Existe-t-il un écart de prise en charge de la douleur chronique selon le genre des patients ? Le point de vue des patients

Samuel de Bie

▶ **To cite this version:**

Samuel de Bie. Existe-t-il un écart de prise en charge de la douleur chronique selon le genre des patients ? Le point de vue des patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03109091

HAL Id: dumas-03109091

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03109091

Submitted on 13 Jan 2021

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

Existe-t-il un écart de prise en charge de la douleur chronique selon le genre des patients ? Le point de vue des patients.

T H E 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 Décembre 2020

Par Monsieur Samuel DE BIE

Né le 6 décembre 1989 à Bonheiden (BELGIQUE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GUIS Sandrine	**Président**
Monsieur le Professeur BERBIS Philippe	**Assesseur**
Monsieur le Professeur DISDIER Patrick	**Assesseur**
Monsieur le Professeur FRANCES Yves	**Assesseur**
Monsieur le Docteur LUTAUD Romain	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Existe-t-il un écart de prise en charge de la douleur chronique selon le genre des patients ? Le point de vue des patients.

T H E 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 Décembre 2020

Par Monsieur Samuel DE BIE

Né le 6 décembre 1989 à Bonheiden (BELGIQUE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GUIS Sandrine	**Président**
Monsieur le Professeur BERBIS Philippe	**Assesseur**
Monsieur le Professeur DISDIER Patrick	**Assesseur**
Monsieur le Professeur FRANCES Yves	**Assesseur**
Monsieur le Docteur LUTAUD Romain	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	**:**	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	**:**	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
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
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
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

EMERITAT

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	RUFO 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

EMERITAT

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
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges Surnombre
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert Surnombre
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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 DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

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)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

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)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-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)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (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
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)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-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 MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre
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)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET 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 VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
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)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

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

FOLETTI Jean-Marc (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)
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)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

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

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *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) retraite au 25/11/2019
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)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

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

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

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

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

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

HEMATOLOGIE ; 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)

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)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

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

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (MCU-PH)

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)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
GUIDA Pierre (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)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

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)

OPHTALMOLOGIE *5502*

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

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)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (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)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

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

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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)

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

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)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

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

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (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)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

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)

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

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

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

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

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

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

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

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

REMERCIEMENTS

Professeur Sandrine GUIS, pour avoir gracieusement accepté de présider mon jury de thèse.

Professeur Philippe BERBIS, membre de jury et maître de stage pendant un de mes stages favoris.

Professeur Patrick DISDIER et Professeur Yves FRANCES, pour prendre intérêt à mon sujet de thèse et pour libérer une place dans leurs agendas. (Je remercie aussi le **Professeur Franck PAGANELLI**, qui finalement n'a pas pu se libérer pour la nouvelle date).

Dr. Romain LUTAUD, qui a repris mon projet de thèse quand j'étais tombé sans directeur et qui m'a apporté des grandes aides.

Papa et maman, pour votre amour et pour m'avoir toujours soutenu dans tout ce que j'ai entrepris.

Dr. Nicolas DE CAROLIS, maître de stage (Psychiatrie à Arles), pour m'avoir bien encadré lors de ma première aventure médicale en France.

Dr. Gérard GRIMALDI et Dr. Gaël HODY, médecins intérims qui m'ont encadré pendant le deuxième stage . Gérard pour les léçons sur l'art de bon vivant, et Gaël pour l'art du crossfit !

Dr. Viviane MANNEVY et Dr. Laurent COLOMBANI à Digne-les-Bains, pour votre encadrement lors de la maîtrise de stage.

Dr. Charlotte LAPLANE, co-interne pendant mon quatrième stage (Gynécologie à Martigues), pour ton aide aux internes de médecine générale (l'art obscur de l'échographie obstétrique !) Merci aussi à **Mélodie** et au **Dr. Nicolas GOURHEUX**, avec qui j'ai passé la garde la plus stressante mais aussi intéressante de tout l'internat.

Dr. Marie Christine KOEPPEL, Dr. Jessica FONGUE, Dr. Stéphanie DELABRE et Dr. Emmanuelle COMBES, pour un stage fascinant à Marseille (vive la Dermatologie).

Dr. Bruno BULTEZ, Dr. Habib BOUGADOUHA, Dr. Franck MAGNAN et Dr. Denis CASANOVA, pour vos conseils pendant un stage formateur dans les belles Alpes de Sisteron.

Mes amies françaises Farah, Sanie, Ranya, Li-Anne et Hannah (demi-française peut-être?). Un séjour à l'internat, ça passe toujours mieux quand on est entouré des gens bons !)

Mes amis hollandais Florian, Niek et Kilian, qui ne comprendront rien à cette dédicace (thème récurrent pour les prochains remerciements). Vivat, Vivat Societas Gymnasii Hagani !

Mes amies espagnoles Sandra, Silvia et Sonia pour m'avoir accompagné pendant les six ans à Alicante.

Mon amie chinoise Effie pour m'avoir envoyé des masques pendant la première vague !

Mon amie canadienne Allison, pour m'avoir donné de très beaux souvenirs de l'été 2020.

SOMMAIRE

SOMMAIRE....1
INTRODUCTION....2
MATÉRIEL ET MÉTHODES....4
Participants....4
Collecte des données....4
Analyse....5
Aspects réglementaires et éthiques....5
RÉSULTATS....6
Population échantillon....6
Analyse thématique....6
Genre, sexe et douleur....6
Événements ayant pu influencer la douleur....10
Conséquences de la douleur et impact sur la vie quotidienne....11
Parler de la douleur aux autres....13
Mieux faire face aux douleurs....14
Sentiments liés à la douleur....14
Relations interpersonnelles et douleur....15
Relation soignant-patient....16
Espoirs, attentes et perspectives....18
Obstacles à la consultation et à la prise en charge....19
DISCUSSION....21
Forces et faiblesses....27
Implications futures....28
CONCLUSION....29
ABRÉVIATIONS....31
BIBLIOGRAPHIE....32

INTRODUCTION

La douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable (liée potentiellement à une lésion tissulaire) qui évolue généralement depuis plus de trois mois ou qui ne répond pas à un traitement bien mené, et qui entraîne une dégradation du quotidien du patient[1].

L'épidémiologie de la douleur chronique est difficile à évaluer, étant donné la disparité des critères appliqués pour la définir et l'étudier. Dans une revue de la littérature, Ospina et Harstall ont estimé une prévalence de la douleur chronique de 35,5 % (entre 11,5 % et 55,2 %) basée sur des études utilisant la définition de la douleur chronique de l'IASP[2]. Une étude téléphonique réalisée par Breivik et al.[3] montre une prévalence de la douleur chronique modérée à sévère de plus de six mois de 19 % en Europe et de 15 % en France. Une autre étude présente une prévalence de douleur chronique d'une durée excédant trois mois de 31,7 % dans la population française[4].

Dans ces études, la prévalence de la douleur chronique a tendance à être plus élevée chez les personnes de sexe féminin que celles de sexe masculin (35 % contre 28,2 % dans l'étude de Bouhassira et al.)[4] Une revue de la littérature montre également que la sensibilité à la douleur a tendance à être plus élevée chez les femmes. Différents facteurs contribuant à cette disparité entre hommes et femmes sont cités : des facteurs hormonaux (notamment l'influence des androgènes et du cycle menstruel), des différences de prévalence de maladies entraînant des douleurs chroniques, des différences de sensibilité à diverses modalités de la douleur, des différences de stratégies d'adaptation psychologique à la douleur, et finalement, des croyances socioculturelles et des attentes liées aux rôles de genre concernant l'expression de la douleur[5].

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus souvent impliqué dans le traitement des patients douloureux chroniques (70 %, contre 2 % des patients douloureux chroniques ayant un suivi par un médecin spécialiste de la douleur) ; seuls 46 % des patients douloureux chroniques français se disent soulagés de manière adéquate[3] et 43 % de tous les patients consultant en médecine générale présentent une douleur, dont 21 % une douleur chronique[6].

Les aspects socio-culturels de la médecine et les écarts de genre ont fait l'objet ces dernières années d'une attention médiatique, notamment aux États-Unis, où un segment d'un épisode de *Last Week Tonight With John Oliver,* émission populaire faisant la satire des actualités, a pris une position forte sur l'existence de préjugés sexistes en médecine[7]. Il est donc intéressant de se poser la question si les patients douloureux chroniques eux et elles-mêmes perçoivent un tel biais de la part des soignants, et comment l'expérience de la douleur chronique est liée à l'expérience du genre. Afin de répondre à cette question, il est pertinent d'étudier les représentations et le vécu des

patients, hommes et femmes, atteints de douleur chronique concernant la prise en charge de leurs douleurs et l'influence du genre du patient sur celle-ci.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude qualitative sur la base d'entretiens semi-directifs a été réalisée pour déterminer les représentations des patients sur la douleur chronique et le genre. L'approche choisie a été fondée sur la théorisation ancrée, qui permet de construire de nouvelles hypothèses et théories à partir du codage du matériau recueilli et de l'émergence de catégories conceptualisantes, sans partir d'une théorie ou d'un cadre a priori, selon un modèle hypothético-inductif. Le *Manuel d'analyse qualitative* de Christophe Lejeune a servi comme aide méthodologique[8]. Le terme « genre » est généralement utilisé (en particulier dans les sciences sociales) pour désigner les facteurs socio-culturels expliquant les différences entre hommes et femmes, alors que le terme « sexe » fait plutôt référence aux facteurs biologiques[9]. Néanmoins, les termes sont souvent utilisés indifféremment, y inclus dans la littérature médicale, et lors des entretiens les deux termes ont été employés afin de faciliter la compréhension des participants.

Participants

La population source était constituée de patients de médecins généralistes exerçant en zone rurale dans les Pyrénées-Orientales. Pour participer à l'étude, le patient devait être adulte et présenter une douleur évoluant depuis plus de trois mois. Les personnes en incapacité de donner leur consentement libre et éclairé, ou en incapacité de s'exprimer verbalement en langue française, ont été exclues.

Un échantillonnage visant une variation maximale a été appliquée pour obtenir une diversité plutôt qu'une représentativité. Le recrutement, les entretiens et leurs analyses ont duré jusqu'à la saturation des données.

Les patients ont été recrutés par le biais de médecins généralistes des Pyrénées-Orientales à qui ont été expliqués les objectifs et le déroulement de l'étude et qui ont ainsi été sollicités pour aider au recrutement. Les médecins généralistes ont contacté des patients intéressés pour participer à l'étude et leur ont communiqué les coordonnées du chercheur.

Collecte des données

Un investigateur (interne en médecine générale, homme) a réalisé (après le consentement écrit des patients) des entretiens téléphoniques ou en présentiel aux lieux et horaires proposés par les patients. Ces entretiens étaient menés à l'appui d'un guide établi au préalable et constitué de questions ouvertes. Les entretiens ont été enregistrés (audio seulement) à l'aide d'un logiciel sur le

smartphone du chercheur. Les patients étaient au courant de la thématique de recherche (le titre de l'étude ainsi que ses objectifs figurant clairement sur la notice d'information) ainsi que du fait que le chercheur le réalisait dans le cadre de sa thèse.

Analyse

Un travail de codage a été réalisé par le chercheur après chaque entretien, à l'aide du logiciel *NVivo 12*. Le guide d'entretien a été modifié en fonction du déroulement des entretiens et des idées qui sont ressorties du codage. Les idées recueillies lors de l'analyse des verbatims ont été organisées dans des catégories conceptualisantes qui ont permis de modéliser une nouvelle théorie. Les entretiens et le codage se sont poursuivis jusqu'à obtention de la saturation des données.

Aspects réglementaires et éthiques

Le protocole d'étude relève a priori d'une méthodologie de référence MR-004 et de la loi Jardé. Une demande est en cours auprès du Comité d'éthique d'Aix-Marseille Université ainsi qu'une demande auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, sans réponse à ce jour.

RÉSULTATS

Population échantillon

Quinze patients (A à O) ont donné leur accord pour participer à l'étude, dont onze femmes et quatre hommes. Leur âge moyen était de 69 ans (46 à 89 ans). Les patients étaient habitants de communes rurales situées dans les Pyrénées-Orientales.

Quinze entretiens, d'une durée moyenne de 39 minutes, ont été réalisés, dont quatorze par téléphone et un entretien au domicile d'une patiente. Lors des entretiens téléphoniques, les patients étaient à leur domicile et le chercheur au sien. La majorité des patients ne connaissaient pas le chercheur avant la réalisation du travail, à l'exception de deux patientes, qui avaient été prises en charges par le chercheur dans le cadre d'un remplacement antérieur. Il n'y avait pas de relation thérapeutique entre le chercheur et les patients interviewés au moment des entretiens.

S'agissant de la localisation principale des douleurs, cinq patients présentaient des douleurs à la colonne vertébrale, quatre présentaient des douleurs musculo-squelettiques diffuses, quatre présentaient des douleurs au niveau d'un membre inférieur ou au niveau des membres inférieurs, une patiente présentait une douleur aux mains et une autre des céphalées.

S'agissant de la cause principale des douleurs chroniques, cinq patients présentaient une douleur d'origine traumatique (trois accidents sur la voie publique, deux chutes), quatre présentaient une douleur d'origine inflammatoire (arthrite réactive, sinusite chronique, hémochromatose et polyarthrite rhumatoïde), quatre présentaient une douleur d'origine mécanique (trois cas de sciatalgies avec ou sans hernie discale, un cas d'arthrose) et deux présentaient une douleur d'origine neuropathique (un cas de douleurs fantômes au décours d'une amputation partielle du pied, un cas de douleurs post-AVC).

Analyse thématique

Genre, sexe et douleur

Les patients interrogés ont exprimé leur point de vue sur la présence ou l'absence de discrimination de genre concernant leur douleur chronique, de la part de leur entourage et des soignants.

S'agissant des patients qui ne pensent pas être discriminés, plusieurs femmes (A, F, K, L) et hommes (E, M) affirment ne pas être traités différemment par leur entourage : *« C'est pas spécialement parce que je suis une femme, non »* (Mme F), *« Je crois que c'est pénible pour tout le monde »* (M. M). La plupart des patients interrogés, femmes (C, F, H, J, K, L, N et l'épouse de M. D) et hommes (D, M), ne pensent pas être traités différemment par les soignants : *« Non, les soignants, pour cela, ils font très bien leur travail, alors non, je dirais qu'il m'auraient abordé de la même manière »* (Mme J*)*, *« Je crois pas, parce qu'ils comprennent [...] vraiment [...] ma douleur quoi [...] je crois pas qu'il y aurait une différence »* (M. M).

Pour quelques patientes (A, G, J), le fait d'être femme a impacté la manière dont certaines personnes ont abordé leurs douleurs. Pour Mme G et Mme J, cette différence de traitement est ressentie dans un contexte de violence conjugale et maltraitance de la part d'un ex-partenaire, ainsi que les rôles de genre : « *Moi, on m'a toujours dit que, quand j'avais quelque chose, qu'il fallait je ferme ma gueule. [...] C'est pas poli ce que je dis. Mais on me disait tout le temps: ah toi, tu la fermes »* (Mme G) ; *« Quand j'avais très mal, j'aurais aimé que mon mari vienne m'aider ou me soulager. Il attendait de mettre les pieds sous la table, je rentrais du travail, il était 8 heures, bien manger, bien boire et : « allez, débrouille-toi ». À mon époque, pour moi, la femme, ça a été une souffrance »* (Mme J). Mme A croit que les hommes étaient pris plus au sérieux par rapport à la douleur spécifiquement dans le contexte familial : *« Les garçons de ma famille, ils étaient toujours pris au sérieux. »*

Quant à l'expression de la douleur, pour Mme J et Mme L, le fait d'être femme ne fait pas de différence : *« Non, ce serait pareil. Au moment où je vous parle, je vous réponds exactement ce que je ressens. Ce que je ressens et ce que je pense. C'est pareil pour moi »* (Mme J). Par contre, Mme G est réticente à parler de sa douleur, du fait de la maltraitance qu'elle a subie. Elle affirme « *qu'on n'écoute pas une femme. [...] Pour moi, les femmes, il faut qu'elles se taisent. »* Quant aux hommes interviewés, M. I évite de parler de ses douleurs spécifiquement en présence d'autres hommes : *« Mais pour le moment, jamais j'ai réagi devant un homme. »*

Les stéréotypes et les représentations de genre concernant la douleur sont variés. Plusieurs femmes (F, H, J et l'épouse de M. D), ainsi que Monsieur E, disent ne pas connaître de stéréotypes de genre liés à la douleur. Les stéréotypes énumérés par les patients qui répondent à cette question semblent relever de deux catégories : le niveau de souffrance et la tolérance à la douleur.

Pour C et K, les hommes souffrent autant que les femmes : *« Je connais des hommes et des femmes qui ont eu le cancer et qui ont beaucoup souffert et qui ont eu des douleurs atroces au niveau notamment des cancers de la gorge, des hommes et des femmes qui ont beaucoup souffert aussi. [...] Pour moi, la douleur c'est la même chose pour tout le monde. Aussi bien homme que femme, pour tout le monde, quand on souffre, on s'inquiète autant hommes et femmes»* (Mme K). Pour certains hommes interviewés (I, M), *« les femmes souffrent plus que les hommes »*. Mme J pense également que les femmes souffrent plus que les hommes: « *Je pense que c'est bien reconnu que la femme souffre plus que l'homme, c'est mon idée. »* Elle l'attribue à la vie domestique : « *Il faut pas oublier une chose [...] La femme, elle traversait le travail de la maison, de dehors, les enfants et tout ce qui est à l'intérieur de la maison. Tout. Et elle ne se plaint pas, elle avance.* »

Certaines patientes (L, N, O) ont des opinions claires sur la tolérance à la douleur : elles croient que les femmes tolèrent mieux la douleur que les hommes, ou tout du moins, qu'elles se plaignent moins facilement. « *Je pense que les femmes sont plus fortes que les hommes parce que… [...] d'après moi, un homme est plus doudouille, enfin pour la douleur, il se plaint plus facilement qu'une femme. [...] Une femme, ça se plaindra moins qu'un homme vis-à-vis de la même douleur »* (Mme L). « *Si vous voulez que je sois franche, je crois qu'une femme supporte plus la douleur qu'un homme. Je crois. [...] C'est vrai que parfois elles sont chiantes, mais elles supportent plus la douleur que les hommes* » (Mme N). « *Disons que les femmes supportent mieux que les hommes. Les hommes, excusez-moi, ils peuvent pas péter qu'ils se plaignent !* » (Mme O). C'est aussi une croyance de M. M : « *Je pense que les femmes sont plus dures, plus rudes à la douleur que les hommes. D'après mon entourage, j'ai vu dans ma famille, qu'elles soient vieilles ou jeunes, je pense qu'elles résistent plus à la douleur que les hommes. »* Contrairement aux avis des patients précédemment nommés, Mme K pense que les femmes sont *« plus fragiles »* que les hommes.

D'autres stéréotypes qui ressortent des propos recueillis sont la croyance selon laquelle les hommes médecins seraient plus compétents (O) ou que les femmes médecins seraient plus à l'écoute et les hommes plus stricts (I). Mais Mme G croit que les hommes médecins sont plus à l'écoute. D'autres préjugés ou stéréotypes identitaires au-delà du genre sont également évoqués, tels que la profession (M. E dit avoir été abordé différemment par un médecin après avoir mentionné qu'il était ancien militaire) ou l'âge (Mme N reconnaît avoir tendance à faire plus de confiance aux jeunes médecins).

Certaines patientes évoquent l'influence de la société sur leur expérience en tant que femme. Mme H, 89 ans, raconte sa vie en tant que femme au foyer et son point de vue sur le changement de

la société : *« J'ai toujours été quand même une femme de maison quoi. Une femme comme avant. Avant les femmes, elles restaient à la maison... c'étaient les hommes qui travaillaient. Tandis que maintenant si on travaille pas à deux, on ne s'en sort pas. »* Mme J note aussi ce changement de la société. Mme K, qui présente des douleurs fantômes liées à une amputation de son pied, raconte comment la gêne esthétique l'impacte en tant que femme : « *Je me trouve déjà moche parce que je ne supporte pas mon pied. Je ne regarde plus mon pied dans une glace parce qu'un moignon ce n'est pas joli pour une femme. [...] Il y a tout ce côté esthétique qui fait son handicap. »*

Des facteurs biologiques et médicaux sont évoqués par certains patients interviewés (A, I, M) pour expliquer les différences entre hommes et femmes en ce qui concerne la douleur. Mme A pense que la douleur chronique touche plus les femmes que les hommes: *« C'est peut-être généralement connu que les femmes en moyenne [...] ont plus de plaintes de ce genre que les hommes ? »* M. I attribue cette différence surtout à la contre-indication de certains traitements lors de la grossesse : « *Parce qu'elles tombent enceintes, tout ça. Et elles ne peuvent pas prendre tous les médicaments. Une femme qui soit enceinte. C'est là où c'est préjudiciable ».* M. M évoque aussi la biologie, mais pour indiquer que les femmes sont plus résistantes à la douleur que les hommes : *« Je crois que les femmes, déjà, elles sont habituées à la douleur avec l'accouchement, alors je crois qu'elles se plaignent moins que les hommes. »*

Les patients discutent l'influence du genre ou sexe des soignants qu'ils ont rencontrés. Plusieurs femmes interviewées (H, J, L, N et l'épouse de M. E) pensent qu'il n'y a pas de différence significative entre les médecins hommes et femmes : *« Que ce soit un homme ou une femme, ça m'est égal, pourvu qu'on s'occupe à me soigner et à me soulager »* (Mme J). De même, la majorité des hommes (D, E, M) pensent qu'il n'y a aucune différence entre les médecins hommes et femmes, que ce soit au niveau de la compétence ou de l'effort : *« De toute façon, quand on va voir un médecin femme ou un médecin femme, on regarde la personne, c'est son travail, c'est une infirmière ou un médecin... ça ne fait pas quelque chose »* (M. D) ; *« Que ça soit un médecin qui soit capable de me soigner. Que ça soit un homme ou une femme... bon »* (M. E) ; *« J'ai pas vu que les uns ou les autres avaient l'air de ne pas prendre au sérieux. »* (M. M).

Quelques patients ont quand même manifesté des préférences de genre concernant les soignants. Deux patientes (G, O) disent préférer des médecins hommes, chacune pour une raison différente. Mme G affirme : *« J'aime mieux un homme qu'une femme [...] parce que si vous voulez… un homme il vous écoute plus ».* Il semble que Mme O présuppose que les médecins hommes sont plus compétents : *« Les hommes sont au-dessus des femmes. C'est-à-dire que je préférerais mieux le diagnostic des hommes que de certaines femmes ».* En même temps, dans

certaines situations de pudeur, Mme O préfère les médecins femmes : *« Disons que pour certaines visites [...] j'ai toujours préféré mieux une femme [...] il y a des visites, il faut se déshabiller, etc., je préfère mieux les femmes ».* M. I préfère les médecins et soignants femmes car elle pense que les femmes sont plus bienveillantes et les hommes plus stricts : *« Entre un médecin ou une doctoresse, il y a beaucoup de différences. La doctoresse [...] est plus ouverte, et elle peut converser [...] par contre, un homme est un peu plus dur, plus exigeant. »*

Événements ayant pu influencer la douleur

Les patients interrogés évoquent différents évènements ayant pu influencer leurs douleurs. Le travail physique dur est souvent cité, par la totalité des hommes interviewés ainsi qu'une minorité des femmes (C, H, J, O) comme un facteur ayant favorisé l'apparition ou l'aggravation de douleurs chroniques. Comme le dit l'épouse de M. D qui a travaillé dans les mines : *« C'est vrai que la brutalité qu'il a reçu, le rugby et le travail, ça n'a pas arrangé ces douleurs. »* Les activités sportives intenses (rugby, boxe thaï, marche) apparaissent également comme facteur chez la majorité des hommes et Mme F.

Un thème récurrent exclusivement chez les femmes interviewées (C, G, H, J, L) est celui du sacrifice, la responsabilité ressentie ou assumée de prendre soin d'une personne ou plusieurs personnes dans l'entourage. Mme J indique : *« Elles avaient besoin de moi. Que se passerait-il si on ne mettait personne pour s'occuper d'elles ? C'est bien beau de penser à soi, mais il faut penser aussi aux autres qui ont besoin de vous. Mon truc, ça a toujours été de m'occuper des autres, trop mais tant pis parce qu'on me le reproche maintenant. »*

Un autre exemple d'événement ayant influencé les douleurs et évoqué exclusivement par des femmes (A, G, H, K, L) est une période de deuil suite au décès d'un proche. Ce thème revient particulièrement dans l'histoire de Mme G : *« La seule chose que je disais, que c'était lui qui meurt ? Il valait mieux que ça soit moi. »* Encore exclusivement chez les femmes, un déménagement (F, G, J, K, O) est cité comme élément ayant particulièrement marqué leur vie, comme c'est le cas de Mme K : *« Depuis que je suis en France, je n'ai pas beaucoup de connaissances. »* Le déménagement peut engendrer une interruption du suivi médical : *« On a voyagé, donc on n'avait pas toujours les mêmes médecins»* (Mme F), *« Je ne voyais jamais de docteur, puisque que j'étais pas ici, j'étais à Paris»* (Mme G).

Les autres événements influents apparaissent là encore exclusivement chez les femmes interviewées. Le stress est un des facteurs cités (F, L, N). Mme L déplore : *« Là, vu l'état de tout, avec la vie que je mène. Le stress, la boîte, l'accumulation de beaucoup de choses font que j'ai la douleur qui se réveille un petit peu plus. ».* Certaines patientes (A, F, O) ont vécu une jeunesse difficile ; certaines ont traversé une période de guerre, notamment Mme O : *« Ayant connu la guerre comme nous l'avons connue, ça ne nous a pas arrangés. »* Elle parle aussi de la pauvreté de sa famille en grandissant : *« Je viens d'une famille pauvre. Mes parents n'étaient pas heureux. Pour manger, il fallait travailler et dur. Je ne sais pas si ça m'a traumatisée ou quoi. »* Pour Mme A, sa jeunesse était marquée par un conflit familial : *« Que ma famille m'ait exclu y joue un rôle très grand. Et le fait de ne plus pouvoir voir ma mère les derniers mois de sa vie… ça a certainement contribué au développement de cette maladie. »* D'autres femmes interrogées (G et J) ont subi des violences conjugales, des maltraitances ou d'abus par un ex-conjoint. Mme G a été particulièrement marquée par cet événement : *« Mais comme mon ex-mari, il fallait toujours que je me taise - sinon, je prenais des coups - alors donc, je me suis tue. »*

Conséquences de la douleur et impact sur la vie quotidienne

Dans leurs récits, les patients évoquent les conséquences de la douleur chronique sur leur vie quotidienne. Ces conséquences englobent les atteintes à leur état physique, aux activités, à la gestion du temps, à l'autonomie et au psychisme.

Les conséquences physiques étaient évoquées par la quasi-totalité des femmes et la totalité des hommes. Quant à la description des conséquences physiques, la seule différence notable entre hommes et femmes est la prédominance de la fatigue secondaire à la douleur chez les femmes (A, G, J, L, N, O), élément absent dans le discours des hommes. Contrairement à la fatigue, les autres conséquences physiques nommées se retrouvent dans les discours des femmes comme celui des hommes. La mobilité (marcher, bouger, s'asseoir) est problématique pour la totalité des hommes interviewés et une grande partie des femmes (à noter A, C, J, K, L, N), jusqu'à, dans certains cas, l'immobilisation sévère (état grabataire). D'autres conséquences physiques de la douleur chronique chez les femmes et les hommes sont les déplacements et la conduite, qui constituent le plus souvent une perte d'autonomie et un obstacle logistique à la prise en charge médicale, mais aussi les chutes à répétition, une rééducation difficile et longue, et les insomnies.

S'agissant des activités quotidiennes, une idée de « maintien d'activité » est mise en avant par la plupart des hommes (D, E, I) et des femmes (F, H, J, L, N, O). Un contraste apparaît entre une

personnalité active et volontaire, qui ne se laisse pas aller, et le défi que la douleur pose à ce maintien d'activité : *« Déjà que dans ma tête je ne suis pas une personne de mon âge qui se laisse aller; des mémés, excusez-moi, je vous dis ce que je pense. Dans ma tête, il me semble que j'ai 20 ans de moins, c'est ce qui me sauve d'ailleurs. […] Je me bats parce que je me dis toujours : « il faut que tu avances »»* (Mme J). Cet essai de maintien de vie normale passe pour certaines patientes (F, N) et pour M. I par la prise du traitement antidouleur : *« Parce que c'est vrai qu'avec les médicaments, on faisait beaucoup de sorties tous les week-ends. […] Je ne me sentais pas vieille. Je sautais partout »* (Mme N). L'impact sur le travail est cité par les femmes (A, C, F, H, N) comme par les hommes (D, I). Les loisirs sont impactés pour Mesdames A, C, F, H, K et Messieurs D, E, M. L'impact sur la vie sociale est également une préoccupation mentionnée par les femmes (A, C, J, L, N) et les hommes (D, I, M).

Une claire différence de genre dans le discours sur les conséquences de la douleur chronique est la mention d'une stratégie de modification de la gestion de temps, faite exclusivement par les femmes interviewées (A, B, H, K, L, N, O). Le rythme de vie est régi par les douleurs : *« Je ne peux rien planifier, parce que je ne peux pas dire si la semaine prochaine je vais pouvoir faire quoi que ce soit »* (Mme A). Les activités quotidiennes demandent plus de temps ou certaines sont décalées à cause de la douleur : *« Il y a des choses que je ne fais plus. Les choses que je n'arrive pas à faire par exemple aujourd'hui, je vais les reporter au lendemain ou dans la semaine »* (Mme K). La douleur oblige à se reposer fréquemment : *« Quand je me lève, je dois aller me reposer à nouveau après quelques heures, et puis me calmer et me reposer pendant cette heure et demi de repos »* (Mme A).

L'impact sur l'autonomie est nommé par les femmes (F, C, G, H, K, L, N) comme par les hommes (D, E, M). L'aide du partenaire pour réaliser des gestes d'hygiène peut devenir nécessaire. M. E déplore : *« Il faut que ma femme me lave, m'habille. [...] Je ne peux plus rien faire. Je suis limité comme un légume, il y a quoi de le dire. »* La réalisation des tâches domestiques est impactée pour les deux sexes, mais la différence la plus importante est le type de tâches domestiques décrites. Pour les femmes (A, C, G, H, K, L, N), il s'agit du ménage, alors que pour les hommes (E, M) il s'agit essentiellement du bricolage et du jardinage : *« Je ne peux pas faire certaines choses. Je ne peux pas repasser. Je ne peux pas faire l'épicerie. Il y a beaucoup de choses que je ne fais plus maintenant »* (Mme N). Finalement, les atteintes au psychisme (A, C, K, G, N) sont évoquées exclusivement par les femmes : « *Ça fait tellement mal que je ne peux pas vivre… que je veux me suicider. Mais en fait je ne veux pas mourir, mais je veux simplement arrêter cette douleur »* (Mme A).

Parler de la douleur aux autres

La manière dont les patients parlent de leurs douleurs avec leur entourage dépend des attitudes des patients et de leur perception de leur entourage.

Les attitudes des patients sont leur degré d'ouverture et les émotions pour parler de la douleur. S'agissant du degré d'ouverture, une majorité de femmes (A, B, C, G, H, O) et d'hommes (D, I, M) interviewés affirment ne pas parler de leurs douleurs avec n'importe qui, ou même de cacher leurs douleurs. Mme A, par exemple, dit : *«Je ne parle de ma douleur qu'à mon amie, à mon fils et à mon mari ».* Même les amis peuvent être exclus : *«Mes amis, j'en parle pas hein. C'est rare si j'en parle à l'extérieur. Je n'en parle qu'à la maison. […] C'est mon problème »* (M. M). Mme O va encore plus loin : *« Ce que je ressens non. Je le garde pour moi. Même j'en parle rarement à mes enfants. […] je ne leur donne pas, disons, l'occasion de voir que j'éprouve quelque chose ».* Certaines affirment ne pas vouloir de pitié : *« Je ne veux pas que la personne dise « Ah, la pauvre.» Non, je ne fais pas ça »* (Mme C). Une minorité de femmes (L, N) ainsi que M. M affirment ne pas hésiter à parler des douleurs : *«Je suis toujours en train de me plaindre »* (Mme N).

S'agissant des émotions qui accompagnent l'expression de la douleur, les déclarations portent essentiellement sur la gêne ou la sensation d'importuner ou d'embêter les autres avec les douleurs, une tendance prédominante chez les femmes (A, C, G, N, O), mais également chez M. M : *« Ce n'est pas agréable pour mon entourage. Parce que je me plains quoi. Je me plains, j'ai mal j'ai mal j'ai mal. Alors bien sûr ça embête l'entourage »* (M. M).

S'agissant des attitudes de l'entourage, le thème le plus évoqué est le manque d'empathie de l'entourage, évoqué par les femmes (A, F, G, K, O) mais également par les hommes (D, E). *« Les autres, ils ne s'en rendent pas toujours bien compte, hein. Vous dites, oh là là, on peut faire un peu moins de bruit ? Parce que j'ai mal à la tête [...] Même mon mari, quand je lui dis qu'il y a trop de lumière, il me dit que je ne suis pas normale. Alors vous voyez... c'est pas évident de partager quand on a mal »* (Mme. F). Ou comme M. K l'exprime simplement : *« Ils ne peuvent pas se mettre à ma place ».* Cela peut prendre la forme de ne pas se sentir pris au sérieux : *« Il y en a que, dans le village, j'ai expliqué - ils me regardent avec des grands yeux et tout ça, comme s'ils ne me croyaient pas »* (M. E). La seule patiente pour qui le manque d'empathie de l'entourage n'est clairement pas un problème est Mme L : *« Oui, je connais des gens qui ont des problèmes de dos aussi et quand on en parle ensemble, elles me disent que oui oui ça fait mal. »*

Mieux faire face aux douleurs

Les stratégies de *coping* employées par les patients comprennent les stratégies mentales, les stratégies physiques et le recours aux médecines alternatives.

Des stratégies mentales sont adoptées par une grande partie des femmes (A, F, G, H, J) et par Monsieur D. Il s'agit le plus souvent de l'acceptation de la douleur (décrite par Mme F : *« Vous savez, j'ai pratiquement, j'aurais habitué, à vivre avec ça, dans ma tête. On s'y habitue… presque. »*) et d'une attitude de « lutte » contre la douleur, évoquée exclusivement par les femmes (A, G, J). Mme J décrit : « *Je me bats parce que je me dis toujours : « il faut que tu avances ». [...] Je me suis accrochée [...] et petit à petit, je suis allée au-devant. Je ne fais que me battre dans ma tête. ».* D'autres stratégies mentales mentionnées sont les activités intellectuelles et la méditation.

La majorité des hommes interviewés (E, I, M) et une partie des femmes (A, H, J, K) favorisent les stratégies physiques pour faire face à la douleur. Les activités douces, ainsi que le repos ou la limitation des mouvements, sont mentionnées par certains hommes et certaines femmes : *« Alors tous les matins, je fais de la gymnastique douce et du vélo d'appartement [...] ça me maintient en mouvement [...] disons que ça soulage la douleur »* (M. M). L'adoption d'une alimentation saine et d'autres mesures d'hygiène de vie est nommée exclusivement par les femmes (A, H, J).

Le recours aux médecines alternatives est mentionné par plusieurs femmes (A, C, F, K, N), à savoir, l'homéopathie, l'acupuncture, la sophrologie et l'ostéopathie. Monsieur M est le seul homme l'ayant évoqué (ostéopathie). D'autres personnes, telles que Mme F (après avoir essayé l'acupuncture) et Monsieur D, sont plus sceptiques : *« Tous ces trucs-là on ne le fait pas. On ne va pas voir des magnétiseurs. On n'y va pas. On a confiance au service médical ! »* (M. D).

Sentiments liés à la douleur

Quatre types de sentiments sont récurrents dans les entretiens : la tristesse, la colère ou la frustration, l'incertitude et le sentiment d'anormalité.

La tristesse est exclusivement évoquée par les femmes (A, C, G, N). D'autres sentiments sont autant évoqués par les hommes que les femmes : la colère, la frustration et l'agressivité (A, J, N, E), l'incertitude face à l'absence de diagnostic (A, E, N) et l'anormalité (C, D). Le discours de Mme N est typique : *« Il y a beaucoup de choses qui m'agaçaient. J'avais parfois envie de pleurer parce que j'avais mal et que je n'arrivais pas à me calmer. »* Quant à la colère, M. E raconte : *« Je*

deviens agressif envers tout le monde, même envers ma femme, pour vous dire ! » Cette émotion est aussi évoquée par plusieurs femmes comme Mme J : *« Il n'y a que tout à fait au début, quand je suis sortie de l'hôpital. Je vous le dis honnêtement, que j'ai été odieuse. Je m'en suis excusée après. »* Le sentiment d'anormalité semble être accompagné par une tendance à se comparer aux autres qui sont dans une « meilleure » situation : « *Chaque fois que je vois mes collègues de travail qui montent dans leurs voitures pour aller travailler le matin, et alors que moi je suis resté coincé à la maison »* (M. D). Pour M. I, c'est l'inverse : il se compare à ceux qui sont moins « chanceux » que lui : *«Moi j'ai vu, quand je suis allé chez le médecin, des personnes avec la sciatique qui ne pouvaient pas marcher hein. Une autre personne devait l'aider pour le porter, parce qu'il ne pouvait plus. Et moi, par contre, non. Je vais calme, je vais seul, et il ne se passe rien.»*

Relations interpersonnelles et douleur

Les thèmes récurrents liés à l'impact de la douleur sur les relations sociales sont l'isolement social, l'importance de l'accompagnement et les particularités des relations.

Un isolement social ou repli sur soi est évoqué par une grande partie des femmes interviewées (C, F, G, J, K) ainsi que par Monsieur D. Pour Mme K, la situation est compliquée par la différence culturelle qu'elle perçoit : *« Ici c'est très difficile de parler aux gens. Sur mon île en Nouvelle-Calédonie, j'avais beaucoup plus de possibilités. Je connaissais beaucoup plus de personnes, j'avais des amis. »* L'absence d'amis avec qui partager fait qu'elle s'est tournée vers la psychothérapie : *« Ici, je n'ai personne donc je voyais un psy. »*

Une notion d'accompagnement par une autre personne dans la douleur est exclusivement décrite par les femmes (C, G, H, J, N, O). Cet accompagnement peut être matériel (aide à marcher, à donner un médicament) ou moral : *« Dans tout, je suis soutenue, c'est vrai et ça m'aide à avancer dans la vie. Quand vous vous sentez soutenus, vous avancez plus facilement »* (Mme J).

Les relations conjugales, familiales et amicales peuvent toutes être impactées par la douleur. Le rôle important de la relation intime ou conjugale avec l'époux ou conjoint est exclusivement mentionnée par les femmes (A, B, G, K) : *« Il me protégeait. Il était très gentil. Tout ce que je pouvais pas faire, il le faisait »* (Mme G). Pour Mme K, la douleur a un impact sur sa vie de couple et sa sexualité : *« Au niveau du couple et sur tout. Même au niveau des rapports sexuels, je ne vous le cache pas. »* La majorité des femmes (A, B, C, G, J, K, O), ainsi que Monsieur D, évoquent le rôle du soutien familial ou le maintien du contact familial : *«Mes enfants, disons que c'est toute ma vie. Et quand je les vois, j'oublie tout »* (Mme O). Les obstacles à la relation familiale sont évoqués

par une grande partie des femmes (A, C, G, K, O) ainsi que par Monsieur D. Un de ces obstacles est l'éloignement familial. Certains ne parlent pas de leurs problèmes de santé avec leur famille afin d'épargner leurs sentiments. Parlant de sa mère, Monsieur D dit : « *On ne peut pas lui annoncer un truc, quelque chose de grave. »*

Les relations amicales sont mentionnées, mais le plus souvent dans un contexte négatif ou qui minimise leur rôle de soutien, par les hommes (D, M) comme par les femmes (B, F, G). Mme G éprouve un sentiment d'abandon par ses amis ou une impression qu'ils manquent d'intérêt : *« Les amis sont comme les parapluies… ils ne sont jamais là quand on en a besoin. »* Certains patients n'informent pas leurs amis de leurs douleurs. Seule Mme J est positive sans réserves : *« Moi en tant qu'amie, j'ai essayé de la rassurer et elle quand il l'a fallu, elle était là pour me rassurer. Voilà ce que c'est les amis. »*

Relation soignant-patient

Tous les patients interrogés (les femmes comme les hommes) évoquent des facteurs de satisfaction avec un ou plusieurs soignants. La communication est jugée importante par tous. La plupart des hommes (D, E, I) et quelques femmes (H, J, K) évoquent une bonne capacité d'écoute de la part du soignant et la facilité de parler avec lui comme des motifs de satisfaction. La plupart des patients interviewés affirment s'entendre plutôt bien avec la plupart des professionnels de santé (femmes : A, B, C, H, J, K, L, O ; hommes : I, M) *« Non, je suis bien avec tout le monde. J'apprécie tout le monde, parce que j'ai besoin de tout le monde»* (Mme H). Dans certains cas, la prise en charge de la douleur est favorisée par un rapport chaleureux avec les soignants (femmes : J, N ; hommes : D): « *Surtout avec les infirmières, il s'est créé une ambiance. Elles sont très professionnelles, ce qui est normal, mais en même temps elles sont des amies »* (Mme J). Un sentiment de crédibilité s'avère important. Le sentiment d'être pris au sérieux par les soignants est exprimé par les femmes (F, G, K, L, N, O) et par les hommes (I, M) : *« Je vois qu'ils plaisantent pas [...] ils se rendent bien compte que j'ai mal »* (M. M). La prescription de traitements et d'examens complémentaires pertinents est évoquée par des femmes (H, L, O) et par M. I.

Deux facteurs de satisfaction sont évoqués exclusivement par les femmes. Le premier (A, C, G, J, O) est la perception que le soignant fait un effort, que le soignant fait de son mieux pour l'aider : *« Mais il ne peut pas non plus faire des miracles »* (Mme. A), *« Elles se donnent à fond »* (Mme J). Le deuxième est la capacité du soignant à rassurer (A, N) : *« Il m'a dit « non, ce n'est pas ça ». Alors ça m'a fait plaisir qu'il me dise ça »* (Mme N).

Des raisons d'insatisfaction avec un ou plusieurs soignants sont évoquées par la plupart des femmes (A, B, C, F, G, H, J, L) et la plupart des hommes (D, E, I). La perception d'un manque d'effort (ne pas examiner, ne pas expliquer, se contenter de faire des renouvellements) est le plus souvent évoquée (femmes : A, C, G, L, hommes: D, I) : *« Aujourd'hui nous avons beaucoup, beaucoup, comment on va dire ça, de personnel médical entre parenthèses qui ne font pas leur travail »* (M. D). Le manque d'écoute est évoqué (femmes : A, H, hommes : D, E) : *« C'est comme si je parlais à un mur, pour vous dire, c'est pareil »* (M. E). Un sentiment de décrédibilisation de la part d'un ou plusieurs soignants est évoqué (femmes : A, B, E ; hommes : D) : *« On me regarde comme... je serais un extraterrestre, on va dire. […] Ils ne me prennent pas au sérieux. Quand je leur parle de ça, ils me regardent [...] avec des grands yeux »* (M. E). C'est notamment le cas quand est prononcée une phrase telle que *« c'est dans votre tête »* ou *« faire du cinéma »*. Le sentiment d'abandon est également partagé par les hommes et les hommes (femmes : A, F, H, hommes : D). M. D et Mme F donnent chacun un exemple concret d'un incident avec un soignant ayant donné lieu à un signalement. Les deux incidents étaient liés au fait d'être « abandonnés » au milieu d'un soin ou avant de faire un soin nécessaire par le personnel infirmier. Le seul facteur d'insatisfaction mentionné exclusivement par les femmes (A, H, J, L) est la remise en cause des prescriptions des médecins, que ce soit le choix du médicament ou l'indication d'un examen clinique trop invasif.

D'autres facteurs de la relation soignant-patient apparaissent, qui peuvent dépendre du soignant ou du patient. Quant aux facteurs patient-dépendants, une claire différence de genre se manifeste : plusieurs femmes (H, J, K, L, N), mais aucun homme, affirment spontanément ne pas hésiter à parler de leurs douleurs avec les professionnels de santé : *« Ah oui, je lui dis : « aujourd'hui j'ai mal » »* (Mme H). En même temps, la réticence à parler des douleurs devant les soignants est également évoquée exclusivement par des femmes (G, O) : *« Parce qu'ils en voient tellement que je ne vais pas en rajouter moi »* (Mme O). La confiance est souvent évoquée : une majorité des patients, femmes (F, H, J, K, L, O) et hommes (D, M), affirment écouter et suivre les conseils que leurs médecins leur donnent, comme Mme J : *« Vous savez, si mon docteur me dit : « il faut aller voir telle spécialité », j'y vais et je le fais ».* Les connaissances médicales du patient ou d'un membre de l'entourage figurent aussi dans la relation soignant-patient (femmes : A, H, J, N ; hommes : E). M. E explique : « *« Moi j'ai fait des études d'infirmier, deux ans. Je sais à peu près de quoi on parle »* (M. E). Mme H évoque comment sa fille, préparatrice de pharmacie, participe aux discussions avec le médecin traitant : « *Tous les deux il se l'arrangent pour me soulager davantage».* Les barrières de langue et l'incompréhension du jargon médical sont des facteurs partagés (femmes : C, H ; hommes : D).

Un sujet délicat que l'on peut mentionner séparément est l'étiquette psychosomatique, évoquée exclusivement par certaines femmes (A, N). Pour Mme A, il s'agit d'une étiquette de dernier recours : *« Je suis commencée à comprendre qu'on utilise ce mot facilement quand on ne trouve pas simplement la solution. Quand on n'en est pas capable, d'étiqueter un diagnostic. »* Il y a une stigmatisation de ce qui est perçu comme « psychosomatique ». Par exemple, Mme N est contente que son médecin lui dise qu'elle n'a pas la fibromyalgie, « *parce que la fibromyalgie c'est courant chez les gens nerveux. »*

Espoirs, attentes et perspectives

Les patients interrogés ont pu exprimer ce qu'ils attendent de leur médecin traitant quant à la prise en charge de la douleur chronique. Ces attentes concernent la relation médecin-patient, l'importance de l'écoute, soulignée par la plupart des femmes (A, F, G, H, J, K, N) et M. D, l'implication émotionnelle et humaine, mentionnée exclusivement par des femmes (A, G). Mme A explique : *« Mon médecin traitant doit être quelqu'un qui est humain, très humain, compatissant, et qui fait un effort pour m'aider.»* L'attente que le médecin trouve « la bonne solution » est exprimée par la majorité des femmes (A, C, F, G, H, J, L) et la majorité des hommes (D, E, M), c'est-à-dire un traitement qui soit efficace et bien toléré. *« Alors je voudrais qu'on me donne quelque chose qui puisse me faire avancer »* (Mme J). Le conseil du médecin généraliste pour orienter vers le bon spécialiste est évoqué exclusivement par les femmes (A, J, K, L), tout comme le renouvellement du traitement actuel quand il est jugé comme satisfaisant (B, F, K) : *« Je lui donne l'ancienne ordonnance, et puis il la recopie et ça va bien »* (Mme B). D'autres attentes, partagées par les hommes et les femmes, sont la prescription d'examens complémentaires nécessaires, le rôle administratif du médecin généraliste et les visites à domicile.

Les patients interviewés évoquent différents espoirs concernant leur situation. Certains espoirs sont nommés par les hommes et les femmes, tels que l'espoir de guérison et l'espoir de trouver le bon spécialiste. L'espoir spécifique de retrouver la mobilité est exprimé uniquement par des hommes (D, E) : *« J'espère que je puisse enlever les béquilles et que je marche comme avant »* (M. D).

Les patients prononcent également leurs perspectives d'avenir concernant leurs douleurs qui, s'agissant de à l'évolution de ces douleurs, peuvent être pessimistes ou optimistes. La plupart des patients, hommes (E, M) et femmes (A, H, J, L, N, O), semblent plutôt pessimistes, évoquant une attente de pérennisation de la douleur ou même une dégradation de l'état physique, favorisée par le vieillissement. Comme le dit Mme J : *« Je le vois très mal. Je vous le dis franchement parce que je*

le dis à mes amis aussi, je le ressens, je vois que je diminue. Dans ma tête je veux avancer, mais mon corps me dit stop. » L'attente optimiste quant à l'évolution est moins courante et elle est évoquée exclusivement par des femmes (L, N).

S'agissant des perspectives de thérapeutique et de suivi, un sentiment d'impasse et le constat d'un manque de solutions ou de temps sont évoqués par plusieurs femmes (A, C, H, J, L) et par Monsieur D *: « La médecine n'a pas de réponses non plus... parce que j'étais infirmière avant, je connais une chose et l'autre sur le monde médical, et je sais aussi que pour certaines choses, il n'y a pas de solutions »* (Mme A). Quelques femmes (G, K, L) ainsi que Monsieur I expriment une intention d'adhésion au traitement et aux conseils médicaux. *« Je voudrais continuer ce que me propose le docteur […] je vais attendre les résultats, parce que je ne suis qu'au début de tout cela »* (Mme K).

Obstacles à la consultation et à la prise en charge

L'entretien a permis d'explorer les réticences ou obstacles à consulter. La plupart des hommes (D, E, M) et des femmes (H, J, K, L, N, O) affirment lors de l'entretien ne pas hésiter à consulter : *« Sitôt que j'ai eu quelque chose, une douleur quelconque que ce soit moi ou les miens, je n'ai jamais hésité à aller passer une visite chez le médecin »* (Mme O). Paradoxalement, la plupart des patientes (A, C, F, G, H, J, L) et patients (E, I) disent aussi avoir (ou avoir eu) une réticence à consulter, y compris ceux qui initialement n'étaient pas réticents. M. I notamment hésite parfois à consulter le médecin, et il exprime un sentiment de gêne ou de honte qu'il attribue au fait d'être un homme : *« Moi, pour aller chez le médecin, ça me coûte hein. Ça ne me plaît pas d'aller chez le médecin. […] Par contre les femmes [...] pour une petite grippe, pour une petite toux, elles disent : « ah ouais docteur. » Mais par contre moi, un homme se sent masculin, comment dire… il est puissant… bon. C'est ce qui arrive à la majorité des hommes. »* Seules les femmes (C, G, H, J, L) attribuent cette réticence à consulter au manque de temps du fait du travail ou de la nécessité de prendre soin d'un proche. Mme C donne une réponse typique : *« Parce que comme j'étais toute seule avec mon fils, avant mon mari, il fallait que je travaille, j'avais pas le temps de m'écouter. »* Certaines femmes (A, F, N) notent qu'elles attendent de consulter jusqu'au moment où la douleur devient trop forte.

Les obstacles logistiques ou financiers à l'accès aux soins sont évoqués par la plupart des patients interrogés, femmes (A, C, G, J, K, L, N, O) ou hommes (D, I). En particulier, le manque de moyen de transport, la crise Covid-19, et les problèmes financiers ou de couverture sociale sont évoqués par des hommes comme par des femmes : *« Il y a un problème sur lequel je ne suis vraiment pas contente. C'est sur les services d'aide à la personne. Je vous le dis carrément, que*

j'ai fait des demandes pour une aide chez moi. Parce que je ne fais pas de cinéma ! Mon pied ne va jamais repousser et je n'ai droit à rien» (Mme K). Un problème évoqué exclusivement par des femmes (A, C) est la disponibilité exclusive à l'étranger de certains traitements qui (selon elles) pourraient leur apporter un bénéfice.

DISCUSSION

Parmi nos patients interviewés, la totalité des hommes et la majorité des femmes ne percevaient pas d'écart de prise en charge de la douleur selon le genre, du moins s'agissant de leur expérience personnelle. Il semble que pour les femmes qui se sentaient traitées différemment pour la douleur en tant que femme, cette discrimination s'inscrivait dans un contexte bien spécifique, souvent familial ou intime, plutôt que médical. Curieusement, Mme. G, dont le discours est le plus marqué par le sentiment de discrimination en tant que femme, exprime une préférence pour les médecins hommes qui, pense-t-elle, seraient plus à l'écoute. Cela n'est qu'un exemple de la grande diversité des croyances et attitudes que les patients expriment sur le rapport entre douleur chronique et genre.

Des preuves existent en effet que les biais de genre dans l'environnement d'une personne peuvent influencer sa perception de la douleur, et ce dès l'enfance. Par exemple, dans une étude, des participants adultes, regardant une vidéo où un enfant exprimait sa douleur, jugeaient cette douleur plus intense quand ils pensaient que l'enfant était un garçon et moins intense quand ils pensaient que l'enfant était une fille, alors que le comportement douloureux était identique.[10]

Le fait que les patients ne notent pas de discrimination ou de biais de genre de la part des soignants ne veut évidemment pas dire que ce biais est inexistant. Plusieurs études démontrent un écart d'efficacité de prise en charge de la douleur défavorisant les femmes[5,11,12,13]. Bien que la littérature montre que les facteurs biologiques (hormonaux, génétiques, neurobiologiques) influencent la douleur[13], il a été aussi montré qu'un biais de la part des soignants peut jouer un rôle. Dans une étude britannique, des étudiants en médecine et des professionnels de santé confrontés à des cas cliniques avaient tendance à estimer la douleur des hommes plus intense que celle des femmes, et à prescrire plus d'antalgiques et d'opioïdes aux hommes et plus de traitements psychologiques aux femmes[14]. Il faut noter que des facteurs culturels jouent un rôle dans la perception du genre et de la douleur[5], un aspect qui complique l'extrapolation de résultats d'une culture à une autre. Néanmoins, le sujet est pris en compte dans le contexte français : le comité éthique de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale a crée un groupe de travail intitulé « Genre et recherche en santé » qui est dédié à la recherche des écarts de prise en charge de différentes maladies selon le genre, et l'éducation sur ce thème[15].

Nous avons vu que les croyances des patients interviewés sur l'expérience de la douleur et les éventuelles différences entre les sexes portent essentiellement sur la souffrance et la tolérance.

Cette souffrance est jugée comme égale pour les deux sexes par certaines patientes, et comme supérieure pour les femmes par d'autres patients des deux sexes, même si pour ce dernier scénario, différentes explications sont données comme la prévalence de la douleur, la contre-indication de certains médicaments, les difficultés de la vie domestique et la maltraitance. Ce qui fait penser que le terme « souffrance » a des sens bien différents.

Un résultat potentiellement surprenant est le discours sur la tolérance de la douleur, où la majorité des patients s'étant prononcés à ce sujet attribuent aux femmes une plus grande tolérance à la douleur. Cette croyance semble liée à celle que les femmes se plaignent moins facilement (elles seraient moins «douillettes» que les hommes !) et que les femmes ont « l'habitude » de la douleur, liée essentiellement à leurs particularités reproductives (accouchement). Cette représentation correspond néanmoins à ce que l'on peut retrouver dans des études sociologiques antérieures faites auprès des patients sur la douleur chronique et le genre[16]. De prime abord, ce résultat peut sembler contradictoire au discours de la « masculinité traditionnelle » qui veut que l'idéal sociétal de masculinité entraîne un « stoïcisme » qui empêche les hommes d'exprimer leurs douleurs, afin de préserver leur identité[17]. Il semble aussi contradictoire aux études qui montrent que les femmes se plaignent plus souvent des douleurs[18]. Cette différence peut être expliquée de différentes manières : soit le stéréotype de la « femme plus résistante à la douleur » est courant ou prédominant dans le contexte culturel spécifique dans lequel nous avons mené cette étude, soit il peut y avoir une coexistence de différents stéréotypes et croyances parfois contradictoires. Pour ce qui est de la tolérance réelle à la douleur, il est relativement bien établi dans la littérature que les femmes sont globalement plus sensibles que les hommes aux stimuli douloureux pour différentes modalités de la douleur en conditions expérimentales[13]**,** même si la sensibilité expérimentale à la douleur peut être modifiée par des stéréotypes de genre, ou même par la présence d'un chercheur attirant du sexe opposé[19].

Si plusieurs patients interrogés ne considèrent pas le genre comme pertinent au choix d'un médecin, d'autres expriment des préférences. La dynamique observée est cohérente avec ce qu'une étude néerlandaise a démontré : une partie de la population exprimait une préférence de genre concernant leur soignant ou médecin. Et, quand cette préférence existait, elle était liée à deux facteurs : l'intimité du contact, qui détermine quelles spécialités sont les plus touchées par les préférences de genre, et la perception de bienveillance, qui détermine dans quelle mesure le patient ou la patiente se sent à l'aise pour parler avec le soignant. Un patient ou une patiente peut attribuer plus de bienveillance à un soignant d'un sexe ou l'autre, que le soignant soit du même sexe que le

patient ou non[20]. Un exemple dans notre étude est Mme G qui trouve que les médecins hommes sont plus à l'écoute, alors que M. I trouve les médecins et soignants femmes plus bienveillantes.

Les discours des patients sur les événements influençant les douleurs sont clairement différents entre hommes et femmes : les aspects physiques (travail physique dur et sport) étant plus largement mis en avant par les hommes, tandis que le stress, la négligence de soi pour prendre soin d'une autre personne, un déménagement, le deuil ou la jeunesse difficile ou traumatique étant exclusivement évoqués par les femmes.

Cette observation correspond aux données de la littérature. Dans une étude qualitative norvégienne sur les hommes souffrant d'une douleur musculaire chronique, le rôle du travail exigeant était le principal élément mis en avant dans les récits des patients[21]. Une étude qualitative française menée en milieu rural, milieu similaire à celui de la présente étude, met en avant le rôle du mode de vie traditionnel qui place le travail comme élément central de la vie, voyant le corps comme un outil que la médecine doit « réparer » dès que la douleur empêche la fonctionnalité, sans pour autant attacher beaucoup d'importance au confort. Ce mode de vie traditionnel est lié à des notions de masculinité traditionnelle, mais elle peut aussi être reproduite par les femmes, qui « n'ont pas le temps de s'écouter » et qui témoignent d'une « résistance » à la douleur. En même temps, une répartition des rôles, avec l'homme comme pourvoyeur et la femme comme soignante, est évidente[22]. Ces constats correspondent aux discours tenus par certains patients et certaines patientes dans la présente étude, notamment ceux qui sont plus âgés et qui ont effectué un travail physique dur.

S'agissant du rôle des événements traumatiques ou le stress environnemental, le lien de comorbidité entre le trouble de stress post-traumatique et la douleur chronique est bien établi dans la littérature[23]. Et il est noté que le stress post-traumatique et la douleur chronique partagent certains mécanismes communs tels que les comportements d'évitement et d'appréhension. Des études montrent qu'un cas d'abus subi pendant l'enfance était lié à la survenue d'une douleur chronique pendant la vie adulte, fait qui semble impacter davantage les femmes[5].

Le rôle d'aidante assumée par plusieurs femmes interviewées et le lien avec les douleurs chroniques et la négligence de soi, c'est-à-dire de leur propre santé, coïncide également avec la littérature[24]. Selon une étude de la DREES réalisée en 2015, 59,5 % des aidants proches des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile étaient des femmes, mais cette différence était moindre si le lien entre aidant et personne dépendante était plus proche[25].

La douleur impacte les différents domaines de la vie. Même si l'atteinte des tâches domestiques est évoquée par les deux sexes, il y a clairement une répartition des tâches (ménage fait

par les femmes, bricolage et jardinage par les hommes) qui correspond avec les données de la littérature et qui touche globalement plus les femmes. Selon une étude de l'Insee réalisée en 2010, les hommes consacrent en moyenne 1 heure et 26 minutes de moins par jour aux tâches domestiques que les femmes (mais 19 minutes de plus aux travaux de bricolage et jardinage), même s'ils consacrent en moyenne 1 heure et 17 minutes par jour de plus aux activités professionnelles[26].

Quant à l'impact sur la santé, la tendance des femmes interviewées à évoquer la fatigue ou les troubles psychiques comme conséquences de la douleur, contrairement aux hommes interviewés, correspond aux études montrant que les femmes ont plus tendance à dire qu'elles sont fatiguées[27,28]. La comorbidité entre douleur chronique et dépression est plus importante chez les femmes[29].

La douleur est (ou n'est pas) communiquée à l'entourage de différentes manières. Une tendance à cacher les douleurs, un désir de ne pas déranger les autres et l'impression d'un manque d'empathie de la part de l'entourage quand on parle de la douleur sont retrouvés chez les femmes comme chez les hommes interviewés. La littérature laisse quand même penser qu'une différence existe dans la manière de parler de la douleur entre les femmes et les hommes. Une analyse discursive montre que les femmes utilisent plus de mots liés au psychisme et que les hommes font plus souvent référence aux médicaments antidouleurs[30]. Une réticence à parler de la douleur peut être un obstacle à sa prise en charge. Dans notre étude, certaines croyances ou attitudes peuvent être à la base de cette réticence, comme la peur de paraître faible ou d'importuner les autres. Des études en psychologie de personnalité montrent que les femmes ont en moyenne un score plus élevé d'«amabilité», trait de personnalité lié, entre autres, à la préférence du maintien de l'harmonie et de l'évitement du conflit[31]. Néanmoins, l'hypothèse qu'un écart de prise en charge de la douleur chronique défavorable aux femmes serait dû à une moindre capacité des femmes de se défendre devant les soignants car « trop gentilles » (auto-plaidoyer ou autonomie sociale) semble invalidée par une étude où les femmes étaient plus prêtes que les hommes à utiliser des stratégies d'auto-plaidoyer[18]. Il est également possible que des croyances associées à la masculinité (stoïcisme, indépendance, agression, dominance) influencent certains comportements liés à la douleur, comme l'expression de la douleur, l'utilisation des services médicaux ou les stratégies de *coping* utilisées[32]. Devant ces différentes attitudes concernant l'expression de la douleur, une attention particulière aux comportements non verbaux des patients pourrait être utile à l'heure de discerner des douleurs non exprimées ouvertement par les patients[33].

Quant au rôle de l'entourage dans la communication des douleurs, des études montrent que la manière dont le partenaire d'une personne douloureuse chronique interagit avec elle a un impact sur l'intensité de la douleur et les comportements liés à la douleur, pouvant parfois favoriser la pérennisation de la douleur[34].

Les patients interviewés partagent leur manière de faire face à la douleur ou stratégies de *coping*, que nous avons catégorisées comme stratégies mentales (prédominantes chez les femmes), stratégies physiques (prédominantes chez les hommes, sauf l'adaptation de l'alimentation, nommée exclusivement par les femmes) et le recours aux médecines alternatives (prédominant chez les femmes). Une différence de *coping* entre hommes et femmes est également retrouvée dans la littérature : les femmes utilisent des stratégies centrées sur les émotions, le soutien social, les affirmations positives, etc., alors que les hommes utilisent des stratégies telles que la distraction, le déni ou les stratégies centrées sur la solution de problèmes. Les concepts de « dramatisation » et « auto-efficacité » sont très importants quand on parle de *coping*, la dramatisation étant une stratégie liée à la rumination sur les douleurs et associée à une plus grande intensité de la douleur, un plus grand handicap. C'est une stratégie de *coping* plus fréquente chez les femmes. L'auto-efficacité est la confiance de la personne dans ses capacités à accomplir une tâche, et une moindre auto-efficacité est associée à un seuil de douleur moins élevé ; les femmes ayant une moindre auto-efficacité[5,35]. Une tendance à la rumination chez les femmes ou une plus grande auto-efficacité chez les hommes n'a cependant pas été constatée lors de notre étude. Quant aux données de la littérature sur le recours aux médecines alternatives, les résultats sont partagés. Certaines études montrent une plus grande tendance des femmes atteintes d'une douleur chronique à utiliser les médecines complémentaires[36] alors que d'autres ne montrent aucune différence significative hommes-femmes[37,38,39].

De toutes les émotions évoquées par les hommes et les femmes interviewés, la tristesse est la seule à être évoquée exclusivement par les femmes. Cela correspond à une étude brésilienne qui trouvait également une différence significative entre les femmes et les hommes quant au signalement d'un sentiment de tristesse[40]. Il est possible que ce fait soit lié à la comorbidité dépressive plus fréquente chez les femmes ou aux rôles de genre masculins qui découragent l'expression de certaines émotions jugées « féminines », comme la tristesse[41].

Une autre thématique qui émerge de notre étude est la place des relations interpersonnelles. La valeur du soutien social et le rôle du couple étaient mentionnés exclusivement par les femmes. Il existe une littérature sur le soutien social, concept qui englobe différentes dimensions : le soutien affectif, le soutien instrumental (comme l'aide à la personne), le soutien financier, etc. Dans une étude américaine réalisée sur des femmes entre 50 et 80 ans, le soutien affectif était associé à une meilleure santé physique et mentale, mais le soutien instrumental ou financier n'avait pas un tel effet[42].

Le genre peut certainement jouer un rôle dans la relation soignant-patient. Dans notre étude, certains facteurs de la relation soignant-patient étaient évoqués principalement par les femmes,

comme l'aspect psychosomatique. En effet, la littérature atteste qu'une cause majeure des erreurs de diagnostic chez les patientes est la tendance des soignants à attribuer leurs symptômes au psychisme, même en présence de preuves objectives. Les médecins ont tendance à étiqueter les symptômes d'une femme comme étant psychosomatiques, même s'ils sont identiques à ceux d'un homme[43]. Cet écart de prise en charge pourrait être en lien avec des stéréotypes de genre concernant l'émotivité des femmes qui est liée à une perception d'exagération des plaintes. Ces différences ne sont pas forcément liées au sexisme (qui est affectif) mais aux stéréotypes qui représentent des biais cognitifs[44].

Dans notre étude, la facilité à parler des douleurs avec les soignants mais aussi (en moindre mesure) la réticence à parler des douleurs sont exprimées exclusivement par les femmes. La littérature montre des différences de genre quant au style communicatif des patients : les femmes ont tendance à être plus expressives et ouvertes, à poser plus de questions, à parler plus des relations interpersonnelles des réactions affectives, et à parler plus longuement de l'histoire médicale[43]. Dans notre étude, la satisfaction de l'effort des soignants et de la capacité du médecin à rassurer et, par ailleurs, l'insatisfaction des prescriptions sont des éléments évoqués par les femmes interrogées. Selon la littérature, les femmes ont effectivement tendance à être plus satisfaites des soins reçus, à condition que la relation soignant-patient soit déjà bien établie. Elles ont également plus tendance à négocier les options de traitement et à chercher des décisions consensuelles, et elles changent plus fréquemment de médecin à cause de difficultés de communication. Il semble cependant que le biais d'attribution à l'émotion de la part des soignants est surtout présent dans les phases initiales de la relation soignant-patient et qu'il diminue lorsque le soignant s'est familiarisé avec le patient[43,45]. Le seul élément de la relation soignant-patient évoqué surtout par les hommes dans notre étude est la satisfaction de la capacité d'écoute du soignant. Malgré cela, la littérature indique que les hommes reçoivent moins d'informations et moins de signes d'empathie de la part de leurs médecins[46]. Dans notre étude, la crédibilité est un thème important pour les hommes comme pour les femmes. La majorité des hommes et femmes interviewés partagent des expériences où ils se sentaient pris au sérieux, mais d'autres hommes et femmes ont été confrontés à des situations où ils se sentaient décrédibilisés. Toutefois, une enquête de The Commonwealth Fund montre que la proportion de patientes ayant entendu une phrase de type « c'est dans votre tête » de la part d'un soignant est plus importante (17 % par rapport à 7 % des hommes)[43]. Et dans une étude qualitative norvégienne sur des patientes ayant une douleur chronique inexpliquée, ne pas se sentir pris au sérieux par les soignants est un thème récurrent[47].

Dans notre étude, bon nombre des espoirs, attentes et perspectives d'avenir sont partagés par les hommes comme par les femmes. Les femmes sont les seules à dire qu'elles attendent une implication émotionnelle et humaine du médecin, une orientation vers le bon spécialiste et un renouvellement du traitement. S'il y a d'autres différences, les hommes mettent éventuellement plus l'accent sur la mobilité, alors que le discours des femmes révèle plutôt un sentiment d'impasse. Les perspectives optimistes sont moins présentes que les pessimistes, mais exclusivement évoquées par les femmes. Dans la littérature, on peut trouver les indices d'une différence hommes-femmes quant aux attentes de la visite médicale. Par exemple, dans une étude, les femmes avaient plus tendance à attendre un soulagement partiel de la douleur et à dire qu'elles en seraient satisfaites[48]. Un travail plus vaste reste à faire dans ce domaine de recherche.

Quant aux obstacles à consulter, la différence la plus notable est le manque de temps que certaines femmes évoquent du fait de leurs activités de mère ou d'aidante. Comme nous l'avons déjà évoqué, les femmes tendent à assumer plus fréquemment le rôle d'aidante, ce qui peut avoir un impact sur leur état de santé et retarder la recherche d'aide médicale, particulièrement pour les femmes aux conditions socio-économiques défavorables[49].

Forces et faiblesses

À notre connaissance, cette étude est la première en France à explorer les représentations des patients sur un éventuel biais de genre par les soignants surtout dans un contexte rural. La méthodologie choisie s'est avérée appropriée à l'objectif de l'étude et le guide d'entretien a permis un recueil de données qui explore de différents aspects des vies des patients, leurs trajectoires, leur rapport à la douleur et au système de santé, la place de la douleur et du genre dans leurs rapports sociaux, et leurs croyances sur le genre. Une limite de l'étude était un manque d'expérience et de formation de l'enquêteur quant à la recherche qualitative, mais une aide méthodologique d'une tierce personne formé et expérimenté aux méthodes qualitatives a pu renforcer le travail. Il est possible que les personnes ayant participé à notre étude étaient plus motivées à parler des douleurs que le patient typique, donnant possiblement lieu à un biais de sélection. Un biais de courtoisie des patients vis-à-vis l'enquêteur, qui s'est présenté comme un interne en médecine générale, a pu influencer les réponses. Étant donné que le sujet de l'étude porte sur le genre, il est possible que le fait que le chercheur est un homme ait influencé l'interprétation des données. Seulement 4 hommes ont répondu au recrutement, mais étant donnée la méthode qualitative choisie et le fait qu'une saturation des données ait été atteinte, il a été possible de recueillir suffisamment de données.

Implications futures

Malgré l'absence de perception de biais de genre des soignants de la part des patients interrogés, le genre semble jouer un rôle subtil dans les trajectoires. Étant donné les particularités de l'échantillon rural de cette étude, il serait intéressant de réaliser des études similaires dans des différents contextes culturels, notamment les populations défavorisées. Les études quantitatives peuvent également apporter leur pièce en explorant certaines possibles différences hommes-femmes suggérées dans cette étude afin de les confirmer ou rejeter.

CONCLUSION

Le rôle du genre prend une place variable dans les discours des patients douloureux chroniques interrogés. Certains n'y attachent aucune importance et ont tendance à donner des réponses plutôt « égalitaires » aux questions sur les éventuelles différences de genre. Alors que d'autres, souvent dans un contexte spécifique (histoire d'abus, travail physique dur ou personnes âgées ayant connu un mode de vie plus « traditionnel ») évoquent consciemment certaines croyances sur les rôles de genre et leur impact sur la vie personnelle et l'histoire de la douleur. Les patients et patientes qui perçoivent une différence de genre quant à la douleur ont tendance à attribuer le rapport différent des femmes à la douleur essentiellement à leurs particularités reproductives.

Si certaines personnes (des deux sexes) évoquent des incidents avec des soignants où elles ont éprouvé un sentiment d'abandon, de ne pas être prises au sérieux ou de ne pas être écoutées, cela n'est jamais lié au genre ni au sexe. Globalement, les patients interrogés ne perçoivent pas consciemment de différence de prise en charge de la douleur chronique selon le genre. C'est plutôt dans la sphère privée, familiale et personnelle que certaines discriminations sont ressenties, essentiellement par certaines femmes. Certaines ne se sentent pas prises au sérieux en tant que femme dans certains contextes. Un autre thème récurrent chez certaines femmes est l'impact du rôle de mère ou d'aidante, et la négligence de soi que cela entraîne, un fait qui coïncide avec les données de la littérature et qui pour certaines femmes est vécu comme une véritable obligation et contrainte. D'autres événements de la vie entraînant un stress ou un traumatisme psychologique, avec leurs aspects relationnels, sont plus souvent évoqués par les femmes, alors que les hommes ont tendance à mettre l'accent sur les aspects physiques. Le travail physique dur et le sport sont très présents dans les discours des hommes interviewés. Malgré ces différences, la réalité de ces patients et de ces patientes n'est certainement pas caricaturale. Les hommes interviewés font preuve de vulnérabilité et le travail physique est aussi présent dans les histoires des femmes, surtout lié aux responsabilités domestiques et le soin d'autrui. On peut difficilement parler ici d'un « stoïcisme » chez les hommes et d'une « émotivité » ou « hypersensibilité » chez les femmes. Étant donné le contexte rural et l'âge moyen élevé des patients interrogés, il est peut-être plus approprié de parler d'un contexte « traditionaliste » où le travail l'emporte sur le confort. La souffrance est assumée par les hommes comme par les femmes. C'est essentiellement la répartition des tâches qui dépend du genre, une dynamique qui a été décrite dans différentes études similaires.

Même si les patients interrogés ne perçoivent pas de différence de prise en charge, la littérature montre qu'à part les facteurs biologiques, qui ont certainement leur influence sur les différences hommes-femmes quant à la douleur chronique, un biais de genre de la part des soignants peut effectivement impacter la prise en charge. Dans le contexte spécifique de la douleur chronique, cela semble défavoriser les femmes du fait d'un biais d'attribution et d'une « sur-psychologisation » des plaintes des patientes. Si les femmes ont tendance à évoquer plus de contenu affectif, relationnel et psychologique vis-à-vis des soignants, les hommes ont tendance à avoir un discours plus « objectif » et centré sur les aspects physiques, ce qui peut contribuer à cette « sur-psychologisation ». Par ailleurs, si les hommes ont moins tendance à être ouverts sur leurs craintes et leurs questionnements, il se peut que les hommes ressortent du cabinet avec moins d'informations. Il est donc important pour les médecins généralistes et les professionnels de santé d'être conscients de cette dynamique de genre afin d'éviter de tomber dans le piège de la sur-psychologisation, même s'il est bien entendu important d'approcher chaque patient et patiente en tant qu'individu et de prendre compte son histoire personnelle, son caractère et ses conditions de vie.

De plus amples travaux sur les représentations de genre liées à la douleur dans différents contextes culturels et locaux peuvent aider à mieux cerner l'interaction entre croyances, circonstances locales, souffrances entraînées par la douleur et rapport au système de santé. Si le chercheur retient la grande variabilité de croyances et attitudes sur le genre et la douleur exprimée par les patients, ce travail souligne l'importance des aspects psychosociaux de la douleur chronique. Toutefois, sur le terrain, il peut être difficile de donner à ces aspects toute leur valeur, alors que la négligence de ces aspects pourrait favoriser le recours, pour certains, aux médecines complémentaires et alternatives.

ABRÉVIATIONS

AVC : Accident vasculaire cérébral

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

IASP : International Association for the Study of Pain

BIBLIOGRAPHIE

1. « Haute Autorité de Santé - Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient ». Consulté le 15 février 2018. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/en/chronic-pain-identification-assessment-and-referral-of-patient-with-chronic-pain-syndrome.

2. « Prevalence of Chronic Pain: An Overview (PDF Download Available) ». Consulté le 23 février 2018. https://www.researchgate.net/publication/252751027_Prevalence_of_Chronic_Pain_An_Overview.

3. « Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment - Breivik - 2006 - European Journal of Pain - Wiley Online Library ». Consulté le 23 février 2018. http://onlinelibrary.wiley.com.lama.univ-amu.fr/doi/10.1016/j.ejpain.2005.06.009/abstract;jsessionid=F210E11F09217B44C741186CB42EBFC2.f03t04.

4. Bouhassira, Didier, Michel Lantéri-Minet, Nadine Attal, Bernard Laurent, et Chantal Touboul. «Prevalence of Chronic Pain with Neuropathic Characteristics in the General Population.» PAIN 136, no 3 (juin 2008): 380-87. https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.08.013

5. Bartley, E.J., et R. B. Fillingim. « Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings ». BJA: British Journal of Anaesthesia 111, no 1 (juillet 2013): 52-58. https//doi.org/10.1093/bja/aet127

6. Tajfel P., Gerche S., Huas D., La douleur en médecine générale. Point de vue du médecin de la douleur, Douleur et analgésie, 2002, 1, p. 71-79

7. The Guardian. « John Oliver: Bias in Medical Care Is a "Discussion That We Need to Have" », 19 août 2019. http://www.theguardian.com/culture/2019/aug/19/john-oliver-last-week-tonight-recap-medical-care-bias.

8. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve : De Boeck ; 2014. 152 p.

9. Krieger, Nancy. « Genders, Sexes, and Health: What Are the Connections—and Why Does It Matter? » *International Journal of Epidemiology* 32, nº 4 (1 août 2003): 652-57. https://doi.org/10.1093/ije/dyg156.

10. Earp, Brian D., Joshua T. Monrad, Marianne LaFrance, John A. Bargh, Lindsey L. Cohen, et Jennifer A. Richeson. « Featured Article: Gender Bias in Pediatric Pain Assessment ». *Journal of Pediatric Psychology* 44, nº 4 (01 2019): 403-14. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy104.Krieger,

Nancy. « Genders, Sexes, and Health: What Are the Connections—and Why Does It Matter? » *International Journal of Epidemiology* 32, nº 4 (1 août 2003): 652-57. https://doi.org/10.1093/ije/dyg156.

11. Hoffmann, Diane E., et Anita J. Tarzian. « The Girl Who Cried Pain: A Bias against Women in the Treatment of Pain »: *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 23 juin 2016. https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1748-720X.2001.tb00037.x.

12. Samulowitz, Anke, Ida Gremyr, Erik Eriksson, et Gunnel Hensing. « "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain ». *Pain Research & Management* 2018 (2018): 6358624. https://doi.org/10.1155/2018/6358624.

13. Fillingim, Roger B., Christopher D. King, Margarete C. Ribeiro-Dasilva, Bridgett Rahim-Williams, et Joseph L. Riley. « Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings ». *The journal of pain : official journal of the American Pain Society* 10, nº 5 (mai 2009): 447-85. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.12.001.

14. Schäfer, Gráinne, Kenneth M. Prkachin, Kimberley A. Kaseweter, et Amanda C. de C. Williams. « Health Care Providers' Judgments in Chronic Pain: The Influence of Gender and Trustworthiness ». *Pain* 157, nº 8 (2016): 1618-25. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000536.

15. Inserm - La science pour la santé. « Genre et Santé : attention aux clichés ! » Consulté le 24 novembre 2020. https://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/genre-et-sante-attention-cliches.

16. Bendelow, Gillian. « Pain Perceptions, Emotions and Gender ». *Sociology of Health & Illness* 15, nº 3 (1993): 273-94. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10490526.

17. https://www.apa.org. « APA Issues First-Ever Guidelines for Practice with Men and Boys ». Consulté le 24 novembre 2020. https://www.apa.org/monitor/2019/01/ce-corner.

18. Kolmes, Sara K., et Kyle R. Boerstler. « Is There a Gender Self-Advocacy Gap? An Empiric Investigation Into the Gender Pain Gap ». *Journal of Bioethical Inquiry* 17, nº 3 (1 septembre 2020): 383-93. https://doi.org/10.1007/s11673-020-09993-8.

19. Alabas, O. A., O. A. Tashani, G. Tabasam, et M. I. Johnson. « Gender Role Affects Experimental Pain Responses: A Systematic Review with Meta-Analysis ». *European Journal of Pain (London, England)* 16, nº 9 (octobre 2012): 1211-23. https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00121.x.

20. Kerssens, J. J., J. M. Bensing, et M. G. Andela. « Patient Preference for Genders of Health Professionals ». *Social Science & Medicine (1982)* 44, n° 10 (mai 1997): 1531-40. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00272-9.

21. Ahlsen, Birgitte, Anne M. Mengshoel, et Kari N. Solbrække. « Troubled Bodies--Troubled Men: A Narrative Analysis of Men's Stories of Chronic Muscle Pain ». *Disability and Rehabilitation* 34, n° 21 (2012): 1765-73. https://doi.org/10.3109/09638288.2012.660601.

22. Beltran, Grégory. « Explications et modes de justification du renoncement aux soins dans une population ruralo-agricole. Rôles et ajustements d'un modèle de masculinité traditionnelle ». *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n° 48-1 (1 septembre 2017): 87-107. https://doi.org/10.4000/rsa.1822.

23. Kind, Shelley, et John D. Otis. « The Interaction Between Chronic Pain and PTSD ». *Current Pain and Headache Reports* 23, n° 12 (28 novembre 2019): 91. https://doi.org/10.1007/s11916-019-0828-3.

24. Gomes, Nildete Pereira, Larissa Chaves Pedreira, Nadirlene Pereira Gomes, Elaine de Oliveira Souza Fonseca, Luciana Araújo dos Reis, Alice de Andrade Santos, Nildete Pereira Gomes, et al. « Health-Related Consequences of Caring for Dependent Relatives in Older Adult Caregivers ». *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP* 53 (2019). https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018002303446.

25. Xavier Besnard, Mathieu Brunel, Nadège Couvert, Delphine Roy (DREES), 2019, « Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) », Les Dossiers de la DREES, n°45, DREES, novembre.

26. « L'emploi du temps en 2010 - Insee Résultats - 130 ». Consulté le 24 novembre 2020. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2118074.

27. « QuickStats: Percentage of Adults Who Often Felt Very Tired or Exhausted in the Past 3 Months,* by Sex and Age Group - National Health Interview Survey, United States, 2010-2011† ». Consulté le 24 novembre 2020. https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6214a5.htm.

28. « Gender and Stress ». Consulté le 24 novembre 2020. https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2010/gender-stress.

29. O'Reilly, Aminata. « La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux ». *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 21, n° 4 (1 novembre 2011): 126-31. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2011.08.003.

30. Jaworska, Sylvia, et Kath Ryan. « Gender and the Language of Pain in Chronic and Terminal Illness: A Corpus-Based Discourse Analysis of Patients' Narratives ». *Social Science & Medicine (1982)* 215 (2018): 107-14. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.002.

31. Schmitt, David, Anu Realo, Martin Voracek, et Jüri Allik. « "Why Can't a Man Be More Like a Woman? Sex Differences in Big Five Personality Traits Across 55 Cultures," (vol 94, pg 168, 2008) ». *Journal of personality and social psychology* 96 (1 février 2009): 118. https://doi.org/10.1037/a0014651.

32. Keogh, Edmund. « Men, Masculinity, and Pain ». *Pain* 156, nº 12 (décembre 2015): 2408-12. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000328.

33. Cagle, John, et Morgan Bunting. « Patient Reluctance to Discuss Pain: Understanding Stoicism, Stigma, and Other Contributing Factors ». *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 13, nº 1 (mars 2017): 27-43. https://doi.org/10.1080/15524256.2017.1282917.

34. Edlund, Sara M., Maria L. Carlsson, Steven J. Linton, Alan E. Fruzzetti, et Maria Tillfors. « I See You're in Pain – The Effects of Partner Validation on Emotions in People with Chronic Pain ». *Scandinavian Journal of Pain* 6 (1 janvier 2015): 16-21. https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2014.07.003.

35. Vearrier, Laura. « A Feminist Perspective on Gender Justice in the Treatment of Chronic Pain ». *Archives of Medicine* 8, nº 3 (9 juin 2016). https://www.archivesofmedicine.com/abstract/a-feminist-perspective-on-gender-justice-in-the-treatment-of-chronic-pain-9574.html.

36. Evans, Elizabeth A., Patricia M. Herman, Donna L. Washington, Karl A. Lorenz, Anita Yuan, Dawn M. Upchurch, Nell Marshall, Alison B. Hamilton, et Stephanie L. Taylor. « Gender Differences in Use of Complementary and Integrative Health by U.S. Military Veterans with Chronic Musculoskeletal Pain ». *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 28, nº 5 (octobre 2018): 379-86. https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.07.003.

37. Konvicka, James J., Tricia A. Meyer, Andrew J. McDavid, et Charles R. Roberson. « Complementary/Alternative Medicine Use among Chronic Pain Clinic Patients ». *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses* 23, nº 1 (février 2008): 17-23. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2007.05.003.

38. Ndao-Brumblay, S. Khady, et Carmen R. Green. « Predictors of Complementary and Alternative Medicine Use in Chronic Pain Patients ». *Pain Medicine* 11, nº 1 (1 janvier 2010): 16-24. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00767.x.

39. Tan, Michelle G. E., Ma Thin Win, et Shariq Ali Khan. « The Use of Complementary and Alternative Medicine in Chronic Pain Patients in Singapore: A Single-Centre Study ». *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 42, n° 3 (mars 2013): 133-37.

40. Vieira, Erica, João Garcia, Antônio Augusto Silva, Rayanne Araújo, Ricardo Jansen, et Adriana Bertrand. « Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: Are there differences between the sexes? » *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública* 28 (1 août 2012): 1459-67. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000800005.

41. Chaplin, Tara M. « Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective ». *Emotion review : journal of the International Society for Research on Emotion* 7, n° 1 (janvier 2015): 14-21. https://doi.org/10.1177/1754073914544408.

42. Wong, Sabrina T., Amery Wu, Steven Gregorich, et Eliseo J. Pérez-Stable. « What Type of Social Support Influences Self-Reported Physical and Mental Health Among Older Women? » *Journal of aging and health* 26, n° 4 (juin 2014): 663-78. https://doi.org/10.1177/0898264314527478.

43. Elderkin-Thompson, V., et H. Waitzkin. « Differences in Clinical Communication by Gender ». *Journal of General Internal Medicine* 14, n° 2 (février 1999): 112-21. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00296.x.

44. Lloyd, E. Paige, Gina A. Paganini, et Leanne ten Brinke. « Gender Stereotypes Explain Disparities in Pain Care and Inform Equitable Policies ». *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 7, n° 2 (1 octobre 2020): 198-204. https://doi.org/10.1177/2372732220942894.

45. Street, Richard L. « Gender Differences in Health Care Provider-Patient Communication: Are They Due to Style, Stereotypes, or Accommodation? » *Patient Education and Counseling* 48, n° 3 (décembre 2002): 201-6. https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00171-4.

46. Netgen. « Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? » Revue Médicale Suisse. Consulté le 24 novembre 2020. https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-257/Les-medecins-hommes-et-femmes-interagissent-de-maniere-differente-avec-leurs-patients-pourquoi-s-en-preoccuper.

47. Werner, Anne, et Kirsti Malterud. « It Is Hard Work Behaving as a Credible Patient: Encounters between Women with Chronic Pain and Their Doctors ». *Social Science & Medicine (1982)* 57, n° 8 (octobre 2003): 1409-19. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00520-8.

48. Calpin, Pádraig, Ather Imran, et Dominic Harmon. « A Comparison of Expectations of Physicians and Patients with Chronic Pain for Pain Clinic Visits ». *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain* 17, n° 3 (2017): 305-11. https://doi.org/10.1111/papr.12428.

49. Digiacomo, Michelle, Patricia Davidson, Robert Zecchin, Kate Lamb, et John Daly. « Caring for Others, but Not Themselves: Implications for Health Care Interventions in Women with Cardiovascular Disease ». *Nursing research and practice* 2011 (22 mai 2011): 376020. https://doi.org/10.1155/2011/376020.

Annexe 1 : Caractéristiques des patients

Patient(e)	Sexe, âge	Profession	Patient(e)	Sexe, âge	Profession
A	Femme, 61	Femme au foyer	I	Homme, 65	Ouvrier agricole
B	Femme, 73	Ex-gérante de magasin	J	Femme, 79	Ex-ouvreuse de cinéma
C	Femme, 59	Ex-ouvrière	K	Femme, 63	Ex-chef de rayon
D	Homme, 46	Ex-ouvrier mineur	L	Femme, 61	Ex-aide maternelle
E	Homme, 54	Ex-militaire	M	Homme, 80	Ex-gendarme
F	Femme, 76	Ex-professeur	N	Femme, 69	Infirmière
G	Femme, 75	Ex-représentante	O	Femme, 86	Ex-chauffeur
H	Femme, 89	Femme au foyer	X	X	X

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

Annexe 2: Guide d'entretien

Thème I: Histoire de la douleur.

I.a. La douleur et sa chronologie

1. Vous pouvez me décrire comment sont vos douleurs? Où est-ce que vous avez mal?
2. Vous pouvez me raconter quand les douleurs ont commencé?
    1. Relance: quels autres symptômes est-ce que vous avez eu?
3. A votre avis, quels événements de votre vie ont pu influencer la douleur? Dans quel sens?
4. Comment a évolué la douleur depuis?
5. Qu'est-ce qu'il vous a amené à consulter un médecin?
    1. Relance: est-ce qu'il y a eu des obstacles qui vous ont fait réticents à consulter pour votre douleur et si oui, lesquels?

I.b. Impact des douleurs sur la vie quotidienne et sur le psychisme

6. Décrivez-moi quelles sont les activités qui sont le plus limitées ou atteintes par vos douleurs?
    1. Relance: quel impact a votre douleur sur votre travail, ou vos tâches du quotidien?
    2. Relance: quel impact a votre douleur sur les choses que vous aimez faire?
    3. Relance: quel impact a votre douleur sur votre vie sociale?
7. Parlons de votre entourage social. Comment est-ce que vous exprimez votre douleur aux autres? Comment est-ce qu'on réagit à vos douleurs et comment est-ce que leurs réactions vous font sentir?
8. Quelles émotions provoquent la douleur chez vous?
9. Qu'est-ce que vous faites ou pensez pour mieux faire face à vos douleurs psychologiquement?
    1. Relance: selon vous, dans quelle mesure est-ce que les choses que vous faites ou pensez pour mieux faire face à vos douleurs vous aident ou aident pas?

Thème II: Le rôle du médecin traitant et le parcours de soins.

II.a. Résumé du parcours de soins et du processus diagnostic

10. Vous pouvez me résumer votre parcours de soins, c'est à dire, les démarches que vous avez fait pour faire prendre en charge vos douleurs?
11. Parlons du diagnostic. Vous pouvez me décrire comment on est arrivé à diagnostiquer ou étiqueter la cause de vos douleurs?
    1. Relance: quels mots ont été employés pour désigner le diagnostic?

II.b. Professionnels de santé, rôle et relation soignant-patient

12. Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez consulté votre médecin traitant pour votre douleur chronique?
13. Selon vous, quel est le rôle de votre médecin traitant dans la prise en charge de votre douleur?
    1. Relance: selon vous, qu'est-ce qu'il ou elle fait bien? Qu'est-ce qu'il ou elle pourrait améliorer?
14. Décrivez le rôle des autres professionnels de santé (par exemple, médecins spécialistes, infirmiers, kinés, pharmaciens etc.) dans la prise en charge de votre douleur.

15. Parlons du côté humain, de la relation humaine entre vous en tant que patient et les soignants dans le cadre de la prise en charge de votre douleur. Comment est-ce que vous exprimez votre douleur aux soignants? Comment est-ce qu'on réagit à vos douleurs et comment est-ce que leurs réactions vous font sentir?
    1. Relance: Dans quelle mesure est-ce que vous ressentez que votre douleur soit prise au sérieux par les soignants? Et pourquoi?
    2. Relance: Selon vous, qu'est-ce que les soignants/professionnels de santé pourraient améliorer dans la prise en charge et la manière dont ils ou elles abordent vos douleurs?

II.d. Thérapeutique et perspectives

16. Décrivez les traitements que vous avez eu pour la prise en charge de vos douleur et votre expérience avec ces traitements.
    1. Relance: dans quelle mesure est-ce qu'ils sont efficaces?
    2. Relance: comment est votre tolérance de ces médicaments?
    3. S'il y a eu des arrêts de travail par rapport à vos douleurs, vous pouvez en parler?
17. Que sont selon vous des choses qui compliquent ou qui posent des obstacles à la prise en charge de votre douleur?
18. Quelles sont les perspectives pour l'avenir quant à vos douleurs?

Thème III: L'influence du genre.

III.a. Impact du genre sur la prise en charge

19. Dans quelle mesure est-ce que vous pensez que le fait que *vous* soyez un homme ou une femme peut avoir un impact sur la manière dont les soignants abordent et prennent en charge votre douleur? Pourquoi? Vous pouvez en donner des exemples?
20. Dans quelle mesure est-ce que vous pensez que le fait que votre *médecin* soit un homme ou une femme peut avoir un impact sur la manière dont il ou elle aborde et prend en charge votre douleur? Pourquoi? Vous pouvez en donner des exemples?

III.b. Impact social du genre sur la douleur

21. Selon vous, dans quelle mesure est-ce que vous pensez que le fait que vous soyez un homme ou une femme peut influencer la manière dont vous exprimez votre douleur aux autres?
22. Selon vous, dans quelle mesures est-ce que vous pensez que le fait que vous soyez un homme ou une femme peut influencer la manière dont les autres (votre entourage social) perçoivent l'expression de votre douleur?
23. Est-ce que vous connaissez des stéréotypes liés à la douleur et les hommes/femmes? Si oui, vous pouvez les énumérer?
    1. Relance: A votre avis, est-ce qu'il y a des différences entre homme et femmes par rapport à la manière dont ils ou elles vivent la douleur? Si oui, lesquelles?

(Question finale: Vous avez quelque chose d'autre à rajouter?)

Annexe 3: Notice d'information

Notice d'information version 1.0 du 06/05/2020

«Existe-t-il un écart de prise en charge de la douleur selon le genre des patients? Le point de vue des patients»

Madame, Monsieur,

Lisez attentivement cette notice d'information.

Vous pourrez durant l'étude vous adresser au chercheur et responsable du traitement des données M. Samuel DE BIE, interne de D.E.S. de médecine générale à l'Université Aix-Marseille (numéro de téléphone: 0610125400, adresse mail: samuel.DE-BIE@etu.univ-amu.fr ou samubelg@gmail.com), pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Quel est le but de cette recherche?

Étudier les représentations et le vécu des patients atteints de douleur chronique, tant des hommes que des femmes, concernant la prise en charge de leurs douleurs et l'influence que le genre du patient peut avoir sur celle-ci.

Comment se déroule l'étude et quelles sont les contraintes?

Le chercheur réalisera un seul entretien avec vous ; il vous posera des questions liées à vos douleurs chroniques. Cet entretien se déroulera à une date, heure et lieu de votre choix et pourra se faire téléphoniquement. Il faut prévoir une durée d'entre quinze minutes et quarante minutes environ.

Le chercheur enregistrera cet entretien afin de pouvoir transcrire et analyser ses contenus dans le cadre de sa recherche.

Quelles données allons-nous recueillir et à qui seront-elles destinées?

Le chercheur demandera votre âge et votre (ancienne) profession lors de l'entretien pour les fins de l'étude.

Après l'entretien, votre participation dans l'étude sera terminée. L'enregistrement de l'entretien sera détruit après la complétion de l'étude.

Au lieu de votre nom et prénom réels, un pseudonyme vous sera assigné dans le traitement des données (par exemple, lors de l'écriture de la thèse, au lieu de votre nom, un pseudonyme apparaîtra). Seul le chercheur gardera le lien entre vos données de santé et vos données directement identifiantes (nom, prénom, âge, ancienne profession, numéro de téléphone).

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'étude sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

La collecte de données pour ce travail se fera en conformité avec l'article 6 et l'article 13 du règlement général sur la protection des données.

Vous avez des droits à la limitation du traitement des données, à l'effacement des données, à l'opposition au traitement des données, à la rectification des données, ainsi qu'à l'accès au traitement des données.

Pour plus d'information sur comment faire valoir ces droits, ou toute autre question liée au traitement de vos données, veuillez prendre contact avec Monsieur Hervé Isar, Professeur des universités, nommé Délégué à la protection des données pour Aix-Marseille Université (adresse mail: herve.isar@univ-amu.fr).

Annexe 4: Feuille de consentement

Feuille de consentement version 1.0 du 06/05/2020

«Existe-t-il un écart de prise en charge de la douleur selon le genre des patients? Le point de vue des patients»

M. Samuel DE BIE Interne de D.E.S. de Médecine générale, chercheur et responsable du traitement de données, m'a proposé de participer à la recherche intitulée : *« Existe-t-il un écart de prise en charge de la douleur selon le genre des patients? Le point de vue des patients»*

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées .

J'atteste que je suis affilié à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec la loi Informatique et Libertés ainsi que le règlement général sur la protection des données, dont les conditions de recueil sont précisées dans les Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43).

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : *« Existe-t-il un écart de prise en charge de la douleur selon le genre des patients? Le point de vue des patients»;*

et je donne mon consentement à l'enregistrement de l'entretien auquel je participerai.

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à…… le …….. en deux exemplaires originaux

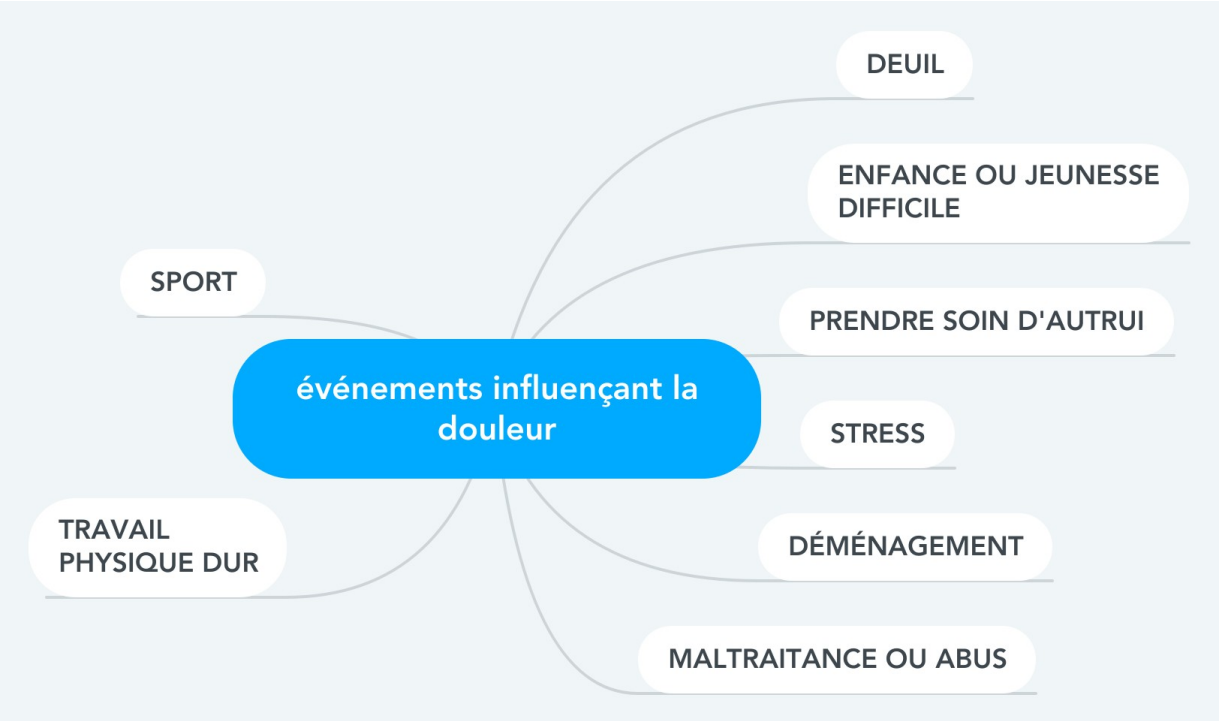
Participant à la recherche	Chercheur
Nom :	Nom :
Prénom:	Prénom :
Signature :	Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Annexe 5: Genre, stéréotypes et douleur

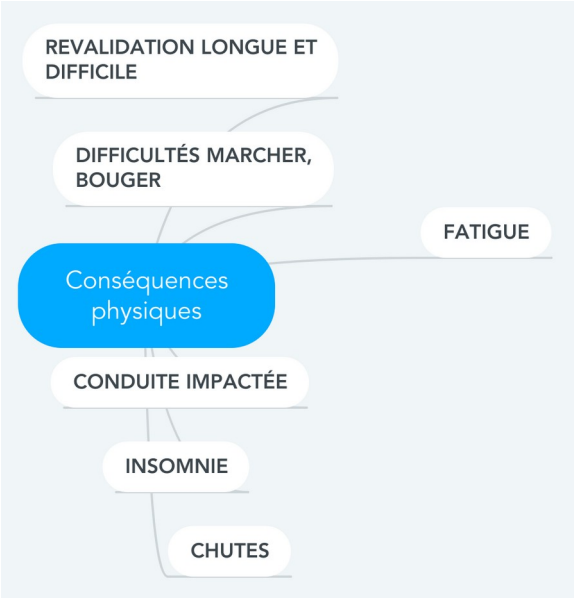
Annexe 6 : Événements influençant la douleur, et stratégies pour mieux faire face à la douleur

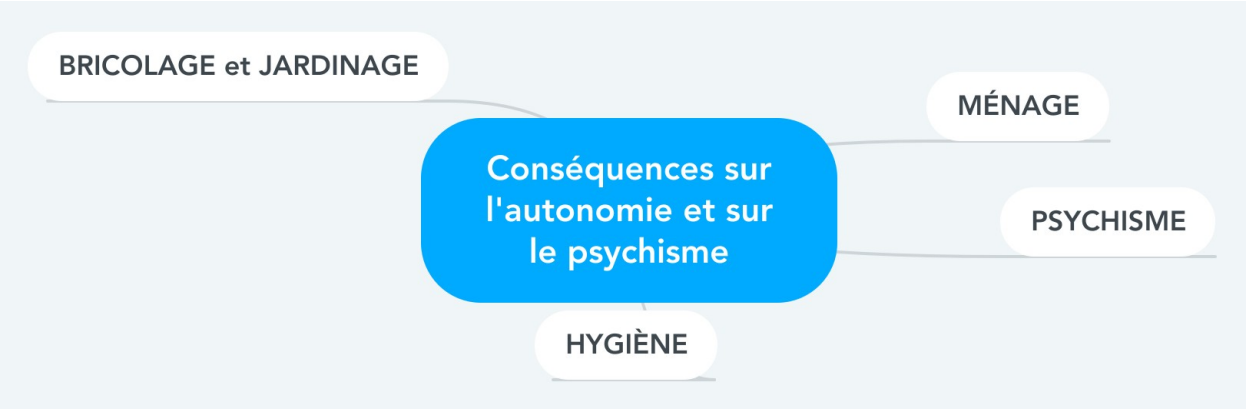
Gauche: thèmes évoqués principalement par les hommes. Droite: thèmes évoqués principalement par les femmes. Milieu: thèmes évoqués par les deux.



Annexe 7: Conséquences de la douleur

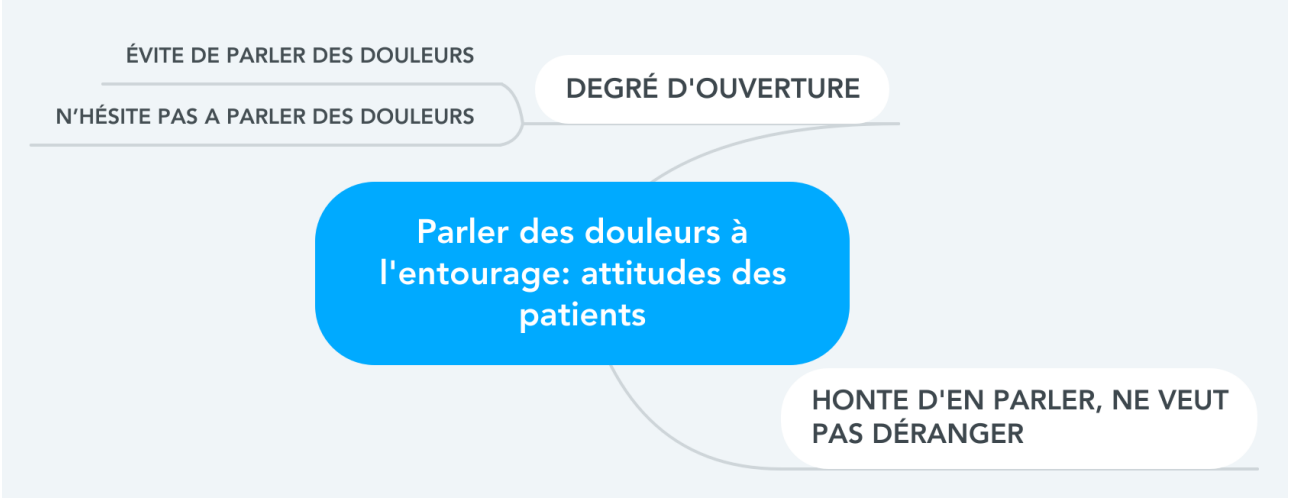
Gauche: thèmes évoqués principalement par les hommes. Droite: thèmes évoqués principalement par les femmes. Milieu: thèmes évoqués par les deux.

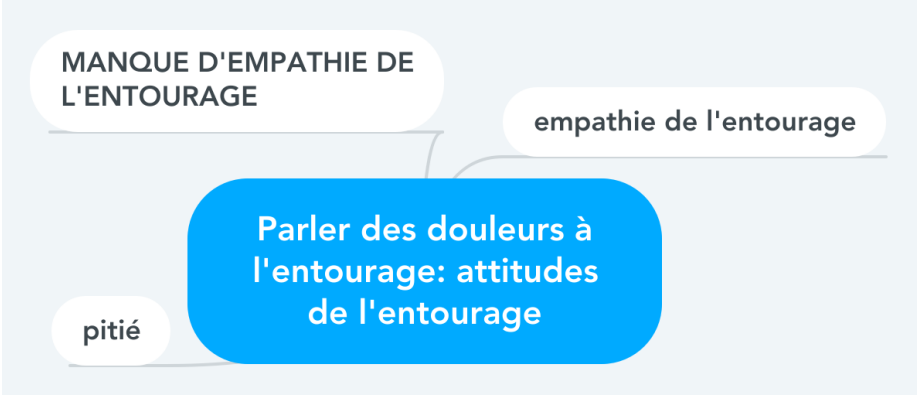




Annexe 8: Parler des douleurs à l'entourage, sentiments liés aux douleurs

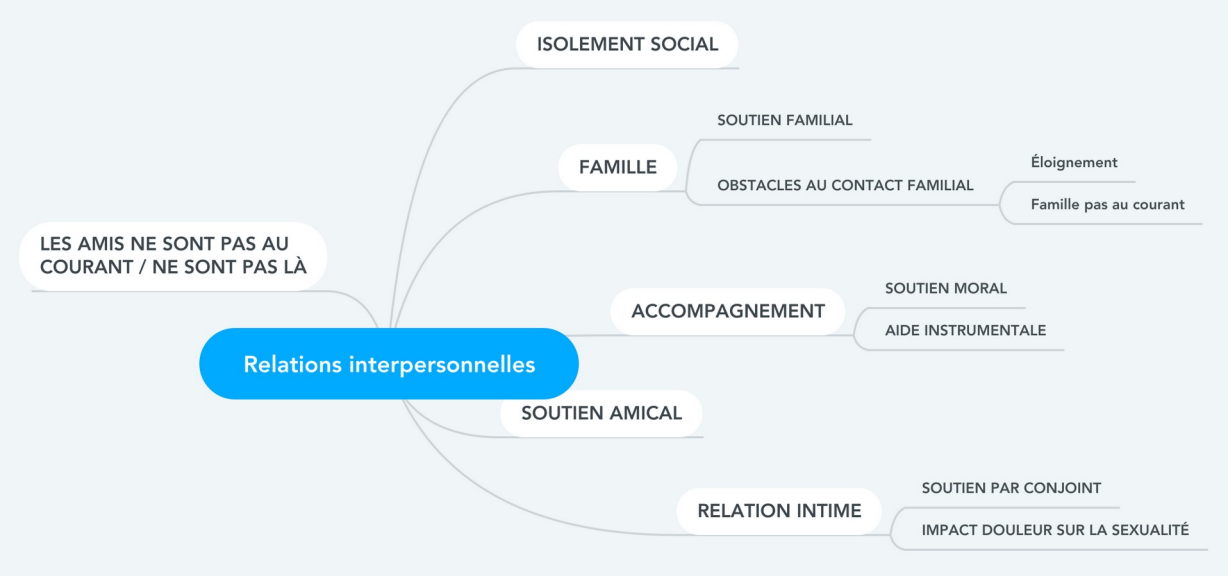
Gauche: thèmes évoqués principalement par les hommes. Droite: thèmes évoqués principalement par les femmes. Milieu: thèmes évoqués par les deux.

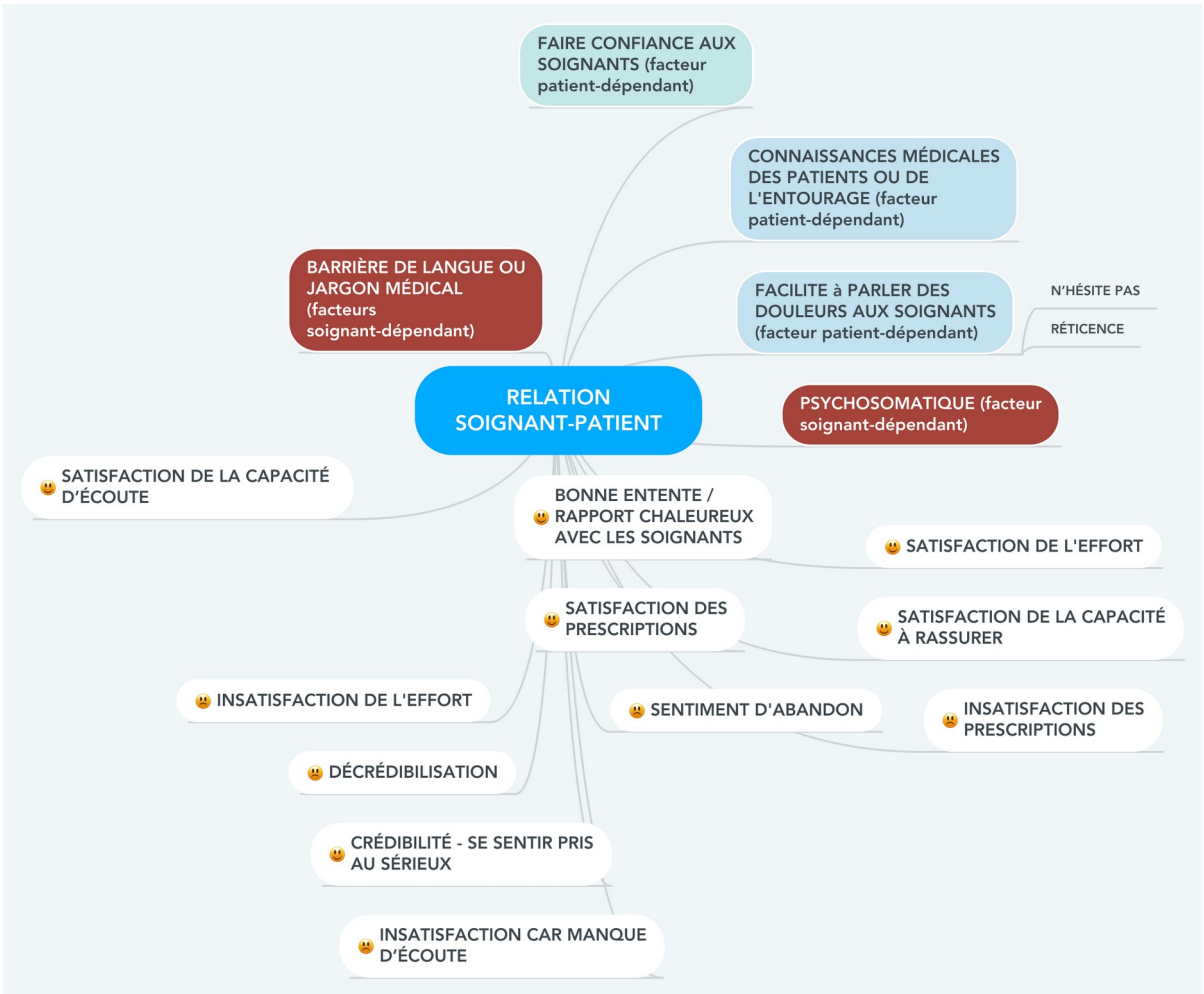




Annexe 9: Relations interpersonnelles et relation soignant-patient

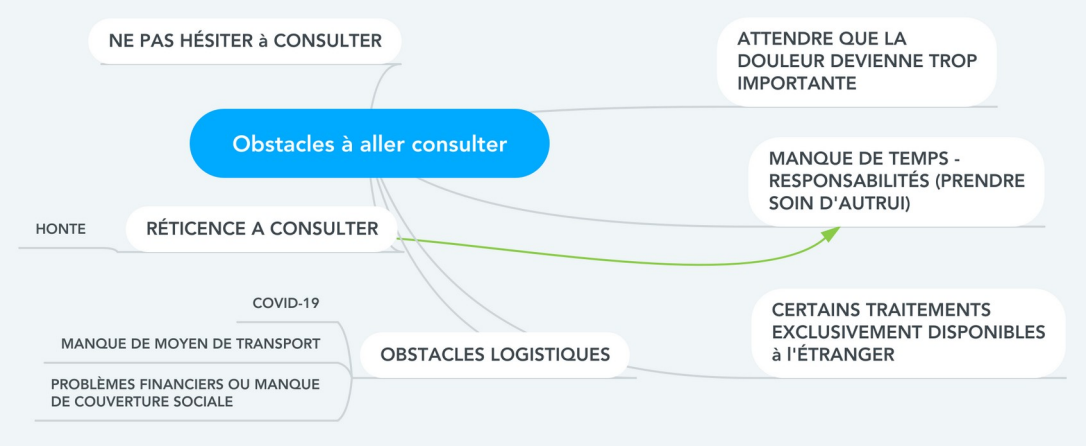
Gauche: thèmes évoqués principalement par les hommes. Droite: thèmes évoqués principalement par les femmes. Milieu: thèmes évoqués par les deux.





Annexe 10: Espoirs, attentes, perspectives d'avenir, obstacles à aller consulter

Gauche: thèmes évoqués principalement par les hommes. Droite: thèmes évoqués principalement par les femmes. Milieu: thèmes évoqués par les deux.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre