HAL
open science

Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence-t-il leur suivi médical ?

Éva Pradier

To cite this version:

Éva Pradier. Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence-t-il leur suivi médical ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03474908

HAL Id: dumas-03474908

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474908v1

Submitted on 10 Dec 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

Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence- t-il leur suivi médical ?

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 26 Novembre 2021

Par Madame Eva PRADIER

Née le 13 avril 1992 à Saint-Etienne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier	**Président**
Madame le Docteur TINLAND Aurélie	**Assesseur**
Madame le Docteur FROISSART Zoéline	**Directrice**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence- t-il leur suivi médical ?

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 26 Novembre 2021

Par Madame Eva PRADIER

Née le 13 avril 1992 à Saint-Etienne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier	**Président**
Madame le Docteur TINLAND Aurélie	**Assesseur**
Madame le Docteur FROISSART Zoéline	**Directrice**

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

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

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

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

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 Jean-Paul
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
BOTTA-FRIDLUND Danielle
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

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
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 Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
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

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
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

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

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

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

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

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
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	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie)
	CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
	T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.)
	Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique)
	Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
	C.GIBBS (U.S.A.)
	J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.)
	R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.)
	M. SCHOU (Danemark)
	M. AMENT (U.S.A.)
	Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
	S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.)
	KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.)
	T. MUNSAT (U.S.A.)
	LIANA BOLIS (Suisse)
	L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

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

1989

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

1990

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

1991

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

1992

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

1994

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

1995

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

1997

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

1998

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

1999

MM. les Professeurs — J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique)
	S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.)
	C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.)
	G. HUGUES (Grande Bretagne)
	J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada)
	K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS 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
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
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
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
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
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel Surnombre
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiqu
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier Surnombre
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel

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 retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
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
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
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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 détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
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
DARIEL Anne
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
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
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MEGE Diane
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROBERT Thomas
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 Caroline
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
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITAI
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) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)

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) Surnombre

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)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
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)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAP*

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)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

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

CHIRURGIE INFANTILE *5402CHIRURGIE 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) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE E*

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)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-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)

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)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (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)
NGYUEN Karine (PU-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)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *460*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème 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)

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)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

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)

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 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)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
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,

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*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-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)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

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

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (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)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

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

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

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) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

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)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (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)
16
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)

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)

UROLOGIE *5204*

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur CARCOPINO-TUSOLI Xavier,
Vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury. Je vous présente mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

A Madame la Docteur Aurélie TINLAND,
Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'attention que vous m'avez portée. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes remerciements sincères.

A Madame la Docteur Zoéline FROISSART,
Tu m'as fait l'immense honneur de m'accompagner tout au long de ce travail en dirigeant cette thèse. Un grand merci Zoéline pour ta présence et ton soutien et ce tout au long de mon parcours, depuis ce stage en médecine C (***merci à l'équipe*** *au top pour les moments partagés ensemble !*). Tu m'as ouvert des portes sur les préceptes d'une médecine « globale », en transmettant ton regard bienveillant et ta rigueur (vive les patates !). Merci aussi à l'amie que tu es, avec ton rire communicatif, nos instants gourmands et les moments où on « vrac » à nos (pré)occupations. Le mot de la fin sera évidemment… « coin coin » !

Aux Docteurs LUGEZ Ibtissam & Simon,
Merci de m'avoir permis la réalisation de ces entretiens de thèse auprès des patientes de votre cabinet. Nos échanges lors de ce stage m'ont beaucoup apporté. Merci pour le temps que vous m'avez accordé et votre bienveillance. Vive le keffir !

Aux équipes soignantes rencontrées lors de mon internat,
Merci à toutes et tous de m'avoir accompagnée pendant cet internat, d'avoir partagé avec moi des discussions pleines de sens autour de notre métier de soignant.e et de m'avoir fait aimer la médecine mais aussi de m'avoir permis de rire...ou de pleurer !

Aux participantes de ce travail de thèse,
Un grand merci à vous toutes d'avoir accepté de participer à ce travail dont vous avez été le cœur de la réflexion. Ce fut un réel plaisir pour moi de pouvoir échanger

avec vous en dehors du cadre de la consultation. Vous m'avez beaucoup touchée par vos témoignages et questionnée sur ma pratique. Merci encore !

A mes parents,
Merci d'être à mes côtés depuis 29 ans, de me soutenir et d'avoir confiance en moi. Vous m'avez transmis de belles valeurs qui font parties aujourd'hui de mes fondamentaux. Merci pour votre amour inconditionnel !

A mon Pounet,
Tu m'as transmis la force d'avancer (grrgrr !), de la résilience et l'envie de bien faire. Toujours présent pour ta fillote et son carrosse, ton amour m'est cher et me nourrit chaque jour !

A ma Mounette,
La belle personne que tu es, discrète mais toujours l'oreille attentive, enjouée pour tout et surtout une merveilleuse mamina que j'aime !

A mon frérot,
Merci mon Toinou de faire partie de ma vie, de partager ces instants de fous rires, ces moments culinaires ou ces pauses sportives (enfin essayer !). ***Paloma***, je suis ravie de te connaître et de partager des moments en ta compagnie

A Rémi,
Merci d'avoir été là tout au long de ces études, de me supporter et me soutenir à ta manière avec tes ronronnages qui me font sourire. Merci de partager avec moi les plaisirs simples de la vie et de cultiver notre amour comme notre jardin ! Une pensée aussi pour Mezcal, qui nous accompagne au quotidien par l'affection qu'il nous communique. **A *Jo,*** je suis contente de te connaitre et te remercie de l'attention que tu me portes.

A Mamie Rose, ma grand-mère,
Je me fais une joie de partager avec toi ce travail de thèse qui concrétise (enfin !) la fin de mes études. Ta force et ton regard malicieux m'ont accompagnée depuis mon enfance tout comme ce goût pour le travail et le respect de la terre.

A Jacquotte,
Merci pour l'intérêt que tu as porté pour ce sujet de thèse. Je te dédie ce travail, en te souhaitant de trouver la force d'avancer sur ton chemin de vie.

A ma famille,
Tantine, merci pour les moments ensemble, instants culturels ou de discussion.
Aux Duniérois, merci de me faire une joie de vous retrouver lors d'un passage dans vos contrées verdoyantes. ***Au tonton et à la tatie des îles***, hâte de vous revoir ici…ou ailleurs !
Aux Tressacous, de partager des conseils de jardinage et bien d'autres !

A mes ami.e.s,
Ma Dodo, merci d'être là, d'être toi, de partager ensemble depuis le début de nos études, nos joies et nos peines, nos questionnements et nos rêves. Car oui, tout est possible ! Ton écoute et ta bienveillance me sont cheres, ton amitié m'est précieuse !

Ma Doud, malgré la distance physique, j'ai toujours autant de plaisir à te lire ou t'entendre. Merci pour ce voyage sur le bateau pirate que tu me fais vivre et pour le champ des possibles que tu m'ouvres ! A ton mini toi, qui me remplira de joie !

Ma Bapy, merci pour ton écoute et pour les moments ensemble remplis de rires.
Zebrette, merci d'avoir partagé avec moi ce moment important de nos études en le rendant succuleusement sympathique. Aux voyages et à nos nouvelles vies !
Vincent, Constance, Romain et Déborah, je suis heureuse de vous revoir à chacune de nos retrouvailles !
Aude, tellement heureuse d'avoir croisé ton chemin ! Ta détermination m'inspire et nos discussions sont toujours des moments de joie pour moi.
Aline, merci d'être toujours présente à mes côtés depuis notre première rencontre, à travers tes mots et nos balades en montagne.
Camille, ta douceur, ton écoute et ta sagesse rendent les instants passés ensemble tellement beaux !
Marie, merci pour ces moments riches de partage ! A ta force de vie que j'admire !

Aux pangounières,
Isa, merci pour ta joie de vivre communicative et nos papotages. Libellule et papillon !
Lulu, merci pour ton écoute toujours attentionnée et ta douceur.
Carole, merci pour ces nouveaux horizons que tu ouvres lors de nos discussions.
Charlotte, merci d'avoir croisé mon chemin et à nos discussions qui m'apportent beaucoup.
A Jeannette et Alice, merci pour vos sourires que je retrouve à chaque fois que je vous vois et à vos conseils de potions magiques et de jardinage !

A mes co-internes, qui m'ont accompagnée pendant ces études,
Emma, ta réassurance et ta détermination étaient importants. A nos prochaines causeries !
Claire, tu as rendu ce stage intense plus léger, à nos futurs moments culture !
Juju, c'est un plaisir de partager avec toi cette vision de la médecine et aussi des moments amicaux à siester en montagne.
Simon, c'était tellement génial de vivre ce dernier semestre en ta compagnie ! Toujours prêt à tendre l'oreille, échanger ou écouter le son du gong, merci pour ces moments précieux et pour ceux à venir

A Alain F., merci pour ton aide pour la mise en page! Merci aussi à **Gé, Viviane et Chantal** pour vos encouragements.

Table des matières 1

INTRODUCTION **3**

I. Aux origines du sujet 3

A. Une expérience personnelle 3

B. Dans la littérature 4

1) Rapport au corps et société 4

2) Des vécus liés à des changements corporels 5

II. Question de recherche et objectifs 8

MATÉRIEL ET MÉTHODE **9**

I. Démarche d'une méthode qualitative 9

II. Validation par une comité d'éthique 9

III. Constitution de l'échantillon 10

IV. Recueil des données et conception du guide d'entretien 11

V. Analyse et protection des données 12

RESULTATS **14**

I. Description de l'échentillon 14

II. Analyse thématique 15

A. Identifier les changements corporels 15

1) Des changements définis temporellement 15

2) Des changements visibles de l'extérieur 18

3) Des changements non visibles de l'extérieur 21

4) Les changements corporels,une spécificité féminine? 24

B. Questionner sur le vécu 25

1) Dépend de facteurs extérieurs 25

2) Dépend de facteurs intrinsèques 31

3) Et après ? 39

Les mots suivis d'un astérisque* sont définis dans le lexique.

C. Définir l'impact sur le suivi médical 44
1) Un suivi médical dans deux espaces 44
2) Les leviers au suivi médical.....44
3) Les freins au suivi médical.....54
DISCUSSION **62**
I. Forces et faiblesses de l'étude 62
II. Principaux résultats 64
A. Vécus des changements corporels 64
B. D'autres changements 66
C. Impact sur le suivi médical…….....67
D. Attentes et perspectives d'avenir…….....73
CONCLUSION…….....**76**
BIBLIOGRAPHIE…….....**80**
ANNEXES…….....**87**
Annexe 1: Grille COREQ…….....87
Annexe 2: Validation par le comité d'éthique……92
Annexe 3: Notice d'informations…….....93
Annexe 4: Formulaire de consentement……95
Annexe 5: Guide d'entretien……96
Annexe 6: Capture d'écran du codage Excel……98
Annexe 7: Grille de codage……..99
Annexe 8: Caractéristiques des participantes……111
LEXIQUE…….....**112**
SERMENT D'HIPPOCRATE
RÉSUMÉ

INTRODUCTION

I) Aux origines du sujet

A. Une expérience personnelle

Le fait d'être une femme et une étudiante en médecine m'a offert la possibilité de me confronter aux questionnements et aux vécus des femmes concernant des événements de vie liés à leur féminité, sur le plan personnel ou professionnel.

Sur le plan professionnel, lors d'un stage en gynécologie/service de maternité, au cours de la visite quotidienne, j'ai demandé à une femme qui venait d'accoucher comment s'était passé l'accouchement. Elle me répondit : « *L'accouchement ça été au final c'est ce qui s'est passé après qui a été horrible et encore plus douloureux. J'aurais préféré encore accoucher.* » Et là elle me décrit un gynécologue de garde, qui était rentré en salle d'accouchement pour un souci de délivrance, sans un mot, et qui avait mis sa main dans son vagin, occasionnant une douleur très importante.

Egalement, au cours d'une garde aux urgences pendant mon internat, j'ai été amenée à prendre en charge une dame âgée de 75ans pour des métrorragies actives. Je l'ai donc conduite dans le service de gynécologie où le gynécologue était assez pressé, marmonnait car il ne trouvait pas tout le matériel. Sans aucune explication envers la patiente, il introduisit le spéculum, occasionnant encore plus de saignements, en continuant de râler…Je voyais la patiente qui grimaçait de douleur. Au final, la patiente a attendu sur un brancard dans un couloir avec pas mal de passage avec ses métrorragies actives et des compresses dans le vagin, sans aucune explication sur ce qui lui arrivait et la suite des évènements.

J'ai ressenti beaucoup de violence à travers ces vécus, suscitant en moi des questionnements envers la profession vers laquelle je me destinais. Comment pouvait-on avoir si peu de considération envers les patients ? J'imaginais à quel point ce que ces femmes avaient vécu allait les bouleverser, et sûrement impacter leur suivi médical par la suite.

Sur le plan personnel, dans mon entourage, on est venu aborder avec moi les problématiques de contraception, de règles, de ménopause etc. :

« Dis Eva, j'ai une ptite question, ça marche comment un stérilet ? »

« Je dois aller voir le gynéco pour un frottis, ça fait mal ? »

« Rolala, je suis toute fripée maintenant, je vieillis ! »

« J'ose pas me mettre en maillot de bain, ça sort de partout ! »

« C'est vrai qu'arriver vers 30 ans, il y a cette horloge biologique »

« ça a été dur pour moi cet avortement »

Dès lors, je me questionnais sur ce que ces femmes, des proches, savaient déjà à propos de ce qu'elles vivaient, concernant l'anatomie ou la physiologie féminine. Je me suis alors rendue compte qu'il y avait très souvent un flou voire une méconnaissance franche dans ce domaine. L'origine même des menstruations, le fonctionnement de la contraception, le principe et le but du frottis etc. Je me lançais alors dans des explications avec des dessins pour tenter d'expliquer et sortais le Netter pour faire voir des planches anatomiques. Et j'ai réalisé que même pour moi, certains aspects de l'anatomie féminine n'étaient pas tout à fait clairs ! Ces échanges m'ont amenée à me questionner plus largement sur les changements corporels que pouvaient vivre les femmes dans leur vie et comment elles pouvaient les vivre.

B. Dans la littérature

1) Rapport au corps et société

Dans notre société actuelle, le corps et l'apparence sont soumis à des **normes sociales*** contraignant les individus à se conformer surtout en fonction de leur sexe, masculin ou féminin. Ce regard normé que porte la société est d'autant plus important chez les femmes dont le corps doit véhiculer une certaine image « acceptable » pour la société (1) .Outre une différenciation des sexes marquée dès le plus jeune âge par une **attitude genrée*** (par exemple la couleur rose chez les filles et le bleu chez les garçons), la sexualisation des filles est importante, notamment par le biais de l'apparence. En effet, selon une étude menée par un fabricant de jouets et présentée par Catherine Monnot dans *Petites filles d'aujourd'hui : l'apprentissage de la féminité,* 90% des filles âgées de 4 à 8ans se

sont déjà parfumées et 92% se sont déjà maquillées. 50% d'entres elles possèdent des jouets d'imitation pour se faire belle (2).

Des **standards de beauté** sont véhiculés notamment à travers les médias, imposant au corps certaines contraintes d'apparence (3). Cette apparence peut être source de réussite ou non dans le domaine professionnel, personnel/ amoureux ou plus généralement en lien avec l'ascension sociale(4) .

Dans un contexte d'utilisation croissante des réseaux sociaux, l'exposition des femmes à des images représentant des standards de beauté les incite plus fortement à s'y conformer. En effet, plus elles sont exposées à ces images, plus leur image corporelle en est affectée négativement, les incitant à avoir recours à des régimes alimentaires ou une activité physique afin de la modifier et ainsi se rapprocher des standards de beauté véhiculés (5) . De la même manière, l'étude de Mme Véronique Bisson portant sur l'influence de Facebook© sur l'image corporelle pendant la grossesse, a mis en lumière que ce réseau social expose particulièrement à une représentation* normative et idéalisée du corps pendant la grossesse mais aussi une représentation plus réaliste et diversifiée. En somme, un impact plus ou moins négatif (6).

2) Des vécus liés à des changements corporels

Dans cette société de l'apparence, des changements corporels surviennent au cours de la vie des femmes entrainant des vécus différents et complexes selon les personnes , ayant un impact psychologique fort et venant parfois questionner l'identité féminine même ou bien la notion d'égalité. Le livre « Notre corps nous-mêmes » est une version réactualisée par un collectif de femmes (version initiale en 1973 aux Etats-Unis, traduite en 1977 en France) qui nous livre des témoignages poignants de femmes, tout milieu social confondu sur le corps féminin et les changements vécus (7). Ce livre m'a beaucoup inspirée pour ce travail de thèse.

Aborder les changements corporels et leur vécu c'est aussi définir ce qu'est **l'image corporelle :**

« L'image corporelle, c'est la perception qu'une personne a de son propre corps : c'est l'image qu'elle croit projeter, sa manière de se sentir dans son corps et ce qu'elle ressent quand elle y pense »(8).

L’utilisation du terme « changements corporels » fait référence dans cette étude aux changements physiologiquement attendus dans la vie d’une femme, dans une approche bio médicale. Il s’agit de la puberté, de la grossesse et de la ménopause.

La recherche bibliographique au sujet des changements corporels au cours de la vie des femmes met en évidence les changements corporels mais aussi les conséquences psychologiques qui en découlent en lien avec :

-L’adolescence. D’un point de vue mixte, elle est aussi décrite comme une période de transition, un passage où se jouent l’interaction entre des transformations physiques, un processus psychologique et un changement de statut psychosocial. Ces modifications physiques sont le fait d’un processus physiologique appelé « la puberté » avec la modification des caractères sexuels primaires (organes génitaux et reproducteurs) et l’apparition des caractères sexuels secondaires (seins, pilosité, muscles etc.) sous l’effet d’un « réveil hormonal »(9) *.* Cet ancrage corporel impose à l’adolescent un travail psychique d’appropriation de cette nouvelle « enveloppe » et des modifications de relation aux autres que cela entraîne par la découverte de la sexualité entre autre (10) (11).

- La grossesse*.* Cet événement de vie, entraînant des modifications corporelles spécifiquement féminines n’est pas toujours « rose » comme on peut souvent l’entendre. La grossesse peut aussi être à l’origine d’une crise identitaire avec l’irruption corporelle d’un autre, pouvant aussi faire ressurgir le lien intra-utérin passé avec sa propre mère. Ce malaise peut être décrit comme en lien avec les symptômes physiques que les femmes ressentent en début de grossesse (nausées, fatigue etc.) (12) *.* Plusieurs sentiments peuvent se mêler lors d’une grossesse. La crainte d’une défaillance du corps puisqu’on ne le maitrise plus est présente avec notamment la peur d’une fausse couche. La honte et la culpabilité peuvent apparaitre lors d’une grossesse suivant une interruption médicale de grossesse (IMG). Ces sentiments s’intriquant à la relation avec l’enfant à naître (13). Un état dépressif pendant la grossesse est quant à lui associé à une perturbation de l’image corporelle, l’inverse étant vrai également. Cette perturbation peut entrainer des attitudes et conduites alimentaires dommageables pour la santé du bébé et de la mère avec une prédisposition par la suite pour des troubles du comportement alimentaire (TCA).

Une perturbation de l'image corporelle est aussi associée à une moindre intention d'allaiter (14).

- Des changements corporels suite à des cancers, notamment le cancer du sein. Le cancer est une maladie « cachée » mais dont le corps en est le messager visible. Les personnes atteintes de cancer ont une image d'elles modifiée par la souffrance que peut occasionner une alopécie difficile à vivre, une perte ou gain de poids ou une ablation. Cette souffrance est aussi en lien avec une accumulation de pertes fonctionnelles et donc une perte d'autonomie (15). Au-delà de son rapport à soi-même, c'est aussi le rapport intime à l'autre à travers la sexualité qui est fortement impacté. Dans une étude portant sur 360 femmes atteintes d'un cancer du sein, plus de la moitié présentaient des difficultés dans leur vie sexuelle, touchant plusieurs aspects, du désir à la difficulté à prendre du plaisir en passant par les douleurs occasionnées (16).

- ***Des changements corporels en lien avec le vieillissement sont également décrits (sous l'angle d'un vécu féminin uniquement).*** Le corps vieillissant ne répond plus aux standards de beauté imposés par la société ou encore à l'injonction de performance. Dans une étude réalisée sur l'exploration de l'image corporelle chez des femmes âgées, il est ressorti qu'avec l'âge la préoccupation de l'apparence est toujours présente mais moins verbalisée que la préoccupation pour la santé. En effet, l'avancée en âge pousse à entrevoir de possibles défaillances de la santé amenant à une perte des fonctions et donc une dépendance. La peur de l'exclusion est également bien réelle, tout comme l'avenir de leur image corporelle, incertaine qui les renvoie à l'idée de la mort (17). La notion de dépendance attrait au vieillissement peut être par analogie rapprochée au handicap, sans oublier les spécificités que chacun de ces deux champs portent (18) . Mona Chollet dans son livre *« Sorcières, la puissance invaincue des femmes »* évoque le vieillissement à travers le « sentiment d'obsolescence programmée » et « la hantise de péremption », des mots forts pour décrire les maux du vieillissement (19).

La littérature nous apporte donc beaucoup d'éléments sur le vécu de certains changements corporels par les femmes sans pour autant nous apporter une exhaustivité quant à ceux-ci. Par exemple, le vécu de la ménopause ou de la puberté

chez les filles est très peu décrit en comparaison à la grossesse. Y-a-t-il d'autres changements corporels chez les femmes ?

Par ailleurs, cette littérature est assez centrée sur le vécu qui est complexe et suggère de ce fait qu'il a aussi un impact non négligeable dans d'autres champs. Il me paraissait alors intéressant de faire un lien avec le suivi médical. Comment ce vécu influence t-il le suivi médical des femmes ? Consulte-on le médecin lorsqu'on vit des changements corporels en tant que femme ? Lorsqu'on évoque le suivi médical, on ne peut oublier de prendre en compte aussi la relation médecin-patient.e. Comment la relation avec le médecin peut elle impacter le suivi médical lorsqu'il s'agit d'aborder les questions des changements corporels chez les femmes ?

II) Question de recherche et objectifs

Suite à ces questionnements soulevés, la question de recherche a pu s'établir :

« Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence t-il leur suivi médical ? »

L'objectif primaire est d'identifier les déterminants et les freins au suivi médical liés aux changements corporels des patientes.

L'objectif secondaire est d'explorer le vécu lié à ces changements corporels pour évaluer les attentes des patientes envers leur médecin par rapport à ceux-ci.

MATERIEL ET METHODE

I) Démarche d'une méthode qualitative

Il a été décidé d'utiliser pour cette étude une **approche qualitative.** En effet, celle-ci semblait appropriée pour notre étude puisqu'elle permet d'explorer au mieux des aspects non quantifiables tels que des ressentis, des émotions, des vécus ou bien encore des représentations.

Il s'agit donc de rechercher une **variété de points de vue et non une représentativité** afin d'établir lors de l'analyse des données plusieurs hypothèses s'intégrant dans un modèle répondant à la question de recherche.

L'obtention de données se fera dans notre étude à travers des **entretiens individuels semi-dirigés**, menés à l'aide d'un **guide d'entretien** servant de support avec des questions générales ouvertes et permettant aux participantes de s'exprimer librement sur le sujet. La méthode de focus group n'a pas été retenue, car le sujet abordé était défini comme « sensible » et pouvant toucher à l'intime. Une approche individuelle permettant de favoriser la parole.

L'analyse des données a été faite selon une **analyse de contenu** menée de manière **thématique et inductive** permettant de développer des catégories à partir de données brutes (obtenues dans les entretiens) afin de les intégrer dans un cadre de référence, un modèle, répondant à notre question. Chaque catégorie inclut un sens, une interprétation et non une description seule. Ces catégories sont obtenues par l'intermédiaire de **codes** issus de **verbatims**, des unités de sens, c'est-à-dire des « morceaux de données »(20).

La qualité de notre méthode sera soumise à la **grille d'évaluation COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research)** disponible en annexe 1.

II) Validation par un comité d'éthique

En amont de sa réalisation, notre étude, à travers une fiche projet de recherche, a été soumise à un avis auprès du comité d'éthique de l'université Aix-Marseille, rendu **favorable le 3 décembre 2020** (document disponible en annexe 2).

Une notice d'informations à propos de l'étude et un **formulaire de recueil de consentement** ont été délivrés à chacune des participantes lors des entretiens, disponibles en annexes 3 et 4.

III) Constitution de l'échantillon

La **population étudiée** était des femmes âgées de 18ans et plus.

Plus précisément, **les critères d'inclusion** étaient :

- Personne de sexe féminin
- Personne majeure
- Avoir donné son consentement écrit

Les critères d'exclusion étaient :

- Personne de sexe masculin
- Personne transgenre*
- Personne non francophone
- Personnes mineures
- Personnes sans consentement

Les personnes transgenre ont été exclues de l'étude car il paraissait complexe d'évaluer les changements corporels et leur impact sur le suivi médical chez ces personnes qui vivent parfois des changements corporels afin de changer de sexe. Cela aurait pu rajouter des biais à l'analyse.

Afin d'obtenir un **échantillon raisonné*,** des participantes se différenciant par leur âge et leur milieu socio-professionnel (métier) ont été sélectionnées. Leur lieu de vie (milieu rural, semi rural ou urbain) ainsi que le sexe de leur médecin traitant ont aussi été retenus dans les données sociodémographiques. Dans les études qualitatives, la taille de l'échantillon ne peut être définie au préalable. Il est défini au cours de l'étude même, au moment de la **saturation des données** qui décrit le moment de la collecte des données au cours duquel, plus aucun élément nouveau est apporté par les entretiens. Les entretiens s'arrêtent donc à ce moment là, définissant un nombre de participantes.

Le recrutement s'est effectué lors de consultations de médecine générale, au cours du stage de SASPAS de l'enquêtrice et s'est poursuivi lors d'un remplacement en cabinet. La proposition de participer à l'étude a été faite lors d'une première rencontre au cours d'une consultation avec explications sur le but de l'étude : « Je fais une thèse sur les changements corporels chez les femmes, comment elles les vivent et comment ça peut influencer leur suivi médical, est ce que vous aimeriez y participer ?». Egalement, il leur a été fait part du caractère anonyme de l'étude et du moyen utilisé pour recueillir les données. Si la personne était intéressée, l'enquêtrice proposait alors une deuxième rencontre pour réaliser l'entretien, dans un lieu de leur convenance, pour une durée libre, mais dont une estimation était annoncée entre 20 et 45 minutes. Etant alors en pleine pandémie de COVID 19, les entretiens se sont effectués au cabinet médical.

IV) Recueil des données et conception du guide d'entretien

La collecte des données a été réalisée lors d'entretiens semi-dirigés en présentiel. Ils se sont déroulés entre le 16 novembre 2020 et le 27 mai 2021.

Les entretiens ont été réalisés en suivant **un guide d'entretien** composé uniquement de **questions ouvertes**. Il a été construit à partir de notre question de recherche au départ « Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence t-il leur suivi médical ? »(disponible en annexe 5). Il s'est articulé sur 3 grands axes :

-« quels changements ? »

-« quel vécu ? »

-« quel impact sur le suivi médical ? »

Une question générale sur l'existence de changements corporels au cours de la vie des femmes permettait d'initier l'entretien. Des **relances** étaient prévues afin de développer au mieux les réponses, associées parfois à des **reformulations** ou de nouvelles questions ouvertes. Quelques questions fermées ont été posées, jugées utiles dans le déroulé de l'entretien.

Le premier entretien se voulait exploratoire afin de d'évaluer la pertinence de notre guide d'entretien en fonction des réponses apportées.

Le guide d'entretien a été modifié au cours des entretiens (ces modifications sont visibles dans l'annexe) tout comme la formulation de certaines questions à l'oral, ou encore « l'ordre » du guide, afin de permettre plus de souplesse et de compréhension pour les participantes.

L'entrevue débutait par une présentation du travail de l'enquêtrice puis de la lecture de la notice d'informations et de la fiche de consentement. Il était alors rappelé **l'anonymat des données**, **la confidentialité** ainsi que la possibilité d'interrompre à tout moment l'entretien. La participante était alors remerciée pour sa contribution à l'étude.

Avant le début de l'entretien, le recueil des données sociodémographiques était fait et noté sur un document à part.

Les entretiens étaient intégralement enregistrés sur un **dictaphone.**

V) Analyse et protection des données

A la suite de chaque entretien, chaque enregistrement était retranscrit mot pour mot, le plus rapidement possible, sur support informatique via un logiciel de traitement de texte. Les noms propres et les lieux ont été remplacés par une lettre ou des astérisques. Il a été noté entre parenthèses, tout ce qui était en lien avec le langage non verbal présent lors de l'entretien : « s'énerve », « soupir », « silence » etc. Les moments de silence ou de réflexion ont été marqués par la ponctuation « … ».

Par soucis d'anonymat, chaque entretien a été numéroté de **P1 à P11.**

Une fois la retranscription faite, une première lecture a permis de dégager les **verbatims**, ces bouts de phrases qui ont du sens par rapport à notre travail de recherche. Ensuite, chaque verbatim s'est vu attribuer un code.

Lorsque tous les entretiens ont été codés, chaque code de chaque entretien avec les verbatims correspondants ont été rentrés dans un tableau Excel dont un visuel est disponible en annexe 6. Ensuite, chaque code a été catégorisé puis classé en thèmes et sous thèmes permettant d'établir une grille de codage, disponible en annexe 7.

Une triangulation des données a été réalisée avec la directrice de thèse afin d'assurer une meilleure analyse. La directrice de thèse a donc été amenée à repérer les verbatims et les coder afin de comparer ce codage avec l'enquêtrice. La grille de codage lui a aussi été soumise.

Seuls des extraits de verbatims sont cités. Les entretiens dans leur intégralité ne sont pas disponibles dans cette thèse afin d'optimiser l'anonymat des participantes. Chaque entretien audio ainsi que les retranscriptions ont été supprimés à la fin de l'étude.

Il a été proposé à chaque participante de lire la thèse finale.

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

Les participantes ont été recrutées dans des cabinets de médecine générale. Huit participantes ont été recrutées lors d'un stage en SASPAS **à Embrun (05200)** et trois lors d'un remplacement dans un cabinet à **Seyne les Alpes (04140).**

Une participante (P3) a été recrutée par « l'effet boule neige », c'est-à-dire qu'une amie qui avait déjà participé à l'étude lui en a parlé, et a accepté d'y participer car elle montrait un attrait particulier pour le sujet de recherche.

Au total, **12 patientes** se sont vues proposées de participer à l'étude, toutes ont accepté immédiatement lors de la consultation où l'enquêtrice faisait part de cette étude et une ne s'est pas présentée lors du rendez-vous fixé pour réaliser l'entretien. Elle n'a pas pu être recontactée et nous ne connaissons pas les motifs de son désistement.

Les entretiens se sont tous déroulés au cabinet médical entre 12h30 et 14h30, avant la reprise des consultations.

Toutes les participantes ont accepté l'enregistrement audio par le dictaphone et 8 d'entre elles ont souhaité lire la thèse finale en communiquant leur adresse mail.

La **durée moyenne** de l'entretien était de **34 minutes.**

L'entretien exploratoire a été inclus dans l'analyse car les données apportées semblaient pertinentes pour notre étude.

Les caractéristiques des participantes et des entretiens sont disponibles en annexe 8.

II. Analyse thématique

A. IDENTIFIER LES CHANGEMENTS

1) Des changements définis temporellement

a) Ces changements sont décrits comme **limités dans le temps** :

P1 : "Même si la nuit je me mets à transpirer, je me dis que c'est bientôt fini, je dors mal…mais bon c'est qu'un temps "

P4 : "l'opération ben oui, mais impact momentané qui a été résolu avec le traitement hormonal"

b) Ils s'inscrivent dans des **étapes** de la vie qui permettent de cheminer :

P1 : "chaque bouleversement physique et hormonal entraine un changement de notre vie et fait passer sur autre chose"

P3 : "ce sont déjà des choses qui marquent des étapes "

La puberté constitue une **étape évolutive :**

P1 : « quand tu es adolescente, tu veux grandir donc t'as envie que ton corps change et c'est ce que tu vois, c'est qu'il faut qu'il change pour que tu puisses avancer dans la vie. »

Ce sont des **étapes obligatoires** qui s'inscrivent dans un **processus de vieillissement :**

P1 : "Ton corps il vieillit, il passe par des phases qui sont obligatoires sauf d'enfanter, évidemment, t'es pas obligée "

- Des changements, non précisés, **en lien avec l'âge** sont évoqués :

  P4 : « Avec l'âge..euh oui avec l'âge

  P5 : « non à part de voilà qu'on vieillit »

  P6 : « et tout ce qui va avec le vieillissement, ce qui est rattaché au vieillissement »

Outre l'apparence physique, ces changements s'associent à une modification des capacités, avec une **baisse de l'aptitude physique :**

P4 : "Moi c'est surtout c'est la baisse des aptitudes physiques "

P11 : "après y'a une évolution dans la vitalité, dans le dynamisme (rires) du corps qui après ça va en baissant "

Egalement, une **perte de ses fonctions :**

P11 : "ben à mesure, le corps se délite, enfin se délite pas, mais perd ses fonctions, les seins tombent (rires), les muscles qui ramollissent "

- Avec une **baisse de la mobilité** et les problèmes liés à **l'incontinence urinaire :**
  P2 : "perte de mobilité et compagnie, c'est quand même un autre stade. Et puis tous les problèmes liés à l'incontinence "
  P3 : "c'est le début des fuites urinaires "
  P11 : "j'ai des pertes d'urines quand je tousse surtout"

Ces changements en lien avec le vieillissement questionnement sur **l'aléa** de celui-ci :

P2 : "le problème on sait pas comment on va vivre, comment on peut vieillir"

L'image du corps vieillissant renvoie à certaines peurs associées à **la fin de vie, la mort :**

P3 : « Peur de souffrir, de s'angoisser lorsqu'on sent que c'est la fin. Mais le fait d'être morte après ça je m'en fous ».

c) La question sur l'identification des changements corporels amène parfois des **<u>réponses mal définies avec une limite temporelle floue</u>** voire **<u>l'absence de changements corporels</u>** pour certaines femmes :

P3 : « après il y a une vie d'adulte »
P5 : « Alors changement corporel non, changement de la ménopause tout ça, des fois ça (hésite), non moi non… »

P8 : « C'est surtout qu'on sait pas combien de temps ça dure»

P11 : « puis après (rires) la dégringolade (rires). ","Il y a la période montante et puis la période descendante ! »

d) Il existe aussi des **<u>changements non prévus</u>** au cours de la vie :

Tels que des changements décrits comme **non physiologiques, découlant d'une pathologie :**

- **Le cancer du sein**, a été cité comme un changement pathologique :
  P1 : « moi j'ai eu un problème, un cancer du sein »

- Egalement, plusieurs femmes ont décrits des changements corporels par le biais **d'interventions chirurgicales lors de pathologies liées aux organes féminins :**
  P3 : "quand j'étais ménopausée j'ai eu un kyste à l'ovaire et il y a une gynéco qui m'a proposé de m'enlever les ovaires »

  P4 : "C'était une hystérectomie totale, avec les ovaires qui étaient avec des kystes dermoides "

  P6 : "plutôt internes on va dire (hésite), une grossesse extra utérine avec ablation trompe"

Les accidents de la vie courante, auxquels on ne s'attend pas ont été cités aussi :

P6 : *« y'a les accidents de la vie mais ce n'est pas dans la continuité des choses quoi », «après les traumatismes multiples que j'ai eus (rires), les poignets cassés, les entorses, et autres non »*

2) Des changements visibles de l'extérieur

P6 : « déjà l'impact visuel déjà, entre le poids, la peau euh les cheveux euh, premier aspect en fait »
P10 : « il y a beaucoup de changements qui opèrent visibles ou invisibles sur le corps »

a) Des changements corporels

La période de l'**adolescence** avec **la puberté** est citée de nombreuses fois de manières différentes comme une période de changements corporels :

P1 : « j'ai vécu oui la puberté »
P3 : « la période avant d'être réglée, il ya la période (hésite) de pré vie sexuelle »
P9 : « déjà à l'adolescence »
P10 : « quand on passe de l'enfant à l'adulte »
P11 : « de l'adolescence enfin c'est un changement déjà »

- Il est parfois détaillé des changements précis lors de la puberté, tels que **l'acné** :
  P2 : « peut être l'acné »
  P9 : « la peau qui change, j'ai eu de l'acné qui marquait »

- Ou la **modification des formes** avec l'apparition des **seins** notamment :
  P2 : « à la puberté, la légende familiale dit que j'avais de plus gros seins au tout début de l'adolescence »
  P7 : « les seins qui arrivent un jour »
  P8 : « toutes les formes qui sont arrivées »
  P10 : «toutes les formes qui sont arrivées », « changement des formes je pense du bassin »,
  P11 : «on est filiforme à l'enfance après on prend des formes »

- Egalement, des changements avec **la pilosité** qui augmente :
  P7 : « les poils qu'on découvre avec beaucoup de (rires) »

P10 : « la poussée de poils à différents endroits du corps »

La grossesse a été évoquée comme un changement corporel :

P1 : «la vie de jeune femme et de mère, l'accouchement »
P2 : « Après, quand on est enceinte »
P6 : « Après en étant maman, la grossesse en elle-même "
P7 : « quand on attend un enfant par exemple »
P8 et P11 : « les grossesses »
P9 : « quand on devient maman »

- Et des changements corporels liés plus précisément à **l'accouchemen**t ont pu être précisés :
  P6 : « au moment de pousser j'ai tellement bien poussé, même trop, que ça a impacté le périnée, enfin périnée, plutôt derrière ouais »

La prise ou la perte de poids sont également considérés comme des changements corporels :

P8 : « j'ai vécu un gros changement avec mon burn out. J'ai pris des kilos et des kilos avec les médicaments »
P11 : « Je peux comme beaucoup de monde être complexée d'être grosse mais bon (rires) »

Des **séquelles esthétiques**, comme des **cicatrices** sont aussi vues comme des changements :

P4 : « quand on m'a opérée, on m'a fait une balafre horrible, j'ai eu une cicatrice adhérente donc ça me fait comme si j'avais des fesses devant (rires) », « quand j'étais enceinte, j'avais la peau qui craquait, ça faisait des vergetures. J'ai un ventre vraiment moche »

b) <u>Des changements relationnels</u>

P10 : « dans la tête c'est plus prendre conscience et qu'on peut avoir des interactions en tant que telle avec d'autres personnes »

La **sexualité** avec les **premières relations sexuelles** est considérée comme un changement, dans le rapport à l'autre :

P7 : « la sexualité aussi »

P10 : « Les premières relations sexuelles aussi »

La **demande de conseils** par rapport à ces changements modifie les relations entre les personnes :

P10 : « y 'a des interactions qui se font différemment avec la personne qui nous prend sous son aile pour ces changements là et puis conseiller mieux »

- Les relations sont alors teintées de **pudeur** pour aborder ces questionnements :
  P10 : « on est timide avec ça et on sait pas comment communiquer là-dessus »

Le **changement de situation, familiale ou professionnelle** est décrit comme un changement à part entière :

P5 : « Euh…changement, j'ai eu un divorce »

P9 : « Un changement de métier, changement d'orientation et puis la vie en couple, des choses comme ça qui font que mentalement on évolue aussi ! »

c) <u>Des changements d'ordre psychique</u>

P3 : « et aussi des changements de se sentir et de se penser »

Un **mal être profond** a été vécu comme un changement majeur prédominant sur le reste :

*P3 : « depuis l'âge de 10ans, jusqu'à l'âge de 50, allez on va dire 60, j'ai été dépressive »***,** *« Je suis plus partie dans des choses psychologiques que corporelles parce que c'était ma dépression ».*

3) Des changements non visibles de l'extérieur

P6 : « tout ce qu'on voit pas évidemment, ce qui frappe moins aux yeux » « tout ce qui est plus interne » « sur le plan gynécologique oui ! alors là on part vraiment dans l'aspect plus intime mais oui y'a eu des changements mais c'est pareil, c'est de l'ordre interne qu'on voit pas »

P10 : « il y a beaucoup de changements qui opèrent visibles ou invisibles sur le corps »

a) Des modifications hormonales

P1 : « je sais c'est qu'il y a un bouleversement hormonal à chaque vécu de ces phases de vie »
P4 : « Euh ben avec moi et mes histoires d'hormones » « il y a eu pleins de problèmes pour trouver le bon équilibre avec le traitement »

Qui constituent parfois un changement :

- Les **règles** sont verbalisées telles quelles comme des changements corporels *:*
  P7 : « je pense l'arrivée des règles »
  P8 : « l'adolescence avec bien sur l'arrivée des règles »
  P11 : « quand on a les règles, c'est un peu important quand même ! »

- Des modifications corporelles liées à la période de **pré ménopause** sont aussi évoquées *:*
  P2 : « La pré ménopause, ben c'est sur que ça change. Je prends du ventre que j'ai jamais eu, la peau qui se flétrit un peu »

- Enfin, **la ménopause** et les changements qui en découlent sont aussi cités de nombreuses fois :
  P1 : « maintenant je vis la ménopause »
  P3 : « ensuite il y a une ménopause, voila »
  P4 : "le problème de l'addiction enfin du manque grave, perturbant d'hormones… les bouffées de chaleur, mal aux jambes, problèmes circulatoires, ca c'est les problèmes de la ménopause je crois"

P6 : «la ménopause, avec l'âge, voilà »
P8 : « enfin bien sur après la ménopause »
P11 : « puis après ben la ménopause (rires) »

Il s'agit d'un changement où un **point de vigilance** sur soi même est à accorder plus particulièrement :

P1 : «Que là il faut que je fasse plus attention à moi-même, pour me plaire »

Il est aussi vécu comme un **point de non retour :**

P2 : « on sent quand même c'est le début de la fin, c'est une étape quoi! »

La ménopause évoque aussi **le début du vieillissement :**

P5 : « sinon non quand je les ai plus eues, non sinon non, ça m'a pas perturbé davantage comme ça peut perturber des femmes qui ne veulent pas vieillir »

- Avec une **sensation d'affaiblissement du corps** :

P1 : « ce serait presque maintenant que mon corps euh…je dirais s'affaiblit, ou mollit, tu vois »

- Et une **sensation de dégradation** :

P2 : « c'est moins rigolo quand même ! Faut être clair, on se dégrade un peu (rires)»
P3 : «c'est le début des fuites urinaires et pour moi c'est…une déchéance, vraiment je déteste vivre ça"

Qui ne constituent pas de changements :

- La prise d'un **traitement hormonal substitutif** a permis d'éviter une ménopause et les changements associés :
  P4 : "sinon avec mon traitement hormonal, j'ai eu un passage. Comme j'ai un traitement c'est comme si ça s'était jamais arrêté."

- La ménopause peut aussi être **un changement banalisé** lorsqu'il n'y a **pas de sens accordé :**

P3 : « Et la ménopause c'est pareil, je me suis dit « ben de toute façon c'est pas un problème pour moi, car ça ne représentait rien d'être formée d'être réglée » »

b) **<u>Des choix personnels</u>**

De ne pas/ plus avoir d'enfants par des moyens différents :

- Les problématiques liées à **la contraception** sont abordées comme des changements à part entière :
  P7 : « ce qui était plus embêtant c'était plutôt les moyens de contraception »
  P8 : « cette problématique contraception où moi j'ai TOUT fait (rires) »

- Un ou plusieurs **avortement(s)** ont été cités comme des changements pouvant arriver dans la vie d'une femme :
  P3 : «ensuite j'ai eu…à l'âge de je sais plus, 24 ans j'crois à vivre un avortement »
  P6 : « Avortement aussi …»
  P7 : « j'ai vécu une IVG »
  P8 : « j'ai quand même moi 3 avortements en plus des 4 enfants »

- **La stérilisation** a également été verbalisée comme un changement vécu à travers un choix personnel :
  P8 : « J'ai eu un enfant et après j'ai fait la méthode Essure. »
  P9 : « ben bon moi j'ai été ligaturée »

c) **<u>Des changements psychiques</u>**, cette fois non visibles de l'extérieur, tel que le **bouleversement de l'image de soi** a été cité :

P3 : « je pense que c'est beaucoup dans la conception de soi »

4) Les changements corporels, une spécificité féminine ?

a) Des changements communs avec les hommes

P4 : « "la fonte musculaire, le gras, la peau qui se flétrit…oui oui là-dessus ! mais ça c'est pareil pour les hommes, c'est l'âge pour moi, c'est pas le truc de femme …"

P6 : "après je vois pas, c'est plutôt mixte "

P11 : «le circuit est le même pour les hommes enfin ils ont pas les grossesses ! »

Ces changements communs questionnent sur **la manière d'aborder ces changements chez les hommes :**

P10 : "je pense que c'est peut être un peu plus compliqué au niveau discussion d'en parler chez les hommes "

Ils questionnent aussi sur **la place de l'homme dans la contraception :**

P7 : «Ben que ce soit toujours à la femme de s'occuper de ça ! Ben là vraiment on aimerait bien déléguer de temps en temps »

P8 : « du coup on en est arrivé avec mon premier mari avec lequel j'avais déjà 3 enfants, on a dit que c'était plus à moi de prendre en charge ça, donc c'est lui qui a fait une vasectomie »

b) Ces changements corporels sont soumis à une comparaison entre les hommes et les femmes

P6 : " on est plus ou moins confronté en particuliers à plus de problèmes que les hommes je pense. "

B. QUESTIONNER SUR LE VECU DE CES CHANGEMENTS CORPORELS

1) Le vécu dépend de facteurs extérieurs

a) L'impact sociétal

P2 : « il y a une époque, ce sont des stéréotypes » « qu'on est éduqué à apprécier certaines choses et moins d'autres »

P7 : « On nous en demande beaucoup avec ça quand même ! »

La société véhiculerait **une certaine image de la femme**

- Selon laquelle **l'identité féminine découlerait de l'identité de mère**

  P3 : «Je me sentais pas femme car je n'étais pas en capacité d'avoir un ou des enfants »

  Créant parfois **des tensions entre les représentations de la femme** en lien avec un évènement passé probablement traumatisant :

  P3 : "dans mon imaginaire je me voyais bien avec des enfants. Il y avait peut être une contradiction entre des aspirations imaginaires et une espèce de chape de plomb qui s'est mis dans l'enfance"

- **L'identité féminine est intimement liée aux rapports avec les hommes :**
  P3 : "j'ai toujours eu du mal avec l'idée de l'homme, l'idée de me faire euh… courtisée, tout ça. Pour moi, c'était tout faux, toujours malsain "

- **L'identité féminine ouvre la porte à la sexualité :**
  P10 : "prendre conscience qu'on est une femme, qu'on peut interagir avec d'autres personnes en tant que femme… ça ouvre les portes à tout ce qui est sexualité après voilà"

  Créant parfois **une ambivalence** entre les ressentis liés au sexe physique et au sexe biologique :

  P3 : «après j'ai eu une dizaine d'années ou j'étais épanouie dans ma vie sexuelle, pas ma vie de femme »

- **Des standards de beauté véhiculés par les médias**

  P2 : "j'ai pas été forgée au mythe de Kate Moss et compagnie "

  " le culte de la maigreur"

  P9 : "Internet c'est bien mais on voit beaucoup de choses et du coup on se monte beaucoup la tête ! "

  Permettant de **« bien vivre le vieillissement » par le culte de l'apparence :**

  P5 : "Si vous voulez j'ai 68 ans, je suis beaucoup avec mes petits enfants, j'essaie d'être, de m'habiller jeune, de pas m'habiller comme certaines qui disent moi j'ai un certain âge je vais faire ça »

- **Des outils d'apprentissage** ont été cités, permettant de mieux comprendre ces changements corporels vécus :

  L'éducation , la presse et internet:

  P10 : "l'école, bien sur les cours de SVT "

  P11 : "et puis se documenter dans des livres, des choses comme ça.. y'a des revues qui abordent un peu des problèmes des fois. "

  P10 : "Ben internet, se renseigner un peu partout"

La présence d'autres femmes dans la société incite à aller vers « les paires » :

- Il a été fréquent au cours des témoignages sur le vécu de ces changements de retrouver une sorte de **comparaison entre les femmes :**

  P2 : "J'ai une copine qui a malheureusement un cancer du sein, elle a mal vécu….c'est pas une gnognotte ! »

  P4 : « j'ai une amie, enfin plusieurs, mais j'en ai une (…) elle dit que le corps change avec l'âge, se déforme et tout… Certainement elle était très jolie, et là elle dit que le corps change. Et moi, à part le poids des ans, je sens pas trop »

  P5 : « Je connais beaucoup de femmes qui disent « moi je les ai finis à 50 ans, moi 57ans… » Non moi ça me perturbe pas »

P6 : «J'ai eu de la chance…ça dépend de chaque femme, chaque grossesse »

P9 : « j'ai eu pleins de femmes autour de moi qui l'ont mal vécu(rires) mais pour moi la grossesse c'était au top ! »

P11 : « y'en a qui ont des problèmes importants, des bouffées de chaleur, mal être…Tandis que moi ça va ! »

- Il se dessine **une forme de « sororité »** entre les femmes, avec une certaine solidarité et une parole libérée,

  Lors de partage d'expériences avec des amies notamment *:*
  P9 : « Voila moi j'ai communiqué en disant moi j'ai pu le faire, si vous avez envie allez y »,« C'était ça que je voulais, aider certaines personnes à se libérer finalement ! »
  P2 : « ça fait partie des discussions, on blague avec les copines, les collègues, on parle comme ça »
  P6 : « Après j'ai eu la chance d'avoir une amie très très proche, qui est gynécologue, et qui a toujours été là »
  P10 : « Alors beaucoup de copines plus âgées ou pas »

  Ce vécu collectif est à l'origine d'une forme de **réassurance :**
  P10 : « peut être que je serais frustrée de me dire ça n'arrive qu'à moi ou par exemple, que personne ne m'ai prévenue que ça pouvait se passer comme ça »

L'impact de la société se voit aussi à travers **l'influence du regard des autres** qui peut rendre :

- **Un vécu difficile :**
  P2 : « Ben j'en étais couverte et un jour un garçon m'a regarde dans la rue et a dit « ah ben elle est jolie mais sans ses boutons » »

P7 : "pour moi c'est pas un choix qu'on me laisse, je me verrais pas du tout assumer le regard des gens, c'est inenvisageable ! "
"on fait plus attention à certaines choses, à la manière dont on s'habille, on se maquille … voilà oui enfin ! C'est dur d'être complètement imperméable à tout ce qui nous entoure "
P8 : « Alors ado assez difficile, par rapport au regard des autres, plus que moi-même »
« Difficile pour moi aussi d'assumer et pis à cette époque, d'être parents jeunes, beaucoup de personnes s'interposaient en disant faut pas faire si faut pas faire ça, y'avait ce problème de légitimité d'être un parent jeune »

- Ou bien être source d'**indifférence :**
  P1 : "Mais je pourrai faire un petit effort pour être mieux au regard des autres. Mais ça me complexe pas "

b) <u>L'entourage</u> joue un rôle dans le vécu lié à ces changements :

Notamment dans **le couple :**

- Certains changements corporels peuvent impacter **la vie sexuelle** du couple :

  Par une **baisse de la libido** ou au contraire par une **augmentation du désir :**

  P8 : «Ca c'est une difficulté en ce moment, de perdre ça, d'avoir perdu le désir alors que ça se passe très bien »

  P9 : « j'étais une grande angoissée de la grossesse non désirée, c'était presque un frein dans ma sexualité ! »

  P2 : « mes seins c'était à la fois pour mes enfants et c'est resté un objet sexuel pour mon mari »

- Lors de ces périodes de changements, **la place du compagnon ou de la compagne** est parfois **aidante ou non** :
  P1 : « Donc la personne que tu aimes, tu vas plus facilement vers elle car tu as confiance en elle et tu vas pouvoir lui parler de tes soucis »

P7 : « mon compagnon, c'est pas possible de lui en parler (rires) c'est vraiment pour lui un problème de filles »

L'environnement familial joue également un rôle :

- **Par la famille** où **la mère** est une personne ressource :

  P2 : "mon père m'a appris à m'aimer comme j'étais, avec le corps que j'avais", « même mes parents, ils ont du m'accompagner suffisamment bien je sais pas, comme je le vis bien."

  P10 : « ma maman a été à l'écoute »

- Ces changements peuvent aussi être source d'une **modification de la dynamique familiale :**

  P2 : «J'ai pas une âme d'aide soignante. (…) J'ai du le faire pour ma mère quand mon père est mort il y a 2ans, je l'ai fait quoi…mais s'occuper de sa mère dans ses besoins intimes, il était temps que ça s'arrête », « j'ai pas envie d'imposer ça à mes enfants »

- Ils renvoient parfois à **la situation d'un proche vécue comme difficile :**
  P2 : "j'ai ma mère que vous avez vue à l'EHPAD et euh (cherche les mots) ben j'ai pas envie de… enfin ça fait pas rêver l'EHPAD"

  P3 : « il y aussi le fait que j'ai accompagné ma grand-mère jusqu'à la fin et en ce moment j'accompagne ma mère et pour moi c'est absolument insupportable de voir la déchéance des gens quand ils sont plus autonomes »

c) <u>Le corps médical</u> influence aussi le vécu :

Qui peut être **aidant** pour le vécu de ces changements corporels :

P4 : *« Moi : et pendant ces périodes de vie où il y a ces gros changements quelles ont été vos ressources ? P4 : Oh ben les médecins. Oui que les médecins. "*

P10 : « Moi : et pour toi ça a été qui ces personnes ressources qui t'ont aidée à traverser ces périodes de changements ? P10 : et pareil mon médecin qui me suit depuis que je suis petite »

- Où la **compétence du professionnel de santé** est mise en valeur :
  P4 : « Je considère d'avoir été sauvée par le corps médical avec mes opérations »

  P7 : « Non là quand même j'ai trouvé que j'étais pris en charge très bien ! Enfin elle a fait ce qu'elle avait à faire, fallait être réactif »

  P11 : « j'ai eu deux grossesses et un avortement euh non il a été, très correct dans sa manière d'aborder les problèmes et non j'ai trouvé qu'il avait fait son travail, j'en attendais pas plus »

- La médecine contribue au **« bien vieillir » :**
  P2 : « je pense à la fois la médecine je sais pas, s'entretenir oui je pense que c'est important ! Durer mieux, bien vieillir j'y crois ! »

- Le corps médical aide au **cheminement :**
  P10 : "je pense qu'en tant que femme on l'apprend tous les jours, si on fait cet aparté avec le médecin qui a des connaissances qu'on n'a pas, ça nous aide finalement à poursuivre le chemin en tant que femme "

Le corps médical peut aussi contribuer à des **expériences négatives** quant aux changements corporels :

- Par **un manque de considération** envers la patiente, **voire l'absence de recherche de consentement :**
  P9 : « je garde un mauvais souvenir de ce gynéco qui était rentré dans la salle d'accouchement, sans même une phrase envers moi, une explication et qui avait inséré les spatules d'un seul coup »

- Par un **défaut de communication :**
  P9 : "On me dit que la grossesse ce n'est pas une maladie puis après tout d'un coup non on arrête tout, faut rester coucher ! je l'ai trop mal vécu ! Ouais en sortant j'ai chialé !"
- Cela soulève aussi la problématique **des violences gynécologiques** comme le montre ce témoignage :

P8 : "J'ai eu un avortement jeune à 17ans, terrible …parce qu'on a voulu me donner une leçon. Il fallait faire les comme il faut, au planning familial. Ils ont voulu me le faire par aspiration en me laissant éveillée pour que je prenne bien conscience des choses. L'horreur… "

2) Le vécu dépend de facteurs intrinsèques (propres à la personne)

a) L'âge impacte le vécu

P4 : "Ca a fait grossir les seins… mais à 20 ans on se remet vite de tout."

b) La profession impacte le vécu

P8 : "en plus en étant danseuse, c'était quelque chose de délicat d'être formée"

Un métier plaisant constitue une ressource :

P3 : « comme j'ai fait un métier qui me plaisait bien, j'arrivais à sublimer certaines choses mais au fond de moi-même je ne m'aimais pas »

c) Un vécu personnel

P10 : « ça aussi que ce soit propre à chacun ça je l'ai appris »

Selon **des traits de caractère :**

P4 : « Non heureusement j'ai un caractère optimiste. Non me dire que je vais mal aller..J'ai comme un sentiment diffus, une intuition, que j'aurais pas de cancer (…) J'ai peur de rien »

P9 : « j'ai très très bien vécus ces changements, parce que je sais profiter de l'instant présent »

- Qui conditionnent **regard sur sa santé et sur son corps :**

P1 : « Moi j'ai toujours bien aimé mon corps. J'ai bien vécu. »

P4 : « J'ai pas l'impression d'être amochée (rires) »

P5 : « je suis en bonne santé. J'ai pas de perturbation là-dessus sur le changement. »

P8 : « au niveau du corps j'ai plutôt un rapport assez sain. Voila. »

P9 : « j'ai jamais eu de soucis particuliers, donc ça m'a rien changé » « Après je suis pas très axée sur mon corps, je sais que si je m'y sens bien, ça me convient. Je cherche pas un poids fixe, je cherche juste à être bien dans mon corps et ça me suffit. »

P11 : «J'ai jamais été trop attachée à la beauté de mon corps (rires) pas du tout ! c'est pas un complexe quoi » «je me plains pas puisque je suis quand même en assez bonne santé »

- Ce vécu personnel est à l'origine de **ressentis différents :**

<u>Plutôt positifs :</u>

-Un bon vécu :

P1 : « Je les ai très bien vécus »

P6 : « la grossesse en elle-même que j'ai heureusement pu vivre a été super, une super expérience »

-Le **caractère « normal »** de ces changements avec le **respect d'une certaine physiologie** :

P2 : «ça fait partie de la vie ! »

P5 : « bon ben c'est normal, voilà il faut comment dire l'accepter »

P6 : « Après je me dis que ça fait partie de la vie »

P8 : « c'est un ptit hopital où on pouvait accoucher comme on voulait », « les accouchements différents mais toujours dans le respect de mon corps et c'était HYPER important », « bien, parce que j'ai rien à prendre à coté puis mon corps a l'air de l'accepter »

P11 : « c'est le cheminement qui se fait normalement »

-L'acceptation :

P5 : « Voilà faut accepter et y'a des femmes qui acceptent pas »

P7 : « Ben ma foi, c'est bien hein j'ai pris tout comme ça arrivait (rires) j'ai pas été traumatisée »

P9 : « je suis qqn qui s'accepte pas mal dans ce sens parce que je pense que chaque marque a une histoire »

P10 : « Même si c'est pas agréable je le vis pas mal, je l'accepte. »

-L'indifférence :

P2 : « ça m'a pas perturbée »

P5 : « Moi je me trouve toujours pareille »

-La relativisation :

P4 : « Mais quand on réfléchit y'a bien pire comme soucis. Parce qu'à part ça j'ai une bonne santé »

P5 : « On vieillit mais bon je serais pas là à faire une dépression vous voyez »

-L'évidence d'une décision :

P3 : « l'avortement ça me paraissait absolument évidemment »

P7 : « Ah oui oui j'ai été sure de mon choix, je n'avais aucun doute… voilà c'était réfléchi » (par rapport à l'avortement)

P8 : « Etre opérée c'était dire stop à tout ça, donc assez simple pour moi » (par rapport à la stérilisation)

-Un effet « surprise » :

P9 : « parce qu'elle s'est vraiment retournée, ça m'a fait un mal de chien mais voilà elle s'est mis en place. Et ça ça m'a impressionnée ! »

-Le sentiment d'exclusivité (par rapport à la grossesse) :

P9 : « voilà c'est le seul moment où le bébé est seulement à la maman. C'est un partage exclusif avec l'enfant. J'ai beaucoup aimé, prendre ce temps pour moi, pour l'enfant »

-Le soulagement :

P3 : « Et puis plus tard quand ca s'est arrêté ça m'a vraiment soulagée, car pour moi ça n'a jamais été quelque chose de facile quoi »

P5 : « Moi je l'ai très bien vécue, au contraire (rires), plus avoir ça (…)de plus avoir mes règles »

P8 : "c'est aussi dire peut être moi ça a été plus simple car c'était devenu problématique "(évoque la stérilisation)

P9 : « je voulais reprendre mon envol » « C'était une libération et un soulagement, moins de pression par rapport à la contraception » (évoque la stérilisation)

P11 : « contente que ça s'arrête (rires) de plus avoir les règles, c'est pas toujours facile les périodes avec les règles »

-L'accomplissement :

P10 : « c'est le fait de devenir soi même, de grandir, s'épanouir, dans son corps, dans sa vie »

Il existe aussi des ressentis ***plutôt négatifs :***

-Liés à un quotidien et **des habitudes bouleversés par ces changements :**

P2 : « J'ai pas aimé être enceinte parce que je ne pouvais pas bouger mais j'ai aimé avoir des enfants »

-Entrainant **des comportements auto-agressifs :**

P3 : "Je souffrais énormément, j'ai fait une tentative de suicide quand même à l'âge de 26ans. "

-Un **sentiment de responsabilité par fois lourd à porter :**

P2 : « mais on est plus ou moins responsable voilà qu'est ce que j'ai mangé, pas prendre de médicaments, par rapport au petit être qu'on porte je pense »

P9 : « c'est un peu compliqué de s'accepter, d'accepter qu'on est plus une enfant. » « se prendre au sérieux, c'est cet étape d'adulte que j'arrivais pas à passer »

-De la culpabilité :

P6 : « le principe même d'avorter, oui oui je l'ai très mal vécu ! Ça aurait jamais du arriver, c'était une très grosse bêtise, un accident, un vrai accident. J'ai trouvé que c'était un avortement de confort »

-**De la peur :**

P2 : « quand on est enceinte, on a un peu peur quand même »

-**De l'anxiété :**

P2 : « En plus c'est super angoissant, on le sent et tout » (par rapport à la grossesse)

P3 : « Pour moi le vieillissement à partir de maintenant, c'est quelque chose de terrible qui m'angoisse, qui me dégoute »

P6 : «c'était perturbant, je vivais très bien, mais quand j'y pensais je me disais « si ça se trouve j'y arriverai jamais »» (par rapport au fait d'avoir un enfant)

P9 : «j'étais une grande angoissée de la grossesse non désirée ! »

-Un sentiment de résignation :

P2 : « C'était le passage obligé »« Et puis malgré les abdominaux ; le sport, c'est mort quoi, faut se faire à l'idée (rires) »

-**L'intériorisation**, le fait de garder pour soi une certaine souffrance :

P6 : « c'est des petites cicatrices qui sont intérieures. Que je mets dans un tiroir »

P7 : «Ah non pas du tout…J'en ai pas beaucoup parlé »

-**Le caractère inattendu :**

P1 : « Pour moi le mot difficile n'est pas approprié. C'est le changement de corps…je ne m'y attendais pas »

P7 : « j'ai été très surprise, j'ai pas trop compris je crois" »(par rapport à une IVG)

-Un sentiment de dépendance :

-A une substance :

P4 : « j'ai connu le manque et c'est là que j'ai compris ce qu'était un drogué en manque. Je l'ai vécu comme ça. J'étais là à avoir la piqure, à compter les heures, c'était l'œstradiol retard » « Et puis, je me dis que d'une certaine façon je suis addict au traitement hormonal, je veux pas arrêter »

-Envers autrui avec **un sentiment d'intrusion dans la sphère intime :**

P2 : « J'ai pas une âme d'aide soignante » « mais s'occuper de sa mère dans ses besoins intimes, j'avoue qu'il était temps que ça s'arrête »

P3 : « C'est absolument insupportable de voir la déchéance des gens quand ils sont plus autonomes. C'est quelque chose qui me fait très très peur, que j'ai pas envie d'affronter pour plusieurs raison .D'abord parce que c'est pas agréable de devenir dépendant » « je sais que j'ai une angoisse extrême à l'idée qu'il faille se faire faire la toilette et j'ai pas envie qu'on me touche et rien que pour ca, je voudrais pas aller en maison de retraite ou à l'hôpital. Pour moi c'est insupportable »

-**Un sentiment de perte, notamment de personnalité :**

P3 : « moi j'avais rien à perdre, donc c'est passé comme une lettre à la poste »

P4 : « Et ce truc c'était pas quelque chose de bien, quand on me faisait la piqure, ça me faisait 4/5 jours d'euphorie, j'étais pas moi-même »

P8 : « la pilule c'était une horreur, je changeais de caractère, même moi je ne me reconnaissais pas »

-Un **ressenti corporel pénible ou douloureux :**

P2 : « des règles très douloureuses et ça je m'en rappelle, j'avais 12ans »

P7 : « ça s'est toujours mal passé, toujours eu des (rires) mal au ventre, voilà ça n'allait jamais ! » « un ventre comme ça (me montre le ventre), faut se retourner dans le lit. J'avais pas pris 25 kg mais voilà faut le porter »

P8 : « je sens si j'ai 2 3 kilos de trop, sur mes articulations, sur ma manière de me déplacer, sur mon agilité fin voilà »

P10 : «y'a certaines parties de ces changements qui ne sont pas très agréables enfin avoir ces règles, des douleurs »

-Des ressentis négatifs **en lien avec un changement pathologique :**

-Une marque physique et temporelle :

P1 : « après il ya le fait qu'on t'agresse quelque part, qu'on te laisse une marque…quelque part tu t'en souviendras tout le temps »

-Une atteinte à l'intégrité physique :

P1 : « Pas vraiment dû à la cicatrice laissée, ça a été qu'on me touche mon corps. Qu'on m'enlève une partie de mon corps »

-Une agression, quelque chose d'anormal :

P1 : « dès qu'on a une pathologie ou quelque chose qui va pas et qu'on touche à notre corps, je pense que c'est plus une agression » « tu as quelque chose qui n'est pas normal, ça fait un peu peur »

-Des ressentis négatifs **en lien avec l'identité féminine même :**

-Une identité biologique **mal assumée :**

P3 : "moi j'ai vécu des choses qui ont fait que mon identité de femme n'était pas affirmée, n'était pas plaisante pour moi. Enfin, j'ai eu beaucoup de difficultés avec l'idée d'être une femme "

P8 : « c'était plutôt mettre en avant le coté costaud, physique, plutôt que la féminité. Genre s'habiller comme un sac, pour pas que les seins se voient »

-Qui **accentue un vécu déjà difficile :**

P3 : « Donc le fait d'être une femme c'était encore plus compliqué mais de toute façon j'avais quand même une difficulté à vivre »
P8 : « J'ai vite compris qu'on pouvait être vite vulnérable en tant que femme »

-Qui renvoie à **une peur de l'exclusion :**

P3 : « j'avais toujours l'impression que personne voudrait de moi »

-L'identité de soi affirmée par la suppression d'un organe féminin :

P3 : « je me souviens qu'elle m'a posé la question « mais ça vous gêne pas qu'on vous enlève vos ovaires parce qu' il y a des femmes qui y tiennent ?» Et moi je lui ai répondu que moi ca me gênait pas du tout, je me disais qu'au fond de moi-même ça allait me mettre en conformité avec qui je suis vraiment »

d) Dans plusieurs témoignages **le lien entre le corps et l'esprit/ la tête** est fort :

P1 : « le corps c'est une façon d'exprimer tes pensées, ton Etre psychologique »
P3 : « C'est mon mental qui a été détruit parce qu'il y avait quelque chose de détruit dans mon corps »
P8 : « le corps me révélait si y'avait des soucis à régler »

Il existe aussi **une certaine ambivalence entre la tête et le corps :**

P2 : « le truc, professionnellement on est au top, on est vers le meilleur (…) Au niveau de la tête ça va super bien! et au niveau du corps et ben ouais on sent quand même c'est le début de la fin ! »
P6 : «je l'ai vécu (silence) mal, très mal, psychologiquement parlant très mal ! Après bon, non je peux pas dire que ça m'a gênée physiquement parlant ! »
P7 : « je l'ai très bien vécue même si ça s'est mal passé (rires) » (parle de l'avortement)

Plusieurs outils ont été utilisés pour traverser au mieux ces périodes de changements :

- **Des pratiques à la recherche de bien être physique et mental :**
  P1 : « Par le yoga, l'autohypnose »

- **L'activité physique, le sport :**
  P2 : « je vais continuer à faire ma ptite gym d'entretien comme on dit ! »
  P8 : « Après c'est vrai que moi que j'ai eu aucun problème, je pense de part mon activité physique, de récupérer mon corps après les grossesses » « Mais pendant ce burn out j'étais tellement dans mon corps à danser, c'était mon moyen de m'évader et à priori de me sauver »

- **Le développement personnel :**
  P9 : « j'ai vécu un coaching, quand je travaillais à Super U, un coaching pro mais aussi personnel. C'était un coach de vie finalement ! Et qui était assez complet. J'aime bien cette remise en question ! »

- **Par un soutien psychologique, avec plus ou moins une psychothérapie *(également cité comme une attente, cf paragraphe correspondant) :***
  P1 : « Je pense vraiment qu'il faut une aide psychologique avant ET après une opération »
  P8 : « les psychothérapies aussi »

- **Une thérapie médiée par le corps,** a été décrite comme un outil utile dans ces périodes de changements :
  P3 : "la méthode Feldenkrais, je sais pas si vous avez déjà entendu parlé de ça…On peut dire que ça m'a sauvé, ça m'a donné un peu plus d'acceptation de moi-même"

3) Et après ?

a) Ce que ça apporte, des nouveaux changements ?

L'expérience de changements corporels et/ou psychologiques comme vus précédemment propose **un autre rapport au corps :**

- Avec une **écoute de son corps plus attentive :**

P6 : « je suis beaucoup plus à l'écoute, de ressentir ! J'arrive maintenant à ressentir les périodes d'ovulation, je vois ces petits changements, je les sens. Evidemment quand les règles arrivent, j'arrive à sentir. »

- Et **le besoin de maitriser son corps :**
  P8 : « Et ce truc où j'ai un rapport au corps, j'ai besoin de contrôler et de sentir. Donc pour moi les péridurales c'est hors de question. »

Il s'agit aussi **d'un changement global :**

- **Où la connaissance de soi-même** est importante :
  P1 : « J'ai appris des choses. J'ai appris à me connaitre »
  P6 : « ça m'a aidé sur des choses sur lesquelles j'aurais jamais trop pensé à m'intéresser, aux processus voilà, d'une grossesse, à quoi sert le (rire) tel organe reproducteur et comment ça fonctionne voilà »
  P7 : « maintenant bon ben je les connais puis je me connais mieux… Je sais quelle douleur, je sais quel médicament peut fonctionner, je sais ce qui peut marcher »
  P10 : « J'ai appris pleins de choses, que ce soit sur oui finalement son anatomie ou quoi, les changements qui peuvent opérer »

  Cette connaissance de soi permet aussi **un bon vécu** de ces changements :
  P10 : « ça m'a pas perturbée bon ben j'ai trouvé ça naturel, tout ce qui se passait puis je savais à quoi m'attendre »

- Un changement global qui **renforce l'estime de soi :**
  P2 : « Je me trouvais plus belle après avoir accouché et allaité »

- Et qui permet aussi **une implication plus importante dans sa santé :**
  P4 : « j'ai pris ma santé en main »« je suis actrice de ma santé. »
  P9 : « on est acteur, on n'est pas un bout de viande sur une planche »

  En mettant en avant **l'autonomie** des personnes :
  - **Lors des prises en charge :**
    P1 : « Je pense que quelqu'un qui se fait un auto-soin, est capable de se prendre en charge seul sur beaucoup de choses dont la santé »

P3 : « Je pense déjà qu'il y a beaucoup de choses qu'on peut prendre en charge soi même quand on est conscient »
P6 : « je fais des exercices là aussi ! Le soir ou quand j'y pense, je travaille sur un bureau, j'essaie de faire un peu des exercices quand j'y pense »
P7 : « c'est pas possible y'a forcément une autre solution… J'ai entendu dire qu'il y avait des auto test » (par rapport au dépistage du cancer du col de l'utérus)

- **Par une décision partagée :**
  P4 : « j'ai besoin des médecins mais ça passe aussi par mon avis », « je supervise »
  P5 : "Mon médecin de famille j'ai confiance en lui ce qui me dit j'accepte. Des fois il veut me faire faire, je dis non si j'ai pas envie j'y vais pas. "
  P10 : « On a choisit ensemble ce qui était le plus adapté, il y a eu ensuite des essais, je pense notamment aux différentes pilules »

b) <u>Les attentes</u> <u>exprimées face à ces changements</u>

Des attentes autour de la prise en charge médicale :

- Avec de **« l'humanité »**
  P9 : « aujourd'hui l'être humain c'est le plus important »
  Trouver **un équilibre entre empathie et technicité :**
  P2 : « peut être plus d'empathie, peut être un peu moins de technicité mais il en faut »
  P6 : « une sorte de bienveillance, pour moi joue beaucoup ! »
  P9 : « quand on a trouvé un médecin avec lequel on a un bon feeling, on le garde, on a un bon rapport qui se créer, et parce qu'il fait ce dont on a besoin »

- L'attente d'**une prise en charge globale :**
  P2 : « et puis une prise en charge globale, pas que médicamenteuses quoi »
  Par une démarche de synthèse :
  P8 : « déjà faire un bilan, voir tout ce qui s'est passé pour en arriver là, voir ce qu'il est possible de faire »

Par la connaissance de l'environnement de la patiente :

P2 : «Arriver à suffisamment cerner son patient pour ne pas lui proposer une liste de médicaments, voir comment la personne vit vraiment »

P8 : « Et je trouve que maintenant on prend moins le temps de chercher ces faisceaux de choses, qui sont parfois liés au passé, un truc psy »

Par l'orientation vers d'autres approches :

- **Dites « parallèles » :**

  P1 : « il est important que le généraliste adhère, sache, connaisse, toutes les médecines parallèles ou une aide psychologique, un nom d'une personne pour un conseil au patient »

  P4 : « et puis de l'ouverture. Et même si c'était que du placebo, si ça marche. Mais ce docteur il l'a cette ouverture d'esprit et c'est très bien. »

- La demande **d'un soutien psychologique** lors d'une pathologie :

  Par le biais d'une prescription remboursée :

  P1 : « tu devrais avoir une prescription, remboursée, d'une aide psychologique peu importe laquelle »

  Le médecin traitant, comme relais du suivi psychologique:

  P1 : « Je pense que quand le spécialiste lâche après l'opération… ce serait pas mal de soumettre au généraliste de proposer une aide psychologique à la personne »

Par l'orientation vers d'autres professionnels de santé :

- **Les sages-femmes :**

  P7 : « de rendre la tâche plus simple de savoir très tard qu'on peut aller voir des sages femmes pour faire un frottis. Ce serait sympa qu'on nous le dise un peu avant »

- **Les médecins spécialistes :**

  P7 : « de guider vers des spécialistes car moi n'étant pas d'ici j'ai vraiment galéré «

  P10 : «et c'est vrai que d'avoir plusieurs avis, plusieurs explications, avec des spécialistes, ça peut être très enrichissant »

Des attentes sont évoquées **autour de l'éducation** que les médecins pourraient avoir quant à ces changements corporels :

- **Par une démarche pédagogique :**
  P10 : « je trouve que le médecin est très important, je parle d'un médecin bienveillant, qui est dans cette démarche pédagogique »

  En proposant **des explications :**
  P7 : «J'aimerais bien savoir ça m'intéresse un petit peu, peut être nous expliquer aussi le résultat des prélèvements, qu'on soit acteur aussi de ce qu'on voit! C'est pas parce qu'on n'est pas médecin que ça nous intéresse pas ! Peut être que ça aurait plus de sens pour moi»
  P9 : « Savoir ce qu'il se passe, ce qu'on peut faire ! »

  - Afin de **se connaitre et connaitre son corps :**
    P1 : « Je suis pour le soin préventif, l'éducation thérapeutique… pour mettre en relation les gens entre eux, avec eux-mêmes. »
    P3 : « Je pense qu'il faudrait faire plus d'éducation pour que les gens sachent se connaitre. Quand on se connait mieux, on sait s'arrêter à temps dans certains comportements et ceux qui nous font du mal. Et puis on va peut être être plus attentifs à la façon dont on se traite, on se nourrit, le rythme qu'on se donne, les obligations »
    P6 : « Je pense que c'est vrai que le fait d'apprendre à découvrir son corps…ça peut être aussi le rôle d'un médecin oui ! Ouais ouais, ben comme justement, le gynécologue, d'apprendre à une jeune femme adulte, toutes ces choses dont on parle pas forcément »

  - Proposer un **« agenda des dépistages » :**
    P7 : « peut être avoir des dates, de pas être alarmiste sur absolument tous les dépistages qu'il y a à faire »

- **Le rôle de responsabilisation des médecins :**
  P3 : « Apprendre à se responsabiliser. Sous prétexte que ça coute pas on peut bien faire n'importe quoi c'est pas grave ».

C. DEFINIR L'IMPACT SUR LE SUIVI MEDICAL

1.)Un suivi médical dans deux espaces

Les participantes ont décrit **deux suivis médicaux distincts**, un suivi **commun** avec les hommes et un suivi **spécifique pour les femmes**. Mais ces deux suivis sont aussi **liés entre eux**.

P10 : « y'a le suivi en tant que femme et tout ce qui peut s'en suivre et le suivi en tant que patiente de médecine générale »

« Pas mélanger les deux non, c'est sur qu'il y a une cause à effet entre les deux »

2) Les leviers au suivi médical

a) Le suivi médical commun

Il existe des leviers au suivi médical commun qui **dépendent de la personne même :**

- **De sa conception de la santé et du suivi médical,**
  La maladie incite au suivi médical :
  P3 : « Sinon j'ai pas de suivi médical franchement puisque j'étais pas malade (rigole) »
  P4 : « Parce que comme je suis pas beaucoup malade, j'y vais pas beaucoup »

  - **Selon une pathologie chronique :**
  P1 : « Moi c'est plus un suivi niveau cancer »
  P11 : « A partir du moment où j'ai fait de l'hypertension, ça demandait un suivi plus régulier »

- **Selon une hiérarchisation :**

  Du degré d'urgence :

  P9 : « si c'était pas critique je vais pas chez le médecin », « voilà j'ai tendance à me négliger et je sais, je me fais toujours passer derrière et quand ça va plus, je me dis c'est bon »

  Et une certaine priorisation:

  P4 : « A l'époque j'avais pas le temps de me poser des questions, j'avais des enfants, je travaillais. »

  P5 : « Je fais suivre la tension ça oui ! »

  P6 : « J'accorde plus d'importance à certaines choses donc les priorités, les dents, les yeux euh voilà après tout ce qui est un peu plus spécialiste, je traine un peu c'est vrai je reconnais »

Le suivi médical est rattaché à la prescription médicamenteuse :

- **Afin d'obtenir un traitement** dont la quantité semble importante**:**

  P7 : «J'ai un peu la sensation de venir quand j'ai besoin d'une prescription »

  P5 : « Je prends pas de cachet, j'ai aucun cachet. Par rapport ce que je vois autour de moi, y'en a qui ont 10 cachets »

  P11 : « le seul traitement que j'ai c'est pour l'hypertension, un ptit problème pour moi, car je n'ai pas de ressenti »

L'avance en âge incite aux contrôles médicaux :

P3 : « Mais c'est vrai que récemment j'ai pris conscience que j'avais pas fait des contrôles depuis longtemps »

P9 : « ben mine de rien, j'ai plus 15ans, ce serait quand même bien de faire attention à ce qui peut se développer et de prendre les choses à temps si y'a quelque chose ! » « Comme je dis quand même en prenant de l'âge faut faire un peu plus attention ! »

P11 : « quand on est jeune on y va pas souvent puis en vieillissant on y va plus souvent ! Pour des ptits problèmes »

Le suivi médical vu comme un soutien psychologique :

P11 : « ou alors un suivi médical (hésitante) psychologique si on se sent pas bien, ça aussi »

Le « prendre soin de soi » incite au suivi :

P9 : «c'est peut être le truc que je devrais travailler, prendre du temps pour moi et arrêter de repousser au lendemain. De prendre soin de soi. Moi : Et c'est quoi prendre soin de vous ? P9 : Ben ça peut être prendre un bain comme aller chez le médecin »

- Des leviers qui dépendent **de son expérience personnelle**
  La peur incite au suivi :
  P9 : « je suis pas prise par la peur, la peur fait faire des choses ben là je fais pas du coup ! (rires) »
  L'expérience négative de proches :
  P9 : « des maladies qu'on a eu dans notre entourage, des personnes décédées dans notre entourage qui ont sont l'exemple typique. De pas faire ça quoi ! (petits rires) De prendre les choses à temps parce que ça peut aller tellement vite ! »

- Il n'a pas été retrouvé dans les témoignages d'autres leviers au suivi médical commun.

b) <u>Les leviers au suivi médical spécifique</u>

Selon la patiente :

- **Selon ses représentations :**
  Le suivi gynécologique existe seulement s'il existe des symptômes :
  P5 : « Et après bon, quand on se sent bien, pas de perte, rien donc, non, maintenant ça va » « je me sens bien dans ma peau, si je sens que ça va pas, je vais voir le médecin, marquez moi une mammo, un frottis, y'a quelque chose qui va pas »

Le suivi gynécologique si on est jeune :
P5 : « après oui je me suis fait suivre parce que j'étais jeune, j'avais 40ans »

Le suivi gynécologique selon les résultats d'examens biologiques :
P5 : « Quand vous avez des bonnes analyses, j'aurais de l'anémie, je sais pas moi, je me ferais suivre »

- **La recherche de réponses et de solutions motive au suivi médical :**
  Par **l'augmentation de la fréquence des consultations** motivant un **renforcement de la prévention** à différents niveaux (primaire, secondaire tertiaire)* **:**
  P2 : « on s'est vu pour cette histoire de frottis et tout, en ce moment j'ai l'impression de passer ma vie chez le docteur ! »
  « si je fais la rééducation du périnée, les petits contrôles et compagnie c'est pour ça aussi », « quand je faisais du trampoline avec mon fils et là j'ai senti mon périnée et hop hop hop direction la sage femme! »

  Il existe parfois **une injonction personnelle aux soins**, à l'évocation d'un changement corporel marquant :

  P9 : « Ah les hémorroïdes voilà ! Ça c'est quelque chose qui reste, difficile à vivre (rires), j'en ai pas encore parlé…il faudrait que j'aille voir quelqu'un »
  « Mais c'est même pas douloureux, je mets de coté mais c'est vrai que je devrais pas ! (rires) ca c'est un impact réel »

Les leviers au suivi médical spécifique **selon les caractéristiques du suivi :**

- Le suivi gynécologique est marqué par **des temps médicaux précis :**
  P9 : « Mon suivi gynécologique, je l'avais vue en janvier je me suis dit je suis tranquille pour un moment mais non! »

  Un temps dédié :

  P10 : « moi j'apprécie cet aparté où on va discuter, aborder des sujets qui sont plus intimes, qui touchent à cette partie là. »

Un temps médial qui s'articule **entre temps d'information et temps d'examens :**

P10 : « ça a été beaucoup de rendez-vous avant, de discussions et savoir quand j'étais prête pour faire cet examen là »

- Il s'agit aussi de **temps spécifiques définis selon certains changements :**
  P1 : « J'y suis allée au moment de la grossesse car il y a un suivi qui est déterminé »
- Le suivi gynécologique est aussi **motivé par le dépistage organisé et la connaissance des risques :**
  P1 : « au niveau femme avec un frottis tous les 2 ans, que je m'astreins à faire ça », « Donc j'obéis, je m'y tiens parce que si on réfléchit bien y'a des stats qui disent qu'il faut faire une mammo avant 50ans car il y a des risques de cancer »
  P11 : « je faisais les mammographies jusqu'à maintenant comme ça se faisait et maintenant normalement ça y est plus. C'était offert enfin c'est incité par la sécurité sociale. Et comme ils incitent plus à partir de 74ans, j'ai fait la dernière cette année. »

Les leviers au suivi spécifique de la femme dépendent aussi **des médecins :**

- **La distance géographique n'est pas un frein :**
  P6 : « Après je suis prête à faire beaucoup de kilomètres pour aller voir le médecin, le bon, enfin moi ce que j'entends le bon »

- **Le sexe du médecin :**
  Le sexe féminin :
  - **Facilite la discussion** et permet une **meilleure compréhension:**
    P1 : « c'est plus facile d'aller vers une femme car tu as moins de gêne au niveau du corps, tu es plus comprise » « Et je pense aussi que c'est de par son vécu en tant que mère, femme »
    P6 : « Je suis beaucoup plus à l'aise avec une femme, c'est indéniable » « si j'ai le choix, je m'orienterai plutôt vers les femmes, surtout tout ce qui est gynécologie. »

P10 : « c'est vrai que ce soit une femme ça aide, parce que naturellement je vais lui parler de changements »
P11 : « C'est peut être pas un mal qu'il y ait des femmes médecins justement pour aborder des problèmes des fois »

Le sexe du médecin est **indifférent :**

- **Pour la prise en charge en urgence :**
  P6 : « j'ai eu un rendez-vous avec un homme, j'ai pas eu trop de problèmes à en discuter, face à l'urgence, il avait juste à m'écouter et voilà. J'étais là pour une ordonnance quoi ! »

- **Pour créer une bonne relation médecin-patiente :**
  P1 : « Je ne suis pas sûre que pour moi, le sexe soit déterminant. Je peux avoir un médecin très bienveillant, même homme »

- **Le médecin traitant est un levier au suivi médical spécifique**

La place du médecin traitant :

- Est définie par la possibilité de proposer **le suivi médical commun et le suivi spécifique/gynécologique de la femme :**
  P10 : « c'est vrai que c'est quelque chose que j'apprécie par exemple quand je viens pour un mal de cheville et bien ce sera traité en un temps pendant l'examen et après je pourrai parler de ma pilule »

- Mais **sa place est parfois mal définie** quant au suivi gynécologique :
  P7 : « c'est vrai que naturellement j'aurais plus de difficultés de venir voir le médecin traitant pour parler de contraception en soi mais pourquoi pas aussi (hésitante) »

Le rôle du médecin traitant est important :

- **Par sa disponibilité :**
  P8 : « Il a été HY-PER présent ! Mais bon c'était le médecin de famille ! A l'époque on l'appeler le dimanche, il venait à la maison hein c'est pas les médecins d'aujourd'hui (rires) »

- **Sa capacité de réassurance :**
  P2 : « c'était très technique, il m'a rassurée c'est ce que je lui demandais »
  P6 : « c'est celui qui me met en confiance ! »
  P10 : «elle m'a vraiment montré qu'il peut se passait ça comme il peut se passer autre chose mais que c'est pas par autant bizarre ou anormal. »

- **Son humilité :**
  P9 : «et c'est peut être pour ça qu'il est encore mon médecin traitant aujourd'hui ! Parce qu'il a été capable de me dire « je sais pas » ! »

- **Sa reconnaissance de l'urgence et sa capacité à passer le relais :**
  P2 : « Le seul moment fort que j'ai eu avec un médecin c'était quand j'étais enceinte, c'était quand j'avais développé mes anticorps de la toxo. Et là je m'en souviens très bien, c'était le médecin de famille, il a été super à ce moment là, il nous a vraiment aidé ! »
  P4 : « Ca par contre c'est li qui s'en ait rendu compte et là il m'a envoyée chez un psychiatre »

- **Par son rôle d'information et de validation :**
  P10 : « Je lui ai posé beaucoup plus de questions, vraiment en fait ça a été une période de recherche de moi-même, d'informations et puis après valider tout ça avec elle »

- **Par sa capacité à être une personne extérieure neutre, qui ne juge pas :**

  P10 : «Ca a été ma réponse à mes questions que je n'osais pas vraiment demander à ma mère par peur en fait de jugement mais qui n'existe pas en soi. » « il n'y a pas de jugements sur ce que je peux être ou avoir comme symptômes, ou petits désagréments » « Et cette neutralité et cette distance qu'ont les professionnels de santé pour vraiment avoir un examen au plus juste »

La relation entre le médecin traitant et sa patiente est unique :

- **Car elle s'inscrit dans le temps :**
  P8 : « On va dire que le médecin qui m'a suivie depuis que j'étais enfant, il est au courant de tout.»
  P10 : « je suis passée du pédiatre à ce médecin et finalement je l'ai jamais quittée, on a cette proximité »

- Il y a **une certaine intimité dans la relation :**
  P8 : « Avoir une intimité en fait simplement, une intimité d'histoire, de parcours »
  P10 : «du coup oui je lui parlerais beaucoup plus facilement si j'avais des choses en ce moment, dans ma vie de femme qui changent »

  Avec une relation personnalisée :

  P10 : « quand la personne se souvient de vous, de vos ressentis, de ce que vous vivez en tant que patient…je trouve ça important et très appréciable quand y'a cette proximité »

  Un espace d'échanges autour d'une écoute active :

  P2 : « chez mon médecin, si je reste avec eux c'est que je ressens une humanité, un réel échange » « Si je reste avec eux, c'est parce que je saurais trouver une écoute si j'avais un problème »

  P4 : « Les écouter… comme je vous disais, le corps médical a ma confiance »

  P6 : « Ah..le temps, le dialogue, l'écoute »

  P10 : « Je savais que même si quelque chose se déroulait d'une autre façon je pouvais en parler »

  Une relation de confiance qui renforce le suivi :

  P4 : « je suis quand même dans une relation de confiance avec les médecins »

  P10 : « elle connait beaucoup de choses, qui me sont arrivées comme ça arrive à tout le monde les changements et puis du coup il y va cette

confiance qui s'est établie entre nous. » « Cette confiance s'est crée et du coup ça amène à des examens bien plus poussés euh et tout en confiance»

- **Les autres professionnels de santé sont aussi des leviers au suivi médical spécifique de la femme, un suivi pluridisciplinaire :**
  P4 : « Ben du coup j'ai quitté mon gynéco, c'était lui qui me marquait les piqures, mais ça marchait pas, l'effet retard marchait pas… après c'est mon médecin qui me marquait, et puis je suis allée voir l'endocrino mais je continuais à aller voir mon médecin »

  Le médecin spécialiste des femmes, le.la gynécologue :

  - C'est un acteur du suivi médical **s'il y a une pathologie,** il permet le **maintien d'un suivi :**
    P1 : « C'est plus elle car moi j'ai eu un problème, un cancer du sein… je suis plus vers le spécialiste » « Disons que ça m'oblige à y aller sinon j'irais plus ! »

  - Il est sollicité également pour sa **qualité de** relation avec la patiente:
    P1 : « Et il s'est crée une relation qui fait que je (cherche ses mots) me confierais beaucoup plus à elle sur plein de choses parce qu'elle a été compréhensive, empathique, juste, honnête… tout ce qui me plait » (parle de sa gynécologue)

  - Pour **sa compétence :**
    P1 : « J'irais plus vers elle si j'avais un problème. Parce que je sais qu'elle est vraiment compétente dans ce qu'elle fait, elle est pertinente, spécialiste quoi. Elle connait les femmes »

  - Le suivi spécialisé est motivé par **la pudeur :**
    P6 : « j'aime bien séparer (Moi : Et pourquoi sans indiscrétion ?)Cette question de pudeur encore »

  Les sages-femmes, sont aussi plébiscitées pour le suivi spécifique de la femme :

- **Pour leur approche plus « humaine » :**
  P7 : « j'ai l'impression de discuter avec un être humain ça change beaucoup de choses »
- **Un espace de discussion élargi :**
  P7 : « c'est pas une machine déjà et puis on prend toujours le temps de parler, mais d'autre chose aussi, j'ai pas l'impression d'avoir une machine à faire des frottis »
- **Une médicalisation moindre :**
  P7 : « depuis que voilà, je vois une sage femme, c'est mieux, elle m'impose pas du tout les examens. Enfin ça se passe beaucoup mieux »

Les approches complémentaires, sont aussi évoquées par certaines patientes :

P2 : « c'est ce que j'apprécie chez la sage femme. Bon ben elle m'a proposé les bourgeons voila. Elle a su me cerner assez vite »

P8 : « ça a été plutôt un environnement médecine chinoise, énergétique, beaucoup, psychothérapie aussi, euh acupuncture, qui fonctionne bien sur moi .Y'a eu beaucoup de travail ce niveau là »

- **Des attentes sont exprimées** envers ces approches: cf paragraphe « attentes »
- **La médecine allopathique reste tout de même un premier recours** mais a des limites que les approches complémentaires peuvent surmonter :
  P8 : « Je suis toujours allée à la médecine traditionnelle en premier »
  « c'était, ouais voir ce que la médecine traditionnelle pouvait faire, sa limite et apprendre et ben du coup à faire appel à d'autres choses et voir que c'était complémentaire. »
- Mais ces approches là occasionnent **un gros surcoût :**
  P8 : « un très gros surcout oui ! Oui comme par exemple mon rapport au corps, en danse on apprend beaucoup de choses, on fait appel à l'ostéopathie, ben l'ostéo c'est pas remboursé »

- **Un équilibre entre la médecine conventionnelle dite « allopathique » et les approches complémentaires est suggéré :**
  P2 : «trop de médicaments voila je pense que oui y'a des excès de la médecine moderne, Mediator and Co (rires) voilà quoi ! Je pense aussi qu'il faut de la médecine moderne! »

3) Les freins au suivi médical

a) Liés à la personne

Des représentations concernant la santé entravent le suivi médical **:**

- Pour certaines, **l'absence de maladie** ne motive pas à consulter :

  La notion de « bonne santé » est souvent employée :

  P5 : « Et puis après arrivée à un certain âge j'ai dit « non ça va, ça suffit ». Je me sens en bonne santé et voilà. »
  P11 : « c'est vrai que j'ai un peu tendance à dire que je suis en bonne santé donc je dis pas »

  Les changements corporels ou certains symptômes associés ne nécessitent pas de consulter :

  P1 : « Les bouffées de chaleurs etc.. j'y suis en plein dedans mais j'ai pas besoin d 'aller voir un médecin pour ça » « J'ai pas de problèmes corporels euh….qui susciteraient l'avis d'une tierce personne » « Je ne pense pas que ce soit le fait d'avoir un changement corporel qui m'ait incité d'aller plus ou moins chez un médecin »

  P6 : « c'est pas grand-chose, mais je prends pas le temps, c'est pas gênant en soi, une petite boule comme ça » « J'ai jamais ressenti le besoin d'aller consulter, je suis pas très (cherche les mots) ouverte »

  P7 : «Oh ça n'a pas changé grand-chose hein…j'ai pas vraiment consulté »

P8 : « le coté bouffées de chaleur tout ça , oui je suis en train de l'affronter c'est un peu lourd. Mais pareil j'ai pas envie de prendre des médicaments pour rééquilibrer »

P11 : «Je n'ai pas eu besoin de consulter pour les changements du corps voilà ! »

- **La santé mentale n'est pas associée à la santé en générale :**
  P3 : « c'est le seul problème de santé que j'ai eu dans ma vie une dépression énorme et permanente. Par contre j'ai une santé de fer ! »

- **Des représentations erronées** sont décrites par certaines femmes :
  Les examens gynécologiques sont pourvoyeurs de maladie :
  P5 : « oui je pourrai y aller mais bon, je me dis à force de nous triturer (rires) ils nous font venir le mal »

  Il n'y a pas de solutions lorsque l'on est âgé :

  P11 : « c'est ma conviction j'en sais rien(rires) je pense pas que je puisse me re muscler vraiment. C'est du relâchement du corps quoi, c'est que quand je tousse (…) c'est pas grave et oui je pense pas qu'il y ait de solutions efficaces pour moi à mon âge »

  Le suivi gynécologique avec le frottis s'arrête à la ménopause :

  P11 : « puis après j'ai arrêté parce que ben derrière y'avait plus de règles et j'ai pas de problèmes particuliers »

- La prescription médicamenteuse est parfois vécue comme **une surenchère thérapeutique, freinant le suivi médical :**
  P3 : « moins je vois le médecin, mieux je me porte, moins je prends de médocs et plus je suis contente » « Je trouve qu'il y a trop tendance à vouloir soigner les gens avec des médicaments, de la chimie, de la pharmacie. Je suis pas contre tout, c'est important. Mais c'est trop systématique »
  « Je suis pas attirée par (réfléchis), justement cette personne que j'ai vue récemment pour ces contrôles en me disant bon ben à l'âge que j'ai et ça fait très longtemps que j'ai pas fait de contrôle, d'emblée elle voulait me

prescrire des trucs, des machins. Je lui ai dit « Ecoutez moi les médocs moins j'en ai mieux que je me porte, je m'en passe ». »

Un vécu difficile en lien avec des changements corporels peut être un frein au suivi médical également :

- **Une expérience traumatisante :**
  P6 : « J'ai un trèees mauvais souvenir qui me revient, je devais ah je sais pas, c'était pas quelque chose de très grave, une mycose ou (....)je tombe sur un homme et ça s'est pas très bien passé, vraiment et il a eu des gestes que j'ai pas aimés et ça m'a encore plus refroidie pour la suite. Je me suis détendue mais là tout ce qui est gynécologique (fait la moue) »
  P7 : « enfin pour moi, d'aller chez le gynéco, il m'a traumatisée à une époque, je voulais plus du tout y aller mais jamais (rires) »

- **L'examen gynécologique** en soi est parfois vécu de manière difficile :
  Il est **trop banalisé :**
  P7 : « je vois pas comment on peut le banaliser en disant « faut y aller », ce n'est pas possible quoi ! »

  Il est parfois **douloureux *:***
  P5 : « Je suis allée en voir un autre, il me faisait mal à chaque fois..et si et là. J'ai dit « non non j'en veux plus ». « si elle me faisait pas toujours ces examens approfondis qu'elle faisait, j'aurais peut être continué…mais les examens qu'elle me faisait, elle me faisait mal »

  Il est **vécu comme quelque chose d'imposé voire une agression :**
  P7 : « ça devait être pour un frottis, je ne sais plus…mais c'est la manière dont ça se passe, le fait qu'on puisse pas choisir » « c'était une véritable horreur quand même » « C'est juste terrible de faire ça »

  Il est **vécu comme pire que la maladie :**
  P7 : « Je préfère avoir le cancer du col de l'utérus et pas m'infliger ça quoi !»

- Un vécu **teinté d'appréhension** peut aussi parfois entraver le suivi médical et la relation avec le médecin :

  L'appréhension liée aux examens :

  P7 : « Ah oui ça me fait peur, j'ose même pas aller leur demander un conseil parce que « on va faire un ptit examen ! » ben en fait non ! »

  La peur du jugement et du refus:

  P9 : « j'ai rencontré le docteur qui a bien voulu me le faire sans trop me poser de questions, ça c'était une crainte que j'avais », « et quand j'ai eu cet entretien avec ce médecin, j'ai eu peur de son non, et qu'il n'accepte pas ma décision » (parle de la stérilisation)

  Un sentiment de gêne en l'absence de solution trouvée :

  P8 : « c'est difficile quand on a un parcours de montrer aussi à un médecin ou au corps médical que tout ce qui est mis en place ne fonctionne pas » « De l'impuissance un peu, de la gêne ouais, j'ai pas envie de les embêter, ça fonctionne pas »

  La peur de l'annonce d'une maladie ou d'une récidive :

  P1 : « Ce qui est embêtant, c'est que quand tu passes par une maladie, une pathologie, c'est toujours de refaire des examens et te dire que ça recommence et tu n'as pas envie de revivre la même chose »

  P5 : « quand j'allais faire une mammographie, je devais être à 20 de tension. J'avais toujours peur, après j'ai dit j'arrête. (…)La peur qu'on m'annonce quelque chose. »

- Après des vécus difficiles, il apparait une certaine lassitude avec le **besoin de « passer à autre chose »** et de se détacher du suivi médical :

  P7 : « Si j'ai besoin d 'une prescription, à l'époque, j'allais voir le médecin traitant mais là ….j'avais envie qu'on me lâche un peu aussi, ça durait un ptit moment (rires) »

  *P8 : « Maintenant je n'ai plus le même rapport avec Mr***, il a pas tout l'historique, tous les antécédents… Et puis y'a aussi (silence réfléchit) y'a aussi de vouloir passer à autre chose »*

b) <u>Les freins liés aux soins</u>

L'absence de solutions proposées peut aussi être interprétée comme un frein au suivi médical :

P7 : « j'ai pas l'impression qu'on me donne une possibilité ! (…) Parce que les hormones ne me convenait pas, ça me donne mal au ventre, j'ai envie de vomir, je suis allergique au cuivre donc bon…c'est un peu limité (rires) »

P8 : «c'était pas la médecine traditionnelle, qui n'avait pas de réponse »

Il existe aussi des **freins au suivi liés au(x) médecin(s) :**

- Par des **problématiques inhérentes au(x) médecin(s) mêmes** :
  La non reconnaissance de la maladie ou de la souffrance
  P3 : « j'ai eu un même médecin pendant très longtemps. Quelque part je lui reproche de ne pas avoir vu que j'étais dépressive » « je pense que j'aurais aimé être reconnue comme quelqu'un qui souffre. Même si on m'avait pas trouvé de solution »
  P4 : « perdu confiance non mais je me suis dit (souffle) qu'il aurait pu voir que j'allais pas bien »

  Un problème de compétence dans le domaine de la psychologie qui pourrait ne pas inciter les personnes à se confier :
  P3 : « vous n'êtes pas psychologues non plus »

  Le problème de temps de consultation accordé, assez court, est pointé du doigt :
  P3 : "Je pense le problème des médecins, et de pire en pire, c'est que vous n'avez pas beaucoup de temps à consacrer aux gens qui viennent vous voir"
  P7 : « là c'est expéditif les entretiens. Oui on rentre on sort un peu. »
  P8 : « Du temps ! Mais ils en ont plus, nous on en a mais eux plus ! » « Y'a des choses qui se disent à un médecin de famille qu' à un médecin aujourd'hui on dit pas parce qu' on sait qu'il a pas le temps, qu'il faut qu'il gagne sa vie »

Le problème des consultations sur rendez-vous :
P8 : « avant moi mes médecins, y'avait au moins 2 demies journées, tu faisais la queue, tu étais pris ou pas…mais y'avait cette possibilité d'urgence plutôt que de se retrouver aux urgences..là faut attendre le rendez-vous et ça c'est une perte énorme »

Le problème des départs à la retraite (non remplacés ?) peut entrainer par la suite des ruptures de suivi **:**
P5 : « Là je me suis dit c'est bon j'y vais plus, ma gynécologue est partie à la retraite, stop »

- **Des problématiques liées à la relation médecin-patiente** peuvent gêner un bon suivi médical empêchant la délivrance d'éléments importants :
  Une certaine négligence soumise à une relation ancienne peut conduire à occulter certains éléments :
  P11 : « c'est peut être un défaut que je trouve à un médecin traitant, quand il connait depuis longtemps, il voit comment ça se passe, et il ne fait pas attention à des détails » «On arrive à avoir moins de discussion avec un traitant parce qu' on a une relation de longtemps » « J'ai des pertes d'urines quand je tousse surtout, j'en ai jamais parlé (rires) et puis voilà ! Lui pose pas la question, enfin c'est normal puisque je dis rien (rires) »

  Une mauvaise relation peut aussi être à l'origine d'une rupture de suivi *:*
  P5 : « Elle était pas bien en plus je trouvais, je la supportais pas. Et depuis je me suis dit c'est fini »

  Enfin, il est décrit **la nécessité de temps** pour construire une relation avec son médecin et ainsi pouvoir se sentir en confiance pour aborder certaines problématiques liées aux changements corporels entre autres :
  P2 : « Ca se construit »
  P6 : « là c'est des choses délicates d'en parler, ça fait pas longtemps que je suis là »

P7 : «Oh, peut être pas… je (réfléchis) non on se connait pas beaucoup donc je trouverais ça assez étrange d'en parler avec elle (rires) »

La problématique d'accès aux soins peut aussi constituer un frein au suivi médical :

- **Par rapport à la mobilité de la patiente et la difficulté à avoir un médecin référent :**
  P6 : « En revanche j'ai tellement bougé que je n'allais jamais voir le même médecin. Donc finalement je me suis jamais trop posée de questions avec le suivi »
  P7 : « à l'époque je changeais beaucoup de régions à l'époque c'était pas forcément évident ! je changeais tout le temps de personne »
- **Par rapport à l'éloignement géographique :**
  P1 : « En milieu rural c'est très compliqué, il fait faire des kilomètres, que tu aies du temps »
- **Par rapport à une démarche compliquée pour trouver un spécialiste :**
  P6 : « il faut faire la démarche de trouver le bon spécialiste, de prendre le rendez-vous qui sera dans voilà quoi, d'y aller et une fois que c'est fait c'est fait… Mais voilà, c'est toute cette logistique qui me freine ! »

La remise en question d'un système de santé dans sa globalité a pu ressortir dans certains témoignages :

- **Avec la problématique de suivi des dossiers médicaux :**
  P8 : « ça aurait du me suivre, mais à chaque fois on me le redemande. C'est ça que je trouve dommage »
- **L'exclusion du médecin traitant lors des suivis spécialisés :**
  P1 : "J'ai eu un cancer du sein et donc du coup là on te prend en charge, tu vas de spécialiste en spécialiste et le médecin généraliste reste sur le bord " "En fait depuis que j'ai été prise en charge par la spécialiste, que j'ai eu cette pathologie, j'ai laissé tombé mon généraliste " "si j'ai un souci je me confierais à elle. J'attendrais de la voir, j'irai pas voir un généraliste car je suis comblée par elle "

- **Un système de santé qui assiste** est décrit, ne laissant pas assez de place pour l'autonomie de la personne dans ses soins :
  P1 : « Si notre système de santé vérifie tout et met en place beaucoup de protocoles comme ça, c'est qu'il y beaucoup de gens qui ne font pas d'auto soins »
- **Le dépistage organisé** est parfois vécu comme une entrave à la liberté :
  P1 : « Le système médical, quand on t'oblige à faire ça, on dirait que t'es pas libre de le faire.»

DISCUSSION

I) Forces et faiblesses de l'étude

A) Limites de l'étude

- Il existe un biais concernant **la question de recherche** même. En effet, celle-ci s'est révélée assez « large » notamment dans l'utilisation de termes parfois jugés flous. Bien que certaines relances à propos des changements corporels pouvaient être « par exemple la puberté, la grossesse etc.… », cela orientait les réponses vers ce que l'enquêtrice suggérait (biais de suggestion). De même, le terme de « suivi médical » n'a pas été défini au préalable, mettant en difficulté les participantes pour répondre à cette question. Est-ce que l'enquêtrice voulait parler du suivi gynécologique ou du suivi général ? C'est pour cela, que le rajout de la question concernant la définition du suivi médical par la participante ainsi que celle de l'impact des changements corporels sur le suivi gynécologique ont été rajoutées, mais seulement à partir de l'entretien 8.

Ce sujet de recherche révélé vaste (changements corporels, vécu et suivi médical) , cela a permis l'obtention d'un panel de résultats assez important. La quantité de données a pu compliquer le traitement de celles-ci afin de répondre précisément à la question de recherche.

- Egalement, **un biais méthodologique** est présent dans cette étude. Tout d'abord, **le manque d'expérience** de l'enquêtrice concernant la recherche qualitative a pu nuire à la qualité des entretiens. En effet, des reformulations maladroites ont pu induire des réponses orientées. De plus, pour ne pas trop s'éloigner du sujet, il a fallu parfois couper la parole aux participantes pour les recentrer sur la question posée. En ce sens, le choix de mener des entretiens semi-dirigés avec un guide d'entretien était pertinent, plutôt que des entretiens libres, puisqu'ils permettaient de garder un fil conducteur. Un **facteur d'influence** a pu être exercé par l'interviewer/ enquêtrice qui est aussi l'investigatrice principale, par sa position de médecin. Cette position a pu orienter le discours des participantes sur un versant médical. Cependant, au vu des résultats largement axés sur l'expérience personnelle et intime, on peut conclure que ce facteur n'a pas eu tant d'influence et que la position de « professionnelle » a plutôt facilité une confidence sur des sujets intimes.

Des **biais de sélection** sont aussi présents conduisant à un **échantillon de convenance**, avec un **biais de recrutement** notamment .En effet, les participantes ont été recrutées par l'enquêtrice selon certaines affinités au cours de la première rencontre (facilité à parler de son sujet durant la consultation, intérêt perçu par l'enquêtrice chez les patientes, biais de représentations de l'enquêtrice, ...). Cependant, la vigilance à avoir une variabilité d'âge (de 21 à 74ans) et des milieux socioprofessionnels variés a permis la constitution d'un échantillon d'une grande diversité. Un **biais géographique** est à souligner puisque tous les entretiens ont été réalisés en cabinet de médecine générale dans deux endroits semi-ruraux et ruraux.

Lors de l'analyse des données, le codage était soumis à la **subjectivité** de l'enquêtrice pouvant engendrer une interprétation des données éloignée de leur sens initial étant donné qu'elle connaissait les objectifs de la recherche. Pour cela, **une triangulation des données** avec la directrice de thèse a été réalisée sur les cinq premiers entretiens. De plus, une analyse thématique seule a été réalisée, ne permettant pas de prendre en compte, l'intonation, les expressions ou bien encore le champ lexical utilisé. Il pourrait être intéressant d'analyser cette étude sous un autre regard avec une analyse lexicale notamment.

B) Forces de l'étude

-Le choix du sujet qui se veut très transversal par ses liens avec les sciences sociales constitue une force. Le recrutement en est la preuve, puisqu'il n'y a pas eu de refus de participer à l'étude lorsque l'on a demandé aux participantes, hormis un désistement de dernière minute sans motif retenu. De plus, au cours des entretiens, les participantes ont clairement verbalisé **l'intérêt pour l'étude** et le souhait d'en connaitre les résultats. Elles ont pu s'exprimer librement sur le sujet lors **d'entretiens individuels** permettant une véritable interaction avec l'enquêtrice qui ressentait comme « une parole libérée ».En pleine pandémie, on peut se questionner sur l'impact que le port du masque a eu sur cette interaction, et notamment sur le langage non verbal (sujet en cours d'exploration dans d'autres thèses de médecine).

-L'approche qualitative employée est un choix méthodologique adapté dans la mesure où elle a permis d'explorer un champ assez vaste de ressentis et ainsi de comprendre les interactions et le fonctionnement des personnes.

II) Principaux résultats

A) Vécus des changements corporels

-Les changements corporels décrits dans notre étude sont pour la plupart ceux que l'on retrouve dans la littérature et cités en introduction. Ils sont évoqués comme des **« étapes de la vie »** attendues, se succédant**,** mais s'inscrivant dans une temporalité plus ou moins bien définie.

La grossesse est largement décrite comme un changement corporel au cours de la vie d'une femme, mais vient surtout révéler des **problématiques liées au désir de maternité ou de non maternité** avec la contraception, la stérilisation ou bien encore l'avortement. Ces changements là sont en lien avec l'image de la femme et de la féminité associée à celle de la mère que la société véhicule et qui est bien ressentie par une participante dans notre étude. Selon les époques et les cultures, le rôle social de la femme était limité à la maternité. Une société patriarcale contribue à ce rôle limitant de la femme par une discrimination fondée sur la biologie afin d'entretenir une domination et une dépendance toujours plus grandes (21). Le discours actuel véhiculant l'injonction à « l'épanouissement personnel » place la maternité comme la garantie de réussite et de bonheur, venant « combler » les femmes. Mais ce discours éclipse les enjeux psychiques de l'événement et les bouleversements intimes qui s'y attachent (22).

-Les changements corporels liés au **vieillissement** sont largement abordés à travers la baisse de l'aptitude physique et la perte de certaines fonctions renvoyant à l'image d'un corps moins efficient et donc moins utile. Hors, le besoin d'utilité est important pour bien vieillir comme en témoigne une étude qui montre que 80% des plus de 65ans se sentent utiles(23) .Le vieillissement interroge la notion de dépendance envers autrui avec l'intrusion dans la sphère intime à l'origine d'un certain malaise. **La ménopause** est une étape associée au début du vieillissement dans notre étude, où la sensation de dégradation avec l'affaiblissement du corps renvoie à la non acceptation voire l'exclusion par la société d'un corps qui n'est plus normé par les standards de beauté actuels. Le culte de l'apparence pour bien vieillir, verbalisé par une de nos participantes, prend alors tout son sens. Bien que les femmes proclament leur indifférence vis-à-vis des stigmates du vieillissement, elles luttent néanmoins pour les dissimuler comme en témoignent l'emploi de techniques

dites « de dissimulation » : crèmes de beauté, recours au maquillage et teintures capillaires et tout ce qui a trait à l'habillement (24).

Le sociologue Vincent Cadurec décrit la ménopause comme un « prélude » au vieillissement (25). Dans l'étude Kantar, une femme ménopausée sur deux évoque sa peur de vieillir associée dans 74% des cas à l'appréhension de tomber malade, dans 17% des cas d'être moins séduisante et 44% des femmes y trouvent un impact négatif sur leur quotidien (26). L'étude pour la thèse d'exercice en médecine du Dr Bellanger au sujet du vécu de la ménopause nous montre que les femmes expriment leur impression d'accéder à un « statut de vieille » avec l'impression de ne plus être attractive pour la société. La moitié d'entres elles ont déjà entendu des commentaires ironiques sur la ménopause sans que ce soit personnel (27). Dans notre étude, de nombreuses participantes ayant abordé la ménopause comme changement corporel, l'ont fait en ricanant ou en employant des termes humoristiques. **L'humour** serait-il un outil pour aborder avec plus de légèreté des sujets sérieux tels que la ménopause ? Et une manière de mettre de la distance pour être moins touchée ?

La conception culturelle de la ménopause montre une grande variabilité des sensations corporelles et des représentations entres les femmes de pays différents. Dans certaines cultures, la ménopause est signe d'une augmentation de pouvoir et dans d'autres elle est vécue comme un non-événement sans attention particulière (28) . Dans nos sociétés occidentales, la ménopause a fait l'objet d'**une médicalisation** importante et est apparue comme une « maladie de carence », provoquant un sur-risque cardiovasculaire, faisant le lit à des théories genrées de minoration de la femme ménopausée qui a perdu sa capacité reproductive (29). C'est dans ce contexte qu'a été développé le traitement hormonal substitutif (THS), initié dans les années 1930 par l'industrie pharmaceutique qui commençait à produire des hormones sexuelles et qui profita de ce phénomène de « création de maladie » à visée lucrative (30). Ce traitement a ensuite était l'objet de controverses, modifiant son appellation pour le THM : traitement hormonal de la ménopause, avec un emploi aujourd'hui plus encadré et soumis à des indications précises (31) .

Le concept de **ménopause sociale**, décrite par Cécile Charlap, comme une injonction à ne plus avoir d'enfant après la quarantaine laisse place ensuite à la

ménopause physiologique qui s'ancre dans une éducation aux symptômes à travers plusieurs acteurs dont le médecin mais aussi des figures dites « profanes » comme la mère, qui occupe une place importante (32) . Ces figures, souvent féminines, nous rappellent l'importance du partage du vécu par les femmes, rapporté également par les participantes de l'étude à travers le besoin d'aller vers des paires pour se comparer, partager ses expériences ou avoir des conseils.

B) D'autres changements

L'intérêt porté par les femmes sur notre sujet lorsqu'il s'agissait de parler de changements corporels a permis d'ouvrir un champ de résultats plus important que celui attendu, dépassant le cadre des seuls changements corporels. De la même manière, la thèse d'exercice de médecine du Dr Jugnon-Fromentin portant sur l'évaluation du niveau de connaissances des femmes sur l'anatomie du sexe féminin abonde dans ce sens puisque les participantes avaient fait part librement (en écrivant dans la marge du questionnaire), d'expériences de vie liées à des changements concernant des IVG ou relations sexuelles par exemple (33) .

D'autres changements, non corporels, de l'ordre de changements psychiques (le mal être notamment) ou relationnels sont apparus dans les résultats. Cela nous amène à nous interroger sur **le lien entre le corps et l'esprit**. Des pratiques associant le corps et l'esprit sont mises en avant par les participantes comme des outils qui aident à traverser au mieux ces périodes de changements. La socio-esthétique est une discipline qui permet de restaurer l'image de soi et l'estime qui s'y rattache en proposant aux patients atteints de cancers avec modifications corporelles de dessiner comment ils voient leur corps malade. C'est un outil qui permet une rencontre entre le discours réel et inconscient (34) . Il serait donc intéressant de proposer une sensibilisation à minima, voire une formation, aux médecins généralistes afin de repérer les patientes en difficulté et les orienter et/ou accompagner au mieux.

Cette entité corps-esprit se retrouve dans le vécu personnel très riche des participantes qu'elles nous partagent en exposant une diversité de sentiments à l'égard de ces changements décrits. L'objectif premier de cette thèse était de décrire l'influence de ce vécu sur le suivi médical. Mais l'expérience de ces changements et les qualificatifs employés ont été si prépondérants dans les résultats que nous avons

été amenées à nous questionner sur ce résultat même. Notre question de recherche sur les changements corporels et le suivi médical n'était-elle pas centrée sur un aspect bio médical, très réducteur, quand il s'agit de parler de vécu ? Cela va dans le sens du lien corps-esprit révélé dans notre travail, que l'aspect bio médical ne prend pas en compte.

C) L'impact sur le suivi médical

- Outre des changements corporels, ce sont aussi des **expériences difficiles** avec le corps médical, liées au fait même d'être une femme, qui nous ont été rapportées. Des expériences vécues comme traumatisantes, ont été décrites et ont clairement entravé le suivi gynécologique par la suite. Dans les récits rapportés, le manque d'information ou de recherche de consentement voire de la violence, questionnent sur le respect des droits des patientes. Selon le Code la santé publique, les principaux droits individuels des patients se regroupent en 6 rubriques (35) *:*

- Le droit à l'accès aux soins et au choix du médecin.
- Le **droit à l'information**, qui se veut de qualité, accessible et loyale. Comme le droit de ne pas être informé.
- Le droit à participer à la décision médicale ou **consentement aux soins.**
- Le droit au respect de sa personne, dans sa dignité, sa vie privée et **son intimité.**
- Des droits encadrant la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et la fin de vie.
- Des droits entourant la plainte, le contentieux et l'indemnisation.

Ces droits des patients amènent à des devoirs pour les médecins, selon le code de déontologie (36).

L'examen gynécologique en soi, est aussi une expérience désagréable voire une véritable intrusion comme le décrivent certaines de nos participantes. Dans les études respectives de BERNARD J. et TERRIS C., l'examen gynécologique est aussi décrit comme difficile, freinant le suivi gynécologique et le dépistage du cancer du col de l'utérus notamment, d'autant plus si il est associé à des expériences antérieures négatives (douleur, attouchement etc.) (37) (38). Lors d'un entretien pour notre étude, une femme a soumis la proposition d'un auto prélèvement qui pourrait

remplacer cet examen désagréable. En effet, les dernières recommandations en matière de dépistage de cancer du col préconisent la recherche d'HPV (papillomavirus humain à l'origine du cancer du col) en première intention pour les femmes âgées de plus de 30 ans. Cette recherche pouvant se faire en effet par un auto prélèvement vaginal (39). Une étude menée en 2012 sur 6000 femmes âgées de 30 à 65ans en Indre et Loire et non dépistées pour le cancer du col de l'utérus, a permis de conclure que l'envoi d'un kit d'auto prélèvement était plus efficace qu'une lettre de relance pour augmenter la participation des femmes au dépistage (40). Cette technique est-elle suffisamment déployée aujourd'hui ? Elle pourrait être une solution face à une couverture insuffisante du dépistage triennal qui était de 58% entre 2017-2019. L'instauration d'un dépistage organisé à partir de 2018 avait pour but de se rapprocher de l'objectif du plan cancer 2014-2019 qui visait une couverture de dépistage à 80% (41).

-Cette **implication dans sa santé** à travers la prise d'autonomie est un résultat qui est ressorti dans notre étude suite au vécu de changements corporels. En effet, les participantes ont rapporté que les changements corporels qu'elles ont vécus ont changé le rapport qu'elles entretenaient avec leurs corps, en apportant **plus de connaissances** sur son fonctionnement et son anatomie et en les incitant à être plus à l'écoute de celui-ci et donc de se prendre en charge en cas de besoin. Le besoin de plus s'impliquer dans sa santé lors des prises en charges et des décisions nous renvoie directement aux droits des patients mais aussi au principe éthique d'autonomie (42). La connaissance de son corps (anatomie et fonctionnement) en amont des changements a permis pour l'une d'entre elle de mieux vivre ceux-ci. **L'état des connaissances** des femmes à propos de leur anatomie féminine et de leur fonctionnement n'était pas le sujet de notre thèse mais avait suscité l'intérêt de l'enquêtrice en préambule de cette étude. Plusieurs études s'accordent sur le fait que les femmes ont une meilleure connaissance des organes génitaux féminins internes (sur des coupes anatomiques frontales) que sur les organes génitaux externes (vulve, anatomie du clitoris) (33) (43) (44).Très probablement parce le sexe féminin est plus facilement représenté et enseigné à travers les organes génitaux internes et reproducteurs. Et est ce que l'aspect externe du sexe féminin ne vient pas questionner notre tabou lié à la sexualité ? Dans une de ces études, les femmes qui avaient de bonnes connaissances concernant leur anatomie avaient aussi une

meilleure image corporelle, plus « équilibrée » (33) , ce qui va dans le sens des résultats de notre travail où la connaissance contribue à un bon vécu des changements par une image corporelle préservée et aussi une implication dans sa santé et donc dans le suivi médical. Les autres études mettent en avant les représentations des femmes autour du cycle menstruel. Il existe une idée assez ancrée que l'ovulation a lieu le 14ème jour du cycle (43). Dans une étude menée à l'île de la Réunion, 47% des femmes ignorent l'origine des menstruations et 22% d'entres elles pensent que c'est une partie de l'embryon non fécondé qui est « évacué » (44). Ces représentations à travers parfois des croyances d'ordre culturel, présentes aussi autour de la ménopause comme précédemment cité, nous incitent à poursuivre l'évaluation de leur impact sur le suivi médical. Enfin, cela ouvre des pistes pour les médecins généralistes, sage femmes et gynécologues de réaliser un travail pédagogique avec les patientes qu'ils accompagnent autour de la connaissance de leurs propres corps afin d'améliorer la connaissance qu'ont les patientes d'elles-mêmes.

- Dans notre travail, de nombreuses **représentations** autour du suivi médical sont présentes. Ainsi, **la maladie** est associée au suivi médical alors que l'absence de maladie ou de symptômes voire la notion de « bonne santé » sont associées au fait de ne pas consulter, que ce soit pour le suivi médical général ou le suivi gynécologique. Cela indique une **vision très curative** de la santé avec peu de place pour des pratiques préventives (dans lesquelles il est parfois plus facile d'expliquer le fonctionnement d'un corps non pathologique par exemple). Il pourrait donc être pertinent de poursuivre le développement du champ de la prévention pour la santé des femmes. Le suivi médical est aussi rattaché à la **prescription médicamenteuse** qui motive les patients à consulter pour obtenir leur traitement. Cependant, la notion de **surenchère thérapeutique** est verbalisée ici, liée avec l'avance en âge et n'incite pas à consulter le médecin. Effectivement, la polypathologie des personnes âgées pousse à la prescription médicale qui n'est pas toujours justifiée si on prend en compte la réelle balance bénéfice-risque à la lumière des modifications physiologiques de la personne âgée et de ses objectifs thérapeutiques (45).

Il existe également certaines représentations **particulièrement erronées** à propos du suivi gynécologique : l'examen gynécologique et notamment le dépistage du cancer du col de l'utérus est **pourvoyeur de maladie** et n'est **plus nécessaire**

après la ménopause. Cette dernière croyance peut nous amener à nous questionner sur l'importance accordée à la femme et ressentie par celle-ci à la ménopause. N'y a-t-il pas là une sorte d'invisibilisation de la femme ménopausée liée à l'absence de possibilité reproductrice et une « féminité en décroissance » justifiant un arrêt ou baisse du suivi médical et gynécologique (46) ? Pour certaines femmes, **la connaissance des risques et la peur** qui peut s'y ajouter est un motif pour se faire suivre tout comme **l'expérience négative de proches**. Cependant la peur peut aussi être un frein au suivi et au dépistage car ceux-ci peuvent être associés à l'annonce d'une maladie ou d'une récidive s'il y a déjà une pathologie pré-existante. Ces résultats sont retrouvés dans l'étude de J. Bernard sur les représentations du suivi gynécologique (37) . **L'avance en âge** et les changements qui s'y associent sont pour certaines l'occasion de contrôles médicaux plus nombreux par le biais d'un renforcement de la prévention* (rééducation périnéale par exemple).

Mais de manière ambivalente, une des participantes a aussi souligné qu'il n'y avait plus de solutions à partir d'un certain âge. Cette **absence de solutions** ressentie entraîne parfois un vécu difficile et peut provoquer une rupture de suivi avec un sentiment de gêne et le besoin de « passer à autre chose ». L'appréhension d'une consultation médicale avec **la peur du jugement et du refus** de la part du médecin (concernant la stérilisation dans notre étude) nous amène à nous questionner sur les modalités de cette relation médecin-patiente. L'absence de formation à l'écoute active* par exemple, est révélatrice d'une carence dans la formation des médecins, notamment concernant le travail de leur posture professionnelle dans la relation avec le patient. Dans sa thèse d'exercice de médecine générale C.LARAPIDIE met en évidence qu'une majorité d'internes (92,4%) ont rencontré des difficultés de communication et étaient favorables à une formation à la communication dans la relation médecin-patient (47). Les modalités de cette formation avaient été évaluées lors d'un travail de recherche pour un mémoire en 2016 auprès des Départements de Médecine Générale (DMG), dont la totalité rapportait des enseignements dédiés à la relation médecin-patient mais qui présentaient une hétérogénéité concernant le contenu et le temps dédié (48). Une uniformisation et un approfondissement de cet enseignement seraient-ils une clé pour une meilleure formation ?

- Notre étude a pu également mettre en évidence des **déterminants liés au médecin et à la relation médecin-patiente** qui influencent le suivi médical :

-Le sexe féminin du médecin avec lequel on peut aborder des problématiques liées aux changements corporels ou à la sphère gynécologique importe. Cela faciliterait la discussion et la compréhension mais ce critère de genre n'est pas important lorsqu'il s'agit d'un problème ressenti comme urgent par les patientes. Ces résultats concordent avec ceux de C.Terris retrouvés dans sa thèse (38). Cependant un autre travail de recherche a observé que les femmes préfèrent un médecin femme lorsqu'elles consultent un médecin généraliste pour un motif gynécologique alors qu'elles n'accordent pas d'importance au sexe lorsqu'il s'agit d'un gynécologue (mais ces résultats ne sont pas significatifs). Pourquoi cette différence ? Le **recours au gynécologue** dans notre étude est motivé par la **recherche de compétence** et **le respect d'une certaine pudeur**. Le genre est donc peut être moins important, supplanté par ces attentes là. Cette pudeur vis-à-vis du médecin traitant/généraliste liés à une relation de proximité est aussi retrouvée dans les thèses de C. Terris et de J.Bernard (37) (38).Pour autant, les caractéristiques mêmes de cette **relation forte entre la patiente et son médecin généraliste** sont aussi des leviers pour le suivi médical :

-Sa **disponibilité**, son **écoute**, sa **réassurance** et **son rôle d'information** qui se créent dans un **espace d'échanges** autour des changements vécus par les femmes permettent une relation personnalisée unique où la **confiance** accordée par la patiente renforce son suivi médical tant sur le plan général que gynécologique. Cependant, cette relation de confiance a **besoin de temps pour se créer.** Mais une relation ancienne peut aussi être source de **négligence** de la part du médecin qui peut occulter certains éléments, notamment ici liés aux changements corporels. La relation avec son médecin spécialiste peut aussi être très forte, permettant le maintien d'un suivi adéquat lors d'une pathologie. Alors qu'une bonne relation avec son médecin traitant ou spécialiste favorise le suivi médical, l**a non reconnaissance de la souffrance ou de la maladie** peut amener à **une mauvaise relation** et conduire à une rupture de suivi.

- La définition au préalable du suivi médical n'avait pas été faite avant de commencer cette étude. Mais il émerge des résultats des participantes leur vision à elles du suivi médical. Selon elles, il existe un suivi commun avec les hommes et un suivi spécifique de la femme. On peut alors se poser la question **: Est-ce que la gynécologie, en tant que spécialité médicale répond aux besoins des femmes**

concernant ce suivi spécifique ? Qu'en est-il également du suivi commun avec les hommes, assuré par le médecin généraliste ? Est-ce que le terme santé de la femme recouvrerait une réalité plus concrète incluant les spécificités féminines dans un contexte sanitaire plus global ?

Une étude apparue fin septembre 2021 sur la santé des femmes françaises, montre que 81% de celles-ci font passer la santé de leurs proches avant la leur, et 77% d'entres elles affirment repousser le moment de consulter et 85% essaient de se soigner seules d'abord. Une femme sur deux assure un suivi gynécologique régulier (49) . Ces affirmations peuvent êtres corrélées à certains de nos résultats tels que la hiérarchisation du suivi selon un degré d'urgence ou une priorisation de certaines maladies ou bien encore ce « non besoin » de consulter liés à certains changements corporels. Ces résultats se mettent aussi en relation avec **le concept du « care »** qui intègre « le souci des autres » et de son environnement à travers une combinaison de sentiments et de responsabilités accompagnée d'actions qui subviennent aux besoins fondamentaux ou au bien être d'un individu (50). S'occuper des autres, prendre soin, relève t-il d'une morale du soin féminine ? La politicologue Joan Tronto met en lumière le conditionnement des femmes qui a traversé les époques et inscrit le care dans un prolongement du travail domestique qui était dévolu aux femmes (s'occuper des enfants, prendre soin de la maison etc.)(51).

Dans cette étude récemment apparue, une cardiologue souligne également que les maladies cardio-vasculaires sont moins bien diagnostiquées chez les femmes par rapport aux hommes, malgré que ce soit la première cause de mortalité. Cette constatation nous amène à évoquer **la notion du genre en santé.** Les codes sociaux de la féminité (fragilité, sensibilité) et de la masculinité (virilité, résistance au mal) jouent un rôle dans l'expression des symptômes, du rapport au corps, dans le diagnostic mais aussi la prise en charge (52). Ainsi, une femme souffrant d'une oppression thoracique se verra prescrire des anxiolytiques dans l'hypothèse d'un trouble thymique alors qu'un homme sera orienté vers un cardiologue. A l'inverse, l'ostéoporose est sous diagnostiqué chez l'homme. Murielle Salle, historienne, souligne également dans son livre que les critères de reconnaissance des maladies professionnelles sont fondées sur le travail masculin, jugé comme pénible, alors que les femmes qui occupent des secteurs d'activité tout aussi préjudiciables pour leur santé sont particulièrement touchées par les troubles musculo-squelettiques (53).

Elle nomme ainsi « **androcentrisme** » le fait que le sexe masculin soit le sujet premier dans le savoir médical et la recherche. Catherine Vidal, neurobiologiste, co-auteure de ce livre, souligne dans une émission radio avec une consœur médecin généraliste, le fait que nos études de médecines nous forment à une médecine occidentale asexuée où les patients sont « découpés en organes et en examens biologiques »(54). Prendre en compte les différences biologiques liées au sexe ainsi que la notion de genre qui s'inscrit dans un contexte social, culturel et économique permet de s'interroger sur la manière dont les inégalités prennent forme en matière de santé et ainsi proposer une réponse adaptée avec une amélioration de nos pratiques. L'INSERM a mis à disposition du grand public, des médecins et des chercheurs de courtes vidéos expliquant les préjugés sur la santé des femmes et des hommes (55).

D) Les attentes et les perspectives d'avenir

Le questionnement sur les attentes des patientes vis-à-vis de leur médecin à propos des changements corporels qu'elles vivent a permis de faire ressortir une demande majeure qui est celle d'une **prise en charge globale.** Quels sont les aspects de cette prise en charge ?

-Cette prise en charge globale intègre d'autres approches thérapeutiques vers lesquelles les participantes tendent à se tourner. Il s'agit des médecines dites « parallèles » mais nous les qualifierons de « alternatives et complémentaires » comme décrites par l'Ordre des Médecins. L'OMS et l'INSERM ont établi 4 catégories de **médecines alternatives et complémentaires (MAC)** qui regroupent : les thérapies biologiques utilisant des produits naturels (phytothérapie, aromathérapie…), les thérapies manuelles (chiropraxie, ostéopathie…), les approches corps-esprit (hypnose médicale, méditation…), les systèmes complets reposant sur des fondements et pratiques propres (acupuncture, homéopathie…). Seules quatre MAC sont reconnues par l'Ordre des médecins : l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie et la mésothérapie et peuvent faire l'objet de titre et mentions sur les plaques et ordonnances (56). Dans sa thèse d'exercice de médecine générale, F.THIRIAT retrouve que 53,7% des personnes interrogées en milieu rural (300 questionnaires) ont déjà eu recours à une MAC et 60% d'entres elles aimeraient en parler à leur médecin généraliste mais seulement la moitié le font

réellement (57). Ces résultats vont dans le sens de ce besoin d'ouverture vers d'autres approches de la part de leur médecin, que certaines participantes ont souligné dans notre étude. Il est alors intéressant de se demander quelles sont les motivations qui poussent à se tourner vers ces approches ? L'étude de L.PARZY concernant la perception des médecines complémentaires et alternatives par les patients montre qu'ils étaient à la recherche d'une **médecine holistique*,** plus à l'écoute du corps et qui replace l'individu dans son environnement psycho-social, le rendant acteur de sa santé à travers le caractère préventif de ces approches qui utilisent des thérapies « naturelles ». Les médecines complémentaires trouvaient leur place également dans les soins de confort et le soutien psychologique en cas de maladie grave car les patients se sentaient parfois peu écoutés et incompris en médecine générale (58). Ces données vont dans le sens de nos résultats où nos participantes sont en demande de la prise en compte de leur environnement global. Il semblerait dans notre étude que les sages femmes répondent plus à cette demande que les médecins. Il s'agit alors pour le médecin de rencontrer la personne en face de lui en tant que personne à part entière et non plus une personne malade seulement. Cette **démarche centrée sur le patient** s'inscrit aussi dans le concept du « care » cité plus haut où la dimension du prendre soin va au-delà de la médicalisation et de l'aspect curatif (le« cure ») et vient aussi questionner la démarche pédagogique au sein de la relation médecin-patient (59) .

- Ainsi, il y a une réelle demande de la part des participantes d'intégrer au sein de leur suivi médical une **démarche éducative** avec leur médecin, où celui-ci, lors de temps dédiés, explique certains aspects des changements corporels, fonctionnements anatomique etc. Le partage de connaissances nécessite au préalable de connaitre les représentations de la patiente, questionner sur son vécu et ses attentes. Une telle démarche développe et renforce les compétences des patientes à partager les décisions et leur permet une certaine autonomie qui les rend actrice de leur santé. Mais qu'en est-il des compétences des médecins ?

- Ces aspects de la relation médecin-patiente viennent une fois de plus questionner **la compétence des médecins** à assurer cette prise en charge globale. N'y aurait-il pas un grand intérêt à intégrer à notre cursus de formation: **des sciences humaines et sociales** qui aborderaient les représentations en santé, les biais de genre et l'aspect relationnel? **De la philosophie** pour aborder des questions plus éthiques ?

Et pourquoi pas parler de **médecine intégrative***, où la médecine conventionnelle et les médecines complémentaires se rejoignent pour proposer une prise en charge globale au moyen de divers outils thérapeutiques ?

-Notre travail s'est intéressé à la santé des femmes à travers le vécu des changements corporels et leur impact sur le suivi médical. **Mais qu'en est-il chez les hommes ?** S'intéresser aux changements corporels chez eux, serait aussi le moyen de leur laisser la parole sur des sujets peu mis en lumière dans notre société. Parle t-on souvent d'andropause* ou de DALA (Déficit Androgénique Lié à l'Age)? La série documentaire « Ménopause pour tout le monde » laisse la parole aux hommes lors d'un épisode où ils abordent leurs changements et leurs ressentis (60).

CONCLUSION

Le corps est notre façade tournée vers l'extérieur et revêt une apparence qui fait partie de notre identité. Cette apparence n'est pas linéaire au cours de notre vie mais subit des modifications, des changements. Notre société accorde beaucoup d'importance au corps et notamment à celui des femmes qui doit véhiculer une certaine image de la féminité à travers des normes. Ce travail de thèse voulait questionner le vécu des femmes par rapport à ces changements corporels et identifier leur impact sur le suivi médical.

Notre question de recherche très transversale a suscité l'intérêt des participantes puisque presque toutes (une seule a refusé) ont répondu favorablement à notre demande d'entretien et la plupart y ont mis beaucoup de motivation. La densité de résultats obtenus n'était pas attendue et a pu amener une certaine confusion pour répondre à la question de recherche. Néanmoins cela révèle aussi la richesse de ce sujet qui met en lumière des vécus riches autour des changements divers de la femme. Les résultats s'articulent donc autour de 3 axes : les changements, le vécu et l'impact sur le suivi médical (celui commun avec les hommes et celui spécifique de la femme). Premièrement, les changements évoqués étaient définis temporellement par des étapes de la vie, obligatoires (tel le vieillissement) ou non (changements corporels dus à une pathologie ou aux accidents de la vie). Certains sont des changements corporels visibles de l'extérieur comme la puberté avec le changement des formes, la grossesse, des changements en lien avec le poids ou bien encore des séquelles esthétiques. D'autres sont considérés comme invisibles tels que les modifications hormonales (les règles et la ménopause qui est mise en parallèle avec le vieillissement). Des changements non corporels sont décrits, à travers des choix personnels concernant le désir de maternité ou non (la contraception, l'avortement, la stérilisation), des changements psychiques également avec l'image de soi ou le sentiment de mal-être mais aussi des changements relationnels (les premiers rapports sexuels, des changements de situation familiale ou professionnelle).

Ensuite, concernant le vécu de ces changements, il dépend de facteurs intrinsèques, propres à la personne : l'âge, la profession et les traits de caractère sont à l'origine d'un certain regard sur sa santé et son corps entrainant des ressentis et des émotions très différentes. On constate également l'impact important de facteurs

extérieurs qui façonnent ce vécu et les ressentis liés aux changements corporels. La société, à travers les médias notamment, contribue à véhiculer une certaine image de la femme rattachée à des standards de beauté mais aussi à celle de l'identité de mère ou encore celle d'une identité féminine sexualisée. Le regard des autres est ainsi parfois difficile à supporter si on ne correspond pas aux attentes perçues ou présupposés chez l'autre. Les femmes partagent les expériences liées à leurs corps entre elles pour se comparer et se rassurer, cela semble important. L'entourage familial ou le couple conditionnent ce vécu des changements, positivement ou négativement, selon qu'il soit une ressource ou non. Leurs dynamiques propres sont également parfois impactées par ces changements.

Le corps médical est également un acteur important du vécu des femmes et influence d'autant plus leur suivi par la suite. Il peut être aidant par les prises en charge qu'il propose et l'aide au cheminement en lien avec les changements qui opèrent dans la vie des femmes. Ainsi, la relation de proximité et de confiance entre le médecin généraliste et la patiente est un levier important au suivi médical spécifique de la femme ou au suivi général. La compétence du médecin spécialiste et le respect de la pudeur sont des aspects qui motivent les femmes à les consulter. Le sexe féminin du médecin semble faciliter la discussion autour de problématiques féminines. La recherche d'un espace de discussion élargi au-delà d'un aspect corporel et une moindre médicalisation pousse à consulter plutôt des sages-femmes ou à avoir recours aux médecines dites alternatives ou complémentaires. L'ouverture et l'orientation des médecins envers celles-ci est une attente particulièrement présente pour les participantes de notre étude.

Le corps médical est aussi à l'origine d'expériences difficiles (surtout en lien avec l'examen gynécologique lui-même) voire traumatisantes qui peuvent entrainer une réelle rupture de suivi médical. L'absence de solutions proposées au cours d'un parcours de santé compliqué, associée à la peur du jugement ainsi que la peur de l'annonce d'une maladie peuvent aussi entraver une bonne adhésion aux soins et notamment aux examens de dépistage. Ce sont aussi des problématiques liées à l'aspect global des soins qui sont en jeu. En effet, les problèmes de temps de consultation, de compétence concernant le soutien psychologique, d'accès aux soins selon la géographie et la démographie médicale, de suivi de dossiers médicaux etc. sont verbalisés comme de potentiels freins au suivi médical.

Notre dernier axe concernant l'impact sur le suivi médical a mis également en évidence le poids des représentations qui incitent ou non à consulter. Ainsi, l'absence de maladie et l'état dit de « bonne santé » ne motivent pas à consulter alors que la présence de symptômes et de maladie, hiérarchisés parfois selon la priorité accordée à ceux-ci et le degré d'urgence poussent à consulter et entreprendre un suivi médical. L'obtention d'un traitement médicamenteux incite à voir le médecin, ce qui va dans le sens d'une représentation de la médecine très médicalisée, axée sur le curatif, qui guérit la maladie et non l'aspect préventif d'une médecine qui dépiste en amont, qui « prend soin », nous renvoyant au concept du care. Des représentations particulièrement erronées existent concernant le suivi gynécologique (âge jeune, pourvoyeur de maladie). Ces représentations nous renvoient aux connaissances des femmes et à la composante éducative de notre prise en charge médicale. C'est aussi une des attentes verbalisées par les participantes à propos d'un temps dédié à des explications lors de la consultation, concernant le corps féminin, son fonctionnement, ses changements et les examens de dépistage à faire. Cette éducation à la connaissance de soi et à la santé a pour vocation de donner de l'autonomie aux patientes et les inciter à tendre vers une médecine plus préventive qui rentre aussi dans le cadre d'une approche globale intégrant l'environnement bio-psycho-social de la patiente avec ce lien entre le corps et l'esprit décrit dans notre étude. Cette approche globale, demandée par les femmes, vient alors questionner notre capacité à la proposer, et donc en amont, celle de notre formation. Sommes-nous suffisamment formés pour intégrer dans notre prise en charge plusieurs dimensions qu'elles soient physiques, mentales, émotionnelles ou spirituelles ?

Cette prise en charge globale, tant sur un aspect curatif que préventif, ne doit pas s'arrêter aux femmes mais s'appliquer à tous nos patients, quelque soit leur sexe ou leur genre, afin de promouvoir la santé telle qu'elle est définie dans toutes ses dimensions comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (61). Cet état de santé intègre des déterminants qui ne sont pas seulement individuels, mais sociaux (éducation, revenus, logement etc.), environnementaux (qualité de l'air/eau, urbanisme), liés au système de santé (accès et qualité des soins), comportementaux (alimentation, activité physique etc.), génétiques et biologiques (62).

« La beauté du corps est un voyageur qui passe, tandis que la beauté du cœur est un ami qui reste ».

Antoine de Saint-Exupéry.

Bibliographie

1. Femmes : corps construits et normes d'apparence [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://www.reiso.org/articles/themes/genre/406-femmes-corps-construits-et-normes-d-apparence

2. Monnot C. Petites filles d'aujourd'hui: l'apprentissage de la féminité. Autrement. Paris; 2009. 176 p. (Mutations).

3. Les nouveaux codes de la beauté. Le Monde.fr [Internet]. 10 févr 2012 [cité 14 sept 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/m-styles/article/2012/02/10/les-nouveaux-codes-de-la-beaute_1640940_4497319.html

4. Amadieu J-F. Le poids des apparences. Odile Jacob. 2005. 224 p. (Poches).

5. Paul J. Réseaux sociaux et image corporelle. 2018 [cité 14 sept 2021]; Disponible sur: http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/38296

6. Bisson V. L'image corporelle durant la grossesse : les expériences et perceptions des femmes de l'influence de Facebook. :119.

7. Blézat, Desquesnes, El Kotni, Faure, Fofana, de Gunzbourg, Hermann, Kinski, Perret. Notre corps, nous-mêmes. Hors d'atteinte. Marseille; 2020. 383 p. (Faits & Idées).

8. Image corporelle [Internet]. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/developpement-des-enfants/consequences-stereotypes-developpement/image-corporelle

9. Collège nationale des Gynécologues et Obstétriciens français(CNGOF). Item 47: Puberté normale et pathologique [Internet]. campus cerimes. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item38/site/html/2.html#21

10. Discour V. Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. Cah Dyn. 1 sept 2011;n° 50(1):40- 6.

11. Potel C. Corps brûlant, corps adolescent. Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents [Internet]. Toulouse: ERES; 2006. 256 p. (L'Ailleurs du corps). Disponible sur: https://www.cairn.info/corps-brulant-corps-adolescent--9782749206588.htm

12. Spiess M. Le vacillement des femmes en début de grossesse. Dialogue. 2002;157(3):42- 50.

13. Shulz J, Beauquier-Maccotta B, Soubieux M-J, Mériot M-E, Wailly D de, Missonnier S. Honte et culpabilité chez la femme enceinte suite à une interruption médicale de grossesse. Psychiatr Enfant. 2 déc 2016;Vol. 59(2):361- 424.

14. Desmecht S, Achim J. Image corporelle, attitude et conduites alimentaires durant la grossesse: une recension des écrits. Rev Québécoise Psychol. 12 juin 2017;37(1):7- 26.

15. Bourgeois-Guérin V. Un corps éprouvé : la souffrance et l'expérience du corps chez les femmes âgées atteintes d'un cancer incurable. Rech Féministes. 2013;26(1):151- 70.

16. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. Psychooncology. juill 2006;15(7):579- 94.

17. Gendreau C. L'exploration de l'image corporelle des femmes âgées entre 65 et 75 ans et vivant en milieu urbain. :81.

18. Delabbé J. À chacun son vieillissement. Témoignage et réflexions sur le vécu du corps. In: Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée [Internet]. Paris: Dunod; 2014. p. 35- 46. (Santé Social). Disponible sur: https://www.cairn.info/le-corps-vecu-chez-la-personne-agee-et-la-personne--9782100713097-p-35.htm

19. Chollet M. Sorcières, la puissance invaincue des femmes. Zones. Paris: Editions La Découverte; 2018. 231 p.

20. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :18.

21. Dadoorian D. 6. Féminité et maternité. Vie Lenfant. 2007;89- 98.

22. Thévenot A, Chevalérias M-P, Spiess M. Chapitre 9. Les nouvelles normes de la maternité : enjeux et paradoxes [Internet]. Presses de l'EHESP; 2012 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-maternite-a-l-epreuve-du-genre--9782810900893-page-77.htm

23. Les seniors ont besoin de se sentir utiles ! Baromètre du bien-vieillir 2018 [Internet]. Observatoire des seniors. 2020 [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: https://observatoire-des-seniors.com/les-seniors-ont-besoin-de-se-sentir-utiles-barometre-du-bien-vieillir-2018/

24. Macia E, Chevé D. Vieillir en beauté ? Transformations et pratiques corporelles des femmes. Gérontologie Société. 2012;35 / 140(1):23- 35.

25. Charlap C. La fabrique de la ménopause - CNRS Editions [Internet]. CNRS. Paris; 2019 [cité 15 sept 2021]. 265 p. (Corps). Disponible sur: https://www.cnrseditions.fr/catalogue/sciences-politiques-et-sociologie/la-fabrique-de-la-menopause/

26. Les Français et la ménopause [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://www.kantar.com/fr/inspirations/health/2020-les-francais-et-la-menopause

27. Bellanger S. Les femmes et la ménopause: ressentis et prise en charge en médecine générale. [Thèse de doctorat]. Rouen; 2021.

28. Le ressenti corporel de la ménopause est aussi culturel | Slate.fr [Internet]. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: http://www.slate.fr/story/192405/menopause-regles-menstruations-culture-biologie-symptomes-normes-bouffees-chaleur

29. Löwy I, Gaudillière J-P. Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales. Nouv Quest Fem. 2006;Vol. 25(2):48- 65.

30. Löwy I, Gaudillière J-P. Controverses sur le traitement hormonal de la ménopause. Mouvements. 2004;n° 32(2):32- 9.

31. Traitements hormonaux de la ménopause [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause

32. Charlap C. « Comment on devient ménopausé » : de la ménopause sociale à la ménopause physiologique, un parcours d'apprentissage. Corps. 2014;N° 12(1):221- 9.

33. Jugnon-Formentin L. Anatomie du sexe féminin: évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône Alpes. [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.

34. Bouak J, Bouteyre E. Cancer et socio-esthétique: évaluation psychologique des changements de l'image du corps grâce au dessin de la personne. Psycho-Oncol. déc 2010;4(S1):38- 46.

35. Droits des usagers : Information et orientation [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation

36. Le code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie

37. Bernard PJ. Suivi gynécologique : Représentations et ressentis des patientes. Étude qualitative. [Thèse d'exercice].Lille; 2018.

38. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins à la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale? Etude qualitative auprès de patientes. [Thèse d'exercice].Université Claude-Bernard, Lyon 1; 2016.

39. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 sept

2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans

40. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_5.html

41. Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus

42. Les divers sens de la notion d'autonomie en médecine et leur pertinence en clinique [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-223/les-divers-sens-de-la-notion-d-autonomie-en-medecine-et-leur-pertinence-en-clinique

43. Corré Labat M. Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes. [Angers]: Angers; 2012. p. 84.

44. Kojchen L. Connaissances des femmes sur les organes reproducteurs et la reproduction: étude transversale multicentrique réalisée sur un échantillon de 249 femmes consultant dans les services d'IVG dans le Sud et l'Ouest de l'île de la Réunion. Bordeaux; 2015.

45. Legrain S, Lacaille S. Prescription médicamenteuse du sujet âgé. EMC - Médecine. 1 avr 2005;2(2):127- 36.

46. Membrado M. Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation. Nouv Quest Fem. 2006;Vol. 25(2):16- 31.

47. Larapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 7 oct 2021]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/2122/

48. Adeline DF, Yana DJ. Etat des lieux des modalités de l'enseignement de la compétence « Relation – Communication – Approche Centrée Patient » au sein des Départements de Médecine Générale français. :34.

49. étude Axa prévention [Internet]. CNEWS. 2021 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://www.cnews.fr/france/2021-09-27/81-des-femmes-font-passer-la-sante-de-leurs-proches-avant-la-leur-1130886

50. Noël-Hureaux E. Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? Rech Soins Infirm. 15 oct 2015;N° 122(3):7- 17.

51. Le « care » : d'une théorie sexiste à un concept politique et féministe [Internet]. France Culture. 2020 [cité 7 oct 2021]. Disponible sur: https://www.franceculture.fr/societe/le-care-dune-theorie-sexiste-a-un-concept-politique-et-feministe

52. Genre et santé [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante

53. Salle M, Vidal C. Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Belin. 2017. 77 p.

54. Faut-il une autre médecine pour les femmes ? [Internet]. France Culture. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.franceculture.fr/emissions/du-grain-moudre/faut-il-une-autre-medecine-pour-les-femmes

55. Inserm. Genre et santé, attention aux clichés ! Dépression [Internet]. 2017 [cité 7 oct 2021]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=jsnmf36An0Q

56. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2

57. Thiriat F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2012 [cité 8 oct 2021]. p. non renseigné. Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733071

58. Parzy L. Perception des médecines complémentaires et alternatives par les patients [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.

59. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

60. « Andropause ton gun », une sombre histoire d'hormones - Ép. 3/4 - Ménopause pour tout le monde [Internet]. France Culture. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/menopause-pour-tout-le-monde-34-andropause-ton-gun-une-sombre-histoire-dhormones

61. Constitution [Internet]. [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

62. Alla F. 3. Les déterminants de la santé [Internet]. Lavoisier; 2016 [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-15.htm

Annexes

Annexe 1 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description	
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1.	*Enquêteur/animateur*	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	**Eva PRADIER**
2.	*Titres académiques*	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	**Interne en 3ème cycle d'études médicales**
3.	*Activité*	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	**Interne(SASPAS) ou médecin remplaçante en cabinet de médecine générale**
4.	*Genre*	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	**Femme**
5.	*Expérience et formation*	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	**Initiation à la recherche qualitative**
Relations avec les participants			
6.	*Relation antérieure*	Enquêteur et participants se connaissaient-	**Oui pour une**

		ils avant le commencement de l'étude ?	
7.	*Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur*	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	**Objectifs de la recherche, contexte de fin d'études/ thèse**
8.	*Caractéristiques de l'enquêteur*	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	**Intérêt pour la santé des femmes**
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9.	*Orientation méthodologique et théorie*	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	**Entretiens individuels semi-dirigés avec analyse de contenu** **Menée de manière inductive et thématique**
	Sélection des participants		
10.	*Échantillonnage*	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	**Echantillonnage dirigé (âge, profession), de convenance (cabinet médical)** **Effet boule de**

			neige pour 1 participante
11.	*Prise de contact*	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	**Face à face**
12.	*Taille de l'échantillon*	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	**11**
13.	*Non-participation*	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	**Une personne n'est pas venue au rendez-vous fixé sans raison, injoignable**
Contexte			
14.	*Cadre de la collecte de données*	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	**Cabinet du médecin**
15.	*Présence de non-participants*	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	**Non**
16.	*Description de l'échantillon*	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date, Recueil des données	**Age, profession, sexe du médecin traitant, lieu de vie**
17.	*Guide d'entretien*	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	**Guide d'entretien possession de l'enquêtrice,**

			testé sur 1 personne
18.	*Entretiens répétés*	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	**Non**
19.	*Enregistrement audio/visuel*	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	**Enregistrement audio par dictaphone**
20.	*Cahier de terrain*	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	**Oui**
21.	*Durée*	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	**Durée moyenne : 34 minutes**
22.	*Seuil de saturation*	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	**Oui**
23.	*Retour des retranscriptions*	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	**Non**
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24.	*Nombre de personnes codant les données*	Combien de personnes ont codé les données ?	**2**
25.	*Description de l'arbre de codage*	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de décodage ?	**Oui (cf. grille de codage)**

26.	*Détermination des thèmes*	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	**A partir des données**
27.	*Logiciel*	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	**Word et Excel**
28.	*Vérification par les participants*	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	**Non**
Rédaction			
29.	*Citations présentées*	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	**Oui, numéro des participantes (P1, P2,…)**
30.	*Cohérence des données et des résultats*	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	**Oui**
31.	*Clarté des thèmes principaux*	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	**Oui**
32.	*Clarté des thèmes secondaires*	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	**Oui**

<u>Annexe 2 :</u> Validation comité d'éthique

Aix*Marseille université

Comité d'éthique de l'université Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2020-12-03-007
Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le lundi 7 décembre 2020

Le projet de recherche présenté par les investigateurs principaux FROISSART Zoéline, médecin généraliste au sein du CH Manosque et MITILIAN Eva, CCA au sein du DUMG de l'Université d'Aix-Marseille et l'investigateur secondaire, PRADIER Eva, interne de médecine générale à l'Université d'Aix Marseille, intitulé **«Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence-t-il leur suivi médical ? »** a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 3 décembre 2020.

Après audition des rapporteurs, le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou règlementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.
Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

Annexe 3 : Notice d'informations

Notice d'information

« Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence t-il leur suivi médical ? »

Madame, Mademoiselle,

L'investigatrice, **Eva Pradier (interne en médecine générale)**, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : *« Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence t-il leur suivi médical? ».*

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigatrice pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

Explorer l'impact du vécu des changements corporels sur le suivi médical/ la relation avec leur médecin traitant et les attentes des patientes envers leur médecin.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Il s'agit d'une étude qualitative menée par une interne de médecine générale dans le cadre de sa thèse.

Elle se déroule via des entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien (questions ouvertes) d'une durée variable, estimée entre 30 minutes à 1h dans un lieu défini à la convenance de la participante.

Les données seront enregistrées avec un dictaphone après votre accord, pour être analysées. Elles seront gardées anonymes. Aucune information nominative vous concernant ne sera conservée ni n'apparaîtra dans l'étude. Nous vous proposons de lire l'étude finale si vous le souhaitez.

<u>Quelles sont les contraintes et désagréments</u> ?

Il n'y a pas de durée minimale. Il s'agit donc d'avoir une plage horaire libre assez large.

Le thème abordé peut amener à traiter de sujets assez intimes. En aucun cas, l'investigatrice ne portera de jugements et vous obligera à parler de sujets que vous ne voulez pas aborder. Une écoute bienveillante sera de mise. Une aide psychologique pourra vous être proposée si besoin.

<u>Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche</u> ?

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

L'investigatrice principale de cette étude est le Dr Zoéline FROISSART. Cette étude est réalisée par l'interne Eva PRADIER, investigatrice secondaire.

Annexe 4 : Formulaire de consentement

Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)

« Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence t-il leur suivi médical ? »

Le Dr Zoéline FROISSART (médecin au CH de Manosque), investigatrice principale m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « **Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence t-il leur relation avec leur suivi médical ?** » en collaboration avec l'investigateur secondaire et enquêtrice Eva PRADIER (interne en médecine générale – eva.pradier@etu.univ-amu.fr)
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'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

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 : «**Comment le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes influence t-il leur relation avec leur médecin ?** ».

Mon consentement ne décharge pas les investigatrices de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à……. le, En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche	Investigatrice
Nom Prénoms	Nom Prénom
Signature :	Signature :

<u>Annexe 5 :</u> Guide d'entretien

Présentation :

Bonjour, je m'appelle Eva Pradier, je suis interne en médecine générale et je fais ma thèse sur le vécu des changements corporels au cours de la vie des femmes et comment ça influence leur suivi médical. Je vous remercie de participer à ma recherche et du temps que vous m'accordez. Si vous êtes d'accord, je vais enregistrer notre entretien sur un dictaphone. Je vais ensuite le retranscrire puis l'analyser. A la fin de l'étude j'effacerai tout. Tout sera anonyme. Vous pouvez m'interrompre à tout moment de l'entretien et vous pouvez vous arrêter quand vous voulez.

Données épidémiologiques :

- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre profession ?
- Quel est votre lieu de résidence ? Rural (<2000 habitants), semi-rural (2000 à 10000 habitants), urbain (>10000 habitants) ?
- Quel est le sexe de votre médecin traitant ? son âge ?

Guide d'entretien :

1) Est-ce que vous avez l'impression qu'au cours de la vie des femmes il ya des changements corporel ? Si oui, lesquels ?
Qu'est est que ça change dans la vie d'une femme ?

Relance : et puis, vous voulez rajouter autre chose….

2) Est-ce que vous, vous avez vécu des changements corporels au cours de votre vie ? ***Des changements que vous n'avez pas forcément vécus comme une maladie ? Question rajoutée à partir de l'entretien 6.***

3) Comment les avez-vous vécus/ressentis ?
Relance : et est ce qu'il y a des choses négatives/positives ?

Qu'avez-vous appris sur vous, sur votre corps au cours de ces changements ?

4) Est-ce que vous avez l'impression que ça a eu un impact/lien sur votre santé ?

Par exemple : de la peur, de l'anxiété etc…

-Quelles ont été les ressources à ces moments là ?

Relance : Qui vous a accompagné dans cette période ? Vous êtes-vous documentées ? Si oui, comment ? En avez-vous parlé autour de vous ?

5) Qu'est ce que ça a changé dans votre suivi médical *?* (dans votre relation avec votre médecin ?)
Points positifs / points négatifs.

Et dans votre suivi gynécologique ? Question rajoutée à partir de l'entretien 8. Qu'est ce que selon vous le suivi médical ? Question rajoutée à partir de l'entretien 8.

6) Quelles seraient les attentes que vous auriez envers votre médecin pour vivre au mieux ces changements ?

7) Est ce que vous auriez envie de rajouter quelque chose ?

Remerciements.

Annexe 6 : Capture d'écran du codage Excel

ANALYSE EXCEL CODES - Microsoft Excel

	CODES	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3	ENTRETIEN 4	ENTRETIEN 5	ENTRETIEN 6	ENTRETIEN 7	ENTRETIEN 8	ENTRETIEN 9	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN
5	des changements que l'on voit						I 5-6			I 6			
6	des changements que l'on ne voit pas						I 6, 9, 73-75			I 6			
7	une période + une période -										I6-7		
8	un continuum de chgmts et des chgmts non prévus						I 26						
9	puberté/ adolescence	I 6		I4-5					I 3	I 5	I 5		
10	forme du bassin									I 8	I 19		
11	seins		I 9-10					I	I 6	I 8			
12	peau		I 29						I 6, 40				
13	pilosité							I 7		I 9			
14	regles							I 5	I 3		I 19-20		
15	1eres relations sexuelles							I 11		I 11			
16	contraception							I 19	I 61				
17	pré ménopause		I 13 14										
18	grossesse	I 7	I 10 11				I 67	I		I	I 6		
19	chgmt en lien avec l'accouchement						I 81-82						
20	ménopause	I 7		I 5	I 83-84		I 11				I 20		
21	en lien avec le poids										I 46		
22	pb dentaires								I 35-36				
23	bouleversement hormonal	I 11			I 4, 25								
24	absence de chgmt grace à un tt hormonal				I 7-9								
25	stérilisation								I 72	I 54			
26	refus d'un changement qui pourrait s'imposer				I 160								
27	notion d'étapes	I 11-12		I 6									
28	cancer du sein	I 210											
29	l'entre deux: entre puberté et ménopause,			I 5									
30	chgmt au niveau des sens (gout)								I 7-8				

EVA: pré ménopause, ben c'est sur que ça change. Je prends du ventre que j'ai jamais eu, la peau qui se flétrie un peu..

EVA: "y'a les accidents de la vie mais c'est pas dans la continuité des choses quoi "

EVA: "Après en étant maman, la grossesse en elle-même "

EVA: "les grossesses "

EVA: "Moi j'ai pas eu de changement, ce sera quand on m'enlevera les hormones mis je me

Annexe 7 : Grille de codage

LES CHANGEMENTS

1) DES CHANGEMENTS DEFINIS TEMPORELLEMENT

a) Des événements limités dans le temps

b) Notion d'étapes

-Puberté : une étape évolutive

-Etapes obligatoires d'un processus de vieillissement

-Des changements liés à l'avance en âge

Baisse de l'aptitude physique

Perte des fonctions (mobilité, incontinence urinaire)

Questionnement sur l'aléa du vieillissement

Vieillissement renvoie à la fin de vie, la mort

c) Des changements mal définis

-Limite temporelle floue

- L'absence de changements

d) Des changements non prévus

-Des changements découlant d'une pathologie (cancer du sein, chirurgie pour ablation d'organes féminins)

-Les accidents de la vie

2) DES CHANGEMENTS VISIBLES

a) Des changements corporels

-La puberté (peau/acné, pilosité, formes/seins)

-En lien avec la grossesse (la grossesse en soi, accouchement)

-En lien avec le poids

-Séquelles esthétiques

b) Des changements relationnels, (de relation aux autres)

-Les premières relations sexuelles

-Une demande de conseils (de la pudeur)

-Changement de situation familiale ou professionnelle

c) Des changements psychiques

-Un mal être

3) DES CHANGEMENTS NON VISIBLES DE L'EXTERIEUR

a) Des modifications hormonales

-Qui constituent un bouleversement

- Règles

-Pré-ménopause, Ménopause

-Un point de vigilance à accorder

-Un point de non retour

-Début du vieillissement (sensation d'affaiblissement du corps, sensation de dégradation)

-Qui ne constituent pas de bouleversements *(traitement hormonal substitutif, banalisation de la ménopause)*

b) Des choix personnels

-De ne pas/ plus avoir d'enfants (contraception, avortement, stérilisation)c) Des changements psychiques

-L'image de soi

4) LES CHANGEMENTS CORPORELS, UNE SPECIFICITE FEMININE ?

a) Des changements communs

-Une manière différente d'aborder les changements ?

-Place de l'homme dans la contraception

b) Comparaison hommes /femmes

LE VECU

1) DEPEND DE FACTEURS EXTERIEURS

a) Impact sociétal

- **Une certaine image de la femme**

-L'identité féminine découle de l'identité de mère (des tensions)

-L'identité féminine est liée aux rapports avec les hommes

-L'identité féminine ouvre la porte à la sexualité (ambivalence)

-Via l'impact des médias (standards de beauté, vieillissement/culte de l'apparence)

-Par l'apprentissage (éducation, presse, internet)

-D'autres femmes : aller vers « les paires »

-Se comparer

-Une sororité ? (partage d'expériences avec les amies, réassurance)

-« Le regard des autres » (vécu difficile, indifférence)

b) L'entourage

-Dans le couple

-L'impact sur la vie sexuelle (impact positif ou baisse de la libido)

-La place du compagnon (compagnon non aidant ou ressource)

-L'environnement familial

-Impact de la famille (mère =ressource)

-La modification d'une dynamique familiale

-Renvoie à la situation d'un proche vécue comme difficile

c) Le corps médical

-Aidant

-Reconnaissance de la compétence du professionnel

-Contribue au « bien vieillir »

-Aide au cheminement

-Contribue à des expériences négatives

-Par un manque de considération ou communication

-La question des violences gynécologiques

2) DEPEND DE FACTEURS INTRINSEQUES (propres à la personne)

a) L'âge impacte le vécu

b) La profession (métier plaisant = ressource)

c) Un vécu personnel

- Selon ses traits de caractère

-Regard sur sa santé et son corps

- Des ressentis différents

-Plutôt positifs :

-Un bon vécu

-Le caractère normal et physiologique

-L'acceptation

-L'indifférence

-La relativisation

-L'évidence d'une décision

-Le sentiment d'exclusivité

-Le soulagement

-L'accomplissement

-Un effet de surprise

<u>-Plutôt négatifs</u>

-Le quotidien et les habitudes bouleversés

-Des comportements auto agressifs

-Un sentiment de responsabilité lourd à porter

-La culpabilité

La peur

-L'anxiété

-La résignation

-L'intériorisation

-Le caractère inattendu

-Le sentiment de dépendance (envers une substance ou autrui)

-Le sentiment de perte (de personnalité)

-Les ressentis corporels (douleur et pénibilité)

-En lien avec un changement pathologique

-Une marque physique et temporelle

-Une atteinte à l'intégrité physique, agression

-En lien avec l'identité féminine même

-Une identité biologique mal assumée (accentue un vécu difficile, peur de l'exclusion)

-Affirmation de l'identité de soi par suppression d'un organe féminin

d) Le lien corps- esprit

-Ambivalence tête-corps

-Des outils pour traverser au mieux ces périodes de changements

-Activités de bien être physique et mental

-Sport

-Développement personnel

- Soutien psychologique +/- psychothérapies

-Thérapie médiée par le corps

3) ET APRES ?

a) Ce que ça apporte, des nouveaux changements ?

-Un autre rapport au corps (écoute et maitrise)

-**Un changement global**

-Connaissance de soi-même (contribue à un bon vécu)

-Renforcement de l'estime de soi

-Implication dans sa santé (autonomie dans les prises en charge, décision partagée)

b) <u>Les attentes</u>

-Autour de la prise en charge médicale

-De « l'humanité » (équilibre en empathie et technicité)

-Une prise en charge globale

-Par une démarche de synthèse

-Par la connaissance de l'environnement de la patiente

-Par l'orientation vers d'autres approches (dites « parallèles », soutien psychologique remboursé avec médecin traitant comme relais)

-Par l'orientation vers d'autres professionnels de santé (sages femmes, médecins spécialistes)

-**Autour de l'éducation**

-Une démarche pédagogique

-Par des explications

-Pour se connaitre et connaitre son corps

-« Un agenda des dépistages »

-Un rôle de responsabilisation

LE SUIVI MEDICAL

1) UN SUIVI MEDICAL DANS DEUX ESPACES

a) Deux suivis médicaux distincts : un suivi commun et un suivi spécifique de la femme

b) Deux suivis distincts mais liés

2) LEVIERS AU SUIVI MEDICAL

a) Le suivi médical commun

-Dépendent de la personne

-De sa conception de la santé et du suivi médical

-Le suivi médical en lien avec la maladie

-Selon une pathologie chronique

-Selon une hiérarchisation (importance accordée, degré d'urgence)

-Le suivi médical rattaché à la prescription médicamenteuse

-L'avance en âge incite aux contrôles médicaux

-Le suivi médical vu comme un soutien psychologique

-« Le « prendre soin de soi »

-De son expérience personnelle

-La peur incite au suivi

-L'expérience négative de proches

b) Le suivi médical spécifique

-Selon la patiente

- Ses représentations

-Le suivi gynécologique SI symptômes

-Le suivi gynécologique SI âge jeune

-Le suivi gynécologique selon les résultats d'examens biologiques

-La recherche de réponses, de solutions

-Augmentation de la fréquence des consultations (renforcement de la prévention)

- Injonction personnelle aux soins

-Selon les caractéristiques du suivi

-Des temps médicaux (temps dédié, temps d'information et temps d'examen)

-Des temps spécifiques selon les changements

-Le dépistage organisé et la connaissance des risques

-Selon les médecins

-La distance géographique n'est pas un frein

-Le sexe du médecin

-Sexe féminin du médecin facilite la discussion, permet une meilleure compréhension)

- Une indifférence pour la prie en charge en urgence et la qualité de la relation

-Le médecin traitant

-Place du médecin traitant (suivi commun et spécifique, place mal définie)

-Un rôle important

-Par sa disponibilité

-Sa réassurance

-L'humilité

-Sa reconnaissance de l'urgence et la capacité à passer le relais

-Son rôle d'information et de validation

-Une personne extérieure neutre

-Une relation unique médecin traitant-patiente (s'inscrit dans le temps, intimité d'une relation personnalisée avec espace d'échanges et écoute active, renforce le suivi)

-Les autres professionnels de santé

-Le médecin spécialiste

-si pathologie,

-qualité de la relation,

-compétence,

-respect de la pudeur)

-Les sages-femmes

-humanité,

-médicalisation moindre,

-espace de discussion élargi

- La place des approches complémentaires

-des attentes exprimées,

-un surcoût,

-médecine allopathique en 1er recours,

-équilibre entre 2 approches

3) LES FREINS AU SUIVI MEDICAL

a) Liés à la personne

-Selon ses représentations de la santé

-L'absence de maladie (la bonne santé, l'absence de nécessité de consulter)

-La santé mentale non associée à la santé en général

-Des représentations erronées

-Les examens gynécologiques, pourvoyeurs de maladie

-L'absence de solutions pour un âge avancé

-L'arrêt du suivi gynécologique à la ménopause

-La surenchère thérapeutique

-Par un vécu difficile

-Une expérience traumatisante

-Un examen gynécologique compliqué

-Trop banalisé

-Un vécu douloureux

-Vécu comme quelque d'imposé +/- agression

-Vécu comme pire que la maladie

-Un suivi médical teinté d'appréhension

-Liée aux examens

-La peur du jugement et du refus

-De la gêne

-La peur de l'annonce d'une maladie ou de la récidive

-Le besoin de passer à autre chose

b) <u>Liés aux soins</u>

-L'absence de solutions

-Liés au (x) médecin(s)

-Par des problématiques inhérente au(x) médecin(s) mêmes

-La non reconnaissance de la maladie ou de la souffrance

-Le problème de compétence

-Le problème du temps de consultation

-Le problème des consultations sur rendez-vous

-Les congés ou départ à la retraite

-Par des problématiques liées à la relation médecin-patiente

-Une certaine négligence soumise à une relation ancienne

-Une mauvaise relation

-La nécessité de temps

-La problématique d'accès aux soins

-Par rapport à la mobilité de la patiente/ difficulté à avoir un médecin référent

-L'éloignement géographique

-Frein au suivi spécialisé car démarche d'accès compliqué

-**La remise en question d'un système de santé dans sa globalité**

-La problématique de suivi des dossiers médicaux

-L'exclusion du médecin traitant lors des suivis spécialisés

-Un dépistage organisé vécu comme une entrave à la liberté.

Annexe 8 : Caractéristiques des participantes

Caractéristiques des participantes					*Caractéristiques des entretiens*		
N°	**Age**	**Métier**	**Lieu de vie**	**Sexe du médecin traitant**	**Lieu**	**Moment**	**Durée**
P1	53 ans	infirmière	rural	masculin	Seyne	Entre 12h30 et 14h30	1h05 min
P2	50 ans	professeure	rural	féminin	Embrun	Entre 12h30 et 14h30	25 min
P3	67 ans	retraitée (professeur de danse)	semi-rural	féminin	Embrun	Entre 12h30 et 14h30	40 min
P4	70 ans	retraitée (professeure de maths)	semi-rural	masculin	Embrun	Entre 12h30 et 14h30	37 min
P5	67ans	commerçante	semi-rural	masculin	Embrun	Entre 12h30 et 14h30	22 min
P6	39 ans	Employée en gestion financière	semi-rural	masculin	Embrun	Entre 12h30 et 14h30	31 min
P7	30 ans	artisane	rural	féminin	Embrun	Entre 12h30 et 14h30	30 min
P8	47 ans	Agricultrice/ prof de danse	rural	masculin	Embrun	Entre 12h30 et 14h30	50 min
P9	32 ans	En reconversion professionnelle (agricultrice)	rural	masculin	Embrun	Entre 12h30 et 14h30	31 min
P10	21 ans	étudiante	urbain	féminin	Seyne	Entre 12h30 et 14h30	31 min
P11	74 ans	retraitée (cuisinière)	rural	masculin	Seyne	Entre 12h30 et 14h30	20 min

Lexique

Andropause : syndrome biochimique associé à l'âge chez l'homme, caractérisé par une diminution des androgènes dans le sérum avec ou sans diminution de la sensibilité aux androgènes, responsable d'une altération de la qualité de vie et d'un impact sur la fonction de plusieurs organes. On lui préfère le terme de **DALA** (déficit androgénique lié à l'âge) qui tient compte du caractère progressif et aléatoire.

Echantillon raisonné : procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à **sélectionner des participants considérés comme typiques** de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la **validité externe** des résultats.

Ecoute active : technique de communication développée à partir des travaux de Carl Rogers qui prend en compte l'intégralité du vécu et du ressenti du patient au delà de son discours en utilisant le questionnement ouvert et la reformulation afin d'aboutir à une attitude bienveillante.

Genre : concept qui désigne les processus de **construction sociale et culturelle** des identités féminine et masculine, et ceux des rapports sociaux entre les sexes. Il fait appel aux différences non biologiques qui distinguent les individus.

Holistique : expression de la médecine non conventionnelle, s'appuyant sur un sens dérivé du holisme, et désignant des méthodes qui seraient fondées sur la notion d'un soin apporté en tenant compte de la « globalité de l'être humain » : physique, émotionnel, mental et spirituel, ou corps-esprit.

Médecine intégrative : recours simultané à la médecine conventionnelle et aux médecines alternatives (non conventionnelles) dans le suivi d'un patient.

Normes sociales : ensemble de règles correspondant à l'application particulière de valeurs sociales qui déterminent un comportement donné (rôles, actions) dans une société donnée et qui conditionnent les interactions entre les individus. Possibilité de sanctions en cas de transgression par le jugement du public ou plus spécifiquement par l'action de certaines institutions.

Prévention primaire : ensemble des mesures qui visent à réduire ou éviter la survenue de maladie (vaccination, action sur les facteurs de risques individuels et environnementaux).

Prévention secondaire : ensemble des actes qui visent à diminuer la prévalence d'une maladie par des actions menées à un stade précoce pour identifier la pathologie et en limiter l'évolution (exemple : dépistages).

Prévention tertiaire : actions visant à réduire la progression et les complications d'une maladie ou d'un problème de santé et limiter les risques de récidives.

Représentation : représentation mentale du monde extérieur qui associe une perception à une idée, une image mentale, un symbole ou un modèle explicatif.

Sexe (sens biologique) : ensemble d'attributs biologiques retrouvés chez les humains et les animaux. On l'associe principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et la fonction hormonale, ainsi que l'anatomie de l'appareil génital. Il est décrit en termes binaires : « femme » ou « homme ».

Transgenre : personne qui ne se reconnait pas dans le genre qu'on lui a assigné à

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

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

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Résumé

Introduction : Le corps, faisant partie de notre identité se modifie au cours de la vie autour de changements corporels que vivent les femmes. Ils sont à l'origine de vécus complexes laissant supposer un impact non négligeable sur le suivi médical.

Objectifs : L'objectif primaire était d'identifier les déterminants et les freins au suivi médical liés aux changements corporels. Les objectifs secondaires étant d'explorer le vécu lié à ces changements corporels et d'évaluer les attentes des patientes envers leur médecin.

Matériel et Méthode : Etude qualitative réalisée à partir de 11 entretiens semi-dirigés auprès de femmes majeures recrutées en cabinet de médecine générale.

Résultats : Des changements corporels sont évoqués (puberté, grossesse, etc.) mais aussi des changements non corporels, qui semblent importants, comme des changements psychiques, relationnels et liés à des choix de maternité ou non. Les vécus de ces changements sont liés à des facteurs intrinsèques, propres à la personne, qui conditionnement un regard sur son corps et sa santé. Il existe aussi des facteurs extrinsèques qui suggèrent l'impact de la société, celui de l'entourage et du corps médical qui peut contribuer à des expériences difficiles à l'origine d'une rupture du suivi médical. Des représentations sur la santé, parfois erronées sont à l'origine d'un mauvais suivi. La peur du jugement ou de l'annonce d'une maladie entravent également le suivi. Des caractéristiques liées au médecin et à la relation médecin-patiente peuvent influencer positivement le suivi médical. Les attentes exprimées concernent une prise en charge globale avec une ouverture sur les médecines alternatives et qui inclut un aspect éducatif, sur le corps, ses changements et les examens de dépistage.

Conclusion : Ces résultats mettent en évidence l'importance de questionner les femmes sur leur vécu concernant les changements corporels car il peut être source de mal être et de représentations entravant le suivi médical. Cela revient au médecin, généraliste, spécialiste ou aux sages-femmes d'intégrer dans leur prise en charge, une dimension globale qui inclut entre autre une éducation à la santé.

Mots clés : étude qualitative, femmes, changements corporels, vécu, société, représentations, éducation, médecine holistique.