

## SOINS PALLIATIFS EN CANCÉROLOGIE ET PLACE DE LA SEXUALITÉ

Sébastien Landry

Médecine & Hygiène | « [Revue internationale de soins palliatifs](#) »

2018/3 Vol. 33 | pages 143 à 148

ISSN 1664-1531

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-infokara-2018-3-page-143.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Sébastien Landry, « Soins palliatifs en cancérologie et place de la sexualité », *Revue internationale de soins palliatifs* 2018/3 (Vol. 33), p. 143-148.  
DOI 10.3917/inka.183.0143  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Soins palliatifs en cancérologie et place de la sexualité

**Sébastien Landry**

Psycho-sexologue, sexothérapeute  
Association d'Aide et de Soutien aux Malades  
AASM-Clinique Victor Hugo, Centre Jean-Bernard, Le Mans  
Comité 72, Ligue contre le cancer, Le Mans

## Résumé

*Soins palliatifs en cancérologie et place de la sexualité* – La sexualité reste une dimension de vie encore peu abordée par les soignants. La cancérologie n'y échappe pas et c'est réellement une donnée qui n'est jamais abordée en soins palliatifs. Néanmoins, la sexualité fait partie de la vie, d'où notre intérêt pour la place de la sexualité. Pour cela nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de 27 patients pris en charge en soins palliatifs pour un cancer. Ces entretiens sont axés sur la place de la sexualité chez le patient. Nous nous sommes intéressés à leur sexualité avant la prise en charge pour leur cancer. Puis l'entretien s'est orienté sur la sexualité actuelle afin de voir si celle-ci a changé. L'intérêt de l'étude c'est également porté sur les besoins et les plaintes que les patients peuvent avoir concernant leur vie intime et sexuelle. Cette investigation a mis en avant un intérêt pour la sexualité de tous les patients de l'étude même si la maladie a engendré des changements dans leur intimité et leur sexualité. Il ressort également un manque de contact physique ressenti par les patients lors des périodes d'hospitalisations. De plus les patients ne sont pas satisfaits du respect de leur intimité lors des périodes d'hospitalisations.

## Summary

*Palliative care in cancerology and the place of sexuality* – Sexuality remains a dimension of life as yet rarely addressed by nursing staff. Cancerology is no exception to this and it really is a subject that is never addressed in palliative care. Sexuality is, nevertheless, part of life; hence our interest in the place it occupies. For this purpose, we conducted semi-structured interviews with 27 cancer patients in palliative care. These interviews focused on the importance of sexuality for the patient. We were interested in their sexuality before they were treated for cancer. Then the interview focused on their current sexuality to see if there was any change. The study was also interested in the needs and complaints the patients could have regarding their private and sexual lives. This inquiry highlighted an interest in sexuality among all the patients in the study even if their intimacy and sexuality had been modified by the illness. It also revealed that the patients suffered from a lack of physical contact during times of hospitalization. Moreover, the patients are not satisfied with the respect for their intimacy during hospital stays.

## Introduction

Dans une société où le sexe apparaît comme mis en avant par la société, la télévision, internet et autres médias, il apparaît néanmoins que la sexualité demeure encore un sujet tabou [1] surtout dans le milieu de la santé. En parlant de sexualité, nous pensons au concept de santé sexuelle élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ce concept est défini comme « l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et

développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le « counselling » et les soins concernant la procréation ou les MST » [2]. La cancérologie n'y échappe pas et ce tabou est accentué lorsque nous abordons les soins palliatifs. Pourtant la sexualité est une pulsion de vie qui peut être présente jusqu'à la mort de l'individu comme le souligne l'étude de Sankar [3]. Cet article met en avant que 1/3 des couples continuent à avoir des

rapports sexuels jusqu'à quelques semaines avant le décès du patient. Cette étude insiste également sur l'importance de la sexualité pour l'estime de soi du patient en fin de vie : « *respecter les besoins sexuels contribue au maintien de l'autonomie et de la dignité de la personne en fin de vie* ». Rothenberg et Dumas [4] démontrent quant à eux que 97 % des patients ont subi une modification de leurs habitudes sexuelles depuis le début de leur pathologie alors que le désir, lui, demeure bien présent. Il en ressort que 87 % des malades déclarent que la sexualité est fondamentale pour leur équilibre et que 75 % s'attendent à ce que les soignants les informent sans qu'ils aient à le demander. La sexualité des personnes en soins palliatifs apparaît être importante au vu des résultats de cette étude. Quant à la cancérologie, il est fréquent de rencontrer des effets secondaires sur la vie sexuelle des patients induits par la maladie et les traitements. « *La sexualité et les problèmes sexuels constituent l'un des domaines cachés dans le champ de la prise en charge du cancer et en particulier les cancers du sein, de la prostate, et les cancers gynécologiques. Les patients se sentent souvent incapables de communiquer sur des sujets sexuels avec l'équipe de cliniciens qui les prennent en charge et, même s'ils arrivent à le faire, ils sont confrontés à une absence de personnel compétent pour répondre à ces questions* » [5]. Il faut néanmoins garder à l'esprit que tout cancer peut engendrer des répercussions néfastes sur l'intimité et la sexualité des patients [6]. Les effets des traitements et du cancer sur la vie intime et sexuelle des malades sont variables d'un patient à l'autre [7]. Si certains aspects de l'intimité et de la sexualité sont modifiés, vivre une sexualité reste possible. Certes, il faudra sûrement effectuer quelques aménagements. Le cancer et ses traitements peuvent modifier les habitudes intimes, la libido ainsi que la perception que la personne a d'elle-même lorsqu'elle est touchée par la maladie [8].

La sexualité des patients en cancérologie est donc altérée pendant le parcours de soins [9,10]. Certains traitements perturbent l'équilibre hormonal normal ce qui peut induire une baisse de la libido. Les causes des perturbations sexuelles chez un malade sont multiples. Certaines sont liées aux traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, etc.), d'autres à l'altération de l'état général induit par la maladie et/ou les traitements [11]. Enfin, certaines sont liées au choc psychologique (annonce de la maladie, altération de l'image corporelle, estime de soi négative, angoisse de mort, peur du regard de l'autre, perturbations de la vie familiale et sociale, etc.). Mais, même si la sexualité est mise à mal, c'est une grave erreur de penser que les patients n'y accordent plus aucun intérêt. D'où l'objet de

cette étude. Dans un premier temps notre intérêt s'est porté sur la place que peut prendre la sexualité en soins palliatifs chez des patients atteints de cancer. Dans un second temps, nous avons voulu mettre en avant les différentes raisons qui font que la sexualité est si peu abordée par les soignants ainsi que par les professionnels de santé.

## Matériel et méthode

Notre étude s'intéresse à la place de la sexualité dans la phase de soins palliatifs. Pour cela nous avons réalisé des entretiens cliniques semi-directifs auprès de 27 patients en cours de traitement palliatif pour un cancer. Ce groupe est composé de 15 femmes et 12 hommes dont la moyenne d'âge est de 62 ans ( $\pm 13$ ). Dans le tableau 1, nous avons répertorié les localisations des cancers dont sont atteints les patients. Tous les sujets sont en couple, au jour de l'entretien, avec le même conjoint qu'avant l'apparition de la maladie. Ils sont également tous passés par des périodes d'hospitalisations même si certains ne le sont pas au moment de l'étude. Nos critères d'inclusions sont les suivants : patients en cours de traitement palliatif d'un cancer ; sexualité épanouie avant le cancer sans trouble psychosexuel présent. Nos critères d'exclusions sont : les troubles psychiatriques ; la dépression sévère et/ou chronique ; les personnes ayant subi des maltraitances, des attouchements, des incestes, des actes de pédophilie ainsi que tout acte sexuel sans consentement au cours sa vie. L'évaluation consiste en une passation unique d'un entretien clinique semi-directif de 45 minutes. Cet entretien est axé sur la place de la sexualité chez le patient. Tout d'abord nous nous sommes intéressés à leur

**Tableau.** Les différents cancers des sujets de l'étude

Localisations	Fréquence
Sein	11,1 %
Prostate	7,4 %
ORL	7,4 %
Pancréas	22,2 %
Foie	7,4 %
Poumons	18,5 %
Vessie	14,8 %
Cerveau	11,3 %

sexualité avant la prise en charge pour leur cancer. Puis l'entretien s'est orienté vers la sexualité actuelle afin de voir si celle-ci a changé avec la prise en charge du cancer. L'intérêt de l'étude s'est également porté sur les besoins et les plaintes que les patients en soins palliatifs pouvaient avoir concernant leur vie intime et sexuelle.

## Résultats

L'analyse des entretiens met en avant que la sexualité reste une dimension présente dans l'esprit des patients en soins palliatifs pour un cancer. L'intérêt pour la vie intime et sexuelle est présent pour 100 % des sujets de l'étude, même si les habitudes sexuelles peuvent se voir modifiées. En effet, si certains témoignent d'une sexualité qui a peu changé avec la maladie (25,9 % des cas), pour une grande majorité (74,1 %) des changements sont apparus. Le premier changement qui ressort des entretiens est l'arrêt de la pénétration lors des rapports sexuels. Les moments intimes sont composés de caresses, de tendresses, de partage et de préliminaires car l'envie et le plaisir sexuel sont toujours présents.

Notre investigation met également en avant le manque de contact physique ressenti par les patients lors des périodes d'hospitalisations. Tous les sujets de l'étude rapportent un manque cruel de contact physique avec leur conjoint dès qu'ils sont en structure médicale. Le lieu, en lui-même, n'autorise pas le contact physique vu qu'il y a peu de moments d'intimité possible lors d'une hospitalisation. Nous souhaitons également souligner le fait que 85,2 % des patients ne sont pas satisfaits du respect de leur intimité lors des périodes d'hospitalisations. Pour terminer, à la question « *Souhaiteriez-vous que les soignants et/ou les professionnels de santé abordent la question de l'intime et de la sexualité avec vous ?* » il en ressort que 92,6 % des patients de cette étude ont répondu « oui ». Les patients s'attendent à ce que ce domaine de la vie soit abordé par les professionnels sans qu'ils aient à le faire eux-mêmes. Or nous remarquons également que peu de soignants et/ou de professionnels de santé abordent la qualité de vie sexuelle avec les patients. Sur les 27 patients de l'étude, seulement 14,9 % ont échangé avec des professionnels de santé sur leur vie intime et sexuelle.

## Cas cliniques

### Détails sur la méthodologie

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs dont les thématiques sont :

- La sexualité avant la maladie : masturbation, rapports sexuels, désir sexuel, fantasmatique, etc.
- La sexualité depuis le diagnostic de cancer : masturbation, rapports sexuels, désir sexuel, fantasmatique, etc.
- La sexualité en phase palliative des traitements et lors des périodes d'hospitalisations

Lors des entretiens il y a une grande souplesse au niveau des questions en fonction des patients.

### Les outils utilisés lors des entretiens

- Les questions : alternance entre questions ouvertes, qui facilitent la prise de parole et qui permettent, au sujet, de choisir un niveau d'investissement où il est à l'aise, et questions directes qui permettent d'éviter la fuite et qui appellent une prise de position.
- La reformulation : cela favorise l'expression des sentiments et l'opinion du patient. Nous avons plus particulièrement eu recours à la reformulation – élucidation pour mieux comprendre une situation.

Nous avons décidé de ne pas utiliser d'enregistrement car la sexualité est un sujet intime et encore tabou et les différents types d'enregistrements peuvent amener des freins lors de la verbalisation.

### Après chaque entretien

- Retranscription partielle de l'entretien : seuls les passages en lien avec le sujet de l'étude sont conservés.
- Analyse du contenu.
- Fiche résumée de l'entretien clinique.

## Résumé d'un entretien d'une patiente de 49 ans

Madame Y, 49 ans en phase palliative d'un cancer du sein hormonosensible métastasé au niveau du foie et du cerveau. La patiente est mariée et a deux enfants. Son mari est très présent, il l'accompagne à tous les examens, les soins et il est très présent lors des périodes d'hospitalisation.

## L'entretien

### *La sexualité avant la maladie : masturbation, rapports sexuels, désir sexuel, fantasmatique, etc.*

Madame Y et son mari vivait une sexualité épanouissante avant la maladie : « Nous étions heureux, nous faisons l'amour 2-3 fois par semaine et j'aimais beaucoup ça » ; « J'ai toujours apprécié la sexualité au sens large, être dans les bras de mon mari, les caresses, les préliminaires, son corps contre le mien m'a toujours apporté beaucoup de plaisir » ; « Je me masturbais de temps en temps, c'est une pratique que j'ai toujours appréciée » « Les rapports avec pénétration étaient très agréables, j'aimais ça. » : « On peut vraiment dire que nous avons une sexualité très épanouissante avant ce cancer ! ». « J'avais des pulsions sexuelles, envie que mon mari me fasse l'amour. »

### *La sexualité depuis le diagnostic de cancer : masturbation, rapports sexuels, désir sexuel, fantasmatique, etc.*

La sexualité a peu à peu changé avec la lourdeur des traitements : « Au début avec l'annonce du cancer et la rapidité des traitements on ne peut pas dire que nous avons des rapports sexuels, mon mari était très tendre avec moi, mais la vitesse des traitements, la fatigue, les douleurs physiques je ne me sentais pas capable d'avoir des rapports sexuels. » ; « Je ne me masturbais même plus et à y penser cela fait bien longtemps que je n'ai pas ressenti une vraie pulsion sexuelle, un élan vers la sexualité » ; « Depuis que ce cancer ne cesse de se propager, notre vie de couple a complètement changé, la sexualité a laissé place à une grande tendresse » ; « J'aime sentir le corps de mon mari contre le mien, sa chaleur, sa douceur sont précieuses pour moi. C'est l'homme de ma vie ».

### *La sexualité en phase palliative des traitements et lors des périodes d'hospitalisations*

« Quand on vous annonce que les traitements ne fonctionnent pas et que le cancer se propage votre univers s'effondre » ; « Bien-sûr que je m'accroche à la vie pour mes enfants, mais mon mari et sa présence à mes côtés sont essentiels » « Quand je suis dans ses bras je m'évade, j'oublie que je suis malade, je profite de ce moment délicieux, de cette chaleur qui m'entoure, de cet amour qu'il me témoigne ».

En abordant les périodes d'hospitalisation : « Le plus dur c'est le manque de contact avec mon mari, on est toujours dérangés, on n'a aucun moment d'intimité » ; « Il (son mari) n'ose même pas s'allonger auprès de

moi, pourtant ça serait si bien, j'en ai vraiment besoin ». « Je ne sais pas comment font les personnes seules, c'est tellement dur... »

## Résumé d'un entretien d'un patient de 61 ans

Monsieur J, 61 ans en phase palliative d'un cancer du sein, pancréas métastaté au niveau du foie. Le patient est marié et a trois enfants. Sa femme est très présente, elle s'occupe de son agenda, gère ses rendez-vous et l'accompagne à tous les examens, les soins et elle est très présente lors des périodes d'hospitalisation.

## L'entretien

### *La sexualité avant la maladie : masturbation, rapports sexuels, désir sexuel, fantasmatique, etc.*

Monsieur J et sa femme présentaient une sexualité épanouissante avant la maladie : « Tout allait bien entre nous, nous avons des rapports sexuels fréquemment, plusieurs fois par semaine. J'étais très demandeur et ma femme aussi ». « Sexuellement parlant nous étions sur la même longueur d'onde ! ». « Je me masturbais assez régulièrement, j'ai toujours eu une libido forte ». « Avant cette foutue maladie, tout allait bien niveau sexe en fait ».

### *La sexualité depuis le diagnostic de cancer : masturbation, rapports sexuels, désir sexuel, fantasmatique, etc.*

La sexualité a complètement changé avec les traitements : « Quand j'ai appris que j'avais un cancer, au début, ça n'a rien changé au niveau de ma sexualité, mais avec l'accumulation des cures de chimiothérapie ma libido n'a fait que de diminuer » ; « Je ne me masturbais plus et nos rapports sexuels se sont espacés, je n'avais plus d'énergie pour ça » ; « Après nous sommes toujours très proches avec ma femme » ; « Nous nous aimons vraiment beaucoup, ma femme est exceptionnelle, elle a toujours été là pour moi, elle me soutient ». « Au début j'avais peur que ma femme soit frustrée, mais elle m'a dit que le sexe ça n'était pas le plus important pour elle, tant que nous restons proches, pour elle, c'est le plus important ».

### *La sexualité en phase palliative des traitements et lors des périodes d'hospitalisation*

« Cette annonce a été terrible pour moi, j'ai vraiment eu très peur de mourir » ; « Au niveau de la vie intime, alors là c'est le néant, enfin je veux parler

niveau sexe » « Libido zéro, masturbation jamais et autant vous dire que nous n'avons plus de rapports sexuels du tout » ; « Mais nous sommes très très proches, je dirai même plus proches, je n'étais pas vraiment quelqu'un de tactile, mais je le suis devenu ». « Je ne sais pas si c'est le fait de n'avoir plus de sexualité qui fait que je suis devenu plus tactile, mais c'est le cas. »

En abordant les périodes d'hospitalisation : « Du coup, ça me manque lorsque je suis dans un lit d'hôpital de ne pas pouvoir me coller à ma femme » ; « C'est vrai qu'on ne peut pas dire que l'on ait des moments d'intimité quand on est hospitalisé » ; « J'ai vraiment peur de mourir dans une chambre d'hôpital, seul, sans ma femme à mes côtés... »

## Discussion

### Intérêt pour la sexualité

Nos entretiens mettent en avant un intérêt pour la vie sexuelle pour 100 % des patients. La sexualité, au sens large du terme, qui englobe la tendresse, les baisers, les caresses (importance du contact physique), le partage, l'écoute de l'autre et de soi, permet de maintenir un lien avec leur conjoint et de célébrer la vie. Comme le précise Katz (2013), « *Les mourants souffrent souvent d'un manque d'amour et de contacts intimes dans les derniers mois, dernières semaines ou derniers jours de leur vie* » [12].

### Une sexualité qui a changé avec la maladie

Sur les 27 patients, 25,9 % ont conservé une sexualité avec pénétration. Pour ces patients, la sexualité a peu changé avec la maladie. C'est ce qu'avait déjà mis en avant une étude sur la sexualité en soins palliatifs en 2006 [13]. La pénétration n'est pas la définition de la sexualité, elle en est simplement une composante. Les autres personnes (74,1 %) n'ont plus de sexualité avec pénétration, mais elles mettent en avant une sexualité qui a évolué vers une grande tendresse. Cette sexualité qui auparavant relevait plus d'un « acte physique » est devenue un moment privilégié de tendresse, de partage, de communication et de plaisir. En effet, les patients témoignent : « *Maintenant il me tient la main quand il est à côté de moi, le rapport sexuel a laissé place à une grande tendresse entre nous* » ; « *J'aime quand elle s'allonge près de moi, sentir son corps contre le mien* » ; « *Il embrasse tellement bien, il a les lèvres très douces* », etc.

### Un manque de contact physique lors des périodes d'hospitalisation

Tous les patients de l'étude rapportent que lors des périodes d'hospitalisations, ils ressentent un manque cruel de contact physique avec leur conjoint. C'est ce qui est marquant dans 100 % des patients de cette recherche. Ils mettent tous en évidence, lors des moments d'hospitalisations, ce manque au niveau du contact physique avec leur conjoint : « *On est toujours dérangés, et comme les gens rentrent comme ça dans notre chambre on n'ose pas* » ; « *Ce qui me manque le plus, lors des hospitalisations, c'est la chaleur de son corps contre le mien, moi j'ai tout le temps froid, elle me réchauffe* ».

### Les plaintes des patients, lors des hospitalisations, concernant leur intimité

Les périodes d'hospitalisations sont fréquentes pour les patients pris en charge en soins palliatifs [14]. Les chambres, quand elles ne sont pas doubles, ne sont pas un lieu où l'intimité et la sexualité sont autorisées, même si cela n'est pas véritablement interdit. Le comportement du personnel prohibe cette intimité. C'est du moins le mécontentement de 88,2 % des patients de notre étude qui ne sont pas satisfaits du respect de leur intimité lors des périodes d'hospitalisations : « *Les filles sont gentilles, mais elles entrent comme ça dans ma chambre* », « *Vous avez vu les lits comment voulez-vous que mon mari s'allonge à côté de moi* », « *Même si on voulait se faire un câlin c'est impossible, on ne va pas faire ça devant quelqu'un (patient en chambre double)* »

### Aborder l'intimité et la sexualité avec les patients, les freins des professionnels

L'étude ACSF (Analyse des Comportements Sexuels en France), met en évidence le fait qu'en parlant de la sexualité de patients, les soignants ont le sentiment de dévoiler à leurs collègues, « une partie d'eux-mêmes » et « leur fantasmagorie sexuelle » [15]. Ce sentiment constitue de manière générale une source de résistance à évoquer ces problématiques intimes et sexuelles avec les malades. Et pourtant, les patients, même dans cette phase de soins palliative, aimeraient que l'on prenne en charge cette partie importante de leur vie, comme le témoignent les 92,6 % des sujets de notre étude. Les freins, du versant professionnel, sont nombreux. Tout d'abord, la sexualité des malades est peu, voire pas abordée dans la plupart des formations de soignants et de professionnels de santé. Mais pour aller plus loin, ce

sont les représentations que chacun a, en fonction de son éducation, de ses croyances, de sa culture, face à la sexualité et à la maladie qui « bloque » les professionnels : « *Pas besoin d'intimité, ils sont malades !* ». La sexualité ne s'efface pas devant la maladie, les besoins de contacts physiques, de tendresse et d'amour restent présents. La sexualité ne disparaît pas non plus avec l'âge comme nous l'entendons régulièrement, celle-ci n'est pas réservée qu'aux jeunes. De plus, « *L'irruption du cancer provoque une rupture entre l'affectivité et la sexualité* » [16]. La peur de mourir peut déclencher une forte pulsion de vie dont la sexualité peut en être l'expression. La peur de perdre l'autre pourra même balayer la routine qui s'installe avec le temps et éveiller la conscience des affects et du désir sexuel pour le conjoint.

## Conclusion

Cette étude met en avant un intérêt pour la sexualité des patients en soins palliatifs. La sexualité peut évoluer avec le temps et la maladie, mais celle-ci reste présente et ne pas en tenir compte va à l'encontre de l'intérêt du patient. N'oublions pas que prendre en compte l'accompagnement des malades en repérant leurs problématiques et en apportant des réponses à leurs préoccupations est un devoir éthique [17]. Or sur le plan intime et sexuel, peu de prises en charge spécifique sont proposées [18]. Pourtant, à travers la dimension « parcours de vie », l'oncosexologie apparaît importante dans la prise en

charge du patient [19]. La sexualité présente différentes facettes. Elle est souvent composée de moments d'intimité basés sur le toucher, la tendresse et les baisers. Cette sexualité qu'espère le patient, facile à respecter de la part des professionnels, n'est pas une réalité de terrain. Si nous interrogeons l'institution, n'est-il pas envisageable que la chambre du patient, le temps de l'hospitalisation, soit considérée comme le lieu de la vie intime du malade ? Est-il pensable, pour les professionnels de santé et les soignants, d'accepter ce besoin de vie intime et sexuelle que souhaitent avoir les patients en fin de vie ?

Il est important que les comportements des soignants et des professionnels de santé, face à la vie intime et sexuelle des patients, changent. Il est fondamental d'intégrer que l'être humain est sexué jusqu'à la fin de sa vie et qu'aborder toutes les composantes de la qualité de vie doit être une priorité pour les professionnels exerçant en soins palliatifs. C'est pour cela que la sexualité et l'intimité doivent être abordées avec le malade.

*« Il faut en parler ! Non pas pour donner des solutions ou des recettes toutes faites qui s'appliqueraient partout, mais pour observer, entendre, accueillir, analyser, comprendre ce que vit et ressent celui jeune ou plus âgé, personne malade ou proche qui nous envoie des signes dans ce domaine et que l'on veut accompagner »* (Roger Sahun, président de l'Association Alliance, 2010).

## Références bibliographiques

1. Brasseur P. De la mixité au droit : sexualité et intimité dans les institutions accueillant malades et personnes handicapées depuis les années 1970. *Sexologies*, Elsevier, 2016.
2. Giami A. Sexualité et santé publique : le concept de santé sexuelle, *Revue européenne de sexologie*, 2004.
3. Sankar A. *Dying at home: A family guide for caregiving*. Baltimore (MD): John Hopkins University Press, 1999.
4. Rothenberg MI, Dumas A. La sexualité des patients en fin de vie. *Sexologies*, 19, 2010, 175-180.
5. Giami A et al. Les théories de la sexualité dans le champ du cancer : les savoirs infirmiers, *Psycho-Oncologie*, volume 1, issue 4, 2007.
6. Ben Charif A. Santé sexuelle après cancer en France : fréquence des troubles et prise en charge, *theses.fr*, 2016.
7. Siles J, Tarquinio C. Les conséquences psychosexuelles et leurs traitements dans le champ du cancer : une revue systématique d'interventions psychothérapeutiques, *Sexologies*, 2017, 26, 2, 87.
8. Reich M. Traitements des problèmes sexuels après un cancer : intégration des approches médicales et psychologiques, *Psycho-Oncologie*, Volume 1, Issue 4, 2007.
9. Wisard M. Cancer et sexualité masculine, *Rev Med Suisse* 2008 ; 4 : 2618-23.
10. Vanlerenberghe E et al. Cancers de la femme, sexualité et approche du couple, *Bulletin du cancer*, Volume 102, Issue 5, 2015, pp 454-462.
11. Jacobs LA, Pucci DA. Adult survivors of childhood cancer: the medical and psychosocial late effects of cancer treatment and the impact on sexual and reproductive health. *J Sex Med* 2013 ; 10 : 120-6.
12. Katz A. La sexualité en phase terminale. *CancerCare*, Manitoba, 2013.
13. Sebille J. Soins palliatifs et sexualité vécus par des soignants, 2006.
14. Van Lander A. et al. Entretiens psychologiques en soins palliatifs. Caractéristiques des patients, spécificités des suivis, *Revue internationale de soins palliatifs*, volume 26, n° 3, 2011, pp. 269-275.
15. Spira A, Bajos N et al. Les comportements sexuels en France, *Collection des rapports officiels*, 1992.
16. Bissler L. et al. Vécu psychologique de la sexualité chez les hommes ayant un cancer de la prostate primitif et localisé, *Psycho-Oncologie*, 2007, 1 : 241-245.
17. Habold D, Bondil P. L'intervention sexologique en oncologie. *Presse Med*; 43 : 1120-4, 2014.
18. Veluire M. Place du sexologue dans un service d'oncologie, *La lettre du Cancérologue*, Vol. XVIII-n° 8, 2009.
19. Bondil P, Habold D. L'oncosexualité : une avancée réelle, mais encore sous-estimée pour les soins de support et spécifiques du cancer. *La Lettre du Cancérologue*; 25 : 51620, 2016.