REPUBLIQUE DU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

****

ANNEE :2025 **N° 2830**

SANTE SEXUELLE DES PATIENTES TRAITEES POUR CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES DANS DEUX HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE COTONOU EN 2024

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Elisabeth Abiguaël Dotou DOSSA

Née le 01 Février 1999 à Porto-Novo (République du Bénin)

Directeur de thèse

Dr Justin Lewis DENAKPO

Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique

Co-directeurs

Dr Tchimon VODOUHE

Dr Mohammed DAKIN

Présidente du jury

Dr Flore GANGBO

Professeur titulaire d'histologie embryologie et cytogénétique

Membres du jury

Pr Justin Lewis DENAKPO

Dr ANAGONOU LARY Lucrèce

MCA en Pédopsychiatrie

Dr Patrice DANGBEMEY

MCA en Gynécologie Obstétrique

Année Académique : 2023-2024

LISTE DES ENSEIGNANTS

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N° 2943 /2024/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2024

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ET ASSOCIES

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2024-2025 (version novembre 2024)

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr.

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Pr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Pr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Pr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Pr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
5.	Pr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
6.	Pr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
7.	Pr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
8.	Pr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
9.	Pr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
10.	Pr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
11.	Pr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
12.	Pr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
13.	Pr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
14.	Pr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
15.	Pr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
16.	Pr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
17.	Pr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
18.	Pr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
19.	Pr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
20.	Pr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
21.	Pr AYELO Ahounménou Paul	Médecine du Travail
22.	Pr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
23.	Pr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
24.	Pr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
25.	Pr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
26.	Pr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
27.	Pr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
28.	Pr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
29.	Pr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
30.	Pr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
31.	Pr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
32.	Pr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
33.	Pr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr

DECEMBRE 2024

34. Pr VIGAN Jacques	Néphrologie
35. Pr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
36. Pr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
37. Pr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
38. Pr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
39. Pr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
40. Pr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Pr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Pr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Pr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Pr ALIHONOU Thierry Claude Fernand Comlan	Neurochirurgie
5. Pr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
6. Pr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
7. Pr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
8. Pr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê	Ophtalmologie
9. Pr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
10. Pr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11. Pr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
12. Pr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
13. Pr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
14. Pr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
15. Pr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
16. Pr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
17. Pr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
18. Pr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
19. Pr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
20. Pr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
21. Pr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
22. Pr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
23. Pr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte
24. Pr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
25. Pr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
26. Pr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

REMBRE 2024

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr.

27. Pr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
28. Pr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
29. Pr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Pr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
31. Pr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
32. Pr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
33. Pr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
34. Pr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
35. Pr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
36. Pr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Pr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
38. Pr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique
39. Pr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
40. Pr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
41. Pr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
42. Pr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
43. Pr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
44. Pr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
45. Pr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
46. Pr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
47. Pr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
48. Pr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
49. Pr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
50. Pr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
51. Pr SOSSA Jean	Urologie
52. Pr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2024

MAÎTRE DE CONFERENCES

1. Pr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3.	Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4.	Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
5.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
6.	Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
7.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
8.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
9.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
3.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
4.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
5.	Dr OREKAN Folakèmi Jeanne	Biologie Clinique
6.	Dr TOHODJEDE YéVèdo	Pédiatrie
7.	Dr VODOUHE Tchimon yéa Sètchégnon	Gynécologie-Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1.	Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2.	Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3.	Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4.	Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5.	Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6.	Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7.	Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8.	Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie
9.	Dr DOHOU Médard	Odontostomatologie
10.	Dr FATON Alexandre Dossou	Médecine Physique et Réadaptation
11.	Dr OLOWO Bénédicte Ingrid	Gynécologie-Obstétrique

ORIGINALE 2024

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr.

[6]

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty..... Toxicologie et Analyse du risque

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- MCA COULIBALY Songulgama ..... Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes

2-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine..... Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso

3-Dr SANGARE Béatrice..... Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

4-EFOE Etienne..... Pharmacie

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice ..... Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC

2–Dr AHISSOU Hyacinthe..... Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC

3–Dr GBENOU Joachim ..... Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC

4- Dr OUENDO Edgard-Marius..... Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)

5- Dr KPATCHAVI Adolphe..... Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie

6- Dr AGUEH Damienne Victoire..... Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition

7–Dr JOSSE Roger Gérard ..... Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC

LE DOYEN

Université d'Abomey - Calavi FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2024

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr.

32- M GODE MERE Constant	Communication orale et recherche documentaire
33-Dr HOUNGBO Y. Hermance	Alimentation des collectivités
34- M KPODJI Paulin	Immunologie
35- Mme MAHAMADOU DANDA Amina	Hygiène et salubrité des aliments
36- M MOROU Karimou	Notion de base en alimentation et nutrition
37- Mme SACCA Carole Edna Murielle	Technique de transformation alimentaire
38- M SANTOS Reynald Y.S.	Evaluation de l'alimentation des individus
39- Mme WAKPO Sèna Ariane	Notion de base en cuisine diététique
40- M ADEN Hugues	Alphabétisation
41- M AGBOGBE Nestor	Réadaptation à base communautaire
42- Mme AHOGA CODO Nadège	Accompagnement social personnalisé de l'enfant
43- M AINA Mensah Coffi André	Méthodologie de recherche qualitative
44- Mme ANANI Isabelle	Justice juvénile et réparatrice
45- M ATAKLA Emile Zinsou	Elaboration de projet
46-M ATCHOUTA Ayélodjou Roger	Recherche quantitative
47- M ATODJINOU M. Candide	Statistique et Démographie
48- M COMAHOUE Franck	Devoir médico-social
49- M DADEGNON K. Aimé	Statistique sociale
50- Mme De SOUZA pélagie	Sociologie et anthropologie générale
51- M DJEIGO Michel	Méthodologie d'intervention
52- Mme DJIMA Fatahou	Psychopédagogie
53- M DJOGBEDE Léopold	Histoire et organisation du service social
54-M DOSSA Urbain	Gestion axée sur les résultats
55- Mme DOSSOU ADELOUI	Droit des personnes et de la famille
56- M EKPINSE Emile	Technique de rédaction administrative
57- Mme FATOMBI Joséphine	Autres politiques
58- M GNINGLA Daniel Prudencio	Utilisation de support comptable
59- M HOUANGNI Corneille	Gestion axée sur les résultats
60- M HOUESSOU Mahounan Modeste	Psychologie du développement humain
61- M HOUNGBEME Jean Luc	Economie du développement
62- M HOUNGBO Christian	Economie sociale et solidaire
63- Mme HOUNKPATIN Ella Ayaba	Introduction au droit
64- M IDRISSOU Soulé	Etude du milieu
65- M IKO AFE Fidèle	Justice juvénile
66- Mme KINSOU Lysette Carine	Santé familiale et DSSR
67- Dr KPENONHOUN Joel	Psychologie sociale
68- Mme LAOUROU Christelle	Economie familiale et sociale
69- Mme MARCOS Awa Simone	Droit du travail
70- Mme MIDRJESSO Roméo	Etude du code de l'Enfant
71- Mme NAHUM T. Lucrèce	Management des services sociaux
72- M ODODE Adélanan Akanni	Comptabilité générale
73- Mme OGA Armelle	Sociologie de la famille
74- Mme SESSOU HINSON Fidélia	Devoir social
75- M SOSSOU Janvier	Technique d'animation de groupe restreints
76- Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
77- M TONI Ezin Mathias	Politique en faveur du jeune
78- Mme VOGLOZIN HINSON A. A	Gestion des Ressources Humaines
79- M YELOME Mardochée	Psychologie du couple

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Le Doyen

Professeur Josué Delinnin Georges AVAKOUDJO

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr.

8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12- Dr OGOUYANDJOU Simplice	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14-Dr DJOSSOU A. K. Alfred	Assistant en Anglais
15- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
16- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
17-Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique	Maître-Assistant en Chimie Organique.

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - M AHOGA Sourou	Soins infirmiers
2 -M AHOUANSOU Frédéric	Secourisme
3- Dr AKOGBETO Paule Judith	Anglais
4-AMOUSSOU N. Gisèle	Initiation à la connaissance du médicament (ICM)
5-M GANDONOU D. Clément	Biochimie Générale
6-M TOSSOU Emmanuel Yaovi	Gestion des stocks et approvisionnements en produits de santé
7-M KOUKPEMEDJI D. Louis	Législation et règlementation Pharmaceutique
8- Dr DOYOU YEMOA Angèle Modukpè	Conseil à l'officine , Pharmacie Clinique
9-M OSSENI Razack	Pharmacie vétérinaire
10-M SONDJO Rodrigue	Essai clinique
11-M TCHAMMOU Euloge	Mathématique
12-M AGBOGBÉ Nestor	Réadaptation à base communautaire
13-Dr AMANZONWE Renaud	Goniométrie et tesring musculaire
14-M ANANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
15-Dr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
16-M ASSOGBA Elwis Roland	Psychologie Psychopathologie
17-Dr DAHOUETO Wilfried	Grands brûlés
18-M GANHOUN Gaston	Physique Mécanique
19-Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
19- Dr NIAMA-NATTA Didier	Appareillage orthopédique
20- Dr OLOUKA Jean	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
21- Dr RAIMI Akambi Fatiou	Anglais
22- Dr SOGBOSSI Emmanuel	Anatomie palpatoire
23-ABILOGOUN-CHOKKI Oladokoun Olakemi	Psychologie
24- M ABOUDOU Kowiou	Technique de transformation alimentaire
25- M AFOUDA O. Acardius	Anglais
26-Mme AGUEH Victoire Damienne	Surveillance nutritionnelle
27- M ATCHADE Bardieu	Chimie organique
28- M BANON Sèmèvo Bleck Jultesse	Technique de transformation alimentaire
29- Mme D'ALMEIDA Marie Constance	Communication orale et recherche documentaire
30- M GANDEHO Gamèli Justin	Technique de transformation alimentaire
31- Mme GUEDENON Carine	Surveillance alimentaire et nutritionnelle

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

SOUTENU EN 2024

CAMPUS UNIVERSITAIRE CHAMP DE FOIRE
01B.P. 188 Cotonou – Tél : (229) 21 30 25 13 / 21 30 40 95 – Fax : (229) 21 30 40 96 – e-mail : fss_cotonou@yahoo.fr.

ACTIONS DE GRÂCES

Au Dieu Tout Miséricordieux, Très Miséricordieux,

Dont la grâce infinie a guidé chaque pas de ce chemin,

Dont la clémence a apaisé les doutes et nourri l'espérance,

Dont la sagesse a éclairé les moments d'obscurité.

À Toi, Source de toute connaissance et de toute compassion,

Je dédie ce travail, fruit de persévérance et d'humilité.

Que ces pages, empreintes de recherche et de dévouement,

Soient un témoignage de gratitude pour les forces insufflées,

Les défis surmontés, et les mains tendues sur ma route.

Que cette œuvre serve aussi les patientes dont les voix silencieuses

Rappellent l'urgence d'allier science et humanité,

Conforme à Ta miséricorde qui embrasse toute création.

AMEN !

DEDICACES

À ma mère bien-aimée Bertille Sènahin AMADJ, épouse DOSSA

Femme forte, guerrière aux bras tendres, mon Amazone, "*Nan tché*". Toi qui as porté les tempêtes sans jamais plier, toi dont les prières ont été mon souffle aux heures fragiles. Ta confiance, un rocher inébranlable sous mes pas, tes mots, des semences d'espoir qui ont germé dans mes doutes. Merci pour tes nuits transformées en aubes par l'effort, pour tes silences qui disaient plus que mille discours, pour ta résilience, miroir de ce que je devais devenir. Tu m'as apprise que le courage n'est pas l'absence de peur, mais l'art de marcher malgré elle, main dans la main. Ce travail est tissé de tes larmes discrètes, de tes « Vas-y, ma fille, j'ai confiance en toi, tu peux le faire, tu en es capable » murmurés à l'infini, de ton amour, phare dans la nuit des chemins incertains. Qu'il soit, à travers ces pages, un hommage à ta lumière, à ta foi inaltérable, à ton cœur qui bat pour le mien. Que le Tout Puissant veille toujours sur toi et t'accorde une longue vie afin que nous te fassions jouir du fruit de ta semence.

Maman, tu es mon premier chapitre, ma conclusion éternelle. Je t'aime au-delà des mots.

À mon père adoré, Gbodjètin Paul DOSSA, "*Tata*"

Pour ton soutien silencieux mais constant, ta présence, simple et sûre, à chaque étape. Ta façon de croire en mes choix, même incertains, et de rester là, sans jugement, quand je trébuchais. Merci pour ces moments où ta sagesse discrète a éclairé mes chemins sans jamais les imposer. Merci pour ta patience à m'écouter et tes conseils justes, pour ta disponibilité. Ce travail est aussi le tien. Un hommage à ta force tranquille, à ta façon d'être un père sans prétention, mais toujours ancrée, fidèle, indispensable. Les mots me manquent pour dire merci… alors je dépose ici, dans ces pages, un peu de la fierté que tu m'as donnée.

Merci beaucoup Papa. Que le Tout Puissant veille toujours sur toi, qu'il t'accorde la longévité car beaucoup plus de grâces abonderont. Je t'aime papa.

À ma petite sœur adorée, Christine Ruth Mahoutin DOSSA

Toi, l'étoile rayonnante posée de l'autre côté de l'océan ; toi, la femme magnifique avec ton âme de lumière et ton cœur sans frontière. Merci pour ton soutien, aussi solide que discret, pour ta confiance qui m'a portée quand les vents doutaient, pour ces rires partagés au téléphone, malgré la différence de fuseaux, et ces débats passionnés où nos différences dansaient sans se heurter. La distance n'a pas effacé ta place dans mon histoire, nos divergences n'ont jamais terni l'éclat de ta grâce. Tu es cette preuve vivante que l'amour ne se mesure pas en kilomètres ou en opinions, mais en silence compris, en complicité qui survit aux tempêtes, aux océans, aux années. Je suis fière de la femme que tu es : audacieuse, libre, vibrante d'une énergie qui transcende les cultures. Je t'admire pour ta façon de réinventer ta voie, de porter nos racines comme un trésor, sans en être prisonnière. Petite sœur, tu es mon miroir lointain et si proche,

Ma fierté inconditionnelle, mon sang devenu aurore. Que ces mots traversent les mers pour te dire : « Merci d'exister. Je t'aime, aujourd'hui et pour toujours. »

À mes grandes sœurs Mesmine et Candelle et à mon grand frère Jean-Tychique,

Un merci du cœur pour votre présence, votre soutien, et ces petits riens qui font tout. Vous êtes ma chance et ma famille. Puisse le Tout Miséricordieux nous unir davantage. Je vous aime.

Au Docteur Frank LEHMANN,

Merci pour votre soutien indéfectible et vos encouragements qui m'ont porté. Votre confiance en moi a été un cadeau précieux, et chaque pas que je fais porte une touche profonde de votre bienveillance. La reconnaissance est la mémoire de

l'homme dit-on... profonde gratitude et reconnaissance renouvelée. Merci pour tout. Que le Tout Puissant veille toujours sur vous.

À mes très chers amis Abdel-Kader ADEBAYO et Madjidath HOUNKPATIN AMOUSSA,

De camarades d'un jour à des confidents pour la vie… Aucun mot ne suffirait à décrire l'affection, la gratitude et l'admiration que je vous porte. En vous, j'ai trouvé un refuge dans mes nuits sans étoiles, et votre rire a été ma mélodie aux aurores. Votre bienveillance a été la lumière qui a percé mes doutes, et votre soutien, le courage qui m'a relevée. Merci d'exister, tout simplement.

À mes compagnons de la première heure, Chancelle LOKOSSOU, Bénita MEHOULOKO et Vianney ZANNOU,

Sur les bancs de l'anatomie, entre schémas et découvertes, une amitié est née… simple, solide, *comme une évidence*. Merci au Tout-Puissant d'avoir fait de nos chemins croisés un destin partagé. Merci pour ces années où rires, doutes et réussites ont tissé entre nous un lien plus fort que le temps. Puissions-nous, être guidés par cette même lumière et continuer à grandir *ensemble*… en médecins, mais surtout en humains. À nos vies, à nos combats, et à l'avenir qui nous attend, brillant, j'en suis sûre.

REMERCIEMENTS

À Michèle KPADONOU,

Ton cœur généreux a été ma boussole dans les doutes, ta foi un rappel silencieux que même les défis ont un sens. Merci pour ces journées de révision transformées en éclats de rire, et pour ces mains tendues qui ont fait de la solidarité notre langue maternelle. Tu as porté ce travail *avec* moi … Et c'est là ta grâce infinie.
Que le Ciel te rende, en étoiles, tout ce que tu as semé en étincelles ici-bas.

À ma chère amie Janice FABI,

Ton sourire a éclairé nos journées les plus intenses, et ton cœur a transformé chaque épreuve en défi partagé. Merci d'être cette âme lumineuse qui allège les charges, cette alliée qui croit toujours en demain, même quand la fatigue murmure. Ensemble, nous avons appris que la médecine se vit mieux avec des *ailes* comme les tiennes.
Pour tout ce que tu es… et pour tout ce que nous serons, merci.

À mon ami Rogério APLOGAN alias ' ballon d'or' ,

Tu as été un rocher dans les tempêtes et un complice sous le soleil. Merci pour ton écoute sans faille, ta force silencieuse, et ce sourire qui éclaire même les jours gris. Malgré les défis, tu as montré qu'on peut traverser l'ombre sans perdre sa lumière. La vie t'a donné des vagues, et tu en as fait des étincelles… Merci pour tout et que Dieu te bénisse.

À mon ami, Farouk AKIFEWA,

Merci pour toute l'aide que tu m'as apportée depuis le début de ce travail jusqu'à sa fin. Merci pour tes corrections, ta disponibilité. Ce travail porte aussi ton empreinte. Que Dieu te bénisse.

À mon oncle le Docteur Béranger AMADJI,

Pour les conseils et le soutien, pour le partage de votre expérience et pour toutes ces valeurs et qualités qui vous caractérisent et forcent notre admiration.

Sincères remerciements.

Aux familles DOSSA et AMADJI,

Vifs remerciements

Au Docteur Hermès AMOUSSOUVI,

Une de mes plus belles rencontres de la 6ème année. Ce stage de zone a été bien plus qu'une immersion professionnelle : grâce à vos conseils éclairés, j'ai appris à affiner ma démarche diagnostique et à croire en mes capacités. Merci pour tous vos conseils, vos mots d'encouragements quand je n'avais pas assez confiance en moi ; toujours là pour écouter sans jugement et orienter mes pas avec une disponibilité bienveillante. Aujourd'hui, je ne sais plus où finit le mentor et où commence l'ami… Peut-être est-ce là votre magie : transformer les doutes en forces, et les rencontres en liens indéfectibles. Merci pour tout.

Aux membres de mon groupe de stage de la 6ème année,

Merci à vous pour ces mois qu'on a partagé. Cela n'a pas été toujours facile, nous avons connu des bons comme des mauvais moments. Mais nous y sommes arrivés par la grâce de Dieu. Brillante carrière à nous.

A tous ceux, qui de loin ou de près, m'ont accompagné, soutenu et encouragé.

Sincères remerciements

A toutes les femmes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires, incluses dans cette étude

Sans votre compréhension et collaboration, cette étude n'aurait pu être effectuée. En acceptant d'y participer, vous avez contribué à cerner l'impact du cancer et ses traitements sur la santé sexuelle des femmes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires à Cotonou. Ce faisant, vous avez contribué à l'amélioration à court, moyen et long terme de la prise en charge oncosexologique de nombreuses patientes dans notre pays.

Sincères remerciements.

HOMMAGES

À nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,

Vous avez été bien plus que des enseignants : des guides éclairés, des passeurs de savoir, et les artisans discrets de notre vocation. Par votre rigueur scientifique, votre patience à toute épreuve, et votre engagement sans faille, vous avez allumé en nous la flamme de la curiosité, du dévouement et de l'excellence. Merci pour chaque cours transformé en leçon de vie, chaque conseil devenu boussole, et cette exigence bienveillante qui façonne aujourd'hui des professionnels prêts à servir. Votre héritage dépasse les murs des amphithéâtres… Il vit en chacun de ceux qui, grâce à vous, œuvreront pour la santé et la dignité humaine.

Hommages respectueux.

À notre Directeur de Thèse, Professeur Justin Lewis DENAKPO,

Nous vous sommes très reconnaissante de l'insigne honneur que vous nous faites en dirigeant ce modeste travail. Malgré toutes vos occupations et vos multiples sollicitations, vous vous êtes rendus disponible à nos sollicitations. Vous avez été bien plus qu'un guide académique : un mentor exigeant, un allié patient, et la voix rassurante dans les moments de doute. Merci d'avoir partagé avec nous votre savoir inépuisable, votre rigueur intellectuelle, et cette passion discrète qui transforme la recherche en quête de sens. Chaque conseil, chaque correction, chaque question *qui dérange* a été un pas de plus vers l'autonomie et la maturité scientifique. Votre confiance en notre travail reste un cadeau sans prix. Que ces mots traduisent la gratitude que nous portons à celui qui a rendu cette aventure *possible* et *inoubliable*.

À nos co-directeurs de thèse

Docteur Tchimon VODOUHE,

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez su nous consacrer un temps précieux, une écoute attentive, et des conseils qui ont éclairé chaque étape de ce travail. Votre disponibilité, même au milieu d'agendas surchargés, a été un soutien inestimable. Merci pour cette générosité intellectuelle, cette rigueur bienveillante, et cette capacité à transformer les défis en opportunités.

Docteur Mohammed DAKIN,

Pour votre amabilité et vos conseils avisés. Chaleureux remerciements.

A la présidente du jury, Professeur Flore GANGBO, Professeur titulaire d'histologie- embryologie et de cytogénétique,

En acceptant de présider notre jury de soutenance de thèse, vous nous avez fait un immense honneur. Vos précieuses recommandations ont permis d'améliorer la qualité de notre travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

Aux membres du jury,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en siégeant dans notre jury de soutenance de thèse. Vos remarques et critiques ont aidé à fignoler ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

%:	:	Pour cent
AFUD	:	American Foundation for Urologic Diseases
AMP cyclique	:	Adénosine Monophosphate cyclique
BIS	:	Body Image Scale
CHU-MEL	:	Centre National Hospitalier de la Mère et de l'Enfant Lagune
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA
CUCV	:	Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale
CUGO	:	Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
D11	:	11ème vertèbre thoracique
DS	:	Dysfonction Sexuelle
DSM IV-TR	:	Diagnostic and Statistical Manual of Disorders 4ème édition Texte Révisé
EDS	:	Enquête Démographique et de la Santé
FACT-G	:	Functional Assessment of Cancer Therapy – General
FSFI	:	Female Sexual Function Index
GMP cyclique	:	Guanosine Monophosphate Cyclique
HADS	:	Hospital Anxiety and Depression Scale
IC	:	Intervalle de Confiance
NO	:	Oxyde Nitrique
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OR	:	Odds Ratio
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
S2	:	2ème vertèbre sacrée
S5	:	5ème vertèbre sacrée

TE	:	Trouble de l'Excitation sexuelle
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIP	:	Vasoactive Intestinal Peptide

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I : Définition opératoire et modalité de la variable dépendante..... 49
Tableau II : Définition opératoire et modalités des variables indépendantes ... 50
Tableau III: Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon leurs caractéristiques sociodémographiques 60
Tableau IV : Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon leur statut ménopausique 61
Tableau V : Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon les traitements reçus 63
Tableau VI : Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon leur bien-être physique et l'image de soi après le cancer 65
Tableau VII: Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon la présence de troubles anxiodépressifs liés au cancer 66
Tableau VIII: Répartition des patientes enquêtées selon la qualité de la relation intime avec le partenaire après le diagnostic et la prise en charge du cancer..... 67
Tableau IX : Prévalence des divers troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 avant et après le diagnostic du cancer 69
Tableau X : Prévalence des divers troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancer du sein dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024..... 70
Tableau XI : Prévalence des divers troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancer du col de l'utérus dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 71

Tableau XII : Besoins en soins oncosexologiques des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 73
Tableau XIII : Association entre les caractéristiques sociodémographiques des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 et la dégradation de la santé sexuelle 74
Tableau XIV : Relation entre le statut ménopausique et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 76
Tableau XV : Association entre le traitement reçu et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 77
Tableau XVI: Association entre l'existence de troubles anxiodépressifs et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 78
Tableau XVII: Association entre l'image de soi, le bien-être physique et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 79
Tableau XVIII : Relation entre la qualité de vie intime avec le partenaire et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 80
Tableau XIX : Association entre le niveau d'informations reçues par rapport aux effets du cancer sur la sexualité et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 81

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 8
Figure 2 : Appareil génital féminin (vue externe)..... 29
Figure 3 : Appareil génital féminin 29
Figure 4 : Anatomie du sein 30
Figure 5 : Classification des dysfonctions sexuelles chez la femme 37
Figure 6 : Diagramme de flux de sélection des participantes 58
Figure 7 : Répartition par tranches d'âge des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 59
Figure 8 : Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon le type de cancer. 62
Figure 9 : Répartition des patientes traitées pour cancer du sein dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 suivant les traitements reçus 64
Figure 10 : Répartition des patientes traitées pour cancer du col de l'utérus dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon les traitements reçus... 65
Figure 11 : Prévalence des dysfonctions sexuelles chez les patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 avant et après le diagnostic du cancer 68
Figure 12 : Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon le niveau d'informations reçues par rapport les effets du cancer sur la sexualité selon l'échelle de Likert..... 72

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

SOMMAIRE

LISTE DES ENSEIGNANTS i

ACTIONS DE GRÂCES x

DEDICACES xii

REMERCIEMENTS xvi

HOMMAGES xx

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xxiii

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES xxvi

SOMMAIRE xviii

INTRODUCTION 1

1. PROBLEMATIQUE 4

2. GENERALITES 16

3. CADRE ET METHODE D'ETUDE 39

4. RESULTATS 57

5. DISCUSSION 82

CONCLUSION 98

SUGGESTIONS 100

REFERENCES 101

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES X

INTRODUCTION

Les cancers gynécologiques et mammaires regroupent les cancers du sein, du col de l'utérus, de l'endomètre, des ovaires et des trompes, de la vulve et du vagin. Ils constituent un problème de santé publique dans le monde du fait de leur incidence, leur morbi-mortalité et de leurs conséquences psychologiques, avec des disparités entre les pays en développement et les pays développés. Selon les données de GLOBOCAN 2022, le cancer du sein est le 1er cancer le plus diagnostiqué chez les femmes. Les taux d'incidence les plus élevés sont en France, Australie/Nouvelle-Zélande, Amérique du Nord et Europe du Nord (4 fois plus qu'en Asie du Sud-Centrale et Afrique centrale), grâce notamment à la politique de dépistage organisée [1]. La prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires repose selon le cas, sur la chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante, la chirurgie, la radiothérapie, la thérapie ciblée, l'hormonothérapie, l'immunothérapie, la psychothérapie et les soins palliatifs. Les différents traitements oncologiques et les soins de soutien aux patientes permettent désormais d'améliorer la survie à long terme des patientes. Cette survie à long terme comporte une dimension essentielle, la qualité de vie, qui peut être altérée par les effets psychologiques de la maladie et les effets secondaires du traitement. La qualité de vie après traitement pour cancers gynécologiques et mammaires est un concept multidimensionnel, qui englobe des composantes physiques, sociales, existentielles et sexuelles. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé sexuelle est définie comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité, incluant une approche positive et respectueuse, sans discrimination ni violence [2]. Malgré la reconnaissance internationale de l'impact du cancer et des différents traitements oncologiques sur la sexualité des patientes, le sujet est rarement abordé dans la prise en charge, en particulier dans les contextes culturels où la sexualité demeure encore tabou, notamment dans les pays d'Afrique du Sahara [2,3]. Au Bénin, il n'existe pas encore de données sur la problématique de la sexualité des femmes après diagnostic et traitements des cancers gynécologiques et mammaires. Aussi, nous avons choisi de faire la

présente étude dans le but de proposer l'intégration de soins d'oncosexualité à la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires au Bénin.

1. PROBLEMATIQUE

1.1. Enoncé du problème

L'incidence des cancers gynécologiques et mammaires, notamment les cancers du sein et du col, domine le monde. En 2020, il a été recensé 19,3 millions de nouveaux cas de cancer et 10 millions de décès dans le monde, le cancer du sein étant le cancer le plus diagnostiqué chez les femmes [4]. Au Bénin, une étude épidémiologique réalisée à Cotonou en 2021, a montré que le cancer du sein représentait 39% de tous les cancers féminins, devant le cancer du col utérin (16%), le cancer de l'endomètre (3,3%) et le cancer des ovaires (3,07%) [5]. Au regard de son ampleur, de la vulnérabilité des patientes et de l'accessibilité aux solutions thérapeutiques, le cancer du sein est le premier cancer prioritaire parmi les cancers gynécologiques au Bénin devant le cancer du col de l'utérus selon les données du plan national de lutte contre le cancer de 2023 [6].

Outre les aspects médicaux, l'annonce du diagnostic de cancers gynécologiques et mammaires est un traumatisme pour la patiente, la famille et les soignants. En effet, l'impact psychologique de la maladie cancéreuse se traduit par l'anxiété, la dépression, l'altération de l'image de soi et de la sexualité [7]. Par ailleurs, les différents traitements peuvent induire des effets secondaires sexuels à type d'insuffisance ovarienne prématurée, de sècheresse vaginale, de dyspareunie, de baisse de la libido [3,8]. Des études internationales ont montré une prévalence élevée de troubles sexuels chez des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires. En Chine, 75,37% des patientes traitées pour cancer du sein avait des dysfonctions sexuelles. Cette fréquence était de 68% pour les cancers gynécologiques en Nouvelle-Angleterre [9]. Au Maghreb, des études menées au Maroc et en Tunisie ont rapporté des taux élevés de difficultés sexuelles, notamment de dyspareunie, de problèmes de lubrification et d'une diminution du désir sexuel [10,11].

Malgré leur fréquence, les troubles sexuels sont rarement pris en compte dans le traitement des cancers gynécologiques et mammaires. Les normes

socioculturelles, marquées par des tabous entourant la sexualité, limitent le dialogue entre patientes, entre les patientes et leurs partenaires, entre les patientes et les soignants, exacerbant davantage l'isolement et la détresse psychologique [12,13]. Par ailleurs, l'absence de protocoles intégrant l'oncosexologie, une approche combinant soins oncologiques et santé sexuelle, prive les patientes d'un accompagnement adapté, pourtant essentiel à leur réhabilitation psychosociale [3,9].

Au Bénin, malgré la prévalence élevée de ces cancers, aucun travail de recherche n'a étudié l'impact du diagnostic du cancer et de son traitement sur la sexualité des patientes. Notre étude se propose d'évaluer l'impact du diagnostic du cancer gynécologique et mammaire et des traitements qui leurs sont associés sur la sexualité des patientes. En identifiant les déterminants physiques, psychologiques et culturels des dysfonctions sexuelles, elle vise à éclairer la mise en place de protocoles de prise en charge holistiques, respectueux des réalités locales. Une telle démarche est cruciale pour transformer les survivantes en « vivantes », pleinement épanouies dans leur corporalité et leur intimité, conformément aux objectifs de l'OMS et aux impératifs éthiques des soins oncologiques modernes [14,15].

1.2. Questions de recherche

- Quel est l'impact du diagnostic des cancers gynécologiques et mammaires, ainsi que de leurs traitements, sur la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers mammaires et gynécologiques dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 ?
- Quels sont les facteurs associés à la dégradation de la santé sexuelle des patientes après le diagnostic et les traitements des cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 ?

1.3. Hypothèses de recherche

- Le diagnostic des cancers gynécologiques et mammaires, et leurs traitements, entraînent une dégradation de la santé sexuelle des patientes au CNHU-HKM et au CHU-MEL de Cotonou en 2024.
- Les facteurs sociodémographiques, les facteurs liés au couple et ceux liés aux cancers et leurs traitements sont associés à la dégradation de la santé sexuelle des patientes prises en charge pour cancers mammaires et gynécologiques dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024.

1.4. Objectifs de recherche

Objectif général

Evaluer l'impact du cancer et/ou de son traitement sur la santé sexuelle des patientes prises en charge pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024.

Objectifs spécifiques

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes prises en charge pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024.
- ✓ Analyser l'évolution de la sexualité avant et après le diagnostic et la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024.
- ✓ Identifier les facteurs associés à la santé sexuelle des patientes prises en charge pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024.

- ✓ Recenser les besoins en oncosexologie des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024.

1.5. Cadre conceptuel de l'étude

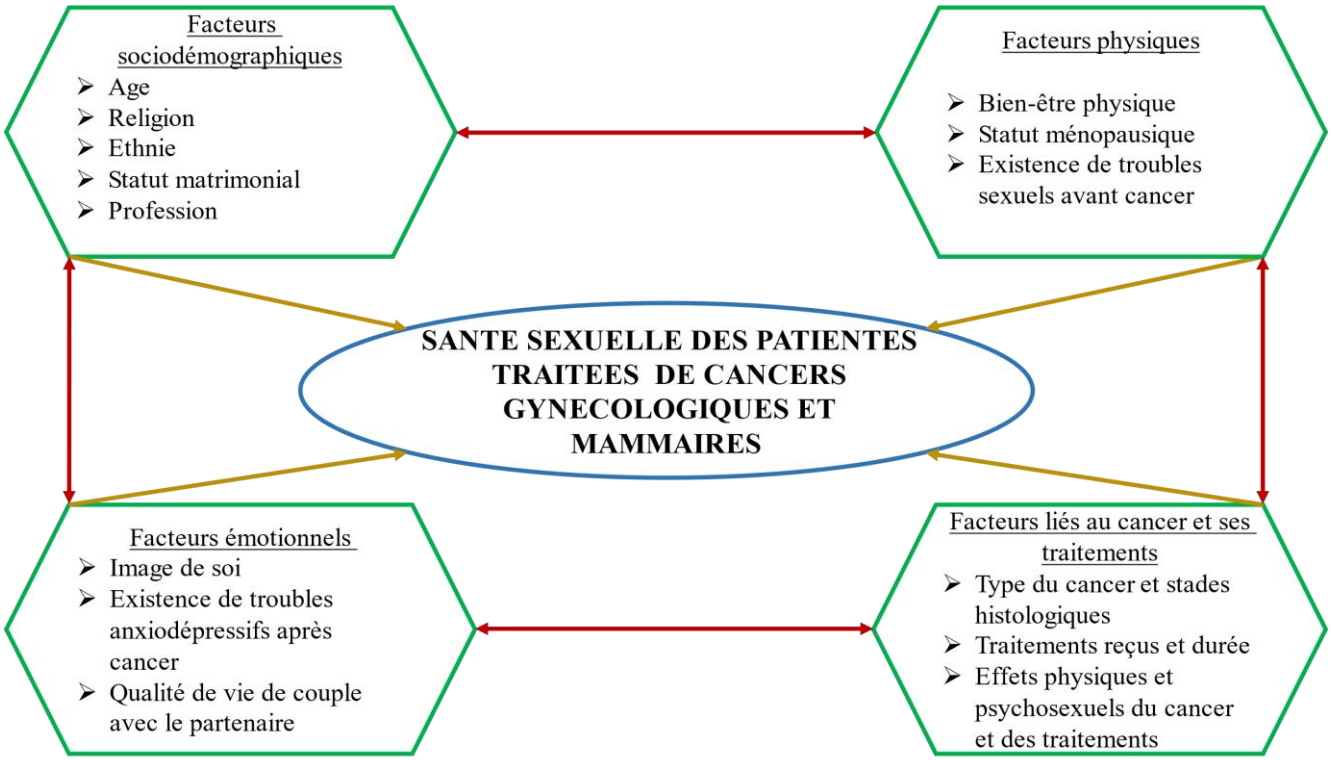
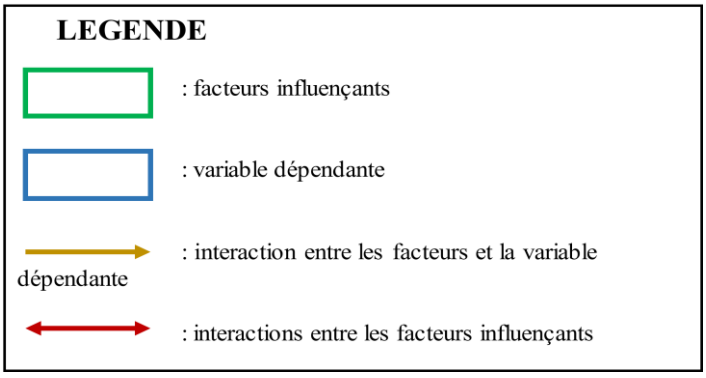


Figure 1 : Cadre conceptuel de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024



❖ Description du cadre conceptuel

La santé sexuelle des patientes traitées pour des cancers gynécologiques et mammaires est influencée par divers facteurs.

✓ Les facteurs sociodémographiques

- **Age**

L'âge semble être un facteur important lors de l'évaluation de la santé sexuelle des patientes. Les patientes atteintes d'un cancer gynécologique âgées de plus de 50 ans semblent plus sujettes aux troubles de l'orgasme et moins enclines à aborder leurs préoccupations sexuelles. En revanche, les femmes plus jeunes connaissant davantage de difficultés liées à la perte de la fonction reproductrice et aux changements vaginaux brusques. Ces dernières éprouvent un sentiment de solitude. De manière générale, un jeune âge est associé à une moins bonne adaptation, avec un impact plus marqué sur la qualité de vie sexuelle, notamment en termes de fréquence des problèmes sexuels et de détresse psychosexuelle [16–18].

- **Religion**

Les exigences de la religion influencent la sexualité des femmes. En effet, il a été remarqué que toutes les femmes veuves ou divorcées n'avaient plus de relation sexuelle, par exigence de la religion, surtout celle musulmane [19,20].

- **Statut matrimonial**

Le statut matrimonial est un facteur associé à l'activité sexuelle. C'est un prédicteur de la fonction sexuelle et de l'intérêt sexuel. Les femmes célibataires (c'est-à-dire célibataires, sans relation stable ou ne vivant pas avec un partenaire significatif) peuvent se sentir plus vulnérables dans de nouvelles relations, être exposées à un risque d'altération de leur image corporelle et avoir des besoins de

réadaptation plus élevés [16]. Les auteurs s'accordent à dire que la vie de couple est un facteur protecteur de la santé sexuelle mais aussi de la santé mentale [16,21,22].

- ✓ **Les facteurs physiques et émotionnels**

  - **Statut ménopausique**

Le statut ménopausique est un facteur de risque pour la qualité de vie sexuelle. Les dysfonctionnements sexuels et la baisse de la libido peuvent toucher aussi bien les patientes atteintes de cancer gynécologique avant et après la ménopause. Cependant, les femmes en préménopause semblent plus vulnérables à l'anxiété liée à l'infertilité, la perte de la féminité ou le rejet par le partenaire [3,11].

La dysfonction sexuelle est également associée à une défaillance soudaine des ovaires et aux symptômes associés à la ménopause, tels qu'une diminution du désir sexuel, l'anovulation, des bouffées de chaleur, des sauts d'humeur, une sécheresse vaginale, une irritation, des démangeaisons et la dyspareunie [23].

  - **Troubles sexuels avant le cancer**

La construction du désir sexuel féminin est éminemment multifactorielle. D'autres troubles sexuels, en particulier les troubles de l'excitation, sont fréquemment associés au trouble du désir. Savoir situer un trouble du désir sexuel dans l'histoire de la patiente, dans son contexte médical et relationnel, est donc essentiel. Sans désir, la femme jeune peut ne pas assimiler l'absence de sexualité à une souffrance. En revanche, ce sont souvent les conséquences de cette situation qui l'amèneront à consulter [24].

  - **Le bien-être physique et l'état psychologique**

Le diagnostic de cancers gynécologiques et mammaires et son traitement sont généralement associés à de nombreux changements physiques et psychologiques, résultant à la fois du diagnostic lui-même et des traitements habituels tels que la chirurgie, la radiothérapie et/ou plusieurs mois de chimiothérapie. Les patientes ressentent souvent des symptômes tels que la fatigue, des gonflements abdominaux, des douleurs. Souvent, elles rencontrent des difficultés physiologiques, telles que la sécheresse vaginale, accompagnées de détresse psychologique et de problèmes relationnels. Elles sont sujettes à la dépression et l'anxiété. Ces bouleversements peuvent affecter leur bien-être général, leur image corporelle, leur qualité de vie, ainsi que leur sexualité [8,25,26].

- **La qualité de vie avec le partenaire**

La qualité de la relation conjugale joue un rôle central dans la satisfaction sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires. Une relation solide et harmonieuse agit comme un facteur protecteur, aidant les femmes à mieux faire face aux dysfonctionnements sexuels induits par les traitements (toxicité, ménopause prématurée) ou à l'impact psychologique de la maladie. À l'inverse, une relation tendue ou une communication altérée exacerbe les difficultés sexuelles. Par exemple, l'incertitude face à l'avenir, l'anxiété latente et la répression émotionnelle peuvent empêcher le lâcher-prise nécessaire à l'intimité, rendant les rapports sexuels difficiles ou insatisfaisants. Les attitudes paradoxales, comme les « doubles contraintes » (demandes verbales contradictoires avec des réactions non verbales), créent souvent de la confusion et de l'anxiété chez le partenaire, nuisant à la connivence sexuelle. De plus, des croyances irrationnelles (par exemple « les rapports sexuels réactivent le cancer » ou « la sexualité fatigue et compromet la guérison ») peuvent entraîner une frustration mutuelle et une remise en question de l'attractivité ou de l'amour, inhibant davantage le désir sexuel. Pour les femmes, dont le désir est souvent lié

à la valeur narcissique et au sentiment amoureux, ces dynamiques peuvent être particulièrement déstabilisantes [27,28].

- ✓ **Les facteurs liés au cancer**

L'annonce d'un cancer déclenche un choc émotionnel profond, perturbant la sexualité des femmes via une détresse psychologique (peur, tristesse) et une altération de l'image corporelle, surtout dans les cancers gynécologiques ou mammaires. Avant même le diagnostic, des symptômes (fatigue, douleur) réduisent le désir sexuel. Post-diagnostic, les patientes subissent une insatisfaction sexuelle, des difficultés à se détendre et une baisse de libido, aggravées par des troubles anxio-dépressifs ou des stéréotypes culturels dévalorisant la sexualité. Les jeunes femmes, celles avec des antécédents psychologiques ou une sexualité antérieure insatisfaisante, sont plus vulnérables. Les troubles d'adaptation dominent en phase initiale, tandis que la dépression majeure émerge aux stades avancés. Cependant, la sexualité peut aussi devenir un vecteur de résilience : en renforçant l'intimité et en réaffirmant l'identité au-delà de la maladie, elle atténue le stress et facilite l'expression émotionnelle [7].

- ❖ **Les facteurs liés aux traitements**

- ✓ **Impact de la chirurgie**

La chirurgie des cancers gynécologiques et mammaires affecte la sexualité des femmes physiquement et psychologiquement. Les interventions pelviennes (hystérectomie, ovariectomie) induisent des modifications anatomiques (réduction vaginale, dyspareunie, ménopause précoce), perturbant désir, excitation et orgasme. Sécheresse vaginale, bouffées de chaleur et prise de poids altèrent l'image corporelle, surtout chez les jeunes femmes confrontées à un deuil de la maternité et à des angoisses sexuelles. Les mastectomies (totales ou

partielles) génèrent un sentiment de mutilation, une peur de ne plus être désirée, et des difficultés à assumer sa nudité. Même une ablation partielle peut entraîner insensibilité ou dissymétrie, perturbant l'expérience érotique. Ces changements impactent la dynamique conjugale : craintes de douleur, croyances erronées (« la sexualité nuit à la guérison ») et réajustements des rôles sexuels compliquent l'intimité. La reconstruction mammaire, bien que restauratrice physique, présente des limites : le sein reconstruit, peu sensible, peut décevoir si les attentes (retrouver le sein initial) sont irréalistes. Cicatrices et décalage entre résultats esthétiques et attentes émotionnelles influencent la satisfaction post-opératoire [7,28,29].

- ✓ **Impact de la chimiothérapie**

La chimiothérapie altère la sexualité des femmes via des impacts physiques, physiologiques et psycho-relationnels. Physiquement, l'alopécie, les troubles cutanés, la fatigue et la neuropathie périphérique (engourdissements, douleurs) réduisent la sensibilité érogène, l'estime de soi et le désir sexuel. Physiologiquement, elle déclenche une ménopause prématurée, entraînant atrophie et sécheresse vaginales, dyspareunie, et diminution de l'orgasme, avec un risque d'infertilité source de détresse, surtout chez les jeunes femmes. Psychologiquement, les changements corporels (perte de cheveux, prise de poids) et les idées reçues (« l'activité sexuelle provoque des récidives ») génèrent anxiété, culpabilité et repli sur soi. La fatigue chronique et le « chemobrain » (troubles cognitifs) perturbent la communication et la dynamique conjugale, limitant l'énergie dédiée à l'intimité. Ces effets cumulatifs exigent une prise en charge multidisciplinaire : hormonothérapie, lubrifiants, soutien psychosexuel et éducation pour déconstruire les mythes, afin de restaurer une qualité de vie et une intimité épanouissante post-traitement [7,28].

- ✓ **Impact de la radiothérapie**

L'irradiation pelvienne, utilisée contre les cancers gynécologiques et mammaires, provoque des complications sexuelles et physiques immédiates et durables. À court terme, sécheresse vaginale, démangeaisons, dyspareunie, saignements et fatigue intense altèrent la confiance en soi et l'intimité, avec une résolution partielle en quelques semaines. À long terme, lésions tissulaires (atrophie, fibrose, sténose vaginale), dommages vasculaires et nerveux rendent les rapports douloureux ou impossibles, aggravés par une sécheresse chronique et des adhérences. Selon l'âge et la dose, la stérilité temporaire ou permanente accroît la détresse psychologique. D'autres effets incluent troubles urinaires, lymphœdèmes et perte de sensibilité érogène. Sur le plan psychosexuel, ces altérations physiques alimentent une baisse de l'estime de soi, une peur des rapports et une crise identitaire liée à la féminité, créant un cercle vicieux de dysfonctionnement sexuel et de détresse émotionnelle persistante. Une prise en charge multidisciplinaire (rééducation pelvienne, lubrifiants, soutien psychologique) est essentielle pour atténuer ces impacts et restaurer une qualité de vie acceptable [30].

- ✓ **Impact de l'hormonothérapie**

L'hormonothérapie (tamoxifène, anastrozole) utilisée contre le cancer du sein influence diversement la sexualité. Le tamoxifène n'altère pas directement la fonction sexuelle de manière majeure, mais provoque bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, démangeaisons vaginales et prise de poids, affectant indirectement le bien-être. Chez les femmes ménopausées, ces symptômes sont exacerbés comparé au placebo. L'anastrozole, inhibiteur de l'aromatase, entraîne des effets plus marqués : sécheresse vaginale, dyspareunie et baisse de libido plus fréquentes qu'avec le tamoxifène, perturbant significativement l'intimité. Les troubles sexuels sous hormonothérapie semblent liés à la ménopause ou à sa transition, masquant parfois l'impact spécifique des traitements. Cette intrication entre effets

iatrogènes et changements hormonaux naturels complique l'évaluation précise de leur responsabilité, nécessitant une approche individualisée pour distinguer causes physiologiques et psychologiques [28,31].

2. GENERALITES

2.1. Définition des concepts

❖ Cancer

D'après le Larousse Médical, le cancer est « un ensemble de cellules indifférenciées qui, échappant au contrôle de l'organisme, se multiplient indéfiniment, envahissent les tissus voisins en les détruisant, et se répandent dans l'organisme en métastases » [32].

L'OMS définit le cancer comme « un groupe de maladies caractérisées par la croissance anormale et la dissémination de cellules malignes, qui peuvent compromettre la fonction des organes et entraîner la mort si elles ne sont pas traitées. Il englobe plus de 100 types de maladies, chacun ayant des caractéristiques et des comportements distincts » [33].

Ainsi nous distinguons :

- ✓ Les cancers gynécologiques qui touchent les organes de l'appareil génital féminin : les ovaires, les trompes, l'endomètre, le col de l'utérus, le vagin et la vulve ;
- ✓ Les cancers mammaires qui touchent la glande mammaire de la femme.

❖ Santé sexuelle

La santé sexuelle est définie par l'OMS comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, dépassant la simple absence de maladie ou de dysfonctionnement » [34]. Cela sous-entend une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et à moindre risque, sans contrainte, discrimination et violence.

Ce concept, développé depuis les années 1970, est reconnu comme un droit fondamental et englobe des dimensions individuelles et collectives. Il souligne que la sexualité ne se limite pas à la reproduction, mais contribue à la santé et au bien-être global [35].

❖ **Sexualité**

Selon l'OMS, la sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. Elle est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Elle est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels [34].

❖ **Le désir sexuel** [36]

Le désir sexuel, également appelé « libido », « envie », « passion », « excitation», « impulsion », « besoin » ou « instinct », représente l'énergie psychobiologique qui précède et accompagne l'excitation sexuelle, et qui tend à produire un comportement sexuel. Il se caractérise par deux aspects essentiels :

- ✓ son énergie qui fluctue en fréquence et en intensité,
- ✓ ses sources qui sont souvent mystérieuses pour l'individu lui-même.

❖ **L'excitation**

D'après le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV^{ème} (DSM IV), l'excitation sexuelle se définit comme une sensation subjective des plaisirs

sexuels accompagnée des modifications physiologiques correspondantes (chez la femme: entre autres, vasocongestion, congestion vasomotrice généralisée du pelvis et accompagnée d'une lubrification et d'un élargissement vaginal et d'une intumescence des organes génitaux externes). Phénoménologiquement, l'excitation sexuelle peut être provoquée par différents stimuli comme des mots, des baisers (avec la langue), ou des stimulations manuelles de parties génitales et non génitales du corps [37].

❖ L'orgasme

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV^{ème} révision texte révisé (DSM-IV-TR) définit l'orgasme comme « une acmé du plaisir sexuel, accompagnée d'un relâchement de la tension sexuelle et de contractions rythmiques des muscles périnéaux et des organes reproducteurs pelviens ». Chez la femme, on constate des contractions de la paroi du tiers externe du vagin (qui ne sont pas toujours ressenties) [38].

❖ Oncosexualité- Oncosexologie

L'oncosexualité désigne les impacts du cancer et de ses traitements sur la santé sexuelle et la vie intime des patients. En revanche, **l'oncosexologie** est une spécialité médicale qui se concentre sur la prise en charge des troubles sexuels pouvant survenir après un cancer et ses traitements. Elle cherche à équilibrer les objectifs des soins oncologiques avec ceux de la qualité de vie, reconnaissant que la santé sexuelle est un élément essentiel du bien-être général pour de nombreux patients et couples. Cette discipline intègre des interventions médicales, psychologiques et éducatives pour aider les patients à retrouver une vie intime épanouissante malgré les défis posés par la maladie et ses traitements [7,39].

❖ Dysfonction sexuelle chez la femme

En se référant au Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V^{ème} révision (DSM-V), les dysfonctions sexuelles sont un « groupe hétérogène de troubles qui se caractérise typiquement chez une personne par une perturbation cliniquement significative de la capacité à répondre sexuellement ou à éprouver du plaisir sexuel. Un individu peut avoir plusieurs dysfonctions sexuelles en même temps » [7].

❖ L'anxiété

Selon l'OMS, « l'anxiété est définie comme étant un sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement ». L'anxiété survient lorsque nous anticipons un événement perçu comme dangereux ou menaçant, avec la crainte qu'il ne se produise. Il s'agit d'une réaction émotionnelle naturelle, au même titre que la joie, la tristesse ou la colère, et qui fait partie intégrante de l'expérience humaine. Elle peut se manifester à travers divers symptômes, tant sur le plan physique (tensions, palpitations) que cognitif (pensées envahissantes) et émotionnel (inquiétude, peur) [40].

❖ La dépression

Selon l'OMS, la dépression est définie comme un trouble mental courant caractérisé par une tristesse persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités habituellement appréciées, un manque d'énergie, des troubles du sommeil ou de l'appétit, des difficultés de concentration, et parfois des pensées de mort ou de suicide. Elle peut altérer de manière significative le fonctionnement quotidien et la qualité de vie de la personne touchée [41].

❖ **L'image de soi**

Le concept de soi est l'idée que se fait un individu de lui-même. Ce sentiment subjectif est un mélange complexe de pensées inconscientes et conscientes, d'attitudes et de perceptions. L'image de soi est l'idée composite que chacun se fait de son identité psychologique et sociale, et qui en retour influe sur son comportement. Le concept de soi a un retentissement direct sur l'estime de soi ou la façon dont on se perçoit [42].

2.2. Epidémiologie des cancers mammaires et gynécologiques

❖ **Le cancer du sein**

En 2022, le cancer du sein chez la femme est la 2e cause mondiale de cancer en 2022, avec 2,3 millions de nouveaux cas (11,6 % des cas totaux) et 666 000 décès (6,9 % des décès par cancer). C'est le cancer le plus diagnostiqué et la 1re cause de mortalité par cancer chez les femmes dans 157 pays pour l'incidence et 112 pays pour la mortalité. Il représente près d'1 cas sur 4 et 1 décès sur 6 chez les femmes. Les taux d'incidence les plus élevés sont en France, Australie/Nouvelle-Zélande, Amérique du Nord et Europe du Nord (4 fois plus qu'en Asie du Sud-Centrale et Afrique centrale). Les pays développés ont une incidence plus élevée (54,1 vs 30,8 pour 100 000) mais une mortalité plus faible (11,3 vs 15,3 pour 100 000) que les pays en transition. La mortalité est la plus élevée en Mélanésie, notamment aux Fidji, en Afrique de l'Ouest et en Micronésie/Polynésie [1]. En Afrique du Nord, les données des registres régionaux de 03 pays (Algérie, Maroc et Tunisie) montrent que le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent, avec en moyenne un quart des cancers [43]. A Douala, une étude rétrospective menée de 2010 à 2019 retrouvait, 49,22% de cancers du sein [44]. Au Bénin, sur une étude rétrospective de 2000 à 2008 réalisée dans deux centres universitaires de Cotonou, le cancer du sein occupait le premier rang avec 44,3 % des 210 cas colligés [45].

La taux de survie des cancers du sein est assez élevé dans la plupart des pays développées. Il était de 79,1% en Algérie en 2022 [46]. Le suivi des patientes étant incomplet et insuffisant, au Bénin le taux de survie à cinq ans était de 43 % chez les femmes qui avait une survie régulier [45].

Le principe thérapeutique est souvent basé sur la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie.

❖ Les cancers gynécologiques

✓ Le cancer de l'ovaire

En 2022, 324 398 nouveaux cas et 206 839 décès de cancer de l'ovaire ont été recensés dans le monde, représentant respectivement 3,4% et 4,8% des cas et décès par cancer chez les femmes [1]. A Douala, le cancer de l'ovaire représentait 4,67% des cancers gynécologiques [44]. Et au Bénin, il occupe le troisième rang dans les cancers gynécologiques et mammaires avec une incidence de 18,6% [45].

Le risque de décès avant 75 ans est deux fois plus élevé dans les régions moins développées. L'Inde présente le taux de mortalité le plus élevé en Asie, tandis que l'Europe et l'Amérique du Nord ont vu une baisse, notamment chez les jeunes. Le rapport mortalité/incidence est plus élevé en Afrique reflète un accès limité à une prise en charge adéquate [47].

La survie dans le monde est élevée dans la plupart des pays (moyenne de 40%) [46] mais au Bénin, elle était de 13,6% car la plupart des patientes étant perdues de vue ou évadées [45].

Le traitement est essentiellement composé d'une combinaison de la chirurgie et de la chimiothérapie.

- ✓ **Le cancer de l'endomètre**

En 2022, le nombre de nouveaux cas du cancer du corps de l'utérus était estimé à 420 242 (soit 4,3% des cancers chez la femme et 2,1% du total du cancer), la mortalité environ 97 704 décès soit 1% des décès des cancers chez la femme [1].

En Afrique on retrouvait une incidence de 4,5% en Algérie [47], de 5,87% à Douala [44] et 9,1% au Bénin [45].

Plusieurs traitements sont possibles : Chirurgie, curiethérapie, radiothérapie externe, chimiothérapie, hormonothérapie.

- ✓ **Le cancer du col utérin**

Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent en termes d'incidence et de mortalité chez les femmes, avec environ 660 000 nouveaux cas et 350 000 décès dans le monde en 2022. Cette maladie est le type de cancer le plus fréquent dans 25 pays et la principale cause de décès par cancer dans 37 pays, principalement en Afrique subsaharienne, ainsi qu'en Amérique du Sud et en Asie du Sud-Est. Les taux d'incidence et de mortalité varient d'au moins 10 fois : les taux régionaux les plus élevés sont observés en Afrique subsaharienne et en Mélanésie, tandis que les taux les plus bas se trouvent en Amérique du Nord, en Océanie (Australie/Nouvelle-Zélande) et en Asie occidentale [1].

Les taux d'incidence en Algérie [47], à Douala [44] et au Bénin [45] étaient respectivement de 6%, 38,2% et 26,7%.

Au Bénin, la plupart des patientes étant perdues de vue, un taux de survie de 17% à cinq ans a été retrouvé chez les femmes régulièrement suivies [45].

Le principe thérapeutique est souvent basé sur la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie.

- ✓ **Le cancer du vagin et de la vulve**

De manière générale le cancer du vagin est un carcinome épidermoïde, rare soit 1 cas pour 50 cancers du col. Il se voit chez la femme âgée après 60 ans. Le pronostic est extrêmement grave : 10 à 30 % de survie à 5 ans seulement. Le cancer de la vulve est également rare : 4,7 % des cancers de la femme. Il se voit surtout entre 60 et 80 ans, mais aussi avant 50 ans. [48].

Au Bénin, ce sont des cancers très rares de la femme. Ils représentaient 1,5% des cancers gynécologiques [45].

Le traitement comporte : la chirurgie (la colpohystérectomie avec lymphadénectomie pour le cancer du vagin, la vulvectomie totale, avec curage ganglionnaire pour la cancer de la vulve) et la radiothérapie (l'irradiation externe pour le cancer du vagin).

2.3. Epidémiologie des troubles sexuels associés au cancer

2.3.1. Fréquence et gravité

La dysfonction sexuelle est très répandue chez les femmes atteintes de cancers gynécologiques. Une étude a montré que la prévalence des dysfonctions sexuelle chez les femmes traitées pour cancers gynécologiques était plus élevée que chez les femmes souffrant d'autres types de cancers [49]. Une étude a montré que la prévalence était la plus élevée chez les femmes atteintes d'un cancer gynécologique, de sorte que dans une méta-analyse, la dysfonction féminine figurait au rang le plus élevé (78 %) [50].

Une étude a rapporté que les dysfonctionnements les plus répandus chez les femmes atteintes de cancer étaient la perte du désir sexuel (39 %), la sécheresse vaginale (24 %), la dyspareunie (9 %), la difficulté à ressentir l'excitation et le plaisir (21 %) et les problèmes d'orgasme (15 %). Les spasmes et la sécheresse

vaginale peuvent être dus aux effets des médicaments de chimiothérapie et à un manque d'excitation sexuelle chez ces femmes. De plus, le manque de stimulation empêche la sécrétion de liquide vaginal visqueux et conduit ainsi à des rapports sexuels douloureux [51,52].

Cette prévalence était de 75 % dans une population de femmes tunisiennes souffrant du cancer du sein. Une diminution du désir sexuel était notée chez 56 % des femmes, une diminution de l'excitation sexuelle chez 60 %, une lubrification insuffisante chez 53 %, une difficulté à atteindre l'orgasme chez 59 % et une douleur à la pénétration chez 39 %. On retrouvait une altération de la relation sexuelle et de la relation de couple dans respectivement 47 % et 24,7 % des cas [53]. Les patientes qui s'identifiaient comme de race noire étaient 3 fois plus susceptibles de signaler une dysfonction sexuelle que celles qui s'identifiaient comme de race blanche [54].

2.3.2. Facteurs favorisants

Les prédicteurs de dysfonctions sexuelles chez les femmes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires sont multifactoriels et résultent de l'interaction complexe entre les séquelles physiques des traitements (chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie), les bouleversements hormonaux (ménopause induite), et les répercussions psychologiques (anxiété, altération de l'image corporelle). Ils incluent à la fois des facteurs médicaux (type de cancer, étendue des traitements), des facteurs sociodémographiques (âge, statut marital), et des variables psycho-comportementales (dépression, anxiété, peur) [55].

Cependant, certains facteurs ont été décrits comme facteurs protecteurs ; il s'agit entre autres : de la qualité de vie de couple avec le partenaire, l'éducation sexuelle des patientes et de leurs partenaires, la durée des relations amoureuses, la fréquence des relations sexuelles et les interactions soignant-soignée [16].

En Afrique, les mêmes facteurs ont été retrouvés. La particularité est que le sexe reste encore tabou dans nos contextes, ainsi les femmes ont une résilience face aux troubles sexuels survenant après le cancer. Également, les croyances et idées reçues limitent la recherche de solutions par les patientes [56].

2.4. Rappels anatomiques et physiologiques

2.4.1. Rappels anatomiques

- ✓ **Le sein**

Les seins, situés sur la partie antérieure du thorax entre les 3ème et 7ème côtes, recouvrent les muscles pectoraux et varient en forme et en taille selon la morphologie. Ils sont composés de trois zones principales : la zone périphérique, l'aréole (zone moyenne) et le mamelon (zone centrale). Dans chaque sein, la glande mammaire, une masse de densité variable et discoïde, est organisée en une vingtaine de lobes, chaque lobe composé de lobules (20 à 40 lobules) et chaque lobule contenant des alvéoles (10 à 100). En dehors de la grossesse, les seins mesurent en moyenne 10 cm de hauteur sur 12 cm de largeur, avec un poids variant de 150 à 200 g chez les jeunes femmes, et peuvent atteindre 400 à 500 g pendant l'allaitement, voire 800 à 900 g dans certains cas. Leur développement et leur fonction sont régulés par les hormones ovariennes, principalement les œstrogènes et la progestérone, qui influencent leur structure tout au long du cycle menstruel et des étapes de la vie génitale. Avec l'âge, notamment à la ménopause, la glande mammaire subit une réduction progressive, et les seins peuvent devenir plus pendants. Chez les jeunes femmes nullipares, les seins sont généralement fermes et élastiques, mais leur aspect évolue avec les grossesses, les allaitements et les changements hormonaux, reflétant ainsi les différentes phases de la vie reproductive [48]. Par leurs caractéristiques anatomiques, par leur physiologie, les

jouent un rôle irremplaçable dans le comportement de séduction, dans le comportement d'accouplement. Ils interviennent à trois niveaux : signal d'identification sexuelle, signal appétentiel et provocateur du désir, zone corporelle stratégique [57].

- ✓ **L'appareil génital féminin**

L'appareil génital féminin est un système complexe et multifonctionnel, essentiel à la santé reproductive, au bien-être général et à la physiologie des femmes. Il assure des fonctions biologiques fondamentales, notamment la production et la maturation des ovocytes, leur transport, la fécondation, et le développement de l'embryon jusqu'à la naissance. Il produit également des hormones sexuelles (œstrogènes et progestérone), régulant le cycle menstruel, la grossesse et la ménopause, et permet l'allaitement via la glande mammaire. Au-delà de ses rôles reproductifs, il est central dans l'excitation sexuelle, le comportement intime et la réponse érotique, jouant ainsi un rôle clé dans la santé sexuelle et le bien-être psychologique des femmes [7].

Anatomiquement, l'appareil génital féminin se divise en deux parties principales: une partie externe et une partie interne. La **partie externe**, communément appelée vulve, comprend plusieurs structures anatomiques distinctes. Les **formations labiales** (grandes et petites lèvres), paires et symétriques, encadrent la fente vulvaire et protègent les structures internes. L'**urètre**, situé à l'avant de la vulve, permet l'évacuation de l'urine. Les **formations érectiles**, notamment le clitoris (une glande érectile hautement innervée et sensible, considérée comme un organe central du plaisir sexuel) et le vestibule, jouent un rôle clé dans l'excitation sexuelle. Enfin, les **glandes annexes**, incluant les glandes sébacées, sudoripares, de Skene et de Bartholin, participent à la lubrification vulvovaginale lors de l'excitation sexuelle, facilitant ainsi les rapports intimes et réduisant les frictions.

La **partie interne** de l'appareil génital féminin est composée d'organes spécialisés dans la reproduction et la gestation. Les **ovaires**, gonades paires et symétriques, assurent deux fonctions majeures : la production des ovocytes (gamètes femelles) lors de l'ovulation et la sécrétion des hormones sexuelles (œstrogènes et progestérone), qui régulent le cycle menstruel et préparent l'utérus à la nidation. Les **trompes de Fallope**, conduits pairs et symétriques, relient les ovaires à l'utérus et constituent le site de la fécondation, où l'ovocyte rencontre le spermatozoïde. L'**utérus**, organe musculaire impair, médian et creux, est spécialisé dans la gestation. Enfin, le **vagin**, organe tubulaire musculomembraneux, relie l'utérus à la vulve et remplit plusieurs fonctions essentielles : il protège contre les infections ascendantes grâce à sa muqueuse et à ses sécrétions acides (pH 4 à 5), facilite la lubrification lors de l'excitation sexuelle via la transsudation de la sous-muqueuse et l'activation des glandes de Skene et de Bartholin, et participe activement à l'excitation sexuelle grâce à la présence de zones érogènes (points G, A, P et C). De plus, le vagin joue un rôle clé dans la reproduction en permettant l'intromission, la pénétration du pénis et la réception du sperme, favorisant ainsi la fécondation.

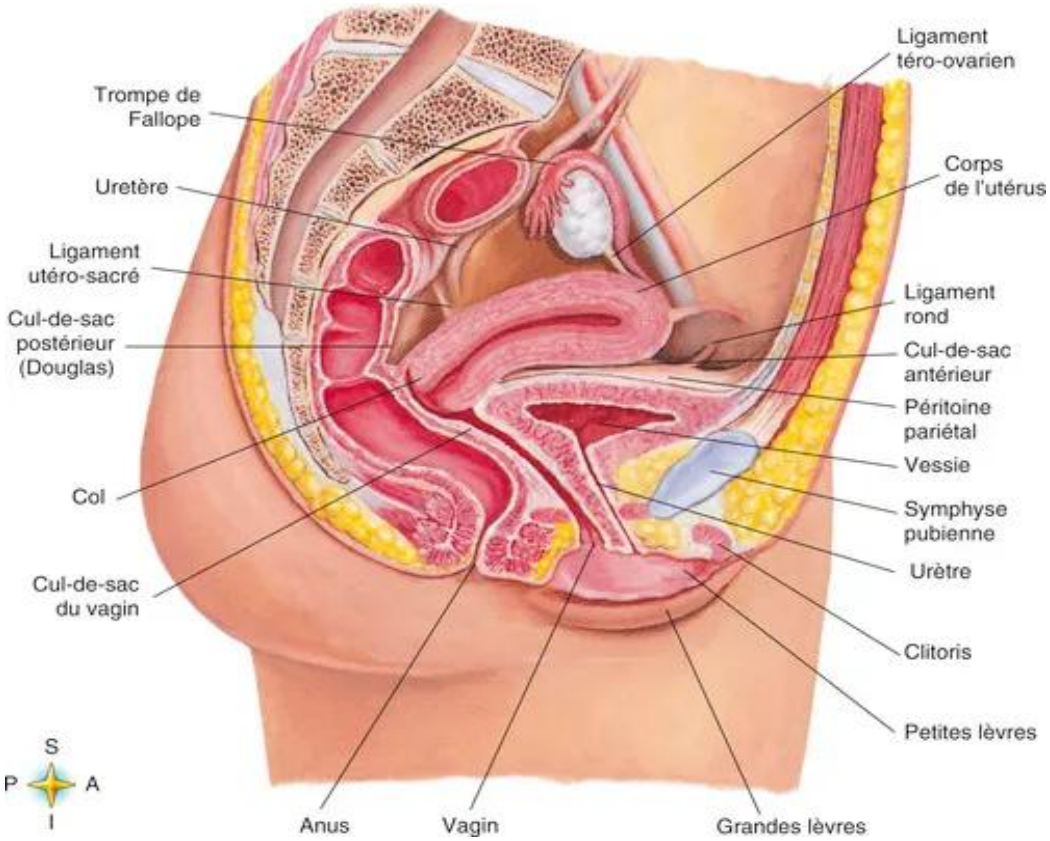


Figure 2 : Appareil génital féminin (vue externe) [58]

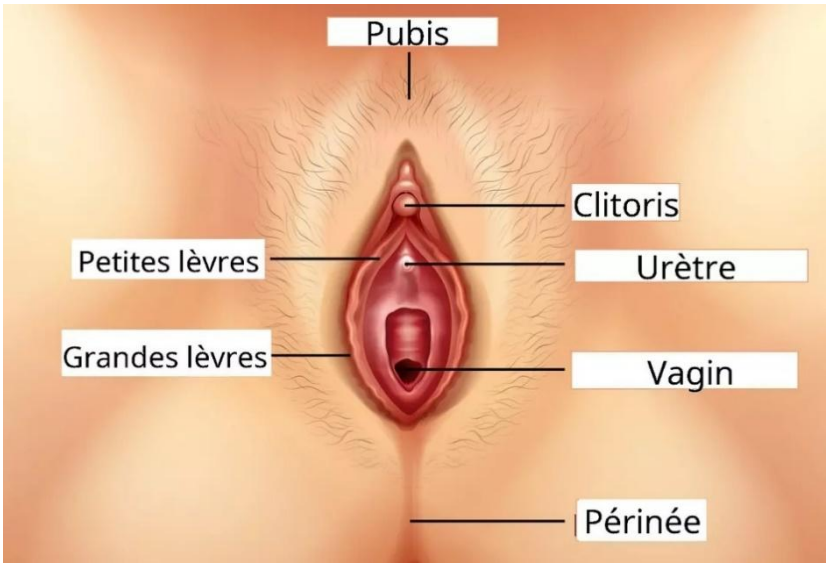


Figure 3 : Appareil génital féminin [59]

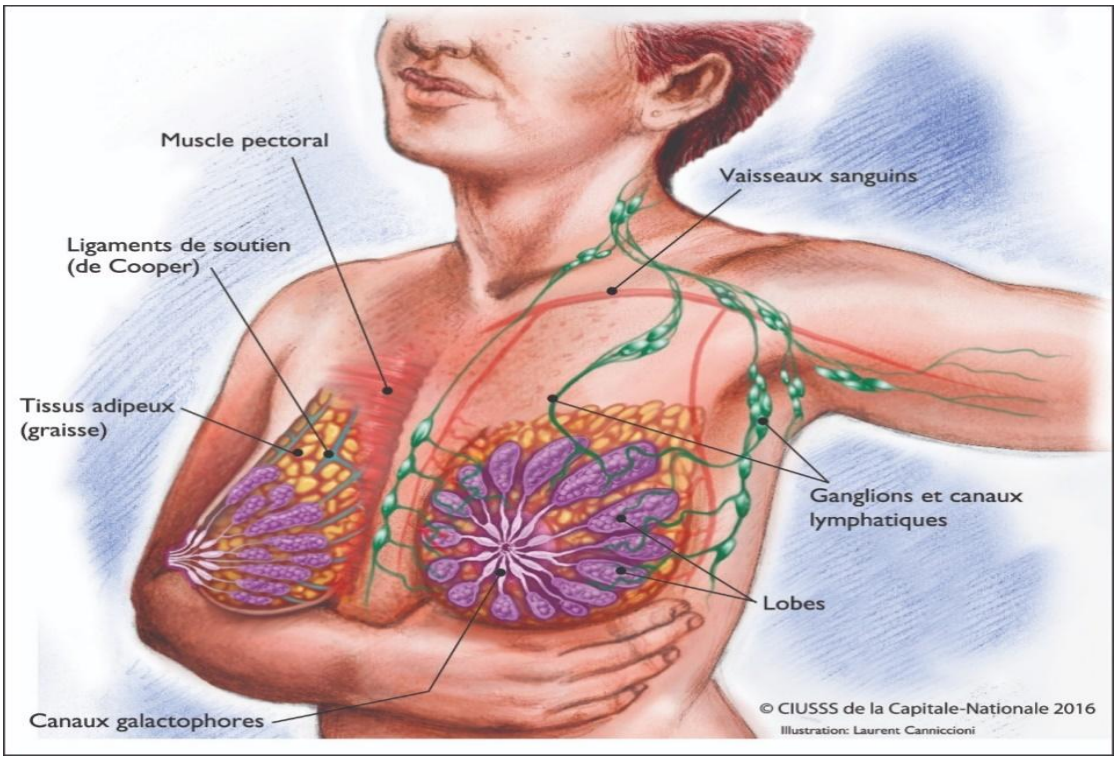


Figure 4 : Anatomie du sein [60]

2.4.2. Rappels physiologiques

- ✓ **Le cycle de la réponse sexuelle féminine** [7]

La réponse sexuelle consiste en une série de variations émotionnelles, physiologiques et physiques qui se produisent lorsqu'une personne éprouve du désir sexuel et s'engage dans des activités sexuellement stimulantes, y compris les rapports sexuels (avec ou sans pénétration) et la masturbation. Elle comprend cinq phases :

- **la phase de désir sexuel :** précède l'excitation sexuelle et est à la base de toutes les autres
- **l'excitation** : phase de montée du plaisir suite aux stimuli sexuels. Elle peut être décrite comme une augmentation de l'activité du système

nerveux autonome qui va permettre de préparer le corps pour une activité sexuelle;

- **le plateau** : phase la plus longue du cycle, caractérisée par un niveau d'excitation à peu près constant ;
- **l'orgasme** : phase caractérisée par une montée très rapide du plaisir à la fin du plateau, jusqu'à un maximum généralement associé à des contractions cloniques (musculaires involontaires du périnée);
- **la résolution** : phase au cours de laquelle l'excitation sexuelle redescend au niveau du repos, associée à une détente généralisée du corps et de l'esprit.

✓ **Physiologie de la réaction sexuelle** [61]

Une réponse physiologique sexuelle nécessite l'intégrité des systèmes hormonaux, nerveux, vasculaires et musculaires.

- **Trois dimensions du désir/ intérêt sexuel**

  - **Désir biologique**

Le désir sexuel prend naissance dans le rhinencéphale et la zone limbique du cerveau, régions fortement influencées par les hormones. La dopamine est le principal neurotransmetteur du désir, modulé par les endorphines. Les estrogènes, essentiels pour l'intérêt sexuel, agissent comme des « conditionneurs du désir » en améliorant la lubrification, la satisfaction sexuelle, l'humeur et le désir, notamment lors d'une substitution à la ménopause. Les androgènes (comme la testostérone) jouent un rôle central dans l'initiation du désir, corrélés à la fréquence des fantasmes, de la masturbation et des rapports, mais perdent leur efficacité en l'absence d'estrogènes. La prolactine, à taux élevés, inhibe la réponse

sexuelle, tandis qu'un déséquilibre des hormones thyroïdiennes (trop élevées ou trop basses) peut également perturber la fonction sexuelle.

- **Désir motivationnel**

Les besoins émotionnels et affectifs vont moduler les aspects pulsionnels et biologiques. Les différents motifs de l'activité sexuelle au-delà de la reproduction et du plaisir peuvent intégrer l'aspect détente, le rôle anxiolytique de l'activité sexuelle.

- **Désir cognitif**

Les souhaits et les risques en jeu dans le comportement sexuel modulent les deux dimensions précédentes.

Ces différents éléments conduisent à l'excitation féminine qui comprend une excitation centrale, une excitation périphérique non génitale et une excitation génitale.

- **Excitation sexuelle**

- **Excitation centrale**

L'excitation mentale peut être provoquée à travers différentes voies : biologiques par les androgènes, psychologiques par des forces motivationnelles comme les besoins d'intimité, qui recouvrent tous les besoins affectifs d'amour, tendresse, attention, fusion et engagement. Cette excitation dépend de la qualité de la stimulation érotique et des images mentales. Certains chercheurs la considèrent plus importante que celle due aux taux élevés d'androgènes et d'estrogènes. Cette excitation mentale peut activer ensemble les excitations périphérique et génitale qui elles-mêmes vont renforcer l'excitation mentale. Les zones concernées sont le

noyau paraventriculaire de l'hypothalamus et l'aire pré-optique médiane, éléments clés du contrôle de l'excitation.

- **Excitation périphérique**

Elle comprend des éléments comme l'érection des mamelons, la sécrétion salivaire, la vasodilatation cutanée, la transpiration et une sécrétion des glandes sébacées.

- **Excitation génitale**

L'excitation génitale met en jeu des organes vasculaires externes (clitoris, bulbes vestibulaires, gland spongieux) dont l'engorgement dépend du relâchement des fibres musculaires lisses sous contrôle parasympathique, du NO (oxyde nitrique) et du VIP (vasointestinal peptide). Ces structures, riches en vaisseaux et en innervation, permettent une vasocongestion responsable de la lubrification, de la chaleur vaginale et des sensations érotiques. Au repos, le vagin est humide mais non lubrifié ; l'excitation provoque une vasodilatation, augmentant le flux sanguin et réduisant le drainage veineux, ce qui entraîne une lubrification par transsudation, une érection clitoridienne et une sensibilité accrue. Physiquement, on observe une tumescence du clitoris, un élargissement et une coloration des petites lèvres, une turgescence des seins, ainsi qu'une augmentation du rythme cardiaque (100-120 battements/min) et respiratoire. La lubrification est stimulée par le VIP (via l'AMP cyclique) et influencée par les estrogènes, tandis que le NO (via le GMP cyclique) favorise la congestion clitoridienne. Le stade pré-orgasmique se caractérise par une diminution du diamètre vaginal dans le tiers inférieur (plateforme orgasmique) et une dilatation des deux tiers supérieurs (ballonisation), préparant à l’orgasme.

- **Orgasme**

L'orgasme féminin peut être clitoridien ou vaginal, avec des différences sensorielles et psychologiques. La stimulation clitoridienne, souvent indispensable pour atteindre l'orgasme, provoque des sensations plus intenses et focalisées, tandis que l'orgasme coïtal est décrit comme plus diffus et psychologiquement satisfaisant. D'autres types d'orgasmes, comme l'orgasme vulvaire ou utérin, ont également été suggérés. L'orgasme se caractérise par des contractions rythmiques du plancher pelvien et du vagin, sans phase de résolution, permettant potentiellement des orgasmes multiples. Cependant, cette capacité ne doit pas devenir une recherche de performance, au risque de perturber le plaisir. Physiologiquement, l'orgasme s'accompagne d'une accélération du rythme cardiaque (160-180 battements/min), d'une augmentation de la tension artérielle, et d'une élévation des taux de prolactine, ocytocine, adrénaline et VIP. Des émissions de liquide pendant l'orgasme ont été rapportées, mais leur origine reste incertaine. Sur le plan neurologique, l'orgasme est un réflexe médullaire dépendant de l'intégrité des relais spinaux, notamment des fibres afférentes parasympathiques sacrées, modulées par la sérotonine et les catécholamines. Les lésions médullaires au-dessus de D11 ont moins d'impact, tandis que celles affectant S2-S5 entraînent des difficultés significatives.

- **Voies du Système Nerveux Central (SNC)**

Les principales zones érogènes génitales sont les petites lèvres, le corps et le gland du clitoris, l'urètre et les glandes péri-urétrales, le fascia de Halban, la zone inferieure et antérieure du vagin. Les autres zones érogènes sont les seins et les mamelons. Les voies afférentes passent par le nerf pudendal. La voie efférente est constituée de réponses automatiques et somatiques coordonnées.

Ainsi, une réponse sexuelle féminine nécessite une conduction nerveuse et une fonction vasculaire intactes ainsi que des taux hormonaux adéquats. Si un de ces facteurs est altéré, la réponse sexuelle peut continuer : si les facteurs mentaux sont forts, il y a compensation. Par contre, l'addition de facteurs physiques ou de facteurs psychosociaux et physiques entraine des dysfonctions sexuelles.

2.5. Connaissances sur les dysfonctions sexuelles féminines

❖ Classification des dysfonctions sexuelles

Les quatre grandes catégories de dysfonctions sexuelles incluent **les troubles du désir/intérêt sexuel, de l'excitation, de l'orgasme et de la douleur sexuelle** [62].

Selon l'American Foundation for Urologic Diseases (AFUD), les divers troubles sexuels chez la femme regroupent:

- ✓ **Les troubles du désir sexuel** :
  - Le désir sexuel hypo-actif : déficience persistante ou récurrente (ou l'absence) de fantasmes/pensées sexuels, et/ou de désir ou de réceptivité à l'activité sexuelle.
  - L'aversion sexuelle : aversion phobique persistante ou récurrente et l'évitement des contacts sexuels avec un partenaire sexuel.

- ✓ **Les troubles de l'excitation sexuelle**

Il s'agit de l'incapacité persistante ou récurrente à atteindre ou à maintenir une excitation sexuelle suffisante, provoquant une détresse personnelle, qui peut se manifester par un manque d'excitation subjective, ou par des réponses génitales

(lubrification/gonflement) ou d'autres réponses somatiques. Trois types de troubles de l'excitation :

- La dysfonction de l'excitation sexuelle subjective : absence ou diminution des sensations d'excitation sexuelle (plaisir, excitation) malgré une réponse physique normale (lubrification vaginale).
- La dysfonction de l'excitation sexuelle génitale : caractérisée par des plaintes d'une excitation sexuelle génitale altérée. Les auto-évaluations peuvent inclure un gonflement vulvaire minimal ou une lubrification vaginale réduite, quelle que soit la stimulation sexuelle, ainsi qu'une diminution des sensations sexuelles lors de caresses génitales. L'excitation sexuelle subjective est toujours présente en réponse à des stimuli sexuels non génitaux.
- La combinaison des deux situations précédentes : absence ou diminution à la fois des sensations d'excitation sexuelle et des signes génitaux (gonflement, lubrification), quelle que soit la stimulation.

✓ **Les troubles de l'orgasme**

C'est la difficulté persistante ou récurrente, le retard ou l'absence à atteindre l'orgasme après une stimulation et une excitation sexuelles suffisantes. Le diagnostic de ce trouble chez la femme repose sur le jugement du clinicien qui estime que la capacité de la femme à atteindre un orgasme est inférieure à ce qu'elle devrait être, compte tenu de son âge, de son expérience sexuelle et de l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue.

✓ **Les troubles sexuels avec douleur** :

- La dyspareunie : douleur génitale récurrente ou persistante associée aux rapports sexuels.

- Le vaginisme : spasme involontaire récurrent ou persistant de la musculature du tiers externe du vagin qui interfère avec la pénétration vaginale.
- La douleur sexuelle non coïtale : douleur génitale récurrente ou persistante induite par une stimulation sexuelle non coïtale.

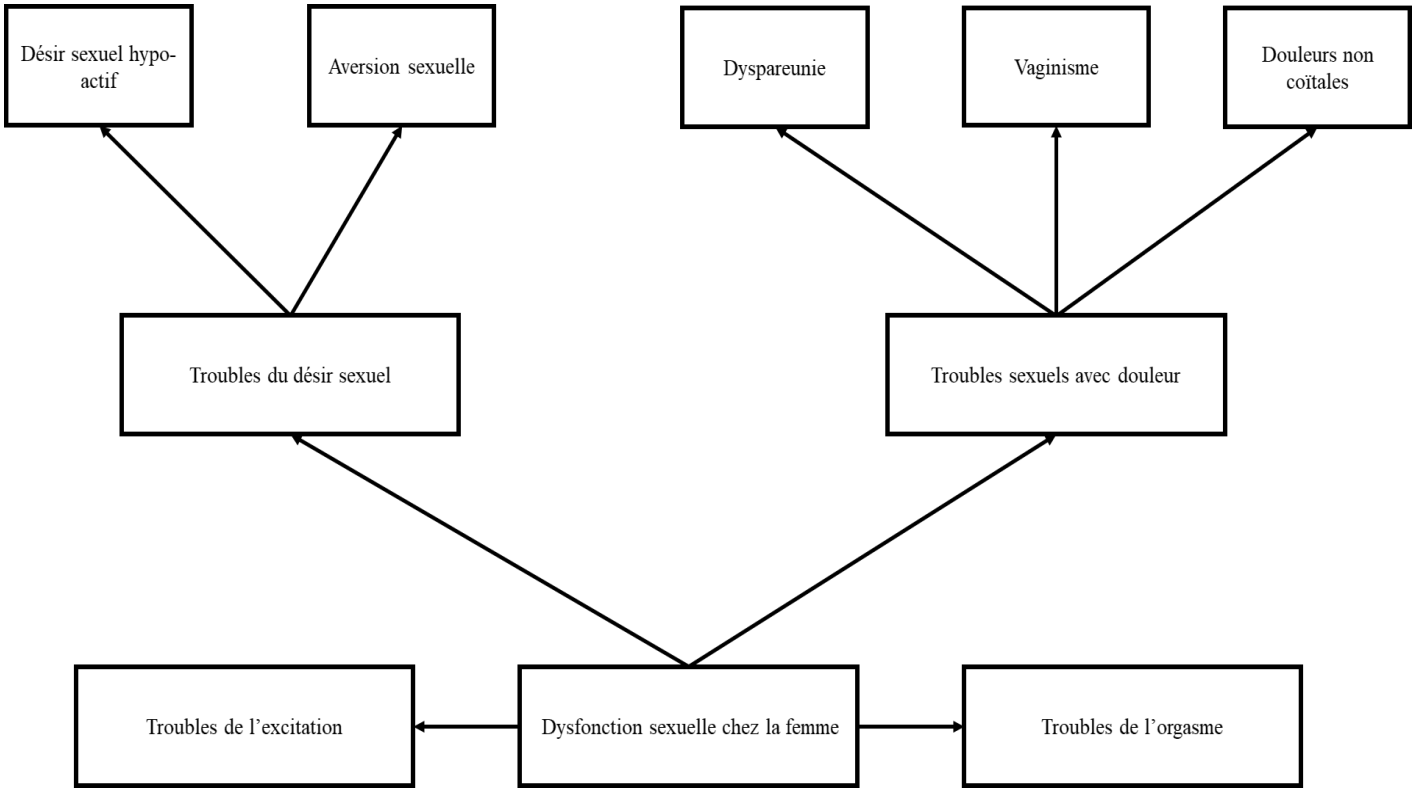


Figure 5 : Classification des dysfonctions sexuelles chez la femme

2.6. Diagnostic et traitement des troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancers mammaires et gynécologiques

La prise en charge des implications des cancers gynécologiques et mammaires sur la sexualité doit débuter dès le diagnostic et s'adapter à toutes les femmes, sans distinction d'âge ou de statut marital. Elle consiste à identifier les facteurs de risque (âge, statut marital, qualité de la relation, dépression, anxiété), informer sur les modifications physiques induites par le cancer et ses traitements ainsi que leurs

répercussions sur la sexualité, et proposer des moyens pour atténuer ces effets [28].

Une fois installée, la prise en charge des DS est d'abord **médicale, ciblant les séquelles physiques des traitements**. Pour les femmes souffrant de sécheresse vaginale ou de dyspareunie (notamment après radiothérapie pelvienne ou hormonothérapie), l'utilisation de **lubrifiants non hormonaux** ou de **traitements locaux à base d'œstrogènes à faible dose** (en l'absence de contre-indication oncologique) est préconisée. Chez les patientes en ménopause induite, une **évaluation endocrinienne** permet d'explorer l'équilibre hormonal et de proposer, si nécessaire, une substitution adaptée (ex. mélange de progestérone et de testostérone à faible dose). Par ailleurs, des techniques de **rééducation périnéale** (kinésithérapie, utilisation de dilatateurs vaginaux) sont recommandées pour restaurer l'élasticité tissulaire et réduire les douleurs post-chirurgicales. Ces interventions s'accompagnent d'un suivi rigoureux pour éviter les récidives tumorales, en particulier chez les patientes hormonodépendantes.

Au-delà des corrections physiologiques, la prise en charge doit inclure une **dimension psychosexuelle**, centrée sur la réappropriation du corps et la gestion des troubles du désir. Des **thérapies cognitivo-comportementales (TCC)** sont utilisées pour travailler l'image corporelle altérée (ex. après mastectomie) et déconstruire les croyances anxieuses liées à la sexualité. Des ateliers de **psychoéducation** aident les patientes et leur partenaire à comprendre les impacts des traitements (ex. fatigue, modifications anatomiques) et à explorer des pratiques sexuelles alternatives (ex. sensualité non génitale). Enfin, une **collaboration pluridisciplinaire** (oncologue, sexologue, psychologue) est essentielle pour adapter les stratégies aux spécificités de chaque cancer (ex. préservation nerveuse lors de la chirurgie du cancer du col) et aux besoins individuels [61].

3. CADRE ET METHODE D'ETUDE

3.1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans les services de gynécologie, de chirurgie viscérale et de médecine interne- soins palliatifs du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert KOUTOUKOU-MAGA (CNHU-HKM) ainsi que dans le service de gynécologie du Centre Hospitalo-Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL).

3.1.1. Le CNHU-HKM

Le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, situé dans la capitale économique du Bénin, est l'établissement de référence au sommet de la pyramide sanitaire du pays. Fondé le 30 octobre 1962 par la loi N°60-32, il portait initialement le nom d'« Hôpital Hubert MAGA » ou « Hôpital 350 lits ».

Le 21 décembre 1966, par décret n° 490, il a été reclassé en Centre National Hospitalier puis le 10 janvier, il a été renommé Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou pour permettre aux étudiants en médecine de l'Université Nationale du Bénin (UNB) d'y effectuer leurs stages pratiques.

En novembre 2001, lors de l'inauguration de l'unité de scannographie, et pour honorer la mémoire du Président Hubert K. MAGA, l'hôpital a été rebaptisé Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM).

En septembre 2022, le CNHU-HKM a été fusionné avec l'Hôpital de l'Instruction des Armées (HIA) de Cotonou, formant ainsi une entité unique sous le nom de CNHU-HKM.

Il est limité :

- ✓ Au nord et à l'Est par le camp militaire GUEZO

- ✓ Au sud par la Présidence de la République, de laquelle il est séparé par l'avenue Jean-Paul II
- ✓ A l'Ouest par le Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique et la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou

Le CNHU-HKM est un établissement de soins, d'enseignement, de recherche et de formation pour les professionnels de santé à tous les niveaux. Il est structuré en plusieurs secteurs :

- ✓ Un secteur de médecine et spécialités médicales
- ✓ Un secteur de chirurgie et spécialités chirurgicales
- ✓ Un secteur de santé maternelle et infantile
- ✓ Un secteur administratif

En plus de ces secteurs, le CNHU-HKM dispose de divers services essentiels à son fonctionnement, tels qu'une pharmacie, un service de maintenance, une cuisine et une morgue.

Les services impliqués dans notre étude incluent la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique, la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale et la Clinique Universitaire de Médecine Interne et Soins Palliatifs.

3.1.1.1. La Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO)

La Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM est limitée au Sud par le service de Médecine A, au Nord-Est par la voie de contournement interne de l'hôpital, au Nord par le service d'Hygiène hospitalière, et à l'Ouest par le Servie d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU). La CUGO est structurée en trois secteurs principaux : la consultation, l'hospitalisation (avec une capacité de 60 lits) et le bloc technique. **Le secteur de la consultation** comprend une salle d'accueil, un hall d'attente, deux salles d'échographie (dont une seule

fonctionnelle), une salle de cours et de staff, une salle de colposcopie, une salle de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH (PTME-VIH), une salle de planning familial, six salles de consultations (prénatale, post-natale et gynécologique), une salle d'archives et les bureaux du Chef servie, de son adjoint et de la secrétaire. **Le bloc technique** dispose d'une salle de réception pour les urgences, trois blocs opératoires, une salle d'accouchement, une salle de dystocie, une salle de dilation, une salle de surveillance préopératoire, une salle d'AMIU et des bureaux. **Le secteur d'hospitalisation** inclut une salle de soins intensifs, trois catégories de salles d'hospitalisation, une salle de pansement. Il abrite également les bureaux des aides-soignants, des étudiants en médecine, des sage-femmes, des médecins en stage de spécialisation et des internes des hôpitaux. **Le personnel de la CUGO** est composé de 1 professeur titulaire, 1 maître de conférences agrégé, 2 maîtres assistants, 6 médecins gynécologues-obstétriciens, 02 internes des hôpitaux, 34 sage-femmes diplômées d'État, 38 aides-soignants, 2 archivistes et 1 secrétaire, renforcé par des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine (5ème et 6ème année) et des étudiantes sage-femmes et infirmiers.

3.1.1.2. La Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale (CUCV)

Créée le 1er juillet 1989, la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale (CUCV) accueille principalement des patients âgés d'au moins 15 ans, présentant des affections relevant de la chirurgie digestive, thoracique, cardio-vasculaire, gynécologique et mammaire. Les patients sont admis soit en urgence, soit sur rendez-vous lors des consultations, ou encore après transfert depuis d'autres services. Les cas urgents sont généralement opérés dans les locaux de la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU).

La CUCV dispose **d'infrastructures** comprenant un pavillon d'hospitalisation de 39 lits, une salle de garde, six bureaux pour les médecins et le surveillant, un office, un vestiaire, une salle de soins, un magasin, quatre toilettes, un secrétariat,

une salle de réunion et deux salles d'opération au sein du bloc opératoire central. En termes de **ressources humaines**, la clinique compte un personnel permanent composé d'un professeur titulaire de chirurgie générale (chef de service), de quatre assistants Maîtres de Conférences Agrégé (MCA) chirurgiens généralistes, d'un MCA en chirurgie oncologique, d'un interne des hôpitaux, de deux chirurgiens cardio-vasculaires, d'un surveillant infirmier, d'infirmiers, d'aides-soignants et d'une secrétaire. Elle est également soutenue par des stagiaires, notamment des étudiants en 2ème et 3ème de médecine générale, des internes, des étudiants infirmiers et des Docteurs en Spécialisation (DES) en chirurgie pédiatrique, gynécologie, urologie-andrologie, etc.

Les activités de la CUCV s'articulent autour de plusieurs axes : les consultations, la prise en charge chirurgicale des patients admis aux urgences ou transférés en hospitalisation, l'accueil et le traitement chirurgical des patients reçus en consultation, l'encadrement des étudiants en médecine, des docteurs en spécialité chirurgicale et des étudiants infirmiers, ainsi que la recherche.

3.1.1.3. La Clinique Universitaire de la Médecine Interne- Soins palliatifs

La Clinique Universitaire de Médecine Interne - Soins Palliatifs (CUMI-SP), située au nord-est du CNHU-HKM, occupe un bâtiment monobloc de type R+1. Au **rez-de-chaussée** se trouvent quatre blocs fonctionnels : le **bloc administratif** (comprenant les bureaux du chef de clinique, des praticiens, du surveillant et le secrétariat médical), le **bloc de consultation externe** (doté d'un hall d'accueil avec box, deux salles de consultations, un local d'archives et un espace de rangement), le **bloc d'hospitalisation** (avec quatre salles conventionnelles de trois lits chacune, une salle de jour de quatre lits, une salle de soins, et des salles de garde dédiées aux médecins en spécialisation, aux stagiaires internes/externes, ainsi qu'au personnel infirmier, aides-soignants et agents hospitaliers), et **l'unité de soins palliatifs** (incluant une salle de consultation et une salle de jour de deux

lits). **Un bloc de soins continus** de trois lits complète cette infrastructure. À l'étage, une **salle de staff** est aménagée. Par ailleurs, la clinique partage avec d'autres services un bâtiment indépendant abritant **16 chambres individuelles VIP**, augmentant sa capacité d'accueil selon les besoins.

En termes de **ressources matérielles**, la CUMI-SP dispose d'équipements standards pour les soins, consultations et hospitalisations, ainsi que d'un échographe mobile et d'un véhicule dédié aux visites à domicile de l'unité de soins palliatifs. Sur le plan **humain**, elle compte quatre Praticiens Hospitalo-Universitaires (PHU). Le personnel paramédical comprend 15 infirmiers (dont le surveillant et deux spécialisés en soins palliatifs), six aides-soignants et deux agents hospitaliers, soutenus par une secrétaire médicale.

Les **activités** de la clinique se déclinent en trois axes : les soins (consultations externes et avis spécialisés en Médecine Interne, Oncologie Médicale et Soins Palliatifs, soins ambulatoires, suivi des hospitalisés et réunions pluridisciplinaires), l'encadrement (accueil de stagiaires en médecine, DES, soins infirmiers, nutrition et psychologie, ainsi que des formations continues), et la recherche, renforçant son rôle académique et clinique au sein du CHU.

3.1.2. Le CHU-MEL

Créé en 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social et un hôpital universitaire de référence spécialisé en gynécologie, obstétrique et pédiatrie. Situé au bord de la lagune à Tokpa Hoho dans le 5ème arrondissement de Cotonou, il couvre les zones sanitaires Cotonou 1 et 4. Le CHU-MEL a trois missions principales : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et adaptatifs), la formation et la recherche. Structuré en deux grands services principaux, il comprend d'une part le service de la mère, centré sur la gynécologie et l'obstétrique, et d'autre part le service de l'enfant, dédié à la pédiatrie et à la néonatologie. Les autres secteurs comprennent les services médico-techniques

(laboratoire d'analyses biomédicales, banque de transfusion sanguine, radiologie, cardiologie, ORL, échographies, kinésithérapie, nutrition et pharmacie), les services administratifs (direction, gestion de la qualité, comptabilité, bureau des entrées et statistiques) et les services de soutien (buanderie, lingerie, cuisine et magasins). Ces infrastructures et services font du CHU-MEL un pilier essentiel du système de santé béninois.

Le service de la mère inclut les consultations externes (prénatales, gynécologiques, postnatales et de planification familiale), un bloc obstétrical d'urgence (urgences, salle de dilatation, salle d'accouchement et bloc opératoire), des secteurs d'hospitalisation (bâtiments D1, D2 et G1), une unité de réanimation, des soins intensifs, un service d'oncologie gynécologique et mammaire, ainsi qu'un service de vaccination. **Le service d'oncologie gynécologique et mammaire** est situé au premier étage du bâtiment D1. Le service est composé d'une salle de soins composé de 04 lits, une salle de garde des infirmiers et des aides-soignants, de bureaux de consultations et du pharmacien, ainsi que de deux salles VIP de chimiothérapie . En termes de personnel, le service est dirigé par un Maître de Conférence Agrégé assisté d'un médecin gynécologue. Le personnel est également composé d'une surveillante, de 02 infirmières et de 02 aides-soignantes.

3.2. Méthode d'étude

3.2.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique, avec collecte prospective des données, de janvier à décembre 2024.

3.2.2. Population d'étude

- ✓ **Population cible** : patientes prises en charge pour cancers gynécologiques ou mammaires non métastatiques dans la ville de Cotonou.

- ✓ **Population source** : toutes les patientes atteintes de cancers gynécologiques ou mammaires non métastatiques et prises en charge au CNHU-HKM et au CHUMEL au cours de l'année 2024.

3.2.3. Critères d'éligibilité

3.2.3.1. Les critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude, les patientes prises en charge pour des cancers gynécologiques ou mammaires histologiquement confirmés et non métastatiques dans les services concernés au CNHU-HKM et au CHU-MEL, et répondant aux critères suivants :

- ✓ Age : ≥ 18 ans ;
- ✓ Patientes sexuellement actives ;
- ✓ Patientes sans comorbidités graves (pathologies générales type diabète, cirrhose, VIH à un stade avancé)
- ✓ Patientes ayant donné leur consentement libre et éclairé à participer à l'étude.

3.2.3.2. Les critères de non inclusion

- ✓ Patientes prises en charge pour cancers gynécologiques et mammaires en dehors de la période d'étude ;
- ✓ Patientes prises en charge pour des cancers autres que gynécologiques ou mammaires ;
- ✓ Patientes décédées ou injoignables
- ✓ Patientes n'ayant pas donné leur consentement.

3.2.3.3. Les critères d'exclusion

- Les patientes ayant désisté (rupture de consentement)
- Les patientes dont l'état de santé s'est dégradé avant l'entretien.

3.2.4. Echantillonnage

- **Taille minimale**

Elle a été calculée grâce à la formule de SCHWARTZ dans laquelle :

-Ɛ = écart réduit au risque α = 1,96

-i = précision = 5%

-p =92% : prévalence des dysfonctions sexuelles chez les atteintes de cancers gynécologiques selon l'étude de Karoui et al [63].

La taille calculée de l'échantillon est **114 ± 11,4**.

- **Technique d'échantillonnage**

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif par recrutement systématique des patientes prises en charge pour cancers mammaires ou gynécologiques remplissant les critères d'éligibilité.

3.2.5. Variables de l'étude

Deux types de variables ont été considérées dans l'étude. Il s'agissait de la variable dépendante et des variables indépendantes.

- **Variable dépendante**

La variable dépendante de cette étude est **la santé sexuelle des patientes traitées pour cancer gynécologique ou mammaire**.

Cette variable a deux modalités : « **conservée** » pour signifier que les patientes prises en charge pour ces cancers n'ont pas connu un changement de leur sexualité et « **dégradée** » pour signifier que ces patientes ont eu une dégradation de leur santé sexuelle.

L'évaluation de cette variable s'est faite grâce à la mesure de la fonction sexuelle des patientes à l'aide d'un questionnaire spécifique: le Female Sexual Function Index (FSFI). Il s'agit d'un questionnaire composé de 19 items, psychométriquement solide, facile à administrer. Le questionnaire a été conçu et validé pour l'évaluation de la fonction sexuelle féminine et de la qualité de vie dans les essais cliniques ou études épidémiologiques [64].

La santé sexuelle était considérée comme dégradée dans les situations suivantes:

- ✓ Santé sexuelle satisfaisante avant le cancer et dysfonction sexuelle modérée après le cancer
- ✓ Santé sexuelle satisfaisante avant le cancer et dysfonction sexuelle sévère après le cancer
- ✓ Dysfonction sexuelle modérée avant le cancer et dysfonction sexuelle sévère après le cancer

❖ **Variables indépendantes**

Les variables indépendantes sont de plusieurs ordres. Elles sont liées aux :

- ✓ Facteurs sociodémographiques: ethnie, profession, religion, niveau socio-économique, niveau d'instruction, statut matrimonial ;
- ✓ Facteurs physiques et émotionnels: âge, statut ménopausique, troubles sexuels préexistants ; bien-être physique, image de soi, existence de troubles anxiodépressifs, qualité de vie intime avec le partenaire ;
- ✓ Facteurs liés au cancer et les traitements reçus: le type de cancer, durée d'évolutivité du cancer ; les traitements reçus (chirurgie, chimiothérapie,

radiothérapie, hormonothérapie, thérapie ciblée, autre), les effets secondaires du traitement.

3.2.5.1. Opérationnalisation des variables

Les tableaux suivants présentent les définitions opératoires et les modalités liées aux variable de notre étude

Tableau I : Définition opératoire et modalité de la variable dépendante

Domaines	Questions	Score maximum	Interprétation
Score FSFI	-	36	• Score ≥ 26 : pas de DS • Score entre 20-25 : DS modérée • Score < 19 : DS sévère
DS relative au désir	1-2	6	• Score ≥4 : Non • Score <4 : Oui
DS relative à l'excitation	3-4-5-6	6	• Score ≥4 : Non • Score <4 : Oui
DS relative à la lubrification	7-8-9-10	6	• Score ≥4 : Non • Score <4 : Oui
DS relative à l'orgasme	11-12-13	6	• Score ≥4 : Non • Score <4 : Oui
DS relative à la satisfaction	14-15-16	6	• Score ≥4 : Non • Score <4 : Oui
DS relative à la douleur	17-18-19	6	• Score ≥4 : Non • Score <4 : Oui

Tableau II : Définition opératoire et modalités des variables indépendantes

Variables	**Définitions opératoires**	**Modalités**
Age	Age révolu au moment de l'enquête	Nombre en année
Situation matrimoniale	Situation matrimoniale de la patiente	• Célibataire • Mariée • Concubinage • Divorcée • Veuve
Niveau d'instruction	Dernier niveau d'étude	• Aucun • Primaire • Secondaire • Supérieur
Profession	Occupation, métier, fonction	• Fonctionnaire • Artisan • Ménagère • A son propre compte*
Niveau socioéconomique	_	• Supérieur au SMIG** • Inférieur au SMIG
Ménopause		• Oui • Non
	Si oui, quel type	• Naturelle • Précoce

*__A son propre compte__ : commerçante-ménagère-entrepreneur-artisan-revendeuse

**__SMIG__ (Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti) est de 52000 FCFA au Bénin

Tableau II (suite) : Définition opératoire et modalités des variables indépendantes

Variables	**Définitions opératoires**	**Modalités**
Existence de troubles sexuels avant le cancer	Déterminé par le FSFI	• Score FSFI≤ 25 : Oui • Score FSFI> 25 : Non
Bien-être physique	Déterminé par le FACT-G physique	• ≥28 : troubles physiques significatifs • Entre 14-20 : troubles physiques modérés Les deux premiers correspondent à un bien-être physique **altéré** • ≤13 : peu ou pas de troubles physiques Correspond à un bien-être physique **conservé**
Troubles anxiodépressifs	Déterminé par HADS	• 0-7 : Normal (absence de la symptomatologie) • 8-10 : Borderline (symptomatologie douteuse) • 11-21 : Anormal (symptomatologie certaine)
Image de soi	Déterminé par le BIS	• ≥28 :peu d'impact sur l'image de soi Correspond à une image de soi **conservée** • Entre 20-27 : impact sur l'image de soi modéré • ≤19 : impact sur l'image de soi significatif Correspondent à une image de soi **altérée**

- **Les troubles anxiodépressifs**

Ces troubles ont été évalués à grâce au Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Il comporte 14 items côtés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total des A) et sept questions se rapportent à la dépression (total des D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être utilisée pour chacun des scores d'anxiété et de dépression.

- **0-7= Normal (absence de la symptomatologie)**
- **8-10= Borderline (symptomatologie douteuse)**
- **11-21= Anormal (symptomatologie certaine)**

Lorsque le patient présente à la fois des symptomatologies d'anxiété et de dépression, on parle de **trouble anxiodépressif**.

✓ **L'image de soi**

L'évaluation de l'impact du cancer et de ses traitements sur l'image de soi a été fait grâce au **Body Image Scale** (BIS)

Il s'agit d'un questionnaire conçu pour évaluer les préoccupations liées à l'image corporelle chez les patients atteints de cancer, en particulier en ce qui concerne les changements physiques dus à la maladie et aux traitements. Il contient 10 éléments , chacun évalué sur une échelle de Likert de 0 à 3

Côté sur 32, il se décompose comme suit :

- **Scores élevés** (28-32) : Indiquent peu ou pas de symptômes physiques, une bonne santé physique générale.
- **Scores moyens** (20-27) : Suggèrent la présence de symptômes modérés qui peuvent nécessiter une intervention.

- **Scores faibles** (0-19) : Indiquent des symptômes physiques significatifs qui affectent la qualité de vie et pourraient nécessiter une intervention.

✓ **Le bien-être physique**

L'évaluation du bien-être physique a été faite grâce au **Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)**. C'est un questionnaire standardisé conçu pour évaluer la qualité de vie des patients atteints de cancer. Il s'agit d'un instrument de mesure multidimensionnel qui permet de capturer l'impact de la maladie et de son traitement sur différents aspects de la vie des patients. Le FACT-G a été validé dans de nombreuses populations de patients cancéreux, montrant une bonne fiabilité et validité. Il est souvent utilisé dans des essais cliniques et des études d'observation pour mesurer l'impact des traitements sur la qualité de vie [65]. Il est composé de 04 sous-échelles dont celui du **bien-être physique** qui se concentre sur les symptômes physiques liés à la maladie et au traitement.

Côté sur 28, il se décompose comme suit :

- **Scores élevés** (21-28) : Indiquent des symptômes physiques significatifs qui affectent la qualité de vie et pourraient nécessiter une intervention.
- **Scores moyens** (14-20) : Suggèrent la présence de symptômes modérés qui peuvent nécessiter une gestion.
- **Scores faibles** (0-13) : Indiquent peu ou pas de symptômes physiques, une bonne santé physique générale.

3.2.6. Collecte des données

❖ **Sources des données**

Les sources de collecte de données sont :

✓ Les patientes ayant participé à l'étude

- ✓ Les registres de cancers des services du cadre d'étude
- ✓ Les dossiers médicaux des patientes.

❖ **Outils de collecte**

Les données de cette étude ont été collectées grâce à un questionnaire électronique élaboré à l'aide de l'application Kobotool box, pré-testé sur 10 cas puis validé, portant sur les informations générales, la santé sexuelle des patientes, le bien-être physique, l'état psychologique et les besoins en soins oncosexologiques.

❖ **Déroulement de la collecte**

La collecte s'est déroulée sur trois mois, de décembre 2024 à février 2025. Nous avons été aidées de 03 étudiantes de 7ème de médecine qui ont été préalablement formées à l'utilisation du questionnaire.

A partir des différents registres, nous avons recensé les patientes traitées pour des cancers gynécologiques ou mammaires de janvier à décembre 2024. Les patientes sélectionnées ont ensuite été contactées. Après explication de l'étude et obtention du consentement des patientes, la version électronique du questionnaire leur a été envoyé afin qu'elles puissent le remplir. Chez celles qui ne pouvaient pas remplir le questionnaire, nous avons procédé à un entretien face à face.

3.2.7. Traitement et analyse des données

❖ **Traitement des données**

Après la collecte, nous avons exporté les données obtenues dans le logiciel Microsoft Office Excel 2016. L'analyse des données a été faite avec le logiciel R version 4.4.3. L'organisation des données sous forme de tableaux et graphiques était effectuée par Microsoft EXCEL 2016.

❖ **Analyse des données**

- ✓ **Analyse descriptive :** Les variables quantitatives avec une distribution normale sont exprimées en termes de moyennes avec leurs écarts-types. Les variables ayant une distribution anormale sont exprimées sous forme de médiane avec leur intervalle interquartile. Les variables qualitatives sont exprimées en termes de fréquences et de proportions exprimées en pourcentage.

- ✓ **Analyse bivariée :** Le test de McNemar est utilisé pour comparer la prévalence des différents troubles sexuels avant et après le cancer. L'existence d'association entre la variable dépendante et les variables indépendantes est recherchée en utilisant les tests statistiques adéquats. Le test de Khi-carré de Pearson est utilisé pour la comparaison de deux variables qualitatives lorsque tous les effectifs sont supérieurs à 5 et le test exact de Fisher lorsqu'un effectif est inférieur à 5. Le test T de Student est utilisé pour la comparaison de deux variables quantitatives. Le seuil de significativité des 5%. La force de cette association est appréciée à travers le rapport de côte ou Odds ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95%. Le seuil de conservation choisi est de 20%.

- ✓ **Analyse multivariée :** Dans la régression logistique, toutes les variables avec une $p \leq 20\%$ lors de l'analyse bivariée ont été introduites dans le modèle final. Ensuite sur la base de la stratégie de modélisation pas à pas, on procède à l'élimination de toutes les variables avec une p supérieure à 5% (seuil de signification). Les variables qui sont retenues dans le modèle final sont celles ayant une p inférieure ou égale à 0,05. La force de l'association a été appréciée par l'OR ajusté (ORa) qui est présenté avec son intervalle de confiance à 95%. La validité du modèle finale est appréciée à l'aide du test de Hosmer-Lomeshow.

3.2.8. Considérations éthiques et déontologiques

Dans le cadre de cette étude, nous avons :

- ✓ requis l'avis du comité d'éthique (**REF: 906/2024/CLERB-UP/P/SP/R/SA**)
- ✓ requis et obtenu l'autorisation des Directeurs Généraux du CNHU-HKM et du CHU-MEL
- ✓ requis et obtenu le consentement libre et éclairé des participantes
- ✓ collecté les données de l'étude sous anonymat
- ✓ respecté la confidentialité des informations recueillies

4. RESULTATS

4.1. Diagramme de flux de sélection des participantes

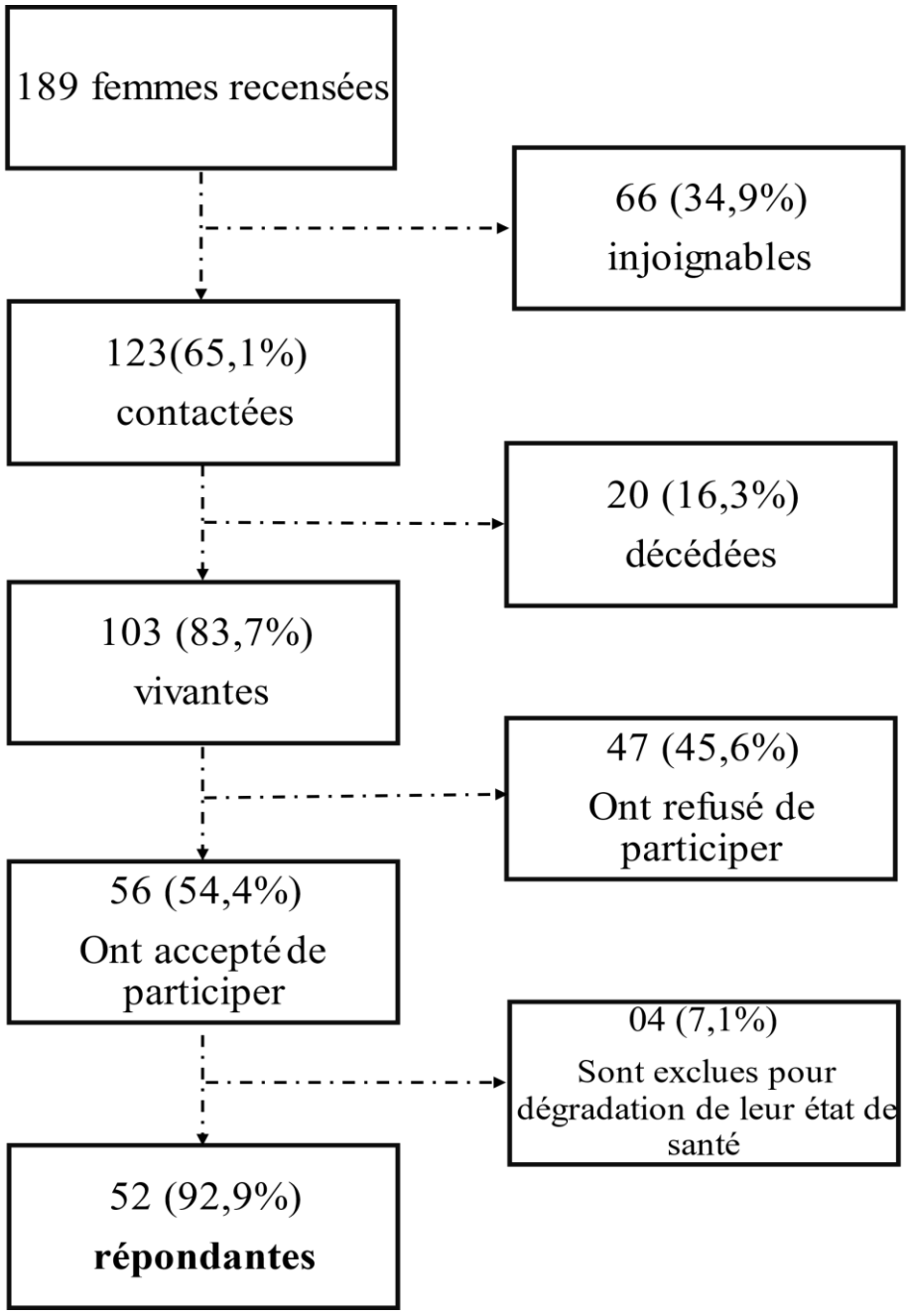


Figure 6 : Diagramme de flux de sélection des participantes

Au total 189 patientes étaient éligibles à l'étude. Le décès de 20 patientes était confirmé et 66 n'étaient pas joignables. Ainsi, nous avons contacté 103 patientes dont 47 ont refusé de participer à l'étude. Parmi les 56 patientes qui ont donné leur consentement à participer à l'étude, 04 ont été exclues avant l'entretien à

cause de la dégradation de leur état de santé. Au final, 52 patientes ont répondu au questionnaire soit un taux de participation de 30,77%.

4.2. Description de l'échantillon

4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

4.2.1.1. Age des patientes

La répartition des patientes enquêtées selon leur tranche d'âge est représentée sur la figure suivante :

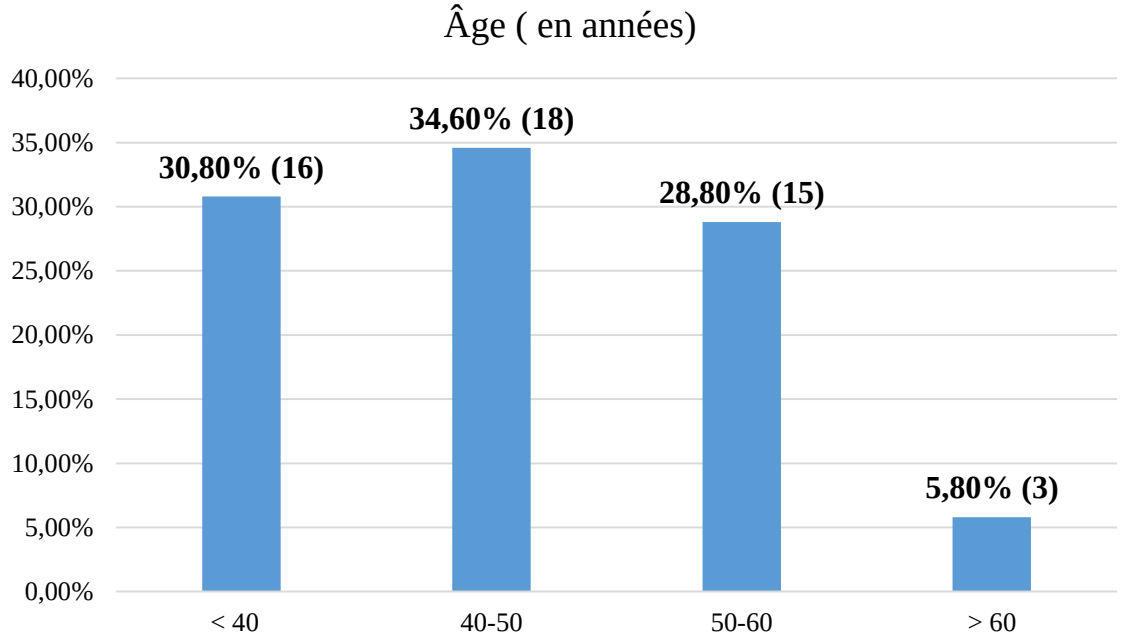


Figure 7 : Répartition par tranches d'âge des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

L'âge moyen des femmes enquêtées était de 44,5 ans ± 11 ans. Les âges extrêmes étaient de 20 et 68 ans. L'âge médian était de 47 ans (35-51).

4.2.1.2. Répartition des patientes enquêtées selon les caractéristiques sociodémographiques

Tableau III: Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon leurs caractéristiques sociodémographiques

	Effectifs	Proportion (%)
Religion		
Christianisme	36	69,2
Islam	10	19,2
Animisme	6	11,6
Niveau d'étude		
Primaire	13	25,0
Secondaire	25	48,1
Supérieur	11	21,2
Non scolarisé	3	5,8
Profession/ Occupation		
A son propre compte	28	53,82
Fonctionnaire	16	30,8
Ménagère	6	11,5
Étudiante	2	3,9
Revenu mensuel		
Supérieur au SMIG	27	51,9
Inférieur au SMIG	25	48,1
Situation matrimoniale		
Mariée/Union libre	41	78,8
Célibataire/Divorcée/Veuve	11	21,2

Les patientes enquêtées étaient chrétiennes dans 69,2% des cas. Elles étaient mariées ou en union libre dans 78,8% des cas. Elles avaient fait des études secondaires dans la moitié des cas (51,9%). Au plan de la profession/occupation, elles étaient essentiellement des commerçantes (44,2%) et avaient un revenu mensuel supérieur au SMIG dans 51,9% des cas.

4.2.2. Caractéristiques cliniques des patientes enquêtées

4.2.2.1. Statut ménopausique des patientes enquêtées

Tableau IV : Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon leur statut ménopausique

	Effectifs	**Proportion (%)**
Ménopause		
Non	26	50,0
Oui	26	50,0
Type de ménopause		
Naturelle	18/26	69,2
Insuffisance ovarienne prématurée	8/26	30,8

La moitié de l'effectif des femmes enquêtées était ménopausée. Dans 69,2% des cas, il s'agissait d'une ménopause naturelle.

4.2.2.2. Type de cancer gynécologique et mammaire

La distribution des patientes enquêtées selon le type de cancer se présente comme suit :

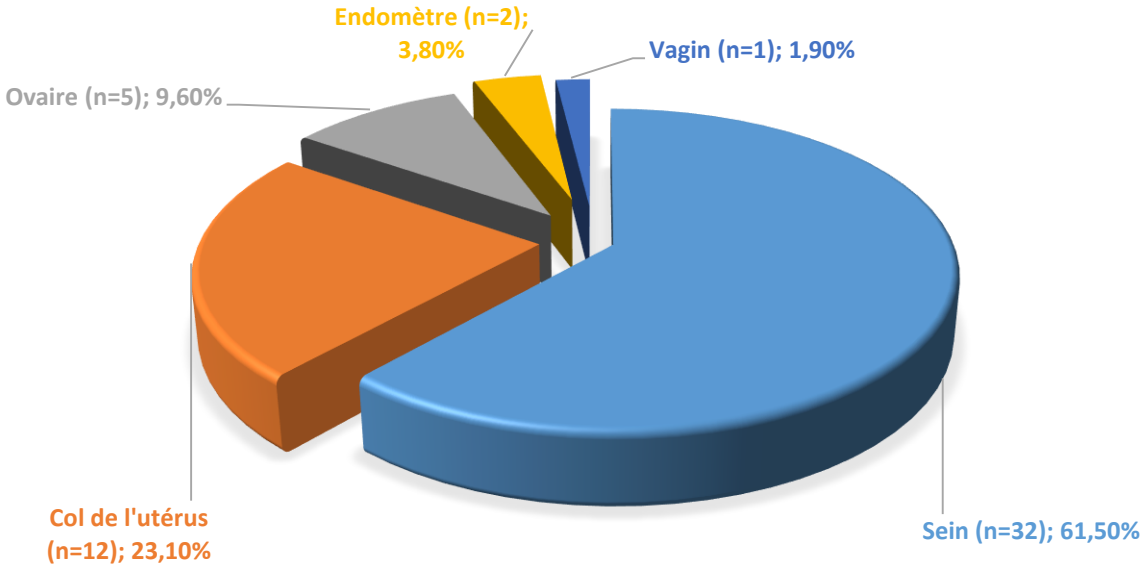


Figure 8 : Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon le type de cancer.

Le cancer du sein avec un taux de 61,5% et le cancer du sol de l'utérus 23,1% étaient les deux principaux cancers que nous avons noté au cours de notre enquête.

4.2.2.3. Répartition des patientes enquêtées selon les traitements reçus

Tableau V : Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon les traitements reçus

	Effectif	Pourcentage
Chirurgie		
Non	27	51,9
Oui	25	48,1
Chimiothérapie		
Oui	46	88,5
Non	6	11,5
Hormonothérapie		
Non	44	84,6
Oui	8	15,4
Radiothérapie		
Non	39	75,0
Oui	13	25,0

La chimiothérapie néoadjuvante et adjuvante a été faite dans 88,5% des cas. Vingt-cinq patientes, ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale soit 48,1% de l'effectif . l'hormonothérapie et la radiothérapie ont été réalisé dans les taux respectifs de 15,4% et 25,0%.

4.2.2.4. Répartition des patientes traitées pour cancer du sein selon les traitements reçus

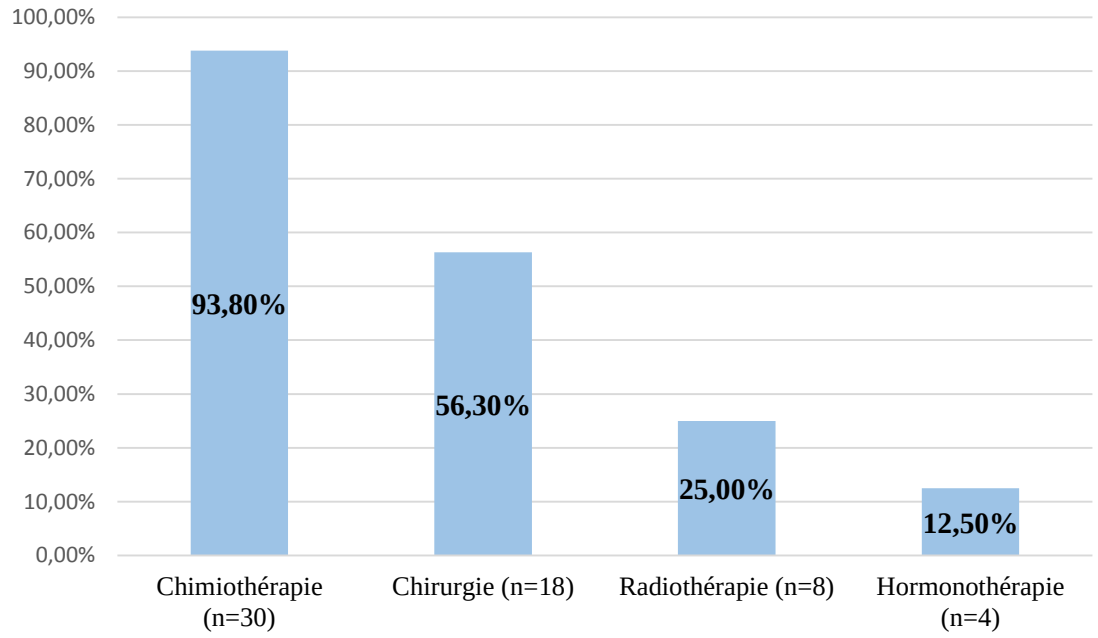


Figure 9 : Répartition des patientes traitées pour cancer du sein dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 suivant les traitements reçus

La chimiothérapie a été réalisée chez 93,8% des patientes traitées pour cancer du sein. Plus de la moitié (56,3%) des patientes prises en charge pour cancer du sein ont été opérées. L'hormonothérapie et la radiothérapie ont été réalisées dans respectivement 12,5% et 25,0% des cas.

4.2.2.5. Répartition des patientes traitées pour cancer du col de l'utérus selon les traitements reçus

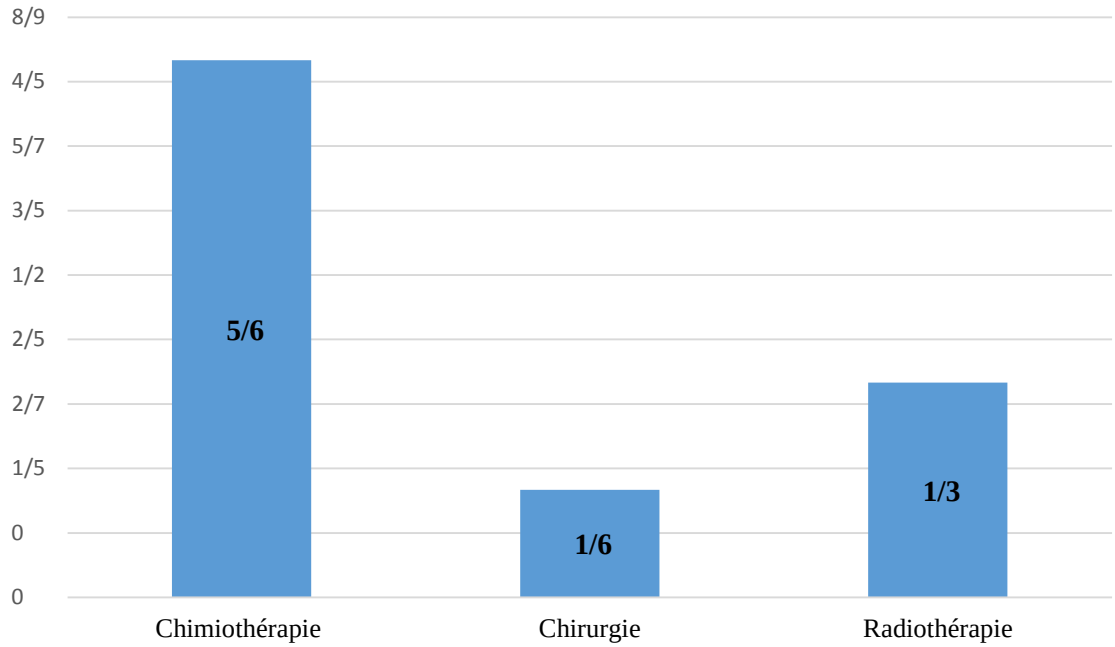


Figure 10 : Répartition des patientes traitées pour cancer du col de l'utérus dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon les traitements reçus

Sur les douze cas de cancer de col, la chirurgie a été réalisée dans deux cas sur douze, la chimiothérapie dans 10 cas sur 12 et la radiothérapie dans 4 cas sur 12.

4.2.2.6. Répartition des patientes enquêtées selon leur bien-être physique et l'image de soi

Tableau VI : Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon leur bien-être physique et l'image de soi après le cancer

	Effectif	Proportion (%)
Bien-être physique		
Conservé	35	67,3%
Altéré	17	32,7%

Image de soi		
Conservée	7	13,5%
Altérée	45	86,5%

Les patientes enquêtées avaient conservé leur bien-être physique dans 67,3% des cas. L'image de soi était altérée dans 86,5% des cas.

4.2.2.7. Répartition des patientes enquêtées selon la présence de troubles anxiodépressifs liés au cancer

Tableau VII: Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon la présence de troubles anxiodépressifs liés au cancer

	Effectif	**Proportion (%)**
Anxiété		
Absente	26	50,0
Douteuse (borderline)	7	13,5
Certaine	19	36,5
Dépression		
Absente	25	48,1
Douteuse (borderline)	20	35,5
Certaine	7	13,5
Troubles anxiodépressifs		
Oui	24	46,2
Non	28	53,8

L'anxiété était présente chez 36,5% des patientes enquêtées. Elle était borderline 13,5% des cas. Les troubles dépressifs étaient présents dans 13,5% des cas et borderline chez 35,5% des patientes enquêtées. L'association de l'anxiété et de la dépression, encore appelée trouble anxiodépressif a été retrouvé chez 46,2% des patientes enquêtées.

4.2.3. Qualité de la relation intime avec le partenaire après le diagnostic et la prise en charge du cancer

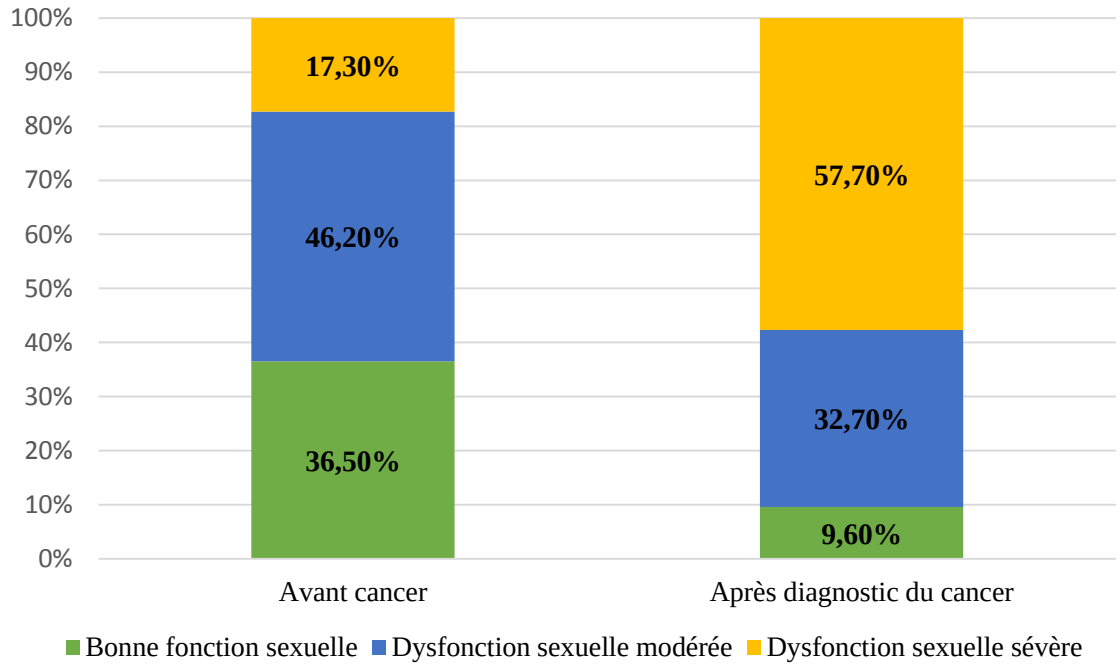
Tableau VIII: Répartition des patientes enquêtées selon la qualité de la relation intime avec le partenaire après le diagnostic et la prise en charge du cancer

	Effectif	Pourcentage
Changement de complicité avec le partenaire		
Beaucoup changé	18	47,4
Diminué	10	26,3
Beaucoup augmenté	5	13,2
N'a pas voulu en parler	3	7,89
Disparu	2	5,26
Changement dans la fréquence des rapports sexuels avec le partenaire		
Diminué	17	44,7
N'a pas voulu en parler	8	21,1
Pas beaucoup de changement	7	18,4
Beaucoup augmenté	3	7,89
Disparu	3	7,89

La complicité avec le partenaire n'a pas beaucoup changé dans 47,4% des cas. Elle a diminué dans 26,3% des cas et elle a disparu dans 5,26% des cas. Les rapports sexuels ont diminué en fréquence dans 44,7%. Dans 7,89% des cas, les patientes n'avaient plus de rapports sexuels avec leur partenaire.

4.3. Sexualité des patientes enquêtées avant et après le diagnostic et la prise en charge du cancer

4.3.1. Evolution de la sexualité des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 avant et après le diagnostic et la prise en charge du cancer



p=0,074

Figure 11 : Prévalence des dysfonctions sexuelles chez les patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 avant et après le diagnostic du cancer

La dysfonction sexuelle (modérée et sévère) a été notée dans 63,5% des cas avant le diagnostic du cancer et dans 90,4% des cas après le diagnostic du cancer mais la différence n'est pas significative (p=0,074).

En se basant sur les critères d'évaluation de l'évolution de la sexualité avant et après le cancer, 31 patientes enquêtées (59,6%) avaient une dégradation de leur santé sexuelle après le diagnostic et la prise en charge du cancer.

4.3.2. Prévalence des divers troubles sexuels chez les femmes enquêtées avant et après le diagnostic du cancer, tout cancer confondus

Tableau IX : Prévalence des divers troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 avant et après le diagnostic du cancer

	Avant le cancer		Après le traitement		p-value
	Effectif (N=52)	Proportion (%)	Effectif (N=52)	Proportion (%)	
Troubles du					
Désir	47	90,4	52	100,0	0,07
Excitation	41	78,8	51	98,1	0,009
Lubrification	52	100,0	51	98,1	1
Orgasme	52	100,0	49	94,2	0,248
Satisfaction	31	59,6	49	94,2	0,0001
Douleur	13	26,0	32	61,5	0,0001

Les troubles de l'excitation ont été notés avec des taux de 78,8% avant le diagnostic du cancer et 98,1% après le diagnostic du cancer et la différence était significative (p=0,009). Les patientes enquêtées ont déclaré ne pas être satisfaites des relations sexuelles dans 59,6% avant le diagnostic du cancer et dans 94,2% des cas après le diagnostic du cancer (p=0,001). Par ailleurs la notion de

dyspareunie a été rapportée par 26% des patientes avant le diagnostic du cancer et par 61,5% des enquêtées après le diagnostic du cancer (p<0,05).

Par rapport aux autres troubles (désir, orgasme, lubrification), des différences ont été notées avant et après le cancer mais elles n'étaient pas significatives.

4.3.3. Prévalence des divers troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancer du sein dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

Tableau X : Prévalence des divers troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancer du sein dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

	Avant le cancer		**Après le traitement**		
	Effectif (N=32)	**Proportion (%)**	**Effectif (N=32)**	**Proportion (%)**	**p-value**
Troubles du					
Désir	29	90,6	32	100,0	0,3
Excitation	27	84,6	31	96,6	0,2
Lubrification	32	100,0	31	97	31
Orgasme	32	100,0	30	93,8	0,5
Satisfaction	21	65,6	30	93,8	0,008
Douleur	22	70,0	21	65,6	0,004

Les troubles de la satisfaction ont été notés dans 65,6% des cas avant le diagnostic de cancer de sein et dans 93,8% des cas après le diagnostic de cancer de sein, et la différence était significative (p=0,008).

La dyspareunie a été signalée dans 70% des cas avant le diagnostic de cancer de sein, mais elle a diminué après le diagnostic du cancer (65,6%), et la différence est statistiquement significative (p=0,004).

Aucune différence statistiquement significative n'a été notée pour les autres troubles sexuels (désir, excitation, lubrification et orgasme).

4.3.4. Prévalence des divers troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancer du col de l'utérus dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

Tableau XI : Prévalence des divers troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancer du col de l'utérus dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

	Avant le cancer		**Après le traitement**		
	Effectif (N=12)	**Proportion (%)**	**Effectif (N=12)**	**Proportion (%)**	**p-value**
Troubles du					
Désir	11	91,7	12	100,0	1
Excitation	10	83,3	12	100,0	0,5
Lubrification	12	100,0	12	100,0	_
Orgasme	12	100,0	11	91,7	1
Satisfaction	6	50,0	11	91,7	0,1
Douleur	8	66,7	7	58,3	0,5

On note une augmentation de la prévalence des troubles du désir, de l'excitation et de la satisfaction après le diagnostic et la prise en charge du cancer du col, mais les différences n'étaient pas statistiquement significatives.

On note une diminution de la prévalence de la dyspareunie avant (66,7%) et après (58,3%) le diagnostic et la prise en charge du cancer du col, mais la différence n'est pas significative (p=0,5).

Aucune différence n'a été constaté par rapport au trouble de la lubrification avant et après le diagnostic et la prise en charge du cancer du col.

4.4. Informations reçues par les patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 par rapport aux effets du cancer sur la sexualité

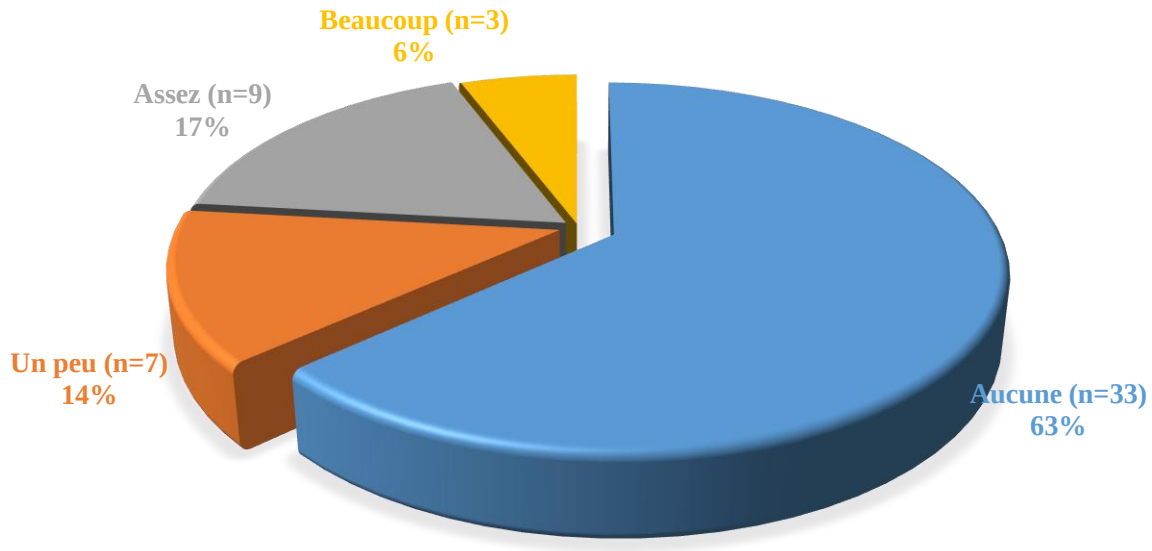


Figure 12 : Répartition des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 selon le niveau d'informations reçues par rapport les effets du cancer sur la sexualité selon l'échelle de Likert

Trente-trois patientes (63%) n'ont reçu aucune information par rapport aux effets du cancer sur la sexualité.

4.5. Besoins en soins oncosexologiques des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

Nous avons recensé les besoins des patientes enquêtées en matière de soins oncosexologiques. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau XII : Besoins en soins oncosexologiques des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

	Effectif	Pourcentage
Consultation d'un sexologue		
Oui, si cela est pris en charge	15	28,8
Oui, même si cela n'est pas pris en charge	13	25,0
Non, je n'en vois pas l'intérêt	24	46,2
Consultation d'un psychologue		
Oui, si cela est pris en charge	22	42,3
Oui, même si cela n'est pas pris en charge	11	21,2
Non, je n'en vois pas l'intérêt	19	36,5
Consultation de sexologie de couple		
Oui, si cela est pris en charge	25	48,1
Oui, même si cela n'est pas pris en charge	9	17,3
Non, je n'en vois pas l'intérêt	18	34,6

	Effectif	Pourcentage
Participation à des groupes de soutien		
Oui, si cela est pris en charge	12	23,1
Oui, même si cela n'est pas pris en charge	17	32,7
Non, je n'en vois pas l'intérêt	23	44,2

Dans notre échantillon, 53,8% des patientes ont exprimé le besoin de consultation sexologique. Le besoin de participation à des groupe de soutien a été exprimé par 55,8% des patientes enquêtées.

4.6. Analyse des facteurs associés à la dégradation de la santé sexuelle des patientes enquêtées

4.6.1. Relation entre les facteurs sociodémographiques et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

Tableau XIII : Association entre les caractéristiques sociodémographiques des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 et la dégradation de la santé sexuelle

	Dégradation de la santé sexuelle					
	Non N = 21	**Oui** N = 31	**Total** N = 52	**OR**	**95% IC**	**P**
Âge						0,6
< 40	6 (38%)	10 (63%)	16 (100%)	1,00	—	
40-50	9 (50%)	9 (50%)	18 (100%)	0,60	0,15 – 2,34	0,5
≥ 50	6 (33%)	12 (67%)	18 (100%)	1,20	0,29 – 5,02	0,8

OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

Tableau XIV (suite) : Association entre les caractéristiques sociodémographiques des patientes enquêtées et la dégradation de la santé sexuelle

	Dégradation de la santé sexuelle					
	Non N = 21	**Oui** N = 31	**Total** N = 52	**OR**	**95% IC**	**P**
Religion						0,2
Christianisme	14 (39%)	22 (61%)	36 (100%)	1,00	—	
Islam	6 (60%)	4 (40%)	10 (100%)	0,42	0,09 – 1,75	0,2
Animisme	1 (17%)	5 (83%)	6 (100%)	**3,18**	0,45 – 64,4	**0,3**
Niveau d'étude						>0,9
Primaire	6 (46%)	7 (54%)	13 (100%)	0,66	0,17 – 2,61	0,5
Secondaire	9 (36%)	16 (64%)	25 (100%)	1,00	—	
Supérieur	5 (45%)	6 (55%)	11 (100%)	0,68	0,16 – 2,93	0,6
Non scolarisée	1 (33%)	2 (67%)	3 (100%)	1,13	0,09 – 26,2	>0,9
Profession						**0,024**
Fonctionnaire	7 (44%)	9 (56%)	16 (100%)	1,00	—	
A son propre compte	14 (50%)	14 (50%)	28 (100%)	0,78	0,22 – 2,67	0,7
Étudiante	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)	NA	0,00 – NA	>0,9
Ménagère	0 (0%)	6 (100%)	6 (100%)	NA	0,00 – NA	>0,9
Situation matrimoniale						0,078
Mariée/Union libre	19 (46%)	22 (54%)	41 (100%)	1,00	—	
Célibataire/ Divorcée/Veuve	2 (18%)	9 (82%)	11 (100%)	**3,89**	0,87 – 27,6	**0,11**

OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

L'appartenance à la religion animiste était associée à la dégradation de la santé sexuelle des patientes enquêtées mais la différence n'était pas significative

(OR=3,18 p=0,3). De même le fait d'être célibataire/divorcée/veuve était aussi associé à la dégradation de la santé sexuelle des patientes enquêtées mais la différence n'était pas significative (OR=3,89 p=0,11).

4.6.2. Relation entre le statut ménopausique et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

Tableau XV : Relation entre le statut ménopausique et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

	Dégradation de la santé sexuelle					
	Non N = 21	**Oui** N = 31	**Total** N = 52	**OR**	**95% IC**	**P**
Ménopause						**0,2**
Oui	8 (31%)	18 (69%)	26 (100%)	**2,25**	0,74 – 7,23	0,2
Non	13 (50%)	13 (50%)	26 (100%)	1,00	—	

OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

Les patientes enquêtées et ménopausées ont deux fois plus de risque d'avoir leur santé sexuelle dégradée, mais la différence n'est pas significative.

4.6.3. Relation entre le traitement reçu et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

Tableau XVI : Association entre le traitement reçu et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

	Dégradation de la santé sexuelle					
	Non N = 21	**Oui** N = 31	**Total** N = 52	**OR**	**95% IC**	**P**
Chirurgie						**0,2**
Non	13 (48%)	14 (52%)	27 (100%)	1,00	—	
Oui	8 (32%)	17 (68%)	25 (100%)	**1,97**	0,65 – 6,30	
Chimiothérapie						0,7
Non	2 (33%)	4 (67%)	6 (100%)	1,00	—	
Oui	19 (41%)	27 (59%)	46 (100%)	0,71	0,09 – 4,03	
Hormonothérapie						**0,3**
Non	19 (43%)	25 (57%)	44 (100%)	1,00	—	
Oui	2 (25%)	6 (75%)	8 (100%)	**2,28**	0,46 – 16,8	
Radiothérapie						**0,13**
Non	18 (46%)	21 (54%)	39 (100%)	1,00	—	
Oui	3 (23%)	10 (77%)	13 (100%)	**2,86**	0,74 – 14,2	

OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

L'hormonothérapie (OR=2,28 p=0,3) et la radiothérapie (OR=2,86 p=0,13) augmentaient de deux à trois fois le risque d'avoir une dégradation de la santé sexuelle chez les patientes enquêtées mais la différence n'était pas significative.

4.6.4. Relation entre les facteurs physiques, émotionnels des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 et la dégradation de la santé sexuelle

Les tableaux suivants présentent l'influence des facteurs physiques et émotionnels sur la dégradation de la santé sexuelle des patientes enquêtées.

Tableau XVII: Association entre l'existence de troubles anxiodépressifs et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

	Dégradation de la santé sexuelle					
	Non N = 21	**Oui** N = 31	**Total** N = 52	**OR**	**95% IC**	**P**
Présence de trouble anxieux						0,8
Non	11 (42%)	15 (58%)	26 (100%)	1,00	—	
Oui	10 (38%)	16 (62%)	26 (100%)	1,17	0,39 – 3,60	0,8
Présence de trouble dépressif						>0,9
Non	10 (40%)	15 (60%)	25 (100%)	1,00	—	
Oui	11 (41%)	16 (59%)	27 (100%)	0,97	0,32 – 2,96	>0,9
Présence de trouble anxiodépressif						0,7
Non	12 (43%)	16 (57%)	28 (100%)	1,00	—	
Oui	9 (38%)	15 (63%)	24 (100%)	1,25	0,41 – 3,88	0,7

OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

La présence de trouble anxieux ou dépressif n'était pas associée à la dégradation de la santé sexuelle dans notre étude.

Tableau XVIII: Association entre l'image de soi, le bien-être physique et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

	Dégradation de la santé sexuelle					
	Non N = 21	**Oui** N = 31	**Total** N = 52	**OR**	**95% IC**	**P**
Image de soi						0,9
Conservée	3 (43%)	4 (57%)	7 (100%)	1,00	0,18– 4,96	
Altérée	18 (40%)	27 (60%)	45 (100%)	0,89	—	
Bien-être physique						>0,9
Conservé	14 (40%)	21 (60%)	35 (100%)	1,00	—	
Altéré	7 (41%)	10 (59%)	17 (100%)	0,95	0,29 – 3,18	

OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

La dégradation de la santé sexuelle n'était pas associée à l'altération de l'image de soi et de l'état physique des patientes enquêtées.

4.6.5. Relation entre la qualité de vie intime avec le partenaire et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

Tableau XIX : Relation entre la qualité de vie intime avec le partenaire et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

	Dégradation de la santé sexuelle					
	Non N = 17	**Oui** N = 21	**Total** N = 38	**OR**	**95% IC**	**P**
Changements de complicité avec le partenaire						0,05
Beaucoup augmenté	4 (80%)	1 (20%)	5 (100%)	1,00	—	3
Diminué	2 (20%)	8 (80%)	10 (100%)	**16,0**	1,43 – 437	**0,043**
Disparu	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	0,00		>0,9
Pas beaucoup de changement	7 (39%)	11(61%)	18 (100%)	6,29	0,74 – 137	0,13
N'a pas voulu en parler	2 (67%)	1 (33%)	3 (100%)	2,00	0,06 – 73,7	0,7
Changement dans la fréquence des rapports sexuels avec le partenaire						0,10
Pas beaucoup de changement	4 (57%)	3 (43%)	7 (100%)	1,00	—	
Beaucoup augmenté	3 (100%)	0 (0%)	3 (100%)	0,00		>0,9
Diminué	5 (29%)	12(71%)	17 (100%)	**3,20**	0,52 – 22,1	**0,2**
Disparu	2 (67%)	1 (33%)	3 (100%)	0,67	0,02 – 10,9	0,8
N'a pas voulu en parler	3 (38%)	5 (63%)	8 (100%)	2,22	0,29 – 19,8	0,4

La dégradation de la santé sexuelle était associée à la diminution de la complicité avec le partenaire (OR=16 p= 0,043).

La dégradation de la santé sexuelle était également associée à la diminution de la fréquence des rapports sexuels avec le partenaire mais la différence n'était pas significative (OR=3,20 p=0,2).

4.6.6. Relation entre le niveau d'informations reçues par rapport aux effets du cancer sur la sexualité et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

Tableau XX : Association entre le niveau d'informations reçues par rapport aux effets du cancer sur la sexualité et la dégradation de la santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

	Dégradation de la santé sexuelle					
	Non N = 21	**Oui** N = 31	**Total** N = 52	**OR**	**95% IC**	**P**
Niveau d'informations reçues						0,078
Aucune	13 (39%)	20 (61%)	33 (100%)	0,44	0,06 – 2,17	0,3
Un peu	3 (43%)	4 (57%)	7 (100%)	0,38	0,04 – 3,27	0,4
Assez	2 (22%)	7 (78%)	9 (100%)	1,00	—	
Beaucoup	3 (100%)	0 (0%)	3 (100%)	0,00		>0,9

OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

La dégradation de la santé sexuelle n'était pas associée au niveau d'informations reçues par les patientes enquêtées par rapport aux effets du cancer sur la sexualité.

5. DISCUSSION

5.1. De la méthode

Le type d'étude transversale descriptive et analytique est adéquat pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixée dans cette étude. La collecte prospective a permis d'avoir l'intégralité des données relatives aux variables étudiées, évitant ainsi le biais lié aux informations manquantes. La sélection des patientes ayant un cancer non métastatique, sexuellement actives et sans comorbidités graves, a permis d'éviter l'influence des facteurs de confusion tels que l'altération de l'état général, les dysfonctions d'organes pouvant engendrer des troubles sexuels indépendamment du cancer.

Au total 169 patientes étaient éligibles pour participer à l'étude mais seulement 52 ont été retenues. En effet, 66 patientes étaient injoignables, certaines ne répondant pas aux appels et pour d'autres le numéro n'était plus opérationnel. Dans ce dernier cas, on pourrait craindre qu'elles soient décédées. Pour les 47 patientes qui ont refusé de participer à l'étude, il s'agissait de raisons personnelles liées au caractère tabou de la sexualité surtout dans un contexte aussi difficile que la maladie cancéreuse. D'ailleurs la plupart des études prospectives portant sur la même thématique ont rapporté des effectifs faibles. C'est le cas de l'étude de Pilger et *al*. en Allemagne en 2012 qui a porté sur 41 patientes, et celle de McCallum et *al*. au Canada en 2012 avec 15 patientes. Aussi les séries les plus importantes sur la sexualité des patientes traitées pour cancers gynécologiques sont rétrospectives, 259 patientes dans une étude américaines réalisée en 2006. Toutefois, l'effectif de 52 patientes enquêtées était suffisant pour analyser les facteurs associés aux dysfonctions sexuelles dans notre étude.

5.2. Caractéristiques des patientes

5.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des patientes enquêtées était de 44,5 ans ± 11ans, tous cancers gynécologiques et mammaires confondus. Cette moyenne d'âge est plus basse comparée aux données relevées dans deux études réalisées l'une au Sud du Bénin 40-49 ans [45], et l'autre au Nord du Bénin en 2021, 48 ± 11 ans [66]. Toutefois cette comparaison ne nous permet pas d'affirmer que l'âge de survenue des cancers gynécologiques et mammaires a baissé dans la population béninoise. Dans l'étude allemande publiée en 2012 sur la qualité de vie et la sexualité après traitement pour cancers gynécologiques et mammaires, l'âge médian des patientes était de 61 ans avec des extrêmes de 22 et 74 ans [67]. Il était de 47 ans dans notre étude, la patiente la plus jeune avait 20 ans et la plus âgée 68 ans.

Sur le plan ethnique elles étaient fon et apparentées dans 59,6% des cas, et au plan de la religion 69,2% des patientes étaient de religion chrétienne. En réalité ce profil des patientes correspond à la répartition des femmes de Cotonou selon ces variables tel que rapporté dans les conclusions de l'Enquête Démographique et de la Santé (EDS) de 2018 [68].

Ces variables ont été étudiées en analyse univariée dans notre étude parce qu'elles sont susceptibles d'influencer la sexualité même en dehors d'un contexte de pathologie cancéreuse.

5.2.2. Caractéristiques cliniques et thérapeutiques des patientes

Dans notre étude, les trois principaux cancers étaient le cancer du sein (61,5%), le cancer du col de l'utérus (23,1%), et le cancer de l'ovaire (9,6%). Selon les données de GLOBOCAN 2022, le cancer du sein est le premier cancer de la femme dans les pays développés et dans la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara, devant le cancer du col de l'utérus [1].

Les patientes de notre échantillon étaient ménopausées dans 50% des cas, en rapport avec la prédominance des cancers du sein, qui surviennent le plus souvent chez les femmes ménopausées.

Les modalités de la prise en charge étaient fonction de chaque type de cancer gynécologique et mammaire. Dans les cancers du sein, il a été réalisé la chimiothérapie dans 93,8% des cas, la chirurgie dans 56,3% des cas, la radiothérapie et l'hormonothérapie avec des taux respectifs de 25% et 12,5%. Dans la littérature, la chirurgie était le traitement le plus réalisé dans la prise ne charge du cancer du sein (80-100%) [11]. Le faible taux de traitements chirurgicaux dans notre série est lié au stade avancé de la maladie mais aussi parce que la plupart des patientes étaient encore sous chimiothérapie néoadjuvante au moment de l'étude.

Quant au cancer du col du l'utérus, le gold standard du traitement est la radio-chimiothérapie concomitante non réalisée dans notre échantillon, la radiothérapie n'étant pas encore disponible au Bénin au moment de l'étude. Selon Brucker et *al*. la chirurgie était réalisée dans les stades précoces, et la radiochimiothérapie concomitante dans les stades avancés [69]. Les 10 cas de chimiothérapie que nous avons recensés étaient des chimiothérapies palliatives en raison du stade avancé du cancer.

5.3. De la prévalence des dysfonctions sexuelles

La prévalence des dysfonctions sexuelles après le diagnostic et la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires était de 90,4% dans notre étude. Des prévalences plus faibles ont été rapportées dans l'étude de Pilger et *al*. en 2012, qui était de 78% [67] et dans l'étude américaine réalisée en 2019, 44,5% [70]. Mais cette étude réalisée aux Etats-Unis ne prenait en compte ni le cancer du sein, ni le cancer de l'ovaire. Pour avoir utilisé les mêmes outils d'évaluation, le questionnaire FSFI, nous pouvons affirmer que la prévalence de troubles sexuels

dans notre étude était plus élevée que dans la plupart des études. Cette différence peut s'expliquer par le caractère avancé des cancers gynécologiques et mammaires dans notre étude, l'absence d'assurance maladie et de prise en charge administrative, de certains moyens thérapeutiques qui auraient pu contribuer à améliorer le pronostic vital et la qualité de vie de la patiente. L'impact psychologique de cette situation associé la hantise de la mort n'est pas propice à une sexualité épanouie.

Conformément aux données du questionnaire FSFI nous avons évalué différents troubles sexuels. Les troubles du désir, les troubles de l'excitation et les troubles de la satisfaction, tous cancers confondus, ont été notés dans des taux respectifs de 100%, 98,1% et 94,2%. La dyspareunie a été rapporté par 61,5% des patientes enquêtées. Une étude réalisée à New-York aux Etats-Unis en 2006, a retrouvé par ordre de fréquence décroissante la dyspareunie (72%), les troubles du désir (43%) et des troubles de l'orgasme (17%) [54]. Dans l'étude de Pilger et *al*., les troubles de la satisfaction, la dyspareunie et les troubles du désir étaient les plus fréquents [67].

Dans le cas particulier du cancer du sein, la prévalence des troubles sexuels suite au diagnostic et à la prise en charge du cancer du sein était de 90,6 %. Cette fréquence est variable selon les études notamment au Maghreb où une étude marocaine de 2011 a noté un taux de 84% [10] et une étude tunisienne de 2019 qui rapportait un taux de 75% [71]. Même si nous avons utilisé le même questionnaire d'évaluation, les données étant issues des déclarations des patientes, il serait difficile de tirer des conclusions en termes de différence. Les principaux troubles sexuels recensés chez les patientes après le diagnostic du cancer du sein étaient l'altération du désir sexuel chez toutes les patientes, la diminution de l'excitation dans 96,6 % des cas, la diminution de la lubrification dans 97 % des cas.

Pour le cancer du col de l'utérus, les troubles du désir, les troubles de l'excitation et les troubles de lubrification étaient présents chez toutes les patientes qui ont accepté de participer à l'étude. Les troubles de l'orgasme et la dyspareunie ont été retrouvés avec des taux respectifs de 91,7% et 65,6%. Une étude réalisée en Tunisie en 2020 a montré que les troubles les plus fréquents après le traitement du cancer du col de l'utérus étaient les troubles du désir (60%), les troubles de la lubrification (57,5%) et la dyspareunie (39,7%) [72].

Dans notre échantillon, les femmes traitées pour cancer du sein ont connu une augmentation de la fréquence des troubles sexuels après le diagnostic et la prise en charge du cancer comparé au taux avant le diagnostic du cancer, soit 90,6% vs 68,8%, $p< 0,05$. La même observation a été faite par Sbitti et *al*. au Maroc en 2011 [10]. Ces observations sont identiques pour le cancer du col de l'utérus dans la plupart des études [73]. La comparaison avant la maladie et après la maladie, permet d'évaluer l'impact réel des cancers gynécologiques et mammaires sur la sexualité des patientes.

Les troubles sexuels que nous avons recensés dans notre étude et dans la plupart des séries, chez des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires sont fréquents et multifactoriels. Ils sont dus à l'impact psychologique de la maladie cancéreuse qui se traduit par l'anxiété, la dépression et l'altération de l'image de soi que nous avons notées dans notre étude avec un taux de 86,5%. Il faut y ajouter les effets secondaires des différents traitements - chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie - qui peuvent entraîner une sécheresse vaginale, la dyspareunie et la diminution de la libido. Enfin, les altérations hormonales notamment l'hypoestrogénie induite par certains traitements peuvent aussi contribuer à l'augmentation des troubles sexuels chez ces patientes.

5.4. Des facteurs associés à la dégradation de la santé sexuelle des patientes

5.4.1. Facteurs sociodémographiques

Les troubles sexuels sont des séquelles des cancers gynécologiques et mammaires, fréquemment rapportés par différents auteurs, avec un impact significatif sur la qualité de vie des patientes. Ils sont influencés par plusieurs facteurs dont les facteurs sociodémographiques.

- **Âge** : Pour des raisons physiologiques et les effets du traitements, l'âge est un facteur important dans l'apparition et la sévérité des troubles sexuels chez les patientes prises en charge pour des cancers gynécologiques et mammaires. En effet, la situation n'est pas la même chez les patientes jeunes sexuellement actives et les femmes ménopausées. Chez les femmes jeunes en âge de procréer la maladie cancéreuse et les traitements associés peuvent entraîner une chute brutale de la sexualité dans ces différentes dimensions. Chez les femmes ménopausées, les troubles sexuels sont le plus souvent préexistants à la maladie, en particulier la sècheresse vaginale, la baisse de la libido, l'atrophie vaginale. Ces troubles peuvent être aggravés par l'annonce du diagnostic et les différents traitements. Dans notre étude, il n'y avait pas d'association significative entre l'âge et la dégradation de la santé sexuelle des patientes (p = 0,6), malgré des taux élevés de troubles sexuels chez les moins de 40 ans (63 %) et les plus de 50 ans (67 %). Ce résultat contraste avec les données de Guntupalli et *al*. qui ont identifié un âge jeune (< 50 ans) comme un facteur de risque significatif de dysfonction sexuelle dans les cancers gynécologiques (p < 0,001) [74], et avec les données de Roussin et *al*. qui ont montré une détresse psychosexuelle plus marquée chez les jeunes femmes [16]. Cependant, une étude allemande a démontré que les patientes plus âgées présentaient une meilleure résilience psychologique (p = 0,033) [67]; ce qui pourrait expliquer l'absence d'association dans notre étude. Dans une méta-analyse, il n'a pas été

trouvé de corrélation entre l'âge moyen des patientes et la prévalence de la dysfonction sexuelle [75], conforme aux données de notre étude.

- **Statut matrimonial** : Les données sur le statut matrimonial des patientes montre le rôle fondamental du partenaire dans l'adaptation de la sexualité après le diagnostic d'un cancer gynécologique ou mammaire. Dans notre série, les patientes célibataires, divorcées ou veuves avaient un risque cumulé de troubles sexuels avec un OR = 3,89, même si la différence n'était pas significative (p = 0,11). En réalité, la situation n'est pas la même en fonction du statut matrimonial de la patiente. Lorsque la patiente a un partenaire stable, elle bénéficie souvent d'un accompagnement et d'un soutien affectif qui facilite le vécu de la maladie et la reprise d'une sexualité satisfaisante. Une méta-analyse de 2023 a démontré que les femmes qui sont dans une relation engagée et solidaire, et qui créent une intimité émotionnelle avec leur partenaire, peuvent facilement reprendre et maintenir une relation sexuelle satisfaisante [76]. Cependant les modifications physiques et psychologiques de la patientes liées aux traitements des cancers gynécologiques et mammaires peuvent entraîner des difficultés d'adaptation. Lorsque le partenaire existe mais avec une mauvaise qualité relationnelle, notamment des tensions conjugales antérieures à la maladie, on peut noter une détérioration supplémentaire de la sexualité. De plus, les tensions au sein du couple après la maladie cancéreuse, peuvent entraîner l'éloignement du partenaire et le divorce, comme l'a montré une étude marocaine de 2010 [13]. Enfin, lorsque la patiente est célibataire, elle peut ressentir une anxiété supplémentaire liée à la diminution de la confiance en soi avec pour conséquences des doutes sur on attractivité et la possibilité d'établir une nouvelle relation après le cancer.

5.4.2. Facteurs cliniques associés à la dégradation de la santé sexuelle

- **Statut ménopausique** : Dans les cancers gynécologiques et mammaires, la ménopause, qu'elle soit naturelle ou induite par les différents traitements, peut avoir une influence négative sur la sexualité des patientes. Cette situation est due au statut hormonal de la patiente notamment l'hypoestrogénie, aux effets secondaires des différents traitements et aux répercussions psychologiques du cancer. Notre étude a montré une association non significative entre la ménopause et la dégradation de la santé sexuelle (OR = 2,25 ; p = 0,2). Dans une étude réalisée en Corée du Sud en 2015, Lee et *al*. ont identifié la ménopause induite par chimiothérapie comme un facteur majeur de dysfonctions sexuelles chez les patientes en préménopause atteintes de cancer du sein, affectant toutes les dimensions du questionnaire FSFI (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction, douleur) [77]. Une étude new-yorkaise menée en 2006 a montré que 92 % des patientes étaient ménopausées, avec une prévalence élevée de dyspareunie (72 %) et d'atrophie vaginale (65 %) [54]. En revanche, l'étude iranienne de 2022 n'a pas noté de corrélation entre la ménopause et l'altération de la sexualité dans leur série [75].

- **Type de cancer** : En raison des effectifs faibles des cancers de l'endomètre (n=2), de l'ovaire (n=5), le cancer du vagin (n=1) dans notre étude, nous n'avons pas recherché d'association entre ces cancers et la dégradation de la santé sexuelle des patientes. La prévalence globale après le diagnostic du cancer était de 90,4% dans notre série. Dans une étude américaine, Guntupalli et *al*. ont montré une association significative entre les cancers de l'ovaire et du col de l'utérus et la dysfonction sexuelle [74]. En effet, les dysfonctions sexuelles après le cancer sont fonction du type de cancer et des effets secondaires des traitements administrés aux patientes. Certains cancers qui

touchent les organes impliqués dans la sexualité comme la vulve, le vagin, le col de l'utérus, l'endomètre et les ovaires peuvent affecter la sexualité et la fonction de reproduction, conséquence des changements hormonaux et physiques. Même si le cancer du sein ne touche pas directement les organes génitaux, il peut altérer la sexualité par divers mécanismes notamment hormonaux, psychologiques et physiques.

5.4.3. Facteurs liés au traitement

En dehors des répercussions du cancer lui-même, les traitements des cancers gynécologiques et mammaires ont des conséquences importantes sur la sexualité des patientes.

- **Chimiothérapie** : dans notre travail de recherche, 88,5 % des patients ont reçu une chimiothérapie. Une étude américaine en 2017 a identifié la chimiothérapie comme un facteur de risque significatif (Or= 2,6; p=0,002) [74]. Le rôle de la chimiothérapie dans la dysfonction sexuelle est lié à plusieurs facteurs. Il s'agit des effets hormonaux avec l'induction d'une ménopause précoce et ses conséquences (sècheresse vaginale, bouffées de chaleur, troubles de l'humeur, de la baisse de libido), des effets physiques tels que l'asthénie intense, les troubles digestifs, la chute des cheveux à l'origine de la baisse de l'image corporelle et de la confiance en soi, et enfin des effets psychologiques comme l'anxiété, la dépression et la peur de la récidive.

- **Chirurgie** : Il a été établi que la chirurgie peut avoir des conséquences physiques et psychologiques qui font à leur tour altérer la sexualité des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires. Dans notre série la chirurgie était associée à la dégradation de la santé sexuelle (OR=1,97) mais la différence avec les patientes qui n'avaient pas eu de chirurgie n'était pas

significative (p=0,2). Dans les cancers du col, de l'endomètre et de l'ovaire, la chirurgie à type de colpohystérectomie élargie peut entraîner un raccourcissement du vagin et des modifications anatomiques avec pour conséquence la diminution de la longueur du vagin, de la baisse de l'élasticité du vagin, de la baisse de la sensibilité vaginale et la dyspareunie. Aussi les ovariectomies bilatérales entraînant la ménopause précoce sont à l'origine de bouffées de chaleur, de baisse de la libido, de sècheresse vaginale et de dyspareunie. Dans le cas des mastectomies, il existe une altération de l'image corporelle et de la perception de la féminité, ayant pour conséquence la crainte du rejet par le partenaire. Il faut ajouter à ces conséquences psychologiques, les conséquences physiques en particulier la perte de la sensibilité de la région mammaire, pouvant impacter l'excitation sexuelle, et les douleurs post-opératoires persistantes au niveau du thorax.

- **Hormonothérapie** : L'hormonothérapie était associée à la dégradation de la santé sexuelle des patientes dans notre étude (OR = 2,28 ; p = 0,3). Des études ont déjà démontré le rôle de l'hormonothérapie sur la dysfonction sexuelle chez les patientes prises en charge pour cancers gynécologiques et mammaires, notamment la baisse de la libido et l'atrophie vaginale [16]. Dans la série de Lee et *al*. il n'y avait pas d'effet significatif du tamoxifène ou des inhibiteurs de l'aromatase sur la dysfonction sexuelle [77]. Les effets secondaires de ces traitements sur la sexualité sont connus, la diminution de la libido par blocage des hormones sexuelles, la sècheresse vaginale intense, la dyspareunie, la prise de poids, les bouffées de chaleur.

- **Radiothérapie** : Malgré un OR=2,86 il n'y avait pas de relation significative entre la dégradation de la santé sexuelle et la radiothérapie (p=0,13). D'autres auteurs ont établi une forte corrélation entre la radiothérapie pelvienne et la

dyspareunie, la sècheresse vaginale [16], en particulier après radiothérapie pour cancer du col de l'utérus (p = 0,01) [73]. En effet la radiothérapie pelvienne réalisée dans la prise en charge des cancers gynécologiques peut entraîner des effets physiques tels que le rétrécissement du vagin, l'atrophie vaginale, la sècheresse vaginale, rendant les rapports sexuels douloureux. Il faut souligner également le rôle des effets psychologiques tels que la peur de la douleur lors des rapports sexuels et l'anxiété. Dans le cas du cancer du sein, la radiothérapie n'a pas un effet direct sur l'altération de la sexualité. Elle peut cependant, entraîner une asthénie et une gêne thoracique limitant les rapports sexuels.

5.4.4. Facteurs émotionnels et relationnels associés à l'altération de la sexualité

Outre les effets physiques des cancers gynécologiques et mammaires, l'état émotionnel et psychologique des patientes jouent un rôle important dans le maintien d'une sexualité satisfaisante.

- **Complicité avec le partenaire** : Dans notre étude, la diminution de la complicité avec le partenaire était significativement associée à la dégradation de la santé sexuelle (OR = 16 ; p = 0,043). Une étude antérieure menée en Tunisie en 2019 a démontré que la réaction négative du conjoint (p = 0,009) et une altération de la relation de couple (p = 0,005) pouvaient aggraver les troubles sexuels chez les patientes [71]. Une autre étude réalisée en 2012 en Australie souligne l'importance de la connexion émotionnelle stable pour une sexualité saine post-cancer [17]. La complicité au sein du couple joue un rôle essentiel dans la qualité de la sexualité des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires. Un partenaire capable de comprendre et de partager les difficultés liées à la maladie et aux traitements aide la patiente à

mieux gérer les effets secondaires, tels que la détérioration de l'image corporelle et les troubles fonctionnels. Cette complicité favorise le maintien d'une intimité physique et émotionnelle, indispensable à une sexualité épanouie, et permet de compenser les désagréments induits par les traitements. Par ailleurs, une relation harmonieuse facilite l'adaptation face aux changements, en encourageant l'expression des besoins et en ajustant les pratiques sexuelles pour répondre aux nouvelles réalités du couple.

- **Troubles anxiodépressifs et image corporelle** : Notre étude a montré que malgré leur prévalence élevée 46,2 % et 86,5 %, les troubles anxiodépressifs (OR = 1,25 ; p = 0,7) et l'altération de l'image corporelle (OR = 0,89; p = 0,9) n'étaient pas significativement associés à la dégradation de la santé sexuelle. Ellouz *al*. en 2019 ont établi une corrélation significative entre la dépression, l'anxiété et une image corporelle négative avec les troubles sexuels ($p < 0,001$) [71]. Une étude allemande de 2012 a identifié la distorsion de l'image corporelle comme un facteur majeur de dégradation de la santé sexuelle (45 % des patients) [67].

  En effet, l'annonce du diagnostic d'un cancer gynécologique ou mammaire à une patiente, provoque un choc émotionnel qui se traduit par une anxiété intense face à l'incertitude de la maladie cancéreuse, la peur de la récidive ou du décès, toutes choses qui peuvent reléguer la sexualité au second plan. Par ailleurs, la dépression fréquente chez ces patientes en raison des traitements lourds, de leurs effets secondaires et de la transformation du corps entraîne une baisse d'énergie et d'intérêt pour la sexualité.

5.4.5. Facteurs liés au niveau d'informations des patientes et l'altération de la sexualité

Le niveau d'informations des patientes à propos des effets du cancer sur la sexualité a été évalué dans notre étude. Il n'était pas associé à la dégradation de la santé sexuelle des patientes, bien que 63% d'entre elles n'aient reçu aucune information sur ce sujet. En Iran, une étude en 2022 a identifié le manque d'information comme un problème majeur chez les survivantes arabes [56], et une étude réalisée au Brésil de 2020 a souligné l'impact négatif du manque d'information sur la détresse psychologique [73].

Pourtant, il a été démontré que le droit à l'information est un pilier essentiel, souvent négligé dans la prise en charge des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires. Il garantit à chaque femme de recevoir des explications claires et complètes sur son diagnostic, les options thérapeutiques, ainsi que les conséquences potentielles des traitements, notamment sur la sexualité et l'image corporelle. Dans ce contexte, où les traitements induisent des altérations physiques et psychologiques, une information adaptée et transparente est indispensable pour aider la patiente à se préparer aux changements à venir et à identifier ses besoins en accompagnement, qu'il soit psychologique ou sexologique.

5.5. Les besoins en oncosexologie

Malgré l'impact significatif du diagnostic des cancers gynécologiques et mammaires ainsi que des traitements oncologiques sur le bien-être physique, psychologique, relationnel et sexuel, les besoins en oncosexologie sont très peu abordés dans la prise en charge globale de ces cancers.

5.5.1. Besoins d'informations sur la sexualité

Le manque d'information, signalé par 63 % des patientes dans notre étude, est un constat majeur, déjà identifié par différents auteurs. Selon Alananzeh et *al*. le déficit d'information chez les survivantes arabes contribue à leur détresse psychologique [56]. De même, une étude allemande a rapporté que la majorité des patientes ne reçoivent pas d'explications suffisantes relatives à l'impact des traitements sur leur sexualité, et seulement 25% en parlent avec leur médecin [67]. Ce manque d'information est un problème transversal, également relevé par d'autres auteurs [78], qui insistent sur le rôle de l'information comme outil pour gérer les symptômes et maintenir une vie sexuelle satisfaisante.

5.5.2. Besoins en soins sexologiques

Dans notre étude, 53,8 % des patientes ont exprimé le besoin de consultations sexologiques, reflétant une demande significative pour un accompagnement spécialisé. Ce besoin se retrouve dans la plupart des études. Au Canada, une étude qualitative ayant porté sur 15 femmes atteintes de cancers gynécologiques, a montré que les patientes recherchent des consultations individuelles avec des professionnels formés pour aborder leurs préoccupations sexuelles, souvent ignorées dans le suivi classique [17]. Cependant, on peut noter une variabilité dans les besoins selon les contextes, liée à des facteurs culturels, la pudeur, la stigmatisation, et tous les tabous limitant l'expression des besoins en soins sexologiques.

Par ailleurs, le niveau socio-économique des patientes, l'insuffisance de ressources humaines spécialisées en oncosexologie et le coût des services peuvent constituer aussi un obstacle à l'accès aux soins d'oncosexologie. Dans l'étude de Roussin et *al*. il a été noté que les médecins, souvent peu formés, hésitent à discuter de ces questions avec les patientes [16]. Il s'agit d'une barrière

communicationnelle universelle qui appelle à une sensibilisation des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge pluridisciplinaire des cancers gynécologiques et mammaires.

CONCLUSION

Notre étude, menée dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou, avait pour but d'évaluer l'impact des cancers gynécologiques et mammaires, ainsi que de leurs traitements, sur la santé sexuelle des patientes prises en charge dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024.

Les résultats de notre étude, bien que limités par la taille de l'échantillon et le caractère transversal de l'étude, apportent un éclairage précieux dans un contexte où la santé sexuelle des survivantes des cancers gynécologiques et mammaires reste peu étudiée. La sexualité chez ces patientes est influencée par plusieurs facteurs physiques, hormonaux, psychologiques, relationnels, induits par le diagnostic du cancer et les traitements tels que la chimiothérapie, la chirurgie, l'hormonothérapie, la radiothérapie. Au regard de la fréquence et de l'impact des troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires, il est important d'intégrer les soins d'oncosexologie dans la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires. Dans ce cadre, une approche pluridisciplinaire associant oncologues, gynécologues, sexologues et psychologues est nécessaire pour proposer des solutions adaptées à chaque patiente, favorisant une réappropriation positive de son corps et de sa sexualité après le cancer

SUGGESTIONS

- **À l'endroit des professionnels de santé** :
  - ✓ Intégrer des consultations d'oncosexologie dans le parcours de soins des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires, et tous les cancers en général.
  - ✓ Inciter les patientes à assister aux groupes de soutien et associations pour partager leurs expériences

- **À l'endroit des décideurs politiques et des autorités sanitaires et des autorités académiques** :
  - ✓ Intégrer l'oncosexologie dans les curricula de formation.
  - ✓ Mettre en place des programmes de formations en oncosexologie.

- **À l'endroit des organisations de soutien et des associations de patientes** :
  - ✓ Favoriser les échanges entre les patientes pour le partage d'expériences.
  - ✓ Éduquer les patientes sur la sexualité après cancers gynécologiques et mammaires.

- **À l'endroit des patientes et de leurs partenaires** :
  - ✓ S'informer sur les solutions disponibles pour améliorer la sexualité après cancer.
  - ✓ Développer la résilience face à la maladie.
  - ✓ Maintenir une communication harmonieuse du couple notamment sur la sexualité après cancers gynécologiques et mammaires

REFERENCES

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA A Cancer J Clinicians. 2024;74(3):229‑63.

2. Emilie M, Moulin P, Giami A. L'évolution des liens entre cancer et sexualité : revue critique de la littérature. Psycho-Oncologie. 2016;10.

3. Enzlin P, Clippeleir D. The emerging field of « oncosexology »: Recognising the importance of addressing sexuality in oncology. Belgian Journal of medical oncology. 2011;5:44‑9.

4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209‑49.

5. Blandine H. Aspects anatomopathologiques et épidémiologiques des cancers du registre de Cotonou de 2014-2019. Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. 2020; 36.

6. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTERUS ET LES AUTRES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES AU BENIN_final_0.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2022-06/PLAN%20STRATEGIQUE%20DE%20LUTTE%20CONTRE%20LE%20CANCER%20DU%20COL%20DE%20L%E2%80%99UTERUS%20ET%20LES%20AUTRES%20CANCERS%20GYNECOLOGIQUES%20ET%20MAMMAIRES%20AU%20BENIN_final_0.pdf

7. Almont T. Santé sexuelle des patients atteints de cancer, de l'annonce à l'après cancer : information, disparités et besoins non satisfaits [Internet] [phdthesis]. Université Paul Sabatier - Toulouse III; 2018 [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: https://theses.hal.science/tel-02276776

8. Stead ML, Fallowfield L, Selby P, Brown JM. Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2007;21(2):309‑20.

9. Li Y, Liu M, Sun Y, Guo D, Li M. Sexual health problems of patients with cancer: A bibliometrics study and visualization analysis via CiteSpace. Heliyon. 2023;9(10):e20856.

10. Sbitti Y, Kadiri H, Essaidi I, Fadoukhair Z, Kharmoun S, Slimani K, Ismaili N, Ichou M, Errihani H. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception. BMC Women's Health. 2011;11(1):29.

11. Smida S, Bouchahda R, Guezguez A, Regaya M, Frigui R, Kaabia O, Khairi H. Evaluation de la sexualité chez des femmes atteintes d'un cancer du sein après traitement: à propos de 100 cas. Pan Afr Med J [Internet]. 2021 [cité 13 févr 2025];40. Disponible sur: https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/40/38/full

12. Venturini E. Troubles de la sexualité et craintes sexuelles des femmes atteintes d'un cancer gynécologique pelvien. Psychologie clinique et projective. 2016;22(1):111‑35.

13. Errihani H, Mrabti H, Sbitti Y, Kaikani W, El Ghissassi I, Afqir S, Boutayeb S, Farik M, Riadi A, Hammoudi M, Chergui H. Impact psychosocial et religieux du diagnostic de cancer chez les patients marocains : expérience de l'Institut national d'oncologie de Rabat. Bulletin du Cancer. 2010;97(4):461‑8.

14. Rigoli J, Miranda F, Pichonnaz L. La santé sexuelle, aujourd'hui. Revue Médicale Suisse. 2023;18(833):1255‑6.

15. Katz A. The Sounds of Silence: Sexuality Information for Cancer Patients. JCO. 2005;23(1):238‑41.

16. Roussin M, Lowe J, Hamilton A, Martin L. Factors of sexual quality of life in gynaecological cancers: a systematic literature review. Arch Gynecol Obstet. 2021;304(3):791‑805.

17. McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, Lebel S. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2012;33(3):135‑42.

18. Stead ML. Sexual dysfunction after treatment for gynaecologic and breast malignancies: Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2003;15(1):57‑61.

19. Kadri N, Mchichi Alami K, Berrada S. La sexualité au Maroc : point de vue de sexologues femmes. Sexologies. 2010;19(1):53‑7.

20. Ben Thabet J, Charfeddine F, Charfi N, Baati I, Zouari L, Zouari N, Maâlej M. Sexualité de la femme tunisienne : entre le religieux et le culturel. L'Encéphale. 2015;41(2):144‑50.

21. Geue K, Schmidt R, Sender A, Sauter S, Friedrich M. Sexuality and romantic relationships in young adult cancer survivors: satisfaction and supportive care needs: Sexuality and romantic relationships of AYA. Psycho-Oncology. 2015;24(11):1368‑76.

22. Bondil P, Habold D, Carnicelli D. Cancer et sexualité : le couple, un déterminant trop souvent négligé. Sexologies. 2016;25(2):61‑8.

23. This P, Lachowsky M. Après un cancer gynécologique, comment bien vivre sa sexualité? Oncologie. 2008;10(4):250‑3.

24. Cour F, Bonierbale M. Troubles du désir sexuel féminin. Progrès en Urologie. 2013;23(9):562‑74.

25. Traoré A, Zongo N, Rogmossore Ouédraogo F, Ouedraogo A. Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez des patientes souffrant de cancer du sein à Ouagadougou, Burkina Faso: Psy Cause. 2023;N° 84(1):57‑64.

26. Bredart A, Dolbeault S, Savignoni A, Besancenet C, This P, Flahault C. Difficultés sexuelles après le traitement d'un cancer du sein non métastatique: résultats d'une étude exploratoire. La Lettre du cancérologue (Boulogne). 2009;18(8):392‑5.

27. Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of Sexual Health in Women After a Breast Cancer Diagnosis. JCO. 1999;17(8):2371‑2371.

28. Vanlerenberghe E, Sedda AL, Ait-Kaci F. Cancers de la femme, sexualité et approche du couple. Bulletin du Cancer. 2015;102(5):454‑62.

29. Dany L, Duclos M, Marie D, Dudoit E, Duffaud F. Sexualité féminine et cancer : une recherche exploratoire. Psycho Oncologie. 2011;5(3):197‑207.

30. Leroy T, Gabelle Flandin I, Habold D, Hannoun-Lévi JM. Impact de la radiothérapie sur la vie sexuelle. Cancer/Radiothérapie. 2012;16(5‑6):377‑85.

31. Poinsot R, Brédart A, This P, De La Rochefordière A, Dolbeault S. Impact sur la qualité de vie et la sexualité du traitement hormonal chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. Rev Francoph Psycho Oncologie. 2005;4(3):161‑9.

32. Larousse É. Définitions : cancer - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cancer/12634

33. Cancer [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/health-topics/cancer

34. Sexual health [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: https://www.who.int/health-topics/sexual-health

35. Lefebvre P. La santé sexuelle dans tous ses états. L'Aide-Soignante. 1 2023;37(249):10‑2.

36. Levine SB. More on the nature of sexual desire. Journal of Sex & Marital Therapy. 1987;13(1):35‑44.

37. Ortigue S, Bianchi-Demicheli F. Interactions entre excitation et désir sexuel: des relations interpersonnelles aux réseaux neuronaux. Revue Médicale Suisse. 2007;3(104):809‑13.

38. Adam F, Thoveron M, Day J, de Sutter P. Comprendre l'orgasme féminin afin de mieux appréhender le trouble de l'orgasme chez la femme. Sexologies. 2015;24(4):155‑62.

39. Bondil P, Habold D, Damiano T, Champsavoir P. Le parcours personnalisé de soins en oncosexologie : une nouvelle offre de soins au service des soignés et des soignants. Bulletin du Cancer. 2012;99(4):499‑507.

40. Chemal S. L'Anxiété en pré et post opératoire au sein de service d'orthopédie et de traumatologie à l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknes (à propose de 100 cas). Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah. 189-19, 2019: 20

41. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression

42. Masson E. Concept de soi [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/221281/concept-de-soi

43. Belkacémi Y, Boussen H, Hamdi-Cherif M, Benider A, Errihani H, Mrabti H, Bouzid K, Bensalem A, Fettouki S, Ben Abdalah M, Abid L, Gligorov J. Épidémiologie des cancers du sein de la femme jeune en Afrique du Nord. In: SFSPM SF de S et de PM, éditeur. 32° Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM), Strasbourg, 2010 La femme jeune face au cancer du sein [Internet]. Strasbourg, France: Datebe SAS; 2010 [cité 27 déc 2023]. p. 56‑68. Disponible sur: https://hal.science/hal-03580693

44. Guy EMR, Jiovanny FT, Mimi-Flore ZN, Yannick M, Isidore T, Thérèse AM, Tatah NH, Vanina NA, Junior KN, Charlotte TN. Épidémiologie et Présentation Clinique des Cancers Gynécologiques et Mammaires à Douala (Cameroun). HEALTH SCIENCES AND DISEASE [Internet]. 25 juin 2023 [cité 13 févr 2025];24(7). Disponible sur: http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/4579

45. Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Aguida B, Hounkpatin L, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX. Épidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) et à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) de Cotonou, Bénin. Bulletin du Cancer. 2013;100(2):141‑6.

46. GCO - SURVCAN [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: https://gco.iarc.who.int/survival/survcan/dataviz/table?survival=5

47. Fermas N. Aspects épidémiologiques des cancers gynécologiques dans le réseau est& sud-est de l'Algérie (2014-2018) [Internet] [Thesis]. 2023 [cité 30 janv 2025]. Disponible sur: http://dspace.univ-setif.dz:8888/jspui/handle/123456789/4179

48. Les Cancers Gynécologiques et Mammaires dans le district de Bamako de 2008 à 2017 : données du registre des cancers du Mali. 2008;

49. Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. Gynecologic Oncology. 2007;106(2):413‑8.

50. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review with meta-analysis of studies using the Female Sexual Function Index | Endocrine [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: https://link.springer.com/article/10.1007/s12020-015-0812-6

51. Onen Sertöz O, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. [Effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem, and marital adjustment in breast cancer: a controlled study]. Turk Psikiyatri Derg. 2004;15(4):264‑75.

52. Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. Psychology of Women Quarterly. 1997;21(2):173‑206.

53. Ellouz F, Marrakchi N, Raies H, Masmoudi S, Mezlini A, M'rad MF. Dysfonction sexuelle chez 100 femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein. Sexologies. 2019;28(1):43‑8.

54. Amsterdam A, Krychman ML. Sexual Dysfunction in Patients with Gynecologic Neoplasms: A Retrospective Pilot Study. The Journal of Sexual Medicine. 2006;3(4):646‑9.

55. Lee M, Kim YH, Jeon MJ. Risk factors for negative impacts on sexual activity and function in younger breast cancer survivors: Sexual activity and dysfunction in cancer survivors. Psycho-Oncology. 2015;24(9):1097‑103.

56. Alananzeh I, Green H, Meedya S, Chan A, Chang HC (Rita), Yan Z, Fernandez R. Sexual activity and cancer: A systematic review of prevalence, predictors and information needs among female Arab cancer survivors. Eur J Cancer Care (Engl). 2022;31(6):e13644.

57. Zwang G. Le rôle du sein féminin dans la sexualité humaine. Sexologie. 1977;223‑42.

58. Clitoris : anatomie, taille, zone érogène [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2538496-clitoris-anatomie-taille-zone-erogene/

59. Themes UFO. 13. L'appareil génital féminin | Medicine Key [Internet]. 2017 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: https://clemedicine.com/13-lappareil-genital-feminin/

60. Anatomie du sein [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: https://www.depistagesein.ca/anatomie-du-sein/

61. Lopès P, Poudat FX. Manuel de sexologie. Elsevier Health Sciences; 2022. 403 p.

62. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual Dysfunctions: Classifications and Definitions. The Journal of Sexual Medicine. 1 janv 2007;4(1):241‑50.

63. Cancers gynécologiques : quel impact sur la sexualité ? Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2022;50(5):450.

64. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? The Journal of Sexual Medicine. 2020;17(1):17‑25.

65. Brucker PS, Yost K, Cashy J, Webster K, Cella D. General Population and Cancer Patient Norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). Eval Health Prof. 2005;28(2):192‑211.

66. Ahouingnan NFMH. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ANATOMOPATHOLOGIQUES DES CANCERS GYNECOLOGIQUES

ET MAMMAIRES AU NORD DU BENIN DE 2010 A 2020. JOURNAL DE LA SAGO (Gynécologie – Obstétrique et Santé de la Reproduction) [Internet]. 2021 [cité 28 déc 2023];22(2). Disponible sur: http://www.jsago.org/index.php/jsago/article/view/114

67. Pilger A, Richter R, Fotopoulou C, Beteta C, Klapp C, Sehouli J. Quality of Life and Sexuality of Patients after Treatment for Gynaecological Malignancies: Results of a Prospective Study in 55 Patients. ANTICANCER RESEARCH. 2012;

68. 1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf

69. Brucker SY, Ulrich UA. Surgical Treatment of Early-Stage Cervical Cancer. Oncol Res Treat. 2016;39(9):508‑14.

70. Frimer M, Turker LB, Shankar V, Cardaci R, Van Arsdale AR, Rosenthal E, Kuo DYS, Goldberg GL, Nevadunsky N. The association of sexual dysfunction with race in women with gynecologic malignancies. Gynecologic Oncology Reports. 2019;30:100495.

71. Ellouz F, Marrakchi N, Raies H, Masmoudi S, Mezlini A, M'rad MF. Dysfonction sexuelle chez 100 femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein. Sexologies. 2019;28(1):43‑8.

72. Ghorbel A, Yousfi A, Abidi R, Yahyaoui S, Zaraa S, Mahjoubi K, Belaid A, Gargouri W, Nasr C. Le retentissement du cancer utérin et ses traitements sur la sexualité. Sexologies. 2020;29(4):186‑97.

73. Correia RA, Bonfim CVD, Feitosa KMA, Furtado BMASM, Ferreira DKDS, Santos SLD. Disfunção sexual após tratamento para o câncer do colo do útero. Rev esc enferm USP. 2020;54:e03636.

74. Guntupalli SR, Sheeder J, Ioffe Y, Tergas A, Wright JD, Davidson SA, Behbakht K, Flink DM. Sexual and Marital Dysfunction in Women With Gynecologic Cancer. International Journal of Gynecological Cancer. 2017;27(3):603‑7.

75. Esmat Hosseini S, Ilkhani M, Rohani C, Nikbakht Nasrabadi A, Ghanei Gheshlagh R, Moini A. Prevalence of sexual dysfunction in women with cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Reprod Biomed. 2022;20(1):1‑12.

76. Roussin M, Lowe J, Hamilton A, Martin L. Sexual quality of life in young gynaecological cancer survivors: a qualitative study. Qual Life Res. 2023;32(7):2107‑15.

77. Lee M, Kim YH, Jeon MJ. Risk factors for negative impacts on sexual activity and function in younger breast cancer survivors: Sexual activity and dysfunction in cancer survivors. Psycho-Oncology. 2015;24(9):1097‑103.

78. Albers LF, Van Ek GF, Krouwel EM, Oosterkamp-Borgelink CM, Liefers GJ, Den Ouden MEM, Den Oudsten BL, Krol-Warmerdam EEM, Guicherit OR, Linthorst-Niers E, Putter H, Pelger RCM, Elzevier HW. Sexual Health Needs: How Do Breast Cancer Patients and Their Partners Want Information? Journal of Sex & Marital Therapy. 2020;46(3):205‑26.

ANNEXES

Notice d'information

Nous vous invitons à participer à une enquête pour nous aider à comprendre les préoccupations et questions importantes liées à votre santé sexuelle.

Avant que vous ne preniez votre décision, nous aimerions que vous compreniez le but de cette enquête et ce que cela implique. Prenez le temps de réflexion.

Qui peut participer ?

Toute personne majeure en activité sexuelle, traitée pour un cancer gynécologique et mammaire.

Pourquoi nous intéressons nous à vos préoccupations ?

- ✓ Pour mieux évaluer les troubles de la sexualité dus au cancer et son traitement
- ✓ Pour connaitre les besoins des patientes cancéreux en matière de sexualité
- ✓ Pour proposer une prise en charge des troubles sexuels adaptés aux patientes

Que se passera-t-il si j'accepte de participer ?

Participer reviendra à répondre à un questionnaire de 15 minutes sur la manière dont votre sexualité a été impactée par le cancer et ses traitements et vos besoins de prise en charge. Il vous sera demandé de remplir un formulaire qui attestera de votre consentement à participer. Il ne vous sera demandé ni votre nom, prénom ou même votre contact téléphonique. Vos données personnelles ne seront en aucun cas renseignées

Suis-je obligée de participer ?

Non, c'est à vous de prendre la décision.

Ma participation à cette étude restera-t-elle confidentielle ?

Oui, toutes les informations recueillies à votre sujet au cours de cette étude resteront confidentielles.

Quels sont les possibles risques en cas de participation ?

Vous serez invitées à réfléchir sur la manière dont le cancer et son traitement ont affecté votre vie. Vous pourriez trouver cela déstabilisant. Si tel est le cas, vous pourriez choisir d'interrompre votre participation.

Suis-je libre de me retirer de cette étude à tout moment ?

Oui vous êtes libres de vous retirer à tout moment sans que cela ait des conséquences sur votre prise en charge dans le centre

Quels sont bénéfices à cette participation ?

Nous ne pouvons pas promettre que cette étude vous aidera personnellement. En revanche, nous espérons que ces informations nous aiderons à améliorer la prise en charge des patients ainsi qu'une meilleure compréhension de leurs besoins

Formulaire de consentement

Vous devez donner votre accord à tous les points si vous souhaitez participer à cette étude. Si vous êtes d'accord, merci de cocher chaque case.

- Je confirme avoir lu et compris la notice d'information de cette étude, avoir eu le temps de réflexion, avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et être satisfait des réponses. ☐
- Je confirme que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de quitter l'étude à tout moment ☐
- J'accepte de participer à cette étude ☐

Patient

Nom :

Prénom :

Signature :

Investigateur

Nom :

Prénom :

Signature :

Date : / /.

Fiche d'enquête

A. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Questions	Modalités des réponses	Code de réponse
Q1 : Quel âge avez-vous fêté à votre dernier anniversaire ?		
Q2 : De quelle ethnie êtes-vous ?	1. Fon et apparentés 2. Yoruba et apparentés 3. Adja et apparentés 4. Autre (à préciser)	
Q3 : Quel est votre niveau d'étude ?	1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. Aucun	
Q4 : Quelle est votre profession ?		
Q5 : Quel est votre revenu mensuel ?	1. Sup au SMIG 2. Inf au SMIG	
Q6 : Quel est votre situation matrimoniale ?	1. Célibataire 2. Concubinage 3. Mariée 4. Divorcée 5. Veuve	
Q7 : Combien d'enfants avez-vous?	6.	
Q8 : Êtes- vous ménopausée ?	1. Oui 2. Non	
Q9 : Si oui, quel type de ménopause ?	1. Naturelle 2. Pathologique	
Q10 : Prenez-vous un traitement pour la ménopause ?	1. Oui 2. Non	

Q11 : Si oui, quel traitement ?		
Q12: Quel est le site de votre cancer?	1. Ovaire 2. Trompe 3. Endomètre 4. Col de l'utérus 5. Vagin 6. Vulve 7. Sein	
Q13: Depuis combien de temps vous a-t-il été diagnostiqué?		
Q14: Quel(s) traitement(s) avez-vous reçu?	1. Chirurgie 2. Chimiothérapie 3. Hormonothérapie 4. Radiothérapie 5. Immunothérapie 6. Autre (à préciser) (Question à choix multiples)	
Q15: Pendant combien de temps avez-vous reçu ce traitement ?		
Q16: Quel traitement recevez-vous actuellement ?	1. Chirurgie 2. Chimiothérapie 3. Hormonothérapie 4. Radiothérapie 5. Immunothérapie 6. Autre (à préciser) 7. Aucun	

B. Evaluation du bien-être physique au cours des 7 derniers jours grâce au FACT-G physique

Questions	Modalités des réponses	Code de réponses
Q1: Je manque d'énergie	0= Pas du tout 1= Un peu 2= Parfois 3= Souvent 4= Très souvent	
Q2: J'ai des nausées	0= Pas du tout 1= Un peu 2= Parfois 3= Souvent 4= Très souvent	
Q3: A cause de ma condition physique, je n'arrive pas à satisfaire tous les besoins de ma famille	0= Pas du tout 1= Un peu 2= Parfois 3= Souvent 4= Très souvent	
Q4: J'ai des douleurs	0= Pas du tout 1= Un peu 2= Parfois 3= Souvent 4= Très souvent	
Q5: Je me sens malade	0= Pas du tout 1= Un peu 2= Parfois 3= Souvent 4= Très souvent	
Q6: Je suis gênée par les effets secondaires du traitement du cancer	0= Pas du tout 1= Un peu 2= Parfois 3= Souvent	

	4= Très souvent	
Q7: Je suis forcée de rester au lit plus souvent	0= Pas du tout 1= Un peu 2= Parfois 3= Souvent 4= Très souvent	

C. Evaluation de la fonction sexuelle avant le diagnostic du cancer grâce au FSFI

Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des quatre dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement que possible. **Vos réponses resteront strictement confidentielles.**

Questions	Modalités de réponses	Réponses
Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.		
Q1 Avant le cancer, en un mois, ressentiez-vous un désir sexuel ?	5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus de la moitié du temps) 3=Parfois (environ la moitié du temps) 2=Rarement (moins de la moitié du temps) 1=Presque jamais ou jamais	
Q2 Avant le cancer, en un mois, quel était votre niveau (degré) de désir sexuel ?	5=Très élevé 4=Élevé 3=Moyen 2=Faible 1=Très faible ou inexistant	

Q3 Avant le cancer, en un mois, vous sentiez vous excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus de la moitié du temps) 3=Parfois (environ la moitié du temps) 2=Rarement (moins de la moitié du temps) 1=Presque jamais ou jamais	
Q4 Avant le cancer, en un mois, quel était votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Très élevé 4=Élevé 3=Moyen 2=Faible 1=Très faible ou inexistant	
Q5 Avant le cancer, en un mois, à quel point vous sentiez-vous sûre de votre capacité à être excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Extrêmement sûre 4=Très sûre 3= Moyennement sûre 2=Peu sûre 1=Très peu sûre ou pas sûre du tout	
Q6 Avant le cancer, en un mois, étiez-vous satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0= Aucune activité sexuelle 5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3=Parfois (environ une fois sur deux) 2=Rarement (moins d'une fois sur deux) 1=Presque jamais ou jamais	

Q7 Avant le cancer, en un mois, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3=Parfois (environ une fois sur deux) 2=Rarement (moins d'une fois sur deux) 1=Presque jamais ou jamais	
Q8 Avant le cancer, en un mois, à quel point vous était-il difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 1=Extrêmement difficile ou impossible 2=Très difficile 3=Difficile 4=Légèrement difficile 5=Pas difficile	
Q9 Avant le cancer, en un mois, la lubrification (humidité) de votre vagin durait elle jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3= Parfois (environ une fois sur deux) 2=Rarement (moins d'une fois sur deux) 1=Presque jamais ou jamais	
Q10 Avant le cancer, en un mois, à quel point vous était-il difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin	0=Aucune activité sexuelle 1=Extrêmement difficile ou impossible 2=Très difficile 3=Difficile 4=Légèrement difficile	

d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?	5=Pas difficile	
Q11 Avant le cancer, en un mois, lorsque vous étiez stimulée sexuellement ou que vous aviez eu un rapport sexuel, atteignez-vous l'orgasme ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3=Parfois (environ une fois sur deux) 2=Rarement (moins d'une fois sur deux) 1=Presque jamais ou jamais	
Q12 Avant le cancer, en un mois, lorsque vous aviez eu un rapport sexuel, à quel point vous était-il difficile d'atteindre l'orgasme ?	0=Aucune activité sexuelle 1=Extrêmement difficile ou impossible 2=Très difficile 3=Difficile 4=Légèrement difficile 5=Pas difficile	
Q13 Avant le cancer, en un mois, à quel point étiez-vous satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Très satisfaite 4=Moyennement satisfaite 3=Ni satisfaite, ni insatisfaite 2=Moyennement insatisfaite 1=Très insatisfaite	
Q14 Avant le cancer, en un mois, à quel point étiez-vous satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Très satisfaite 4=Moyennement satisfaite 3=Ni satisfaite, ni insatisfaite 2=Moyennement insatisfaite 1=Très insatisfaite	
Q15 Avant le cancer, en un mois, à quel point étiez-vous	5=Très satisfaite 4=Moyennement satisfaite	

satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?	3=Ni satisfaite, ni insatisfaite 2=Moyennement insatisfaite 1=Très insatisfaite	
Q16 Avant le cancer, en un mois, à quel point étiez-vous satisfaite de votre vie sexuelle en général ?	5=Très satisfaite 4=Moyennement satisfaite 3=Ni satisfaite, ni insatisfaite 2=Moyennement insatisfaite 1=Très insatisfaite	
Q17 le cancer, en un mois, ressentiez-vous une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?	0=Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1=Presque toujours ou toujours 2=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3=Parfois (environ une fois sur deux) 4=Rarement (moins d'une fois sur deux) 5=Presque jamais ou jamais	
Q18 Avant le cancer, en un mois, ressentiez-vous une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?	0=Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1=Presque toujours ou toujours 2=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3=Parfois (environ une fois sur deux) 4=Rarement (moins d'une fois sur deux) 5=Presque jamais ou jamais	
Q19 Avant le cancer, en un mois, quel était votre niveau (degré) de gêne ou de douleur	0=Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1=Très élevé	

pendant ou après la pénétration vaginale ?	2= Élevé 3=Moyen 4=Faible 5=Très faible ou inexistant	

D. Evaluation de la fonction sexuelle après le diagnostic et la prise en charge du cancer grâce au FSFI

Questions	Modalités de réponses	Réponses
Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.		
Q1 Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?	5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus de la moitié du temps) 3=Parfois (environ la moitié du temps) 2=Rarement (moins de la moitié du temps) 1=Presque jamais ou jamais	
Q2 Au cours des quatre dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?	5=Très élevé 4=Élevé 3=Moyen 2=Faible 1=Très faible ou inexistant	
Q3 Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus de la moitié du temps)	

	3=Parfois (environ la moitié du temps) 2=Rarement (moins de la moitié du temps) 1=Presque jamais ou jamais	
Q4 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Très élevé 4=Élevé 3=Moyen 2=Faible 1=Très faible ou inexistant	
Q5 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Extrêmement sûre 4=Très sûre 3= Moyennement sûre 2=Peu sûre 1=Très peu sûre ou pas sûre du tout	
Q6 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0= Aucune activité sexuelle 5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3=Parfois (environ une fois sur deux) 2=Rarement (moins d'une fois sur deux) 1=Presque jamais ou jamais	
Q7 Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	

	3=Parfois (environ une fois sur deux) 2=Rarement (moins d'une fois sur deux) 1=Presque jamais ou jamais	
Q8 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 1=Extrêmement difficile ou impossible 2=Très difficile 3=Difficile 4=Légèrement difficile 5=Pas difficile	
Q9 Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Presque toujours ou toujours 4=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3= Parfois (environ une fois sur deux) 2=Rarement (moins d'une fois sur deux) 1=Presque jamais ou jamais	
Q10 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 1=Extrêmement difficile ou impossible 2=Très difficile 3=Difficile 4=Légèrement difficile 5=Pas difficile	
Q11 Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou	0=Aucune activité sexuelle 5=Presque toujours ou toujours	

que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?	4=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3=Parfois (environ une fois sur deux) 2=Rarement (moins d'une fois sur deux) 1=Presque jamais ou jamais	
Q12 Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?	0=Aucune activité sexuelle 1=Extrêmement difficile ou impossible 2=Très difficile 3=Difficile 4=Légèrement difficile 5=Pas difficile	
Q13 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Très satisfaite 4=Moyennement satisfaite 3=Ni satisfaite, ni insatisfaite 2=Moyennement insatisfaite 1=Très insatisfaite	
Q14 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?	0=Aucune activité sexuelle 5=Très satisfaite 4=Moyennement satisfaite 3=Ni satisfaite, ni insatisfaite 2=Moyennement insatisfaite 1=Très insatisfaite	
Q15 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?	5=Très satisfaite 4=Moyennement satisfaite 3=Ni satisfaite, ni insatisfaite 2=Moyennement insatisfaite 1=Très insatisfaite	
Q16 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-	5=Très satisfaite 4=Moyennement satisfaite	

vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?	3=Ni satisfaite, ni insatisfaite 2=Moyennement insatisfaite 1=Très insatisfaite	
Q17 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?	0=Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1=Presque toujours ou toujours 2=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3=Parfois (environ une fois sur deux) 4=Rarement (moins d'une fois sur deux) 5=Presque jamais ou jamais	
Q18 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?	0=Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1=Presque toujours ou toujours 2=La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3=Parfois (environ une fois sur deux) 4=Rarement (moins d'une fois sur deux) 5=Presque jamais ou jamais	
Q19 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?	0=Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1=Très élevé 2= Élevé 3=Moyen 4=Faible 5=Très faible ou inexistant	

E. Evaluation des troubles anxiodépressifs grâce au HADS

Questions	Modalités de réponses	Code de réponse
A: Je me sens tendue ou énervée	3= la plupart du temps 2= souvent 1= de temps en temps 0= jamais	
D: Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	0= oui, tout autant 1= pas autant 2= un peu seulement 3= presque plus	
A: J'ai une sensation de peur comme si quelque chose allait m'arriver	3= très nettement 2= oui, mais ce n'est pas grave 1= un pu, mais cela ne m'inquiète pas 0= pas du tout	
D: Je ris facilement et vois le bon côté des choses	0+ autant que le passé 1= plus autant qu'avant 2= vraiment moins qu'avant 3= plus du tout	
A: Je me fais du souci	3= très souvent 2= assez souvent 1= occasionnellement 1= très occasionnellement	
D: Je suis de bonne humeur	3= jamais 2= rarement 1= assez souvent 0= la plupart du temps	
A: Je ne peux pas rester tranquillement assise à ne rien faire	0= oui, quoi qu'il arrive 1= oui, en général 2= rarement 3= jamais	

D: J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	3= presque toujours 2= parfois 1= rarement 0= Jamais	
A: J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	0= jamais 1= parfois 2= assez souvent 3= très souvent	
D: Je ne m'intéresse plus à mon apparence	3= plus du tout 2= je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais 1= il se peut que je n'y fasse plus attention 0= j'y prête autant d'attention que par le passé	
A: J'ai la bougeotte te n'arrive plus à tenir en place	0= oui, c'est tout à fait le cas 1= un peu 2= pas tellement 3= pas du tout	
D: Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	0= autant qu'auparavant 1= un peu moins qu'avant 2= bien moins qu'avant 1= presque jamais	
A: J'éprouve des sensations soudaines de panique	3= vraiment très souvent 2= assez souvent 1= pas très souvent 0= jamais	
D: Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision	0= oui, souvent 1= parfois 2= rarement 3= très rarement	

F. Evaluation de l'image de soi grâce au BIS

Questions	Modalités de réponses	Code de réponse
Q1: Vous êtes-vous senties déprimée à cause de votre apparence ?	0. Pas du tout 1. Un peu 2. Assez 3. Beaucoup	
Q2: Vous êtes-vous sentie moins attirante à cause de votre apparence ?	0. Pas du tout 1. Un peu 2. Assez 3. Beaucoup	
Q3: Avez-vous éviter de regarder votre corps nu?	0. Pas du tout 1. Un peu 2. Assez 3. Beaucoup	
Q4: Avez-vous eu des inquiétudes concernant l'apparence de vos cicatrices?	0. Pas du tout 1. Un peu 2. Assez 3. Beaucoup	
Q5: Avez-vous eu des inquiétudes concernant l'apparence de votre peau	0. Pas du tout 1. Un peu 2. Assez 3. Beaucoup	
Q6: Avez-vous eu des inquiétudes concernant votre apparence générale	0. Pas du tout 1. Un peu 2. Assez 3. Beaucoup	
Q7: Vous êtes-vous sentie moins à l'aise avec les autres personnes à cause de votre apparence ?	0. Pas du tout 1. Un peu 2. Assez 3. Beaucoup	
Q8: Avez-vous évité les contacts physiques intimes à cause de votre apparence ?	0. Pas du tout 1. Un peu 2. Assez	

	3. Beaucoup	
Q9: Avez-vous évité d'être vue en sous-vêtements ou en maillot de bain ?	0. Pas du tout 1. Un peu 2. Assez 3. Beaucoup	
Q10: Avez-vous eu des inquiétudes concernant votre poids corporel ?	0. Pas du tout 1. Un peu 2. Assez 3. Beaucoup	

G. Les questions suivantes concernent vos rapports avec votre partenaire

Questions	Modalités des réponses	Code de réponses
Q1: Avez-vous un partenaire actuellement?	1. Oui 2. Non	
Q2: Quel est son sexe?	1. Homme 2. Femme	
Q3: Si c'est une femme, quel est son statut dans le cycle de vie ?	1. Période reproductive 2. Ménopause	
Q4: Depuis combien de temps êtes-vous ensemble?		
Q5: Est-ce le même qu'avant le diagnostic du cancer?	1. Oui 2. Non	
Q6: Votre complicité avec votre partenaire a t-elle changé depuis votre maladie ?	4= Elle a beaucoup augmenté 3= Elle n'a pas changé 2= Elle a diminué 1= Elle a disparu 0= Ne s'applique pas à moi	
Q7: Êtes-vous satisfaite de la fréquence des étreintes avec votre partenaire ?	5= Énormément 4= Très 3= Assez	

	2= Un peu 1= Pas du tout 0= Ne s'applique pas à moi	
Q8: Mes rapports intimes avec votre partenaire ont changé depuis votre maladie	4= Elle a beaucoup augmenté 3= Elle n'a pas changé 2= Elle a diminué 1= Elle a disparu 0= Ne s'applique pas à moi	

H. Les questions suivantes recensent vos besoins en matière de soins oncosexologique

Questions	Modalités de réponses	Code de réponses
Q1: Tout au long de votre cancer et de son traitement, quelle quantité d'informations avez-vous reçu concernant son effet sur votre fonctionnement sexuel	1= Aucune 2= Un peu 3= Assez 4= Beaucoup	
Q2: Avez-vous, à un moment du processus de prise ne charge, discuté de votre santé sexuelle avec le professionnel de santé?	4= Oui, à l'initiative du soignant 3= Oui, à mon initiative 2= Non, on ne me l'a pas proposé 1= Non, je ne l'ai pas souhaité	
Si les services suivants-vous sont proposés, y aurez-vous recours?		
Q3: Consulter un médecin sexologue pour vos problèmes	3= Oui, si cela est pris en charge 2= Oui, même si cela n'est pas pris en charge 1= Non, je n'en vois pas l'intérêt	
Q4: Consulter un psychologue sexologue pour mes problèmes sexuels	3= Oui, si cela est pris en charge 2= Oui, même si cela n'est pas pris en charge	

	1= Non, je n'en vois pas l'intérêt	
Q5: Avoir une consultation de sexologie de couple	3= Oui, si cela est pris en charge 2= Oui, même si cela n'est pas pris en charge 1= Non, je n'en vois pas l'intérêt	
Q6: Participer à des groupes de soutien avec d'autres personnes rencontrant également des problèmes de sexualité après le cancer	3= Oui, si cela est pris en charge 2= Oui, même si cela n'est pas pris en charge 1= Non, je n'en vois pas l'intérêt	

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Certificat d'analyse

Date d'émission: 10/03/2025

Compte évaluateur: DOSSA Elisabeth Abiguaël Dotou

AUTEUR DU DOCUMENT : DOSSA Elisabeth Abiguaël Dotou

TITRE DU DOCUMENT : santé sexuelle des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat	Taux de IA
Thèse	19250	77	1.8%	-%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

4b5d7d99f5a1e60f8ae58a425024576c5043

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS ..... **i**

ACTIONS DE GRÂCES ..... **x**

DEDICACES ..... **xii**

REMERCIEMENTS ..... **xvi**

HOMMAGES ..... **xx**

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **xxiii**

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES ..... **xxvi**

SOMMAIRE ..... **xviii**

INTRODUCTION **1**

1. PROBLEMATIQUE **4**

1.1. Enoncé du problème 5

1.2. Questions de recherche 6

1.3. Hypothèses de recherche 7

1.4. Objectifs de recherche 7

1.5. Cadre conceptuel de l'étude 8

2. GENERALITES **16**

2.1. Définition des concepts 17

2.2. Epidémiologie des cancers mammaires et gynécologiques 21

2.3. Epidémiologie des troubles sexuels associés au cancer 24

2.4. Rappels anatomiques et physiologiques 26

2.5. Connaissances sur les dysfonctions sexuelles féminines 35

2.6. Diagnostic et traitement des troubles sexuels chez les patientes traitées pour cancers mammaires et gynécologiques 37

3. CADRE ET METHODE D'ETUDE **39**

3.1. Cadre d'étude 40

3.2. Méthode d'étude 45

4. RESULTATS 57

4.1. Diagramme de flux de sélection des participantes 58

4.2. Description de l'échantillon 59

4.3. Sexualité des patientes enquêtées avant et après le diagnostic et la prise en charge du cancer 68

4.4. Informations reçues par les patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 par rapport aux effets du cancer sur la sexualité 72

4.5. Besoins en soins oncosexologiques des patientes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires dans deux hôpitaux universitaires de Cotonou en 2024 73

4.6. Analyse des facteurs associés à la dégradation de la santé sexuelle des patientes enquêtées 74

5. DISCUSSION 82

5.1. De la méthode 83

5.2. Caractéristiques des patientes 84

5.3. De la prévalence des dysfonctions sexuelles 85

5.4. Des facteurs associés à la dégradation de la santé sexuelle des patientes 87

5.5. Les besoins en oncosexologie 95

CONCLUSION 98

SUGGESTIONS 100

REFERENCES 101

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES X

Résumé

Introduction : Les cancers gynécologiques et mammaires représentent une problématique majeure en raison de leurs impacts étendus sur la santé physique et psychologique des patientes. Leurs traitements, souvent lourds, entraînent des modifications significatives de la sexualité et de l'image corporelle. Il est donc crucial d'évaluer ces effets pour adapter les stratégies de prise en charge et améliorer la qualité de vie

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique avec collecte prospective de janvier à décembre 2024. La population ciblée comprenait des patientes de 18 ans et plus, sexuellement actives et traitées de cancers gynécologiques ou mammaires non métastatiques, recrutées au CNHU-HKM et au CHU-MEL. Les données ont été recueillies via un questionnaire électronique (Kobotool Box) complété par des entretiens face à face ou en ligne, en utilisant des outils validés tels que le FSFI pour la fonction sexuelle, le FACT-G pour le bien-être physique, le HADS pour les troubles anxiodépressifs et le BIS pour l'image de soi. L'analyse statistique a été effectuée avec Excel et R, en appliquant des tests appropriés (McNemar, Khi-carré, test T, régression logistique).

Résultats : Sur 169 patientes éligibles, 52 ont participé à l'étude. L'âge moyen était de 44,5ans ± 11 ans avec une prédominance de patientes chrétiennes (69,2%), d'ethnie Fon (59,6%) et mariées ou en union libre (78,8%). Sur le plan clinique, les cancers les plus fréquents dans notre échantillon étaient le cancer du sein (61,5%), le cancer du col (23,1%) et le cancer de l'ovaire (9,6%). Au plan thérapeutique, la chimiothérapie était le traitement le plus réalisé (88,5%), et la chirurgie a été pratiquée chez 48,1% des patientes, la radiothérapie et l'hormonothérapie pratiquée par respectivement 25% et 12,5% des patientes. La prévalence des dysfonctions sexuelles était de 90,4 %après le diagnostic du cancer vs 63,5% avant le diagnostic du cancer, et 59,6% des patientes avait présenté une dégradation de leur santé sexuelle. L'évaluation de la santé sexuelle avec le questionnaire FSFI a révélé une aggravation de la dysfonction sexuelle post-traitement, avec une augmentation significative des troubles de l'excitation (p=0,009), de la satisfaction (p=0,0001) et de la dyspareunie (p=0,0001). Plusieurs facteurs étaient associés à la dégradation de la santé sexuelle mais seule la diminution de la complicité avec le partenaire s'est révélée être significativement associé à cette dégradation. Par ailleurs, 63 % des patientes n'ont pas reçu d'information relatives aux effets du cancer sur la sexualité. Une proportion importante de patientes a également exprimé le besoin de consultations spécialisées en oncosexologie.

Conclusion : Cette étude démontre que le cancer et ses traitements ont un impact négatif significatif sur la santé sexuelle des patientes, altérant la fonction sexuelle, l'image corporelle et la dynamique de couple. Le déficit d'information et l'absence de soutien spécialisé contribuent à aggraver ces effets, soulignant la nécessité d'intégrer des soins oncosexologiques dans le parcours de soins. Ces résultats plaident en faveur d'une approche multidisciplinaire afin d'améliorer la qualité de vie des patientes.

Mots clés Santé sexuelle, cancers mammaires, cancers gynécologiques, oncosexologie, qualité de vie, information, Cotonou.

Abstract

Introduction: Gynecological and breast cancers represent a major health issue due to their extensive impact on patients' physical and psychological well-being. Their often-aggressive treatments lead to significant alterations in sexuality and body image. Therefore, it is crucial to evaluate these effects to tailor management strategies and improve quality of life.

Methods: This was a cross-sectional, descriptive, and analytical study with prospective data collection from January to December 2024. The target population included patients aged 18 years and older, who were sexually active and treated for non-metastatic gynecological or breast cancers, recruited at CNHU-HKM and CHU-MEL. Data were collected using an electronic questionnaire (Kobotool Box) supplemented by face-to-face or online interviews, employing validated instruments such as the FSFI for sexual function, the FACT-G for physical well-being, the HADS for anxiety and depression, and the BIS for body image. Statistical analysis was performed using Excel and R, applying appropriate tests (McNemar, Chi-square, Student's t-test, logistic regression).

Results: Of 169 eligible patients, 52 participated in the study. The mean age was 44.5 ± 11 years, with a predominance of Christian patients (69.2%), Fon ethnicity (59.6%), and those who were married or in a common-law union (78.8%). Clinically, the most frequent cancers in our sample were breast cancer (61.5%), cervical cancer (23.1%), and ovarian cancer (9.6%). Therapeutically, chemotherapy was the most commonly administered treatment (88.5%), with surgery performed in 48.1% of patients, and radiotherapy and hormonotherapy administered to 25% and 12.5% of patients, respectively. The prevalence of sexual dysfunction was 90.4% after the cancer diagnosis compared to 63.5% before diagnosis, and 59.6% of patients experienced a deterioration in their sexual health. Assessment of sexual health using the FSFI questionnaire revealed a worsening of sexual dysfunction post-treatment, with a significant increase in problems related to excitation (p=0.009), satisfaction (p=0.0001), and dyspareunia (p=0.0001). Several factors were associated with the deterioration of sexual health; however, only a decrease in partner intimacy was significantly associated with this decline. Furthermore, 63% of patients did not receive any information regarding the effects of cancer on sexuality, and a substantial proportion expressed the need for specialized oncosexology consultations.

Conclusion: This study demonstrates that cancer and its treatments have a significantly negative impact on patients' sexual health, altering sexual function, body image, and couple dynamics. The lack of information and specialized support exacerbates these effects, underscoring the necessity of integrating oncosexology care into the treatment pathway. These findings advocate for a multidisciplinary approach to improve patients' quality of life.

Keywords: Sexual health, breast cancer, gynecological cancers, oncosexology, quality of life, information, Cotonou.