désagréments							
Vous avez eu la sensation d'être "moins bien" que vos ami(e)s							
Vous avez eu peur d'être jugée en tant que femme (par votre entourage féminin et/ou masculin)							

	Pas du tout d' accord	Pas d' accord	Plutôt pas d' accord	Indifférent	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Lors d'un acte sexuel il vous est arrivé de faire plus plaisir à votre partenaire qu'à vous-même							
De manière générale, vous ne vous êtes pas trouvée jolie							
Vous avez eu la sensation d'être une femme désirée							
Vous vous êtes sentie mal à l'aise ou inconfortable dans votre corps							
Vous vous êtes sentie libre de parler de vos désirs sexuels avec votre partenaire							
Vous n'avez pas aimé la femme que vous êtes							
Vous vous êtes sentie en adéquation avec votre identité de femme							

	Pas du tout d' accord	Pas d' accord	Plutôt pas d' accord	Indifférent	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Vous avez été fière de vous en tant que femme							
Vous avez eu la sensation que votre famille respecte votre place de femme							
Vous avez préféré choisir des tenues vestimentaires qui cachent volontairement des parties de votre corps, car vous vous êtes sentie gênée							
Vous avez été gênée d'être une femme							
Vous avez eu la sensation d'être aussi bien que n'importe quelle autre femme							
Vous avez pensé ou agi en accord avec la personne que vous êtes en tant que femme							

Nous vous remercions pour votre participation !

Si vous avez des remarques ou des questions, je vous prie de bien vouloir les adresser
à l'adresse mail suivante :

gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr

Annexe 6. Fiche d'information publiée dans plusieurs groupes de réseaux sociaux.

Bonjour à toutes,

Dans le cadre d'un doctorat, je cherche à valider ce questionnaire sur la féminité. Toutes les femmes ayant entre 20 et 60 ans peuvent y participer ! Cela ne dure que 10-15 min. Je vous remercie et je reste disponible si vous avez des questions.

<https://enquetes.univ-tlse2.fr/index.php/49626?newtest=Y...>

Bonne journée à tous.

Gaëlle BONGEOT

Annexe 7. Valeurs du CVR pour chaque item de l'E VF

La première colonne regroupe les items regroupés par dimension. Les colonnes suivantes indiquent les réponses des experts selon s'ils pensent les items « Non Nécessaire » ; « Utile, mais non essentiel » ou « Essentiel » pour l'instrument de mesure. Enfin, la dernière colonne présente le CVR. Il détermine si l'item sera rejeté, accepté ou accepté sous modification. Pour rappel, le CVR doit être supérieur à 0,42 pour qu'un item soit accepté sans modification.

Image du corps	Non nécessaire	Utile, mais essentiel	Essentiel	CVR	Item accepté
1. Vous vous êtes sentie bien dans votre corps de femme	0	1	19	0,9	Oui
2. Vous vous êtes sentie belle sans maquillage	0	2	18	0,8	Oui
3. Vous pensez avoir des atouts physiques	0	3	17	0,7	Oui
4. Vous avez pris soin de vous comme vous l'auriez voulu	1	5	14	0,4	Oui
5. Les marques physiques accumulées au cours de votre vie vous ont embarrassé (ex. vergetures, cicatrices, cellulite, etc.)	0	2	18	0,8	Oui
6. Vous vous êtes trouvée belle lorsque vous étiez nue	0	3	17	0,7	Oui
7. Votre reflet dans le miroir vous a gêné	1	2	17	0,7	Oui
8. Vous avez été satisfaite par votre apparence de manière générale	0	3	17	0,7	Oui
9. Votre corps de femme ne vous a posé aucun problème d'ordre biologique et physique	4	3	13	0,3	Non

10. De manière générale, vous ne vous êtes pas trouvée jolie	1	2	17	0,7	Oui
11. Vous vous êtes sentie mal à l'aise ou inconfortable dans votre corps	1	1	18	0,8	Oui
12. Votre corps vous a occasionné des douleurs ou des désagréments	3	3	14	0,4	Oui
13. Vous avez préféré choisir des tenues vestimentaires qui cachent volontairement des parties de votre corps, car vous vous êtes sentie gênée	1	3	16	0,6	Oui
14. Vous vous êtes fait plaisir en portant des tenues vestimentaires qui vous plaisent	0	3	17	0,7	Oui
Résultats	Nombre d'items retenus = 13				
Acceptation de soi	Non nécessaire	Utile, mais essentiel	Essentiel	CVR	Accepter
1. Vous auriez aimé être plus féminine	2	5	13	0,3	Oui avec modification
2. Faire des tâches socialement reconnues comme étant des tâches féminines ne vous a pas dérangé (ex. tâches ménagères)	7	6	7	-0,3	Non

3. Faire des tâches socialement reconnues comme étant des tâches masculines ne vous a pas dérangé (ex. réparer quelque chose)	6	7	7	-0,3	Non
4. Vous avez ressenti le besoin de paraître plus féminine que vous ne l'êtes déjà	2	1	17	0,7	Oui
5. Il vous est arrivé de penser que vous n'étiez pas à la hauteur en tant que femme	1	4	15	0,5	Oui
6. Vous n'avez pas aimé la femme que vous êtes	1	3	16	0,6	Oui
7. Vous avez été gêné d'être une femme	2	1	17	0,7	Oui
Résultats	Nombre d'items retenus = 5 (dont 1 sous réserve d'être modifié)				
Identité	Non nécessaire	Utile, mais essentiel	Essentiel	CVR	Accepter
1. Vous pensez avoir beaucoup de défauts féminins	7	3	10	0,05	Non
2. Vous avez eu la sensation d'avoir échoué dans votre vie de femme	4	8	8	-0,15	Non
3. Vous pensez avoir beaucoup de qualités féminines	6	5	9	-0,05	Non

4. Vous pensez avoir été trop exigeante avec vous-même	1	11	9	-0,1	Non
5. Vous avez eu la sensation d'avoir fait des choses bien dans votre vie de femme	4	10	6	-0,4	Non
6. Vous avez adopté une attitude positive envers vous-même	1	3	16	0,6	Oui
7. Vous vous êtes sentie en adéquation avec votre identité de femme	1	3	16	0,6	Oui
8. Vous avez été fière de vous en tant que femme	0	3	17	0,7	Oui
9. Vous avez pensé ou agi en accord avec qui vous êtes	0	5	15	0,5	Oui
Résultats	Nombre d'items retenus = 4				
Sexualité	Non nécessaire	Utile, mais essentiel	Essentiel	CVR	Accepter
1. Vous avez eu envie de rapprochements intimes (baiser, câlin, caresses)	0	4	16	0,6	Oui
2. Vos rapprochements intimes vous ont paru importants	2	5	13	0,3	Non
3. La fréquence de vos rapprochements intimes (baisers, câlins, caresses) ne vous a pas satisfaite	1	6	13	0,3	Non

4. Vous vous êtes sentie moins désirable	1	2	17	0,7	Oui
5. Vous avez ressenti du désir pour quelqu'un	3	6	11	0,1	Non
6. Le(s) rapprochement(s) intime(s) vous ont gêné	1	6	13	0,3	Oui avec modification
7. Vous avez été satisfaite de la fréquence de vos relations sexuelles	3	4	13	0,3	Non
8. Vous avez ressenti des douleurs ou des désagréments pendant un acte sexuel	6	6	8	-0,2	Non
9. Lors d'un acte sexuel il vous est arrivé de penser plus au plaisir de votre partenaire qu'au votre	4	3	13	0,3	Non
10. Vous avez eu la sensation d'être une femme désirée	0	2	18	0,8	Oui
11. Vous avez ressenti des gênes (<i>ex. maux de tête, sécheresse vaginale, douleur, etc..</i>) pendant ou juste après un rapport sexuel	4	7	9	-0,1	Non
12. Vous évalueriez vos relations sexuelles comme globalement satisfaisantes	1	9	10	0	Non

13. Vous avez pu exprimer vos désirs sexuels	2	5	13	0,3	Non
14. Vous n'avez pas, ou très peu eu de désir sexuel envers quelqu'un	5	6	9	-0,1	Non
Résultats	Nombre d'items retenus = 4 (dont 1 sous réserve d'être modifié)				
Qualité des relations sociales	Non nécessaire	Utile, mais essentiel	Essentiel	CVR	Accepter
1. Vous vous êtes sentie à l'aise en présence de vos proches	4	7	9	-0,1	Non
2. Vous avez eu l'impression que vos envies n'ont pas été prises en comptes	2	3	15	0,4	Oui
3. Vous avez eu l'impression qu'en tant que femme votre place était remise en question au sein de votre vie quotidienne	2	4	14	0,3	Oui avec modification
4. Vous avez eu du mal à montrer votre corps à votre partenaire	1	0	19	0,9	Oui
5. Le regard des autres vous a fait vous sentir jolie	0	5	15	0,5	Oui

6. Vous avez eu l'impression de ne pas être comprise en tant que femme	2	3	15	0,5	Oui
7. Il vous est arrivé de jalouser vos proches du même sexe que vous	2	3	15	0,5	Oui
8. Vous avez eu la sensation que vos proches vous voient comme la femme que vous pensez être	1	7	12	0,2	Non
9. Vous avez eu la sensation d'être inférieure à vos amies	2	4	14	0,4	Oui
10. Vous avez eu peur d'être jugée en tant que femme	4	2	14	0,4	Oui
11. Vous avez eu la sensation que votre famille respecte votre place de femme	2	2	16	0,6	Oui
12. Votre famille vous apporte ce dont vous avez besoin en tant que femme	0	4	16	0,6	Oui
13. Vous vous êtes sentie libre de parler de vos désirs sexuels avec votre partenaire	1	5	14	0,4	Oui

14. Vous avez eu la sensation d'être aussi bien que n'importe quelle autre femme	3	2	15	0,5	Oui
15. Vous pensez avoir été autant capable que n'importe quelle femme	0	4	16	0,6	Oui
16. Vous n'avez eu aucune gêne à dévoiler en partie votre corps à votre entourage	3	2	15	0,5	Oui
Résultats	Nombre d'items retenus = 14 (dont 1 sous réserve d'être modifié)				

Annexe 8. Analyses descriptives de l'EVF avant l'analyse factorielle exploratoire

Tableau 37. Analyses descriptives de l'EVF

		Statistiques	Erreur standard
EVF	Moyenne	190,8169	1,68897
	Intervalle de confiance à 95 %		
	pour la moyenne	Borne inférieure	187,5004
		Borne supérieure	194,1334
	Moyenne tronquée à 5 %	190,9205	
	Médiane	191,0000	
	Variance	1854,193	
	Ecart type	43,06034	
	Minimum	56,00	
	Maximum	297,00	
	Plage	241,00	
	Plage interquartile	62,00	
	Asymétrie	-,023	,096
	Kurtosis	-,396	,191

Tableau 38. Tests de normalité de l'EVF

Tests de normalité						
Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.	
EVF	,036	650	,046	,996	650	,081

a. Correction de signification de Lilliefors

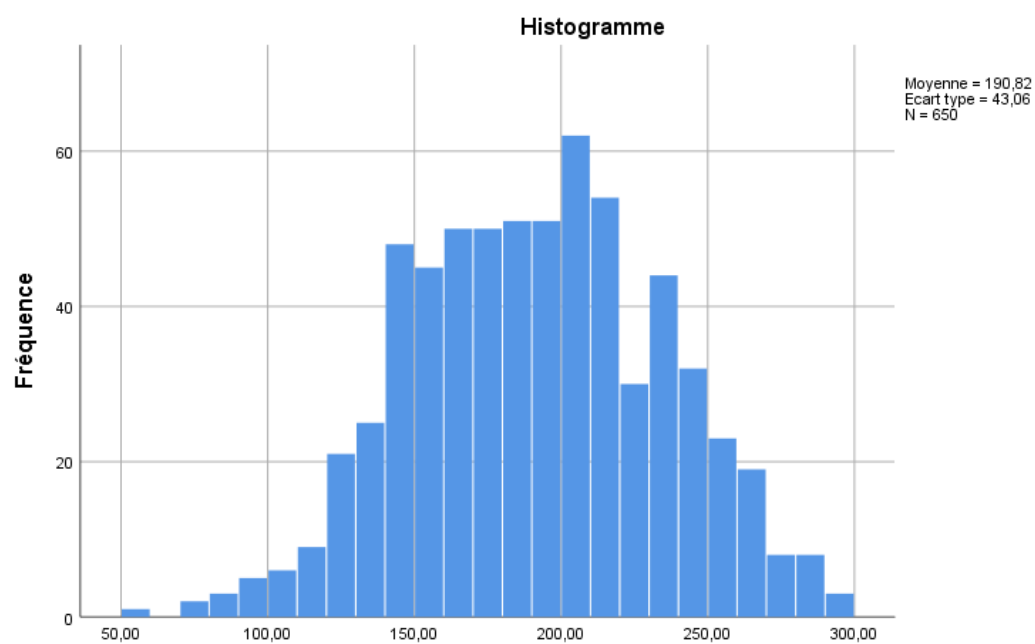


Figure 20. Courbe de gauss de l'EVF

Annexe 9. Validation de l'EVF pour l'analyse confirmatoire

Validation d'un questionnaire sur le vécu de la féminité dans le cadre d'une thèse en psychologie de la santé.

Mesdames, bonjour

Nous aimerions vous solliciter pour répondre à des questions sur le vécu de la féminité qui ne vous prendra que quelques minutes (10-15 min). Le but est de valider le questionnaire en psychologie. Pour le remplir, vous devez être une femme française et avoir entre 20 et 60 ans.

Ce questionnaire a été créé dans le cadre d'une thèse en psychologie de la santé réalisée par Gaëlle BONGEOT auprès de l'Université Jean-Jaurès de Toulouse (31).

Si vous avez des questions, vous pouvez les poser à l'adresse mail qui vous sera communiqué à la fin du questionnaire.

Nous vous remercions pour votre participation.

Consentement

Bonjour,

Vous allez participer à la validation d'un questionnaire sur la féminité.

Le chercheur titulaire responsable scientifique du projet est Florence SORDES, Maître de conférences, HDR en psychologie de la santé. Responsable de l'axe psychologique de la santé

(CERPPS) florence.sordes@univ-tlse2.fr. Laboratoire CERPPS, Université de Toulouse 2 Jean- Jaurès, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse.

Le but de l'étude est de valider un questionnaire sur la féminité sur la population générale. Cette étude est proposée à toutes les femmes ayant entre 20 et 60 ans.

Ce que l'on attend de vous : Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez interrogée une seule fois. Il vous sera proposé de remplir un questionnaire et un recueil de donnée socio démographique.

Engagement de la participante : Afin de participer à cette étude, vous devez être une femme, en capacité de comprendre le français et avoir entre 20 et 60 ans.

Vos droits de vous retirer à tout moment : Votre participation à cette recherche est complètement volontaire. Vous ne recevrez aucune récompense pour votre participation. À tout moment, vous pourrez retirer votre participation à cette étude. Votre éventuel retrait (ou refus de participation) n'aura aucune conséquence sur vous.

Votre droit de retrait : si vous décidez de vous retirer de l'étude après votre participation, il vous faudra simplement quitter la page internet sur laquelle vous vous trouvez. Conformément au Règlement Européen (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, l'Université de Toulouse Jean Jaurès (UT2J) vous informe de la mise en œuvre d'un traitement données à caractère personnel vous concernant. La mise en conformité de ce traitement a été accompagnée par le délégué à la protection des données de l'UT2J. Pour tout renseignement complémentaire : dpo@univ-tlse2.fr

- Les finalités de ce traitement sont l'étude de : « Le retentissement psychologique des traitements contre le cancer du sein : une mise à mal de la féminité ? »

Conformément à l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, ce traitement relève du consentement des personnes concernées. Les personnels de l'université habilités à traiter vos données et à assurer leur sécurité sont membres

du : Laboratoire CERPPS de l'Université Toulouse-Jean Jaurès. La durée de conservation des données personnelles concernées par ce traitement est de 5 années. Au-delà de cette période, toutes les données à caractère personnel vous concernant seront effacées. Toute personne concernée par ce traitement de données à caractère personnel peut accéder et obtenir copie des données la concernant, s'opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Afin d'exercer ces droits, le délégué à la protection des données (DPO) de l'université sera votre interlocuteur via l'adresse électronique : dpo@univ-tlse2.fr. Conformément à l'article 7 du même règlement, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation (plainte) à la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>

Les données recueillies dans cet acte d'engagement font état du recueil du consentement entre le responsable du traitement et la personne concernée par ce traitement.

Vos droits de poser des questions à tout moment : Vous pouvez obtenir des informations supplémentaires concernant les objectifs ou la nature de l'étude ou encore les résultats en contactant l'investigatrice par e-mail (gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr)

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée : La plupart des données recueillies dans la présente étude constituent des données sensibles (e.g., données sociodémographiques, données sexuelles). Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité. Votre identité sera voilée à l'aide d'un code participant. Tout autre renseignement qui puisse révéler votre identité ne sera dévoilé. Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé à l'Université de Toulouse Jean Jaurès et seuls le responsable scientifique et les chercheurs adjoints en Psychologie de la Santé y auront accès. Après votre

participation, vous avez le droit à tout moment de demander que vos données soient rectifiées ou détruites. Dans ce cas, il faudra contacter Gaëlle BONGEOT (Email : gaelle.bongeat@univ-tlse2.fr).

Diffusion : Les résultats de cette étude pourraient être publiés dans des revues scientifiques nationales ou internationales ainsi que dans des colloques et autres conférences. Seuls les résultats généraux seront présentés, aucune donnée permettant de vous identifier ne saurait être divulguée.

Déontologie et éthique : Cette étude respecte le code de déontologie des psychologues pour la recherche en psychologie, et notamment les articles 47 et 51 concernant le droit des participants.

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

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

- Oui
- Non

A propos de vous

Etes-vous?

- Une femme
- Un homme

Quel âge avez-vous?

Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Employé
- Ouvrier
- Sans emploi
- Etudiant
- Retraité
- Autre

Quel est votre niveau d'étude?

- CAP, BEP
- Niveau BAC (générale, technologique ou professionnel)
- BAC + 2
- BAC + 3
- BAC + 5
- Docteur (BAC + 8)

Quelle est votre situation maritale ?

- En couple
- Célibataire
- Veuve
- Autre

Combien avez-vous d'enfants ?

Avez-vous déjà eu une maladie grave au cours de votre vie ?

Si oui, Veuillez indiquer précisément laquelle :

Annexe 10. Analyses descriptives de l'EVF avant l'analyse factorielle confirmatoire

Tableau 39. Analyses descriptives de l'EVF

Descriptives			
		Statistiques	Erreur standard
EVF	Moyenne	165,4477	1,54465
	Intervalle de confiance à 95 %		
	pour la moyenne	Borne inférieure	162,4146
		Borne supérieure	168,4808
	Moyenne tronquée à 5 %	165,5991	
	Médiane	165,0000	
	Variance	1550,870	
	Ecart type	39,38109	
	Minimum	50,00	
	Maximum	255,00	
	Plage	205,00	
	Plage interquartile	58,00	
	Asymétrie	-,043	,096
	Kurtosis	-,480	,191

Tableau 40. Test de normalité de l'EVF

Tests de normalité						
Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.	
EVF	,031	650	,196	,994	650	,014

a. Correction de signification de Lilliefors

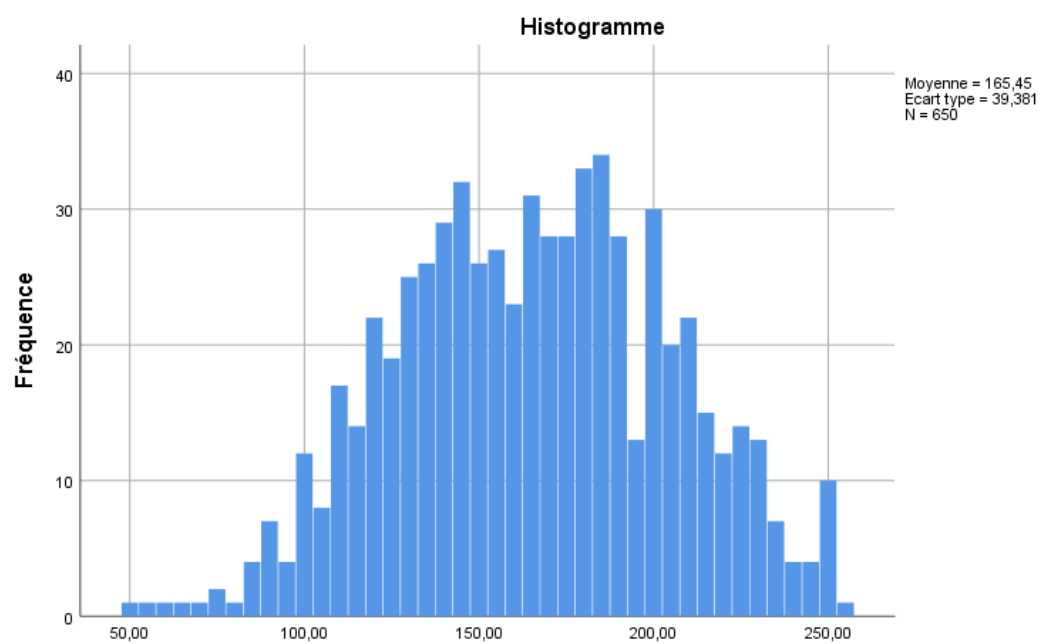


Figure 21. Courbe de gauss de l'EVF

Annexe 11. Le questionnaire TF en anglais et traduit en français

Le TF en anglais

	Totally masculine	Masculine	Rather masculine	Indifferent	Rather feminine	Feminine	Totally féminine
I consider myself as...							
Ideally, I would like to be...							
Traditionally, my interests would be considered as...							
Traditionally, my attitudes and beliefs would be considered...							
Traditionally, my behavior would be considered as...							
Traditionally, my outer appearance would be considered as...							

Le TF traduit en français

	Totalement masculine	Masculine	Plutôt masculine	Indifférente	Plutôt féminine	Féminine	Totalement féminine
Je me considère comme...							
Idéalement, j'aimerais être...							
Traditionnellement, mes intérêts seraient considérés comme...							
Traditionnellement, mes attitudes et mes croyances seraient considérés comme...							
Traditionnellement, mon comportement serait considéré comme...							
Traditionnellement, mon apparence physique serait considérée comme...							

Annexe 12. L'échelle sur le vécu de la féminité après sa validation

Questionnaire sur le vécu de votre féminité

Veillez répondre aux questions en pensant à ces 4 dernières semaines

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous vous êtes sentie satisfaite de votre corps							
Vous aurez aimé vous sentir plus féminine							
Vous ne vous êtes pas sentie gênée par votre corps en présence de votre famille et de vos amis							
Sans maquillage, vous vous êtes trouvée belle							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous pensez avoir des atouts physiques							
Vous avez pris autant soin de vous que vous l'auriez voulu							
Les marques physiques féminines accumulées au cours de votre vie vous ont gênés (ex. vergetures, cicatrices, cellulite, etc...)							
Vous avez déjà ressenti le besoin de paraître plus féminine que vous ne l'êtes déjà							
Vous auriez aimé plus de rapprochements intimes (ex. câlins, baisers, caresses, etc...)							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous vous êtes sentie moins désirable							
Vous avez eu l'impression que vos envies de manière générale n'ont pas été prises en compte par votre entourage (médical, familial, amical, etc..)							
Lorsque vous êtes nue, vous vous êtes trouvée belle							
Vous trouvez que votre famille vous a apporté des choses nécessaires dans votre vie de femme							
Vous vous êtes trouvé jolie dans le regard des autres							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous vous êtes fait plaisir en portant des tenues vestimentaires qui vous plaisent							
Certain(s) de vos rapprochements intimes (ex. câlins, baisers, caresses) vous ont occasionné une gêne ou une douleur physique							
Vous vous pensez autant capable que n'importe quelle autre femme							
Votre reflet dans le miroir vous a gêné							
Dans votre vie de tous les jours, il vous est arrivé de ne pas vous sentir comprise							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous auriez aimé avoir plus de relations sexuelles que vous en avez eues							
Il vous est arrivé de jalouser vos proches du même sexe que vous							
Votre apparence vous a satisfait de manière générale							
Vous pensez avoir été vous-même en présence de votre entourage (médical, famille, amis, etc.)							
Vous avez eu une attitude positive envers vous-même							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous ne vous êtes pas trouvée jolie							
Vous avez eu la sensation d'être une femme désirée							
Vous vous êtes sentie gênée, mal à l'aise ou inconfortable dans votre corps							
Vous n'avez pas été satisfaite de la femme que vous êtes							
Vous vous êtes sentie en harmonie avec qui vous êtes							
De manière générale, vous avez été fière de vous en tant que femme							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous avez eu la sensation que votre entourage (médical, famille, amis, etc.) respecte votre place de femme							
Vous avez préféré choisir des tenues vestimentaires qui cachent volontairement certaines parties de votre corps							
Vous avez pensé ou agi en harmonie avec la femme que vous êtes							

Annexe 13. Flyer d'information de l'étude 3 diffusés dans des groupes de réseaux sociaux

La Recherche avance grâce à vous!

Nous réalisons une étude scientifique
sur le vécu de la féminité chez les femmes qui ont un cancer du sein



Pour participer :



- Vous êtes diagnostiquée d'un cancer du sein il y a moins de 1 an?
- Vous avez déjà eu un traitement ou vous êtes en attente d'en recevoir un?
- Vous n'avez pas d'autres antécédents de cancer?

Si oui, vous êtes éligibles pour répondre à notre questionnaire!



Déroulement de l'étude:

Vous pouvez remplir les questionnaires directement sur internet.
Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi passer un entretien au téléphone de 45 min environ.

Réponses anonymes et vous pouvez arrêter l'étude à tout moment!

Parlez-en à Gaëlle BONGEOT

Contact: gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr

Annexe 14. Consentement pour l'enregistrement de l'entretien

Entretien

Seriez-vous d'accord pour être contactée dans les prochaines semaines pour participer à un entretien d'une durée de 45 minutes environ ? Cet entretien s'effectuera en visio.

- Oui
- Non

Donnez-vous votre accord pour que cet entretien puisse être enregistré ?

- Oui
- Non

Annexe 15. Grille de l'entretien de l'étude 3

Vous avez été diagnostiquée d'un cancer du sein il y a moins d'un an, pouvez-vous nous parler de l'annonce et son impact sur vous, votre vie quotidienne et vos proches ?

Thèmes à aborder :

- Annonce/découverte de la maladie
- Qualité de vie
- Annonce aux proches
- Impacts psychologiques de l'annonce

Pouvez-vous nous parler de vos traitements passés et ceux en cours ?

Thèmes à aborder :

- Quotidien avec le traitement
- Impact sur la féminité
- Impact sur la qualité
- Impact sur les proches

Comment investissez-vous votre féminité avant l'annonce de votre maladie ? La féminité était une dimension importante pour vous ?

Thèmes à aborder :

- La féminité avant la maladie
- L'identité féminine

Comment investissez-vous votre féminité depuis l'annonce de votre maladie ?

Thèmes à aborder :

- La féminité après la maladie
- L'identité féminine

Depuis l'annonce de votre maladie, avez-vous remarqué des effets bénéfiques de l'annonce ou des traitements sur le regard que vous portez sur votre féminité ?

Thèmes à aborder :

- Les effets bénéfiques/négatifs des traitements sur la féminité

Avez-vous des regrets, des besoins ou des souhaits que vous souhaitez partager concernant la prise en charge de votre féminité depuis l'annonce ?

Thèmes à aborder :

- Les besoins/regrets/souhaits liés aux professionnels de santé
- Les forums et les réseaux sociaux

Annexe 16. Questionnaires présentés dans l'étude 3

Recherche sur le vécu de la féminité

Bonjour à toutes,

Sous la direction de Madame Florence SORDES, nous réalisons une étude qui porte sur la manière dont les traitements contre le cancer du sein impactent le vécu de votre féminité. Dans le souci de mieux comprendre votre expérience, nous avons besoin de vous pour faire avancer la recherche ! Nous sommes à la recherche de femmes qui ont un cancer du sein et qui sont disponibles pour répondre à des questionnaires (environ 15-20 minutes). Il vous sera également proposé de participer à un entretien semi-dirigé avec l'expérimentatrice. Cet entretien n'est pas obligatoire et vous êtes libres de remplir les questionnaires sans y participer. Si vous acceptez cet entretien, l'expérimentatrice vous contactera afin de convenir d'un rendez-vous soit par téléphone, soit à votre domicile.

Plus il y aura de participants, mieux c'est. Alors n'hésitez pas à le partager autour de vous ! En participant à cette étude, vous nous aidez à mieux comprendre le vécu de la féminité chez les femmes ayant un cancer du sein. Les résultats nous permettront d'observer l'évolution du vécu de votre féminité et de votre qualité de vie et l'impact des différents traitements. Pour participer vous devez :

- Être une femme atteinte d'un cancer du sein
- Avoir été diagnostiquée depuis moins de 1 an.
- Avoir déjà eu un traitement ou être en attente d'un traitement
- Maîtriser la langue française

Pour participer à cette étude, c'est très simple ! Vous devez signer le consentement éclairé puis

remplir le premier livret de questionnaires qui vient après le consentement. La passation des questionnaires se fait en ligne, depuis n'importe quel ordinateur !

Attention : Sans votre consentement, vous ne pouvez pas accéder aux questionnaires.

Votre participation est entièrement volontaire et vous pouvez vous retirer de cette étude à tout moment.

Sachez que toutes vos réponses seront anonymes.

Pour tout renseignement supplémentaire, vous pouvez contacter Mme Gaëlle BONGEOT à l'adresse mail suivante gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr

Nous vous remercions pour votre participation !

Consentement

Madame,

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de participer à cette étude sur le ressenti sur votre féminité. Veuillez lire attentivement les informations suivantes afin de donner votre consentement.

Titre du projet : « Le retentissement psychologique des traitements contre le cancer du sein : Une mise à mal de la féminité ? »

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet : Florence SORDES, Maître de conférences, HDR en psychologie de la santé. Responsable de l'axe psychologique de la santé (CERPPS) florence.sordes@univ-tlse2.fr Laboratoire CERPPS, Université de Toulouse 2 Jean-Jaurès, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex 9

Lieu de recherche : En ligne

But de l'étude : Ce projet est une étude quantitative et qualitative. L'objectif principal est d'étudier les déterminants psychologiques, interpersonnels et sociodémographiques de la qualité de vie, du vécu de la féminité et de la représentation de la féminité des patientes atteints de cancer du sein. Il s'agit d'étudier et de comprendre l'impact des traitements anticancéreux sur la féminité.

Ce que l'on attend de vous : Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous sera proposé de remplir quatre questionnaires et une fiche sociodémographique. Ces questionnaires s'intéressent à certains aspects de votre santé (physique et mentale), de votre bien-être, de votre sexualité, du vécu de votre féminité et de votre représentation que vous vous faites de votre féminité.

Engagement de la participante : Afin de participer à cette étude, vous devez être en capacité de comprendre le français et être majeure. Vous ne devez pas avoir d'antécédent de cancer et vous devez être diagnostiquée de votre cancer depuis moins de 1 an. Si vous acceptez de participer à cette étude, vous répondrez à des questionnaires d'une durée d'environ 15-20 minutes. Nous vous prions de bien vouloir répondre en toute franchise à l'intégralité des questions qui suivent en prenant bien en compte les consignes en haut de chaque page. Sachez qu'il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, seul votre avis nous intéresse.

Vos droits de vous retirer à tout moment : Votre participation à cette recherche est complètement volontaire. Vous ne recevrez aucune récompense pour votre participation. À tout moment, vous pourrez retirer votre participation à cette étude. Votre éventuel retrait (ou refus de participation) n'aura aucune conséquence sur vous ni sur la qualité de votre prise en charge médicale.

Votre droit de retrait : si vous décidez de vous retirer de l'étude après votre participation, il faudra contacter : Gaëlle BONGEOT (Email : gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr; Téléphone : 06 43 24 50 17). Conformément au Règlement Européen (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, l'Université de Toulouse Jean Jaurès (UT2J) vous informe de la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel vous concernant. La mise en conformité de ce traitement a été accompagnée par le délégué à la protection des données de l'UT2J. Pour tout renseignement complémentaire : dpo@univ-tlse2.fr • Les finalités de ce traitement sont l'étude de : « Le retentissement psychologique des traitements contre le cancer du sein : une mise à mal de la féminité ? » Conformément à l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, ce traitement relève du consentement des personnes concernées.

Les personnels de l'université habilités à traiter vos données et à assurer leur sécurité sont membres du Laboratoire CERPPS de l'Université Toulouse-Jean Jaurès La durée de conservation des données personnelles concernées par ce traitement sont de 5 années. Au-delà de cette période, toutes les données à caractère personnel vous concernant seront effacées. Toute personne concernée par ce traitement de données à caractère personnel peut accéder et obtenir une copie des données la concernant, s'opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Afin d'exercer ces droits, le délégué à la protection des données (DPO) de l'université sera votre interlocuteur via l'adresse électronique : dpo@univ-tlse2.fr Conformément à l'article 7 du même règlement, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation (plainte) à la CNIL :

<https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte> Les données recueillies dans cet acte d'engagement font état du recueil du consentement entre le responsable du traitement et la personne concernée par ce traitement. Votre décision de participer ou de ne pas participer ou de cesser votre participation n'aura aucun effet sur vos relations futures possible avec votre médecin.

Vos droits de poser des questions à tout moment : Vous pouvez obtenir des informations supplémentaires concernant les objectifs ou la nature de l'étude ou encore les résultats en contactant l'investigatrice par email (gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr)

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée : La plupart des données recueillies dans la présente étude constituent des données sensibles (e.g., données sociodémographiques, données de santé). Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité. Votre identité sera voilée à l'aide d'un code participant. Tout autre renseignement qui puisse révéler votre identité ne sera dévoilée. Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé à l'Université de Toulouse Jean Jaurès et seuls le responsable scientifique et les chercheurs adjoints en Psychologie de la Santé y auront accès. Après votre participation, vous avez le droit à tout moment de demander que vos données soient rectifiées ou détruites. Dans ce cas, il faudra contacter Gaëlle BONGEOT (Email : gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr)

Bénéfices : Cette étude est faite sans aucun bénéfice direct pour le participant. Cette recherche n'implique aucun risque ou gêne autre que ceux de la vie quotidienne. Les résultats globaux de la recherche vous seront communiqués directement, si vous le souhaitez (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique dernier alinéa).

Risques possibles : Les échelles et questionnaires qui vous sont proposés peuvent susciter des émotions à valence négative. Si la participation à cette étude venait à provoquer un mal-être

chez vous, nous vous proposons de rentrer en contact avec Gaëlle BONGEOT gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr qui sera à même de vous orienter vers un professionnel.

Diffusion : Les résultats de cette étude pourraient être publiés dans des revues scientifiques nationales ou internationales ainsi que dans des colloques et autres conférences. Seuls les résultats généraux seront présentés, aucune donnée permettant de vous identifier ne saurait être divulguée.

Déontologie et éthique : Cette étude respecte le code de déontologie des psychologues pour la recherche en psychologie et notamment les articles 47 et 51 concernant le droit des participants. Elle a également obtenu l'avis favorable du comité d'éthique n° 2019-165

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

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

- Oui
- Non

A propos de vous

Etes-vous?

- Une femme
- Un homme

Quel âge avez-vous?

Actuellement, quel est votre niveau d'étude le plus élevé ?

- CAP, BEP
- Niveau BAC (général, technologique ou professionnel)
- BAC + 2
- BAC + 3
- BAC + 5
- Docteur (BAC +8)
- Autre

Actuellement, quelle est votre situation professionnelle ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Employé
- Ouvrier
- Sans emploi
- Etudiant
- Retraité
- Autre

Actuellement, quelle est votre situation familiale ?

- En couple
- Célibataire
- Veuve
- Autre

Quelle est votre langue maternelle ?

- Français
- Autre

Combien avez-vous d'enfants ?

A propos de votre cancer

Avez-vous eu au cours de votre vie un diagnostic d'une maladie grave en dehors de votre cancer du sein ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez préciser s'il vous plaît

Etes-vous ménopausée ?

- Oui

- Non

Si oui, depuis combien de temps ? (Si vous n'avez pas le jour exact, vous pouvez mettre un chiffre approximatif, car seul le mois et l'année sera pris en considération)

Quand avez-vous été diagnostiquée d'un cancer du sein ? (Si vous n'avez pas le jour exact, vous pouvez mettre un chiffre approximatif, car seul le mois et l'année sera pris en considération)

Si vous connaissez votre stade de cancer, veuillez l'écrire ici s'il vous plaît

Avez-vous déjà eu un ou plusieurs traitement anti cancéreux depuis votre diagnostic ?

- Oui
- Non

Si vous avez eu une chirurgie conservatrice pouvez-vous nous indiquer la date de votre chirurgie s'il vous plaît ? (Si vous n'avez pas le jour exact, vous pouvez mettre un chiffre approximatif, car seul le mois et l'année sera pris en considération)

Si vous n'êtes pas concernée, passez à la question suivante.

Si vous avez eu une chirurgie non-conservatrice pouvez-vous nous indiquer la date de votre chirurgie s'il vous plaît ? (Si vous n'avez pas le jour exact, vous pouvez mettre un chiffre approximatif, car seul le mois et l'année sera pris en considération)

Si vous n'êtes pas concernée, passez à la question suivante.

Si vous avez eu une chimiothérapie pouvez-vous nous indiquer la date de votre chirurgie s'il vous plaît ? (Si vous n'avez pas le jour exact, vous pouvez mettre un chiffre approximatif, car seul le mois et l'année sera pris en considération)

Si vous n'êtes pas concernée, passez à la question suivante.

Si vous avez eu une radiothérapie pouvez-vous nous indiquer la date de votre radiothérapie s'il vous plaît ? (Si vous n'avez pas le jour exact, vous pouvez mettre un chiffre approximatif, car seul le mois et l'année sera pris en considération)

Si vous n'êtes pas concernée, passez à la question suivante.

Si vous avez eu une cure d'hormonothérapie pouvez-vous nous indiquer la date de votre première prise s'il vous plaît ? (Si vous n'avez pas le jour exact, vous pouvez mettre un chiffre approximatif, car seul le mois et l'année sera pris en considération)

Si vous n'êtes pas concernée, passez à la question suivante.

Si vous êtes en attente de votre premier traitement, pouvez-vous indiquez lequel s'il vous plaît ?

Avez-vous une mutation génétique BRCA 1 ou BRCA 2 ?

- Oui
- Non

Questionnaire sur le vécu de votre féminité

Veillez répondre aux questions en pensant à ces 4 dernières semaines

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous vous êtes sentie satisfaite de votre corps							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous aurez aimé vous sentir plus féminine							
Vous ne vous êtes pas sentie gênée par votre corps en présence de votre famille et de vos amis							
Sans maquillage, vous vous êtes trouvée belle							
Vous pensez avoir des atouts physiques							
Vous avez pris autant soin de vous que vous l'auriez voulu							
Les marques physiques féminines accumulées au cours de votre vie vous ont gênés (ex. vergetures, cicatrices, cellulite, etc...)							
Vous avez déjà ressenti le besoin de paraître plus							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
féminine que vous ne l'êtes déjà							
Vous auriez aimé plus de rapprochements intimes (ex. câlins, baisers, caresses, etc...)							
Vous vous êtes sentie moins désirable							
Vous avez eu l'impression que vos envies de manière générale n'ont pas été prises en compte par votre entourage (médical, familial, amical, etc..)							
Lorsque vous êtes nue, vous vous êtes trouvée belle							
Vous trouvez que votre famille vous a apporté des choses nécessaires dans votre vie de femme							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous vous êtes trouvé jolie dans le regard des autres							
Vous vous êtes fait plaisir en portant des tenues vestimentaires qui vous plaisent							
Certain(s) de vos rapprochements intimes (ex. câlins, baisers, caresses) vous ont occasionné une gêne ou une douleur physique							
Vous vous pensez autant capable que n'importe quelle autre femme							
Votre reflet dans le miroir vous a gêné							
Dans votre vie de tous les jours, il vous est arrivé de ne pas vous sentir comprise							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous auriez aimé avoir plus de relations sexuelles que vous en avez eues							
Il vous est arrivé de jalouser vos proches du même sexe que vous							
Votre apparence vous a satisfait de manière générale							
Vous pensez avoir été vous-même en présence de votre entourage (médical, famille, amis, etc.)							
Vous avez eu une attitude positive envers vous-même							
Vous ne vous êtes pas trouvée jolie							
Vous avez eu la sensation d'être une femme désirée							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous vous êtes sentie gênée, mal à l'aise ou inconfortable dans votre corps							
Vous n'avez pas été satisfaite de la femme que vous êtes							
Vous vous êtes sentie en harmonie avec qui vous êtes							
De manière générale, vous avez été fière de vous en tant que femme							
Vous avez eu la sensation que votre entourage (médical, famille, amis, etc.) respecte votre place de femme							
Vous avez préféré choisir des tenues vestimentaires qui cachent volontairement certaines parties de votre corps							

	Tout à fait d'accord	D' accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d' accord	Pas d' accord	Pas du tout d' accord
Vous avez pensé ou agi en harmonie avec la femme que vous êtes							

Questionnaire sur la sexualité

Ce questionnaire porte sur des sujets délicats et personnels concernant votre sexualité.

Vos réponses resteront strictement confidentielles. Si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas répondre à une question, **vous pouvez passer à la suivante**. Aucune question n'est obligatoire. Mais il est conseillé d'y répondre.

Répondez aux questions suivantes en choisissant la réponse correspondant le mieux à votre activité au cours des quatre dernières semaines.

Avez-vous actuellement un(e) partenaire sexuel(le) ?

- Oui
- Non

Avez-vous eu une activité sexuelle au cours des quatre dernières semaines ?

- Oui
- Non

Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois avez-vous eu des pensées sexuelles, des fantasmes ou des rêves érotiques ?

- Jamais
- Une fois
- Deux à trois fois
- Une fois par semaine

- Deux à trois par semaine
- Une fois par jour
- Plusieurs fois par jour
-

Indiquez combien de fois vous avez eu envie de faire les choses suivantes au cours des quatre dernières semaines.

(Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Une fois	Deux à trois fois	Une fois par semaine	Deux à trois fois par semaine	Une fois par jour	Plusieurs fois par jour
Baiser sensuel							
Masturbation seule							
Masturbation avec votre partenaire							
Caresses et jeux sexuels							
Sexe oral (fellation ou cunnilingus, par vous ou							

	Jamais	Une fois	Deux à trois fois	Une fois par semaine	Deux à trois fois par semaine	Une fois par jour	Plusieurs fois par jour
vos expériences sexuelles (avec votre partenaire)							
Pénétration vaginale							
Rapport anal (sodomie)							

Indiquez si vous avez été excitée par les expériences sexuelles suivantes au cours des quatre dernières semaines.

(Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

	Je n' ai pas fait cela	Jamais excitée	Rarement (moins de 25 % du temps)	Parfois (environ 50% du temps)	La plupart du temps (environ 75% du temps)	Tout le temps excitée
Baiser sensuel						

	Je n' ai pas fait cela	Jamais excitée	Rarement (moins de 25 % du temps)	Parfois (environ 50% du temps)	La plupart du temps (environ 75% du temps)	Tout le temps excitée
Rêves ou fantasmes						
Masturbation seule						
Masturbation avec votre partenaire						
Caresses et jeux sexuels						
Sexe oral (fellation ou cunnilingus, par vous ou votre partenaire)						
Pénétration vaginale						
Rapport anal (sodomie)						

Dans l'ensemble, au cours des quatre dernières semaines, avez-vous été anxieuse ou mal à l'aise au cours d'une activité sexuelle avec votre partenaire ?

- Je n'ai pas eu de partenaire
- Pas du tout anxieuse ou mal à l'aise
- Rarement (moins de 25 % du temps)
- Parfois (environ 50 % du temps)
- La plupart du temps (environ 75 % du temps)

- Tout le temps anxieux ou mal à l'aise

Indiquez combien de fois vous avez eu les activités suivantes au cours des quatre dernières semaines.

(Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

	Jamais	Une fois	Deux à trois fois	Une fois par semaine	Deux à trois fois par semaine	Une fois par jour	Plusieurs fois par jour
Baiser sensuel							
Fantasmes sexuels							
Masturbation seule							
Masturbation avec votre partenaire							
Caresses et jeux sexuels							
Sexe oral (fellatio)							

	Jamais	Une fois	Deux à trois fois	Une fois par semaine	Deux à trois fois par semaine	Une fois par jour	Plusieurs fois par jour
ou cunnilingus, par vous ou votre partenaire)							
Pénétration vaginale							
Rapport anal (sodomie)							

Au cours des quatre dernières semaines, qui a eu la plupart du temps l'initiative des activités sexuelles ?

- Je n'ai pas eu de partenaire sexuel(le)
- Je n'ai pas eu de rapports sexuels avec mon/ma partenaire au cours des quatre dernières semaines
- J'ai eu l'initiative la plupart du temps
- J'ai autant eu l'initiative que mon/ma partenaire
- Mon/ma partenaire a eu l'initiative la plupart du temps

Au cours des quatre dernières semaines, la plupart du temps, comment avez-vous répondu aux avances de votre partenaire ?

- Je n'ai pas eu de partenaire
- Au cours des quatre dernières semaines mon/ma partenaire ne m'a pas fait d'avances
- J'ai refusé la plupart du temps
- J'ai parfois refusé
- J'ai accepté à contrecœur

- J'ai accepté, mais pas toujours avec plaisir
- J'ai accepté avec plaisir la plupart du temps
- J'ai tout le temps accepté avec plaisir

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu du plaisir lors de vos activités sexuelles ?

- Je n'ai pas eu de partenaire
- Je n'ai pas eu d'activités sexuelles au cours des quatre dernières semaines
- Je n'ai pas eu de plaisir
- Rarement (moins de 25 % du temps)
- Parfois (environ 50 % du temps)
- La plupart du temps (environ 75 % du temps)
- J'ai tout le temps eu du plaisir

Indiquez si vous avez eu un orgasme lors des activités suivantes au cours des quatre dernières semaines

	Je n' ai pas eu de partenaire	Je n' ai pas fait cela	Jamais	Rarement (moins de 25 % du temps)	Parfois (environ 50% du temps)	La plupart du temps (environ 75% du temps)	J' ai tout le temps eu un orgasme
Rêves ou fantasmes							
Baiser sensuel							
Masturbation seule							

	Je n' ai pas eu de partenaire	Je n' ai pas fait cela	Jamais	Rarement (moins de 25 % du temps)	Parfois (environ 50% du temps)	La plupart du temps (environ 75% du temps)	J' ai tout le temps eu un orgasme
Masturbation avec votre partenaire							
Caresses et jeux sexuels							
Sexe oral (fellation ou cunnilingus, par vous ou votre partenaire)							
Pénétration vaginale							
Rapport anal (sodomie)							

Au cours des quatre dernières semaines, la fréquence de l'activité sexuelle avec votre partenaire a été :

- Je n'ai pas eu de partenaire
- Moins importante que ce que vous auriez voulu
- Aussi importante que ce que vous auriez voulu
- Plus importante que ce que vous auriez voulu

Indiquez si les éléments suivants ont changé au cours des quatre dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas)

	Je suis ne pas concernée	A nettement diminué	A légèrement diminué	N' a pas changé	A légèrement augmenté	A nettement augmenté
Intérêt pour le sexe						
Excitation sexuelle						
Activité sexuelle						
Satisfaction sexuelle						
Anxiété par rapport au sexe						

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu les problèmes suivants ? (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas)

	Jamais	Rarement (moins de 25 % du temps)	Parfois (environ 50% du temps)	La plupart du temps (environ 75% du temps)	Tout le temps
Saignements ou irritation après pénétration vaginale					
Manque de lubrification vaginale					
Pénétration ou rapport douloureux					
Difficulté à avoir un orgasme					
Vagin contracté (vaginisme)					
Fuites d'urine					
Maux de tête après l'activité sexuelle					
Infection vaginale					

Indiquez si les éléments suivants ont eu des conséquences sur votre niveau d'activité sexuelle au cours des quatre dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas)

	Je n' ai pas eu de partenaire	Jamais	Rarement (moins de 25 % du temps)	Parfois (environ 50% du temps)	La plupart du temps (environ 75% du temps)	Tout le temps
Mes problèmes de santé (par exemple : infection, maladie)						
Les problèmes de santé de mon/ma partenaire						
Des conflits dans le couple						
Le manque d'intimité						
Autre						

Êtes-vous satisfaite de votre apparence physique générale ?

- Très satisfaite
- Plutôt satisfaite
- Ni satisfaite ni mécontente
- Plutôt mécontente
- Très mécontente

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous réussi à faire comprendre à votre partenaire quels étaient vos désirs ou préférences sexuels ?

- Je n'ai pas eu de partenaire
- Je n'ai pas réussi à lui faire comprendre quels étaient mes désirs ou préférences sexuels
- Rarement (moins de 25 % du temps)
- Parfois (environ 50 % du temps)
- La plupart du temps (environ 75 % du temps)
- J'ai toujours réussi à lui faire comprendre quels étaient mes désirs ou préférences sexuels

Dans l'ensemble, avez-vous été satisfaite de vos relations sexuelles avec votre partenaire ?

- Je n'ai pas eu de partenaire
- Très satisfaite
- Plutôt satisfaite
- Ni satisfaite ni mécontente
- Plutôt mécontente
- Très mécontente

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre partenaire a été satisfait(e) de vos relations sexuelles ?

- Je n'ai pas eu de partenaire
- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Ni satisfait(e) ni mécontent(e)
- Plutôt mécontent(e)
- Très mécontent(e)

Dans l'ensemble, à quel point l'activité sexuelle est-elle importante dans votre vie ?

- Pas du tout importante
- Plutôt pas importante
- Ni l'un ni l'autre
- Plutôt importante
- Très importante

Quelle phrase décrit le mieux votre expérience sexuelle

- Complètement hétérosexuelle
- Largement hétérosexuelle, avec de nombreuses expériences homosexuelles
- Largement hétérosexuelle, avec quelques expériences homosexuelles
- Autant hétérosexuelle qu'homosexuelle
- Largement homosexuelle, avec de nombreuses expériences hétérosexuelles
- Largement homosexuelle, avec quelques expériences hétérosexuelles
- Complètement homosexuelle

Cochez la proposition qui décrit le mieux vos désirs sexuels

- Complètement hétérosexuels
- Largement hétérosexuels, avec quelques désirs homosexuels
- Largement hétérosexuels, avec de nombreux désirs homosexuels
- Autant hétérosexuels qu'homosexuels
- Largement homosexuels, avec de nombreux désirs hétérosexuels
- Largement homosexuels, avec quelques désirs hétérosexuels
- Complètement homosexuels

Questionnaire sur la représentation de la féminité

Répondez à ces questions en indiquant si vous êtes : Totalement masculine, Masculine, Plutôt masculine, Indifférente, Plutôt féminine, Féminine ou Totalement féminine

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Totalement masculine	Masculine	Plutôt masculine	Indifférente	Plutôt féminine	Féminine	Totalement féminine
Je me considère comme...							

	Totalement masculine	Masculine	Plutôt masculine	Indifférente	Plutôt féminine	Féminine	Totalement féminine
Idéalement, j'aimerais être...							
Traditionnellement, mes intérêts seraient considérés comme...							
Traditionnellement, mes attitudes et mes croyances seraient considérés comme...							
Traditionnellement, mon comportement serait considéré comme...							
Traditionnellement, mon apparence physique serait considérée comme...							

Questionnaire sur la qualité de vie

Les patients signalent parfois qu'ils présentent les symptômes suivants.

Veuillez indiquer l'importance des symptômes que vous auriez ressentis durant la semaine passée. Pour répondre, veuillez cocher le chiffre qui correspond le mieux à votre expérience.

Au cours de la semaine passée :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Avez-vous la bouche sèche ?				
La nourriture et la boisson avaient-elles un goût inhabituel ?				
Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants ou douloureux ?				
Avez-vous perdu des cheveux ?				
La perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée ?				
Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ?				
Avez-vous eu des bouffées de chaleur ?				
Avez-vous eu mal à la tête ?				
Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ?				

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ?				
Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ?				
Votre corps vous a t'il déplu ?				
Vous faisiez-vous du souci pour votre santé dans l'avenir ?				

Les patients signalent parfois qu'ils présentent les symptômes suivants. Veuillez indiquer l'importance des symptômes que vous auriez ressentis durant les 4 dernières semaines. Pour répondre, veuillez entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre expérience.

Au cours des 4 dernières semaines :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ?				

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport ?)				
Dans quelle mesure l'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?				

Les patients signalent parfois qu'ils présentent les symptômes suivants. Veuillez indiquer l'importance des symptômes que vous auriez ressentis durant la semaine passée. Pour répondre, veuillez entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre expérience.

Au cours de la semaine passée : *

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ?				
Avez-vous eu la main ou le bras enflé ?				
Avez-vous eu du mal à lever le bras devant vous ou sur le côté ?				
Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ?				

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
La région de votre sein traité était-elle enflée ?				
La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible ?				
Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité ?				

Entretien

Seriez-vous d'accord pour être contactée dans les prochaines semaines pour participer à un entretien d'une durée de 45 minutes environ ? Cet entretien s'effectuera soit à votre domicile, soit par téléphone.

Veuillez nous communiquer au choix une adresse mail ou un numéro de téléphone pour que nous puissions vous joindre.

A présent les questionnaires sont terminés. Nous vous remercions pour votre participation !

N'oubliez pas que c'est en grande partie grâce à vous que la recherche avance !

Pour tout renseignement supplémentaire : gaelle.bongeot@univ-tlse2.fr

Annexe 17. Notice d'information sur les réseaux sociaux

Bonjour à tous et à toutes,

Je m'appelle Gaëlle Bongeot et je suis doctorante en psychologie de la santé. Ma recherche porte sur le vécu de la féminité chez les femmes qui ont un cancer du sein. Je suis à la recherche de femmes ayant un cancer du sein depuis moins de 1 an, qu'elles aient déjà commencé un traitement ou non.

Si vous correspondez à ce profil et que ma recherche vous intéresse, vous pouvez remplir un questionnaire en ligne (qui dure entre 15 et 20 min).

Si vous pensez pouvoir participer à cette étude n'hésitez pas à remplir le questionnaire en cliquant le lien suivant :

<https://enquetes.univ-tlse2.fr/index.php/398719...>

Si vous connaissez quelqu'un qui pourrait participer, n'hésitez pas à lui montrer le lien! Je vous remercie !

Je vous souhaite à tous et à toutes une excellente journée

Gaëlle BONGEOT

Annexe 18a. L'autorisation de la RGPD



ATTESTATION DE CONFORMITÉ RGPD

Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, applicable depuis le 25 mai 2018

Recherche scientifique

L'Université Toulouse – Jean Jaurès, représentée par :

Emmanuelle GARNIER, présidente,

certifie que la recherche scientifique « **ITFCS (Impact des Traitements sur la Féminité des femmes qui ont un Cancer du Sein)** », réalisée par Madame Gaëlle Bongeot, doctorante,

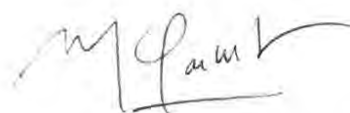
sous la direction de Madame Florence Sordes, directrice de thèse,

a fait l'objet d'un engagement de conformité RGPD en référence à la méthodologie de recherche 004,

sous l'enregistrement **numéro 201912191143 du registre des traitements du laboratoire de recherche Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et Psychologie de la Santé (CERPPS)**.

Fait à Toulouse, le 6 janvier 2020,

Par délégation,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. JAILLET', with a stylized flourish at the end.

Marie-Christine JAILLET
Vice-présidente
de la Commission Recherche

Annexe 18b. Autorisation du CER



Université
Fédérale

Toulouse
Midi-Pyrénées

A l'attention de
SORDES Florence

À Toulouse, le 15 octobre 2019

Affaire suivie par :

Sophie ACHTE
CER-DRDV
Courriel : bureau-cerni@univ-toulouse.fr
Tél. : 05 61 10 80 30

Objet : Avis de la commission en bureau du 03/10/2019 pour le projet 2019-165

Titre du projet soumis : Le retentissement psychologique des traitements contre le cancer du sein : Une mise à mal de la féminité ?

Porteur de projet : SORDES Florence, laboratoire CERPPS, UTJJ

Madame,

Compte tenu des éléments fournis dans votre demande, le Comité d'Éthique pour les Recherches de l'Université de Toulouse émet l'avis suivant : **Avis Favorable**

Nous rappelons, par ailleurs, qu'il relève de la responsabilité des chercheurs de se conformer à leurs obligations légales notamment en ce qui concerne les aspects d'homologation du lieu de recherche ou RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données.

Nous restons à votre disposition pour toute question.

Les membres du bureau CER.

Pr Maria Teresa Munoz Sastre

Pr Jacques Py

Rémi Capa

Résumé

Pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, les traitements anticancéreux sont lourds et invasifs, pouvant laisser des séquelles majeures sur la qualité de vie, l'image du corps et la sexualité. Du fait de ces altérations et de la localisation du cancer, la féminité est mise à mal. Trois études seront réalisées afin de mieux discerner l'évaluation du vécu de la féminité en psychologie de la santé et l'impact des traitements anticancéreux sur le vécu de la féminité des patientes. La première étude de cette thèse est une revue de littérature où il s'agira de recenser les variables psychologiques et les questionnaires utilisés lorsqu'on évalue la féminité des femmes atteintes d'un cancer du sein. Nos résultats indiquent que l'image du corps est la dimension la plus mentionnée mais d'autres variables, telles que la sexualité, les relations sociales et l'identité sont également prises en considérations dans cette évaluation. La seconde étude consiste à créer un outil mesurant la féminité chez les femmes française et de valider en parallèle une échelle évaluant la féminité traditionnelle. Notre dernière étude est transversale, comparative et mixte, l'objectif est de montrer les effets des anticancéreux sur le vécu de la féminité et la qualité de vie. Une méthodologie mixte permet d'explorer l'impact psychologique des traitements, de cibler les besoins et de recenser des éventuels effets bénéfiques.

La finalité de cette recherche se veut plus constatatrice qu'explicative soulignant l'intérêt de prendre en charge la féminité selon une approche intégrative et l'ensemble des résultats de ce travail permet de suggérer des recommandations aux professionnels de santé désirant améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer

Mots clés : Cancer du sein, traitements anticancéreux, féminité, représentation de la féminité, sexualité.

Abstract

For women with breast cancer, cancer treatments are heavy and invasive, and can have a major impact on the quality of life, body image and sexuality. Because of these alterations and the location of the cancer, femininity is compromised in these women. Three studies will be conducted in order to better discern the evaluation of the experience of femininity in health psychology and to understand the impact of cancer treatments on the patients' experience of femininity. The first study in this thesis is a literature review that will identify the psychological variables and questionnaires used when assessing femininity in women with breast cancer. Our results indicate that body image is the most mentioned dimension but other variables such as sexuality, social relationships and identity are also taken into consideration in this assessment. The second study consists in creating a tool measuring femininity in French women and validating in parallel a scale assessing traditional femininity. Our last study is cross-sectional, comparative and mixed, with the objective of showing the effects of anticancer drugs on the experience of femininity and quality of life. A mixed methodology allows us to explore the psychological impact of treatments, to target needs and to identify possible beneficial effects.

The aim of this research is to be more observational than explanatory, emphasizing the interest of taking care of femininity according to an integrative approach. All the results of this work make it possible to suggest recommendations to health professionals wishing to improve the quality of life of patients with cancer

Key words: Breast cancer, anti-cancer treatments, femininity, representation of femininity, sexuality.