



HAL
open science

Vécu et niveau de littératie en santé chez les femmes infertiles ayant un syndrome des ovaires polykystiques

Magali Authier

► To cite this version:

Magali Authier. Vécu et niveau de littératie en santé chez les femmes infertiles ayant un syndrome des ovaires polykystiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02272883

HAL Id: dumas-02272883

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02272883>

Submitted on 28 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Vécu et niveau de littératie en santé chez les femmes infertiles ayant un
syndrome des ovaires polykystiques**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 14 Mai 2019

Par Madame Magali AUTHIER

Née le 21 avril 1992 à Marseille 02^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon

Président

Madame le Professeur COURBIERE Blandine

Directeur

Madame le Professeur GABORIT Bénédicte

Assesseur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Assesseur

Madame le Docteur NORMAND Caroline

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Vécu et niveau de littératie en santé chez les femmes infertiles ayant un
syndrome des ovaires polykystiques**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 14 Mai 2019

Par Madame Magali AUTHIER

Née le 21 avril 1992 à Marseille 02^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon

Président

Madame le Professeur COURBIERE Blandine

Directeur

Madame le Professeur GABORIT Bénédicte

Assesseur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Assesseur

Madame le Docteur NORMAND Caroline

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Asseseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Léon Boubli,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant ma thèse.

Votre enseignement, notamment par le biais du diplôme inter-universitaire de gynécologie pour les médecins généralistes, a été un atout majeur au cours de ma formation. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Blandine Courbière

Je vous remercie d'avoir initié ce travail en tant que directrice de thèse. Votre soutien m'a été précieux, votre rigueur et vos conseils avisés m'ont été d'une grande aide au cours de ce travail. Vous m'avez permis d'effectuer un travail de thèse original et intéressant, dans un but d'amélioration de la qualité de vie des femmes.

A Madame le Professeur Bénédicte Gaborit

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury, et d'apporter votre expertise à ce travail.

A Madame le Docteur Maëva Jego-Sablier

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Vous m'avez consacré du temps pour m'aider dès le début de ma thèse, et avez partagé vos connaissances avec beaucoup de réactivité et de bienveillance. J'ai également eu le privilège de bénéficier de votre enseignement universitaire, et vous remercie pour votre action et votre soutien envers les étudiants en médecine marseillais.

A Madame le Docteur Caroline Normand

Je te remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Tu as été d'un grand soutien et d'une disponibilité sans faille tout au long de mon travail. Tu as consacré du temps pour effectuer la double lecture de mon travail, et m'a aiguillée de nombreuses fois. Je t'en suis très reconnaissante.

Au service de néphrologie d'Aix-en-Provence, en particulier Dominique et Gaëtan qui m'ont bien cocoonée à mes débuts. C'était un plaisir de passer un semestre à vos côtés.

A Fanny Bernard, une chef exigeante mais juste, tu m'as énormément appris au cours de mon semestre le plus formateur au CHU. Merci pour ta bienveillance et ta rigueur qui m'ont permis d'aller toujours plus loin dans la médecine. Anne-Sophie Philippe, tu as été une chef géniale et tellement agréable, je me souviendrais de ton appétit pour les potins.

A Aurélie Guindon-Picard, merci pour ta gentillesse. Tu représentes pour moi un exemple à suivre dans ta façon d'être, ta pratique médicale et ton organisation. J'ai bien fait de faire de la route pour avoir le plaisir de te côtoyer pendant 6 mois.

A Hélène Piclet, tu as été une formatrice hors pair en gynécologie. Merci pour toutes les connaissances que tu m'as apportées. Je retiendrai ta force et ta détermination.

Aux patients, merci de m'avoir laissé apprendre la médecine à travers vous, merci à ceux auxquels on pense pour se motiver chaque jour.

A mon papa, merci pour tout, pour ton écoute et ta protection.

A ma maman, merci pour ta disponibilité sans faille et ton aide depuis toujours.

A mon frère Raphaël, pour notre tendresse, à ma sœur Juliette, pour notre complicité.

A mon grand-père qui refusait de tuer des insectes parce qu'il était pour la vie.

A ma mamie, ma couturière, qui me confectionne tant de beaux vêtements.

A mes grands-parents Aixois : Vous êtes mon plus vieil exemple de couple heureux, continuez à vous aimer et à nous aimer autant.

A la famille Authier, merci d'être là et de mettre une ambiance pas possible aux repas de famille, ces moments ont été une vraie bouffée d'oxygène pendant mon parcours. Un petit clin d'œil à Valérie qui a su m'accompagner et me comprendre tout au long de ce cursus. Aux cousins Anaïs, Emilie, Guillaume, Camille, Lucille, Baptiste, Aurélie, Florent, Vinciane.

A la famille Conti, Edith, Gérard, Manon, Renaud, grâce à vous je peux manger plein de fruits de mer à chaque Noël, merci pour votre bonne humeur.

A Mathilde, ma plus vieille (meilleure) amie, qui me suis depuis si longtemps (20 ans !!). On en a vu des vertes et des pas mûres pendant nos études mais on a su surmonter tout ça. Je suis tellement heureuse de te connaître, toi, Anthony, et notre petit Théodore.

A Agnès, la nouvelle Nantaise, qui me fait tant rêver avec sa ville. A Célia, et son petit lutin qui marche dans la neige.

Aux girls de Marseille : Notre groupe a été un soutien formidable pendant l'externat et l'internat. C'est grâce à vous si j'ai pu tenir dans les moments difficiles. Hélène, à nos longues discussions en retour de conf'. Marine B, à ce fameux TD de post-soirée où tout a commencé. A Fanny, toujours pleine d'amour et à l'écoute. A Audrey, ses potins et ses yaourts sans morceaux. A Marine C, et son curry (beaucoup trop) épicé.

A mes colocs : Justine, «on s'fait des gatées» merci pour ta joie de vivre à toute épreuve. Loïc, merci pour tous ces moments partagés, tes vinaigrettes extravagantes, tes morceaux de guitare. Un grand grand merci à Sandrine qui a pris de son temps pour relire ma thèse en urgence ! T'es au top !

A tous mes autres colocs de l'internat et d'ailleurs

A l'internat d'Aix, les vrais : Lulu, « chaleeeeur » merci pour tout, pensée particulière pour les matins Eau de Vichy. Qu'est-ce qu'on a rigolé. A Pauline et son « washing machine », DJ Roxane, Raphie la trop chou, Manon et nos meules de foin dans la voiture, Youss toujours chaud chaud chaud chocolat, Floriane et son tapis berbère, Amélie, Emilia, Loïc Bart, Michel et leur pote Booba. A Chacha et son accent du Sud.

A l'internat de La Timone : à toutes les rencontres que j'ai pu y faire, Chloé R, Tiche, TEP, Bouquet, Nassim. Dédicace à l'auréole d'eau sur la moquette devant la porte de la chambre 712.

A l'internat de Hyères : Marie et Julien, belle rencontre, Pépité et son rhum à toute heure, Arnaud et sa motivation à toute heure, Lucie, Mylène, Manon.

Au 401 (>104) : Merci d'être tellement choux et fous et de m'avoir si bien accueillie. A Hugo, ce grand dadais aux caleçons si divertissants, à JB et sa chillitude à toute épreuve, à Vincent le roi du 401, à Yannis et ses délicieux petits plats, et enfin à Nono la badass qui remet un peu d'ordre dans tout ce beau monde.

Et enfin, le meilleur pour la fin

A Léo. Merci d'être un être incroyable de douceur et d'attentions. Merci pour ton soutien quotidien. A nos futurs projets qui me permettent d'avoir confiance en l'avenir. Tu es ma plus belle rencontre.

SOMMAIRE

I.	<u>INTRODUCTION</u>	2
II.	<u>METHODE</u>	3
III.	<u>RESULTATS</u>	4
	1. Un retard diagnostique et une carence d'informations à l'origine d'un parcours compliqué	4
	2. Une souffrance psychique liée au SOPK omniprésente	6
	3. Difficultés spécifiques au SOPK ressenties au cours de la prise en charge	8
	4. Mauvais vécu de l'infertilité non spécifique aux femmes SOPK	9
IV.	<u>DISCUSSION</u>	10
	1. Intérêt des communautés en lignes dans les pathologies chroniques	11
	2. Ecoute et reconnaissance des difficultés	12
	3. Difficultés diagnostiques et hétérogénéité des pratiques	13
V.	<u>CONCLUSION</u>	15
VI.	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	16
VII.	<u>LEXIQUE ET ABREVIATIONS</u>	21
VIII.	<u>ANNEXES</u>	22

I. Introduction

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est la maladie endocrinienne la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer, touchant 5 à 10% d'entre elles [1,2]. Sa physiopathologie n'est pas encore totalement élucidée, mais le syndrome métabolique et l'insulino-résistance en seraient les points clefs. Cette insulino-résistance entrainerait sur le plan ovarien à la fois une dysfonction thécale responsable d'une hyperandrogénie, et une dysfonction endocrine responsable de dysovulation [3-5]. Par ailleurs, le syndrome métabolique entraîne une augmentation du risque cardio-vasculaire chez ces femmes [6]. Bien que les critères diagnostiques soient discutés, le SOPK est classiquement défini par les critères de Rotterdam, dont la présence d'au moins 2 critères sur 3 permet d'affirmer le diagnostic : Anovulation ou dysovulation, Hyperandrogénie clinique et/ou biologique, Ovaires polykystiques à l'échographie avec au moins 12 follicules de 2 à 9 mm sur chaque ovaire et/ou augmentation du volume ovarien ≥ 10 mL [7].

L'hirsutisme et le surpoids souvent présents peuvent avoir comme conséquence une altération de l'image corporelle, avec un impact sur l'estime de soi lorsqu'une infertilité se surajoute [8-10]. Ainsi, la prise en charge des femmes SOPK devrait bénéficier d'une évaluation globale et adaptée. La prise en compte du retentissement psychologique du SOPK passe souvent au second plan, avec une prise en charge souvent prioritaire des symptômes somatiques lorsque ceux-ci sont source de motif de consultation : prise en charge dermatologique en cas d'acné ou d'hirsutisme, prise en charge endocrinienne pour l'obésité et le syndrome métabolique, prise en charge gynécologique pour les troubles du cycle et l'infertilité. La souffrance psychique, pourtant fréquente, est peu recherchée dans cette population au cours des consultations [11].

La littératie en santé est définie par Sørensen et *al.* Comme « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie » [12-15]. Dans ce cadre, internet constitue une source d'information accessible librement, et est utilisé pour effectuer des recherches en santé. Les internautes, majoritairement des femmes actives d'âge moyen, utilisent les résultats de leur recherche comme source d'informations complémentaires à celles de leur médecin [16,17]. Le web constitue également un lieu d'échange libre, ouvert et anonyme, libérant de certains freins

psychologiques comme l'inhibition de l'expression ou des émotions qui pourraient avoir lieu en face à face [18, 19].

L'objectif de notre étude a été d'étudier le vécu des femmes « internautes » infertiles atteintes de SOPK, en l'absence des barrières d'expression habituelles, et de préciser leur niveau de littératie en santé, afin de chercher des leviers qui pourraient améliorer la prise en charge globale du SOPK.

II. Méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative par observation non participante des discours des femmes infertiles SOPK sur les forums internet entre juillet et novembre 2018. Les forums francophones d'accès libre ont été sélectionnés sur Google à partir des mots-clefs suivants : "forum" ou "avis" ET "sopk" ou "opk". Les forums étudiés ont été allodocteur, journal des femmes santé médecine, doctissimo, mamanpouurlavie, magicmaman, pmafertilité et forum.fiv. La recherche a été volontairement large et ne contenait pas de mot clefs liés à l'infertilité dans le but de diminuer le risque d'exclusion de certaines discussions par le moteur de recherche, la sélection des discussions et des commentaires pertinents étant effectués par l'auteur. Les fautes d'orthographe n'ont volontairement pas été corrigées pour rester au plus proche de la réalité. Les critères d'inclusions étaient d'avoir à la fois un SOPK et une infertilité. Les femmes ont été considérées comme infertiles :

- Si la femme signifiait l'absence d'obtention d'une grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés (définition de l'OMS),
- dès lors que celle-ci notifiât la prise d'un traitement régulateur du cycle ou stimulateur de l'ovulation,
- si la femme se considérait elle-même comme infertile, même en l'absence des critères précédents.

Les commentaires n'émanant pas directement des femmes SOPK infertiles mais rédigés en réponse à celles-ci et considérés par l'auteur comme étant en lien direct avec le sujet et ont été également pris en compte.

La retranscription des données a été réalisée par le logiciel N Capture[®]. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel d'étude qualitative N Vivo 12 Pro (QSR International[®], Victoria, Australie). Nous avons réalisé une analyse de contenu thématique inductive inspirée de la théorisation ancrée de Pierre Paillé [20]. Une micro-analyse ligne à ligne des commentaires a d'abord été effectuée, puis un codage ouvert permettant de dégager

l'essentiel du discours recueilli. Enfin, les thèmes dégagés de l'analyse ont permis de créer des catégories. La catégorie centrale était la souffrance psychique. La saturation des données a été atteinte au bout de 600 commentaires environ. L'analyse d'une centaine de commentaires supplémentaires a permis de confirmer l'absence d'émergence de nouveaux codes. Pour diminuer la subjectivité possible de ce type d'étude, une double lecture a été réalisée par un autre médecin.

Ces recherches n'ont pas nécessité d'accord préalable du comité d'éthique, car elles ont été conduites exclusivement à partir de données publiques, anonymes et collectées rétrospectivement.

III. Résultats

Au total, 785 commentaires ont été analysés, provenant de 211 femmes sur 7 forums internet. Une grande souffrance psychique avec syndrome anxio-dépressif a pu être observée, semblant aggravée par un faible niveau de littératie en santé.

1. Un retard diagnostique et une carence d'informations à l'origine d'un parcours compliqué

Le niveau de littératie en santé paraissait faible tant du côté des internautes infertiles atteintes de SOPK que de celui des professionnels de santé. Un retard diagnostique a été constaté pour nombre de femmes atteintes de SOPK. Cette errance initiale semblait liée à la méconnaissance de la pathologie du SOPK par certains médecins (généralistes ou gynécologues), à l'absence de réalisation d'examen permettant de faire le diagnostic (échographie et éventuellement bilan sanguin), ou bien à une différence de perception entre la patiente et le médecin, celui-ci ne la considérant pas comme infertile, et la laissant dans l'expectative. Ces éléments semblaient être la cause de consultations multiples et de nomadisme médical en début de parcours, à la recherche d'une explication à leurs problèmes. Elles étaient en demande d'être orientées de façon adaptée vers un spécialiste mais ignoraient souvent vers qui se tourner. La prise en charge débutait avec un ou plusieurs médecins généralistes. Elles étaient ensuite adressées soit à un gynécologue, soit à un endocrinologue, parfois les deux. Ceci pouvait être complété par une consultation avec un diététicien ou un nutritionniste pour le régime et la perte de poids, des biologistes en service de Procréation Médicalement Assistée (PMA), des psychologues ou des psychiatres, des sages-femmes.

Extrait : « *En 2005 moi et mon mari on décide de se lancer, j'arrête la pilule et 2 ans après toujours rien.*

On passe de médecin en médecin, généraliste, endocrino, plusieurs gyneco et la réponse: Mais Madame vous êtes trop grosse!!! Bref en larmes après chaque visite...Jusqu'à ce qu'on m'envoie chez THE gyneco!! On explique, il me regarde et il me dit: Vous devez être en OPK!! Echo genre 2 jours après, Résultat une 20^{ème} de kystes sur chaque ovaire.. »

Lors du diagnostic de SOPK, les patientes n'avaient jamais entendu parler de ce syndrome. Malgré sa fréquence, personne, à leur connaissance, n'en était atteint dans leur entourage. Seules les femmes ayant des antécédents familiaux de SOPK semblaient en connaître l'existence. De ce fait, un grand sentiment d'isolement est ressorti de l'analyse des commentaires. Ces éléments semblent suggérer que le SOPK n'était pas une maladie connue du grand public. Extrait : « *Je me sentais seule avec mon mari dans ma mésaventure, mais en lisant tous vos témoignages je me rends que ça touche beaucoup plus de personnes que je ne l'aurais pensé.* »

Les femmes étaient demandeuses d'explications pour comprendre leur pathologie. Cependant, la quantité et la complexité des informations qui leur étaient données semblaient difficiles à intégrer dès le départ, surajouté par les multiples ordonnances d'exams complémentaires à réaliser à certains jours du cycle. Elles se trouvaient dépourvues devant des résultats d'analyse ou l'interprétation de courbes de températures. Tout ceci laissait quelquefois ces femmes dans une profonde perplexité et certaines semblaient, en l'absence de connaissances médicales, totalement perdues. Parfois à l'inverse, elles ressortaient de la consultation d'annonce diagnostique en ayant eu l'impression de n'avoir eu aucune information sur la maladie. Extrait : « *Et une autre chose aussi que j'ai pas pigé...elle m'a accablé des consignes que j'ai du mal à tout capter....* »

L'incompréhension du mode d'action des médicaments utilisés, notamment la Metformine, entravait l'adhésion au traitement et l'observance. Elles se posaient beaucoup de questions sur le mécanisme de la maladie, que parfois elles avaient oublié de poser au cours de la consultation. Un des réflexes des patientes était alors de consulter internet pour rechercher des informations complémentaires sur leur maladie ou leurs traitements. Elles se retrouvaient seules devant des explications souvent anxiogènes, qu'elles ne comprenaient pas bien, et rapportaient qu'elles étaient source de peur et de panique. Certains commentaires véhiculaient même de fausses informations, telles que l'OPK pouvait être dû à un trop fort désir d'enfant, au stress, que c'était une malformation, ou bien que la maladie était due à des ovules qui se collaient autour de l'ovaire après l'ovulation au lieu de se diriger vers les trompes. Les femmes appréciaient donc

de recevoir des explications supplémentaires concernant leur cas en particulier, sur des sites internet médicaux ou par d'autres femmes. Elles étaient très soulagées de trouver des personnes ayant un vécu semblable au leur grâce aux forums, ce qui diminuait leur sentiment de solitude. Certaines ont émis le souhait de se réunir et de pouvoir rencontrer les autres internautes pour discuter et interagir en direct ensemble. Il ressort des commentaires un besoin de s'exprimer et les femmes remerciaient souvent celles qui les avaient lues sur internet. Le partage des expériences était très apprécié, satisfaisait leur désir d'information, diminuait l'appréhension et l'incertitude.

Au total, le SOPK semblait être une pathologie insuffisamment connue, à la fois par le corps médical, ce qui était pourvoyeur d'errance diagnostique, et par la population étudiée, qui souffrait alors d'un manque de compréhension et d'explications sur la maladie. Tout ceci semble être la conséquence d'un faible niveau de littératie en santé de ces femmes et de certains médecins.

2. Une souffrance psychique liée au SOPK omniprésente

La symptomatologie la plus constante semblait être un syndrome anxio-dépressif. Les internautes étaient d'abord stressées suite à l'annonce du diagnostic de SOPK. Cette peur semblait liée à la fois à l'inconnu et à la méconnaissance de cette maladie, mais aussi aux informations anxiogènes qu'elles recueillaient lors de la consultation d'annonce ou sur internet, notamment la peur de ne pas pouvoir avoir d'enfants. Elles avaient ensuite peur des examens complémentaires, par exemple des douleurs lors de l'hystéro-salpingographie, ainsi que de leurs résultats, qu'elles ne savaient pas interpréter. La survenue ou la réapparition d'acné, de pilosité ou de prise de poids à l'arrêt de la contraception étaient également source d'anxiété. Elles s'inquiétaient ensuite des effets secondaires des traitements inducteurs de l'ovulation, autant pour celles débutant que pour celles les ayant déjà expérimentés, appréhendant la récurrence d'effets gênants. Chaque symptôme était scruté et facteur d'anxiété quant à sa signification, les internautes imaginant souvent le pire : métrorragies comme signe de fausse couche ou de grossesse extra-utérine, douleurs abdominales comme signe d'hyperstimulation ovarienne. L'absence de symptômes leur semblait aussi inquiétante, et signifiait dans leur esprit l'échec du traitement. Pour celles qui arrivaient à obtenir une grossesse, l'anxiété se poursuivait avec la peur de faire une fausse couche ou une grossesse extra-utérine. Extrait : « *C'est angoissant je sais, j'étais à l'affût de ces douleurs à me demander si j'avais très mal ou pas, en cas de GEU ou de FC et à aller au toilette tous les quart d'heure vérifier qu'il n'y ai pas de*

sang. mais c'est normal, c'est des douleurs ligamentaires. Mais ma pauvre [...] ce n'est que le début, le temps paraît long et angoissant, tu vois c'est de ça que je parlais, qu'on pense que une fois qu'on a notre ++ on sera soulagé mais NON pas du tout!! parce qu'après c'est l'angoisse du "et si ça tiens pas". Là tu vois aujourd'hui je me suis mise en tête l'angoisse de l'oeuf clair. Ben je tourne en rond depuis ce matin, je me retiens d'aller aux urgences prétexter une douleur pour avoir une echo »

La longue durée du parcours médical et de l'infertilité de ces patientes, l'échec des différentes lignes de traitement, la perte d'une grossesse étaient source de découragement, de déception, de frustration. Le syndrome dépressif était très fréquemment retrouvé, avec tristesse de l'humeur, pleurs, pouvant aller chez une internaute jusqu'à exprimer des idées suicidaires. Les femmes investissaient beaucoup d'espoir dans chaque traitement, allant pour certaines d'échec en échec. Pour certaines, l'objectif d'être enceinte devenait une véritable obsession. Ces femmes arrivaient par la suite à un état de désespoir, et défaitistes, ne voulaient plus croire à la possibilité d'obtention d'une grossesse, malgré la poursuite des traitements. Tout ceci concourait à l'instauration d'une mauvaise estime de soi et d'un sentiment de culpabilité lié à l'incapacité d'obtenir une grossesse. Extrait : « *Pour moi Sopk me bouffe la vie* » ; « *j'essaie toujours d'espérer mais c dur dur je déprime grave* »

En plus des consultations, les patientes devaient se soumettre à de nombreux examens (échographies et prises de sang répétées) qui mobilisaient un temps non négligeable dans leur vie. On a pu se rendre compte de l'ampleur du retentissement sur leur vie quotidienne lorsqu'elles décrivaient les différentes lignes de traitement qu'on leur avait prescrites au fil des mois ou des années précédentes. A ceci s'ajoutait un sentiment de médicalisation de leur vie privée, ainsi qu'une perte d'intimité. Ainsi, leur quotidien était rythmé par la prise de médicaments, le calcul des jours du cycle, la recherche de signes d'ovulation ou de grossesse. Leur vie intime était atteinte par la programmation des rapports sexuels, qui, associée au stress de leur situation médicale, entraînait une pression psychique relativement néfaste.

Extrait : « *C'est un vrai parcours du combattant, encore des examens à passer dont une hystérométrie hyper difficile, et des papiers, et une disponibilité sans faille pour nous deux* » ; « *marre de cette vie à peine réveiller il faut déjà que je prenne ma température* ».

3. Difficultés spécifiques au SOPK ressenties au cours de la prise en charge

La question du poids était centrale parmi les difficultés ressenties par les femmes infertiles SOPK. Des propos culpabilisants, pessimistes, voire moqueurs, sous-entendant la mauvaise implication des femmes dans leur processus de perte pondérale étaient rapportés. Ce type de phrase était très mal vécu par les femmes, qui semblaient très éprouvées, et encore plus découragées au sortir de la consultation. De la colère était ressentie, souvent en début de parcours, lorsque des propos ou des décisions des médecins ne leur convenaient pas. Il s'agissait par exemple de la minimisation de leur souffrance, de l'incompréhension de leur difficulté à perdre du poids, et de l'absence d'instauration d'un traitement d'infertilité. De plus, le passé médical de ces femmes, jalonné d'avis médicaux différents, aboutissait souvent à une remise en cause de la parole médicale. La véracité même du diagnostic de SOPK était l'objet de doutes du fait de tant d'incertitude diagnostique antérieure. Tous ces éléments semblaient concourir à créer une véritable fracture entre les médecins et les patientes, ce qui ne facilitait pas une prise en charge optimale. La relation médecin-malade était centrale dans les témoignages. Les femmes voulaient avoir confiance en leur médecin, ce qui rendait la prise en charge plus sereine. Elles avaient besoin de se sentir encadrées, que le médecin se montre à l'écoute, compréhensif et disponible, et prenne le temps de leur donner toutes les explications nécessaires. Cela diminuait l'incertitude et la divergence qui étaient des facteurs de stress supplémentaires. Le médecin devait soutenir sa patiente, se montrer rassurant, confiant et optimiste. Ces points, pouvant sembler évidents, ne semblaient pas correspondre au vécu de ces patientes, soulignant de potentielles améliorations possibles dans la relation médecin-malade. Extrait : *«un jour un des 5 gynéco ke j'ai vu m'a dit que si je ne perdais pas 30kg au moins je ne pourrais pas avoir d'enfant » ; « elle ma dit que je suis opk malgre que mais regle son regulier je veux votre avis »*

Les examens complémentaires demandés devaient être effectués en début de cycle. Un problème majeur se posait alors, qui n'était pas toujours anticipé par les médecins: les femmes SOPK ont le plus souvent une oligo-anovulation, donc une aménorrhée ou des spanioménorrhées. Elles attendaient souvent plusieurs mois avant de pouvoir réaliser ces examens car aucun traitement ne leur était donné pour déclencher les règles.

Extrait : *« Moi pendant 9 mois, je n'ai rien eu et elles sont revenues uniquement parce qu'on m'a donné duphaston sinon je serai peut-être encore en train d'attendre. Ils aiment bien nous torturer »*

Par la suite, on remarquait une plainte concernant une inertie thérapeutique. Les médecins étaient parfois initialement réfractaires à toute prescription et souhaitaient poursuivre les essais

de grossesse spontanée. Parfois les posologies des médicaments n'étaient pas augmentées assez rapidement aux yeux des patientes. Des contrôles échographiques étant fréquemment nécessaires, ils ne pouvaient pas toujours être réalisés, pour des contraintes d'emploi du temps, et cela décalait le traitement au cycle suivant. De plus, leurs cycles souvent longs augmentaient d'autant les délais. Les patientes appréciaient qu'on leur propose des solutions rapides et que les thérapeutiques actives soient débutées rapidement, dans la mesure du possible. La proposition d'un plan de soin, ou d'un protocole, expliquant les différents traitements successifs auxquels on pourrait avoir recours, leur permettait de se projeter et d'avoir des perspectives. Le fait d'instituer une participation active motivait les femmes. Les principaux points sur lesquels elles pouvaient s'impliquer étaient le régime alimentaire, l'hygiène de vie, et la perte de poids pour celles qui étaient en surpoids. Le fait de leur donner un pouvoir sur la réussite du traitement améliorait leur implication et diminuait leur sentiment de passivité et d'attente. Extrait : « *Et en attendant je donne tout sur l'hygiène de vie et le sport parce que c'est tout ce qui est de mon ressort* »

4. Mauvais vécu de l'infertilité non spécifique aux femmes SOPK

L'attente était le principal élément de difficulté. Les femmes infertiles commençaient par attendre la survenue d'une grossesse spontanée. Lorsqu'elles se décidaient à consulter, elles se heurtaient souvent à de longs délais de rendez-vous, allant jusqu'à plusieurs mois. Une fois la maladie enfin diagnostiquée, le bon traitement mis en place, la reprise des règles et de l'ovulation, une nouvelle attente commençait : l'espoir du test de grossesse positif. Chaque jour était vécu comme interminable.

Les internautes étaient la plupart du temps plongées dans l'incertitude. On ne pouvait pas leur prédire au bout de combien de temps le traitement allait fonctionner, ni jusqu'à quelles techniques de PMA elles seraient confrontées. Il leur était impossible de se projeter, ni dans les années à venir, ni même au mois suivant car leur évolution était imprévisible. L'interprétation de leurs symptômes était compliquée de par la similitude des signes de grossesse avec les effets secondaires des traitements inducteurs de l'ovulation.

Extrait : « *Les OPK c'est vraiment la galère, on ne sait jamais si ça a marché ou pas. En plus, avec les traitements qu'on a, les effets secondaires nous mettent des doutes ... Bref c'est un casse tête.* »

Les femmes avaient besoin de soutien et d'encouragements. Cela adoucissait grandement le vécu de la maladie. Le conjoint était souvent moins stressé, arrivait à prendre plus de recul sur

les choses, était plus positif et optimiste, ce qui avait un effet rassurant. A l'inverse, certaines souffraient du manque d'implication de leur mari, avaient l'impression qu'il n'adhérait pas au plan de soin et cela augmentait leurs doutes et leur anxiété. Elles pouvaient aussi avoir l'impression qu'il ne pouvait pas les comprendre car il essayait de dédramatiser leur plainte. Celles dont la relation de couple était atteinte par le problème d'infertilité avaient peur pour la pérennité de leur ménage. Elles craignaient que cela cause une rupture, ce qui augmentait la pression et la culpabilité qui pesaient sur elles. En plus du sentiment d'incompréhension par leurs proches, ces mêmes femmes éprouvaient une grande difficulté à s'exprimer envers leur cercle familial, dont la plupart n'étaient pas au courant de leur pathologie ni de leur parcours. Extrait : « *ma belle mere qui voudrai tro etre mami mé je c pa comment lui dire c trop dur* »

L'annonce d'une grossesse dans leur entourage était particulièrement mal vécue, durant cette période où l'incapacité à être enceinte les rendait encore plus vulnérables. Elles ressentaient un grand sentiment d'injustice en voyant des amies ou des membres de la famille être enceintes rapidement, alors qu'elles essayaient de surmonter leur parcours du combattant de longue durée pour parvenir à leur objectif de maternité. Aucun soutien n'était de trop, et elles venaient également chercher de la réassurance sur les forums. Les messages d'encouragements et les témoignages positifs des autres femmes sur les forums semblaient avoir un effet motivant et stimulant, pourvoyeurs d'espoir et de réconfort.

Extrait : « *Vous êtes au bon endroit pour venir parler de vos pbms, de vos sentiments, on est toutes là pour se soutenir et ça fait du bien. Pour ma part, j'ai eu la chance que les traitements fonctionnent mais je reste sur le forum pour vous soutenir et pour vous raconter la suite, puisque pour celle qui me connaissent elles ont été là dès le début pour moi.* »

IV. Discussion

Notre étude a permis d'observer une grande souffrance psychique chez les femmes infertiles SOPK qui consultent les forums de discussion, du fait de leur difficulté à comprendre le SOPK et devant la lourdeur ressentie quant au parcours du traitement de leur infertilité. Ces femmes semblaient souffrir de leur faible niveau de littératie en santé, niveau qui semblait peu amélioré par la consultation des professionnels de santé vus en première ligne. La difficulté d'interprétation des commentaires était la présence de nombreux traits communs aux femmes infertiles et non spécifiques aux femmes SOPK.

1. *Intérêt des communautés en lignes dans les pathologies chroniques*

Les femmes qui s'exprimaient sur les forums de SOPK étaient majoritairement mécontentes ou anxieuses, ce qui constitue un biais de sélection. Le choix des forums internet comme source d'information paraissait cohérent avec le thème gynécologique de notre recherche. En effet, la population effectuant des recherches de santé sur le web est constituée majoritairement de femmes actives d'âge moyen [16]. La littératie en santé consiste en l'utilisation d'informations et de compétences dans le but de prendre des décisions éclairées et d'améliorer la santé (Charte de Calgary 2008) [21]. Elle s'applique aussi bien aux patients qu'aux professionnels de santé, qui ont un rôle de communication dont la qualité est un préalable indispensable à la connaissance et à la compréhension des maladies par les patients. Comme nous l'avons observé, les femmes n'étaient pas totalement satisfaites des informations et des explications recueillies lors des consultations médicales. Cet aspect semble corroboré par le fait que lors de l'étude des populations effectuant des recherches médicales sur internet, il a été mis en évidence que les patients n'étaient pas satisfaits par les consultations médicales du fait de manque d'explications pour 75% d'entre eux, et du manque d'écoute pour 65% d'entre eux [16]. Le second recours des patients est la récupération d'information par le biais d'internet. Cet aspect est intéressant pour les usagers car s'agissant d'un moyen très accessible. Cependant, les informations retrouvées doivent être interprétées avec précaution, leur fiabilité étant très variable, et les patients ayant souvent du mal à sélectionner les sources pertinentes [16]. Les forums constituent des moyens de regroupement et de partage d'expérience pouvant permettre une augmentation du degré d'information. Mais les réponses aux questions que se posent les internautes entre elles n'étaient pas toujours exactes, constituant une limite à cette amélioration des connaissances. Le principe de littératie en santé fait écho à celui de l'« empowerment », qui consiste à exercer un meilleur contrôle sur certains domaines de sa vie, et participe à l'autonomisation des patientes [22-24]. Nous avons pu constater que le niveau de littératie en santé était faible du côté des patientes infertiles atteintes de SOPK, ce qui suscitait beaucoup d'interrogations et d'inquiétude, et donnait lieu à de nombreuses interactions liées à des explications ou des partages d'expériences. En premier lieu, internet semblait anxiogène lors des premières recherches superficielles dont les femmes ne retenaient que les points négatifs ou inquiétants [17]. Cependant, l'appropriation de leur maladie tirait profit de l'usage d'internet, où elles pouvaient se renseigner de manière passive, par la lecture d'informations, et active, par les interactions sur les communautés en ligne. La connaissance et la compréhension du SOPK semblaient diminuer l'anxiété des femmes, augmenter leur implication et leur observance, et

donc améliorer leur qualité de vie [25]. La participation passait aussi par des actions concrètes, telles que la pratique d'une activité sportive ou la mise en place de régime alimentaire [26]. Les associations de patients s'inscrivent également dans cette démarche d'autonomisation et d'information. Le SOPK bénéficie d'une médiatisation récente dans certains pays, grâce à des associations de femmes SOPK, telles que la PCOS Awareness Association aux Etats-Unis. Cette dernière organise des marches pour le SOPK, peut recevoir des dons, et le premier congrès sur le SOPK est programmé en septembre 2019. Il n'existe pas encore d'associations spécifiques au SOPK en France, le soutien non spécifique étant assuré par des associations de PMA, telles que le collectif BAMP. D'autre part, ce syndrome n'a jamais fait l'objet de campagnes d'information nationales en France, laissant suggérer que cette maladie serait peu connue du grand public, alors que la morbidité cardio-vasculaire du SOPK est un véritable enjeu de santé publique.

2. Ecoute et reconnaissance des difficultés

Plus d'un tiers des femmes atteintes de SOPK présenteraient un syndrome dépressif, avec un risque de dépression multiplié par cinq chez les femmes obèses par rapport à celles ayant un poids normal [27,28]. L'infertilité seule est également une cause de souffrance et de stress pour l'individu et pour le couple, avec une élévation significative de la prévalence du syndrome dépressif comparé aux femmes fertiles [9, 29]. Malgré le fait qu'un dépistage de la souffrance psychique soit recommandé systématiquement chez les femmes SOPK, une étude menée par Ellis et *al.* a montré qu'il n'était en pratique jamais réalisé, au contraire des dépistages de pathologies somatiques, telles que le diabète et l'HTA, dans le suivi [11]. Les femmes SOPK souffrent également sur le plan physique d'une mauvaise image de leur corps souvent liées aux conséquences de la maladie telles que l'hirsutisme et le surpoids. Ces deux volets ont été pris en compte et une évaluation de l'état psychique est recommandée de façon systématique chez les femmes atteintes de SOPK car s'agissant d'une population particulièrement à risque [30-32]. Ces femmes doivent être considérées dans leur globalité physique et psychique pour que leur prise en charge soit efficace et de qualité. Dans ce domaine, les thérapies psychologiques compréhensives ont montré de bons résultats sur le plan du psychisme et de la procréation, suggérant l'importance de l'amélioration du bien-être psychique dans la réussite du projet de grossesse [33].

Deux études ont analysé le lien entre soutien psychologique et forums internet : celles-ci concernaient le domaine féminin. La première étude concernait le soutien social apporté par les

communautés en ligne aux mères japonaises en matière de soins des enfants. Elle a montré que les mères ayant eu une participation active sur les forums recevaient plus de soutien, avec une augmentation de leur estime d'elles-mêmes, une diminution du risque de dépression avec un bénéfice à court et à long terme sur leurs relations sociales dans la vie réelle [18,25]. Une deuxième étude a porté sur une communauté en ligne de femmes atteintes de cancer du sein. Elle a montré que les informations échangées leur permettaient de prendre des décisions plus éclairées et formaient un filet de soutien disponible à n'importe quel moment et depuis n'importe quel lieu, au contraire des consultations médicales [19].

3. Difficultés diagnostiques et hétérogénéité des pratiques

L'errance diagnostique initiale concernant le SOPK est un facteur fondamental dans le vécu de la pathologie. Des lacunes existent dans ce domaine, comme cela a été montré dans l'analyse des commentaires. Une étude quantitative de Gibson-Helm et *al.* portant sur 1385 femmes SOPK a été menée à partir de questionnaires en ligne entre 2015 et 2016 [34]. Elle portait sur la satisfaction des femmes SOPK concernant le diagnostic, les informations reçues lors du diagnostic, et leurs préoccupations au moment du questionnaire. Cette étude a montré des résultats superposables à la nôtre, soulignant un retard diagnostique et une inadéquation des informations sur le SOPK rapportées par les femmes. Notamment, plus d'un tiers des femmes interrogées rapportaient un délai supérieur à 2 ans et la consultation d'au moins 3 professionnels de santé avant que le diagnostic de SOPK ne soit établi [34].

Le SOPK, maladie endocrinienne la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer, pose à l'évidence des problèmes diagnostiques puisqu'elle est à la fois sous-reconnue et mal diagnostiquée. En effet, une étude rétrospective menée par March et *al.* a recherché les critères du SOPK par l'interrogatoire, l'examen clinique et des examens complémentaires chez 728 femmes « tout venantes » de la population générale, âgées de 27 à 34 ans. Elle a montré que selon les critères de Rotterdam, 68% des femmes atteintes de SOPK n'étaient pas diagnostiquées [35]. Les résultats de cette étude semblent cohérents mais sont à interpréter avec précaution étant donné le faible effectif et le caractère monocentrique de l'étude. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que toutes les femmes SOPK ne sont pas gênées par leurs symptômes et donc ne consultent pas. Si une infertilité est présente, le diagnostic peut être posé mais non-dit aux patientes, ou ne pas être posé du tout. Si le diagnostic de SOPK n'est pas fait malgré une plainte médicale imputable à la maladie (hirsutisme, troubles du cycle, infertilité), il semble licite de s'interroger sur la connaissance de la maladie par l'ensemble des médecins.

Une formation insuffisante sur cette pathologie pourrait en être la cause, et il serait intéressant de sensibiliser les professionnels de santé à cette maladie, notamment les médecins généralistes qui se trouvent souvent en première ligne pour le diagnostic [36]. Nous pouvons noter que le SOPK ne figure pas en tant qu'item identifié au programme des Epreuves Classantes Nationales (ECN), mais qu'il est uniquement évoqué dans l'item 34 : Anomalies du cycle menstruel, métrorragies. Là encore, le SOPK est traité sous l'angle d'un de ses nombreux symptômes et pas dans sa globalité. Le SOPK est paradoxalement sur-diagnostiqué par une catégorie de médecins spécialistes. Premièrement, différents critères diagnostiques ont pu être utilisés, entraînant une variabilité de prévalence : les critères du National Institutes of Health (NIH), les critères de la Androgen Excess Society (AES) et les critères de Rotterdam. Une étude menée sur 126 femmes se déclarant SOPK a montré que seulement 53 à 70% d'entre elles remplissaient les critères diagnostiques. Ces critères eux-mêmes étant source de variabilité, avec 70% de concordance diagnostique en utilisant les critères de Rotterdam, 62% pour les critères de l'AE-PCOS Society et seulement 53% selon les critères du NIH [37]. Le consensus international sur le SOPK a validé en 2018 les critères de Rotterdam comme devant être utilisés comme critères diagnostiques.

Une autre étude a montré que le nom de la maladie représentait un facteur de confusion diagnostique, 39% des médecins identifiant la présence de kystes ovariens comme caractéristique clef de la maladie [38]. Ceci pourrait en partie expliquer les résultats ci-dessus. Le consensus international sur le diagnostic et la prise en charge du SOPK, publié en 2018 et initié par l'Australian National Health and Medical Research Council of Australia (NHMRC) en partenariat avec l'ESHRE et l'American Society for Reproductive Medicine mériterait d'être mieux connu et largement diffusé auprès des professionnels de santé, notamment les médecins généralistes qui devraient être l'élément central de la prise en charge des femmes SOPK [30-32]. Une meilleure diffusion de ce consensus permettrait d'homogénéiser les pratiques et de corriger le facteur de divergence entre les médecins, source d'anxiété et de confusion pour les patientes.

V. Conclusion

Les femmes infertiles ayant un SOPK et qui consultent les forums internet semblent souffrir d'un faible niveau de littératie en santé, altérant leur prise en charge médicale et leur qualité de vie. Le SOPK semble poser trop souvent des problèmes diagnostiques, reflétant l'absence de formation théorique initiale de cette pathologie pendant le deuxième cycle des études médicales en France. Les informations médicales qui leur sont délivrées sont perçues comme étant inadaptées ou insuffisantes. De plus, le syndrome anxio-dépressif, très fréquent chez ces patientes, est rarement pris en compte, malgré des recommandations récentes préconisant leur recherche systématique. Le recours aux forums de discussion apparaît comme bénéfique, en représentant une source de soutien et de partage de savoir expérientiel. La diminution de la souffrance psychique et l'augmentation des connaissances apportées par les communautés en ligne seraient pourvoyeuses d'« empowerment ». Le médecin généraliste pourrait - sous réserve d'une formation spécifique - être le pivot de la prise en charge des femmes SOPK en lui permettant d'être le référent d'une pathologie chronique dont la prise en charge précoce globale pourrait diminuer la morbidité cardiovasculaire à long terme.

VI. Références bibliographiques

1. Bozdag G, Mumusoglu S, Zengin D, Karabulut E, Yildiz BO. The prevalence and phenotypic features of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2016;31:2841-55.
2. Lizneva D, Suturina L, Walker W, Brakta S, Gavrilova-Jordan L, Azziz R. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2016;106:6-15.
3. Abbott DH, Dumesic DA, Levine JE. Hyperandrogenic origins of polycystic ovary syndrome - implications for pathophysiology and therapy. *Expert Rev Endocrinol Metab.* 2019 ;31:1-13.
4. Sakumoto T, Tokunaga Y, Tanaka H, Nohara M, Motegi E, Shinkawa T, et al. Insulin resistance/hyperinsulinemia and reproductive disorders in infertile women. *Reprod Med Biol.* 2010;9:185-90.
5. Cardozo E, Pavone ME, Hirshfeld-Cytron JE. Metabolic syndrome and oocyte quality. *Trends Endocrinol Metab.* 2011;22:103-9.
6. Bellver J, Rodríguez-Tabernero L, Robles A, Muñoz E, Martínez F, Landeras J, et al. Polycystic ovary syndrome throughout a woman's life. *J Assist Reprod Genet.* 2018;35:25-39.
7. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2004;81:19-25.
8. Hahn S, Janssen OE, Tan S, Pleger K, Mann K, Schedlowski M, et al. Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol.* 2005;153:853-60.

9. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21:293-308.
10. Deeks AA, Gibson-Helm ME, Teede HJ. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a comprehensive investigation. *Fertil Steril.* 2010;93:2421-3.
11. Ellis E, Gibson-Helm M, Boyle JA. Polycystic ovary syndrome in Central Australia: Diagnosis and screening of cardiometabolic risk and emotional wellbeing. *Aust J Gen Pract.* 2018;4:227-32.
12. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:80.
13. Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. *Arch Public Health.* 2014;72:10.
14. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts. World Health Organization Regional Office for Europe; [internet] 2013 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
15. Conférence Nationale de Santé. La littératie en santé – usagers et professionnels : tous concernés [internet] Juillet 2017 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_250418.pdf
16. Renahy E. WHIST, Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet. [internet] 2006-2007 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EnqueteHabitudeRechercheInformationsSanteInternet_2007.pdf

17. Burton-Jeangros C, Hammer R. Recherche d'informations sur internet : quels sont les usages des femmes enceintes ? Rev Med Suisse. 2013 ; 9 : 895-897
18. Miyata, K. Social support for Japanese mothers online and offline. In B. Wellman & C. Haythornthwaite (Eds.), *The internet in everyday life*. Oxford, UK: Blackwell. Sharf BF; 2002: 520-548
19. Communicating breast cancer on-line: support and empowerment on the Internet. *Women Health*. 1997;26:65-84.
20. Paillé, P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 1994 ; 147–181 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1002253ar>
21. Coleman C, Kurtz-Rossi S, McKinney J, Pleasant A, Rootman I, Shohet L. La charte de Calgary pour la littératie en santé : Justification et principes fondamentaux du développement de programmes de littératie en santé. *Calgary Institute on Health Literacy Curricula*, 2008 Oct; Calgary. Disponible sur : http://www.centreforliteracy.qc.ca/sites/default/files/CFL_Calgary_Charter_2011_french_final_0.pdf
22. Bazarganipour F, Taghavi SA, Allan H, Hosseini N. Facilitating and inhibiting factors related to treatment adherence in women with polycystic ovary syndrome: A qualitative study. *Int J Reprod Biomed*. 2017;15:553-60
23. Lemire M, Sicotte C, Paré G. Internet use and the logics of personal empowerment in health. *Health Policy*. 2008;88:130-40.
24. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007;66:13-20.
25. Drentea P, Moren-Cross JL. Social capital and social support on the web: the case of an internet mother site. *Sociol Health Illn*. 2005;27:920-43.

26. Conte F, Banting L, Teede HJ, Stepto NK. Mental health and physical activity in women with polycystic ovary syndrome: a brief review. *Sports Med.* 2015;45:497-504.
27. Greenwood EA, Pasch LA, Shinkai K, Cedars MI, Huddleston HG. Clinical course of depression symptoms and predictors of enduring depression risk in women with polycystic ovary syndrome: Results of a longitudinal study. *Fertil Steril.* 2018;111:147-156
28. Annagür BB, Kerimoglu ÖS, Tazegül A, Gündüz Ş, Gençoglu BB. Psychiatric comorbidity in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynaecol Res.*2015;41:1229-33.
29. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;117:126-31.
30. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2018;110:364-79.
31. Teede HJ, Misso ML, Boyle JA, Garad RM, McAllister V, Downes L, et al. Translation and implementation of the Australian-led PCOS guideline: clinical summary and translation resources from the International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *Med J Aust.* 2018;209:S3-8.
32. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Erratum. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 2018;34:38
33. ZareMobini F, Kazemi A, Farajzadegan Z. A comprehensive mental health care program for women with polycystic ovary syndrome: protocol for a mixed methods study. *Reprod Health.* 2018;15:46.

34. Gibson-Helm M, Teede H, Dunaif A, Dokras A. Delayed Diagnosis and a Lack of Information Associated With Dissatisfaction in Women With Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102:604-12.
35. March WA, Moore VM, Willson KJ, Phillips DIW, Norman RJ, Davies MJ. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample assessed under contrasting diagnostic criteria. *Hum Reprod.* 2010;25:544-51.
36. Lua ACY, How CH, King TFJ. Managing polycystic ovary syndrome in primary care. *Singapore Med J.* 2018;59:567-71.
37. Clark NM, Podolski AJ, Brooks ED, Chizen DR, Pierson RA, Lehotay DC, et al. Prevalence of Polycystic Ovary Syndrome Phenotypes Using Updated Criteria for Polycystic Ovarian Morphology. *Reprod Sci.* 2014;21:1034-43.
38. Teede H, Gibson-Helm M, Norman RJ, Boyle J. Polycystic ovary syndrome: perceptions and attitudes of women and primary health care physicians on features of PCOS and renaming the syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99:E107-111.

VII. Lexique

SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

GEU : Grossesse extra-utérine

FC : Fausse-couche

Littératie en santé : Consiste en l'utilisation d'informations et de compétences en santé dans le but de prendre des décisions éclairées et d'améliorer la santé.

Internaute : Utilisateur d'internet.

Forum : Sur internet, espace public virtuel destiné à l'échange de messages sur un thème donné.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Caractéristiques des participantes étudiées

Forum Allodocteur

Total commentaires 32

Total femmes 27 + 1 médecin

	Age	Durée d'infertilité	Autre	Traitement d'infertilité ou autre
1		8 mois	Syndrome anxieux (SA), spanioménorrhée, pas d'hirsutisme ni de surpoids	dydrogestérone
2		NP	FCS	0
3		12 mois environ	Syndrome anxio-dépressif (SAD), Acné, hirsutisme	citrate de clomifène, choriogonadotropine alfa, Progesterone, Estradiol valérate
4		2 ans		NP
5	31 ans	3,5 ans	SAD, Surpoids	FIV
6	30 ans	6 ans	Surpoids	dydrogestérone
7	23 ans	NP	Surpoids	citrate de clomifène
8	39 ans	NP		PMA
9	25 ans	6 mois	spanioménorrhée	dydrogestérone
10	26 ans	1,5 ans		citrate de clomifène
11		1 an		citrate de clomifène ou Follitropine
12	41 ans		Acné	Drilling ovarien, citrate de clomifène
13	29 ans	2 ans 4 mois	Surpoids, diabète type 2	Trt infertilité NP, Metformine
médecin				
14	24 ans	10 mois	Acné	citrate de clomifène
15	29 ans	9 mois		citrate de clomifène
16	33 ans	6 ans	Tuberculose génitale	citrate de clomifène
17	24 ans	3 ans	Obésité, hirsutisme, spanioménorrhée	Drilling, + stimulation ovulation NP
18	32 ans	2 ans	Prise de poids, hirsutisme, spanioménorrhée, SA	follitropine beta
19	33 ans		Hirsutisme, alopecie, surpoids	dydrogestérone, citrate de clomifène
20	21 ans	8 mois	Spanioménorrhée	dydrogestérone, citrate de clomifène
21			Syndrome dépressif (SD)	Drilling + stimulation ovulation NP
22	23 ans	1 an	Hirsutisme, tbles thyroïdiens	
23		NP		Progesterone
24	33 ans			Trt inducteur de l'ovulation NP
25	27 ans		Hyperprolactinémie	cabergoline, progestérone, citrate de clomifène, oestriol
26	24 ans	3 ans		
27	26 ans	6 ans		

Forum Journal des femmes Santé médecine

Total commentaires 170

Total femmes 100

	Age	Durée d'infertilité	Autre	Traitement d'infertilité ou autre
28				Metformine
29				citrate de clomifène
30				
31			SD	Metformine
32	24 ans	5 ans	SD, acné, hirsutisme	citrate de clomifène, progestérone, metformine, medroxyprogestérone
33		4 ans		Trt multiples NP, insémination artificielle
34	25 ans	1 an		citrate de clomifène, progestérone, metformine
35		5 ans		
36				
37	23 ans	7 mois	spanioménorrhée	
38				Drilling, choriogonadotropine alfa
39	23 ans	3 ans		Metformine
40		4 ans		citrate de clomifène, citrate de clomifène
41			Non infertile, donne conseils	
42				
43			Spanioménorrhée	citrate de clomifène
44		1 an	SD	dydrogestérone, citrate de clomifène
45		1 an		citrate de clomifène, citrate de clomifène
46	29 ans	1 an		
47		9 ans	SD	IAC, FIV, ICSI
48				Trt infertilité NP
49		1 an	SD	
50		1 an		
51				
52		1 an		Stimulations ovariennes
53			Spanioménorrhée	dydrogestérone
54	30 ans	1 an	Tble bipolaire	citrate de clomifène
55				
56	25 ans			Drilling
57		7 mois	SA	dydrogestérone
58		1 an	Spanioménorrhée	citrate de clomifène
59		1 an		Trt NP
60		3 ans		
61		1 an		follitropine beta

62	22 ans	1,5 ans		dydrogestérone, citrate de clomifène
63		1,5 an		Metformine
64		3 ans	SD, idées suicidaires	
65			Soutien	
66		Plusieurs années		citrate de clomifène, IAC, FIV
67				Drilling
68				
69				
70	26 ans	6 ans		
71		3 ans et demi		citrate de clomifène
72		3 ans et demi		
73		2 ans	SD	
74		8 ans		
75	31 ans	2 ans		Stimulations ovariennes, drilling
76		1 an		Metformine
77		9 ans		
78	32 ans	1,5 an		dydrogestérone, Metformine
79				dydrogestérone, citrate de clomifène, oestriol, Gonadotrophine
80		2 ans		dydrogestérone, citrate de clomifène, follitropine beta, Drilling
81		3 ans		Metformine, citrate de clomifène, citrate de clomifène
82	33 ans	4 ans et demi		citrate de clomifène, citrate de clomifène, follitropine beta, IAC
83		5 ans	Hyperprolactinémie	bromocriptine, citrate de clomifène
84				dydrogestérone, citrate de clomifène
85				citrate de clomifène, ménotropinee
86		3 ans		Metformine, IAC
87		9 ans		
88		2 ans	SA	
89		2 ans		citrate de clomifène, follitropine beta, IAC, FIV
90	Parle de sa sœur	2 ans		urofollitropine
91		1 an		
92				citrate de clomifène
93				citrate de clomifène
94			Conseils	
95	26 ans	3 ans		
96		4 ans	Surpoids	
97	28 ans	1 an		
98				citrate de clomifène
99		9 mois	SD	

100				PMA
101				choriogonadotropine alfa
102			Remerciements	dydrogestérone
103	22 ans	3 ans		citrate de clomifène, follitropine beta, citrate de clomifène, choriogonadotropine alfa, cetorelix, FIV
104		5 ans		citrate de clomifène oestriol dydrogestérone citrate de clomifène progestérone
105		3 ans		follitropine beta cetorelix choriogonadotropine alfa
106		1 an		citrate de clomifène
107				metformine
108		1 an et demi		citrate de clomifène
109				follitropine beta, choriogonadotropine alfa, progestérone
110				citrate de clomifène, Estrofem
111				metformine
112			Remerciements	
113	8 mois			citrate de clomifène, dydrogestérone
114			Encouragements	
115			Partage d'expérience perte de poids	
116		NP		
117			Enceinte	citrate de clomifène
118		1 an et demi		dydrogestérone, citrate de clomifène, citrate de clomifène, choriogonadotropine alfa
119	26 ans			citrate de clomifène Physiogine, dydrogestérone
120				dydrogestérone
121				follitropine beta choriogonadotropine alfa progestérone
122		4 ans		
123		2 ans		dydrogestérone
124				dydrogestérone?
125		3 ans		
126				
127				Trt NP

Forum Magicmaman

Total commentaires 16

Total femmes 7

	Age	Durée d'infertilité	Autre	Traitement d'infertilité ou autre
128			SA	
129				ménotropine, choriogonadotropine alfa
130				Stimulations
131				citrate de clomifène
132				citrate de clomifène
133				
134	25 ans	8 mois		dydrogestérone, citrate de clomifène

Forum Mamanpoulavie

Total commentaires 48

Total femmes 25

	Age	Durée d'infertilité	Autre	Traitement d'infertilité ou autre
135		2 mois		
136				Metformine, citrate de clomifène, létrozole
137				citrate de clomifène
138		2 ans		Metformine, citrate de clomifène
139		8 mois	Acné, surpoids	Metformine
140		10 mois		Metformine
141	35 ans	1 an		
142		2 ans		Metformine, medroxyprogestérone, létrozole
143	26 ans	1 an et demi		IAC
144	24 ans	8 mois		Metformine, citrate de clomifène
145				Trt hormonaux NP
146			Obésité	citrate de clomifène
147		1 an		
148	24 ans		Acné, règles irrégulières	
149				citrate de clomifène, metformine
150				létrozole
151	25 ans	2 ans		FIV
152		6 mois		citrate de clomifène
153				citrate de clomifène, Metformine
154				Trt hormonal NP

155		1 an et demi		
156				citrate de clomifène
157	34 ans	1 an	Hirsutisme	Metformine
158		15 mois	SA	
159	à propos de 2 amies SOPK			1 IAC et l'autre FIV

Forum PMAfertilité

1 commentaire

1 femme

160	22 ans	15 mois	Surpoids	dydrogestérone, citrate de clomifène
-----	--------	---------	----------	--------------------------------------

Forum FIV

Total commentaires 25

Total femmes 9

	Age	Durée d'infertilité	Autre	Traitement d'infertilité ou autre
161	31 ans		Surpoids, acné	Metformine
162	41 ans		Surpoids, acné	PMA
163	35 ans			PMA
164		1 an et demi		citrate de clomifène, IAC
165	22 ans			PMA
166	32 ans			FIV
167			SA	FIV
168		1 an		FIV
169	33 ans	1 an		FIV

Forum Doctissimo

Total commentaires 493

Total femmes 42

	Age	Durée d'infertilité	Autre	Traitement d'infertilité ou autre
170				citrate de clomifène
171		11 mois	SD	citrate de clomifène
172	24 ans	7 mois		dydrogestérone
173				citrate de clomifène choriogonadotropine alfa dydrogestérone
174				
175	34 ans	2 ans 9 mois	SAD	citrate de clomifène Metformine choriogonadotropine alfa progestérone
176	22 ans	4 mois		

177	19 ans	9 mois		dydrogestérone, citrate de clomifène, choriogonadotropine alfa
178	25 ans			citrate de clomifène
179	32 ans	1 an et demi		citrate de clomifène, choriogonadotropine alfa, Metformine
180	26 ans			IAC
181		1 an et demi		dydrogestérone, citrate de clomifène
182	29 ans	3 ans		citrate de clomifène, follitropine alfa, choriogonadotropine alfa
183	24 ans	1 an		dydrogestérone, citrate de clomifène
184	27 ans	1 an		Drilling, FIV
185	26 ans	1 an et demi		ménotropine
186	23 ans	4 ans		dydrogestérone citrate de clomifène choriogonadotropine alfa citrate de clomifène
187		15 mois		choriogonadotropine alfa
188		13 mois		
189	28 ans	13 mois		dydrogestérone
190			SD	
191		4 ans et demi	SD	
192				
193				citrate de clomifène
194	27 ans	8 mois	Acné, hirsutisme	
195	26 ans	20 mois		citrate de clomifène
196	37 ans	13 mois		
197	33 ans	2 ans		citrate de clomifène
198	29 ans		Acné, hirsutisme	dydrogestérone
199	30 ans	13 mois		citrate de clomifène
200	22 ans	2 ans		citrate de clomifène
201				Drilling
202	30 ans			Drilling
203	23 ans			FIV
204				citrate de clomifène
205	30 ans	1 an et demi		
206	22 ans			dydrogestérone, citrate de clomifène
207			Surpoids	
208			Surpoids	
209				
210				
211	24 ans	15 mois	Surpoids	

Total Commentaires 785

Total femmes 211

SA = Syndrome anxieux

SD = Syndrome dépressif

SAD = Syndrome anxio-dépressif

PMA = Prise en charge en PMA sans précisions

Trt = Traitement

Tble = Trouble

NP = Non précisé

FIV = Fécondation in vitro

IAC = Insémination intra-utérine

ICSI = Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes

Annexe 2 : Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and the management of polycystic ovary syndrome

- Un consensus international pour le SOPK a été publié en juillet 2018. Au total, 37 sociétés et organisations de 71 pays ont participé au processus. Ces recommandations ont été coordonnées par le National Health and medical research Council (NHMRC) Centre for Research Excellence in PCOS (CRESPCOS) australien, en partenariat avec l'European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) et l'American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Vingt réunions en présentiel sur une période de 15 mois ont portées sur 60 questions cliniques prioritaires. Les groupes d'experts internationaux comprenaient des pédiatres, des endocrinologues, des gynécologues, des spécialistes en soins primaires, en endocrinologie de la reproduction, en obstétrique, en psychiatrie, en psychologie, en diététique, en physiologie de l'exercice, en santé publique et autres, ainsi que des consommateurs, des experts en management de projet, en synthèse et en traduction.

Ressource consultable en anglais sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6112576/>

- La traduction suivante a été faite par l'auteur de la thèse, dans un but de diffusion plus aisée de ces recommandations en France.

NB : Le létrozole n'a pas l'AMM pour la prise en charge en PMA en France.

- Le grade des recommandations est déterminé par le groupe de développement des recommandations, basé sur des considérations structurées complètes du système de grade, incluant les effets attendus, les effets indésirables, leur balance bénéfice-risque, les ressources requises et le coût effectif, l'équité, l'acceptabilité et la faisabilité et inclut :

*. Recommandation conditionnelle contre l'option

**. Recommandation conditionnelle pour chaque option ou son équivalent

***. Recommandation conditionnelle pour l'option

****. Forte recommandation pour l'option

- **Qualité (certitude) des catégories de preuve**

Haute	++++	Très confiant dans le fait que l'effet réel est proche de l'effet estimé
Modérée	+++	Confiance modérée en l'effet estimé : L'effet réel est susceptible d'être proche de l'effet estimé, mais il est possible qu'il soit substantiellement différent.
Basse	++	Confiance limitée en l'effet estimé : L'effet réel peut être substantiellement différent de l'effet estimé.
Très basse	+	Très faible confiance en l'effet estimé : L'effet réel est susceptible d'être substantiellement différent de l'effet estimé

Note : Adapté à partir du Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)

- **EBR** = Evidence based recommendation

Lorsque les preuves sont suffisantes pour établir une recommandation.

CCR = Clinical consensus recommendation

Les recommandations cliniques consensuelles sont formulées en l'absence de données probantes sur le SOPK. Celles-ci sont fondées sur des preuves dans d'autres populations et sont faites par le groupe d'élaboration des recommandations, à l'aide de processus rigoureux et transparents.

CPP = Clinical practice point

Les points de pratique clinique sont élaborés lorsque des données basées sur des preuves n'ont pas été recherchées et lorsque des problèmes cliniques importants apparaissent à partir de la discussion sur le consensus clinique ou basé sur les preuves.

Recommandations et points de pratique

1. Dépistage, évaluation diagnostique, évaluation des risques

Cycles irréguliers et dysfonction ovulatoire

CCR	<p>L'irrégularité des cycles menstruels est définie comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normale la 1^{re} année post ménarche comme faisant partie de la transition pubertaire • De 1 à 3 ans post ménarche : <21 ou >45 jours • De 3 ans post ménarche à la ménopause : <21 ou > 35 jours ou < 8 cycles par an • Aménorrhée primaire à l'âge de 15 ans ou > 3 ans post thelarche (développement mammaire) <p>Quand une irrégularité des cycles menstruels est présente, le diagnostic de SOPK doit être considéré et dépisté en accord avec les recommandations</p>	****
CCR	Chez une adolescente avec des cycles menstruels irréguliers, la valeur et le moment optimal du dépistage et du diagnostic du SOPK doivent être discutés avec la patiente, en prenant en compte les implications diagnostiques à cette étape de la vie et les facteurs psychosociaux et culturels.	****
CPP	Pour les adolescentes ayant les caractéristiques du SOPK mais n'entrant pas dans les critères diagnostiques, elles doivent être considérées comme étant à « risque augmenté », avec conseils de réévaluation à la maturité reproductive complète, à 8 ans post ménarche, ou avant	
CPP	Une dysfonction ovulatoire peut aussi se produire avec des cycles réguliers et si une anovulation doit être confirmée, le niveau de progestérone plasmatique peut être mesuré	-

Hyperandrogénie biologique

EBR	La testostérone libre, l'index d'androgènes libres ou la testostérone biodisponible peuvent être utilisés pour évaluer l'hyperandrogénie biologique dans le diagnostic de SOPK	**** ++
EBR	Les analyses de haute qualité comme les dosages en chromatographie liquide-spectrométrie de masse et l'extraction/Chromatographie immunologique, peuvent être utilisés pour les analyses les plus courantes de testostérone totale ou libre dans le SOPK	*** ++
EBR	L'androsténédione ou le sulfate de dehydroepiandrosterone (S-DHEA) peuvent être utilisés si la testotérone libre ou totale ne sont pas élevées ; Toutefois, elles apportent une information additionnelle limitée dans le diagnostic du SOPK	*** ++
CCR	Les dosages de testostérone libre directe par analyses radiométriques ou liées à l'enzyme doivent de préférence ne pas être utilisés dans l'évaluation de l'hyperandrogénie biologique du SOPK, car elles ont démontré une faible sensibilité et précision.	
CPP	L'évaluation fiable de l'hyperandrogénie biologique n'est pas possible chez les femmes sous contraception hormonale, due aux effets sur la sex hormone-binding globulin (SHBG) et l'altération de la production d'androgènes dépendants des gonadotrophines	-
CPP	Quand l'évaluation de l'hyperandrogénie biologique est importante chez les femmes sous contraception hormonale, un arrêt médicamenteux est recommandé pour 3 mois au moins avant les dosages, et la gestion de la contraception avec une alternative non hormonale est nécessaire pendant ce temps.	-
CPP	La recherche d'hyperandrogénie biologique est plus utile dans l'établissement du diagnostic de SOPK et/ou son phénotype quand les signes cliniques d'hyperandrogénie (en particulier l'hirsutisme) sont peu francs ou absents.	-
CPP	L'interprétation des niveaux d'androgènes doivent être guidés par les normes de référence du laboratoire utilisé, en sachant que les normes pour différentes méthodes et laboratoires varient beaucoup. Les valeurs normales sont idéalement basées sur les niveaux provenant d'une population contrôle saine ou de l'analyse d'une large population en considérant leur stade pubertaire et leur âge.	-
CPP	Quand les taux d'androgènes sont nettement au-dessus des normes de référence du laboratoire, d'autres causes d'hyperandrogénie biologique doivent être envisagées. L'histoire de l'apparition et de la progression des symptômes est cruciale dans la recherche d'une néoplasie ; toutefois, certaines néoplasies sécrétant des androgènes peuvent seulement induire une élévation légère ou modérée des androgènes biologiques.	-

Hyperandrogénie clinique

CCR	L'interrogatoire et l'examen clinique doivent être complétés par les symptômes et les signes d'hyperandrogénie clinique, incluant l'acné, l'alopécie, et l'hirsutisme, et chez les adolescentes, l'acné sévère et l'hirsutisme.	****
CCR	Les professionnels de santé doivent être conscients du potentiel effet psychosocial négatif de l'hyperandrogénie clinique. Le signalement d'excès de pilosité indésirable et/ou d'alopécie doit être considéré comme important, indépendamment de sa sévérité clinique apparente.	****
CCR	Les échelles standardisées visuelles sont préférées pour l'évaluation de l'hirsutisme, comme le score modifié de Ferriman Gallwey (mFG) avec un niveau $\geq 4-6$ indiquant un hirsutisme, dépendant de l'origine ethnique, sachant que l'auto-traitement est fréquent et peut limiter l'évaluation clinique.	****
CCR	Le score visuel de Ludwig est utilisé préférentiellement pour l'évaluation du degré et de la distribution de l'alopécie.	****
CPP	Il n'existe pas d'échelles visuelles universelles pour l'évaluation de l'acné	
CPP	La prévalence de l'hirsutisme est la même quelle que soit l'origine ethnique, même si dans le mFG les limites de score pour définir l'hirsutisme et sa sévérité varient selon les ethnies.	-
CPP	Comme les variations ethniques de densité du duvet de pilosité sont notables, une surestimation de l'hirsutisme peut se produire si le duvet est confondu avec de vrais poils ; Seuls les poils terminaux (adultes) doivent être considérés dans l'hirsutisme pathologique, avec des poils terminaux > 5 mm de longueur si non traités, variant en forme et en texture et étant généralement pigmentés.	-

Echographie et morphologie des ovaires polykystiques (OPK)

CCR	L'échographie ne doit pas être utilisée pour le diagnostic de SOPK chez les femmes ayant un âge gynécologique < 8 ans (< 8 ans après la ménarche), à cause de la haute incidence des ovaires multi-folliculaires à ce stade de la vie.	****
CCR	Le seuil pour les OPK doit être révisé régulièrement avec l'avancée des technologies d'ultrasons, et des valeurs spécifiques à l'âge pour les OPK doivent être définies.	****
CCR	L'échographie endovaginale est préférée dans le diagnostic de SOPK, si activité sexuelle et si acceptable par l'individu après évaluation individuelle.	****
CCR	En utilisant un transducteur d'échographie endovaginale avec une bande passante de fréquence qui inclut 8 MHz, le seuil pour les OPK sur chaque ovaire est un nombre de follicules par ovaire ≥ 20 et/ou un volume ovarien ≥ 10 mL pour chaque ovaire, en s'assurant qu'aucun corps jaune, kyste ou follicule dominant n'est présent.	***
CPP	En utilisant des technologies plus anciennes, le seuil pour les OPK pourrait être un volume ovarien ≥ 10 mL pour chaque ovaire.	-
CPP	Chez les patientes avec des cycles menstruels irréguliers et une hyperandrogénie, une échographie ovarienne n'est pas nécessaire pour le diagnostic de SOPK ; Toutefois, l'échographie identifiera le phénotype SOPK complet.	-
CPP	Dans l'échographie abdominale, l'évaluation est centrée sur le volume ovarien avec un seuil de plus de 10 mL, étant donné les difficultés d'une évaluation fiable du nombre de follicules avec cette approche.	-

CPP	Des protocoles clairs sont recommandés pour rapporter le nombre de follicules par ovaire et le volume ovarien en échographie. Les standards recommandent d'inclure au minimum : <ul style="list-style-type: none"> - Date des dernières règles - La bande passante du transducteur - L'indication - Le nombre total de follicules mesurant entre 2 et 9 mm par ovaire - Les 3 dimensions et le volume de chaque ovaire - Rapporter l'épaisseur endométriale et son apparence est préférable, l'évaluation des 3 couches de l'endomètre étant utile pour rechercher une pathologie endométriale - Les autres pathologies utérines et ovariennes, aussi bien que les kystes ovariens, les corps jaunes et les follicules dominants ≥ 10 mm 	-
CPP	Il existe une nécessité d'entraînement minutieux et méticuleux de compte des follicules ovariens, pour améliorer le compte-rendu.	-

Hormone anti-Müllerienne (AMH)

EBR	Les niveaux d'AMH plasmatiques ne devraient pas être utilisés comme alternative pour la détection d'OPK ou comme unique test pour le diagnostic de SOPK.	*** ++
CPP	Il existe des preuves émergentes qu'avec l'amélioration de la standardisation des tests et l'établissement de seuils basés sur une validation à large échelle dans des populations de différents âges et origines ethniques, les dosages d'AMH pourraient être plus précis dans la détection du SOPK.	-

Variations ethniques

CCR	Les professionnels de santé doivent considérer les variations ethniques dans la présentation et les manifestations du SOPK, incluant : <ul style="list-style-type: none"> - Un phénotype relativement léger chez les caucasiennes - De plus hauts IMC chez les femmes caucasiennes, particulièrement en Amérique du Nord et en Australie - Un hirsutisme plus sévère chez les femmes hispaniques, méditerranéennes et du Moyen-Orient. - Une augmentation de l'obésité abdominale, de l'insulino-résistance, du risque métabolique et de l'acanthosis nigricans chez les asiatiques du Sud-Est et les indigènes d'Australie. - Des IMC plus bas et un hirsutisme moins marqué chez les asiatiques de l'Est - Des IMC plus hauts et des caractéristiques métaboliques particulières chez les africaines 	*****
-----	--	-------

A l'âge de la ménopause

CCR	La persistance post-ménopausique du SOPK pourrait être considérée comme probable si l'hyperandrogénie persiste.	*****
CCR	Un diagnostic de SOPK en post-ménopause peut être envisagé en cas de diagnostic passé de SOPK, d'histoire chronique d'irrégularités du cycle menstruel et d'hyperandrogénie et/ou d'OPK, pendant la vie reproductive.	***
CPP	Les femmes en post-ménopause présentant une hyperandrogénie d'apparition récente, sévère ou s'aggravant, incluant l'hirsutisme, requièrent des investigations pour éliminer des tumeurs androgéno-sécrétantes et une hyperthécose ovarienne.	-

Risque cardio-vasculaire

CCR	Toutes les femmes atteintes du SOPK devraient se voir proposer un suivi régulier des changements de poids et de l'excès de poids, convenu avec la femme et lorsque cela est acceptable pour elle. La surveillance pourrait se faire à chaque consultation ou au minimum tous les 6 à 12 mois, avec une fréquence planifiée et acceptée par l'individu et par le professionnel de santé.	****
CCR	Le poids, la taille et idéalement le tour de taille devraient être mesurés et l'IMC calculé avec les considérations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Les catégories d'IMC et de tour de taille doivent suivre les recommandations de l'OMS, en adaptant aux normes chez l'adolescent et selon l'ethnie - Une considération particulière doit être apportée pour les asiatiques et les groupes ethniques à haut-risque, les recommandations incluant une surveillance du tour de taille. 	****
CCR	Toutes les femmes ayant un SOPK doivent avoir une évaluation des facteurs de risque cardio-vasculaires et du risque cardio-vasculaire global.	****
CCR	Si la surveillance révèle des facteurs de risque cardio-vasculaires (CV), incluant l'obésité, le tabac, la dyslipidémie, l'hypertension artérielle, l'intolérance au glucose et le manque d'activité physique, les femmes doivent être considérées comme ayant un risque augmenté de maladie cardio-vasculaire.	****
CCR	Les femmes SOPK ayant un surpoids ou une obésité, sans tenir compte de l'âge, devraient avoir un bilan lipidique (cholestérol total, HDL et LDL cholestérol, triglycérides au diagnostic). Par la suite, la fréquence des dosages devrait être basée sur la présence d'une hyperlipidémie et le risque CV global.	****
CCR	Toutes les femmes ayant un SOPK devraient avoir une mesure annuelle de la pression artérielle, ou plus fréquemment selon le risque CV.	****
CPP	Les professionnels de santé doivent être conscients que le risque CV chez les femmes SOPK reste incertain dans l'attente d'études de haute qualité, toutefois la prévalence des facteurs de risque de maladie CV est augmentée, en justifiant le dépistage.	-
CPP	Il est nécessaire de considérer les différences significatives de risque de maladie CV selon les ethnies lors de la détermination du risque cardio-vasculaire.	-

Diabète gestationnel, intolérance au glucose et diabète de type 2

CCR	Les professionnels de santé et les femmes SOPK devraient être conscients que, sans tenir compte de l'âge, la prévalence du diabète gestationnel, de l'intolérance au glucose et du diabète de type 2 est significativement augmentée dans le SOPK (multipliée par 5 en Asie, par 4 en Amérique, par 3 en Europe), avec un risque indépendant, mais exacerbé, dû à l'obésité.	****
CCR	Les taux glycémiques de base doivent être évalués chez toutes les femmes SOPK. Par la suite, la surveillance devrait se faire tous les 3 ans, influencée par la présence d'autres facteurs de risque de diabète.	****
CCR	Un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO), une glycémie à jeun ou une HbA1c devraient être réalisés pour évaluer le statut glycémique. Chez les femmes SOPK à haut risque (incluant un IMC > 25, ou chez les asiatiques IMC > 23, une histoire de glycémie à jeun augmentée, d'intolérance au glucose ou diabète gestationnel, d'histoire familiale de diabète de type 2, d'hypertension ou d'ethnie à haut-risque), une HGPO est recommandée.	****
CCR	Une HGPO avec 75g de glucose devrait être proposée à toutes les femmes SOPK en pré-conceptionnel lors de la planification d'une grossesse ou de la demande de	****

	traitement pour l'infertilité, étant donné le haut risque d'hyperglycémie et de comorbidités associées pendant la grossesse. Si non faite en pré-conceptionnel, une HGPO doit être proposée avant 20 SA, et toutes les femmes SOPK doivent se faire proposer le test entre 24 et 28 SA.	
--	---	--

Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil (SAOS)

CCR	Le dépistage du SAOS dans le SOPK doit servir à identifier et soulager les symptômes reliés, tels que le ronflement, l'asthénie au réveil, la somnolence diurne, et le potentiel de la fatigue à contribuer aux troubles de l'humeur. Le dépistage ne doit pas avoir pour but d'améliorer le risque cardio-vasculaire, car les preuves du bénéfice du traitement du SAOS chez les femmes SOPK et dans la population générale sont insuffisantes.	****
CCR	Un simple questionnaire de dépistage, de préférence l'échelle de Berlin, peut être appliqué et si positif, considérer la possibilité d'adresser à un spécialiste.	***
CPP	Un dépistage positif augmente la probabilité de SAOS, toutefois cela ne quantifie pas la lourdeur des symptômes, et ne justifie pas un traitement à lui seul. Si les femmes SOPK ont des symptômes de SAOS et un dépistage positif, l'éventualité de les adresser à un centre spécialisé pour de plus amples évaluations doit être envisagée.	-

Cancer de l'endomètre

CCR	Les professionnels de santé et les femmes SOPK doivent être conscients d'un risque de cancer de l'endomètre multiplié par 2 à 6, qui survient parfois avant la ménopause ; Toutefois le risque absolu de cancer de l'endomètre reste relativement bas.	***
CPP	Les professionnels de santé doivent conduire facilement des investigations pour rechercher un cancer de l'endomètre chez les femmes ayant un SOPK ou une histoire de SOPK, par échographie endovaginale et/ou biopsie endométriale, recommandées si endomètre épaissi persistant et /ou facteurs de risque incluant aménorrhée prolongée, saignement vaginal anormal ou surpoids. Toutefois, le dépistage systématique par échographie de l'épaisseur de l'endomètre dans le SOPK n'est pas recommandé.	-
CPP	Les facteurs de prévention optimale de l'hyperplasie et du cancer de l'endomètre ne sont pas connus. Une approche pragmatique pourrait inclure un traitement par progestatifs ou contraception œstro-progestative chez les femmes ayant des cycles supérieurs à 90 jours.	-

2. Prévalence, dépistage, évaluation diagnostique et traitement du bien-être émotionnel

Qualité de vie

CCR	Les professionnels de santé et les femmes devraient être conscients de l'impact négatif du SOPK sur la qualité de vie.	****
CCR	Les professionnels de santé devraient recueillir et prendre en compte la perception des symptômes, l'impact sur la qualité de vie et les priorités personnelles de soin pour améliorer les résultats sur les patientes.	****
CPP	L'outil de qualité de vie des SOPK (PCOSQ), ou le PCOSQ modifié, peut être utile cliniquement pour surligner les caractéristiques du SOPK causant la plus grande détresse, et pour évaluer les résultats des traitements sur les préoccupations subjectives de santé des femmes SOPK.	-

Symptômes anxieux et dépressifs, dépistage et traitement

CCR	Les professionnels de santé devraient être conscients que dans le SOPK, il existe une haute prévalence de syndromes anxieux et dépressifs, modérés à sévères, chez les adultes ; et une probable augmentation de la prévalence chez les adolescents.	****
CCR	Les symptômes anxieux et dépressifs devraient être dépistés en routine chez toutes les adolescentes et les femmes SOPK lors du diagnostic. Si le dépistage de ces symptômes et/ou d'autres aspects du bien-être émotionnel sont positifs, une évaluation plus poussée et/ou adresser la patiente pour évaluation et traitement à des professionnels de santé qualifiés, informés des recommandations locales, doivent être réalisés.	****
CCR	Si un traitement est indiqué, une psychothérapie et/ou un traitement pharmacologique doivent être proposés dans le SOPK, en tenant compte des recommandations de pratique clinique locales.	****
CPP	L'intervalle optimal pour le dépistage des symptômes anxieux et dépressifs n'est pas connu. Une approche pragmatique pourrait inclure de répéter le dépistage à l'aide de son jugement clinique, en considérant les facteurs de risque, comorbidités et événements de vie.	-
CPP	L'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs implique l'évaluation des facteurs de risque, des symptômes et de leur sévérité. Les symptômes peuvent être évalués en accord avec les recommandations régionales, ou en utilisant une simple approche pas à pas (Voir les recommandations complètes pour les détails).	-
CPP	Quand un traitement pharmacologique pour l'anxiété et la dépression est proposé dans le SOPK, les choses suivantes nécessitent d'être prises en compte : <ul style="list-style-type: none"> - Une attention doit être portée à éviter un traitement inapproprié par antidépresseurs ou anxiolytiques. Quand les troubles de santé mentale sont clairement documentés et persistants, ou si des symptômes suicidaires sont présents, le traitement de la dépression ou de l'anxiété doivent suivre les guides de bonne pratique locaux. - L'utilisation d'agents qui exacerbent les symptômes du SOPK, notamment la prise de poids, nécessitent une considération particulière. 	-
CPP	Les facteurs incluant l'obésité, l'infertilité et l'hirsutisme doivent être pris en compte tout au long de l'utilisation des traitements hormonaux dans le SOPK, comme pouvant indépendamment exacerber les symptômes anxieux et dépressifs et d'autres aspects du bien-être émotionnel.	-

Fonction psychosexuelle

CCR	Tous les professionnels de santé devraient être conscients de la prévalence élevée de la dysfonction psychosexuelle et devraient envisager d'explorer comment les caractéristiques du SOPK, incluant l'hirsutisme et l'image corporelle, impactent la vie sexuelle et les relations sociales dans le SOPK.	****
CCR	Si une dysfonction psychosexuelle est suspectée, des outils comme le Female Sexual Function Index doivent être considérés.	****

Image corporelle

CCR	Les professionnels de santé et les femmes devraient être conscients que les caractéristiques du SOPK peuvent impacter l'image corporelle.	***
CPP	Une mauvaise image de soi peut être dépistée en suivant les recommandations locales ou en utilisant une approche pas à pas (Voir les recommandations complètes pour les détails).	-

Troubles du comportement alimentaire

CCR	Tous les professionnels de santé et les femmes devraient être conscients de la prévalence élevée des troubles du comportement alimentaires associés au SOPK.	**
CCR	Si des troubles du comportement alimentaire sont suspectés, de plus amples investigations et traitements, incluant une psychothérapie, peuvent être proposés par des professionnels de santé formés de façon appropriée, informés des recommandations locales ou utilisant une approche pas à pas (Voir les recommandations complètes pour les détails).	**

Ressources d'information, modèles de soin, considérations culturelles et linguistiques

CCR	Les ressources d'information et d'éducation pour les femmes ayant un SOPK doivent être culturellement appropriées, adaptées et de qualité, utilisant une approche respectueuse et empathique, et promouvant les soins personnels et les groupes de soutien de pairs.	****
CCR	Les ressources d'information et d'éducation pour les professionnels de santé devraient promouvoir les critères diagnostiques recommandés, une évaluation appropriée des comorbidités, et une hygiène de vie et un traitement pharmacologique efficaces.	****
CCR	Les informations sur le SOPK doivent être compréhensives, basées sur des preuves, et incluant les dimensions biopsychosociales du SOPK durant toute la durée de la vie.	****
CCR	Les besoins des femmes, préférences de communication, croyances, et culture, doivent être considérés, et il faut s'adresser à elles à travers des dispositifs appropriés sur le plan linguistique et culturel concernant les ressources et les soins.	****
CPP	Une prise en charge multidisciplinaire doit être envisagée pour les femmes qui le nécessitent. Les soins primaires sont généralement une place de choix pour diagnostiquer, évaluer et coordonner la prise en charge multidisciplinaire.	-
CPP	Les soins doivent être centrés sur la personne, orientés vers les priorités des femmes et être fournis en partenariat avec les femmes SOPK, et si approprié, leur famille.	-
CPP	La diffusion des recommandations et leur traduction incluant les outils d'éducation multimodale et les ressources, est important, avec la consultation et l'engagement d'intervenants internationaux.	-

3. Mode de vie

Efficacité des interventions sur le mode de vie

CCR	Un mode de vie sain comprenant une alimentation saine et une activité physique régulière devrait être recommandé chez toutes les personnes atteintes de SOPK, afin d'atteindre ou de maintenir un poids optimal et pour optimiser les résultats hormonaux, la santé générale, et la qualité de vie tout au long de la vie.	****
EBR	L'intervention sur le mode de vie (de préférence à composante multiple incluant le régime, l'exercice et les stratégies comportementales) devrait être recommandée chez toutes les femmes ayant un SOPK et un excès de poids, une obésité abdominale et une insulino-résistance.	*** ++
CPP	Des objectifs réalisables tels qu'une perte de poids de 5 à 10% chez les personnes ayant un excès de poids entraîne des améliorations cliniques significatives et est considérée comme réussie dans un délai de 6 mois. L'évaluation et la surveillance continue sont importantes pendant la perte et la stabilisation du poids chez toutes les femmes ayant un SOPK.	-
CPP	L'établissement d'objectifs spécifiques, mesurables, réalistes, réalisables et opportuns (SMART) et l'autosurveillance peuvent permettre d'atteindre des objectifs réalistes en matière de mode de vie.	-
CPP	Des facteurs psychologiques tels que l'anxiété ou la dépression, les troubles de l'image corporelle et les troubles de l'alimentation doivent être pris en considération et gérés pour optimiser l'engagement et l'adhérence aux interventions sur le mode de vie.	-
CPP	Les interactions des professionnels de santé autour d'un mode de vie sain, incluant le régime et l'exercice physique, doivent être respectueuses, centrées sur le patient et valoriser les préférences individuelles des femmes en matière de mode de vie sain et les différences culturelles, socio-économiques et ethniques. Les professionnels de santé doivent également tenir compte des sensibilités personnelles, de la marginalisation et des stigmatisations potentielles liées au poids.	-
CPP	L'IMC et le tour de taille des adolescentes et des groupes ethniques spécifiques doivent être pris en compte lors de l'optimisation du mode de vie et du poids.	-
CPP	Un mode de vie sain peut contribuer à améliorer la santé et la qualité de vie en l'absence de perte de poids.	-
CPP	Un mode de vie sain et une gestion optimale du poids semblent aussi efficaces dans le SOPK que dans la population générale, et sont la responsabilité conjointe de tous les professionnels de santé, en partenariat avec les femmes ayant un SOPK. Lorsque des questions complexes se posent, il faut envisager d'adresser à des professionnels de santé ayant reçu une formation adéquate.	-
CPP	Les groupes ethniques ayant un SOPK qui présentent un risque cardiométabolique élevé doivent faire l'objet d'une plus grande attention quant au mode de vie sain et à l'intervention sur le mode de vie (voir variations ethniques).	-

Stratégies comportementales

CCR	Les interventions sur le mode de vie pourraient comprendre des stratégies comportementales comme l'établissement d'objectifs, l'autosurveillance, le contrôle des stimuli, la résolution de problèmes, l'entraînement à l'affirmation de soi, une alimentation plus lente, le renforcement des changements et la prévention des rechutes, pour optimiser la gestion du poids, le mode de vie et le bien-être affectif des femmes atteintes de SOPK.	****
CPP	Des interventions compréhensives comportementales ou cognitivo-comportementales pourraient être envisagées pour accroître le soutien, l'engagement, le maintien, l'adhésion et la persistance d'un mode de vie sain et améliorer les résultats sur la santé chez les femmes atteintes du SOPK.	-

Interventions diététiques

CCR	Diverses approches alimentaires équilibrées pourraient être recommandées pour réduire l'apport énergétique alimentaire et induire une perte de poids chez les femmes ayant un SOPK et du surpoids ou de l'obésité, conformément aux recommandations générales de la population.	****
CCR	Les principes généraux d'une alimentation saine devraient être suivis par toutes les femmes ayant un SOPK tout au long de leur vie, conformément aux recommandations générales de la population.	****
CPP	Pour obtenir une perte de poids chez les personnes en excès pondéral, un déficit énergétique de 30% ou de 500 à 750 kcal/jour (1200 à 1500 kcal/jour) pourrait être prescrit aux femmes, en tenant compte des besoins énergétiques individuels, du poids corporel et du niveau d'activité physique.	-
CPP	Chez les femmes ayant un SOPK, il n'existe aucune preuve, ou des preuves limitées, qu'un type de régime spécifique équivalent en énergie est meilleur qu'un autre, ou qu'il existe une réponse différente à l'intervention sur la gestion du poids, comparativement aux femmes sans SOPK.	-
CPP	Il est important d'adapter les changements alimentaires aux préférences alimentaires, permettant une prise en charge souple et individuelle pour réduire l'apport énergétique et éviter les régimes trop restrictifs et déséquilibrés sur le plan nutritionnel, conformément aux recommandations de la population générale.	-

Interventions sur l'exercice physique

CCR	Les professionnels de santé devraient encourager et conseiller les mesures suivantes pour la prévention de la prise de poids et le maintien de la santé : <ul style="list-style-type: none"> - Chez les adultes de 18 à 64 ans, un minimum de 150 min/semaine d'activité physique d'intensité modérée ou 75 min/semaine d'activité physique d'intensité élevée ou une combinaison équivalente des deux, incluant des activités de renforcement musculaire sur 2 jours/semaine non consécutifs - Chez les adolescents, au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à importante par jour, y compris celles qui renforcent les muscles et les os, au moins 3 fois par semaine - L'activité doit être exécutée en périodes d'au moins 10 minutes ou environ 10 000 pas, avec l'objectif d'atteindre au moins 30 minutes par jour la plupart des jours. 	***
-----	--	-----

CCR	Les professionnels de santé devraient encourager et conseiller les mesures suivantes pour une perte de poids modeste, la prévention de la reprise du poids et de meilleurs bénéfices pour la santé : <ul style="list-style-type: none"> - Un minimum de 250 min/semaine d'activité d'intensité modérée ou 150 min/semaine d'activité physique d'intensité élevée ou une combinaison équivalente des 2, et des activités de renforcement musculaire impliquant des groupes musculaires majeurs sur 2 jours/semaine non consécutifs - Temps de sédentarité, devant un écran ou en position assise réduit au minimum. 	***
CPP	L'activité physique comprend l'activité physique pendant les loisirs, le transport comme la marche ou le vélo, le travail professionnel, les tâches ménagères, les jeux, les sports ou exercices planifiés, dans le contexte des activités quotidiennes, familiales et communautaires. Chaque jour, 10 000 pas est l'idéal, comprenant les activités de la vie quotidienne, et 30 minutes d'activité physique structurée, soit environ 3000 pas. La structuration des activités recommandées doit tenir compte des habitudes des femmes et des familles ainsi que des préférences culturelles.	-
CPP	Des objectifs d'activité physique spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, pertinents, limités dans le temps (SMART) pourraient inclure des séances de 10 minutes, augmentant progressivement l'activité physique de 5% par semaine, jusqu'à et au-dessus des recommandations	-
CPP	L'autosurveillance, y compris l'utilisation d'appareils de suivi de la condition physique et de technologies de comptage de pas et d'intensité de l'exercice, pourrait être utilisée comme complément pour soutenir et promouvoir un mode de vie actif et minimiser les comportements sédentaires.	-

Evaluation de l'obésité et du poids

CCR	Les professionnels de santé et les femmes devraient être conscients que les femmes atteintes du SOPK ont une prévalence plus élevée de prise de poids et d'obésité, représentant des préoccupations significatives pour les femmes, ayant une incidence sur leur santé et leur bien être émotionnel, avec un besoin clair de prévention.	***
CCR	Toutes les personnes ayant un SOPK devraient se voir proposer un suivi régulier des modifications de poids et de l'excès de poids (Voir risque de maladie cardio-vasculaire).	****
CPP	Lors de l'évaluation du poids, il faut tenir compte de la stigmatisation, de l'image corporelle négative et/ou de la faible estime de soi, et l'évaluation doit être respectueuse et bienveillante. Au préalable, il faut fournir des explications sur le but et la façon dont l'information sera utilisée, ainsi que sur la possibilité de poser des questions et d'exprimer ses préférences, obtenir leur autorisation et utiliser les échelles et les mètre-ruban de façon adéquate. Les implications des résultats doivent être expliquées, et lorsque cela a un impact sur le bien-être émotionnel, un soutien doit être fourni.	-
CPP	La prévention de la prise de poids, la surveillance du poids et l'encouragement d'un mode de vie sain, fondés sur des données probantes et appropriés sur le plan socioculturel sont importants dans le SOPK, en particulier dès l'adolescence.	-

4. Traitement pharmacologique pour les indications en dehors de l'infertilité

Principes du traitement pharmacologique dans le SOPK

CPP	Il est important de tenir compte des caractéristiques, des préférences et des valeurs personnelles de la personne pour recommander un traitement pharmacologique.	-
CPP	Lorsqu'un traitement pharmacologique est prescrit dans le cadre du SOPK, il faut tenir compte des bénéfices, des effets indésirables et des contre-indications dans le SOPK et la population générale, et en discuter avant de le débiter.	-
CPP	Les contraceptifs oraux combinés (COC), la metformine et les autres traitements pharmacologiques ne disposent pas d'une AMM pour le SOPK. Toutefois, l'utilisation hors AMM est essentiellement fondée sur des données probantes et autorisée dans de nombreux pays. Lorsque cela est autorisé, les professionnels de santé doivent informer la femme et discuter des données probantes, des préoccupations possibles et des effets secondaires du traitement.	-
CPP	Des approches holistiques sont nécessaires et la thérapie pharmacologique dans le cadre du SOPK doit être envisagée parallèlement à l'éducation, au mode de vie et d'autres options comme la thérapie esthétique et les conseils.	-

Contraceptifs oraux combinés (COC)

EBR	Les COC seuls pourraient être recommandés chez les femmes adultes ayant un SOPK pour la gestion de l'hyperandrogénie et/ou des cycles menstruels irréguliers	**** ++
EBR	Les COC seuls pourraient être envisagés chez les adolescentes avec un diagnostic clair de SOPK pour la gestion de l'hyperandrogénie clinique et/ou des cycles menstruels irréguliers.	*** ++
EBR	Les COC seuls pourraient être envisagés chez les adolescentes considérées comme « à risque » mais pas encore diagnostiquées SOPK, pour la gestion de l'hyperandrogénie clinique et des cycles menstruels irréguliers.	*** ++
EBR	Des types ou doses spécifiques de progestatifs, d'œstrogènes, ou d'association en COC ne peuvent actuellement être recommandés chez les adultes et les adolescentes atteintes de SOPK, et la pratique devrait s'inspirer des lignes directrices de la population générale.	*** ++
CCR	Les préparations à base de 35 microgrammes d'éthinylœstradiol plus acétate de cyprotérone ne devraient pas être envisagées en première ligne dans le SOPK, conformément aux recommandations pour la population générale, à cause des effets indésirables incluant le risque thromboembolique veineux.	*
CPP	Pour la prescription de COC chez les adultes et les adolescentes ayant un SOPK : <ul style="list-style-type: none"> - Diverses préparations de COC ont une efficacité similaire dans le traitement de l'hirsutisme - Les doses les plus faibles d'œstrogènes (comme 20-30 microgrammes d'éthinylœstradiol ou équivalent) et les préparations d'œstrogène naturel sont préférées, en mettant en balance l'efficacité, le profil de risque métabolique, les effets secondaires, le coût et la disponibilité. - Les données généralement limitées sur les effets des COC dans le SOPK doivent être appréciées en tenant compte des recommandations pour la population générale (recommandations de l'OMS). - Les contre-indications relatives et absolues et les effets secondaires des COC doivent être pris en compte et faire l'objet d'une discussion individualisée. - Il faut tenir compte des facteurs de risque propres au SOPK comme un IMC élevé, l'hyperlipidémie et l'hypertension artérielle. 	-

Contraceptifs oraux combinés en association avec la metformine et/ou des agents pharmacologiques anti-androgènes

EBR	En association avec les COC, la metformine devrait être envisagée chez les femmes ayant un SOPK pour la gestion des caractéristiques métaboliques quand le COC et les changements de mode de vie n'atteignent pas les objectifs désirés.	**** ++
EBR	En association avec le COC, la metformine devrait être envisagée chez les adolescentes ayant un SOPK et un IMC ≥ 25 kg/m ² quand le COC et les changements de mode de vie n'atteignent pas les objectifs désirés.	**** ++
CPP	En association avec le COC, la metformine peut être plus bénéfique dans les groupes à haut risque métabolique incluant les personnes ayant des facteurs de risque de diabète, une intolérance au glucose, ou les groupes ethniques à haut risque.	-
EBR	En association avec le COC, les anti-androgènes doivent être envisagés dans le SOPK seulement pour traiter l'hirsutisme, si échec d'amélioration des symptômes après au moins 6 mois de COC et de thérapie esthétique.	** ++
CCR	En association avec le COC, les anti-androgènes pourraient être envisagés pour le traitement de l'alopecie liée aux androgènes dans le SOPK.	**
CPP	Dans le SOPK, les anti-androgènes doivent être utilisés avec une contraception efficace, pour éviter le risque de féminisation du fœtus masculin. La disponibilité et le statut réglementaire de ces agents sont variables, et pour certains agents, la toxicité hépatique potentielle exige la prudence	-

Metformine

EBR	La metformine, en plus du mode de vie, pourrait être recommandée chez les femmes adultes atteintes du SOPK, pour le traitement du poids et des troubles hormonaux et métaboliques.	*** ++
EBR	La metformine, en plus du mode de vie, devrait être envisagée chez les femmes adultes atteintes du SOPK avec IMC ≥ 25 kg/m ² pour la gestion du poids et des troubles métaboliques.	*** ++
EBR	La metformine, en plus du mode de vie, pourrait être envisagée chez les adolescentes ayant un diagnostic clair de SOPK ou présentant des symptômes de SOPK avant que le diagnostic ne soit posé.	*** ++
CPP	La metformine présente un plus haut bénéfice dans les groupes à haut risque métabolique, y compris ceux qui présentent des facteurs de risque de diabète, une intolérance au glucose ou des groupes ethniques à haut risque (voir Variation ethnique).	-
CPP	Lorsque la metformine est prescrite, il faut tenir compte de ce qui suit : - Les effets indésirables, y compris les effets secondaires gastro-intestinaux qui dépendent généralement de la dose et de limites personnelles, doivent faire l'objet d'une discussion individualisée. - Débuter par une faible dose, par paliers de 500 mg, 1 à 2 fois par semaine et utiliser des préparations à libération prolongée peut réduire au minimum les effets secondaires. - L'utilisation de la metformine semble sûre à long terme, d'après l'utilisation dans d'autres populations, mais les besoins continus doivent être pris en compte et son utilisation peut être associée à des taux faibles de vitamine B12. - Son utilisation n'a généralement pas l'AMM dans cette indication et les professionnels de santé doivent en informer les femmes et discuter des données probantes, des préoccupations possibles et des effets secondaires.	-

Agents pharmacologiques anti-obésité

CCR	Les médicaments contre l'obésité, en plus du mode de vie, pourraient être envisagés pour la prise en charge de l'obésité chez les adultes atteints de SOPK après une intervention sur le mode de vie, conformément aux recommandations de la population générale.	-
CCR	Pour les médicaments contre l'obésité, le coût, les contre-indications, les effets secondaires, la disponibilité variable et le statut réglementaire doivent être pris en compte et la grossesse doit être évitée pendant la prise de ces médicaments.	-

Agents pharmacologiques anti-androgènes

EBR	Lorsque les COC sont contre-indiqués ou mal tolérés, en présence d'autre forme efficace de contraception, les anti-androgènes pourraient être envisagés pour traiter l'hirsutisme et l'alopecie androgénique.	*** +
CPP	Il n'est actuellement pas possible de recommander des types ou des doses spécifiques d'anti-androgènes en l'absence de données probantes suffisantes dans le SOPK.	-

Inositol

EBR	L'inositol (sous quelque forme que ce soit) devrait actuellement être considéré comme un traitement expérimental dans le SOPK, et les preuves émergentes de son efficacité soulignent la nécessité de poursuivre les recherches.	* +
CPP	Les femmes qui prennent de l'inositol et d'autres thérapies complémentaires sont encouragées à en informer leur professionnel de santé.	-

5. Évaluation et traitement de l'infertilité

Évaluation des facteurs qui peuvent influencer sur la fertilité, la réponse au traitement ou l'issue de la grossesse

CPP	Des facteurs tels que la glycémie, le poids, la tension artérielle, le tabagisme, l'alcool, l'alimentation, l'exercice, le sommeil et la santé mentale, émotionnelle et sexuelle doivent être optimisés chez les femmes atteintes du SOPK, pour améliorer les résultats en matière de reproduction et d'obstétrique, conformément aux recommandations formulées dans la population générale. Consultez les sections sur le mode de vie, le bien-être émotionnel et le risque de diabète.	-
CPP	La surveillance pendant la grossesse est importante chez les femmes atteintes du SOPK, étant donné le risque accru de complications pour la mère et l'enfant.	-
CCR	Chez les femmes atteintes de SOPK et d'infertilité due à l'anovulation seule, avec une analyse normale du sperme, les risques, les avantages, les coûts et le moment de l'analyse de la perméabilité des trompes devraient être discutés sur une base individuelle.	***
CCR	Le test de perméabilité des trompes doit être envisagé avant l'induction de l'ovulation chez les femmes atteintes du SOPK lorsque l'on soupçonne une infertilité tubaire.	***

Principes d'induction de l'ovulation

CPP	L'utilisation d'agents d'induction de l'ovulation, tels que le létrozole, la metformine et le citrate de clomifène, n'a pas d'AMM dans cette indication dans de nombreux pays. Lorsque l'utilisation hors AMM d'agents d'induction de l'ovulation est tolérée, les professionnels de la santé doivent en informer les femmes et discuter des preuves, des préoccupations possibles et des effets secondaires	-
CPP	La grossesse doit être exclue avant l'induction de l'ovulation.	-
CPP	L'utilisation prolongée, sans succès, d'agents d'induction de l'ovulation doit être évitée, en raison des faibles taux de réussite.	-

Létrozole

EBR	Le létrozole devrait être considéré comme un traitement pharmacologique de première intention pour l'induction de l'ovulation chez les femmes présentant un SOPK avec infertilité anovulatoire et aucun autre facteur d'infertilité pour améliorer les taux d'ovulation, de grossesse et de naissance vivante.	**** ++
CPP	Lorsque le létrozole n'est pas disponible ou que son utilisation n'est pas autorisée ou que son coût est prohibitif, les professionnels de santé peuvent utiliser d'autres agents d'induction de l'ovulation.	-
CPP	Les professionnels de santé et les femmes doivent savoir que le risque de grossesse multiple semble être moindre avec le létrozole, comparativement au citrate de clomifène.	-

Citrate de clomifène et metformine

EBR	Le citrate de clomifène pourrait être utilisé seul chez les femmes présentant un SOPK avec infertilité anovulatoire et aucun autre facteur d'infertilité pour améliorer les taux d'ovulation et de grossesse.	*** +
EBR	La metformine pourrait être utilisée seule chez les femmes présentant un SOPK, une infertilité anovulatoire et aucun autre facteur d'infertilité, pour améliorer les taux d'ovulation, de grossesse et de naissance vivante, bien que les femmes devraient être informées qu'il existe des agents plus efficaces pour l'induction de l'ovulation.	*** +++
EBR	Le citrate de clomifène pourrait être utilisé de préférence, en considérant le citrate de clomifène ou la metformine, pour l'induction de l'ovulation chez les femmes avec SOPK qui sont obèses (IMC est ≥ 30 kg/m ²) avec infertilité anovulatoire et aucun autre facteur d'infertilité.	*** ++
EBR	Si la metformine est utilisée pour l'induction de l'ovulation chez les femmes atteintes de SOPK qui sont obèses (IMC ≥ 30 kg/m ²) avec infertilité anovulatoire et aucun autre facteur d'infertilité, le citrate de clomifène pourrait être ajouté pour améliorer l'ovulation, la grossesse et les taux de naissance vivante.	*** ++
EBR	Le citrate de clomifène pourrait être combiné avec la metformine, plutôt que de persister avec le citrate de clomifène seul, chez les femmes atteintes de SOPK qui sont résistantes au citrate de clomifène, avec une infertilité anovulatoire et aucun autre facteur d'infertilité, pour améliorer l'ovulation et les taux de grossesse.	*** ++
CPP	Le risque de grossesses multiples augmente avec l'utilisation du citrate de clomifène et, par conséquent, une surveillance doit être envisagée.	-

Gonadotrophines

EBR	Les gonadotrophines pourraient être utilisées comme agents pharmacologiques de deuxième intention chez les femmes atteintes de SOPK avec échec du traitement d'induction de l'ovulation orale de première intention et qui sont anovulatoires, sans autres facteurs d'infertilité.	*** ++
EBR	Les gonadotrophines pourraient être envisagées comme traitement de première intention, en présence d'une surveillance échographique, après que des conseils sur le coût et le risque potentiel d'une grossesse multiple aient été donnés chez les femmes présentant un SOPK avec infertilité anovulatoire et aucun autre facteur d'infertilité.	*** ++
EBR	Les gonadotrophines, lorsqu'elles sont disponibles et accessibles, devraient être utilisées de préférence au citrate de clomifène combiné à la metformine pour l'induction de l'ovulation, chez les femmes atteintes de SOPK avec infertilité anovulatoire, résistance au citrate de clomifène et aucun autre facteur de stérilité, pour améliorer l'ovulation, la grossesse et les taux de naissances vivantes.	**** +++
EBR	Les gonadotrophines associées à la metformine pourraient être utilisées plutôt que les gonadotrophines seules, chez les femmes atteintes de SOPK présentant une infertilité anovulatoire, une résistance au citrate de clomifène et aucun autre facteur d'infertilité, pour améliorer l'ovulation, la grossesse et les taux de naissances vivantes.	*** +++
EBR	Les gonadotrophines ou la chirurgie ovarienne laparoscopique pourraient être utilisées chez les femmes atteintes de SOPK présentant une infertilité anovulatoire, une résistance au citrate de clomifène et aucun autre facteur d'infertilité, après leur avoir expliqué les avantages et les risques liés à chaque traitement.	**** +++
CPP	Lorsque des gonadotrophines sont prescrites, il faut tenir compte des facteurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Coût et disponibilité. • Expertise requise pour l'utilisation dans l'induction de l'ovulation. • Degré de contrôle échographique intensif requis. • Absence de différence dans l'efficacité clinique des préparations de gonadotrophines disponibles. • Les protocoles de gonadotrophine à faible dose optimisent le développement monofolliculaire. • Risque et implications d'une grossesse multiple potentielle. 	-
CPP	L'ovulation induite par les gonadotrophines n'est déclenchée que lorsqu'il y a moins de trois follicules matures et doit être annulée s'il y a plus de deux follicules matures, la patiente devant éviter les rapports sexuels non protégés.	-

Agents pharmacologiques anti-obésité

CCR	Les agents pharmacologiques anti-obésité devraient être considérés comme une thérapie expérimentale chez les femmes atteintes du SOPK dans le but d'améliorer la fertilité, le rapport bénéfice/risque étant actuellement trop incertain pour justifier d'une telle thérapie comme thérapie de fertilité.	*
-----	---	---

Chirurgie laparoscopique

EBR	La chirurgie ovarienne laparoscopique pourrait être un traitement de deuxième intention pour les femmes atteintes du SOPK, qui sont résistantes au citrate de clomifène, qui présentent une infertilité anovulatoire et aucun autre facteur d'infertilité.	*** ++
CCR	La chirurgie ovarienne par laparoscopie pourrait potentiellement être proposée comme traitement de première intention si la laparoscopie est indiquée pour une autre raison chez les femmes présentant un SOPK avec infertilité anovulatoire et aucun autre facteur d'infertilité.	***
CPP	Les risques doivent être expliqués à toutes les femmes atteintes du SOPK qui envisagent une chirurgie ovarienne laparoscopique.	-
CPP	Lorsqu'une chirurgie ovarienne laparoscopique doit être envisagée, il faut tenir compte des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Coût comparatif. • Expertise requise pour l'utilisation dans l'induction de l'ovulation. • Les risques peropératoires et postopératoires sont plus élevés chez les femmes en surpoids et obèses. • Il peut y avoir un faible risque associé de réserve ovarienne inférieure ou de perte de la fonction ovarienne. • La formation d'adhérence péri-annexielle peut constituer un risque associé. 	-

Chirurgie bariatrique

CCR	La chirurgie bariatrique devrait être considérée comme une thérapie expérimentale chez les femmes atteintes du SOPK, dans le but d'avoir un bébé en bonne santé, avec un rapport bénéfice/risque actuellement trop incertain pour la recommander comme thérapie de fertilité.	*
CPP	Si la chirurgie bariatrique doit être prescrite, il faut tenir compte de ce qui suit: <ul style="list-style-type: none"> • Coût comparatif. • Besoin d'un programme structuré de gestion du poids comprenant un régime alimentaire, de l'activité physique et des interventions pour améliorer la santé psychologique, musculo-squelettique et cardiovasculaire qui doit se poursuivre après l'opération. • Risques périnataux tels que petits poids pour l'âge gestationnel, accouchement prématuré, augmentation possible de la mortalité infantile. • Avantages potentiels tels que réduction de l'incidence de biométries élevées du fœtus pour l'âge gestationnel et le diabète gestationnel. • Recommandations à éviter une grossesse pendant les périodes de perte de poids rapide, et pendant au moins 12 mois après une chirurgie bariatrique, avec contraception appropriée. <p>En cas de grossesse, il faut tenir compte de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La surveillance et la prise en charge préventive des carences nutritionnelles pré- et post-opératoires sont importantes, idéalement dans un contexte de soins interdisciplinaires spécialisés. • Surveillance de la croissance foetale pendant la grossesse. 	-

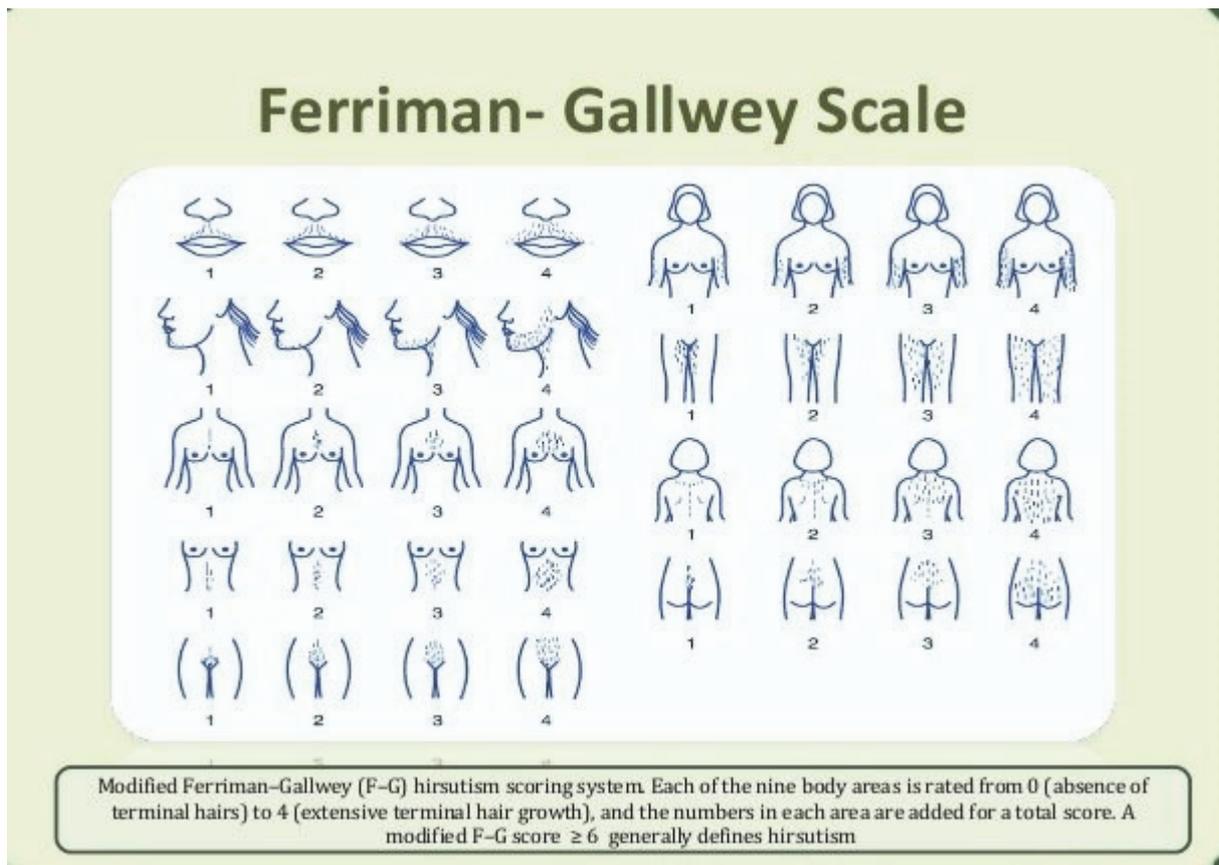
Fécondation in vitro (FIV)

CCR	En l'absence d'une indication absolue de FIV ± ICSI, les femmes atteintes de SOPK et d'infertilité anovulatoire pourraient se voir proposer la FIV en troisième intention lorsque le traitement d'induction de l'ovulation en première ou deuxième ligne a échoué.	***
CPP	Chez les femmes ayant un SOPK anovulatoire, l'utilisation de la FIV est efficace et lorsque le transfert d'embryon unique électif est utilisé, les risques de grossesses multiples peuvent être minimisés.	-
CPP	Les femmes dont le SOPK est traité par FIV ± ICSI doivent être informées avant le début du traitement, y compris sur : <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité, coût et commodité. • Risque accru de syndrome d'hyperstimulation ovarienne. • Options pour réduire le risque d'hyperstimulation ovarienne. 	-
CCR	Une hormone de stimulation folliculaire urinaire ou recombinante peut être utilisée chez les femmes dont le SOPK fait l'objet d'une hyperstimulation ovarienne contrôlée pour la FIV ± ICSI, mais les données probantes sont insuffisantes pour recommander des préparations spécifiques d'hormone folliculostimulante (FSH).	-
CCR	Le traitement par l'hormone lutéinisante recombinante exogène ne doit pas être utilisé systématiquement en association avec l'hormonothérapie folliculostimulante chez les femmes dont le SOPK nécessite une hyperstimulation ovarienne contrôlée en FIV ± ICSI.	-
EBR	Un protocole d'antagoniste hormonal de libération de gonadotrophines est préférable à un long protocole d'agoniste de gonadotrophines, chez les femmes dont le SOPK est soumis à un cycle FIV ± ICSI pour réduire la durée de la stimulation, la dose totale de gonadotrophine et l'incidence du syndrome d'hyper stimulation ovarienne (SHO).	*** ++
CPP	La gonadotrophine chorionique humaine est mieux adaptée à des doses les plus faibles pour déclencher la maturation finale des ovocytes chez les femmes dont le SOPK subit un cycle FIV ± ICSI pour réduire l'incidence du SHO.	-
CPP	Le déclenchement de la maturation finale des ovocytes avec un agoniste de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH) et la congélation de tous les embryons corrects pourraient être envisagés chez des femmes ayant un cycle FIV/ICSI avec un protocole antagoniste du GnRH et à risque accru de développer un SHO ou dont aucun transfert frais de ces embryons n'est prévu.	-
CPP	Dans les cycles de FIV ± ICSI chez les femmes atteintes du SOPK, il faut envisager une congélation élective de tous les embryons.	-
EBR	La thérapie adjuvante par de la metformine pourrait être utilisée avant et/ou pendant la stimulation ovarienne par l'hormone folliculo-stimulante chez les femmes dont le SOPK est en cours de FIV ± ICSI avec un protocole agoniste GnRH, pour réduire le risque de SHO et pour améliorer le taux clinique de grossesse.	*** ++
CCR	Dans le cadre d'un protocole agoniste de la GnRH avec traitement adjuvant par la metformine, on pourrait envisager ce qui suit chez les femmes dont le SOPK est soumis à une FIV ± ICSI : <ul style="list-style-type: none"> • Début du traitement par la metformine au début du traitement par l'agoniste de la GnRH. • La metformine est utilisée à une dose de 1000 à 2550 mg par jour. 	-

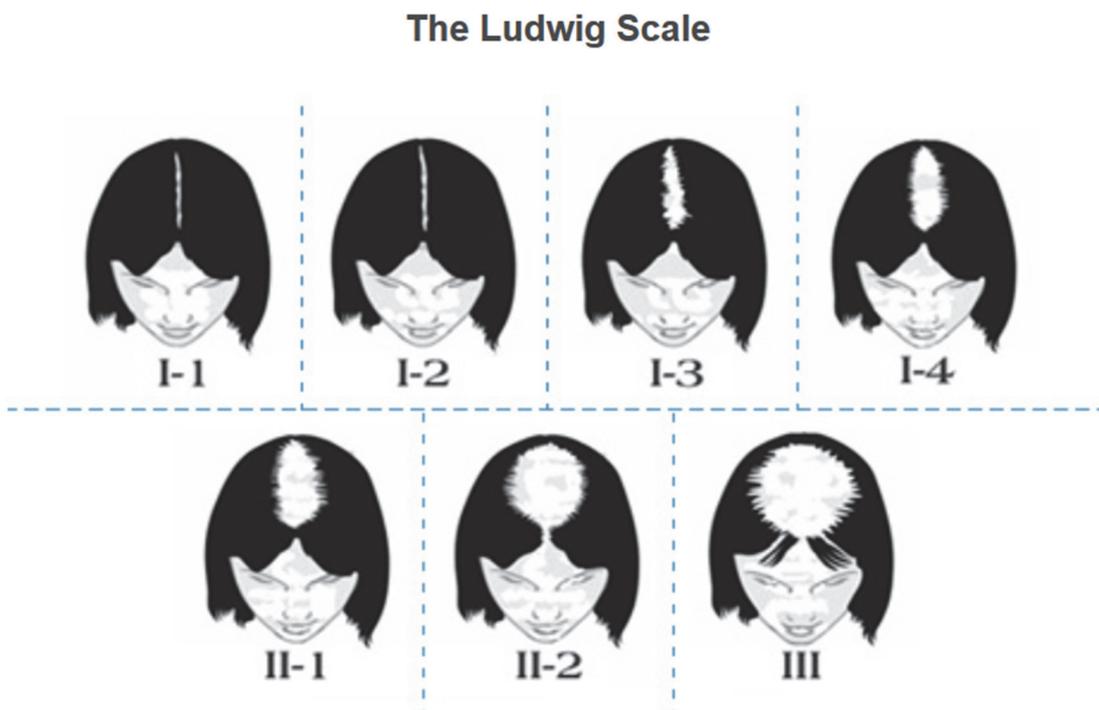
	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de la metformine au moment du test de grossesse ou des menstruations (à moins que le traitement par metformine ne soit indiqué pour une autre raison). • Effets secondaires de la metformine (voir la section sur la metformine dans ce tableau). 	
CPP	Dans les cycles de FIV ± ICSI, les femmes atteintes de SOPK pourraient être informées des avantages potentiels de la metformine en association avec un antagoniste de la GnRH pour réduire le risque du syndrome d'hyperstimulation ovarienne (voir ci-dessus les considérations relatives au traitement par la metformine).	-
CPP	Le terme de traitement par maturation in vitro (MIV) s'applique à " la maturation in vitro de complexes cumulus-ovocytes immatures* prélevés dans les follicules antraux " (comprenant les cycles avec et sans stimulation, mais sans l'utilisation d'une gonadotrophine humaine).	-
CCR	Dans les unités ayant une expertise suffisante, la MIV pourrait être proposée pour atteindre des taux de grossesse et de naissance vivante proches de ceux du traitement standard FIV ± ICSI sans le risque de SHO pour les femmes atteintes du SOPK, quand l'embryon est généré, puis vitrifié et dégelé et transféré lors d'un cycle ultérieur.	**

* Le complexe cumulus-ovocyte est ovulé pendant la phase ovulatoire du cycle menstruel et comporte : un ovocyte entouré de cellules granulosas spécialisées, appelées cellules cumulus. Les cellules cumulus entourant l'ovocyte assurent un développement sain de l'ovocyte et de l'embryon.

Annexe 3 : Score de Ferriman Gallwey pour l'hirsutisme



Annexe 4 : Score de Ludwig pour l'alopecie



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Vécu et niveau de littératie en santé des femmes infertiles ayant un syndrome des ovaires polykystiques

Objectifs - Faire ressortir le vécu et le niveau de littératie en santé des femmes infertiles atteintes de syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) consultant les forums internet.

Méthodes - Etude qualitative par méthode inductive à partir de forums internet auxquels participent les femmes atteintes de syndrome des ovaires polykystiques et infertiles.

Résultats - 785 commentaires ont été analysés, provenant de 211 femmes sur 7 forums de discussion. Un retard diagnostique et une carence d'informations concernant la pathologie du syndrome des ovaires polykystiques ont été observés. Le SOPK et l'infertilité étaient associés à un syndrome anxio-dépressif, majoré par un faible niveau de littératie en santé. Ce dernier semblait être amélioré par les échanges de connaissances et le partage de savoir expérientiel permis par les forums internet.

Conclusion - Les femmes infertiles atteintes de SOPK souffrent de syndrome anxio-dépressif et d'un faible niveau de littératie en santé. Ces éléments semblent être améliorés par l'information collectée sur les forums internet suggérant le rôle fondamental de l'implication active de ces femmes dans leur prise en charge.

Mots clés : SOPK, infertilité, souffrance, forums, littératie en santé

ABSTRACT

Lived experience and health literacy level of infertile women with polycystic ovary syndrome

Objectives - To highlight the experience and health literacy level of infertile Internet users women with polycystic ovary syndrome (PCOS)

Methods - Qualitative study by inductive method conducted on infertile women with PCOS that share their self-experience on internet forums.

Results - 785 comments were analyzed, from 211 women on 7 discussion forums. A delayed diagnosis and a lack of information regarding PCOS have been identified. PCOS and infertility were associated with an anxio-depressive syndrome, compounded by low health literacy levels. This one seemed to be improved by the knowledge exchanges and experiential learning enabled by the Internet forums.

Conclusion - Infertile women with PCOS consulting internet forums suffered from anxio-depressive syndrome and low health literacy level. These elements seem to be improved by informations collected in internet forums, suggesting the fundamental role of the active involvement of these women in their care.

Keywords : PCOS, infertility, suffering, forums, health literacy