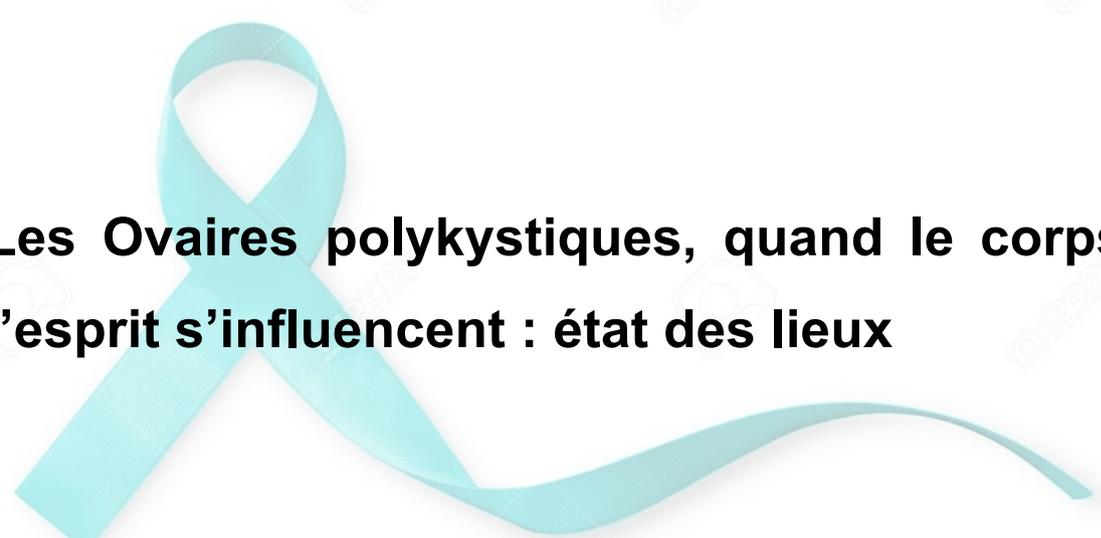


Mémoire

Maitrise universitaire ès Science en Psychologie



Les Ovaires polykystiques, quand le corps et l'esprit s'influencent : état des lieux

**Session
Hiver 2021**

Présenté par : Victoria Gendre

Directrice de mémoire : Dr Angélick Schweizer

Experte : Dr Maria Del Rio Carral

Remerciements :

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont soutenu et conseillé tout au long de ce travail.

En premier lieu, je remercie tout particulièrement Danielle Gendre, Marine Gervais et Kary Montes pour avoir pris le temps de me relire et de corriger mon travail. Ainsi que Nicolas Piccot, Giulia Montonne et Kristel Kohler pour avoir corrigé les dernières petites erreurs.

Je remercie le service du diabète gestationnel au CHUV au sein duquel j'ai fait mon stage de master en psychologie, pour m'avoir guidé dans mes recherches sur les ovaires polykystiques.

Je remercie Madame Fasseur de m'avoir laissé l'opportunité de choisir mon sujet et finalement, je remercie particulièrement Madame Schweizer pour ses nombreux conseils et sa disponibilité. Grâce à son soutien et son aiguillage, j'ai pu travailler sur un domaine qui me passionnait.

Grâce à toutes ces personnes, j'ai pu donner le meilleur de moi-même, qui je l'espère transparaît au travers des quelques lignes composant ce travail.

Résumé

Dans cette revue nous étudierons la littérature existante afin d'évaluer le syndrome des ovaires polykystiques et l'enjeu psychologique et social que ce syndrome a, ou pourrait avoir sur la santé de la patiente. De ce fait, nous allons faire un recensement de ce qui existe ainsi que des lacunes présentes dans la littérature.

Le syndrome de Stein Leventhal, plus communément appelé le SOPK, syndrome des ovaires polykystiques, semble être le trouble endocrinien le plus commun.

Il existe pourtant une véritable carence en information dans le domaine.

En effet, les diagnostics semblent différents d'une théorie à l'autre.

Les traitements sont divers, complémentaires et ne paraissent pas toujours fonctionner. Nous parlons de plus en plus de ce syndrome et toutefois cela reste tabou.

Les manifestations de cette maladie sont multiples : anovulation, hirsutisme, problème d'acné, prise de poids, obésité et infertilité. Des symptômes qui ont de véritables conséquences sur le fonctionnement psychologique des femmes qui en souffrent. Cela détériore la qualité de leur vie, elles sont stressées et angoissées et cela semble impacter considérablement leur quotidien.

De plus, il semblerait que « la détection et la réflexion continue sur la maladie puissent conduire à un impact négatif significatif sur le fonctionnement individuel dans la société. Le SOPK peut être un facteur favorisant potentiellement l'apparition de troubles de l'humeur et de dépression. Les conséquences biologiques, sociales et psychologiques du SOPK chez les femmes en âge de procréer ouvrent une nouvelle perspective sur la gestion de la santé des femmes chez ces patientes. » (Podfigurna-Stopa & al., 2015, p.431). Dans la recherche menée par Bazarganipour, Ziaei, Montazeri, Foroozanfard, Kazemnejad et Faghihzadeh (2013) concernant les investigations psychologiques chez les patientes atteintes du SOPK, il a été démontré que le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) entraîne une diminution de la qualité de vie liée à la santé.

Finalement, le SOPK semble être associé à divers symptômes psychologiques comme le stress, l'anxiété, la dépression, une mauvaise image de soi, des troubles sexuels, des troubles alimentaires ainsi qu'une mauvaise satisfaction de vie.

Mots clés : *Syndrome de Stein Leventhal, SOPK, ovaires polykystiques, anovulation, hirsutisme, infertilité, dépression, estime de soi, mauvaise satisfaction de vie, qualité de vie, sociale.*

Abstract

In this review we will study the existing literature in order to assess polycystic ovary syndrome and the psychological and social stake that this syndrome has, or could have on the health of the patient. Therefore, we are going to make an inventory of what exists as well as of the gaps present in the literature. Stein Leventhal syndrome, more commonly known as PCOS, polycystic ovary syndrome, appears to be the most common endocrine disorder. However, there is a real lack of information in the field. Indeed, the diagnoses appear to differ from one theory to another. The treatments are diverse, complementary and do not always seem to work. We are talking more and more about this syndrome and yet it remains taboo. The manifestations of this disease are multiple: anovulation, hirsutism, acne problem, weight gain, obesity and infertility. Symptoms that have real consequences on the psychological functioning of women who suffer from them. This deteriorates the quality of their life, they are stressed and anxious and it seems to have a considerable impact on their daily lives. In addition, it would appear that “detection and continued reflection on disease can lead to a significant negative impact on individual functioning in society. PCOS may be a potentially contributing factor to the development of mood disorders and depression. The biological, social and psychological consequences of PCOS in women of childbearing age open up a new perspective on the management of women's health in these patients. »(Podfigurna-Stopa & al., 2015, p.431). In research conducted by Bazarganipour, Ziaei, Montazeri, Foroozanfard, Kazemnejad, and Faghihzadeh (2013) regarding psychological investigations in patients with PCOS, polycystic ovary syndrome (PCOS) has been shown to cause a decrease in the quality of life related to health. Finally, PCOS appears to be associated with various psychological symptoms such as stress, anxiety, depression, poor self-image, sexual disorders, eating disorders, and poor life satisfaction.

Keywords:

Stein Leventhal syndrome, PCOS, polycystic ovaries, anovulation, hirsutism, infertility, depression, self-esteem, poor life satisfaction, quality of life, social

Table des matières :

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 8 |
| Chapitre 1 : Aspects médicaux de la maladie | 11 |
| 1.1 Définition des ovaires polykystiques | 11 |
| 1.2 Étiologie de la maladie | 13 |
| 1.3 Symptômes | 15 |
| 1.4 L'infertilité | 16 |
| Chapitre 2 : Parcours de soins | 18 |
| 2.1 Critères diagnostiques | 18 |
| 2.2 L'annonce du diagnostic | 21 |
| Chapitre 3 : Les enjeux psychologiques de la maladie | 25 |
| 3.1 Détresse psychologique | 25 |
| 3.2 Stress et anxiété | 28 |
| 3.3 La dépression | 29 |
| 3.4 Estime de soi et image de soi | 33 |
| 3.5 Troubles sexuels | 35 |
| 3.6 Troubles alimentaires | 38 |
| 3.7 Qualité de vie | 40 |
| Chapitre 4 : Traitements médicaux et psychologiques | 42 |
| 4.1 Traitements pharmacologiques | 43 |
| 4.1.1 Pilule contraceptive | 43 |
| 4.1.2 La Metformine | 43 |
| 4.1.3 Le Letrozole | 44 |
| 4.1.4 Le Citrate de Clomifène | 44 |
| 4.1.5 Les Gonadotrophines | 45 |
| 4.2 Chirurgical | 45 |
| 4.2.1 La chirurgie ovarienne | 45 |
| 4.2.2 La fécondation in vitro (FIV) | 46 |
| 4.2.3 Maturation in vitro | 46 |
| 4.3 Traitements psychosociaux | 48 |
| 4.3.1 Lifestyle intervention | 48 |
| 4.3.2 Activité physique | 50 |
| 4.3.3 Psychologie | 52 |
| 4.3.4 Diététique | 55 |
| Chapitre 5 : synthèse de la revue de la littérature | 56 |

| | |
|--|-----------|
| Chapitre 6 : Apports de la psychologie qualitative de la santé dans la compréhension du SOPK | 57 |
| 6.1 Psychologie qualitative de la Santé | 57 |
| 6.1.1. Histoire et théories fondatrices | 57 |
| 6.1.2. Bénéfice d'une approche qualitative en psychologie de la santé | 60 |
| 6.1.3. Contexte et support social | 61 |
| 6.1.4. Le support social et son importance | 64 |
| 6.1.5. Les enjeux du support social dans la prise en charge des ovaires polykystiques | 66 |
| 6.1.6. Subjectivité et discours du patient | 71 |
| 6.1.7. Les bénéfices et intérêts des recherches qualitatives dans le cadre des ovaires polykystiques | 73 |
| Chapitre 7 : Apport du modèle Corporo-sociéto-psychologique | 74 |
| 7.1 Modèle corporo-sociéto-psychologique de Santiago Delfosse | 74 |
| 7.2 Les apports du modèle dans le SOPK | 76 |
| 7.2.1. Une prise en charge adaptée | 76 |
| 7.2.2. D'un point de vue social | 77 |
| 7.2.3. D'un point de vue psychologique | 77 |
| 7.2.4. D'un point de vue émotionnel | 78 |
| Chapitre 8 : Mise en perspective critique et réflexive | 79 |
| Conclusion | 81 |
| Glossaire | 83 |
| Annexes | 84 |
| Bibliographie | 86 |

Introduction

Le choix du sujet de ce travail de Master s'est porté sur le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) de par la complexité de cette maladie, de sa méconnaissance et surtout, de ma mon histoire personnelle.

Suite à un choc émotionnel intense, je me suis retrouvée personnellement atteinte d'aménorrhée.

En quelques mois, mon corps s'est mis à me faire défaut. Sans rien modifier à mes habitudes, j'avais pris 15 kilos, mon corps changeait, me projetant dans un mal être profond.

C'est seulement après deux ans de recherches que le verdict des ovaires polykystiques est tombé. Une maladie due à un dérèglement hormonal pouvant engendrer plusieurs symptômes d'intensité variable suivant la patiente, comme des règles irrégulières, une aménorrhée, hirsutisme, acné, taches brunes sur la peau, prise de poids, problème de fertilité, risque de développer un diabète. Qui plus est, selon Himlein et Thatcher (2006) le SOPK est associé à plusieurs problèmes de santé mentale tels que : la dépression, le stress et l'anxiété, l'insatisfaction de l'image corporelle, une diminution de la satisfaction sexuelle, des troubles alimentaires.

Deux ans de flou, de doutes et d'incertitude. Une scission entre un esprit qui ne supporte plus ce corps qui ne répond plus à aucune norme de la féminité.

À un âge où l'on se construit une identité de femme, mon corps lui s'en éloignait.

Le diagnostic fut un soulagement et une crainte. De nouvelles angoisses sont apparues, régissant entièrement ma vie et mes projets. Mes années étaient minutées avec comme épée Damoclès : avoir absolument un enfant avant 30 ans, comme conseillé par les médecins, avec le risque de ne jamais réussir, surtout l'échéance dépassée.

Tabou, il était difficile de discuter de cela autour de moi, comme honteuse de ce corps qui me faisait défaut, de ces projets qui semblaient absurdes pour une femme de 20 ans.

Il m'a été impossible de trouver l'aide escompté auprès des professionnels de la santé et sans explication concrète, je me suis retrouvée à prendre un contraceptif oral pour retrouver un semblant de vie normale. Dire adieu aux symptômes, tout en restant dans ce doute et cette peur constante.

Les émotions qui m'envahissaient étaient négatives et souvent incompréhensibles. C'est seulement 10 ans plus tard au détour de conversation que je me suis rendu compte que cela était fortement répandu auprès de mes amies. Elles aussi n'arrivaient pas à en parler et se trouvaient aussi démunies que moi.

Finalement c'est lors de mon stage à la maternité du CHUV que je me suis rendue compte de combien cette maladie était répandue et du manque de connaissance pré existant dans le corps médical. Le SPOK est le trouble endocrinien le plus commun. En effet, il touche entre 5 et 10% des femmes (Frarantonio E, Vicari E, Parfumi C, Calogerp AE, 2005 ; Himlein & Thatcher, 2006).

De par mon intérêt, j'ai longuement discuté avec ces femmes en souffrances et c'est là qu'est apparue une évidence, le soutien psychologique est essentiel et pourtant inexistant. Le psychisme joue un rôle essentiel dans cette maladie. Les paroles d'un médecin peuvent changer le cours d'une vie, c'est pourquoi il est essentiel de mesurer ses propos et prendre le temps d'expliquer aux patientes de quoi il s'agit réellement et quelles sont leurs options.

C'est pourquoi aujourd'hui dans le cadre de mon Master en psychologie, je me demande si une prise en charge psychologique et adéquate permettrait de diminuer les symptômes ? Si le stress et l'anxiété sont des symptômes aggravants de cette maladie ? Et enfin, quels sont les impacts psychologiques de la maladie et de sa prise en charge ?

Dès lors ce travail cherche à effectuer un état des lieux de la littérature existante sur les impacts psychologiques du SOPK. Il a pour objectif de réaliser une synthèse des publications sur le sujet qui permettra de mieux comprendre certaines modalités liées à la prise en charge actuelle du SOPK et, d'autre part, de souligner les lacunes

actuelles tant dans la recherche que dans la prise en charge clinique. Cela permettra d'identifier la frontière entre ce qui a déjà été fait et ce qui nécessite encore d'être étudié (Dumez, 2011).

Les questions suivantes permettront de guider la suite de ce travail :

- Quels sont les impacts psychologiques de la maladie.
- Comment la littérature existante aborde le sujet ?
- Comment favoriser une compréhension approfondie du vécu des femmes ayant été diagnostiquées souffrantes du SOPK
- Comment le support social peut-il aider les patientes atteintes des ovaires polykystiques.

Chapitre 1 : Aspects médicaux de la maladie

1.1 Définition des ovaires polykystiques

Le syndrome des ovaires polykystiques, SOPK, est une pathologie endocrinienne très répandue, qui est causée par un déséquilibre hormonal. Cette maladie touche généralement les femmes en âge de procréer ou du moins, le diagnostic se fait généralement à l'arrêt du contraceptif oral chez la femme, lorsque celle-ci décide d'enfanter.

En effet, selon divers auteurs, dont Mavrometti et Philippe (2015), il faut savoir qu'environ 10% des femmes âgées de 18-45 ans souffriraient de cette pathologie.

« Habituellement, les symptômes du SOPK commencent à la ménarche¹. En effet, selon une étude réalisée deux à quatre ans après la ménarche sur des jeunes filles avec oligoménorrhée², on retrouvait les critères de SOPK chez 95 % d'entre elles. Un début plus tardif peut également se produire, à l'occasion d'une prise de poids, par exemple » (Torre & Fernandez, 2007, p.425).

Selon la littérature, il s'agit d'une pathologie universelle. Les patientes atteintes de SOPK semblent être répertoriées universellement, des recherches multiculturelles le prouvent (Chaudhari, Mazumdar, Metha, 2018 ; Grasso, 2019 ; Mirghafourvand, Charandabi, Lak, Aliasghari, 2014 ; Sanchez, 2020 ; Schmid, Kirchengast, Vytiska-Binstorfer, Huber, 2004).

Par ailleurs, dans certains pays, le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) semble être plus reconnu que dans d'autres. *« Le National Institutes of Health a identifié le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) comme un problème de santé publique majeur pour les femmes aux États-Unis »* (Sanchez, 2020, p.40).

¹ La période des premières menstruations, première fois qu'une femme a ses règles (Larousse en ligne, s. d.)

² L'insuffisance des règles ou menstruation, période de plus de 35 jours (Larousse en ligne, s. d.)

Le syndrome des ovaires polykystiques a été observé pour la première fois en 1935 par les chercheurs américains Irving Stein et Michael Leventhal, ce qui lui vaut également pour nom le syndrome de Stein-Leventhal (Puder & Pralong, 2009).

Sa principale caractéristique est l'augmentation inhabituelle de la production d'androgènes, soit d'hormones mâles dans les ovaires, formant ainsi des follicules (kystes) sur les ovaires. Les ovaires vont augmenter de volume, et la production d'ovocytes sera perturbée (Grasso, 2019).

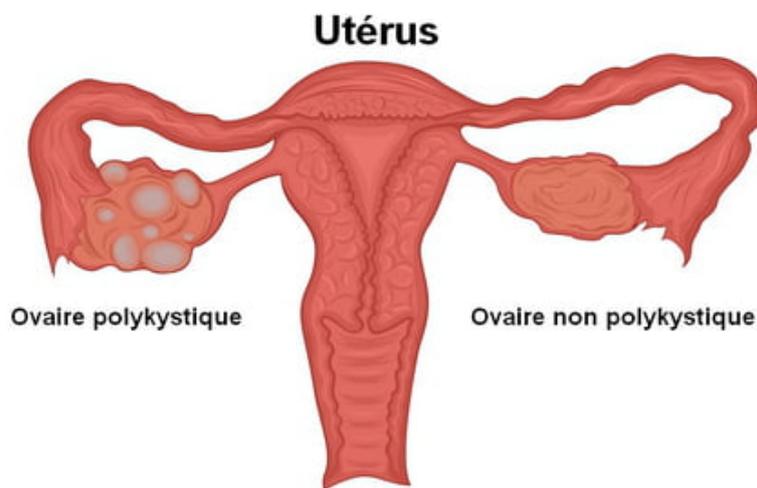


Figure 1 : Différence métabolique entre un ovaire polykystique et ovaire sain tiré de Santé des femmes 2019. Repéré à <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2485712-syndrome-ovaires-polykystiques-symptomes-et-traitement/>

Il s'agit d'une maladie proprement dite incurable. En effet, on ne guérirait pas des ovaires polykystiques.

1.2 Étiologie de la maladie

Les causes et les facteurs des ovaires polykystiques sont encore aujourd'hui source de discussion. Ainsi, « *si les scientifiques sont d'accord sur la définition des ovaires polykystiques, ils ne le sont pas pour autant sur les possibles causes ou sur les facteurs de risque* » (Grasso, 2019, p.4).

Pour certains chercheurs le SOPK serait causé par une mauvaise hygiène de vie, le stress, l'obésité et lié à des problèmes de recapture de l'insuline (Benson, Hahn, Tan, Janssen, Schedlowski, Elsenbruch, 2010 ; Ching, Burke, Stuckey, 2007 ; Coffey, Bano, Mason, 2006 ; Deek, Gibson, Teede, 2010 ; Dokras et al., 2018).

Pour d'autres il serait génétique (Fratantonio, Vicari, Parfumi, Calogero, 2005 ; Hahn et al., 2005 ; Zawadzi, Dunaif, 1992). On constate donc que beaucoup de théories se chevauchent. Selon Nadkarni Ruffle, West et Knight (2015), le SOPK serait un syndrome génétique qui affecterait les femmes de la même famille. Cependant, cela a été démontré que ce n'était pas le cas pour toutes les patientes atteintes de SOPK. « *Environ une vingtaine de gènes de prédisposition au syndrome ont été identifiés, mais ils expliqueraient moins de 10% des cas de SOPK* » (Giacobini, 2019, para.10).

Finalement, les origines physiopathologiques de la maladie restent encore mystérieuses. « *Il n'existe pas une cause reconnue pour ce syndrome* » (Grasso, 2019, p.4).

Pour d'autres chercheurs comme Baabis et Gagngwish (2009) le poids serait un facteur aggravant. Dans de nombreuses recherches, l'obésité est associée aux ovaires polykystiques (Azziz et al, 2006 ; Weiner, Primeau, Ehrmann, 2004 ; Xita et Tsatsoulis, 2006 ; Zawadzki et Dunaif, 1992).

Cependant selon Torre et Fernandez (2007) l'obésité ne joue pas un rôle direct dans le développement du SOPK, mais l'excès d'adiposité pourrait être un facteur aggravant des troubles reproductifs et métaboliques associés à la maladie.

« L'excès d'androgènes et la résistance à l'insuline, probablement d'origine génétique, sont à la base d'une grande partie de la symptomatologie clinique. La résistance à l'insuline du SOPK semble s'accompagner d'un plus grand risque d'intolérance au glucose, de diabète de type 2, d'anomalies lipidiques et peut entraîner le développement de maladies cardio-vasculaires » (Torre & Fernandez, 2007, p.423).

Certains auteurs comme Grasso (2019) s'accordent même pour dire que le SOPK aurait potentiellement une origine centrale, soit cérébrale. Giacobini (2019) stipule dans son article que comme l'origine de la maladie n'a pas été trouvée elle pourrait tout aussi bien être cérébrale qu'ovarienne.

Ces théories proviennent du fait que la sécrétion des hormones en charge du cycle ovarien est gérée par notre cerveau. Les taux de ces deux hormones responsables de l'ovulation varient au cours du cycle afin de réguler la production d'hormones par les ovaires. Malheureusement dans le cas des ovaires polykystiques, la production et la gestion du taux de ces hormones sont perturbées, ce qui explique pourquoi les femmes atteintes de SOPK n'ovulent pas ou très peu.

Finalement, la plupart des chercheurs s'accordent pour dire que les dérèglements sont multifactoriels. Selon une recherche menée par Giacobini (2019) les multiples facteurs qui entreraient en ligne de compte seraient génétiques, épigénétiques et environnementaux. Cependant les facteurs génétiques expliqueraient une prévalence plutôt minime soit de 10% en comparaison aux facteurs familiaux qui eux pourraient expliquer 30% de prévalence.

1.3 Symptômes

Comme pour la plupart des maladies, lorsque la maladie n'est pas visible physiquement, il est difficile de la diagnostiquer. Même si dans le cadre du SOPK, il existe des symptômes somatiques, ceux-ci peuvent passer inaperçus de par leur « banalité ».

Selon Mars (cité par Sanchez 2020), les symptômes des ovaires polykystiques ne sont pas diagnostiqués dans environ 70 % des cas, amenant un grand nombre de femme à ne pas comprendre ce qui leur arrive et d'où proviennent ces changements dans leurs corps et leur esprit. Les femmes décrivent leurs recherches comme étant frustrantes, épuisantes et pénibles (Sanchez, 2020).

Un des symptômes les plus courants du SOPK est le surpoids. En effet comme le soulignent Torre et Fernandez (2007) le pourcentage de femmes souffrants des ovaires polykystiques et souffrants de surpoids en parallèle seraient à hauteur de 50% à 70 %.

Un autre symptôme des plus fréquent est l'absence de règles, ou un cycle irrégulier. Symptôme évocateur du SOPK. Selon Teede et al. (2011) lorsque la patiente présente un cas de cycles menstruels irréguliers, un diagnostic de SOPK doit être envisagé.

Le syndrome d'apnée du sommeil, de l'infertilité et de l'hirsutisme sont aussi évoqués. : Le syndrome d'apnée de sommeil est de plus en plus décrit comme étant un symptôme présent au cours de ce syndrome. L'infertilité et l'hirsutisme poussent souvent ces patientes à consulter (Torre & Fernandez, 2007, p.423). C'est pourquoi le problème d'infertilité sera présenté plus en détail au sous-chapitre suivant.

L'hirsutisme est un des symptômes les plus pesants psychiquement pour les femmes. Elles se sentent marginalisées, observées et ont l'impression de s'éloigner des critères de féminité.

D'autres symptômes sont moins considérés malgré leurs prévalences, tels que les troubles psychologiques. Ceux-ci tardent à être diagnostiqués, car souvent laissés de côté. Teede, Deeks et Moran (2011) reconnaissent que le SOPK engendre des difficultés psychologiques comme la dépression et l'anxiété et influence négativement la qualité de vie des patientes. Selon leur recherche l'évaluation psychologique devrait faire partie des critères diagnostiques.

Dans cette catégorie, nous retrouvons, la dépression, l'anxiété, le stress, les troubles alimentaires ainsi que les troubles sexuels qui malgré le peu d'intérêt porté à leur traitement semblent être des symptômes fréquents. Ces symptômes seront approfondis plus tard au cours de ce travail, dans le chapitre 3 : « enjeux psychologiques de la maladie ».

Finalement, une grande majorité des femmes souffrent d'hyperandrogénie. Les symptômes peuvent comprendre l'acné, la perte des cheveux et ceux cités plus haut.

1.4 L'infertilité

Comme nous l'avons souligné au chapitre précédent, les femmes consultent lorsqu'elles réalisent qu'elles souffrent de problème de fertilité.

Les femmes atteintes des ovaires polykystiques souffrent d'anovulation, c'est-à-dire qu'elles n'ovulent pas ou très rarement, ce qui provoque des difficultés à concevoir un enfant. Nadkarni Ruffle, West et Knight (2015) révèlent dans leur ouvrage que le SOPK serait à l'origine de 90 à 95% des cas d'anovulation.

Généralement, le diagnostic d'anovulation se pose au moment où une femme essaie d'avoir un enfant et n'y parvient pas.

Les problèmes d'ovulation et les difficultés à concevoir un enfant qui en découlent sont souvent synonymes de stress et d'angoisses pour les femmes. Elles peuvent ressentir un sentiment de marginalité face à la société et à leur entourage.

L'anovulation n'est cependant pas une cause de stérilité. Ces patientes ont en effet plus de difficulté à concevoir un enfant, mais cela ne signifie pas que cela est impossible. Elles devront néanmoins souvent avoir recours à la procréation médicalement assistée pour tomber enceinte.

Finalement, il est important de notifier que le risque de fausse couche est plus élevé chez les femmes atteintes de SOPK. En effet Nadkarni Ruffle et al. (2015) estiment que 42 % à 73% des femmes feraient une fausse couche.

Cela signifie qu'aux difficultés de la procréation s'ajoute la peur de perdre la grossesse. Or, le stress peut être un facteur de complication chez la femme enceinte.

Tous ces symptômes se succédant, sont-ils tous nécessairement présents pour pouvoir poser le diagnostic ? Quels sont les critères diagnostiques pour poser le diagnostic des ovaires polykystiques ?

Chapitre 2 : Parcours de soins

2.1 Critères diagnostiques

À travers les années, les critères diagnostiques ont changé et évolué.

Grâce aux diverses recherches internationales, plusieurs facettes du syndrome des ovaires polykystiques ont été mises en lumière (Schmid, Kirchengast, Vytiska-Binstorfer, Huber, 2004 ; Sanchez, 2020 ; Mirghafourvand, Charandabi, Lak, Aliasghari, 2014 ; Grasso, 2019 ; Chaudhari, Mazumdar, Metha, 2018).

Selon Grasso (2019), Stein et Leventhal les précurseurs de la découverte des ovaires polykystiques, considèrent l'obésité, l'hirsutisme et les kystes ovariens comme trois critères incontestables du SOPK. La grosseur des ovaires serait modifiée, en effet les ovaires seraient plus gros. De plus le nombre de kystes représenterait une condition synéquane, leur nombre doit dépasser le chiffre de 10 et leurs tailles variaient de 2 à 9 mm. (El Hayek, Bitar, Hamdar, Mirza et Daoud, 2016)

Cependant, au fil des recherches, il a été découvert que les multiples kystes ovariens n'étaient pas forcément toujours présents.

C'est pourquoi en 1990 les critères de diagnostic ont été revus, n'incluant que l'hyperandrogénie et l'anovulation, ou oligo-ovulation.

« En 2003, les critères de diagnostic furent à nouveau discutés lors d'une conférence tenue à Rotterdam. Le SOPK est alors considéré comme une pathologie fréquemment attribuée à d'autres conditions médicales comme l'insulino-résistance, les syndromes métaboliques, l'augmentation des risques de diabète, l'hyperplasie et les maladies cardio-vasculaires.

Le consensus de Rotterdam réintroduit les kystes ovariens comme critère diagnostique et établit ceci comme un critère nécessaire pour le diagnostic des syndromes des ovaires polykystiques dans la communauté scientifique internationale » (Grasso, 2019. P.2-3).

Critères diagnostiques de Rotterdam pour le syndrome des ovaires polykystiques :

Fonte: Rotterdam ESHRE/ASMR_sponsored PCOS consensus workshop group,2003

Le syndrome des ovaires polykystiques se manifeste par la présence au moins de 2 des 3 critères :

- oligo/anovulation (oligoménorrhée ou anovulation) : cycles de <21 jours ou de >35 jours ou des cycles anovulatoires de durée normale documentés par un dosage de la progestérone en phase lutéale
- Hyperandrogénie clinique (hirsutisme, acné, alopecie) ou biologique
- Ovaire polykystiques, morphologie ovarienne à l'échographie, présence d'au moins un ovaire avec plus de 12 follicules de 2-9 mm de diamètre et/ou un volume ovarien > 10 ml sans présence de kyste ni de follicule dominant.

(Grasso,2019 ; Torre & Fernandez 2007)

En 2013, la société américaine d'endocrinologie propose de se baser « *sur au moins deux des trois critères de Rotterdam, à savoir l'hyperandrogénie clinique (hirsutisme, acné, alopecie androgénique) ou biologique, l'oligoanovulation et l'aspect morphologique des ovaires à l'échographie par voie vaginale* » (Marvometi, 2015, p.1245).

L'importance des différents critères fait toujours débat, c'est pourquoi il existe une grande hétérogénéité du tableau clinique concernant cette pathologie.

L'étude de Witchel (cité dans El Hayek, Bitar, Hamdar, Mirza et Daoud, 2016) a démontré qu'un examen physique approfondi, des antécédents médicaux et des tests de laboratoire devaient être effectués pour établir le diagnostic approprié.

Avant de faire les tests médicaux nécessaires, il est important d'arrêter tout contraceptif oral, qui empêche l'ovulation et qui de ce fait ne permet pas de voir les kystes lors d'une échographie endovaginale.

Vérifier qu'il ne s'agit pas d'un trouble de la thyroïde, qui pourrait expliquer des aménorrhées.

Il est nécessaire de prendre tous les facteurs en compte, car il est fréquent qu'un indice de masse corporel élevé entraîne une aménorrhée, mais cela n'est pas toujours corrélé avec le syndrome des ovaires polykystiques.

Finalement, malgré le fait que l'absence de règles ou la basse fréquence de celles-ci soit très commune au SOPK, il semblerait qu'il ne soit pas un prérequis pour diagnostiquer le syndrome.

Comme Chaudhari Mazumdar et Mehta (2018) l'ont mis en évidence, l'absence de règle a été constatée chez près de 95.7% des femmes diagnostiquées du SOPK. Pourtant les chercheurs ne sont pas unanimes quant à la considération de l'absence de règles comme étant un facteur nécessaire pour poser le diagnostic.

« Les recommandations du NIH (National Institutes of Health) considèrent l'hyperandrogénie et les anomalies menstruelles comme étant obligatoires pour le diagnostic, alors que pour la Société du SOPK, seule l'hyperandrogénie clinique et/ou biologique est obligatoire, avec l'un des deux autres critères restants, pour que le diagnostic soit retenu » (Marvometi et Philippe, 2015, p.1242).

2.2 L'annonce du diagnostic

Il est important de souligner que les symptômes ainsi que le diagnostic varient d'une femme à l'autre. Même si dans la plupart des cas, les symptômes apparaissent à la puberté, ils peuvent survenir également à la suite d'une prise de poids.

Il existe des différences dans la présentation symptomatique du SOPK qui varie avec l'âge de la patiente. Les jeunes femmes auront plus tendance à se plaindre en première instance des problèmes de fertilité ainsi que des problèmes psychologiques tandis que les femmes plus âgées se plaindront plus facilement des symptômes métaboliques (El Hayek, Bitar, Hamdar, Mirza et Daoud, 2016 ; Teede, Misso, Deeks, Moran, Stuckey, Wong, Norman, Costello, 2011).

De nombreuses femmes sont diagnostiquées au détour d'un rendez-vous gynécologique, car elles souffrent d'aménorrhée, soit une absence de règles.

Chez une adolescente qui présente un cycle menstruel irrégulier, il est également nécessaire de prendre en compte les facteurs psychiques, psychosociaux et culturels. Une absence de règles peut en effet avoir plusieurs origines.

Face à un diagnostic de SOPK, les femmes peuvent se sentir frustrées ou tristes, mais peuvent également ressentir un soulagement du fait qu'il y ait une raison et un traitement potentiel à leurs symptômes.

C'est grâce à une analyse de sang que le médecin peut constater une présence d'hormones mâles trop élevée, notamment l'androstènedione et la testostérone, caractéristiques du syndrome des ovaires polykystiques (Renteria & Michaud, 2002).

Ensuite, une échographie est proposée aux femmes, permettant de visualiser l'aspect multifolliculaire des ovaires. Généralement, l'échographie met en évidence des ovaires légèrement plus gros que la normale et contenant de nombreux follicules. À l'imagerie, les ovaires ressemblent à des grappes de raisin.

Le nombre de kystes peut varier, mais on parle généralement de plus d'une vingtaine de follicules croissant jusqu'à 8mm.

Finalement si la patiente souffre d'hyperandrogénie, il faudra entreprendre un examen médical complet et prendre en considération les facteurs biopsychosociaux qui peuvent rentrer en ligne compte. Les facteurs psychosociaux pouvant affecter les facteurs biologiques. Il est important de travailler sur les comportements des patientes et sur leur environnement afin de pouvoir gérer la maladie au mieux.

Teede et al. (2011) relève que l'examen doit inclure l'historique complet de la patiente. De plus il est impératif de faire un examen physique pour tout ce qui concerne les symptômes cliniques comprenant l'acné, l'alopécie et l'hirsutisme.

Tout d'abord, lorsque l'on diagnostique un SOPK, il faut prendre en compte les origines ethniques de la patiente. En effet, certains symptômes peuvent être expliqués par les origines de celle-ci.

Exemple :

- Le BMI est souvent plus élevé chez les femmes « caucasiennes » et africaines, dû à leur ethnie et non au syndrome des ovaires polykystiques.
- L'hirsutisme est fréquent chez les femmes originaires du Moyen-Orient, de l'Espagne et des pays du pourtour méditerranéen
- Quant aux femmes de l'Asie du Sud-Est, celles-ci auraient plus tendance à souffrir de problème lié à l'insulino-résistance et auraient des risques de diabète plus élevés (Brami, 2019).

L'évaluation du diagnostic doit se faire en partenariat patiente-médecin car il est important de prendre en compte les facteurs externes qui peuvent être considérés comme des ressources pour la patiente, des ressources essentielles au maintien du traitement et à l'amélioration des symptômes. De plus, les traitements proposés peuvent être variés, il est possible de s'occuper d'un seul symptôme ou de plusieurs, de prendre des médicaments, des contraceptifs ou non.

Selon Teede et al. (2011) le moment optimal pour faire l'évaluation et poser le diagnostic du SOPK doit être discuté avec la patiente. Chaque patiente étant différente, il faut pour ces derniers tenir compte du contexte. Prendre en compte les facteurs psychosociaux et culturels ainsi que les préférences du sujet.

Il est du devoir du médecin d'éduquer la patiente. Le fait de fournir les outils nécessaires à la patiente et les informations adéquates concernant la maladie permettront de la rassurer sur les potentielles préventions, complications et traitements envisageables. Selon Teede et al. (2011) l'autonomisation de la patiente est une priorité, c'est pourquoi il est essentiel de guider la patiente de manière adéquate. Le diagnostic et la prise en charge se font en partenariat patiente-médecin. Les caractéristiques, les préférences, la culture et les valeurs personnelles doivent être prises en compte lors de l'évaluation afin de pouvoir fournir des informations ou recommander des interventions ou des traitements.

Ensuite, une fois que les facteurs externes ont été pris en compte, les premières recommandations faites par le gynécologue ou le médecin concernent le changement de mode de vie et de l'hygiène de vie.

Dans ce cadre-là, il est demandé aux patientes souffrant de surpoids d'en perdre, car l'obésité semble être un facteur aggravant lors du syndrome des ovaires polykystiques.

Dans ce contexte-là, il est nécessaire de surveiller l'IMC de la patiente ainsi que les risques cardio-vasculaires.

Barbosa, Rodien, Rachédi et Rohmer (2003) se prononcent sur le fait que le principal risque du SOPK est cardio-vasculaire. C'est pourquoi il est impératif d'inciter la patiente à changer son hygiène de vie et à perdre du poids en cas de surcharge pondérale. Pour se faire, ils proposent dans leur article des mesures hygiénodietétiques, qui en cas de non-amélioration de l'état de la patiente doivent être remplacées par une médication.

C'est pourquoi, en premier lieu, il sera recommandé de faire de l'activité physique. Il a été démontré par Barbosa et al. (2003) qu'elle permettait une perte de poids et ainsi

d'éviter des problèmes cardio-vasculaires. De plus, le sport permet d'améliorer dans une grande majorité des cas l'humeur des patientes, ce qui n'est absolument pas négligeable dans le cadre de ce syndrome.

Lors du diagnostic de SOPK, un bilan complet est fait afin de prendre en charge d'éventuels problèmes d'ordre psychologique qui affectent les patientes. À savoir principalement le stress et l'anxiété et la dépression qui sont des facteurs concomitants.

Finalement, les patientes doivent impérativement être informées du risque qu'elles encourent de développer un diabète. En effet le risque de diabète de type 2 n'est pas négligeable et est indépendant de l'âge. Les femmes risquent également de souffrir de diabète gestationnel. Il est du devoir des professionnels de santé d'informer les patientes (Brami, 2019).

Si des problèmes d'insulino — résistance sont présents, il est possible de prescrire une médication qui augmente la consommation de glucose par le muscle, permettant ainsi dans de nombreux cas une perte de poids.

Concernant les symptômes, afin d'améliorer le quotidien des femmes et leur éviter une souffrance psychologique due aux changements corporels ainsi qu'à l'absence de règles, la majorité voire la totalité des médecins prescrivent un contraceptif oral.

Des symptômes et des critères qui ne semblent pas être anodins. Quelles sont les répercussions psychologiques des symptômes et du diagnostic de cette maladie ? Dans le chapitre suivant, nous allons nous pencher sur les répercussions psychiques de la maladie.

Chapitre 3 : Les enjeux psychologiques de la maladie

Le SOPK étant une maladie complexe, amène à de nombreux symptômes, auxquels on ne penserait pas forcément. C'est pourquoi dans la troisième partie de ce travail, nous allons passer en revue les principaux impacts psychologiques dus au syndrome des ovaires polykystiques ainsi que tenter d'identifier les causes des problèmes psychologiques.

3.1 Détresse psychologique

La détresse psychologique semble bien présente chez les femmes présentant un SOPK. Selon Bazarganipour Ziaei, Montazeri, Foroozanfard, Kazemnejad et Faghihzadeh (2015) dans 62,4% des cas diagnostiqués du SOPK, les femmes souffrent de troubles psychologiques.

C'est pourquoi Marta Grosso (2019), psychologue italienne et fondatrice du premier projet de recherche sur les ovaires polykystiques en Italie, consacre une grande partie de son ouvrage sur les ovaires polykystiques aux troubles psychiques qui lui sont associés.

Le syndrome des ovaires polykystiques semble impacter fortement le psychique des femmes. Le fonctionnement mental, émotif et la vie relationnelle des femmes qui en souffrent seraient touchés. Attisant ainsi la curiosité des chercheurs comme Hahn et al. (2005) selon qui, les différents troubles psychologiques associés au SOPK sont source d'intérêt pour les nouvelles recherches.

Mais quels sont ces symptômes et d'où proviennent-ils ?

Selon Zangeneh, Jafarabadi, Naghizadeh, Abedinia et Haghollahi (2012), la détresse psychologique des patientes serait associée aux signes cliniques du SOPK. En effet, selon diverses études, les femmes atteintes des ovaires polykystiques auraient plus tendance à souffrir de trouble psychologique comme de la dépression (Deeks, Gibson-Helm et Teede, 2010), du stress (Stefanaki et al., 2014) de l'anxiété (Mansson et al.,

2008), de troubles de l'alimentation (Dokras et al.,2018) et de dysfonctionnement psychosexuel (Deeks et al.,2010) par rapport aux femmes témoins saines. De plus, les femmes atteintes de SOPK semblent avoir une estime de soi et une satisfaction corporelle plus faibles (Himelein & Thatcher, 2006). En conséquence, ils affichent une faible qualité de vie (Dokras et al.,2018). Cela fait beaucoup de symptômes potentiels pour une seule maladie.

De ces diverses études précitées, il en ressort la nécessité d'une évaluation psychologique en cas de SOPK. Celle-ci permettrait une amélioration de la symptomatologie psychique, mais également l'amélioration de la symptomatologie physique. En effet, comme nous le verrons au cours de ce travail, le physique et le psychique sont intimement liés.

Dans ce sens-là, la psychologue Marta Grasso (2019) fait le lien entre le fonctionnement hormonal et le fonctionnement psychique en ciblant une région du cerveau. Selon ses propos, notre équilibre endocrinien dépendrait certainement d'une part de notre vie psychique. De ce fait, ils seraient liés et cela pourrait avoir un rôle perturbateur sur notre humeur.

Il ne faut pas minimiser l'impact de la détresse psychologique dans une maladie et encore moins dans une maladie tel que le SOPK. Cette détresse peut avoir plusieurs causes et le SOPK est un trouble chronique qui persiste toute la vie. Ce qui signifie que toute son existence, une femme doit combattre les symptômes qui péjorent la qualité de sa vie. Une lutte incessante se met en place pour batailler contre ces symptômes qui se reflètent dans le miroir et entraînent des complexes chez les patientes.

De plus, nous sommes habitués à penser que le corps et le mental sont deux entités distinctes, mais selon Santiago Delfosse (2002) les deux se complètent et s'influencent continuellement. C'est pourquoi il est important de ne pas mettre de côté le côté psychique de la maladie sous prétexte qu'il s'agit d'une maladie physiologique.

L'impact psychologique

Dans le cadre de cette maladie, une étude menée par Bazarganipour et al. (2013) a démontré que le SOPK avait un impact sur le bien-être psychologique des femmes. Un impact qui semble plus marqué dans le cadre des ovaires polykystiques en comparaison à d'autres troubles comme l'asthme, le diabète, les maladies coronariennes ou encore l'épilepsie.

Cette étude montre une véritable détresse chez les femmes souffrant des ovaires polykystiques et des symptômes associés. Il est difficile pour elles de pouvoir se conformer aux normes de l'apparence féminine dictées par notre société : être mince, absence de pilosité, absence d'acné, beaux cheveux, etc. De nombreuses femmes atteintes des ovaires polykystiques sont privées de ces attraits féminins malgré elles. Face aux nouveaux dictats de la beauté, cela engendre bien trop souvent des complexes et des troubles associés.

De plus, il est important de notifier que l'identité, de la femme est mise à mal par des menstruations absentes, irrégulières, une ou des grossesses incertaines et un corps qui se transforment.

Elles se retrouvent privées de leurs identité et peine à s'accepter.

Les résultats de l'étude menée par Bazarganipour & al. (2013) ont montré que la préoccupation la plus courante en matière de qualité de vie était les irrégularités menstruelles et l'infertilité, suivies par ordre décroissant de l'hirsutisme, du poids, des émotions et de l'acné. Cependant, la question de la qualité de vie chez les patientes atteintes des ovaires polykystiques reste encore trop négligée. Et ce malgré les diverses études menées, concernant l'aspect psychologique dans les cas du SOPK et son importance dans l'évaluation des traitements. Des études qui démontrent à quel point la santé psychique des patientes influence la maladie. Nous nous intéressons plus en détails à la question de la qualité de vie chez les patientes atteintes du SOPK au cours d'un prochain sous chapitre.

3.2 Stress et anxiété

Le stress et l'anxiété sont intimement liés au SOPK. Les femmes souffrant des ovaires polykystiques ont tendance à souffrir de ces maux.

Les symptômes physiques et psychiques que nous avons mentionnés antérieurement, ainsi que la variabilité du cycle menstruel et les questions de fertilité peuvent favoriser les états de stress et d'anxiété.

Qui plus est, lorsque finalement une grossesse aboutit, celle-ci présente souvent des risques et des complications qui peuvent être également des sources d'anxiété importante.

Certaines études ont démontré la prévalence de l'anxiété dans le syndrome de SOPK. Comme cette étude menée par Chaudhari et al. (2018) sur 70 femmes étudiées qui montre que 27 d'entre elles souffraient de troubles anxieux, soit une prévalence de 38,6%.

De plus, selon plusieurs autres études menées par Dokras et al. (2018), en Europe ou encore par Amiri, Ramezani Therani, Simbar, Montazeri et Mohammadpour Thamtan, 2014 en Iran.

Les symptômes d'anxiété et les troubles anxieux associés au syndrome des ovaires polykystiques seraient considérés comme étant monnaie courante. Mais malgré ces résultats il reste cependant difficile de comparer les études par leur différence méthodologique et de par la différence des résultats qui en résulte selon l'ethnie de la patiente (Chaudhari & al., 2018).

Les symptômes sources de stress et d'anxiété

« Il semblerait que tous les symptômes associés au SOPK soient des contributeurs majeurs au stress psychologique que subissent les patientes en raison de la remise en cause de l'identité féminine et de son image corporelle » (Deeks & al., 2010 ; Dokras & al., 2018). Les Femmes ne savent pas si elles vont avoir leurs menstruations à quelle fréquence, et si elles arriveront à enfanter. Une incertitude source de stress.

De plus, les patientes souffrant de SOPK sont sujettes à de grandes prises de poids et une augmentation de la pilosité, incompréhensible dans la plupart des cas. Créant de surcroît de l'anxiété et du stress.

De plus, il a été démontré dans diverses publications (Amiri, Bidhendi Yarandi, Nahidi, Tohidi et Ramezani Tehrani 2019 ; Chaudhari et al., 2018) que le stress était considéré comme étant un facteur de péjoration de l'état de santé chez les patientes atteintes de SOPK. Selon Chaudhari et al. (2018) Il existe des preuves que l'anxiété est un problème important dans le SOPK.

Finalement, le stress et l'anxiété sont des symptômes bien présents dans la vie de ces patientes. Mais nous avons pu constater au cours de notre revue de littérature que beaucoup d'études précitées associaient l'anxiété à la dépression. C'est pourquoi nous allons nous pencher plus profondément sur la question de la dépression au sous-chapitre suivant, afin de savoir si ces symptômes sont liés.

3.3 La dépression

Les troubles dépressifs sont souvent cités comme faisant partie des symptômes psychiques courant du syndrome des ovaires polykystiques.

Les femmes souffrant des ovaires polykystiques semblent souffrir plus facilement de problèmes émotionnels, c'est pourquoi les troubles dépressifs semblent se trouver au cœur des recherches quantitatives menées dans le domaine du SOPK. « *Les symptômes dépressifs sont une préoccupation psychologique importante dans le SOPK* » (Cipkala-Gaffin, 2012, p. 187).

Les recherches

Une grande partie des recherches internationales ont relevé une plus grande tendance à souffrir de symptômes dépressifs chez les patientes atteintes de SOPK. C'est grâce aux recherches quantitatives que la prévalence de la dépression en cas de SOPK a

pu être mise en évidence. Bhattacharya et Jha, 2010 ; Chaudhari, Mazumdar et Metha, 2018 ; Clark , Rohde , Lewinsohn , Hops et Seeley,1999 ; Correa, Sperry et Darkes, 2015 ; Deeks, Gibson et Teede,2010 ; Dokras et al, 2018 ; Hollinrake et al, 2007 ; Kogure et al, 2019 ; Mansson et al, 2008 ; Stefanaki, Bacopoulou, Livadas, Kandaraki, Karachalios, Chrousos, 2014 ; Thomson, Buckley & Lim, 2010.

Ces chercheurs ont démontré qu'il y a deux à huit fois plus de femmes qui souffrent d'un trouble dépressif lors de SOPK. L'intensité des troubles de la dépression semble variée. Cependant, selon leurs recherches, il semblerait que le taux de suicide peut être jusqu'à 7 fois supérieur chez les femmes souffrantes de ce syndrome.

Quand parle-t-on de trouble de la dépression ?

On parle de troubles dépressifs pour indiquer un ensemble de symptômes caractéristiques qui sont : la présence d'humeur triste, évitable dans un contexte sain, baisse de l'humeur accompagnée de modifications somatiques et comportementales. Sensation que rien n'a de la valeur, tendance à l'isolement, baisse d'intérêt pour les activités qui plaisaient au quotidien. (voir critère diagnostique du DSM 5, en annexe)
Des symptômes handicapants au quotidien qui comprennent ; une baisse de la capacité de concentration, une difficulté à prendre des décisions, perte de mémoire, tendance à se blâmer et se sentir indigne.

Des symptômes affectifs : humeur dépressive, tristesse quasi quotidienne, pensées négatives, une viabilité émotionnelle. Perte d'intérêt et plaisir dans les hobbies et les activités quotidiennes, fatigabilité et fatigue constante. Lenteur dans les activités quotidiennes. Ralentissement moteur, mais aussi dans les pensées, tendance à s'isoler, perte du désir sexuel. Perturbations du sommeil, insomnie, Perturbation de l'appétit et bien d'autres encore.

Selon Dokras & al. (2018) les femmes semblaient plus souffrir de symptômes de fatigue et de perte d'intérêt, associés à la dépression.

En définitive, tous ces symptômes ont une incidence significativement négative sur la vie de la patiente.

Qui dit symptôme dit dépression ?

Cependant il est important de préciser qu'avoir des manifestations de symptômes dépressifs n'équivaut pas nécessairement à souffrir d'un trouble de la dépression.

Il existerait tout de même un besoin plus grand de dépister les symptômes dépressifs dans la population des femmes atteintes de SOPK.

« *Plusieurs méta-analyses ont montré que les femmes atteintes de SOPK sont plus susceptibles d'avoir des symptômes dépressifs ou une dépression clinique que leurs homologues saines* » (Dokras & al., 2018, para.12).

Les études précitées ont été menées afin de vérifier s'il existait une corrélation entre les caractéristiques des ovaires polykystiques et les symptômes dépressifs.

Dokras et al. (2018) ont examiné l'association entre les androgènes, l'obésité, les anomalies de la recapture de l'insuline l'infertilité et l'hirsutisme et les symptômes dépressifs. Il existe des données limitées sur l'interaction entre symptômes des ovaires polykystiques et les symptômes de dépression. Toutes les associations semblent laconiques et aucune n'explique pleinement cette prévalence de symptômes dépressifs dans le cadre d'un SOPK.

Il existe néanmoins une corrélation entre les symptômes et l'état de santé mental de la patiente. En effet, Selon Lima Nunes et al, (2019) certains symptômes impactent négativement le fonctionnement psychologique des patientes. Dans leur article ils parlent des symptômes comme : « *l'hirsutisme, l'irrégularité menstruelle et l'infertilité* ». D'autres études illustrent la corrélation entre hirsutisme et symptômes dépressifs (Grasso M, 2019).

Dans le cadre de l'étude menée par Bhattacharya (2010) aucune différence n'a été démontrée dans la fréquence d'hirsutisme ou d'acné entre les femmes SOPK avec et sans dépression ainsi que pour l'obésité.

Solution contre la dépression

Comme le soulignent Dokras et al (2018) dans leur article, les symptômes dépressifs semblent être indépendants d'autres troubles tels que l'obésité, même s'il semble y avoir une corrélation entre L'IMC et les troubles de l'humeur. Il semblerait que les symptômes dépressifs diminueraient lors de perte de poids chez ces patientes en surpoids. Cependant, ils stipulent également que les femmes qui avaient recours à une thérapie au laser dans le cadre de symptôme de pilosité aigue avaient un score de dépression qui diminuait significativement.

Enfin selon Chaudhari et al. (2018) les résultats des diverses recherches diffèrent l'une de l'autre. C'est pourquoi on ne peut pas dire avec certitude pourquoi les troubles dépressifs et les ovaires polykystiques sont corrélés.

C'est un fait, la dépression existe et fait partie des symptômes. Elle a un impact négatif très fort sur la santé psychique et sur la qualité de vie des femmes, et ce même si, comme le souligne Dokras et al. (2018) très peu d'études ont confirmé le diagnostic de dépression sur la base d'entretiens cliniques.

C'est pourquoi il est recommandé que lors du suivi médical des femmes et particulièrement au moment du diagnostic, que celles-ci soient automatiquement soumises à un dépistage des symptômes dépressifs à l'aide d'outils valides, comme des questionnaires.

Dans le cadre d'une étude menée par Bhattacharya (2010) des questionnaires d'évaluation pour la dépression ont été remplis par les patientes. Démontrant la prévalence de la dépression chez les patientes atteintes des ovaires polykystiques. Ces questionnaires sont très utiles pour le diagnostic clinique de la dépression. En effet, il s'agit d'un outil fiable et intéressant basé sur les critères du DSM V pour la dépression. (Dokras & al., 2018)

Ces différentes études tendent à démontrer que les symptômes dépressifs font partie du quotidien des femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques, et qu'il serait important de pouvoir dépister et évaluer les signes de la dépression.

Dépression ou trouble concomitant ?

Des études parleraient même d'une corrélation avec des troubles bipolaires. En effet Quadri, Hussain, Hayat Bhat et Ashraf Baba (2018) suggèrent qu'il pourrait exister une relation entre les troubles bipolaires et le SOPK, mais cela reste encore à démontrer. Selon Nadarni Ruffle et al. (2015) une femme sur 10 ayant les ovaires polykystiques souffrirait d'un trouble bipolaire. Mais cela n'est pas encore prouvé par manque de recherches et d'étude validées.

Finalement ces troubles, qu'ils soient dépressifs ou anxieux, amènent à se poser des questions sur l'estime de soi. Ressentant un malaise constant, comment les femmes atteintes de SOPK se perçoivent — elles ? Nous allons nous pencher plus profondément sur la question au sous-chapitre suivant.

3.4 Estime de soi et image de soi

L'estime de soi est le jugement que l'on se fait par rapport à sa propre valeur. Elle est une composition essentielle pour le bien-être de l'être humain. On la cherche souvent à travers le regard des autres. Lors d'expériences négatives, celle-ci a tendance à baisser.

C'est ce qui se produit dans le cadre du syndrome des ovaires polykystiques. Comme le démontre Amiri et al. (2014) dans leur étude qualitative, les dégradations physiques qui découlent de la symptomatologie pourraient impacter l'estime de soi des patientes. Selon Sanchez (2018), les constructions sociales de la beauté et de la féminité amènent à une véritable stigmatisation due à des symptômes qui ne correspondent pas à la norme. En effet, il a démontré dans son étude que les femmes s'informaient à l'aide de magazines et que souvent, malheureusement, les magazines créaient des croyances erronées sur les critères de beauté et que les femmes pouvaient être amenées à confondre, critère de santé et de beauté. De plus dans le cadre du SOPK, associer beauté et santé peut être problématique, car il n'est pas chose aisée pour les patientes de perdre du poids ou de réduire leur pilosité due à l'hirsutisme pour

correspondre aux critères de beautés dictés par les magazines. Cette image renvoyée par les dictats de beauté de la société baisse l'estime que les patientes peuvent avoir d'elles. C'est pourquoi l'estime de soi serait plus faible chez les femmes atteintes de SOPK et cela serait dû à une altération de l'image de soi. Les femmes voient leurs corps se transformer et s'éloigner des critères de beauté.

L'hypothèse principale serait que la patiente aurait l'impression de perdre son identité de femme, dans une société où les critères de beauté sont bien définis et répétés au travers des médias et des réseaux sociaux.

De plus, il semblerait que l'infertilité puisse aussi exercer une influence négative sur l'estime de soi, surtout dans certaines cultures où le rôle de la femme est de devenir mère. « *La maternité est une expérience chère et peut représenter l'accomplissement d'un rôle sociétal vital. L'absence d'enfant peut être vécue comme un lourd fardeau, voire comme une honte selon certaines cultures* » (Chaudhari & al., 2018, para. 39).

Dans le cadre des ovaires polykystiques, il existe peu de recherche qualitative, néanmoins, il en existe une très intéressante menée par Amiri et al. (2014)

La recherche qualitative menée par Amiri et al. (2014) nous montre que l'image de soi est impactée par les symptômes, créant ainsi une détresse émotionnelle. Le discours des femmes interrogées semble être sans équivoque.

Cependant, le manque de recherches qualitatives sur le sujet ne permet pas d'affirmer avec certitude les raisons pour lesquelles on retrouve une faible estime de soi chez une grande majorité de femmes atteintes de ce syndrome.

Finalement, quels sont les impacts de cette faible estime de soi ? est-il possible d'avoir une vie sexuelle comme tout le monde ou les patientes se trouvent-elles impactées par cette faible estime d'elles même et des symptômes associés ?

Nous allons tenter de répondre à la question au sous-chapitre suivant.

3.5 Troubles sexuels

On peut s'imaginer que lorsque l'on souffre de divers symptômes physiques qui nous éloignent des critères de beauté inculqués par la société et qui diminuent notre estime de nous-mêmes, que notre vie sexuelle s'en trouve automatiquement impacté. Ne pas se sentir attirante pourrait enlever tout désir charnel. Mais qu'en est-il vraiment selon la littérature ?

Des études ont démontré que les femmes souffrant de SOPK présentaient des dysfonctions sexuelles. « *Il a été rapporté une dysfonction sexuelle plus répandue chez les patientes atteintes de SOPK par rapport à la population normale* » (Dashti & al., 2016, p.3751).

L'image du corps et l'estime de soi semblent avoir une grande importance pour pouvoir jouir d'une vie sexuelle épanouie. Ce qui peut porter à défaut lorsque l'on souffre du syndrome des ovaires polykystiques. Les femmes ne se sentent plus attirantes et se persuadent qu'elles ne suscitent plus le désir.

Est-ce hormonal ou psychique ?

Les dysfonctions sexuelles pourraient être la conséquence de problèmes hormonaux. Le manque de désir pourrait être dû à la baisse d'œstrogène chez la femme. Une hypothèse que certains chercheurs comme Noroozadeh et al. (2017) réfutent, car selon leur recherche, il n'y a pas de corrélation entre les profils hormonaux et les fonctions sexuelles. Selon eux, le niveau d'androgènes n'était pas associé à une amélioration de la fonction sexuelle. De ce fait, la dysfonction sexuelle ne serait pas hormonale, mais principalement due aux symptômes physiques de la maladie. Préoccupées et ne se sentant pas bien dans leur peau, il semble difficile pour ces femmes d'avoir une vie sexuelle épanouie. Les répercussions psychologiques quant à elles peuvent venir aggraver les troubles sexuels (Dashti & al., 2016).

La perception des patientes

Il serait intéressant que de pouvoir se fier à une étude qualitative dans le domaine, cependant elles semblent presque inexistantes. De ce fait, les propos relatés se réfèrent majoritairement à des études quantitatives. Concernant l'image corporelle, elle est définie comme multidimensionnelle par Kogure et al (2019). Il s'agit d'une construction mentale de son corps incluant les pensées ainsi que les sensations que l'on perçoit. Et ses dysfonctions cognitives impactent la vie sexuelle des patientes. Le reflet qu'elles perçoivent d'elles-mêmes impacte négativement leurs relations. Dans l'étude d' Amiri et al. (2014) une femme s'exprime « *Je me sens plus masculine que mon mari. Il me dit toujours :tu es viril, il semblerait que tu ne sois pas une femme.* » On imagine que ce genre de vécu impacte considérablement la vie d'une personne. De plus les témoignages relatés par l'étude, démontre à quel point ses femmes souffrent de leur apparence.

Il semblerait que le désir sexuel ainsi que la satisfaction sexuelle soient perturbés lors du syndrome des ovaires polykystiques. Et ce d'autant plus quand les symptômes physiques comme l'obésité ou l'hirsutisme sont présents. « *Le surpoids et l'obésité, en particulier l'obésité viscérale, sont courants dans ce syndrome et sont considérés comme des facteurs de risque de dysfonction sexuelle* » (Kogure & al.,2019, p.).

Les facteurs qui influencent le désir

Le désir sexuel dépend de différents facteurs, psychologiques, biologiques et environnementaux, qu'il faut prendre en compte.

Psychologiquement : Selon Kogure et al. (2019) les femmes se perçoivent de manière différente et généralement négativement. Leur image de soi est altérée et leurs pensées se focalisent sur leur mal-être, diminuant le désir qu'elles peuvent ressentir. De plus, comme vu précédemment l'anxiété et le stress font partie des symptômes psychologiques du SOPK. Et le stress est l'un des principaux

perturbateurs de l'envie sexuelle autant chez la femme que chez l'homme. Les symptômes s'influencent et engendrent une cascade d'autres troubles.

Biologiquement :

Dans son étude, Dashti (2016) émet l'hypothèse que les symptômes physiques présents chez certaines femmes atteintes du SOPK auraient un impact négatif sur leur vie sexuelle. Cette altération de l'image de soi et l'insatisfaction corporelle que peuvent ressentir les femmes est considérées comme un facteur de risque de dysfonction sexuelle.

L'obésité et le surpoids font partie des facteurs perturbateurs de l'image de soi et de l'insatisfaction corporelle. En effet, « Dans le SOPK, les changements d'apparence, en particulier l'obésité et l'hirsutisme, réduisent les dimensions physiques de la qualité de vie et diminuent la satisfaction sexuelle » (Hahn & al., 2005, p. 856).

Qui plus est, le corps semble réagir et s'exprimer face à cette insatisfaction. Dans l'étude d'Amiri et al. (2014) Une femme relate son expérience. « *Je sens que je n'aime pas l'odeur de mon mari comme une femme enceinte qui ne supporte plus certaines odeurs. Je n'ai pas le moindre désir de faire l'amour ; rien n'est plus irritant pour moi.* »

Environnemental :

Insatisfaites par leur image, les femmes n'arrivent plus à éprouver du désir, car elles se sentent elles-mêmes non désirables. Elles s'auto persuadent de leur non-attractivité, de par le reflet de la beauté que la société leur renvoie. Dans un environnement où la minceur et le fait d'avoir la peau glabre, soit sans poil est synonyme de beauté.

Un cocktail de facteurs qui peut expliquer sans difficulté pourquoi les femmes peuvent souffrir d'une perte de désir sexuel ou d'une dysfonction sexuelle. Cependant, le manque de recherche ne permet pas d'affirmer qu'il existe un lien direct entre le syndrome des ovaires polykystiques et les troubles sexuels. Il s'agit principalement d'hypothèses, ou de faits rapportés.

La liste des troubles ne s'arrête pas là, en plus des troubles sexuels, un autre trouble a été légèrement évoqué dans les diverses recherches trouvées dans la littérature. Il s'agit des troubles alimentaires, sur lesquels nous allons nous pencher dans le prochain sous chapitre.

3.6 Troubles alimentaires

Les principaux troubles alimentaires existants sont l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse ou trouble de la boulimie. Ces troubles ont des conséquences sur la santé physique et psychique des patients et peuvent provoquer de fortes complications médicales. Il s'agit de mécanismes mis en place et utilisés pour contrôler la forme et le poids de son corps. Le/la patiente a l'impression d'avoir le contrôle de la situation et utilise différentes méthodes telles que la prise de laxatif, se faire vomir ou encore jeuner. Lorsque ces comportements ont lieu au moins deux fois par semaine et pendant ≥ 3 mois, un diagnostic de trouble alimentaire peut être posé selon le DSM5 (American Psychological Association, 2005).

Provenance des troubles de l'alimentation

L'image corporelle a une grande incidence sur les troubles alimentaires. Ce qui pourrait expliquer pourquoi les femmes atteintes de SOPK semblent être sujettes aux troubles alimentaires. Une femme s'exprime dans l'étude qualitative d'Amiri et al. (2014) sur son ressenti face à son surpoids. « Je ne suis pas satisfaite de mon apparence parce que l'obésité ne me laisse pas porter les vêtements que j'aime. Je suis gêné dans les fêtes et les mariages. » En effet, les patientes peuvent souhaiter perdre du poids pour une question d'esthétisme, mais également pour leur santé. « Les femmes en surpoids souffrant d'infertilité liée au SOPK ont de mauvais comportements alimentaires pour atteindre un poids corporel sain » (Dokras & al., 2018. p. 897).

Nous pouvons faire l'hypothèse que dans une société où les critères de beauté sont stricts, ou la minceur est de mise, une femme atteinte de SOPK avec prise de poids complexe et tente d'en perdre. La patiente aurait ainsi l'impression, d'une certaine

manière, de maîtriser sa maladie en contrôlant ce qu'elle ingurgite. Qui plus est, le surpoids serait considéré comme un facteur aggravant d'infertilité, ce qui pourrait pousser les femmes à perdre du poids, dans l'optique de pouvoir augmenter leur chance d'enfanter. Dans ce contexte une femme participant à une des rares études qualitatives existantes et proposées par Authier, Normand, Jego, Gaborit, Boubli, et Courbiere (2020) s'exprime sur son expérience. « Un jour cinq gynécologues m'ont dit que si je ne perdais pas 30 kilos je ne pourrais pas avoir d'enfant. » Nous pouvons bien imaginer l'effet anxiogène que cette prescription peut avoir sur une personne et peu mené à des techniques de pertes poids différent.

Les facteurs aggravants des troubles alimentaires

Selon Dokras et al. (2018) les femmes souffrant d'anxiété ou de dépressions présenteraient un risque accru de troubles de l'alimentation, pouvant être jusqu'à cinq fois supérieur.

Finalement, le manque d'étude sur le sujet ne nous permet pas d'affirmer que les troubles alimentaires ont un lien direct avec le SOPK. Cependant il est possible de faire quelques hypothèses, comme celle du lien existant entre l'insatisfaction de ce corps qui ne correspond plus aux critères de beauté fixés par la société, le fait que l'obésité aggrave l'infertilité et les troubles alimentaires qui peuvent apparaître.

Toutefois, les symptômes dits psychologiques semblent impacter tout autant la vie des patientes que les symptômes dits physiques. De ce fait, comment qualifieraient-elles leur qualité de vie ? Dans le prochain sous chapitre nous allons tenter de mettre en lumière la perception des patientes quant à leur qualité de vie et ce grâce aux recherches qualitatives et quantitatives trouvées dans la littérature.

3.7 Qualité de vie

L'OMS définit la qualité de vie comme suit : « *La perception qu'ont les individus de leur position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels ils vivent et par rapport à leurs objectifs, attentes, normes et préoccupations* » (source : Wikipédia).

Si on reprend l'étude qualitative menée par Amiri et al. (2014) on se rend bien compte que les femmes ont une perception négative de leur position dans la vie et dans leurs contextes culturels. D'autant plus dans des cultures où il est attendu de la femme qu'elle puisse enfanter et que celle-ci n'y parvient pas dû au syndrome des ovaires polykystiques. Une femme relatait le désarroi de son mari face à son infertilité et son sentiment d'impuissance et d'inutilité dans son rôle de femme.

Les femmes vivent dans l'incertitude, arriveront-elles et si oui comment à avoir un enfant. Elles vivent dans l'angoisse, et doivent se réapproprier un corps qui leur fait défaut ce qui peut expliquer également une diminution de la qualité de vie. Dans l'étude d'Amiri et al. (2014) une jeune femme disait que c'était très difficile pour elle de souffrir d'aménorrhée, car elle ne savait jamais quand elle aurait ses règles et ne pouvait pas prévoir de vacances ou de virées en conséquence.

En effet, la qualité de vie est un concept de grande envergure affecté de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec son environnement.

La qualité de vie est impactée par les symptômes généralement associés au SOPK, qu'ils soient physiques ou psychologiques ou même sociaux, ce qui intéresse de plus en plus les chercheurs et dont nous parlerons plus en détail dans un prochain chapitre. « *Des recherches internationales ont montré que le SOPK a un effet négatif sur la qualité de vie du patient (QOL). À l'échelle mondiale, l'accent est de plus en plus mis sur cet aspect, car il reflète le véritable impact de la maladie sur la vie des patients* » (Chaudhari & al., 2018, para.9).

Coffey, Bano et Mason (2005) ont mené une recherche afin de comparer la qualité de vie des femmes atteintes de SOPK avec des femmes considérées comme saines et d'autres souffrant de problèmes médicaux. Pour ce faire, ils ont utilisé le questionnaire qui permettait de mesurer la qualité de vie (HRQoL) des patientes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques. Il en est ressorti que le SOPK impactait négativement la qualité de la vie et ce même en comparaison avec des patientes atteintes d'autres maladies plus graves.

Finalement, les symptômes psychologiques associés comme la dépression impactent négativement la qualité de vie des patientes. « *Plusieurs études internationales ont rapporté que les femmes atteintes de SOPK qui souffrent d'anxiété et de dépression ont une QV inférieure* » (Chaudhari & al., 2018, para. 41).

Malgré le fait que de nombreuses études comme celles menées par (Amiri et al., 2014 ; Chaudhari et al., 2018) affirment que les symptômes du SOPK influencent négativement la qualité de vie, celles-ci restent limitées.

En conclusion, dans une maladie multifactorielle comme le SOPK, atteignant tantôt le psychologique tantôt le somatique, existe-t-il un traitement pouvant aider convenablement les femmes atteintes de ce syndrome ? Dans le chapitre suivant, nous allons nous intéresser aux différents traitements qui peuvent être proposés pour soulager et aider les patientes.

Chapitre 4 : Traitements médicaux et psychologiques

À l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement permettant de soigner le syndrome des ovaires polykystiques. Il est néanmoins possible de réduire certains symptômes et ainsi d'améliorer la vie des patientes.

La littérature cite divers traitements possibles : médicamenteux, chirurgicaux, thérapie. Mais la meilleure manière de traiter la maladie consiste en un changement de style de vie des patientes, qui influencerait considérablement leur symptomatologie. Le changement de style de vie, et plus particulièrement la pratique d'exercice physique, permettrait aux patientes d'être plus conscientes de leur état de santé et de prévenir l'aggravation de la symptomatologie psychique, ainsi que de préserver la fertilité.

La problématique du poids semble être au cœur des traitements proposés.

La perte de poids même minime peut améliorer considérablement l'état de santé général de la patiente ainsi que les symptômes associés et son bien-être général.

Il est également important de souligner que lors de perte de poids, les femmes retrouvent également un peu de confiance en elle.

Dans la littérature, les chercheurs ne semblent pourtant pas être unanimes quant aux bienfaits de l'exercice physique. « *Les preuves entourant les effets de l'exercice et/ou de la participation à une intervention alimentaire sur la HRQoL des femmes atteintes de SOPK sont limitées* » (Lima Nunes & al., 2019, para 1.).

Néanmoins, le corps médical préconise l'association d'un traitement médical et un changement de style de vie.

Nous allons présenter dans la prochaine partie les différents traitements existants de manière détaillée.

4.1 Traitements pharmacologiques

4.1.1. Pilule contraceptive

La prescription de base concernant le syndrome des ovaires polykystiques est la prise d'hormone. En effet, la prise d'un contraceptif hormonal permet de réguler une partie des symptômes comme l'acné, l'hirsutisme et permet le retour d'un cycle menstruel régulier.

La pilule est le traitement prescrit en première instance lorsque l'on diagnostique les ovaires polykystiques. Elle permet de maîtriser les symptômes comme l'aménorrhée, l'acné, l'hirsutisme et les kystes. Ainsi elle régule le cycle menstruel.

« L'induction d'ovulation est reconnue comme la première étape thérapeutique dans les désordres ovulatoires liés au SOPK » (Brami, 2019, para. 16)

Les hormones permettent aux ovaires de retrouver une taille normale et sans follicule. La prise de la pilule est la méthode la plus utilisée à travers les pays industrialisés, car il s'agit de la méthode la plus accessible. Ces auteurs estiment environ à 90 millions le nombre de femmes qui prennent la pilule (Wirthner, Germond & Grandi, 2002).

Cependant, il ne s'agit pas d'un remède, mais d'un leurre. En effet, le cycle étant provoqué, il n'est pas naturel et ne signifie pas que les kystes ont disparu. Il ne s'agit aucunement d'un remède, mais il permet aux symptômes de s'estomper dans la plupart des cas. La prise de contraceptif n'est cependant pas anodine et peut comporter des effets secondaires tels que prise de poids, baisse de l'humeur ou parfois des problèmes veineux (Wirthner et al., 2002).

La prise de la pilule n'est pas sans risque, en effet, il est nécessaire de connaître les antécédents de la patiente ou les antécédents familiaux pour éviter les risques de thrombose notamment (Vrbíková & Cibula, 2005).

4.1.2. La Metformine

Il s'agit d'un médicament prescrit en cas de diabète de type 2, permettant de diminuer l'insulino-résistance lorsque les recommandations alimentaires et l'activité physique ne suffisent pas à normaliser la glycémie (Scarpello & Howlett, 2008).

Ce médicament est prescrit dans le cadre du SOPK lors d'un régime ou d'une prise en charge de réduction de poids, ou lorsqu'il est déconseillé pour la patiente de prendre un contraceptif oral. Généralement il est recommandé en cas d'échec du traitement de clomifène (Nasri & Rafieaian-Kopaei, 2014).

Des effets secondaires éventuels sont possibles comme des malaises ou des céphalées (Lord, Flight & Norman, 2003).

4.1.3. Le Letrozole

C'est à la base un traitement adjuvant du cancer du sein utilisé principalement chez la femme ménopausée (Dellapasqua & Colleoni, 2010).

Il est depuis peu recommandé pour l'induction d'ovulation chez les femmes atteintes de SOPK. Car il semble améliorer le taux de grossesse et de naissance vivante chez les patientes atteintes des ovaires polykystiques (Franik, Eltrop, Kremer, Kiesel & Farquhar, 2018).

Selon Compendium.ch, au niveau des effets secondaires certains apparaissent fréquemment comme : les bouffées de chaleur, douleurs articulaires, la fatigue prise de poids, maux de tête, dépression et bien d'autres encore.

Un avantage de ce médicament est que le risque de grossesses multiples est moindre par rapport à d'autres traitements.

4.1.4. Le Citrate de Clomifène

Ce traitement oral est préconisé en première étape d'induction d'ovulation et en complément à une modification du mode de vie (Nasri & Rafieaian-Kopaei, 2014).

Il accroît le nombre d'ovules libérés et est généralement associé à la metformine. Cependant les risques de ce médicament selon Compendium.ch sont : le risque de grossesse multiple et un risque accru de cancer des ovaires s'il est pris pendant plus d'une année.

Il reste néanmoins un traitement peu risqué, ayant peu d'effets secondaire.

En cas d'échec au citrate de clomifène, la patiente sera redirigée vers un drilling ovarien et les gonadotrophines (Merviel & al., 2017).

4.1.5. Les Gonadotrophines

Il est recommandé d'utiliser ce traitement uniquement si les autres médicaments cités plus haut n'ont pas fonctionné. Il permet également l'induction de l'ovulation programmée (Merviel & al., 2017).

Les effets secondaires selon compendium sont : le risque de grossesse multiple qui est plus élevé.

4.2 Chirurgical

4.2.1. La chirurgie ovarienne

La chirurgie ovarienne par « Drilling » peut être proposée après échec des traitements médicamenteux. Il s'agit d'une opération consistant à percer l'ovaire, ou le « multi perforer », afin d'en rétablir le bon fonctionnement (Fernandez, Alby, Gervaise, Tayrac & Frydman, 2003).

Le chirurgien fait des petites perforations au niveau de la membrane des ovaires qui est souvent épaisse dans le cas d'un SOPK. Cela permet de faciliter l'accès des ovocytes à l'extérieur et de détruire les kystes.

Il est nécessaire d'informer les patientes de la possible survenue d'adhérences postopératoires, qui peuvent avoir des conséquences douloureuses et irréversibles sur le bien-être et le quotidien. Il est également important de mentionner les risques inhérents à toute intervention chirurgicale ainsi que de la possibilité d'hyperstimulation clinique, qui ne permet pas de dire avec exactitude le nombre de follicules ovulatoire, pouvant entraîner une grossesse multiple (Merviel & al., 2017).

Cependant une étude menée par Débras, Fernandez, Neveu, Deffieux et Capmas (2019) affirme que le drilling permet d'obtenir une grossesse spontanée chez les patientes atteintes d'ovaires polykystiques.

4.2.2. La fécondation in vitro (FIV)

La fécondation in vitro représente l'étape suivante de prise en charge chez les patientes SOPK, après échec des inductions d'ovulation, lorsque la stérilité est persistante (Merviel & al., 2017).

Elle est considérée comme une alternative aux traitements chirurgicaux.

Il est possible dans le cadre d'une FIV d'éviter une grossesse multiple en transférant dans l'utérus un embryon unique.

Cependant, il persiste un risque qui est celui d'une hyperstimulation ovarienne, due à la prise d'hormones.

4.2.3. Maturation in vitro

Selon Merviel et al 2017, la maturation in vitro est proposée depuis peu dans les cas d'ovaires polykystiques, lorsqu'il y a un danger pour la femme de faire une fécondation in vitro. Il s'agit de récupérer les follicules et de les mettre en cultures.

Ensuite l'endomètre est préparé avec des traitements hormonaux pour accueillir la nidation avant d'implanter à nouveau les follicules dans l'utérus de la patiente.

Pour conclure ce chapitre, selon Bami (2019) les chercheurs insistent sur l'importance du développement des compétences des différents professionnels de la santé dans la prise en charge du SOPK qui se doit d'être multifactoriel. De plus il insiste sur la nécessité de poursuivre des études cliniques afin d'améliorer le traitement.

Ci-dessous un tableau représentant la prise en charge du syndrome des ovaires polykystiques chez les femmes souffrantes d'infertilité. Comme nous pouvons le constater, une fois le diagnostic posé soit il est demandé à la patiente de perdre du poids ou une évaluation métabolique est faite. Cette démarche est importante et

nécessaire avant d'envisager un quelconque traitement médicamenteux qui comme nous l'avons vu n'est pas sans conséquence.

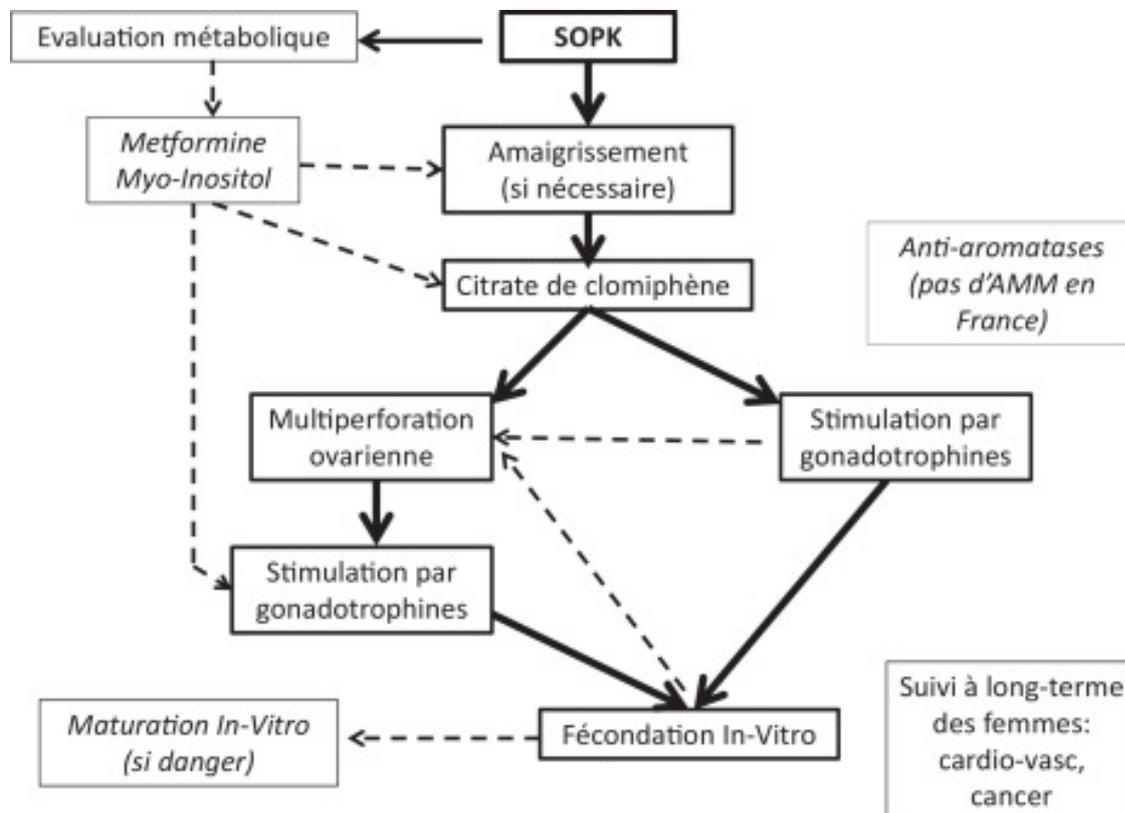


Figure 2 : « Prise en charge du syndrome des ovaires polykystiques en cas d'infertilité (d'après l'auteur). SOPK : syndrome des ovaires polykystiques ; AMM : autorisation de mise sur le marché ; cardio-vasc : cardio-vasculaire. Flèches : trait gras : prise en charge conseillée ; trait pointillé : option thérapeutique. » (Merviel & al., 2017, p.626.

En plus des traitements pharmacologiques, il existe des traitements psychosociaux, moins invasifs et souvent préférés par les médecins en première instance pour permettre aux femmes d'entrevoir une amélioration dans leur santé, en perdant du poids par exemple. Nous allons présenter ces différents traitements dans le sous-chapitre suivant.

4.3 Traitements psychosociaux

4.3.1. Lifestyle intervention

Selon Teede et al. (2010) des comportements de mode de vie sain, comme une bonne alimentation ou de l'activité physique régulière doivent être recommandés chez toutes les femmes atteintes du syndrome.

Le life style reprend toutes les démarches du quotidien qui peuvent améliorer la santé de la patiente, tant sur le plan physique que psychique.

Cela pourrait également comporter des stratégies comportementales telles que la fixation d'objectifs, entraînement à l'affirmation de soi, meilleure alimentation et le bien-être émotionnel des femmes atteintes du SOPK.

Selon Nadkarni Ruffle et al. (2015) il faudrait travailler sur six piliers d'intervention dans son quotidien afin d'améliorer les symptômes des ovaires polykystiques.

- la nutrition
- la consommation d'eau
- l'exercice physique
- le stress
- le sommeil
- l'état d'esprit

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces facteurs s'influencent les uns et les autres. Indépendamment du SOPK, il a été par exemple prouvé que l'activité physique permettait de réduire le stress et de bénéficier d'un meilleur sommeil.

Pour la symptomatologie psychique comme l'anxiété ou la dépression, comme le souligne d'étude de Babiss et Gangwisch, le fait de faire de l'exercice physique, de bien dormir, de faire attention à son alimentation devrait apporter un bénéfice.

De plus la nutrition est au cœur de tous les débats. Jugée comme étant notre deuxième cerveau, l'estomac aurait également une influence sur notre psychique et notre physique.

Le fait également de s'occuper l'esprit au travers d'activité qui peuvent influencer notre perception de nous-mêmes peut jouer un rôle positif.

Dans le cadre d'une maladie qui n'est pas traitable, mais dans laquelle le mode de vie peut influencer la symptomatologie, le changement de life style fait écho comme étant un traitement prometteur.

Selon des auteurs comme Nadkarni Ruffle et al. (2015), Teede et al. (2010) ou encore Thomson et al. (2010) les comportements amenant à une vie saine devraient être recommandés chez toutes les patientes atteintes de SOPK pour atteindre et/ou maintenir un poids de santé ainsi que pour optimiser les résultats hormonaux. Lors de la modification du lifestyle chez des personnes en surpoids on aperçoit une amélioration clinique significative.

De plus se fixer des objectifs, permet une meilleure réussite. Pour cela, il faut des objectifs spécifiques, mesurables, et réalisables. (Nadkarni Ruffle & al., 2015)

Il est cependant nécessaire de souligner que dans le cadre du SOPK l'efficacité du sport et du changement de life style n'ont pas été prouvés. Nous n'émettons ici que des hypothèses. Afin de valider ces hypothèses, il serait intéressant de mener une étude qualitative afin d'avoir l'avis subjectif des patientes atteintes du SOPK.

Une étude qualitative permettrait de mesurer l'impact d'un changement de life style sur le monde de la patiente. Malheureusement, pour l'heure, il n'existe aucune étude qualitative dans ce domaine.

Dans les sous catégories du life style, nous retrouvons l'activité physique. Celle-ci semble avoir une importance particulière dans l'amélioration de santé des femmes

atteintes des ovaires polykystiques. C'est pourquoi nous allons nous attarder plus longuement sur ce sous chapitre du life style.

4.3.2. Activité physique

Il a été prouvé que l'exercice physique est une étape primordiale dans le management du SOPK (Nadkarni Ruffle & al., 2015). En effet, le surpoids étant l'un des facteurs de risques majeurs, la perte de poids permettrait de réguler positivement le syndrome des ovaires polykystiques (Thomson & al., 2010).

De plus, Nadkarni Ruffle et al. (2015) ont souligné le fait que l'exercice permet de se vider la tête, de reprendre le contrôle sur soi-même et de limiter le stress. Ce qui hypothétiquement pourrait également aider la patiente dans sa symptomatologie psychique (Barbiss & Gangwisch, 2009).

Dans le cadre d'une symptomatologie comme celle du SOPK, l'exercice physique semble être un facteur positif et un bon traitement alternatif.

Selon une recherche qui a été menée par Karen Nadkarni et al. (2015) L'exercice et l'activité physique sont essentiels pour réguler la résistance à l'insuline ce qui à son tour aide à la perte de poids.

Nadkarni et al. (2015) proposent dans leur ouvrage des programmes d'exercices physiques divers qui sont selon leur propos fondamentaux dans la gestion des ovaires polykystiques.

Par exemple, elle donne des pistes permettant de garder une activité physique dans son quotidien.

Elle propose également divers plannings d'exercices physiques efficaces au quotidien et qui ne sont pas contraignants pour la patiente.

Il a été également prouvé au travers de plusieurs recherches que le fait de faire plusieurs exercices modérés à basse intensité comme la marche, et ce chaque jour

aidait lors de SOPK, 30 minutes quotidiennes seraient suffisantes pour avoir une amélioration de la symptomatologie (Nadkarni & al., 2015 ; Lima Nunes & al., 2019 ; Thomson & al., 2010).

Nedkarni et al. (2015) proposent même de rajouter 30 minutes d'exercice par jour pour avoir de plus grands bénéfices. Cela n'est pas forcément possible suivant l'activité professionnelle de la patiente.

En plus des activités à basse intensité, ajouter des exercices de résistance permettrait de réduire les risques de développer un diabète en améliorant les processus de l'insuline et réduisant ainsi les risques de résistance de celle-ci (Barber & al., 2016).

Il est important de souligner que dans le cadre des ovaires polykystiques, 50 % des femmes développeront un diabète plus tard au cours de leur vie.

Selon Nadkarmi Ruffle et al. (2015)

L'exercice physique permet :

1. De développer les muscles, de ce fait cela permettra à la graisse d'être brûlée, et ce même au repos.
2. De diminuer le mauvais cholestérol et de limiter les problèmes cardio-vasculaires.
3. Limiter les risques d'ostéoporose, qui augmentent avec l'âge.

Il a été également démontré que le stretching et la relaxation étaient essentiels, car en améliorant la circulation sanguine cela permettait aux nutriments de mieux circuler et au corps de mieux fonctionner.

Finalement, le fait de réduire le poids de la patiente et son stress pourrait également permettre à celle-ci d'avoir moins de difficulté pour enfanter, réduisant ainsi le risque d'infertilité qui reste l'une des principales conséquences des ovaires polykystiques.

4.3.3. Psychologie

Dans cette sous partie, nous allons présenter plusieurs interventions thérapeutiques en psychologie qui pourraient être utiles dans la prise en charge des femmes atteintes des ovaires polykystiques.

Thérapie cognitivo-comportementale

Les changements comportementaux et de lifestyle peuvent aider les patientes dans leur symptomatologie dans le cadre des ovaires polykystiques.

De ce fait, nous pourrions imaginer proposer la TCC pour les patientes atteintes du SOPK. Selon le rapport de cas publié par Correa, Sperry et Darkes (2015), il existe une pénurie de psychothérapies fondées sur des preuves qui permettent de traiter les symptômes liés aux ovaires polykystiques. Cependant, son rapport démontre l'efficacité d'une approche globale de thérapie cognitivo-comportementale dans des cas d'anxiété et de dépression dans un contexte des ovaires polykystiques. La patiente aurait vu ses symptômes psychiques s'améliorer ainsi qu'une perte de poids se manifester. Une étude présentée par Rofey, Szigethy, Noll, Dahl, Lobst et Arslanian (2009) montre également un changement positif dans les cas de dépression et d'obésité chez les patientes suivant une thérapie cognitivo-comportementale.

La TCC semble être une thérapie adaptée, de par son ensemble de méthodes et de techniques permettant l'apprentissage de nouveaux comportements et surtout, de nouvelles façons de penser, de ressentir et d'agir. Elle pourrait être considérée comme un bon atout dans le cadre d'un changement de lifestyle et permettrait de diminuer l'anxiété, le stress et la dépression chez la patiente. Selon Rofey et al. (2009) elle pourrait même avoir un impact positif sur la régulation des menstruations.

Il est important d'accompagner les femmes, et d'éviter au mieux les facteurs anxiogènes qui sont nombreux dans le cadre du SOPK. Par l'immersion progressive, nous pourrions imaginer guider la femme et lui permettre de changer certains schémas

de pensée, lui permettant ainsi d'être moins stressée, d'avoir une meilleure estime d'elle-même et une meilleure qualité de vie.

De plus grâce à la TCC, si la patiente tombe enceinte elle pourra mieux réguler ses émotions, permettant ainsi à la grossesse d'être moins anxiogène aux vues des risques encourus et permettre ainsi qu'elle se passe peut-être plus sereinement et dans de meilleures conditions. Cela grâce aux techniques de relaxation rapide et aux techniques de contrôle de la respiration.

Le but étant d'apprendre aux patientes comment modifier concrètement et de manière observable, les réactions, les émotions et les pensées qu'elles-mêmes considèrent comme dysfonctionnelles et modifier celles qu'elles souhaitent changer.

Finalement selon Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops et Seeley (1999) la TCC est considérée comme une intervention efficace contre la dépression. D'après Cooney et al. (2019) elle serait considérée comme un bon complément pour la perte de poids.

Mindfulness

Le Mindfulness, appelé « la pleine conscience » en français, aurait des effets psychologiques positifs, notamment sur le sentiment de bien-être du patient. Elle permettrait une réduction des symptômes psychologiques et de la réactivité émotionnelle, et une meilleure régulation du comportement » (Keng, Smoski & Robins, 2011).

La pleine conscience consiste à se centrer sur le présent et à accepter sa situation, et ce de manière active, en vivant pleinement.

L'idée de la pleine conscience est de réorienter son attention sur le présent, mais aussi de se focaliser sur ses sensations, ses pensées, ses émotions, sa respiration et sur le monde externe qui nous entoure.

Elle est utilisée en thérapie cognitive afin de réduire le stress, mais également comme moyen de prévention de la dépression.

Selon Stefanaki, Bacopoulou, Livadas, Kandaraki, Karachalios et Chrousos (2014) l'utilisation de la conscience dite consciente peut être bénéfique en complément de la

prise en charge des femmes atteintes de SOPK. Selon une étude qu'ils ont menée, il y a eu une réduction statistiquement significative des symptômes de stress, de dépression et d'anxiété et une amélioration de la qualité de vie.

Selon Keng et al. (2011) les études menées sur les interventions de pleine conscience démontrent un impact positif sur la santé psychologique. La pleine conscience est une forme de méditation, il est facile de la mettre en place. Des cours existent avec des professionnels, mais il est également possible de s'entraîner à réorienter son attention sur le présent lors de son quotidien, le soir par exemple ou lors de moments stressants. Il n'existe pour l'heure aucune recherche permettant de déterminer la fréquence nécessaire au bien être chez les femmes atteintes des ovaires polykystiques et cela est plutôt considérée comme étant un atout.

L'approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne fut mise en place par Carl Rogers.

Cette approche consiste à se focaliser sur la personne et non pas sur le problème. Le but du thérapeute est d'amener le patient à s'exprimer et à se fier à ce qu'il ressent. On part du postulat que l'être humain possède un potentiel d'évolution inné. C'est le patient qui mènera la démarche thérapeutique. Il s'agit d'un travail d'accompagnement dont le but est de faciliter l'expression du patient, du lui apprendre à s'écouter. Selon Nym Jyne (2020) l'approche centrée sur la personne aurait un impact positif sur la personne souffrant d'un mal être ou de troubles tels que la dépression, le stress et/ ou l'anxiété.

Finalement, les derniers traitements proposés concernent le deuxième cerveau du corps humain, à savoir l'estomac. De ce fait, des traitements diététiques peuvent être proposés aux patients. C'est pourquoi nous allons en parler plus en détail au prochain sous chapitre.

4.3.4. Diététique

Selon plusieurs auteurs (Nadkarni Ruffle et al., 2015 ; Domecq et al., 2013), en faisant attention à leur alimentation, les femmes peuvent réduire considérablement leur graisse abdominale, diminuer leur taux de testostérone, diminuer le symptôme de l'hirsutisme et améliorer la régulation de l'insuline. Manager la nutrition est la clé du maintien et du contrôle des ovaires polykystiques.

Garder un œil attentif sur son alimentation est important dans le cadre de cette maladie, car les ovaires polykystiques augmentent le taux d'insuline ce qui cause un stockage plutôt qu'une élimination amenant de ce fait à une prise de poids rapide et à des risques de développer du diabète.

Selon Nadkarni Ruffle et al. (2015) en améliorant notre taux d'insuline, nous allons réduire la prise de poids, l'acné, réduire le niveau de testostérone ainsi que l'anxiété.

De ce fait, les aliments riches en fibres ainsi que les légumes peuvent aider à lutter contre la résistance à l'insuline en ralentissant la digestion tout en réduisant l'impact du sucre dans le sang.

De plus, les aliments riches en protéines comme le poulet ou ceux qui aident à réduire l'inflammation comme la tomate ou l'huile d'olive peuvent être très bénéfiques.

De plus l'alimentation aurait un impact positif sur le moral et le psychique de la patiente.

Chapitre 5 : synthèse de la revue de la littérature

Nous avons remarqué que malgré un consensus sur la définition du SOPK et le fait qu'il touche environ 5 à 10% des femmes, il subsiste dans la littérature de nombreuses théories, parfois contradictoires sur les causes d'un tel syndrome.

Face à une maladie pouvant conduire à divers symptômes, il semble essentiel de s'intéresser et d'interroger le vécu des femmes ayant été diagnostiquées souffrantes des ovaires polykystiques. Cela, dans le but d'avoir une vue d'ensemble de l'impact des symptômes sur la vie de ces femmes et de comprendre leur besoin en matière de prise en charge.

Après un état de fait de la littérature, il ressort que la majorité des recherches menées dans le domaine sont des études quantitatives. De surcroît, il s'agit d'études mettant en exercices les symptômes physiques et leurs corrélations avec les symptômes psychiques. Cependant, ce n'est pas suffisant pour permettre une bonne compréhension de la maladie et une bonne prise en charge des patientes. La revue de littérature présente ainsi certaines limites.

Le peu d'études qualitatives existant sont majoritairement iranienne. Il ressort de la synthèse de ces recherches que les femmes se sentent lésés de par le manque d'information qui leur est fourni et de par leur prise en charge, ce qui se traduit par un renfermement et un accroissement de symptômes chez les patientes. Les femmes souffrent physiquement, mais également mentalement, ce qui a été démontré dans les recherches qualitatives de Amiri et al. (2014) et d' Authier et al. (2020) qui mettent en lumière les tourments de la maladie au travers de la parole des patientes.

C'est pourquoi comme démontré dans ces études ainsi que celle menée par Zare Mobini, Kazemi et Farajzadegan, (2018) il serait important de concevoir un programme basé sur des recherches qualitatives. Cela pourrait améliorer la santé mentale des femmes ainsi que leur qualité de vie et cela impacterait positivement leur santé. La prise en charge serait plus adaptée. C'est pourquoi, dans la partie suivante, nous soulignerons l'importance que pourraient avoir les apports de la psychologie qualitative de la santé dans le domaine.

Chapitre 6 : Apports de la psychologie qualitative de la santé dans la compréhension du SOPK

La psychologie de la santé a beaucoup évolué. Dans ce chapitre nous allons parler de son Histoire et de son utilité dans un contexte de maladie tel que le SOPK. Comme nous l'avons vue au cours de ce travail, le syndrome des ovaires polykystiques est une maladie qui atteint l'entier d'une femme et dont les symptômes ne se résument pas à des caractéristiques physiques et ces symptômes sont influencés par le vécu de la patiente.

Ce chapitre permettra de mettre en lumière les points positifs de la psychologie qualitative de la santé et nous permettra de nous rendre compte des points importants sur lesquels une étude qualitative complète devrait se focaliser pour rendre compte du vécu subjectif des patientes atteintes de SOPK.

6.1 Psychologie qualitative de la Santé

« La santé » et « la maladie », des mots utilisés pour décrire un état qui peut être perçu différemment d'une personne à l'autre. Cette perception dépend de la culture, de l'environnement, du sexe et du vécu du sujet.

6.1.1. Histoire et théories fondatrices

La psychologie de la santé naît en France dans les années 70. Selon Santiago Delfosse (2002), elle contribue à la compréhension de la maladie et constitue une approche qui intègre divers apports psychologiques, en particulier ceux de la psychologie sociale et ceux de la psychologie clinique.

La psychologie sociale met l'accent sur l'importance du contexte familial, institutionnel et culturel lié à la maladie. Elle s'intéresse également aux réactions de l'entourage, au soutien social ainsi qu'aux aspects psychosociaux de la fonction soignante. Malgré cet intérêt pour le vécu de l'individu, la méthodologie reste essentiellement quantitative.

Diverses théories basées sur différents modèles se sont succédé, dans le domaine de la santé et de la prévention des comportements de santé. C'est à la fin des années

70, en réaction aux critiques émises à l'encontre du modèle biomédical, que naît la psychologie de la santé. Jugé trop réducteur, le modèle biomédical ne considère que les champs de la physiologie et de la biologie au détriment des facteurs psychosociaux, et ce même pour les maladies mentales. Le modèle biomédical est pourtant l'un des premiers modèles à avoir influencé les postulats de la psychologie de la santé (Santiago Delfosse, 2002). C'est en outre grâce à cette approche que les méthodes quantitatives en psychologie de la santé ont pu croître. « Les personnes sont regardées comme patient ou sujet, de manière objective » (Radley, 1999, p. 17). Il n'en demeure pas moins que dans un tel contexte, il aurait été pertinent d'inclure le contexte social du sujet. En effet, Engel postulait déjà que les facteurs psychologiques et sociaux devaient être pris en compte, il refusait la division corps-esprit (Santiago Delfosse et Chamberlain, 2008, p.197). Ces diverses évolutions ont permis de tracer les contours actuels de la psychologie de la santé, qui intègre désormais des facteurs développementaux, sociaux et cognitifs.

Selon Radley (1999), les expériences de la maladie ne sont pas vécues de la même manière selon les patients. Elles sont qualitativement différentes. C'est pourquoi il est essentiel de pouvoir les décrire et les comprendre. Dans ce contexte, la psychologie de la santé permet d'étudier le fonctionnement mental et comportemental des sujets. Plus spécifiquement, son but est de développer la compréhension de facteurs biopsychosociaux qui jouent un rôle dans le traitement de la maladie, dans la prévention médicale ou dans la promotion de la santé et les causes des maladies.

Le modèle « biopsychosocial » s'est dès lors imposé en tant que modèle dominant, dans le processus de rééquilibrage entre santé et maladie. Il part du postulat que plusieurs facteurs (soit les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux) interagissent entre eux et conditionnent les réactions de l'organisme. L'apparition et l'évolution de la maladie sont influencées par ces différents facteurs, mais également par la personnalité, l'entourage social et l'attitude du patient vis-à-vis de sa maladie. Il s'agit d'un modèle plus complet, englobant l'interaction entre le corps et l'esprit ainsi qu'entre les différents processus composant le sujet (Santiago DelFosse, 2002).

Le modèle biopsychosocial pose des problèmes quant à la quantification des valeurs subjectives. Le modèle a centré ses recherches en s'appuyant sur le modèle quantitatif. En effet, les statistiques permettent d'analyser un élément dans une globalité et de donner une représentation objective de la situation. Cependant, plusieurs problèmes ont été identifiés. Premièrement, ce modèle ne tient pas suffisamment compte du contexte et du vécu du sujet. Deuxièmement, il rigidifie le domaine de la santé. Face à ces difficultés, la « psychologie qualitative de la santé » a souhaité intégrer la prise en considération du vécu des patients, en s'appuyant notamment sur une approche qualitative. Cette dernière ayant pour avantage de démontrer l'existence de quelque chose même si elle n'est pas mesurable (Santiago Delfosse, 2002).

À cet égard, Santiago Delfosse et Chamberlain (2008) soulignent qu'à force de statistiques et d'études généralisables, la psychologie en vient à oublier la subjectivité de l'être humain. La vie quotidienne et les situations qui s'y rattachent, souvent difficiles à prédire, seraient ainsi mieux représentées par les méthodes qualitatives.

Néanmoins, il convient de préciser que verser dans un paradigme essentiellement qualitatif ou quantitatif ne serait pas judicieux. C'est pourquoi, même en psychologie critique de la santé, des études quantitatives et qualitatives paraissent.

L'analyse des méthodologies a également permis de mettre en évidence le fait qu'il existe un risque pour la psychologie de la santé, de privilégier le quantitatif au détriment du qualitatif. Ainsi, selon Santiago Delfosse (2002)

- 1) Le quantitatif supprimerait toute substance humaine à la pensée comme si la psychologie disparaissait, au profit de la biologie. Il ne tiendrait pas compte du terrain sur lequel se construisent la maladie et la santé.
- 2) Le qualitatif rendrait quant à lui, impossible la distinction entre extérieur et intérieur. Le discours serait ainsi ramené à sa singularité et la psychologie disparaîtrait au bénéfice de religions ou de croyances sectaires. Le modèle qualitatif, axé uniquement sur la subjectivité, ne tiendrait dès lors plus compte du contexte de la maladie et de la santé.

En outre, des chercheurs, comme Santiago Delfosse (2002) admettent que les recherches menées en psychologie de la santé gagneraient en crédibilité et en qualité, en intégrant aussi bien des aspects quantitatifs que qualitatifs.

6.1.2. Bénéfice d'une approche qualitative en psychologie de la santé

Selon Wallon la psychologie prend en compte la pluralité de l'humain, il faut oublier cette idée de forme d'universalisme (Santiago Delfosse, 2008, p.208).

Lors de l'apparition de maladies graves ou chroniques ou de douleurs chamboulant la vie d'un individu, les patients voient leur vie changée. La construction de leur monde est alors modifiée. Le dialogue qui s'établit alors entre l'individu et son milieu entraîne des conséquences et des modifications réciproques. Si l'individu change, les milieux changent aussi. « *Pour le courant qualitatif l'homme se caractérise par un être dans le monde dynamique évolutif qui englobe corps esprit et contexte* » (Santiago Delfosse, 2002)

Dans le cas d'une maladie chronique, le patient entreprend une reconstruction des structures de son monde. Il transforme alors son mode d'existence selon la maladie. La psychologie de la santé qualitative travaille sur ces processus de transformation du monde. Lesdits processus se caractérisent par la construction d'un sens. Cela vaut pour le patient lui-même en tant qu'acteur du monde, mais également pour le monde qui se trouve autour de lui et qui est transformé par l'expérience.

Dans ce chamboulement, les patients tentent de trouver un sens à ce qui leur arrive, par les actes ou par la parole. Chaque être humain agissant différemment, les théoriciens en psychologie qualitative de la santé s'intéressent aux différentes stratégies mobilisées quotidiennement, pour faire face à l'adversité.

Selon Santiago Delfosse (2002), ce sont par des méthodes qualitatives, dont l'entretien semi-structuré, que l'on peut mettre en évidence les différentes stratégies mises en place par le patient. Selon elle, le sujet fait appel à deux grands types de stratégies pour faire face à ce qui lui arrive :

Les stratégies de type comportementales.

Les stratégies cognitives

Ces différentes stratégies permettent de faire face à des difficultés issues d'évènements stressants. Elles sont généralement utilisées pour modérer ou réguler les émotions ou pour modifier la situation, afin de recouvrer une forme d'osmose. Les patients adoptent des stratégies afin d'éviter de subir les informations trop déplaisantes. Selon Santiago Delfosse (2002), ces stratégies sont dites efficaces si elles permettent au sujet de maîtriser ou de diminuer l'impact de la situation problématique.

En l'absence de stratégie adaptative appropriée, cela peut affecter négativement la santé du patient. Ce dernier ne pouvant dès lors pas agir sur son environnement afin de le réguler. En effet, pour faire face à son environnement, un patient doit pouvoir l'anticiper et l'évaluer. Dans ce cadre, l'approche qualitative est plus pertinente et permet d'avoir une vision subjective des ajustements à mobiliser.

Dans le cas de la santé, l'émotionnel, le psychique et le comportemental jouent un rôle essentiel. C'est pourquoi il est intéressant de se pencher sur des ressources comme le support social, permettant aux patients de faire face à l'adversité.

6.1.3. Contexte et support social

Ainsi que mis en lumière dans l'ouvrage de Santiago Delfosse (2002), plusieurs études confirment les aspects positifs du support social. Nous avons vu les effets de divers traitements au cours de ce travail, tel que les bienfaits des thérapies comme la TCC ou encore les bienfaits de l'approche centrée sur la personne.

Dans le cadre d'une thérapie psychologique, la patiente discute et interagit avec une tierce personne, le ou la psychologue. Elle peut en tirer une forme de support social,

même s'il ne permet pas de s'identifier à un groupe comme nous le verrons plus loin, la psychothérapie permet au moins de se sentir reconnu et légitime dans son ressenti. Le fait d'exister et d'avoir un moment pour soi pour parler de soi est libérateur pour beaucoup de personnes et il n'est pas toujours évident de partager ses problèmes avec notre entourage ou au sein d'un groupe d'inconnus. Encore une fois, il pourrait être intéressant de mener une étude qualitative sur le sujet, afin de connaître le point de vue des femmes et ainsi combler certaines lacunes encore existantes.

Le support social, qu'est-ce ?

Le support social est une ressource, permettant de minimiser l'importance du stress. Il est considéré comme faisant office de tampon médiateur lors de situations difficiles et son absence peut être considérée comme un facteur aggravant de la maladie.

Le support social pourrait se résumer comme étant l'ensemble des relations qui permettent de construire une identité sociale et personnelle dans un groupe ; se sentir aimé et reconnu, se sentir appartenir à un groupe (Santiago Delfosse, 2002).

Un exemple parlant s'inscrivant dans le contexte du SOPL est le support social perçu dans une intervention comme pour une fécondation in vitro (FIV). Différents acteurs entrant en ligne de compte dans les cas de la FIV. À ce titre, on mentionnera le rôle des époux, la participation du personnel médical ou encore la rencontre d'un certain nombre de femmes ayant recours à cette intervention. Ces facteurs sociaux mettront en évidence l'importance des interactions.

Dans cet exemple, les femmes sont épuisées psychiquement et physiquement. Il y a une forme d'idéalisation dans l'idée d'avoir un enfant. Ne pas en avoir, représente pour elles, une forme de vide existentiel. On en vient même à définir l'identité de femme par le fait de pouvoir devenir mère. Une femme interrogée dans l'étude sur les ovaires polykystiques menée par Amiri et al. (2014) l'exprimait ainsi : « *Je sens que si je ne peux pas porter d'enfant je perdrai tout sentiment d'être une femme* ».

Dans ce processus, les médecins sont perçus comme les personnes susceptibles d'apporter l'objet convoité. Les femmes s'en remettent donc complètement à ces professionnels qui deviennent dès lors un support d'investissement affectif important.

Les contacts et regroupements avec des femmes dans la même situation offrent aux patientes un support social, une ressource non négligeable et un moyen de pouvoir s'identifier à d'autres femmes, de se sentir soutenues et comprises. Selon Santiago Delfosse (2002), ces entretiens groupaux et sociaux protègent ces femmes des angoisses individuelles.

Cependant, le support social peut comporter également des aspects négatifs. S'il peut réduire la sensation de souffrance, il peut également la décupler et provoquer des ressentis psychiquement négatifs. Dans le contexte d'une FIV, d'une part, lorsque les femmes interrompent leurs tentatives de FIV, une forme d'idéalisations des médecins se produit. D'autre part, dans la plupart des cas d'interruption du processus de FIV, le conjoint en est l'instigateur. C'est ainsi que leur propre support social devient un frein à leur désir. Le support social est alors mis à mal car comme le souligne Santiago Delfosse (2002) l'entourage de la patiente semble jouer un rôle capital. Plus qu'un simple support social, la place de l'entourage est considérée comme une partie prenante dans la gestion de l'état de la patiente.

Dans la recherche qualitative en psychologie de la santé, on ne saurait dès lors négliger le poids accordé au contexte du patient. Ledit contexte joue en effet un rôle majeur dans l'état du patient et les construits sociaux influencent et modifient la subjectivité du patient. La maladie existe dans leur contexte personnel immédiat et plus large. L'entourage doit s'adapter lui aussi. De même, l'absence du soutien social perçu et reçu de la part d'un proche peut influencer de manière significative les réactions du sujet et de son état (Santiago Delfosse, 2002).

Néanmoins, d'autres auteurs contestent les bénéfices du support social et quelques autres études concluent que seule la perception de celui-ci importe (Santiago Delfosse, 2002).

Dans le prochain sous chapitre nous allons nous attardés plus en détails sur le support social et son importance dans le cas d'une maladie tel que le SOPK.

6.1.4. Le support social et son importance

Comme nous l'avons notifié au cours de ce travail, le support social peut être divers. Les sources de soutien social peuvent être : la famille, les amies, les professionnels de la santé ou les pairs.

Comme lu dans le livre de Santiago Delfosse (2002) le support social est considéré comme une ressource non négligeable qui peut diminuer l'importance du stress, et qui selon Percy et Murray (2009) a également démontré son efficacité de par l'amélioration des connaissances des patients dans le cas de diabète de type 2.

Dans le contexte du syndrome des ovaires polykystiques, les femmes n'ont pas l'impression de pouvoir trouver une écoute attentive ou dans tous les cas ne se sentent pas légitimes d'en demander une, car la maladie n'est pas considérée comme étant « grave ». Peu informées sur le sujet, elles ont tendance à se refermer sur elles-mêmes et se taire.

Le risque étant que sans soutien, elles auront tendance à développer une plus grande détresse émotionnelle et psychosociale. Comme le relèvent Percy et Murray (2009) dans leur étude, les femmes développent un sentiment d'isolement et de panique, dû au manque d'information apportée par le corps médical, les amenant à se réfugier dans des mécanismes de défense néfastes pour elles-mêmes. Comme la suralimentation ou les troubles alimentaires. Cela pour se reconforter et aider à maîtriser la situation.

De surcroit, ne souffrant pas toujours de douleur physique, il est souvent difficile pour elles de trouver un écho favorable à leur mal-être. Certaines affirment, même, qu'elles trouveraient un soutien plus adéquat et plus grand si elles perdaient leur travail, car il s'agirait d'un évènement concret (Percy & Murray, 2009).

Communiquer lorsque l'on souffre d'une maladie, qui plus est chronique, est pourtant primordial puisque c'est par l'échange que l'on assimile le fait que l'on souffre d'une maladie et que l'on trouve également du soutien (Holbrey & Coulson, 2013).

Cela paraît important dans le cadre du SOPK, car il s'agit d'une maladie marginalisant qui nécessite une prise de conscience pour pouvoir entreprendre des changements comportementaux.

Roessler, Glinborg, Ravn, Birkebaek et Andersen (2013), ont démontré grâce à leur étude que les relations individuelles entre les participants étaient importantes pour les changements de comportement, en particulier les échanges qui génèrent des répercussions sur autrui et réduisent l'isolement social.

Les résultats de leur recherche « soulignent l'importance de l'expression des expériences émotionnelles, le rôle de soutien du feedback et des échanges avec les patients atteints de la même maladie. Ils ont également démontré l'association entre les facteurs psychosociaux et les comportements de santé tels que l'exercice » (Roessler & al., 2013).

Il semble toujours plus facile de se motiver à l'action et d'entreprendre des changements lorsque l'on peut partager et s'identifier à autrui. « Les résultats montrent comment la communication dans une intervention de santé peut être favorable » (Roessler & al., 2013).

Qui plus est, être confronté à des cas similaires au nôtre peut aider, redonner de l'espoir et apporter une certaine motivation. « Partager le sentiment d'être tous dans le même bateau permet de se motiver mutuellement » (Roessler & al., 2013).

Dans le cas de maladies, l'aspect social est très important. Peu importe la maladie, les patients recherchent un soutien, une écoute ou une échelle de comparaison. Par le partage, il est possible de comprendre, d'apprendre et trouver la force d'entreprendre des changements.

Finalement, les diverses recherches et études qui ont été menées par Roessler et al (2013) démontrent qu'un faible soutien social et un isolement social augmentent la morbidité et l'aggravation de symptômes.

6.1.5. Les enjeux du support social dans la prise en charge des ovaires polykystiques

Les enjeux du support social sont divers. Je vais tenter de vous les développer au travers de trois catégories qui sont celles-ci : *médical, social et internet*.

Médical

En effet, le premier support social important est le support médical. Dans l'ouvrage de Santiago Delfosse (2002) il a été démontré que les femmes faisant appel à la FIV se reposaient énormément sur le corps médical, puisque selon la croyance, c'est lui qui détient le savoir.

Cependant, il n'est pas toujours évident de trouver le médecin qui nous convienne. De plus, la méconnaissance des ovaires polykystiques restreint le champ des possibilités. C'est à la femme de trouver son médecin et de chercher à s'informer au mieux sur sa maladie et des possibilités de soins qui s'offrent à elle. Il est confié aux femmes la responsabilité de trouver un fournisseur de soins de santé compétents et de demander des références à des spécialistes (Sanchez & Jones 2016).

Lorsque la patiente est prise en charge, celle-ci semble peu informée sur le sujet. Il existe en effet une grande méconnaissance dans le domaine ce qui ne facilite pas à développer un lien de confiance et de partage entre patient et médecin. Une confiance qui serait bénéfique pour la patiente... En effet, selon Holbrey et Coulson (2013), dans des cas de maladies comme le VIH ou de la fibromyalgie, il a été démontré que le fait d'être informé et d'avoir confiance en son médecin permettait au patient d'améliorer son estime de soi, son bien-être social, accroissait son optimisme et lui permettrait de plus facilement accepter la maladie.

La méconnaissance amène à l'angoisse et l'incertitude. Selon Holbrey et Coulson (2013), une meilleure perception de l'information concernant les ovaires polykystiques permettrait de constater une meilleure qualité de vie chez les patientes ainsi qu'une diminution de l'anxiété.

Finalement, grâce à une recherche menée par Percy et Murray (2009) pour laquelle ils avaient mis en place des réunions de soutien psychosocial au service d'endocrinologie d'un hôpital pour les femmes qui souhaitaient discuter de manière hebdomadaire sur des thèmes comme les menstruations, la fertilité, l'hirsutisme ou des problèmes de poids avec leurs pairs et des professionnels de la santé. Ils ont pu relever la nécessité de former le personnel médical au soutien des patientes, afin d'améliorer le bien-être physique et psychique de celles-ci.

Social

Il est important que les femmes puissent se confier et partager leurs expériences, qu'elles puissent réaliser qu'elles ne sont pas seules et qu'il existe des solutions.

Les histoires personnelles relevées par l'étude de Sanchez et Jones (2016) ont montré que les femmes s'informaient par elles-mêmes et que pour elles, les connaissances sur les symptômes du SOPK étaient précieuses. Par conséquent, il en est ressorti un véritable intérêt pour elles de partager leurs connaissances et leurs expériences avec d'autres femmes.

Le fait de faire partie d'un réseau et de se confronter aux manquements du corps médical pousse la femme à se battre encore plus afin d'affirmer ses droits et ses souffrances. Selon Sanchez (2018) aux USA les femmes utiliseraient leur expérience face à la situation du SOPK pour défendre leurs droits.

Communiquer permet de s'approprier la maladie, de la dompter, de l'accepter et de pouvoir entreprendre des changements constructifs. Par la communication, le personnel de santé éduque les femmes qui vont tenter de donner un sens à ce qui leur

arrive en lui donnant une signification, permettant ainsi de mieux accepter ce qui leur arrive (Sanchez, 2018).

Une étude qualitative menée par Sanchez en 2020 a permis d'analyser le contenu présent sur un site de soutien. Il en est ressorti une nécessité d'établir des programmes multidimensionnels pour aider la patiente. « Des programmes multidisciplinaires visant à améliorer la sensibilisation et la gestion des prestataires de soins concernant les femmes qui souffrent actuellement du syndrome ». Il est impératif pour les travailleurs sociaux de comprendre la nécessité d'intégrer la santé comportementale dans traitement du SOPK » (Sanchez, 2020, p.44).

Finalement, l'étude menée par Percy et Murray (2009) a relevé que les femmes se sentaient plus autonomes et que ce soutien avait un impact direct sur leurs comportements de santé, celles-ci se sentant plus impliquées.

Internet

Dans le cadre du SOPK, les femmes semblent rencontrer plus de difficultés à s'exprimer sur leur situation auprès de leurs proches que sur les réseaux. « Les femmes communiquent et partagent leurs expériences avec le SOPK via des groupes de discussion, des listes de diffusion, des groupes de soutien en ligne et des sites de réseautage social comme Facebook et Twitter » (Sanchez, 2016, para.10).

Ce phénomène peut être dû aux symptômes, considérés souvent comme gênants, créant ainsi des tabous. « Internet offre aux femmes un moyen pratique, privé et accessible d'accéder à des informations sur des symptômes tels que l'obésité et l'hirsutisme (cheveux excessifs) qui peuvent être trop gênantes pour être discutées en personne » (Sanchez, 2018, para.10).

Dans le cadre d'une maladie où une grande incompréhension règne, où l'on se sent marginalisées, les femmes ont tendance à chercher du soutien sur les réseaux, un soutien plus facile à obtenir caché derrière son écran, plus rapide, et permettant un partage d'expériences sans tabous.

La recherche de soutien au travers des réseaux et non de ses proches peut être due également à l' image de la femme véhiculée par la société et les médias.

« Les médias ne fournissent pas seulement aux consommateurs des informations sur la santé ; ils créent également des constructions sociales de santé, de maladies et de soins médicaux qui ont des implications sur la façon dont les consommateurs perçoivent et gèrent leur santé » (Sanchez, 2018, para. 12).

Selon Holbrey et Coulson (2013), les groupes de soutien seraient perçus comme étant de bons supports sociaux. En effet, cela pourrait permettre de minimiser l'impact psychosocial négatif, internet étant considéré comme un outil de soutien même si des chercheurs comme Holbrey et Coulson (2013) s'inquiètent de la crédibilité des informations que l'on peut trouver sur le net.

Comme le souligne Coulson (2013) dans une étude sur le soutien en ligne dans le cas de maladies inflammatoires de l'intestin, il est probable que le patient rencontre des difficultés d'évaluation de la qualité et de la crédibilité des informations qu'il partage sur le Net avec d'autres personnes. Cependant il n'existe, à l'heure actuelle, que peu d'études sur le sujet dans le contexte des ovaires polykystiques.

La recherche de Percy et Murray (2010) a démontré qu'il y avait une recherche de soutien de la part des femmes sur les réseaux. Ils parlent même de soutien socio-émotionnel. Selon eux, les femmes seraient plus ouvertes en ligne, et leurs éventails de préoccupation seraient plus grands que lorsqu'on leur demande de remplir des questionnaires à réponses fermées.

Selon Holbrey et Coulson (2013), le fait de savoir que d'autres femmes souffrent du même syndrome leur semble être utile dès le moment où elles ne sont plus seules à avoir le même sentiment et une forme d'identification se met en place.

Les groupes de soutiens en ligne semblent importants, car il semblerait qu'il y ait un véritable manque d'informations partagées par les professionnels de la santé et les patientes. Dans l'étude qualitative menée par Holbrey et Coulson (2013) sur le soutien social en ligne, plusieurs femmes relatent leurs méconnaissances sur la maladie et du bien fait que les réseaux leur ont procuré en s'informant sur le sujet. Les informations

et les conseils qu'elles ont pu obtenir grâce aux réseaux concernant les symptômes et les angoisses leur ont été fortement utiles.

Il semblerait que le fait de faire partie d'un réseautage de soutien permettrait aux femmes de gagner en confiance et de se sentir plus à même de demander de l'aide aux professionnels de la santé et de communiquer sur leur état de santé (Holbrey & Coulson, 2013). La communication permettrait également aux femmes d'être plus en connaissance des traitements possibles et de refuser, de ce fait, certaines propositions pour en choisir d'autres. Elles développeraient selon Holbrey et Coulson (2013) plus de facilité à la prise de décision.

Les bienfaits d'un soutien social permettront également aux femmes d'être plus optimistes et de retrouver de l'espoir.

Il y a également des points négatifs. Comme l'avait stipulé Santiago Delfosse (2002) dans son livre, le soutien social peut être aussi positif que négatif. En effet, Holbrey et Coulson (2013) le soulignent dans leur article. Le fait de partager sur les réseaux peut également accroître l'anxiété chez certaines femmes, lorsque celles-ci lisent des récits de femmes qui vont très mal, les propulsant dans une perspective plutôt négative de ce que pourrait être leur futur.

Il ressort de l'étude de Percy et Murray (2009) une véritable volonté pour les femmes que de participer à des groupes de soutiens. Les sujets semblent avoir apprécié de pouvoir assister à des réunions. Cela a permis aux femmes de consolider leurs connaissances ou d'en acquérir ou de leur fournir un soutien socio émotionnel (Gottlieb 2000, Ostberg & Lennartsson 2007) lors de récits de vie, il y a une identification à l'autre. Le fait de partager ses expériences et son vécu au sein de groupes permet au sujet de se reconnaître et d'appartenir à une communauté, ce qui lui donnera le sentiment d'avoir trouvé sa place.

Le support social semble important, mais plus apprécié quand il vient des pairs selon Ussher, Kirsten, Butow et Sandoval (2006)

De ce fait, le corps médical devrait envisager de fournir un soutien par les pairs afin de prévenir la détresse des femmes pour leur permettre une meilleure autogestion de la maladie.

6.1.6. Subjectivité et discours du patient

La subjectivité du sujet étant primordiale en psychologie qualitative de la santé, il existe un véritable intérêt dans la prise en compte du discours du patient. C'est par la narration que l'on peut avoir une vision plus globale de son vécu et son style de vie. Les cliniciens utiliseront même un langage commun avec leurs patients, afin de bénéficier d'une meilleure compréhension de la situation.

Le patient est considéré comme une variable à part entière (Santiago Delfosse, 2002).

Dès que l'on s'intéresse à un sujet humain, il est nécessaire d'intégrer plusieurs aspects cognitifs tels que la perception des événements de vie vécus par le sujet, le poids accordé au stress, le support social et la prise en compte des perceptions du sujet (Santiago Delfosse, 2002).

La distinction entre la perception cognitive de la maladie et le vécu est importante. En effet, nous pouvons percevoir la maladie d'une manière, comme si elle paraissait banale et la vivre différemment. C'est pourquoi l'étude qualitative de l'expérience du sujet ainsi qu'une compréhension subjective du vécu de la maladie est nécessaire.

L'approche qualitative s'intéresse au discours et à la façon dont le sujet exprime son monde avec des mots. Il y a un véritable engouement pour le sens vécu, qui va au-delà du ressenti et de l'éprouvé (Santiago Delfosse, 2002).

La maladie n'est pas stable ni détachable du sujet et on ne saurait la séparer des autres aspects de la vie quotidienne de celui-ci, c'est pourquoi elle nécessite donc d'être étudiée qualitativement dans son ensemble et dans sa représentation pour le patient. Il est en effet primordial, de comprendre comment la personne donne du sens à son vécu et les conséquences que cela peut avoir sur lui. Une maladie affecte tous les domaines et aspects de la vie du patient.

Radley (1999), donne l'exemple d'un homme victime d'un arrêt cardiaque l'ayant contraint à cesser son activité professionnelle. Son identité a changé au point de ne plus être l'homme qui subvient aux besoins financiers de sa famille. Dans ce cas, des tentatives individuelles sont mises en place afin de tenter de maintenir ou d'établir une identité viable et un sens moral. L'expérience de la maladie se reflète à travers différents domaines. Être malade n'est pas un état spécifique, mais une affectation de la totalité de l'être. La psychologie qualitative de la santé propose un modèle dans lequel le sens de la maladie pour le sujet est intrinsèquement lié au phénomène et au contexte.

Le sujet change par ses interactions et, de ce fait, modifie son environnement. Dans ce contexte, Radley (1999) stipule que lorsqu'un patient est interviewé, il ne s'agit pas seulement de parler de sa maladie, mais cet échange avec un tiers va soulever certains questionnements sur ce qu'il ressent, peut ou souhaite dire. Tout repose sur la forme de l'entretien et de la relation. En effet, parler de sa santé veut dire se mettre à nu. L'interview est une situation dans laquelle la personne expose son reflet de personne malade. L'expérience de la maladie se reflète toujours à travers les domaines sociaux et à travers les mots, l'interview permet de refléter d'autres domaines.

Selon Radley (1999), la santé et la maladie ne sont pas des entités en elles-mêmes, mais des expériences. Ces expériences prennent du sens et deviennent réelles quand elles sont pensées, à travers d'autres domaines ou sphères de la vie de tous les jours. C'est pourquoi l'interview qualitative est une occasion permettant la réflexion. La psychologie qualitative de la santé souhaite savoir ce que le fait d'être patient dans une situation de souffrance ou de maladie signifie.

6.1.7 Les bénéfices et intérêts des recherches qualitatives dans le cadre des ovaires polykystiques

Selon Aubin-Auger & al (2008) il est d'usage d'utiliser les méthodes qualitatives lorsque l'on s'intéresse à la subjectivité ou à un facteur d'étude difficilement mesurable. C'est pourquoi, afin de pouvoir relater le vécu des femmes atteintes des ovaires polykystiques, il faudrait avoir accès à des recherches qualitatives et s'intéresser au discours des patientes afin de mieux les comprendre. Le sujet étant considéré comme étant l'expert de sa situation, il est donc le seul à pouvoir relater son vécu, exprimer son ressenti et son histoire face à la maladie.

Les recherches qualitatives permettent de mieux comprendre la maladie au travers des récits des patientes. Selon Amiri et al. (2014), les discours des patientes aiderait les prestataires de la santé à fournir des soins plus adaptés et leur permettrait de pouvoir éduquer les femmes afin qu'elles puissent faire face à la maladie et ses symptômes. De surcroît, communiquer sur son état de santé permet aux femmes de se sentir moins seules, de s'identifier et de se faire entendre. Le but de telles recherches est de mettre en perspective la complexité humaine et dans le cas des ovaires polykystiques de ne pas stigmatiser les cas.

Dans la littérature il existe quelques recherches qualitatives dans le contexte des ovaires polykystiques ; (Amiri, Ramezani Therani, Simbar, Montazeri et Mohammadpour Thamtan, 2014 ; Jones, Hall, Lashen, Balen et Ledger, 2011 ; Sanchez, 2016). Cependant cela reste très maigre face au nombre de recherches quantitatives et face à l'enjeu de la prise en charge de la maladie qui pourrait être améliorée grâce à des recherches qualitatives. La maladie est un tout indivisible et la prise en charge devrait comprendre ce « tout ». « La maladie prend en compte les différentes dimensions du sujet, le sens de la maladie et refuse la division corps-esprits » (Santiago-Delfosse & Chamberlin, 2008)

De plus, dans ces études, la notion de corporéité telle qu'elle est développée dans le modèle corporo-sociéto-psychologique est très peu explorée. Le vécu somatique et la représentation émotionnelle subjective de la patiente ne sont pas forcément pris en

compte. Les études qualitatives existantes concernent particulièrement les domaines suivants : l'impact psychologique et l'impact social de la maladie.

Chapitre 7 : Apport du modèle Corporo-sociéto-psychologique

7.1 Modèle corporo-sociéto-psychologique de Santiago Delfosse

Au début des années 2000, le modèle corporo-sociéto-psychologique fut élaboré par Santiago Delfosse. Un modèle complet et intégratif tenant compte de l'articulation des 3 dimensions précitées. Complément au modèle bio-psycho-social, ledit modèle permet de mettre en exergue le fait que lorsque l'on souffre d'une maladie, les dimensions corporelles, sociétales et psychologiques sont touchées, amenant le sujet à reconstruire son monde (Santiago Delfosse, 2002).

Ce modèle se base principalement sur la combinaison des travaux de Wallon et Vygotski. En effet, tous deux mettent en évidence que l'aspect social joue un rôle prédominant dans la vie du patient.

Selon Wallon, les émotions permettent de s'exprimer et de se faire comprendre. Il étudie les émotions dans leur dimension sociale.

Vygotski, quant à lui, part du postulat que le développement de l'enfant se fait par le lien social. C'est par les gestes, que l'enfant se fait comprendre. Ses actions réguleront ses interactions avec les autres.

Dans le modèle corporo-psycho-social, l'individu est perçu comme un être social dont les actions auront des conséquences, soit des réactions intra et interpersonnelles. En effet, la corporéité correspond au vécu somatique et à la représentation émotionnelle subjective du patient. Ce qu'il va faire et la manière dont il va réagir influenceront les

réponses dans son milieu, lui permettant ainsi de s'adapter, en prenant en compte les co-constructions psychologiques qui découlent de ces échanges.

Dans une perspective qualitative de la santé, il faut modéliser la place de la corporéité dans la relation sociale de la maladie. Il est impossible de faire l'impasse sur les expressions corporelles, fondement de la communication interpersonnelle (Santiago Delfosse, 2002).

Le modèle proposé par Santiago Delfosse offre ainsi une vision globale, qui permet d'avoir un aperçu sur le vécu des patients. La personne atteinte par la maladie doit apprendre à vivre avec et s'exprimer sur son vécu. Le sujet est également en phase de devenir un patient. Son rôle dans la société et dans son monde va changer.

L'être humain est à considérer dans son entier. Les trois facteurs s'influencent dans le cadre des ovaires polykystiques comme dans une spirale. La perturbation d'éléments entraîne un bouleversement total. En effet, selon une étude iranienne menée par Amiri et al. (2014) les relations interpersonnelles sont mises à mal de par la perception des symptômes par la patiente, qui ressent une honte et de ce fait, se renferme sur elle-même. Ce sentiment d'isolement n'aide pas dans le cas de la dépression et impacte significativement la qualité de vie. L'être humain s'ajuste en permanence à son environnement et au contexte.

Le modèle corporo-sociéto-psychologique, rend compte de la fonction psychologique du corps et de ses altérations dans la maladie, mais également de la dynamique des insertions humaines à la fois dans la corporéité, dans la culture / socialité et au niveau psychologique (Santiago Delefosse, 2015).

7.2 Les apports du modèle dans le SOPK

Le modèle corporo-sociéto-psychologique semble adapté dans le cadre du SOPK pour plusieurs raisons que je vais vous présenter.

7.2.1. Une prise en charge adaptée

D'un point de vue corporelle : Le corps a une fonction psychologique. Il est la première relation à l'autre. L'évaluation de l'image corporelle des femmes étant négatives lors du syndrome des ovaires polykystiques il serait bénéfique de travailler sur le sujet. Les femmes ne se sentent plus attirantes, mais observées et différentes au point, parfois, d'avoir l'impression de perdre leur identité de femme.

Dans l'étude de Amiri et al. (2014) une femme a déclaré que sa beauté était altérée par l'hirsutisme : « *La beauté est très importante pour une femme. Ma perte de cheveux me dérange vraiment ; elle est trop sévère. Réduis ma beauté.* » (Amiri & al., 2014, para.23)

Une autre déclare : « *Pour moi, l'hirsutisme est principalement important, car il affecte la beauté des gens* ». (Amiri & al., 2014, para.25)

D'autres semblent être plus préoccupées par leur poids et déclarent avec tristesse : « *Je vois des couches de graisse dépasser de chaque côté de mon corps. Tous ceux qui me voient disent: "pourquoi tu es si grosse?"* » (Amiri & al., 2014, para.22)

Les imperfections cutanées semblent également pesées sur le moral de ses femmes : « *Je pourrais le tolérer si ce n'était que l'éruption cutanée ; ma couleur de peau s'assombrit aussi. Les cicatrices d'éruptions cutanées restent sur mon visage et le rendent plein de taches* » (Amiri & al., 2014,para.26).

Finalement la question de fertilité amène la femme à remettre en question son identité : « *Le problème de la fertilité est plus important pour moi que la croissance excessive des cheveux. Je peux résoudre les problèmes d'obésité, mais pas les cheveux excessifs ni la fertilité. Je sens que si je ne peux pas porter d'enfant, je perdrai tout sentiment d'être une femme.* » (Amiri & al., 2014,para.17)

C'est pourquoi une prise en charge adaptée consisterait en une écoute du vécu des symptômes par la patiente et une mise en avant des possibilités existantes de traitements pour traiter les problèmes cibles.

7.2.2. D'un point de vue social

Un des symptômes secondaires des ovaires polykystiques est l'isolement social. Les femmes ne se sentent pas assez soutenues par le corps médical et n'osent, que rarement, communiquer avec leurs pairs de la situation. Comme nous l'avons vu, ne se sentant pas féminines et souffrant d'une baisse de l'estime d'elles-mêmes, elles préfèrent s'isoler plutôt que d'affronter le regard des autres et l'incompréhension générale.

Dans l'étude d'Amiri et al. (2014) une femme a déclaré avec tristesse: « *Parfois, j'entends quelque chose sur l'hirsutisme ou l'infertilité et je pense que si d'autres personnes vous comprennent, il serait plus facile de faire face à ce problème ; sinon ce serait si difficile* » (para. 40).

Dans le cadre de cette maladie, il faut prôner l'interaction sociale et interpersonnelle, que ce soit avec les pairs ou avec le corps médical. La patiente est isolée et il faut travailler là-dessus afin de permettre au sujet de développer des relations de confiance avec les pairs et le personnel de la santé et permettre, de cette façon, un changement dans le comportement, que ce soit pour des symptômes psychiques ou physiques.

7.2.3. D'un point de vue psychologique

Comme l'exposent Amiri et al. (2014) dans leur article, la plupart des femmes atteintes des ovaires polykystiques estiment avoir une santé mentale différente de celles dites « en bonne santé ». La plupart des femmes souffrent de dépression, de stress, d'anxiété et d'angoisse.

Lors d'un entretien passé dans le cadre de l'étude d'Amiri et al. (2014) une femme déclare : « *La santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou de douleur. À mon avis, l'aspect psychologique de ce syndrome est plus important que la douleur.* » (Para. 29)

En effet, lorsque l'on analyse les différents discours des patientes dans cette étude, il en ressort qu'elles se sentent nerveuses face à l'incompréhension de ce qui leur arrive et éprouvent de la déception et de la tristesse. Certaines limitent leurs relations avec autrui afin d'éviter de devoir expliquer leur situation.

Pour impacter positivement sur la dépression, l'anxiété et le stress, il semblerait judicieux de travailler sur la communication et l'information. Cela permettrait aux femmes de pouvoir être en connaissance des faits et de mieux appréhender la situation. Le contact social avec les pairs ou les médecins pourrait également permettre aux femmes de s'exprimer plus librement.

7.2.4. D'un point de vue émotionnel

Il y a une grande détresse émotionnelle chez les femmes atteintes par le syndrome des ovaires polykystiques. *'Je me sens si faible à cause de ce syndrome. Je trouve ça douloureux. Elles ne ressentent aucune douleur, en revanche, il existe de nombreux problèmes émotionnels et mentaux. Parfois, je m'assois, j'observe et je réfléchis pendant une heure à cette question ; « que va-t-il se passer alors? Existe-t-il un traitement ou est-il limité comme beaucoup d'autres choses ? »* (Amiri & al., 2014, para.34)

La communication, ou un simple échange permettrait d'améliorer la confiance et l'estime de soi ainsi que les sentiments de faiblesse, de détresse et d'anomalie.

Chapitre 8 : Mise en perspective critique et réflexive

La recherche dans la littérature a permis de mettre en évidence plusieurs éléments importants comme la complexité de cette maladie, le manque d'information, le mauvais suivi dont bénéficient les patientes et le besoin d'un soutien psychologique.

Le changement dans la vie des femmes a été mis en lumière et souligne l'importance d'être correctement diagnostiqué, suivi et conseillé.

Comme postulé par Santiago Delfosse (2002) la maladie est un ensemble indissociable du corps et de l'esprit. Définition qui est forte intéressante surtout dans le cadre de ce travail. En effet, il a été démontré que le syndrome des ovaires polykystiques était une maladie englobant l'entier de la patiente. Les symptômes étant tout autant psychiques que physiologiques.

Comme il l'a été démontré, l'attitude de la femme et son ressenti peuvent jouer un rôle prédominant sur la symptomatologie. En effet, c'est au travers de son comportement qu'une personne peut changer. Le lifestyle joue un rôle prédominant dans le traitement des ovaires polykystiques. C'est pourquoi, d'une certaine façon, la femme peut être responsable de la guérison de certains symptômes dans un champ de santé comportementale. En modifiant des comportements inadéquats, elle se dirigerait vers un mieux.

De plus, nous avons mis en lumière les effets positifs d'un support social adapté, dans la gestion de la maladie.

La psychologie de la santé s'inscrit dans ces champs. Elle stipule que la maladie fait partie de l'ensemble du sujet, et dans ce contexte-là, le modèle corporo-sociéto psychologique serait tout à fait adapté à la prise en charge du SOPK.

C'est pourquoi il est étonnant de constater que si peu d'études dans ce domaine aient été menées.

C'est en travaillant sur le modèle corporo-sociéto-psychologique que l'on pourra se rencontre compte de l'ampleur de la souffrance et des besoins des patientes.

Les différents facteurs s'influencent entre eux, c'est pourquoi il faut une prise en charge intégrale et spécifique pour pouvoir soigner et accompagner la patiente.

De surcroît, la parole des patientes est un des outils les plus utiles afin de pouvoir cibler une prise en charge adaptée. La patiente est l'experte de sa maladie et de son vécu. C'est pourquoi les recherches qualitatives sont un réel manque dans la recherche sur les ovaires polykystiques.

Ce manque provoquent une forme de marginalisation de la maladie. Les femmes se sentent seules, incomprises et différentes. Alors que la prévalence de la maladie dans le monde est élevée.

Les recherches qualitatives permettrait aux femmes de comprendre que ce qu'elles vivent est commun dans cette maladie. Lire les expériences psychologiques, sociales, émotionnelles, d'autres patientes permettrait peut-être de les rassurer face à leur ressenti, mais c'est à elles de s'exprimer sur le domaine.

Conclusion

Le SOPK est une maladie fortement répandue dans la population féminine sur l'entier du globe.

Cependant, si l'on tient compte des connaissances biomédicales qui sont plutôt bonnes, il existe une véritable carence d'informations subjectives sur le sujet. Le discours des patientes atteint des ovaires polykystiques n'est pas assez pris en compte. En effet, hormis les recherches qualitatives iraniennes, il n'en existe pratiquement aucune relatant le vécu subjectif des femmes. Il faut se rendre sur des forums pour entrevoir des récits et comprendre la détresse que dégage cette maladie. La parole n'est pas donnée à ces patientes qui connaissent mieux que quiconque leur situation et leurs souffrances. Le manque de recherches qualitatives est une véritable problématique. Il en résulte une carence d'informations qui pourraient être utiles à la recherche ainsi qu'au personnel soignant ce qui permettrait une meilleure prise en charge.

Ces 10 dernières années, les études concernant le SOPK ont augmenté, permettant ainsi à la maladie d'être mieux reconnue même si les investigations restent majoritairement quantitatives. L'état de fait de la littérature démontre un intérêt grandissant pour le sujet et il en résulte que les chercheurs commencent à s'intéresser aux discours subjectifs des femmes et des recherches qualitatives comme celle d'Authier et al. (2020) commencent à apparaître.

Il a fallu du temps pour légitimer les recherches concernant le SOPK. Selon Sanchez (2020), c'est seulement depuis 2017 que la nécessité de poursuivre des recherches afin d'améliorer les options de traitement et de soins est reconnue.

Cependant, certains domaines de recherche comme l'aspect psychologique reste sous étudié. En effet, selon El Hayek et al. (2016) il faudrait accorder plus de crédit à l'aspect psychologique de la maladie et se concentrer, dans le futur, sur la relation de cause à effet entre le SOPK et les troubles psychiques.

Le fait de s'intéresser aux troubles psychologiques ainsi qu'au domaine social permettrait une meilleure prise en charge et une diminution des symptômes.

La proposition de thérapie psychologique n'est pas assez, voire pas du tout, proposée alors qu'elle pourrait être un vecteur significatif d'amélioration de certains symptômes et permettre à la patiente de se sociabiliser, de parler et de s'éduquer sur sa maladie.

Quant à l'impact social, il joue un rôle prédominant dans le cadre des ovaires polykystiques. Il influence significativement l'état de santé de la patiente en influençant son comportement. Le soutien permet une amélioration de l'estime de soi et une réduction du stress.

De surcroît, comme nous l'avons souligné, l'aspect émotionnel est lui aussi très important dans le cas de maladie, car il influence les comportements de santé. C'est pourquoi la psychologie qualitative de la santé serait d'utilisation judicieuse, afin de mettre en lumière l'aspect subjectif de la corporéité dans les cas d'ovaires polykystiques. Les recherches plus précises et intégrales, prenant en compte le côté corporo-psycho-sociale de la maladie seraient bénéfiques, pour les patientes et la recherche. Les patientes atteintes de SOPK sont deux fois plus susceptibles d'être admises à l'hôpital par rapport aux patientes saines (Hart et Doherty, 2015). Par conséquent, un diagnostic précis et précoce du SOPK est nécessaire (El Hayek et al., 2016) et permettrait de réduire les problèmes liés à la maladie. Comme vu dans cet état de la littérature et selon le modèle corporo-sociéto-psychologique, les 3 facteurs s'influencent entre eux, c'est pourquoi la prise en charge doit s'adapter à ses trois facteurs en proposant un panel plus large d'interventions, incluant des thérapies et groupes de discussion. En effet, le soin des femmes ne devrait pas se réduire à un traitement médical et pharmacologique.

Comme le soulignent Teede et al. (2010) les soins proposés devraient être multidisciplinaires.

Finalement, il serait temps de laisser la parole aux véritables expertes de la maladie, qui saurons expliquer et clarifier bons nombres d'interrogations.

Glossaire

Anovulation : Condition dans laquelle l'ovaire ne produit pas et ne libère pas d'ovule à chaque cycle menstruel.

Hirsutisme : apparition d'une pilosité de type masculin, sur le corps et sur le visage dans des endroits généralement dépourvus de poils chez la femme.

Hyperandrogénisme : L'hyperandrogénisme clinique est caractérisé par l'hirsutisme, l'acné et des patterns masculins. L'hyperandrogénie biochimique se caractérise par une production excessive et/ou la sécrétion d'androgènes. Elle provoque des symptômes d'acné, inflammation de la peau, pilosité sur le corps et/ou le visage, absence de règles.

Laparoscopie : Procédure médicale utilisée pour examiner l'intérieur de l'abdomen ou du bassin cavités pour diagnostiquer ou traiter (ou les deux) un certain nombre de maladies y compris l'infertilité féminine.

Lutéale : phase se trouvant après l'ovulation, cette phase permet la nidation de l'œuf en cas de fécondation

Ménarche : Début de la première période du cycle menstruel, qui se produit en moyenne entre les âges de 11 et 14 ans.

Oligoménorrhée : Lorsque la durée des cycles menstruels est > 35 ou < 21 jours

Résistance à l'insuline, insulino résistance : Une augmentation du glucose se produit parce que le corps ne peut pas produire suffisamment d'insuline ou l'insuline produite ne fonctionne pas correctement.

SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques

Annexes

Critère diagnostique de la dépression selon le DSM 5

(American Psychological Association, 2005):

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévère) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte. Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque

Bibliographie

- Aubin-Auger, Isabelle & Mercier, Alain & Baumann, L. & Lehr-Drylewicz, A.M. & Imbert, Patrick & Letrilliart, Laurent. (2008). Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 84. 142-145.*
- Authier, M., Normand, C., Jego, M., Gaborit, B., Boubli, L., & Courbiere, B. (2020). Qualitative study of self-reported experiences of infertile women with polycystic ovary syndrome through on-line discussion forums. Annales d'endocrinologie, 81 (5), 487 –492.
<https://doi.org/10.1016/j.ando.2020.07.1110>*
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA : Author*
- Nasiri Amiri, F., Ramezani Tehrani, F., Simbar, M., Montazeri, A., & Mohammadpour Thamtan, R. A. (2014). The experience of women affected by polycystic ovary syndrome: a qualitative study from iran. International journal of endocrinology and metabolism, 12(2), e13612. <https://doi.org/10.5812/ijem.13612>*
- Amiri, M., Bidhendi Yarandi, R., Nahidi, F., Tohidi, M., Ramezani Tehrani, F. (2019). The relationship between clinical and biochemical characteristics and quality of life in patients with polycystic ovary syndrome. Clin Endocrinol (Oxf),90(1),129-137.*
- Azziz, R. (2004). PCOS: a diagnostic challenge. Reprod Biomed Online,8(6),644 – 648.*
- Azziz, R., Carmina E., Dewailly D., Diamanti-Kandarakis E., Escobar-Morreale HF., Futterweit W., Janssen OE., Legro RS., Norman RJ., Taylor AE et al. (2006).*

- Positions statement: criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: an Androgen Excess Society guideline. J Clin Endocrinol Metab ,91(11),4237–4245.*
- Babiss, L. A., Gangwisch, J. E. (2009). Sports Participation as a Protective Factor Against Depression and Suicidal Ideation in Adolescents as Mediated by Self-Esteem and Social Support. Behavioral Pediatrics, 30(5),376-384.<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181b3365>*
- Barnard, L., Ferriday, D., Guenther, N., Strauss, B., Balen, AH., Dye, L. (2007). Quality of life and psychological well being in polycystic ovary syndrome. Hum Reprod, 22 (8), 2279 – 2286. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem108>*
- Barber, T. M., Dimitriadis, G. K., Andreou, A., & Franks, S. (2016). Polycystic ovary syndrome: insight into pathogenesis and a common association with insulin resistance. Clinical medicine (London, England), 16(3), 262–266. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.16-3-262>*
- Barbosa, S. L. — S., Rodien, P., Rachédi, F., & Rohmer, V. (2020). Les nouveaux traitements médicaux du syndrome des ovaires polykystiques. 32, 7.*
- Barry, J. A., Kuczmierczyk, A. R., & Hardiman, P. J. (2011). Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Human reproduction (Oxford, England), 26(9), 2442–2451. <https://doi.org/10.1093/humrep/der197>*
- Bazarganipour, F., Ziaei, S., Montazeri, A., Foroozanfard, F., Kazemnejad, A., & Faghihzadeh, S. (2013). Psychological investigation in patients with polycystic*

ovary syndrome. Health and quality of life outcomes, 11,
141. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-141>

Bazarganipour, F., Ziaei, S., Montazeri, A., Foroozanfard, F., Kazemnejad, A., & Faghihzadeh, S. (2014). Health-related quality of life in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS): a model-based study of predictive factors. The journal of sexual medicine, 11(4), 1023–1032.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12405>

Bazarganipour, F., Taghavi, SA, Montazeri, A., Ahmadi, F., Chaman, R., et Khosravi, A. (2015). L'impact du syndrome des ovaires polykystiques sur la qualité de vie liée à la santé : une revue systématique et une méta-analyse. Revue iranienne de médecine de la reproduction, 13 (2), 61–70.

Benson, S., Hahn, S., Tan, S., Janssen, O. E., Schedlowski, M., & Elsenbruch, S. (2010). Maladaptive coping with illness in women with polycystic ovary syndrome. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN, 39(1), 37–45. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01086.x>

Bhattacharya, S. M., & Jha, A. (2010). Prevalence and risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). Fertility and sterility, 94(1), 357–359. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.025>

Bourch'his, D. (2015). Epigénétique, Un génome, plein de possibilité. Inserm la science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/epigenetique>

Brami, C. (2019) Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome d'ovaire polykystique, <https://www.gyneco->

online.com/fertilite/recommandations-pour-le-diagnostic-et-la-prise-en-charge-du-syndrome-dovaire-polykystique

- Chaudhari, AP, Mazumdar, K., et Mehta, PD (2018). *Anxiété, dépression et qualité de vie chez les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques. Journal indien de médecine psychologique, 40 (3), 239 – 246. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_561_17*
- Ching, H. L., Burke, V., & Stuckey, B. G. (2007). *Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome: body mass index, age and the provision of patient information are significant modifiers. Clinical endocrinology, 66(3), 373–379. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2007.02742.x>*
- Cipkala-Gaffin, J., Talbott, E. O., Song, M. K., Bromberger, J., & Wilson, J. (2012). *Associations between psychologic symptoms and life satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. Journal of women's health (2002), 21(2), 179–187.*
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). *Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression : efficacy of acute group treatment and booster sessions. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38(3), 272–279. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2541>*
- Coffey, S., & Mason, H. (2003). *The effect of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology, 17(5), 379–386.*

Coffey, S., Bano, G., & Mason, H. D. (2006). *Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36)*. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 22(2), 80–86.

Compendium. Consulté le 27 avril 2020 sur <http://compendium.ch>

Cooney, L.G., Milman, L.W., Hantsoo, L., Kornfield, S., Sammel, M.D., Allison, K.C., Epperson, C., Dokras, A. (2018) *La thérapie cognitivo-comportementale améliore la perte de poids et la qualité de vie chez les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques : un essai clinique randomisé pilote*. *Fertilité et stérilité*, 110 (1), 161–171.

Coulson N. S. (2013). *How do online patient support communities affect the experience of inflammatory bowel disease? An online survey*. *JRSM short reports*, 4 (8), 2042533313478004.

<https://doi.org/10.1177/2042533313478004>

Correa, J. B., Sperry, S. L., & Darkes, J. (2015). *A case report demonstrating the efficacy of a comprehensive cognitive-behavioral therapy approach for treating anxiety, depression, and problematic eating in polycystic ovarian syndrome*. *Archives of women's mental health*, 18(4), 649–654.

<https://doi.org/10.1007/s00737-015-0506-3>

Crete, J., & Adamshick, P. (2011). *Managing polycystic ovary syndrome: what our patients are telling us*. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 29(4), 256–266.

<https://doi.org/10.1177/0898010111398660>

Cronin, L., Guyatt, G., Griffith, L., Wong, E., Azziz, R., Futterweit, W., Cook, D., & Dunaif, A. (1998). Development of a health-related quality-of-life questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 83(6), 1976–1987.

<https://doi.org/10.1210/jcem.83.6.4990>

Dashti, S., Latiff, L. A., Hamid, H. A., Sani, S. M., Akhtari-Zavare, M., Abu Bakar, A. S., Binti Sabri, N. A., Ismail, M., & Esfehiani, A. J. (2016). Sexual Dysfunction in Patients with Polycystic Ovary Syndrome in Malaysia. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 17(8), 3747–3751.

Domecq, J. P., Prutsky, G., Mullan, R. J., Hazem, A., Sundaresh, V., Elamin, M. B., Phung, O. J., Wang, A., Hoeger, K., Pasquali, R., Erwin, P., Bodde, A., Montori, V. M., & Murad, M. H. (2013). Lifestyle modification programs in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 98(12), 4655–4663.

<https://doi.org/10.1210/jc.2013-2385>

Dashti, S., Latiff, L. A., Hamid, H. A., Sani, S. M., Akhtari-Zavare, M., Abu Bakar, A. S., Binti Sabri, N. A., Ismail, M., & Esfehiani, A. J. (2016). Sexual Dysfunction in Patients with Polycystic Ovary Syndrome in Malaysia. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 17(8), 3747–3751.

Dean, R. (2019). Polycystic Ovary Syndrome in Adolescence. *Medical Sciences*, 7(10), 101. doi:10.3390/medsci7100101

Debras, E., Fernandez, H., Neveu, M-E., Deffieux, X., Capmas, P. (2019).

Ovarian drilling in polycystic ovary syndrome: Long term pregnancy rate, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 4.

- Deeks, A. A., Gibson-Helm, M. E., & Teede, H. J. (2010). *Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a comprehensive investigation. Fertility and sterility*, 93(7), 2421–2423. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.018>
- Dellapasqua, S., Colleoni, M. (2010) *Létrozole. Expert opin Drug Metab Toxicol*, 6 (2).251-9. doi: 10.1517 / 17425250903540246.
- Dokras, A., Stener-Victorin, E., Yildiz, B. O., Li, R., Ottey, S., Shah, D., Epperson, N., & Teede, H. (2018). *Androgen Excess- Polycystic Ovary Syndrome Society: position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome. Fertility and sterility*, 109(5), 888–899. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.01.038>
- El Hayek, S., Bitar, L., Hamdar, LH, Mirza, FG et Daoud, G. (2016). *Syndrome des ovaires polykystiques : un aperçu mis à jour. Frontiers in physiology* , 7 , 124. <https://doi.org/10.3389/fphys.2016.00124>
- Elsenbruch, S., Benson, S., Hahn, S., Tan, S., Mann, K., Pleger, K., Kimmig, R., Janssen, OE. (2006). *Determinants of emotional distress in women with polycystic ovary syndrome. Hum Reprod*, 21 (4), 1092–1099.
- Elsenbruch, S., Hahn, S., Kowalsky, D., Offner, A. H., Schedlowski, M., Mann, K., & Janssen, O. E. (2003). *Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 88(12), 5801–5807. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030562>
- Eggers, S., & Kirchengast, S. (2001). *The polycystic ovary syndrome--a medical condition but also an important psychosocial problem. Collegium antropologicum*, 25(2), 673–685.

- Farkas, J., Rigô, A., Zsolt, D. (2013). *Psychological aspects of the polycystic ovary syndrome. Gynecological endocrinology, 30, 1-5*
- Fernandez, H., Alby, HD., Gervaise, A., de Tayrac, R., Frydman, R. (2001) *Hydrolaparoscopie transvaginale opératoire pour le traitement du syndrome des ovaires polykystiques : une nouvelle chirurgie mini-invasive Fertil Steril, 75 (3), p. 607 - 611*
- Fratantonio, E., Vicari, E., Pafumi, C., & Calogero, A. E. (2005). *Genetics of polycystic ovarian syndrome. Reproductive biomedicine online, 10 (6), 713 – 720. [https://doi.org/10.1016/s1472-6483\(10\)61114-5](https://doi.org/10.1016/s1472-6483(10)61114-5)*
- Franik, S., Eltrop, S. M., Kremer, J. A., Kiesel, L., & Farquhar, C. (2018). *Aromatase inhibitors (letrozole) for subfertile women with polycystic ovary syndrome. The Cochrane database of systematic reviews, 5(5), CD010287. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010287.pub3>*
- Giacobini, P. (2019). *Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) Un trouble fréquent, première cause d'infertilité féminine. Inserm La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/syndrome-ovaires-polykystiques-sopk>*
- Glibbst T., Potter L., Boarman S. (2009) *Nurse-led peer support group: experiences of women with polycystic ovary syndrome. Journal of Advanced Nursing, 65(10), 2046–2055. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05061.x*
- Gonzalez F. (1997). *Adrenal involvement in polycystic ovary syndrome. Seminars in reproductive endocrinology, 15(2), 137–157. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1016296>*

- Gottlieb, B. H. (2000). *Selecting and planning support interventions*. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (p. 195–220). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0006>
- Grasso, M. (2019). *La syndrome dell'Ovaio Policistico e le sue implicazioni psicologiche, emotive e relazionali: Una guida evidence based per la donna con PCOS*. Italie : Independently published.
- Greil A. L. (1997). *Infertility and psychological distress: a critical review of the literature*. *Social science & medicine* (1982), 45 (11), 1679 –1704. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00102-0)
- Goodman, N. F., Cobin, R. H., Futterweit, W., Glueck, J. S., Legro, R. S., Carmina, E., American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), American College of Endocrinology (ACE), & Androgen Excess and PCOS Society (AES) (2015). *AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS, AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY, AND ANDROGEN EXCESS AND PCOS SOCIETY DISEASE STATE CLINICAL REVIEW: GUIDE TO THE BEST PRACTICES IN THE EVALUATION AND TREATMENT OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME--PART 1*. *Endocrine practice : official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, 21(11), 1291–1300. <https://doi.org/10.4158/EP15748.DSC>
- Hahn, S., Tan, S., Elsenbruch, S., Quadbeck, B., Herrmann, B. L., Mann, K., & Janssen, O. E. (2005). *Clinical and biochemical characterization of women*

- with polycystic ovary syndrome in North Rhine-Westphalia. Hormone and metabolic research = Hormon- und Stoffwechselforschung = Hormones et métabolisme*, 37(7), 438–444. <https://doi.org/10.1055/s-2005-870236>
- Hahn, S., Janssen, O. E., Tan, S., Pleger, K., Mann, K., Schedlowski, M., Kimmig, R., Benson, S., Balamitsa, E., & Elsenbruch, S. (2005). *Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. European journal of endocrinology*, 153(6), 853–860. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02024>
- Hatch, R., Rosenfield, R. L., Kim, M. H., & Tredway, D. (1981). *Hirsutism: implications, etiology, and management. American journal of obstetrics and gynecology*, 140(7), 815–830. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(81\)90746-8](https://doi.org/10.1016/0002-9378(81)90746-8)
- Himelein, M. J., & Thatcher, S. S. (2006). *Depression and Body Image among Women with Polycystic Ovary Syndrome. Journal of Health Psychology*, 11(4), 613–625. <https://doi.org/10.1177/1359105306065021>
- Himelein, M. J., & Thatcher, S. S. (2006). *Polycystic ovary syndrome and mental health: A review. Obstetrical & gynecological survey*, 61(11), 723–732. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000243772.33357.84>
- Holbrey, S., Coulson, N. (2013) *A qualitative investigation of the impact of peer to peer online support for women living with Polycystic Ovary Syndrome. BMC Women's Health*, 13, 51. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-51>
- Hollinrake, E., Abreu, A., Maifeld, M., Van Voorhis, B. J., & Dokras, A. (2007). *Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. Fertility and sterility*, 87(6), 1369–1376. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.11.039>

- Homburg R. (2003). *The management of infertility associated with polycystic ovary syndrome. Reproductive biology and endocrinology : RB&E*, 1, 109.
<https://doi.org/10.1186/1477-7827-1-109>
- Jahanpur, P., Tabarin, A., Auder, C., Gaye, D., Reich, S., Collet, D., Cogne, M., Favier, F., Rault, A., & Wagner, T. (2012). *Performances du scanner dans l'évaluation des incidentalomes surrenaliens. 2.*
- Jones, G. L. (2004). *The Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ) : à validation. Human Reproduction*, 19(2), 371-377.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deh048>
- Jones, G. L., Benes, K., Clark, T. L., Denham, R., Holder, M. G., Haynes, T. J., Mulgrew, N. C., Shepherd, K. E., Wilkinson, V. H., Singh, M., Balen, A., Lashen, H., & Ledger, W. L. (2004). *The Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ): à validation. Human reproduction (Oxford, England)*, 19(2), 371–377.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deh048>
- Jones, G., Hall, JM., Lashen, HL., Balen, AH., Ledger. (2011) *Health-Related Quality of Life Among Adolescents with Polycystic Ovary Syndrome. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 5 (40), 577-588
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). *Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. Clinical psychology review*, 31(6), 1041–1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Kitzinger, C. & Willmott, J. (2002). *'The thief of womanhood': women's experience of polycystic ovarian syndrome. Soc Sci Med*, 54(3), 349–361.

Kogure, G. S., Ribeiro, V. B., Lopes, I. P., Furtado, C. L. M., Kodato, S., Silva de Sá, M. F., Ferriani, R. A., Lara, L. A. da S., & Maria dos Reis, R. (2019). Body image and its relationships with sexual functioning, anxiety, and depression in women with polycystic ovary syndrome. Journal of Affective Disorders, 253, 385-393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.006>

Larousse. (s. d.). Réussite. Dans Le Dictionnaire Larousse en ligne. Consulté le 25 avril 2020 sur

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9ussite/69039>

<https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2485712-syndrome-ovaires-polykystiques-symptomes-et-traitement/>

Le journal des femmes. Consulté le 8 juin 2020 sur

<https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2485712-syndrome-ovaires-polykystiques-symptomes-et-traitement/>

Lima Nunes, R., Dos Santos, I. K., Cobucci, R. N., Pichini, G. S., Soares, G. M., de Oliveira Maranhão, T. M., & Dantas, P. (2019). Lifestyle interventions and quality of life for women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis protocol. Medicine, 98(50), e18323.

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018323>

Mavromati, M., Philippe, J. (2015). Syndrome des ovaires polykystiques : quoi de neuf ? . Rev Med Suisse, <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-477/Syndrome-des-ovaires-polykystiques-quoi-de-neuf>.

Månsson, M., Holte, J., Landin-Wilhelmsen, K., Dahlgren, E., Johansson, A., & Landén, M. (2008). Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious--a case control

study. Psychoneuroendocrinology, 33(8), 1132–1138.

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.06.003>

McCook, J. G., Reame, N. E., & Thatcher, S. S. (2005). *Health-related quality of life issues in women with polycystic ovary syndrome. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN, 34(1), 12–20.*

<https://doi.org/10.1177/0884217504272945>

Merviel, P., Bouée, S., Ménard, M., Le Martelot, M.-T., Roche, S., Lelièvre, C., Chabu, J.-., Jacq, C., Drapier, H., Beauvillard, D. (2017). *Quelles stimulations pour quelles femmes : le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Gynécologie obstétrique fertilité & sénologie. 45 (11), 623-631.*

Mirghafourvand, M., Charandabi, SM., Lak, TB., Aliasghari, F. (2014). *Predictors of Depression in Iranian Women with Polycystic Ovarian Syndrome. Community Ment Health, 54, 1274 – 1283. https://doi.org/10.1007/s10597-017-0188-6*

Murray, Michael. (2000). *Reconstructing Health Psychology: An Introduction. Journal of health psychology. 5. 267-71.*

Nadkarni Ruffle, K., West, K., Knight, B. (2015). *6 effective steps to manage your PCOS, How many small lifestyle changes make a big difference. Anglais. CreateSpace Independent Publishing Platform*

Nasri, H., & Rafieian-Kopaei, M. (2014). *Metformin: Current knowledge. Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences, 19(7), 658–664.*

Noroozadeh, M., Tehrani, F., Mobarakabadi, S. (2017). *Sexual function and hormonal profiles in women with and without polycystic ovary syndrome: a*

population-based study. Int J Impot Res, 29, 1–6.

<https://doi.org/10.1038/ijir.2016.35>

Sanchez, N. (2020). *Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Marginalized Population in the United States, Health & Social Work. 45(1) 40–46, <https://doi.org/10.1093/hsw/hlz033>*

Norman, R. J., Davies, M. J., Lord, J., & Moran, L. J. (2002). *The role of lifestyle modification in polycystic ovary syndrome. Trends in endocrinology and metabolism: TEM, 13(6), 251–257. [https://doi.org/10.1016/s1043-2760\(02\)00612-4](https://doi.org/10.1016/s1043-2760(02)00612-4)*

Nym., J.(2020). *L’approche centrée sur la personne. psychologies. <https://www.psychologies.com/Therapies/Toutes-les-therapies/Psychotherapies/Articles-et-Dossiers/L-approche-centree-sur-la-personne>.*

Ostberg V. & Lennartsson C. (2007) *Getting by with a little help: the importance of various types of social support for health problems. Scandinavian Journal of Public Health 35(2), 197–204*

Percy C, Murray S : *The role of an online peer-to-peer health community in addressing psychosocial concerns and social support in polycystic ovary syndrome. Int J Web-based Commun. 2010, 6: 349-361.*

Podfigurna-Stopa, A., Luisi, S., Regini, C., et al. (2015). *Mood disorders and quality of life in polycystic ovary syndrome. Gynecol Endocrinol;31:431–4.*

Rasgon, NL., Rao, RC., Hwang, S., Altshuler, LL., Elman, S., Zuckerbrow-Miller J, Korenman SG. (2003). *Depression in women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. J Affect Disord ;74: 299 – 304.*

Roessler, K. K., Glintborg, D., Ravn, P., Birkebaek, C., & Andersen, M. (2013).

Supportive relationships – Psychological effects of group counselling in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). Communication & Medicine, 9(2), 125-131. <https://doi.org/10.1558/cam.v9i2.125>

Rofey DL, Szigethy EM, Noll RB, Dahl RE, Lobst E, Arslanian SA (2009) Cognitive-behavioral therapy for physical and emotional disturbances in adolescents with polycystic ovary syndrome: a pilot study. *J Pediatr Psychol* 34:156–163. doi:10.1093/jpepsy/jsn057

Sanchez, N., & Jones, H. (2016). « Less than a wife » : A study of polycystic ovary syndrome content in teen and women's digital magazines. *Journal of Medical Internet Research, 18(6), e89.*

Sanchez N. (2018). Pertinence des enquêtes nationales sur les soins de santé pour examiner les services de santé comportementale associés au syndrome des ovaires polykystiques. *Le journal des services de santé comportementale et de la recherche, 45 (2), 252-268. <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9543-6>*

Sanchez, N. (2020). Women with Polycystic Ovary Syndrome : A Marginalized Population in the United States. *Health & Social Work, 45(1), 40-46. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlz033>*

Santiago-Delfosse, M. (2002) *psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques. Belgique : Pierre Mardaga éditeur.*

Santiago-Delfosse, M., & Chamberlain, K. (2008). *Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de la santé (health psychology) à la psychologie critique de la santé (critical health*

psychology). *Psychologie Française*, 53(2), 195-210.

<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2008.03.002>

Scarpello, J. H., & Howlett, H. C. (2008). *Metformin therapy and clinical*

uses. *Diabetes and Vascular Disease Research*, 157–

167. <https://doi.org/10.3132/dvdr.2008.027>

Schmid, J., Kirchengast, S., Vytiska-Binstorfer, E., & Huber, J. (2004). *Infertility*

caused by PCOS--health-related quality of life among Austrian and Moslem

immigrant women in Austria. *Human reproduction (Oxford, England)*, 19(10),

2251–2257. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh432>

Stefanaki, C., Bacopoulou, F., Livadas, S., Kandaraki, A., Karachalios, A., Chrousos,

G. P., & Diamanti-Kandarakis, E. (2015). *Impact of a mindfulness stress*

management program on stress, anxiety, depression and quality of life in

women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial. *Stress*

(Amsterdam, Netherlands), 18(1), 57–66.

<https://doi.org/10.3109/10253890.2014.974030>

10.3109/10253890.2014.974030

Tan, S., Hahn, S., Benson, S., Janssen, O. E., Dietz, T., Kimmig, R., Hesse-Hussain,

J., Mann, K., Schedlowski, M., Arck, P. C., & Elsenbruch, S. (2008).

Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary

syndrome. *Human reproduction (Oxford, England)*, 23(9), 2064–2071.

<https://doi.org/10.1093/humrep/den227>

Teede, H., Deeks, A. & Moran, L. *Syndrôme des ovaires polykystiques : une*

condition complexe avec des manifestations psychologiques, reproductives et

- métaboliques qui ont un impact sur la santé tout au long de la vie. BMC Med 8, 41 (2010). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-41>*
- Teede, H. J., Misso, M. L., Deeks, A. A., Moran, L. J., Stuckey, B. G., Wong, J. L., Norman, R. J., Costello, M. F., & Guideline Development Groups (2011). Assessment and management of polycystic ovary syndrome: summary of an evidence-based guideline. The Medical journal of Australia, 195(6), S65–S112.*
- Torre, A., Fernandez, H. (2007). Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 36(5), 423–446.*
- Thomson, R. L., Buckley, J. D., Lim, S. S., Noakes, M., Clifton, P. M., Norman, R. J., & Brinkworth, G. D. (2010). Lifestyle management improves quality of life and depression in overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. Fertility and sterility, 94(5), 1812–1816.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.11.001>*
- Ussher, J., Kirsten, L., Butow, P., & Sandoval, M. (2006). What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. Social science & medicine (1982), 62(10), 2565–2576. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.034>*
- Vrbíková, J., & Cibula, D. (2005). Combined oral contraceptives in the treatment of polycystic ovary syndrome. Human reproduction update, 11(3), 277–291.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmi005>*
- Weiner, C. L., Primeau, M., & Ehrmann, D. A. (2004). Androgens and mood dysfunction in women: comparison of women with polycystic ovarian*

syndrome to healthy controls. Psychosomatic medicine, 66(3), 356–362.

<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000127871.46309.fe>

Wikipédia. Consulté le 20 avril 2020 sur

https://fr.wikipedia.org/wiki/Qualit%C3%A9_de_vie#:~:text=L'Organisation%20mondiale%20de%20la,ses%20normes%20et%20ses%20inqui%C3%A9tudes.

Xita, N., & Tsatsoulis, A. (2006). Review: fetal programming of polycystic ovary syndrome by androgen excess: evidence from experimental, clinical, and genetic association studies. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism, 91(5), 1660–1666.* <https://doi.org/10.1210/jc.2005-2757>

Zangeneh, F. Z., Jafarabadi, M., Naghizadeh, M. M., Abedinia, N., & Haghollahi, F. (2012). Psychological distress in women with polycystic ovary syndrome from imam khomeini hospital, tehran. *Journal of reproduction & infertility, 13(2), 111–115.*

ZareMobini, F., Kazemi, A., & Farajzadegan, Z. (2018). A comprehensive mental health care program for women with polycystic ovary syndrome: protocol for a mixed methods study. *Reproductive health, 15(1), 46.* <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0488-5>

Zawadzki, J., Dunaif, A. (1992). Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome: towards a rational approach. In *Polycystic Ovary Syndrome Current Issues in Endocrinology and Metabolism* Edited by: Dunaif A, Givens J, Haseltine F, Marrian G. Boston, MA: Blackwell Scientific, 377-384.