

EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE LA SEXUALITÉ CHEZ LA FEMME AYANT SUBI UNE HYSTÉRECTOMIE

Stéphanie Josiane TAFOUASSONG DJEUFACK, Université de Yaoundé 1,

tajfosy@gmail.com

Josué NGNOMBOUOWO TENKUE, Université de Yaoundé I,

josuetenkue@gmail.com

Résumé

La présente étude vise à appréhender l'expérience subjective de la sexualité chez la femme ayant subi une hystérectomie. Elle s'inscrit dans une approche phénoménologique de la sexualité suite à une hystérectomie. En effet, si la plupart des études ayant abordé cette problématique chez la femme s'accordent à reconnaître le rôle intermédiaire que joue l'état psychologique des patientes, très peu d'études se sont intéressées sur l'expérience de ladite sexualité. Pour atteindre cet objectif, nous avons fait usage de la méthode clinique, notamment l'approche phénoménologique. Les données ont été collectées à l'aide des entretiens semi-directifs auprès de trois participantes rencontrées à l'Hôpital Central de Yaoundé. Ces données ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Les résultats obtenus montrent que les femmes vivent leur sexualité après l'hystérectomie en termes de culpabilité, de remords et regrets face à son attitude dans le couple, de perte de la féminité et des réajustements identitaires.

Mots-clés : *Hystérectomie, sexualité féminine, corps, cancer, culpabilité.*

SUBJECTIVE EXPERIENCE OF SEXUALITY IN WOMEN WHO HAVE UNDERGONE A HYSTERECTOMY

Abstract

This study aims to understand the subjective experience of sexuality in women who have undergone a hysterectomy. It takes a phenomenological approach to sexuality following a hysterectomy. While most studies addressing this issue in women agree on the intermediary role played by the psychological state of patients, very few studies have focused on the experience of sexuality itself. To achieve this objective, we used the clinical method, in particular the phenomenological approach. Data was collected through semi-structured interviews with three participants at the Central Hospital in Yaoundé. This data was then subjected to thematic content analysis. The results show that women experience their sexuality after hysterectomy in terms of guilt, remorse and regret about their attitude within the couple, loss of femininity and identity readjustments.

Keywords: *Hysterectomy, female sexuality, body, cancer, guilt.*

Introduction

Dans sa composante « Promotion de la santé », la Stratégie Sectorielle de la Santé ([SSS], 2001-2016) entend renforcer les services de santé reproductive et maternelle, qui inclut la promotion de la santé sexuelle et reproductive ainsi que la prise en charge psychosociale des patientes (Ministère de la Santé Publique, 2020). Parmi les maladies à fort impact sexuel se trouve en grande pompe le cancer (J. Ngnombouowo Tenkué, 2025, p. 5). Il est aujourd'hui l'une des causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité. Chaque année, plus de 10 millions de nouveaux cas et plus de 6 millions de décès sont enregistrés dans le monde. Le cancer est diagnostiqué chez plus de 20 millions de personnes et plus de la moitié des cas est observée dans les pays en développement. Il est à l'origine d'environ 20 % des décès dans les pays industrialisés et de 5 à 10 % des décès dans les pays en développement (OMS, 2012). Selon les statistiques du Global Burden of Cancer (GLOBOCAN), on estime à 15 769, le nombre de nouveaux cas de cancer en 2018 au Cameroun.

Le cancer du col de l'utérus se trouve parmi les cancers gynécologiques les plus fréquents, avec une prévalence de 13,8% (L. Abouingono Nka, 2025, p. 4). Au Cameroun, plus de 2349 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Les cancers gynécologiques pelviens entraînent l'atteinte du sexe interne féminin et la castration biologique, et mettent en évidence des tendances psychiques communes autant qu'individuelles en réponse à l'événement (Sancho-Garnier, 2013). Les traitements sont essentiellement l'ablation (hystérectomie), la radiothérapie (incluant la curiethérapie) et la chimiothérapie. Cependant, malgré l'intensité de la blessure corporelle, l'intensité du potentiel effractif de ces traitements, c'est avant tout la singularité de chacune qui est convoquée pour faire résonner les cordes de l'appareil psychique (E. Venturini, 2014).

Évoquant le rapport entre l'hystérectomie et la sexualité dans le couple, Bondil et Hibold (2009) considèrent cette ablation comme un élément perturbateur dans le déroulement chronologique d'une vie, entraînant une rupture. Selon eux, l'impact de l'hystérectomie va dépendre, entre autres, du vécu sexuel antérieur de la femme, c'est-à-dire de la manière dont elle a intégré la sexualité et l'érotisme corporel. Hirsch (2005) renseigne que les vulnérabilités préalables déterminent l'impact du cancer sur la sexualité, notamment la structure de la personnalité et surtout la construction de la féminité et son rapport à l'autre sexe. Pour lui, une femme ayant des difficultés dans ses relations aux objets ainsi qu'une défaillance narcissique serait plus vulnérable aux atteintes de l'image du corps, donc plus susceptible de déclencher des troubles sexuels.

D'un autre côté, cette maladie de l'intime et ses conséquences sexuelles entraînent un état psychologique spécifique qui retentit à son tour sur la sexualité de la femme et par ricochet sur les liens relationnels. Dans un premier temps, l'annonce est un temps déterminant pour les réactions et la mise en place des défenses psychiques, elle est parfois décrite en termes de « choc » (This, 2006).

Elle déclenche des angoisses liées à la mort et aux mutilations et un état dépressif. L'annonce engendre déjà un premier état psychologique peu compatible avec la sexualité en termes de perte d'énergie et d'élan vital, faisant planer le risque, la perte et l'incertitude.

Dans un second temps, les traitements anticancéreux sont une atteinte corporelle et narcissique ; parfois castrateurs, ils influent sur la libido et la sexualité surtout si l'organe touché est sexuel. C'est dans ce temps que les études parlent d'une perte du pouvoir de séduction de la femme (Hannoun-Levi, 2005). La chirurgie est mutilante et provoque une altération de l'image de soi, une remise en question et un renoncement, voire un dégoût de la sexualité ; la chimiothérapie est considérée comme une atteinte de l'image corporelle (O. Reich, 2007).

P. Bondil et D. Habold (2009) soulignent que l'impact du cancer sur la sexualité du couple et les troubles sexuels d'autres origines présentent des similitudes. Dysfonction sexuelle et cancer ont tous deux un impact sur l'intimité et l'affect du couple et de chacun des partenaires, définissant ainsi cinq sphères distinctes en relation d'incidence : sexualité, cancer, femme, conjoint et couple. Cet impact commun correspond dans un premier temps à une incidence psychique sur le patient et son partenaire, dont un sentiment récurrent de culpabilité vis-à-vis de l'autre. S'ensuivent des mécanismes et des conduites réactionnels, de l'ordre d'un évitement de l'intimité et de la tendresse donnant lieu à une désorganisation négative de la sexualité du couple. « Ainsi, cet impact délétère pour la sexualité du couple n'est souvent pas directement induit par la maladie (cancéreuse ou non) mais plutôt indirectement par le biais d'une réaction psychique aux conséquences physiques de la maladie. » (Bondil, & Habold, 2009).

Des remaniements psychiques sont forcément imposés par les cancers gynécologiques et toutes les thérapeutiques mises en place retiennent sur la sexualité. Le cancer gynécologique pelvien ne fait pas exception, au contraire, il semble même plus concerné de par sa localisation anatomique et les traitements particuliers qui lui sont associés (curiethérapie). Il provoque des dégâts indéniables sur la sexualité féminine. L'état psychologique de ces patientes est défini en termes de dépression, d'angoisse, de déni, de projection et concerne la perte, le deuil, les modifications corporelles et l'identité. La sexualité de la femme est, quant à elle, qualifiée d'hypercompensatoire ou d'absente, reléguée au dernier plan d'une vie complexifiée par le cancer. Ce comportement est considéré comme réactionnel à l'état psychologique déterminé par l'annonce (angoisses, déni, projection) puis les traitements (deuil, déni, remaniements identitaires).

Si la plupart des travaux sur la sexualité chez la femme ayant subi une hystérectomie s'accordent à reconnaître le rôle intermédiaire que joue l'état psychologique des patientes, très peu d'études se sont intéressées sur l'expérience de cette sexualité. D'où la question de recherche suivante : « Quelle est l'expérience subjective de la sexualité chez la femme hystérectomisée ? » En d'autres termes, comment vit-elle cette sexualité hypercompensatoire ou absente ?

1. Méthodologie

L'étude repose sur une méthode qualitative. La recherche qualitative est pertinente dans ce cas, car elle accorde une place prépondérante au vécu des femmes hystérectomisées. L'approche méthodologique mobilisée est la phénoménologie. L'approche méthodologique mobilisée est la phénoménologie transcendantale de Husserl (O'Reilly & Cara, 2014). Cette approche offre une compréhension et une description en profondeur de la sexualité de ces femmes, de même qu'elle rend possible l'émergence d'une signification pure et universelle de l'expérience étudiée (Loughery & Woodgate, 2019).

L'étude est centrée sur l'expérience psychosexuelle de femmes après hystérectomie. La population cible comprenait des femmes adultes ayant subi une hystérectomie pour cause bénigne ou maligne et vivant en couple. Trois participantes ont été recrutées via des consultations gynécologiques à l'Hôpital Central de Yaoundé. Il s'agit notamment de Marie sur qui on a pratiqué une hystérectomie totale pour cause de fibromes et Aïcha pour Endométriose ; Lina et Sophie quant à elles ont eu une hystérectomie Subtotale pour Ménorragies.

Toutefois, ces participantes ont été soumises à un certain nombre de critères d'inclusion tels que : consentement éclairé, expérience sexuelle avant l'intervention et absence de pathologies psychiatriques sévères. Dans cette étude, nous avons fait usage d'un entretien clinique comme instrument de collecte des données. Les raisons qui peuvent avoir permis de pencher sur ce choix sont entre autres que cet instrument est plus pratique pour les répondants et d'administration rapide. La technique d'analyse des données a été l'analyse de contenu thématique centrée sur des thèmes évoqués à propos d'un objet d'étude.

Les données ont été collectées via des entretiens semi-structurés, centrés sur la perception du corps et de la féminité, les changements dans la sexualité, les émotions et stratégies d'adaptation, et la dynamique relationnelle. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et analysés selon l'analyse thématique de Braun et Clarke (2006) en quatre étapes : familiarisation avec les données, codage initial, regroupement des codes en thèmes, et révision pour assurer cohérence et pertinence. La fiabilité des thèmes a été renforcée par une validation croisée par un psychologue clinicien externe. Toutes les participantes ont donné un consentement éclairé, et les données ont été anonymisées et pseudonymisées.

Nous avons informé les participantes de la nature de la recherche et de l'utilisation des résultats. Elles étaient entièrement libres d'accepter ou de refuser de participer à la recherche. Un formulaire de consentement éclairé fut signé par chacune, avec la mention explicite qu'elles pouvaient se retirer de l'étude si elles le souhaitaient. De plus, le contenu des entretiens est resté anonyme et confidentiel.

1.1. Présentation de la participante Tita

La participante Tita est une femme âgée de 49ans. Nous l'avons rencontrée à l'hôpital central de Yaoundé dans le cadre de notre recherche. Elle est conduite dans cet hôpital suite aux saignements abondants et douloureux qu'elle avait. Après examens biomédicaux, il est relevé qu'elle a un cancer de l'utérus et dont il faut faire une hystérectomie à l'urgence étant donné qu'elle se vidait de son sang ; suivie d'une chimiothérapie. Mme Tita est une femme mariée et mère de trois enfants. Elle a un BEPC et travaille comme agent d'entretien dans cet hôpital.

1.2. Présentation de la participante aurélie

La participante Aurélie est une femme mariée âgée de 47 ans et mère de quatre enfants dont deux filles, deux garçons. Nous l'avons rencontrée à l'HGY dans le cadre de notre recherche. Elle s'est retrouvée dans cet hôpital suite à une campagne de dépistage gratuite du cancer de l'utérus et du sein. Malheureusement pour elle, il a été dépisté chez elle un début du cancer de l'utérus qui a tout de même nécessité une hystérectomie totale bien qu'elle désirait encore faire son dernier enfant. Mme Aurélie a un niveau académique équivalent à un master. Elle est une enseignante du secondaire dans un collège de la place.

1.3. Présentation de la participante Bella

La participante Bella est une femme mariée âgée de 39 ans et mère de deux enfants. Nous l'avons rencontrée à l'HGY dans le cadre de notre recherche. Elle y a été conduite parce que plusieurs examens médicaux ont révélé qu'elle souffrait d'un cancer de l'utérus. Même si pour elle, il s'agissait des petites boules comparées aux kystes qui se trouvaient dans son vagin. Malheureusement, elle a été victime d'une hystérectomie totale qui bouleversé le cours de sa vie. En plus, pour le gynécologue de l'hôpital gynéco obstétrique de Ngousso, elle n'aurait pas dû subir cette opération. D'où son profond regret.

2. Résultats

La spécificité du cancer gynécologique pelvien réside en l'atteinte et le traitement des organes génitaux internes de la femme. Les traitements sont essentiellement l'ablation (hystérectomie). Le tableau clinique des effets secondaires associés à ces interventions est considérable.

2.1. Les retentissements de l'hystérectomie sur la sexualité

La sexualité est l'un des aspects qui subit le plus grand nombre de bouleversements suite à une pathologie tel que le cancer de l'utérus et l'hystérectomie. Chez les participantes de cette étude, on note une diminution significative du désir sexuel suite à la maladie et la chirurgie qu'elles ont subie. Cela se note chez Tita lorsqu'elle s'exprime en ces termes :

Je ne sais pas. Quand tu es avec ta personne, soit ton mari, soit ta femme, et que vous désirez encore, c'est vraiment quelque chose. Sauf que moi, je n'étais pas trop tentée. Après, quand je pense à la douleur, je n'ai plus trop envie. Lui, c'est un homme. Forcément, le corps réagit. À chaque

moment, on se bat. Tout le monde peut se battre. Beaucoup de choses ont changé sur le plan sexuel entre avant et aujourd'hui. Il n'y a plus trop d'activités. Il est devenu trop espacé. Il ne s'est mêlé qu'une fois (Tita).

La patiente Bella a trouvé mieux de s'isoler un peu pour mieux vivre sa maladie. Concernant la sexualité, elle avance :

Après, je me suis renfermée. Voilà pourquoi, comme je vous disais, le sexe n'est pas très présent dans mes relations. J'ai eu de très mauvaises rencontres. Moi, ça fait que, oui, ça me présente. Donc, je peux faire un an, deux ans sans compagnons, sans que ça ne me dérange. Bon, après, c'était donc comme ça (Bella).

2.2. Le sentiment de culpabilité chez les participantes

Les femmes ayant subi une hystérectomie se sentent responsables vis-à-vis de leur situation actuelle. Les éléments significatifs du discours des participantes que nous avons relevés sont les suivants : Compte tenu du fait qu'on lui avait dit des années au paravent qu'elle devrait se faire opérer tôt ou tard Tita se sent responsable de la situation actuelle : « Lorsqu'on avait commencé à me dire ça depuis ; peut-être que si je mettais la tête comme j'ai mis cette fois ci, peut-être on ne serait pas arrivé au niveau ou on enlève totalement ».

La participante Aurélie quant à elle l'évoque en ces termes : Si à 29 ans, j'avais pris ça au sérieux, je ne serai pas arrivé là ». Je reste là et je dis bon... [...] Oui, je me rejette beaucoup le tort, j'emploie beaucoup le si ... elle reconnaît également sa négligence :

J'ai vécu une situation quand j'avais 29 ans. J'étais allé à un dépistage comme ça et on m'a dit que mon col était bizarre. Vous voyez un peu ? Mon col était bizarre. C'est vrai qu'on m'a fait un traitement dont j'ignore le nom. C'était un traitement par laser et on m'a demandé de ne pas avoir les rapports sexuels pendant 6 mois et j'ai respecté cela. Mais après c'est un professeur en médecine il m'a dit que ton col est seulement bizarre, il n'y a rien de grave. Donc il faut observer ça. Après le traitement là, il m'a dit que ça va j'ai recommencé ma vie normalement et j'ai même conçu. Mais moi je vous ai dit que je suis une personne négligente, parce qu'une personne éveillée aurait cherché à savoir ce que c'était. Vous voyez, c'est ça qui revient là, ne voyez-vous pas que c'est ça qui revient ?

2.3. Remords et regrets face à son attitude dans le couple

L'idée principale de cette modalité est que les femmes ayant subi une hystérectomie ont des regrets et des remords face à leur attitude dans le couple. Les participantes éprouvent ainsi des regrets et des remords vis-à-vis de leur attitude en lien avec leur état de santé. C'est par exemple le cas de Tita qui s'exprime ainsi :

Je me pose la question, j'ai des regrets et de remords. Peut-être que si je m'intéressais à ça plutôt, je n'en serais pas là [...] oui, il y a toujours un peu de regrets. Je me dis, je ne sais pas comment je vais vivre sans utérus,

comment ça sera ». Aurélie quant à elle exprime des regrets en ces termes : « Oui je regrette. Une fois, j'étais allée toujours à un contrôle pour faire mon bilan de santé en tant que femme et on m'avait toujours dit que ton col est bizarre. Et même à chaque fois que je montais sur la table, on me disait toujours que ton col là... il est bizarre. Et moi je pensais que mon col est comme ça, que c'est une nature, puisque ça ne gêne en rien. C'est la négligence. Si à 29 ans, j'avais pris ça au sérieux, je ne serai pas arrivé là ». « Non... juste que de temps en temps, j'ai toujours des remords, des regrets, une rétrospection par rapport à ma vie de jeune fille, par rapport à... je reste là et je dis bon... [...] Oui, je me rejette beaucoup le tort, j'emploie beaucoup le si si... En plus des regrets et des remords, elle reconnaît sa négligence :

J'ai vécu une situation quand j'avais 29 ans. J'étais allé à un dépistage comme ça et on m'a dit que mon col était bizarre. Vous voyez un peu ? Mon col était bizarre. C'est vrai qu'on m'a fait un traitement dont j'ignore le nom. C'était un traitement par laser et on m'a demandé de ne pas avoir les rapports sexuels pendant 6 mois et j'ai respecté cela. Mais après c'est un professeur en médecine il m'a dit que ton col est seulement bizarre, il n'y a rien de grave. Donc il faut observer ça. Après le traitement là, il m'a dit que ça va j'ai recommencé ma vie normalement et j'ai même conçu. Mais moi je vous ai dit que je suis une personne négligente, parce qu'une personne éveillée aurait cherché à savoir ce que c'était. Vous voyez, c'est ça qui revient là, ne voyez-vous pas que c'est ça qui revient ?

2.4. Perception de la perte de la féminité

L'utérus constitue, dans de nombreuses représentations, un pivot symbolique de la féminité. Son retrait peut être perçu comme une atteinte à l'intégrité corporelle ou comme la perte d'un organe chargé d'une dimension identitaire (Kline et al., 2014). Certaines femmes expriment un sentiment de vide interne ou de mutilation, non pas en raison de la fonction reproductive, mais en lien avec la valeur symbolique du corps féminin. Les participantes ont exprimé un sentiment de perte symbolique. Tita déclare : « Je me sens amputée... comme si une partie de moi avait disparu. J'ai peur de ne plus être une femme complète. » Aurélie ajoute : « Je n'avais jamais pensé que mon utérus représentait tant pour mon identité. Maintenant, j'ai l'impression que quelque chose manque. »

2.5. Réajustement identitaire

Selon Thompson et al. (2010), les femmes traversent souvent un processus dynamique de redéfinition identitaire marqué par un travail psychique autour de la perte, de la réévaluation de la féminité et de la reconstruction du sentiment d'identité sexuelle. Ce processus évolue dans le temps et dépend fortement du soutien social, des ressources psychologiques et de la qualité de la relation intime. C'est dans ce sens que Bella évoque le processus de reconstruction personnelle en ces termes : « Au début, j'étais perdue... puis j'ai appris à me

redéfinir, à me concentrer sur ce qui fait de moi une personne, pas seulement mon corps. » Tita témoigne : « Je me sens encore femme, mais différemment. Je valorise mes qualités, mon rôle dans le couple, et pas seulement ma capacité à avoir des enfants. »

2.6. Redéfinition de la sexualité

L'image corporelle constitue un médiateur central de la sexualité. Spector (2005) montre que la diminution de l'estime corporelle est un facteur prédictif de baisse du désir et de retrait sexuel. L'appréhension d'être vue nue, la présence d'une cicatrice ou la crainte que le partenaire perçoive un changement physique contribuent à réduire l'élan érotique. À l'inverse, une réappropriation du corps après l'opération peut s'accompagner d'une augmentation de la confiance corporelle, d'une plus grande spontanéité et d'un plaisir sexuel amplifié. Raison pour laquelle la sexualité est redéfinie après l'opération. Tita note : « Le sexe est différent... moins de douleur, mais je dois réapprendre à ressentir le plaisir autrement. » Bella ajoute : « Je suis plus concentrée sur l'intimité et la complicité avec mon partenaire que sur la performance. » Aurélie déclare : « Je prends le temps d'explorer de nouvelles sensations et ça m'aide à me reconnecter à mon corps. »

3. Discussion

Les résultats de cette étude qualitative mettent en évidence la complexité et la multi- dimensionnalité du réajustement psychosexuel après hystérectomie. L'analyse des récits montre que la perception de la perte de l'utérus est souvent vécue comme une perte symbolique de la féminité, indépendamment des bénéfices physiques de l'intervention. Parallèlement, les participantes ont mobilisé diverses stratégies de réajustement identitaire, impliquant un processus de reconstruction personnelle, valorisant d'autres dimensions de la féminité, telles que leur rôle dans la relation de couple, leur autonomie et leurs qualités émotionnelles. Ce processus correspond aux conclusions de Montoya et al. (2020), qui indiquent que les femmes peuvent développer de nouvelles formes d'affirmation personnelle et d'estime de soi après hystérectomie.

La redéfinition de la sexualité a été centrale. Les participantes ont mis l'accent sur l'intimité, la complicité et le plaisir émotionnel, en dépit des changements ou de la diminution des sensations physiques. Cela rejoint les observations de Silva et al. (2012) concernant la dissociation entre fonction physiologique et satisfaction sexuelle post-chirurgicale. L'adaptation relationnelle et le soutien psychologique se sont révélés cruciaux pour faciliter la réappropriation de la sexualité et du corps. Les récits montrent que la communication ouverte avec le partenaire et le recours à un accompagnement thérapeutique permet de réduire l'anxiété, d'accepter les transformations corporelles et de restaurer la confiance en soi. Ces résultats confirment l'importance d'un suivi holistique et individualisé.

Conclusion

L'étude décrit l'expérience de la sexualité chez la femme hystérectomisée en termes de culpabilité, de remords et regrets face à son attitude dans le couple, de perte de la féminité et des réajustements identitaires. Les résultats de cette étude qualitative mettent en évidence la complexité et la multi- dimensionnalité du réajustement psychosexuel après hystérectomie. L'analyse des récits montre que la perception de la perte de l'utérus est souvent vécue comme une perte symbolique de la féminité, indépendamment des bénéfices physiques de l'intervention. L'adaptation relationnelle et le soutien psychologique se sont révélés cruciaux pour faciliter la réappropriation de la sexualité et du corps. Les récits montrent que la communication ouverte avec le partenaire et le recours à un accompagnement thérapeutique permettent de réduire l'anxiété, d'accepter les transformations corporelles et de restaurer la confiance en soi. Ces résultats confirment l'importance d'un suivi holistique et individualisé.

Références bibliographiques

- BONDIL, Pierre, HABOLD Daniel, 2009, « Oncosexology: a survey concerning awareness and skills among different health professionals-042 », *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 127.
- BRAUN Virginia, CLARKE, Victor, 2006, « Using thematic analysis in psychology », *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- HANNOUN-LEVI, Jean-Michel, 2005, « Traitement du cancer du sein et de l'utérus: impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle », *Cancer/Radiothérapie*, 9(3), 175-182.
- HIRCH Emmanuel, 2005, « Quelle vie pour le couple après le cancer? Le couple et la sexualité », *Revue francophone de psycho-oncologie*, 4(3), 201-206.
- KLINE Abigael, HAUSER Laura, PIERCE Aamy, 2014, « The impact of hysterectomy on female identity and sexuality », *Journal of Women's Health*, 23(9), 729–735.
- LAGANÀ Antonio Simone, VITALE Salvator Giovanni, SALMERI Francesco, ROSSETTI Danielle, TRIOLO Onofrio, 2020, « Sexual function and psychological outcomes after hysterectomy for benign disease: A comprehensive review », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 149(2), 140–147. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13065>
- LOUGHERY Jennifer, WOODGATE Roberta, 2019, « Expériences des soins de soutien des femmes atteintes de cancer du sein vivant en milieu rural : étude qualitative et description interprétative », *Revue canadienne des soins infirmières en oncologie*, 29 (3), 177-183.
- Ministère de la Santé Publique du Cameroun. (2020). Stratégie sectorielle de la santé 2020–2030 : Pour une couverture sanitaire universelle au Cameroun. Yaoundé : Ministère de la santé Publique.

MONTOYA Louis, 2020, « Hysterectomy and sexual (dys)function: An analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors », *Journal of Sexual Medicine*, 17(1), 65–74.

NGNOMBOUOWO TENKUÉ Josué, 2025, « Expérience subjective de l'environnement inclusif de l'enfant TDAH à travers le test de Rorschach », *European Scientific Journal, ESJ*, 39, 447. Retrieved from <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/19272>

O'REILLY, CARA Caroline, 2014, *La phénoménologie de Husserl [Husserl's phenomenology]. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: Dans la recherche en sciences sociales, humaines et de la santé*. Montreal: Presses de l'Université du Québec, 29-48.

Organisation mondiale de la Santé, M. (2012). OMS. *Rapport Annuel*, 1.

REICH Michel, 2007, « Traitements des problèmes sexuels après un cancer », intégration des approches médicales et psychologiques. *Psycho-oncologie*, 1(4), 231-235.

SANCHO-GARNIER Hervé, KHAZRAJI Yozra C., CHERIF Mohamed H, MAHNANE Abdelkader, HSAIRI Mohamed, EL SHALAKAMY Ahmed, SEOUD Mervat, 2013, Overview of cervical cancer screening practices in the extended Middle East and North Africa countries, *Vaccine*, 31, G51-G57.

SILVA Gildas, SOUTO Carlos, CECATTI José, COSTA-PAIVA Lúcia, MORAIS Sara, 2012, « Assessment of sexuality after hysterectomy using the Female Sexual Function Index », *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32(2), 180–184.

SPECTOR Iliana P, 2005, « The psychological impact of hysterectomy: A review of the literature », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 1–12.

THOMPSON Carolyn, LONG Barbara, BLACKWELL Michelle, 2010, Identity and femininit.

VENTURINI Elisabeth, 2014, *Retentissements psychiques du cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine* (Doctoral dissertation, Université René Descartes-Paris V).