

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

N° 2018.133

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Charlène Fossey
née le 20 mars 1990 à Caen (14)

Présentée et soutenue publiquement le 09 octobre 2018

**ROLES ET PRATIQUES D'AUTOSOINS :
UNE DIFFERENCE LIEE AU SEXE?**

Approche qualitative à partir d'entretiens et de journaux personnels de santé
dans une population de Loire-Atlantique et de Vendée

Président : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent Brutus

Membres du Jury :

Madame la Professeure Patricia Lemarchand

Madame la Professeure Laure Vanwassenhove

Madame le Docteur Dominique Queleennec

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Rémy Senand,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, merci d'avoir pris le temps de juger ce travail. Veuillez accepter ma reconnaissance sincère.

Madame la Professeure Patricia Lemarchand,

Merci pour votre présence dans ce jury, recevez ici toute ma gratitude.

Madame la Professeure Laure Vanwassenhove,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, soyez assurée de mes remerciements.

Madame le Docteur Dominique Queleynec,

Merci d'avoir répondu présente à cette invitation.

J'ai beaucoup appris au sein de l'équipe des Apsyades et particulièrement à tes côtés.

Merci pour nos échanges sincères et ton partage d'expériences.

Monsieur le Docteur Laurent Brutus,

Merci pour tes conseils précieux et ta patience dans la direction de cette thèse.

Au-delà, merci pour la disponibilité dont tu fais preuve au quotidien.

Je suis admirative de ton engagement et de ton énergie déployés auprès des étudiants, des professionnels et des patients, dans l'enseignement comme sur le terrain.

A Anne-Lise le Hesran, sociologue, et aux doctorants et autres professionnels qui ont travaillé sur le projet de recherche AUTOMED, vos travaux respectifs m'ont été précieux dans l'élaboration de ce travail. Sans oublier les patients ayant accepté de participer à ces différents travaux.

Aux médecins, en particulier mes maitres de stage de médecine générale, et aux équipes de soins rencontrés lors de mes études ou ailleurs, qui m'ont donné envie de faire ce métier puis permis d'avancer toutes ces années. Merci à mes collègues du cabinet médical de Sallertaine.

Et bien sûr, merci à mes parents Catherine et Michel, à mon frère Jonathan, à ma famille et à mes amis, pour votre soutien toutes ces années.

SERMENT MEDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	7
LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES.....	8
INTRODUCTION.....	9
1. ETAT DE SANTE ET ESPERANCE DE VIE, CONSOMMATION DE SOINS : le paradoxe féminin	10
1.1 Etat de santé et espérance de vie	10
1.2 Consommation de soins	11
2. MEDICAMENTS ET AUTOMEDICATION.....	12
2.1 Définitions, législation	12
2.2 Chiffres de consommation	13
2.3 Raisons de la prise d'automédication.....	14
2.4 Sources d'information sur l'automédication	14
3. CONCEPT D'AUTOSOIN(S)	15
4. PLACE DES FEMMES EN SANTE PROFANE.....	16
4.1 Bref historique des pratiques populaires de soins	16
4.2 Définition et situation actuelle du travail de soins profanes.....	17
5. SANTE DE LA FEMME, RAPPORTS SOCIAUX, SEXE ET GENRE	19
6. PROFESSION MEDICALE	21
6.1 Historique	21
6.2 Féminisation de la profession et chiffres actuels	22
6.3 Analyse, débats, image des soignants	22
7. PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS	24
7.1 Projet AUTOMED	24
7.2 Hypothèse.....	27
7.3 Objectifs.....	27
METHODES.....	28
1. TYPE D'ETUDE.....	28
Intérêt de l'analyse secondaire	28
2. SELECTION DES PARTICIPANTS	29
Echantillon.....	29
Modalités de recrutement.....	29
3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	29
4. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES.....	30
RESULTATS	31
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE.....	31
2. LA VISION DE SA SANTE ET DES PROBLEMES DE SANTE	33
2.1 Chez les femmes : une autogestion de sa santé tournée vers l'écoute du corps, des influences multiples sur la santé.....	33
2.1.1 La notion d'une hygiène de vie, d'une attention globale sur la santé.....	33
2.1.2 l'interaction entre physique et psychologique	33
2.1.3 La notion de fragilité – la frontière bonne santé et maladie parfois floue.....	35
2.1.4 La notion d'équilibre / déséquilibre dans la maladie.....	36
2.1.5 L'alimentation en lien direct avec la santé pour les femmes	37

2.1.6	Chez les femmes : l'activité physique en tant que facteur de bien être et d'équilibre	39
2.1.7	Le réseau social et amical, facteur d'épanouissement pour les femmes	39
2.1.8	Internet pour aller plus loin dans la recherche d'informations	39
2.2	Chez les hommes : des profils plus tranchés	40
2.2.1	Une approche de la santé plutôt tournée vers la fonction.....	40
2.2.2	La maladie en tant que rupture dans le parcours de vie	42
2.2.3	Des profils plus spécifiques d'hommes sensibles à une approche globale de leur santé.....	43
3.	LE RECOURS AUX CONSEILS ET A L'EXPERTISE DES PROCHES	44
3.1	Des discussions entre femmes dans l'échange.....	44
3.2	Les hommes sollicitent l'aide, l'expertise des femmes de l'entourage en cas de problème de santé...44	
3.3	Les discussions entre hommes existent également, dans des contextes ou pour des sujets ciblés	45
4.	LES RELATIONS AVEC LES MEDECINS.....	46
4.1	Une influence du genre du médecin ?.....	46
4.2	Des critiques d'ordre relationnel envers les médecins de la part des hommes comme des femmes...46	
4.3	Des critiques plus poussées de la part de certaines femmes, voire un rejet des médecins dans leur ensemble	47
4.4	Le choix du médecin se base donc principalement sur des critères relationnels	47
4.5	Des attentes relationnelles explicitées par les femmes	48
5.	L'USAGE DU MEDICAMENT	49
5.1	Les conseils des proches sur le médicament : la place centrale des femmes	49
5.2	Le pharmacien, un interlocuteur privilégié pour les femmes sur l'automédication	50
6.	L'USAGE DE THERAPEUTIQUES ET SOINS ALTERNATIFS.....	51
6.1	Des utilisatrices expérimentées : la volonté de limiter le recours au médicament en général ; les médecines alternatives dans la recherche d'un équilibre et d'une prévention	51
6.2	Les femmes font appel à internet et aux médias pour les médecines alternatives	52
6.2.1	Internet permet de rechercher des informations sur les thérapies alternatives	52
6.2.2	Internet conforte certains sujets sceptiques dans des discours « extrêmes »	53
6.3	Les femmes ont là encore un rôle central dans le recours aux thérapies alternatives	54
7.	LA GESTION DE LA SANTE DES ENFANTS PAR LES PARENTS.....	56
7.1	Un rôle principalement dévolu à la mère.....	56
7.1.1	L'idée d'une expérience acquise par les mères	56
7.1.2	Les mères en charge du médicament et du recours éventuel au médecin	58
7.2	La place des pères est plus variable par rapport à la santé de leurs enfants	60
7.2.1	Certains couples déclarent partager les décisions et la gestion de façon équilibrée	60
7.2.2	Une séparation des rôles décidée dans le couple.....	60
7.2.3	Les pères ne gèrent pas seuls les problèmes de santé des enfants	61
8.	LA GESTION ET LES ECHANGES SUR LA SANTE DANS LE COUPLE.....	62
8.1	Les conjointes responsables principales de la pharmacie familiale	62
8.2	Les femmes conseillent des médicaments, ou d'autres thérapeutiques, à leur conjoint	63
8.3	Plus généralement, les femmes s'investissent par rapport à la santé de leur conjoint	64
8.4	Les hommes face à la santé de leur épouse : une moindre implication.....	64
9.	LES PRATIQUES POPULAIRES ET LA PLACE DE LA TRANSMISSION FAMILIALE.....	65
9.1	Dans l'enfance : un rôle de gestion de la santé dévolu à la mère dans la majorité des cas	65
9.2	Le père intervenait parfois, dans des contextes ou situations spécifiques	66
9.3	Des pratiques populaires variées	67
9.4	La reproduction des pratiques maternelles anciennes.....	68
9.4.1	pour soi-même.....	68
9.4.2	Les mères reproduisent pour leurs enfants et leur transmettent certaines pratiques populaires vécues	69
9.4.3	D'autres pratiques jugées obsolètes donc non reproduites	69
9.4.4	la transmission d'une « façon de faire » maternelle, et d'une vision de la santé en général	70

9.4.5 D'autres, au contraire, se sont affranchis volontairement de ce modèle familial.....	71
DISCUSSION	72
1. FORCES ET FAIBLESSES DE CETTE ETUDE	72
2. GESTION DE LA SANTE FAMILIALE, CONSTRUCTION ET CIRCULATION DES SAVOIRS EN SANTE : DES CONNAISSANCES ET UNE CHARGE PORTEES PAR LES FEMMES.....	74
2.1 Un rôle historiquement féminin de gestion de la santé familiale	74
2.2 Des pratiques populaires variées transmises principalement par les femmes	74
2.3 Les conseils sur la santé et les médicaments : les femmes au centre des échanges	75
2.4 Un « effet couple » plutôt en faveur des hommes, notamment face à la dépendance.....	78
2.5 Les soins aux enfants : un rôle « naturel » des mères... une expérience de fait	79
2.6 La production familiale de soins : un vecteur de transmission des stéréotypes de genre ?	79
2.7 Le « coût social » du travail de soins profanes pour les femmes	81
3. UNE APPROCHE DE LA SANTE DIFFERENCIEE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES.....	83
3.1 La femme en tant qu'objet de science historique : la théorisation d'une différence biologique entre les hommes et les femmes ou le « sexe faible ».....	83
3.2 Construction différenciée du rapport au corps et à la santé et expression différenciée des symptômes selon le genre	85
3.2.1 Un conditionnement social dès l'enfance.....	85
3.2.2 L'explication de la surmorbidity féminine en rapport avec les constructions genrées.....	85
3.3 Les grands modèles anthropologiques de la santé et de la maladie.....	88
3.3.1 Les modèles de la maladie.....	88
3.3.2 Les modèles thérapeutiques.....	89
3.4 La place des thérapies alternatives et complémentaires	91
3.4.1 Une recherche relationnelle des femmes dans le recours aux thérapies alternatives.....	92
3.4.2 Une quête de sens de la maladie et de réappropriation de sa santé dans le recours aux thérapies alternatives	93
3.4.3 Les thérapies alternatives : un modèle de la maladie et de la guérison dans la continuité des savoirs populaires féminins	94
3.5 L'alimentation : des conduites influencées par le genre	95
3.5.1 Le lien alimentation et santé : une préoccupation plutôt féminine	95
3.5.2 Des normes et conduites alimentaires genrées.....	95
3.5.3 Un « autocontrôle féminin » à travers les conduites alimentaires.....	96
3.6 L'influence du genre dans le choix d'un soignant et dans la relation médecin patient	97
3.6.1 Le choix d'un médecin influencé par le genre ?	97
3.6.2 Genre et communication médecin – patient.....	97
3.6.3 La question du pouvoir des médecins	98
3.7 Contrôle des corps, stéréotypes et injonctions normatives véhiculés dans le soin et les politiques de soins.....	99
3.7.1 Des progrès scientifiques pour ou contre les femmes ?.....	99
3.7.2 La médecine se fait relais de certains stéréotypes de genre.....	100
CONCLUSION.....	102
BIBLIOGRAPHIE	105
ANNEXES.....	111
1. tableau des caractéristiques de l'échantillon	111
2. Etat de santé perçu et échelle numérique de santé selon le sexe.....	115
3. Analyse thématique du discours.....	116
4. Verbatims intégraux.....	120

GLOSSAIRE

AFIPA :	Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (association d'industriels de l'automédication)
AMM :	autorisation de mise sur le marché
ANR :	Agence nationale de recherche
ANSM :	agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
CDOM :	Conseil Départemental de l'ordre des médecins
CNOM :	Conseil National de l'ordre des médecins
CNRS :	Centre national de la recherche scientifique
CSP :	catégorie socioprofessionnelle
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EVSI :	espérance de vie sans incapacités
HAS :	Haute autorité de santé
IFOP :	Institut français d'opinion publique
INCA :	Institut National Du Cancer
INPES :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (désormais inclus dans l'organisme « Santé Publique France »)
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES :	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MAC :	médecines alternatives et complémentaires
MLF :	mouvement de libération des femmes (mouvement féministe)
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
ONIAM :	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
ORS :	Observatoire régional de la santé
PCEM :	premier cycle des études médicales
PMA :	procréation médicalement assistée
PMI :	protection maternelle et infantile
PMF :	prescription médicale facultative
UNESCO :	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> , soit l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES

Liste des figures :

<u>figure 1</u> : espérance de vie avec et sans incapacités	p10
<u>figure 2</u> : état de santé général perçu	p11
<u>figure 3</u> : temps quotidien consacré aux tâches domestiques et parentales chez les 18-34 ans.....	p18
<u>figures 4 et 5</u> : concepts de sexe et de genre	p20

Liste des tableaux :

<u>tableau 1</u> : Caractéristiques de la population étudiée.....	P31
---	-----

liste des annexes :

1. tableau des caractéristiques de l'échantillon.....	P111
2. Etat de santé perçu et échelle numérique de santé selon le sexe	P115
3. Analyse thématique du discours	P116
4. Verbatims intégraux.....	P120

INTRODUCTION

Les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes comportements dans la gestion de leur santé. Cela se constate d'abord avec les statistiques, par les chiffres de consommations de soins et de médicaments, supérieures chez les femmes.

Au-delà des chiffres, les femmes semblent détenir un certain savoir dit « profane » en santé, un rôle « naturel », que ce soit dans les conseils auprès des proches, les soins aux enfants ou aux malades (1).

Parallèlement, la féminisation croissante de la profession médicale depuis l'après guerre peut être vue comme un juste retour des choses, après que les guérisseuses ou femmes « sorcières » du Moyen-âge aient été évincées pendant plusieurs siècles du soin et de la profession médicale (par crainte de leur « pouvoir » croissant sur les corps ?) (2), mais s'accompagne d'une profonde redéfinition de l'identité de la profession, jugée délétère par certains.

Ce travail vise à interroger ces rôles masculins et féminins dans la santé, via l'analyse secondaire d'entretiens et de journaux de santé recueillis auprès d'une population de patients de Loire-Atlantique et de Vendée.

1. ETAT DE SANTE ET ESPERANCE DE VIE, CONSOMMATION DE SOINS : le paradoxe féminin

1.1 Etat de santé et espérance de vie

Les femmes ont une espérance de vie clairement plus élevée que celles des hommes en France : en Pays de Loire, selon le rapport de l'observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire publié en octobre 2017 (3), l'espérance de vie à la naissance des femmes est de 85,6 ans contre 79,1 ans pour les hommes (année 2015).

L'écart d'espérance de vie est cependant en train de diminuer à la faveur des hommes depuis le début des années 1990 ; les hommes voient leur espérance de vie augmenter du fait de comportements de santé plus favorables (hygiène de vie, alimentation...) quand les femmes sont désormais plus exposées à des comportements délétères historiquement « masculins » (tabagisme en augmentation chez les femmes, conditions de travail difficiles...).

De plus, la réalité des chiffres d'espérance de vie ne semble pas être un réel « avantage » pour les femmes.

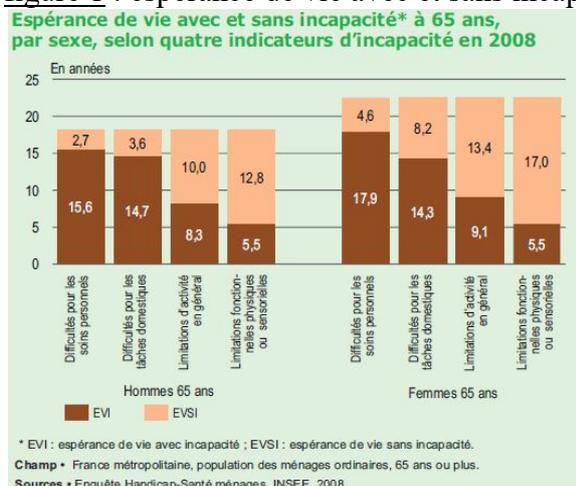
L'espérance de vie sans incapacité (EVSI), c'est-à-dire sans limitations dans les activités de la vie courante, atteint 64,4 ans chez les femmes et 62,6 ans chez les hommes en France en 2015 (3). L'écart de vie sans incapacité entre hommes et femmes n'est ainsi plus que de 1,8 ans, alors que l'écart d'espérance de vie « brute » dépasse 6 ans.

Les femmes de plus de 80 ans sont de ce fait plus concernées que les hommes par les situations de dépendance.

En Pays de la Loire en 2014, 25 % des femmes de la région âgées de 15 à 75 ans déclaraient être limitées (fortement ou non) dans leurs activités habituelles contre 19 % des hommes.

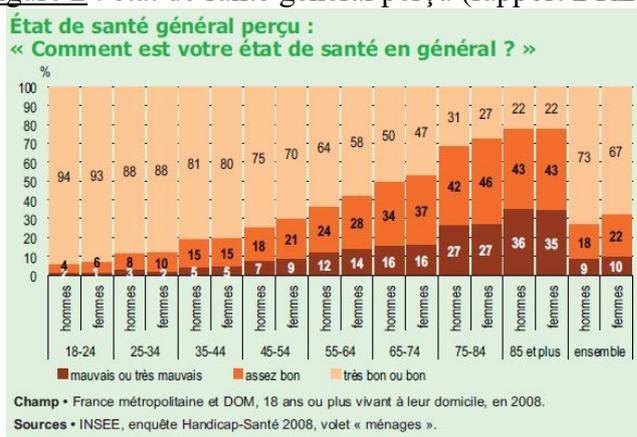
Les femmes se jugent en moins bonne santé que les hommes : en 2008, selon un rapport de la DREES (4), 67 % des femmes et 73 % des hommes âgés de 18 ans et plus se considèrent en bonne ou très bonne santé. Les femmes déclarent plus de maladies sources d'incapacité et d'altération de la qualité de vie (troubles ostéo-articulaires, troubles anxio-dépressifs, atteintes cognitives type maladie d'Alzheimer...) là où les hommes souffrent de pathologies invalidantes mais plus souvent mortelles (accidents, pathologies cardio vasculaires...) (5).

figure 1 : espérance de vie avec et sans incapacités (rapport DREES 2013) (6) *



** Si l'espérance de vie des femmes à 65 ans est supérieure de plus de 4 ans à celle des hommes, le nombre d'années de vie sans incapacité est identique.*

figure 2 : état de santé général perçu (rapport DREES 2010) (4)



1.2 Consommation de soins

La consommation de soins est plus importante chez les femmes.

Celles-ci sont plus nombreuses à avoir consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste (chiffres en Pays de Loire en 2017 (3): 94 % vs 88 % des hommes), un médecin exerçant une autre spécialité hors gynécologue (74 % vs 59 %), un chirurgien-dentiste (47 % vs 40 %) ou un kinésithérapeute (22 % vs 17 %).

Les femmes ont plus recours aux actes de prévention : vaccins, dépistages, recommandations nutritionnelles (4).

Les hommes utilisent en revanche plus souvent les services d'urgence et sont plus nombreux à être hospitalisés en service de court séjour (hors maternité), ce qui s'explique par les différences de morbidité détaillées précédemment.

Les dépenses de santé des femmes sont par conséquent supérieures à celles des hommes (+ 26% selon les chiffres de l'enquête Santé protection sociale de 2004), s'expliquant principalement par l'âge plus élevé des femmes et les soins de gynécologie-obstétrique (7).

Ces enquêtes statistiques traduisent ainsi un « paradoxe féminin » : les femmes s'estiment en moins bonne santé que les hommes alors même qu'elles bénéficient d'une espérance de vie supérieure à ceux-ci.

2. MEDICAMENTS ET AUTOMEDICATION

2.1 Définitions, législation

Le rapport d'Alain Coulomb « situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution » (8), commandé par le Ministre de la Santé en 2007, rappelle la réglementation du médicament en France.

Selon la réglementation Européenne, les médicaments sont soumis à prescription médicale lorsqu'ils :

- « - sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisés sans surveillance médicale, ou
- sont utilisés souvent, et dans une très large mesure, dans des conditions anormales d'emploi et que cela risque de mettre en danger directement ou indirectement la santé, ou
- contiennent des substances ou des préparations à base de ces substances, dont il est indispensable d'approfondir l'activité et/ou les effets indésirables, ou
- sont, sauf exception, prescrits par un médecin pour être administrés par voie parentérale. »

En France, la prescription est obligatoire pour toute spécialité qui contient une ou plusieurs substances inscrites sur une liste (liste I, liste II, stupéfiant).

D'après le Code de la Santé publique (article L.5132-6), les listes I et II comprennent :

- « 1°. Les substances dangereuses mentionnées au 1° de l'article L 5132-1 qui présentent pour la santé des risques directs ou indirects ;
- 2°. Les médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé ;
- 3°. Les médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale ;
- 4°. Les produits insecticides ou acaricides destinés à être appliqués à l'homme et susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé ;
- 5°. Tout autre produit ou substance présentant pour la santé des risques directs ou indirects.

La liste I comprend les substances ou préparations, et les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé. »

Les produits à prescription médicale facultative (PMF) sont toutes les spécialités ne présentant pas les critères d'inscription sur une des listes susmentionnées. Ce sont des produits dont la toxicité est modérée, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé, et dont l'emploi ne nécessite pas a priori un avis médical.

Ils représentent un peu moins de la moitié des médicaments vendus en France (année 2005).

80% d'entre eux sont remboursables par la Sécurité Sociale s'ils sont prescrits par un professionnel, 60% ont fait effectivement l'objet de remboursements la même année.

L'automédication n'a pas de définition unique.

Le rapport Coulomb la définit comme « le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative (PMF) dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin. »

Cette définition exclut l'usage des médicaments de l'« armoire à pharmacie », à savoir l'usage à l'initiative du patient d'un produit de prescription obligatoire antérieurement prescrit (8).

Un rapport de 2001 du Conseil National de l'ordre des médecins (CNOM) (9) définit l'automédication ainsi : « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens ».

Sylvie Fainzang, anthropologue, la définit par « l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne » (10).

2.2 Chiffres de consommation

Le marché de l'automédication représente en France 15.4% des ventes totales de médicaments selon le baromètre 2016 de l'AFIPA (association d'industriels de l'automédication) (11), soit un des taux les plus bas en Europe (44.8% en Allemagne, 57.8% au Royaume-Uni...).

Selon l' « Enquête sur la santé et la protection sociale 2006 » de l'IRDES (7), on observe une surconsommation de médicaments chez les femmes entre 2 et 70 ans, à la fois pour les médicaments prescrits et non prescrits.

Le nombre moyen de médicaments consommés est supérieur chez les femmes jusqu'à 70 ans (1,7 médicaments par jour contre 1,2 / jour chez les hommes).

Après 70 ans, les chiffres sont comparables entre les hommes et les femmes.

52 % des femmes et 33,5 % des hommes avaient consommé la veille de l'enquête des médicaments prescrits par un médecin.

Les femmes consomment plus fréquemment des médicaments à visée génitale et urinaire (s'expliquant facilement par la prescription des contraceptifs), des vitamines, des antalgiques (1,7 fois plus que les hommes).

En outre, les femmes Françaises ont un usage plus fréquent des médicaments psychotropes, en dehors d'une pathologie psychiatrique (en 2015 en Pays de la Loire, antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur : 6,6 % vs 3,1 % des hommes ; anxiolytiques : 6,9 % vs 3,7 % ; hypnotiques : 3,1 % vs 1,8 %(3)).

Pour l'automédication, selon une enquête grand public réalisée en 2015 par l'institut IPSOS à la demande de l'AFIPA (11), 80% des Français ont déclaré utiliser l'automédication au cours de l'année 2015 (dont une fois 27%, plusieurs fois 53%). L'enquête de l'IRDES citée ci-dessus retrouve une consommation de médicaments non prescrits la veille de l'enquête chez 5,7 % des femmes et 3 % des hommes. La consommation de médicaments non prescrits est plus importante aux âges actifs (atteignant son maximum entre 40 et 50 ans), diminuant progressivement avec l'âge au profit des médicaments prescrits.

Le rapport du CNOM de 2001 (9) cite une enquête commandée par la Direction Générale de la Santé en 2002 : 70% des personnes interrogées ont déclaré avoir utilisé des médicaments antérieurement prescrits par leur médecin, dans diverses indications : 40% antidouleur/antalgique, 21% anti-rhume/antigrippal, 17% antimigraineux, 16% antitussif, 15% anti-inflammatoire, 14% médicament pour la gorge, 11% antipyrétique.

2.3 Raisons de la prise d'automédication

Les deux principales raisons de la prise d'automédication rapportés par l'AFIPA (11) étaient la connaissance du traitement approprié aux symptômes (72% des sondés) et le besoin d'un soulagement rapide (66%). Viennent ensuite des considérations économiques (éviter des dépenses inutiles à l'Assurance Maladie, économiser une consultation) et matérielles (pas le temps de consulter).

L'anthropologue Sylvie Fainzang a étudié les raisons du recours à l'automédication (10).

L'expérience acquise par le sujet lui permet d'identifier des symptômes jugés bénins, et connus.

La reconnaissance de symptômes déjà éprouvés leur retire leur éventuelle gravité.

Ce glissement d'une pathologie connue vers le bénin s'applique également au médicament : un médicament dangereux peut être réutilisé dans des situations connues.

Le choix du traitement se fait ainsi en fonction de l'expérience antérieure, validée par les conseils de l'entourage. Il inclut une certaine notion de "gestion des risques" liés aux médicaments : en terme qualitatif (satisfaction ou au contraire effets indésirables rapportés par des proches...) et quantitatif (ne pas cumuler plusieurs traitements...).

Fainzang distingue donc 4 grandes raisons à l'automédication (12):

- les raisons économiques : déremboursement des médicaments, temps passé à se rendre en consultation et prix de la consultation chez le médecin ;
- les raisons pratiques : répétition de prescriptions antérieures pour les maux considérés bénins ;
- les raisons culturelles : généralisation des sources de savoir sur l'automédication, problèmes de la démographie médicale ;
- les raisons sociales et relationnelles : ne pas inquiéter l'entourage en consultant le médecin, la pudeur face à un examen intime.

La prise d'un médicament en automédication peut aussi être justifiée par une expérience déçue d'une consultation médicale lors d'un problème de santé antérieur : le sujet décide de se prendre en charge lui-même, dans une stratégie d'évitement : l'automédication apparaît alors être une alternative au recours à un professionnel de santé.

2.4 Sources d'information sur l'automédication

Selon l'enquête IPSOS de 2015 pour l'AFIPA (13), 43% des patients font appel à un conseil du pharmacien, 9% cherchent un conseil sur Internet, et 9% appellent un médecin pour demander conseil.

Si les professionnels de santé (pharmaciens, médecins) sont cités comme source d'information possible, les médias semblent prendre une place de plus en plus importante dans la recherche d'informations sur le médicament. Cohabitent les sites officiels (ANSM, INPES...), les sites de l'industrie pharmaceutique, les sites de vulgarisation médicale, les forums...

3. CONCEPT D'AUTOSOIN(S)

La Haute autorité de santé (HAS), dans sa recommandation sur l'éducation thérapeutique du patient datée de 2007 (14), fait sienne la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des compétences d'autosoins : « des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé ».

Les autosoins se définissent par plusieurs caractéristiques :

- une activité réalisée (physique, psychique) ;
- une décision consciente ;
- une notion de justesse : une action appropriée, suite à un processus décisionnel réfléchi ;
- centrée sur un objectif, un but fixé ;
- acquise, après un apprentissage.

Ils ont pour conséquences la gestion des symptômes, le maintien de la santé, de la vie et du bien-être, et le développement de l'autonomie (15).

Le concept d'autosoins (ou self-care) est plus large.

L'anthropologue Francine Saillant note qu'il a d'ailleurs évolué progressivement : d'abord idéologie de libération par rapport à l'emprise médicale dans les années 70, il évolue vers une obligation à la responsabilisation par rapport à sa santé, et enfin il prend la forme, à la fin des années quatre-vingt, de la gestion du soi (16).

Outre les compétences « techniques » d'autosoins, il désigne plus largement le « processus par lequel une personne agit pour son propre compte, pour la promotion de sa santé, la prévention ou la gestion d'une maladie » (17).

Cette volonté de développement de l'autonomie des patients n'est pas sans susciter des questions.

En éducation thérapeutique, vise-t-on à ce que le patient réalise les gestes et suive les prescriptions, ou lui laisse-t-on la liberté de déterminer ses propres règles et prendre ses propres décisions, en assumant la responsabilité des conséquences de cette décision ?

Mais cela ne risque-t-il pas d'alourdir le fardeau du traitement ?

Le partage des connaissances médicales entre soignant et patient vise à développer l'autonomie du patient, à renforcer son sentiment d'auto-efficacité, jusqu'au partage d'un pouvoir décisionnel dans les choix de prise en charge.

C'est ce qu'on appelle alors l'« empowerment » : un « processus de transformation personnelle par lequel le patient renforce sa capacité à prendre effectivement soin de lui-même et de sa santé », et pas seulement de la maladie et du traitement (17).

Si le concept d'autosoins est utilisé dans le sens d'un processus éducatif chez des patients concernés par une pathologie chronique, il comporte un sens plus large d'évolution de l'autonomie des personnes dans la gestion de leur santé.

On retrouve cette volonté d'accès à l'autonomie dans le mouvement féministe de « self-help » Ce mouvement est né en Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada), dans les années 70, dans un contexte de lutte des femmes pour l'égalité des droits (18).

D'abord centré sur l'accès à l'avortement, il s'étend progressivement, avec la création de « cliniques féministes », regroupant femmes profanes et soignantes, dans l'idée de se réapproprier leur corps (par la pratique de l'auto-examen gynécologique, de médecines naturelles...), d'accéder à une liberté en matière de sexualité, de contraception...

Ce mouvement est ensuite arrivé en Europe, notamment par le groupe self-help du MLF (Mouvement de Libération des femmes) de Genève, porté par Rina Nissim (19).

4. PLACE DES FEMMES EN SANTE PROFANE

4.1 Bref historique des pratiques populaires de soins

La gestion de la santé familiale est un domaine traditionnellement dévolu aux femmes, au même titre que la gestion quotidienne du foyer ou des enfants.

On retrouve la figure de la femme soignante dès l'Antiquité, associée à celle de la mère. Les déesses et les nymphes sont invoquées, notamment pour la santé reproductive (1).

Francine Saillant rappelle que le clivage entre les soins profanes et la médecine est relativement récent (20).

Avant la Renaissance, la magie et la médecine cohabitaient, et des femmes soignantes pouvaient intégrer des formations « médicales ».

Les 15^{ème} et 16^{èmes} siècles voient l'apogée des procès en sorcellerie de ces femmes guérisseuses, mises au bucher sur la foi de quelques témoignages à charge lors de procès expéditifs.

Muchembled détaille leur histoire dans son livre « La sorcière au village »(21).

La vision traditionnelle paysanne mélangeait les recettes et remèdes populaires, les rituels et cultes païens, les explications surnaturelles de la vie et de la mort.

Les devins, guérisseurs ou sorcier(e)s villageois faisaient à la fois fonction de médecin, de prêtre, de savant, avec un rôle ambivalent : à la fois soignants et maléfiques, jeteurs et conjureurs de sorts.

Ces rôles et ces savoirs étaient portés principalement par des femmes, leur offrant une zone de domination, un pouvoir collectif féminin.

La vision religieuse a fait de ces femmes les incarnations démoniaques responsables de tous les malheurs du village, un bouc-émissaire commun permettant d'expliquer les malheurs du quotidien et de faire face aux changements de la société.

Cette offensive des classes supérieures et religieuses contre les savoirs populaires, avec leur appropriation de la profession médicale (interdite aux femmes à partir du XIV^{ème} siècle), peut être vue comme un moyen de contrôler les classes paysannes et de reprendre le pouvoir sur les corps.

La structuration de la formation médicale, avec une médecine jugée plus savante et rationnelle, a progressivement dévalorisé les savoirs populaires.

L'histoire rurale de la France démontre que les femmes possédaient pourtant des connaissances assez solides en termes d'autosoins (usage de plantes...), d'obstétrique (les « matrones accoucheuses »)...

Françoise Loux a étudié la médecine populaire de la France rurale du XIX^{ème} siècle (22).

Elle montre qu'au-delà des superstitions, il existe une cohérence de ces pratiques.

Les pratiques de prévention y sont mises en avant : notion d'équilibre du corps et de modération, dangers de l'hygiène excessive chez les enfants (la « crasse protectrice »), conseils aux femmes enceintes (prendre beaucoup de poids et travailler jusqu'à l'accouchement pour fortifier l'enfant à naître)...

Les maux bénins sont gérés par les plantes, les préparations diverses... alors que le guérisseur ou le médecin n'est consulté qu'en second temps ou lorsque la maladie semble plus grave.

Les recettes populaires utilisent des ingrédients de la vie quotidienne, à la fois pour leurs propriétés empiriques (souvent réelles au plan pharmacologique) et symboliques, s'inscrivant dans un rituel bien codifié.

L'automédication va progressivement s'insérer dans ces pratiques, remplaçant des ingrédients traditionnels mais gardant la dimension symbolique et familiale autogérée (exemple du médicament vermifuge utilisé contre les vers, dont on cache l'usage au médecin). Les évolutions de la médecine moderne vont ainsi s'intégrer aux pratiques de soins profanes, pour peu que les professionnels leur laissent le temps de s'inscrire dans une continuité cohérente avec le système culturel déjà en place, sans chercher à les imposer brutalement, ce qui ne ferait que créer du rejet.

4.2 Définition et situation actuelle du travail de soins profanes

Francine Saillant définit le mot soin comme « un ensemble complexe de valeurs et de symboles, de gestes et de savoirs, spécialisés ou non, susceptibles de favoriser le soutien, l'aide ou l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps-esprit, donc limitées, temporairement ou sur une longue période de leur existence, dans leur capacité de vivre de manière indépendante » (23).

On différencie alors le « care » (prendre soin, avec cette notion d'investissement relationnel, d'assistance) du « cure » (modèle centré sur le curatif, la technique).

La sociologue Geneviève Cresson s'est attachée à décrire ce qu'elle appelle le travail de soins profanes (24).

Ce travail comporte ainsi « toutes les tâches qui contribuent au maintien de la santé des proches », classées en « cinq domaines d'activités qui visent ou contribuent :

- à créer et entretenir des conditions de vie favorables à la santé ;
- à prendre soin des malades ;
- à éduquer à la santé ;
- à servir d'intermédiaire avec l'extérieur ;
- et enfin à faire face aux crises. »

(Travaux d'Hilary Graham, traduits et cités par G Cresson).

Ce travail familial apparaît désormais complémentaire de celui des professionnels, rendant de plus en plus floue la frontière entre les soins profanes et professionnels.

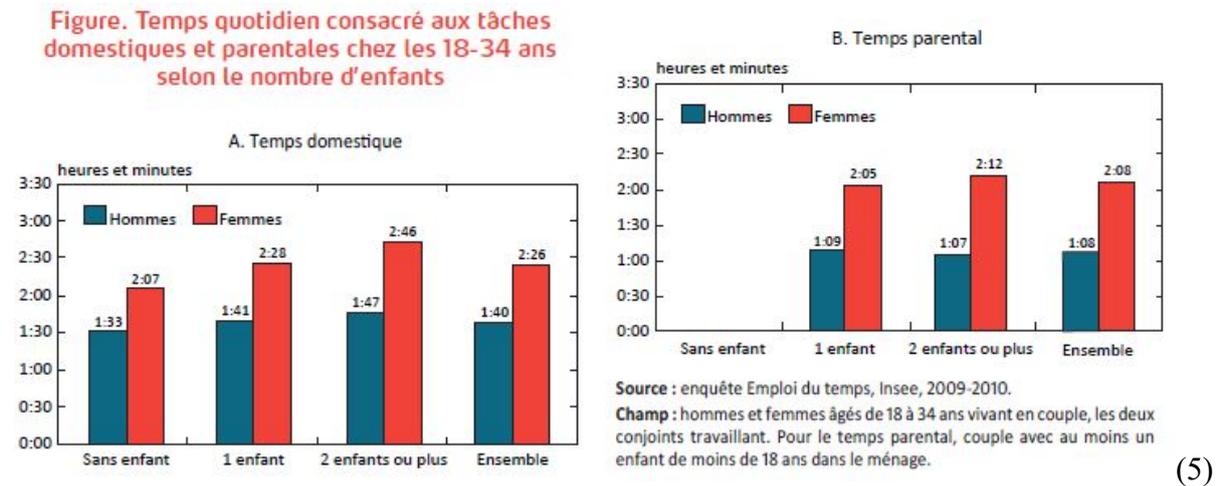
Le virage du système de soins vers la rationalisation des coûts, avec en particulier le développement de la médecine ambulatoire, et la volonté d'autonomisation des patients, participe notamment à transférer des soins autrefois professionnels vers les « aidants » des familles, généralement des femmes (24).

Malgré les volontés d'égalité entre les sexes, les femmes continuent donc à gérer majoritairement l'organisation du foyer, quand elles sont en couple, qui plus est avec des enfants.

Parmi les adultes jeunes (18 – 34 ans), les femmes assurent davantage les tâches ménagères, y compris si les deux membres du couple travaillent (moyenne journalière 2h26 pour les femmes contre 1h40 pour les hommes).

L'écart se creuse à la naissance d'un enfant, avec un temps consacré aux tâches parentales (incluant les soins) là encore majoritairement attribué à la mère, qui y passe 2 fois plus de temps journalier que le père (moyenne 2h08 vs 1h08) (chiffres extraits d'une enquête de l'INSEE en 2009-2010) (5).

figure 3 : temps quotidien consacré aux tâches domestiques et parentales chez les 18-34 ans



Ce surinvestissement des femmes dans la sphère privée est à la fois cause et conséquence des inégalités observées dans la sphère professionnelle : salaires inférieurs, contrats précaires, travail à temps partiel...

Les soins qui incombent aux femmes sont souvent ceux jugés sales, dégradants (soins d'hygiène...)... participant à un fardeau psychologique important pour les aidantes (20).

5. SANTE DE LA FEMME, RAPPORTS SOCIAUX, SEXE ET GENRE

D'une façon générale, la question de la santé des femmes tient une place bien différenciée de celle des hommes à l'échelle de la société.

Elle suit les évolutions de la société Française d'après guerre avec la volonté d'émancipation et d'accès à l'égalité des femmes : accès à la contraception, à l'IVG ; plus récemment les débats pour l'accès à la PMA (procréation médicalement assistée) aux femmes seules et aux couples de femmes (25), ou encore les accusations de violences des soignants envers les patients qui se concentrent sur le domaine gynéco-obstétrical (propos dévalorisants, refus de prescription de certaines contraceptions, épisiotomies « forcées » ...) (26).

A noter que ces questions de société s'intéressent surtout à des problèmes de santé spécifiquement féminins, autour du rôle reproductif de la femme, enjeu stratégique certes, mais au détriment de pathologies sous-diagnostiquées chez celles-ci.

La question de la santé est un enjeu des rapports sociaux de sexe.

Anne-Marie Devreux nous livre son analyse dans l'ouvrage collectif « Femmes et hommes dans le champ de la santé : approches sociologiques »(27).

A une vision d'abord biologique des différences hommes femmes (la femme serait biologiquement constituée inférieure à l'homme) succède une analyse sociale : ce sont les inégalités de traitement (à la fois symboliques et matérielles) entre les hommes et les femmes qui constituent le biologique en critère discriminatoire.

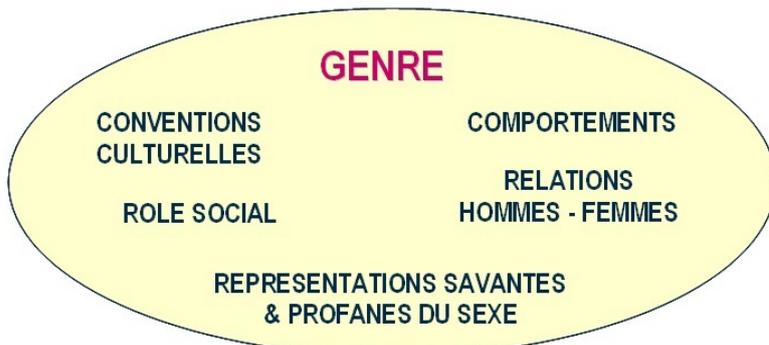
D'ailleurs, Pierre Aiach, dans le même ouvrage (27), explique la surexpression de symptômes et la moindre qualité de vie exprimée par les femmes par le conditionnement social dès l'enfance (éducation, jeux, jouets...) aboutissant à une construction différente du rapport au corps.

L'homme doit être fort, courageux, avec un idéal de virilité où la maladie est un signe de faiblesse et le rapport au corps plutôt instrumental (sport, compétition).

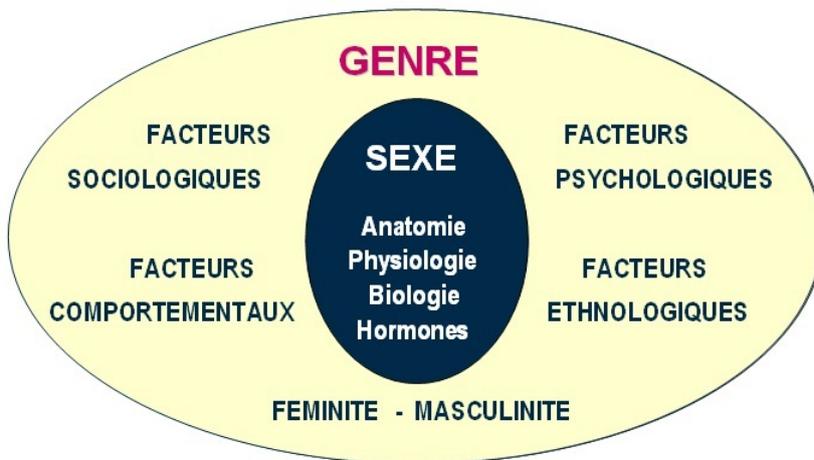
A côté, la femme est vue comme plus sensible, autorisée à exprimer ses émotions ; les stéréotypes esthétiques véhiculés par la société entretiennent l'idée d'un rapport au corps centré sur la séduction, l'apparence.

Le concept de genre, qui voit ses contours se dessiner dans les années 1980, permet de différencier ce qui tient du biologique et du culturel.

L'OMS définit le sexe en tant que « caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes des femmes », différent du genre, « qui sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes » (28).



concept de Genre en sciences humaines et sociales



concept de Genre en recherche clinique et santé

Figures 4 et 5 : concepts de sexe et de genre
(source : Mission pour la place des femmes au CNRS (29))

Ces inégalités se traduisent bien évidemment en santé : création de pathologies spécifiquement féminines (l’hystérie par exemple), dévalorisation du travail de soins profanes, appropriation de la profession médicale et des savoirs populaires féminins par les hommes...

A ce titre, la production de la norme est un enjeu essentiel, et la médecine, par ses injonctions diverses, n’y échappe pas (c’est souvent à la mère que s’adressent les bons conseils médicaux...).

6. PROFESSION MEDICALE

6.1 Historique

Certains rôles de santé sont historiquement féminins, notamment les matrones sages-femmes, ou les diaconesses de l'Eglise Catholique, femmes chargées des soins aux malades dans les œuvres de charité, ancêtres des infirmières (1).

Dans la France médiévale, alors qu'on comptait jusque là des femmes médecins (pour exemple, Magistra Hersend, chirurgienne royale qui accompagna Louis IX aux Croisades en 1259), celles-ci se voient interdire la pratique de la profession au XIV^{ème} siècle.

La structuration de la formation médicale en véritables Universités contrôlées par l'Eglise, aux XV^{ème} – XVI^{ème} siècles (au moment des chasses aux sorcières), n'y changera rien puisque celles-ci sont exclusivement réservées aux hommes (30)).

Natalie Pigéard-Micault, professeur d'Histoire des sciences à l'Université Paris X, s'est intéressée à la période charnière de la fin du XIX^{ème} siècle (31).

Madeleine Brès (1839-1925), fille d'un fabricant de charrettes, est la première femme Française à s'inscrire à la Faculté de Médecine de Paris en 1868, suivant les traces des premières femmes inscrites à l'Université de médecine de Zurich 4 ans plus tôt.

Si rien n'interdisait officiellement aux femmes de s'inscrire à l'Université, il supposait néanmoins d'avoir le baccalauréat, qui ne fut ouvert aux femmes qu'en 1861.

Madeleine Brès, après l'obtention du baccalauréat, et avec le soutien du doyen de la faculté Monsieur Charles Adolphe Wurtz et l'accord de son époux, débuta donc ses études et obtint le diplôme de docteur en médecine en 1875.

Cette ouverture des études médicales aux femmes ne fut pas sans créer la polémique.

On se demande, dans des livres ou dans la presse grand public et médicale, si la nature de la femme, sa sensibilité, sa faiblesse physique ne seront pas des obstacles, comme dans cet ouvrage de 1875 consacré à la femme médecin (32) :

« Pour être médecin il faut avoir une intelligence ouverte et prompte, une instruction solide et variée, un caractère sérieux et ferme, un grand sang froid, un mélange de bonté et d'énergie, un empire complet sur toutes ses sensations, une vigueur morale, et au besoin, une force musculaire. (...) Ne sont-elles pas au contraire de la nature féminine. »

L'arrivée des femmes à la Faculté suscite des débats parmi les étudiants et les professeurs, mais celles-ci obtiennent progressivement des soutiens de taille, à commencer par Madeleine Brès, dont Paul Broca, qui la forma en stage, loua les compétences.

Ses professeurs écrivirent à son sujet : *« Par son ardeur au travail, par son zèle dans le service hospitalier, nous nous plaignons à reconnaître que Mme Brès a, par sa tenue parfaite, justifié l'ouverture de nos cours aux élèves du sexe féminin et obtenu le respect de tous les étudiants avec lesquels elle s'est trouvée forcément en rapport »* (31).

Ces premières femmes-médecins restent toutefois pour la plupart cantonnées en grande majorité aux domaines de santé « féminins » : obstétrique, soins aux femmes et aux enfants.

Ainsi Madeleine Brès, après sa thèse, dont l'introduction est on ne peut plus claire *« Mon intention ayant toujours été de m'occuper d'une manière exclusive des maladies des femmes et des enfants »*, ouvre une crèche et donne des cours sur l'hygiène des enfants et des femmes.

6.2 Féminisation de la profession et chiffres actuels

Un rapport du Conseil National de l'Ordre des médecins de 2005 traite de la question de la féminisation de la profession médicale (33).

La médecine n'a commencé à se féminiser que depuis une quarantaine d'années : de 10% en 1962, la féminisation de la médecine est passée à 36% en 2003. Elle va de pair avec l'arrivée progressive des femmes dans les études supérieures, augmentant leur représentation dans les catégories cadres et professions intellectuelles supérieures.

La féminisation s'observe dans toutes les professions de santé. Ainsi, les femmes sont majoritaires parmi les dentistes, les infirmières, les pharmaciens...

En 2017, selon l'Atlas de la démographie médicale du Conseil de l'Ordre (34) :

- on compte 197 859 médecins actifs ;
- parmi eux, les femmes représentent désormais 47% des médecins en activité régulière, contre 38% en 2007 ;
- parmi les classes d'âge les plus jeunes, les femmes représentent jusqu'à 61% des médecins ; cette féminisation devrait encore progresser car les facultés de médecine comptent jusqu'à 70% d'étudiantes dans leurs rangs.

Chez les généralistes, d'après les derniers chiffres de la DREES (35), on compte, en 2017 :

- 102 250 praticiens en exercice, dont 45% de femmes et 55 % d'hommes ;
- 66% des hommes travaillant en exercice libéral exclusif, et 50% des femmes ;
- à l'inverse, le salariat exclusif concerne 25% des hommes et 42% des femmes.

Les femmes exercent donc plus souvent que les hommes en travail salarié, même si l'exercice libéral est majoritaire dans les 2 sexes.

Si on s'intéresse aux différentes spécialités médicales, on observe qu'il existe toujours des domaines où les hommes sont majoritaires : chirurgie, spécialités dites à « forte pénibilité » telles la neurochirurgie ou la chirurgie cardiovasculaire, alors que les spécialités médicales comme la pédiatrie et la gynécologie sont principalement féminines. Cependant, la féminisation s'observe dans toutes les spécialités.

Chez les médecins généralistes en exercice, selon une enquête de la DREES conduite en 2011 (36), les femmes déclaraient un volume horaire hebdomadaire consacré à leur exercice professionnel plus faible (53 heures, contre 59 heures par semaine chez les hommes) ; à noter qu'on retrouve également un temps de travail inférieur chez les médecins de moins de 45 ans (hommes et femmes confondus) par rapport à leurs aînés (55 vs 58 heures / semaine).

6.3 Analyse, débats, image des soignants

La féminisation de la profession n'est pas sans susciter des inquiétudes sur le temps et l'organisation du travail.

Les femmes tendent en effet à consacrer moins de temps hebdomadaire à leur activité professionnelle, avec un penchant pour le salariat et le travail en zone urbaine.

Ceci est notamment en lien avec les contraintes sur la carrière des femmes, contraintes partagées dans toutes les professions : maternité, charge des enfants, travail du conjoint.

Même si les femmes déclarent plus souhaiter un travail à temps partiel que les hommes, il semble que les aspirations à un temps de travail moindre que les générations précédentes, et en milieu urbain, soient partagées par les deux sexes, ce qui nécessitera un développement des nouvelles formes d'exercice (travail en groupe, maisons de santé...).

La prédominance masculine ou féminine en fonction des spécialités peut s'analyser selon différents points de vue : blocage de « bastions » masculins, choix des femmes de spécialités permettant une meilleure qualité de vie, sous-représentation des femmes aux postes à responsabilité liés aux absences pour congés maternité, choix orientés selon les stéréotypes de genre...

Chez les médecins, on note une évolution du statut social conféré par la fonction (37) : d'abord rôle social, « métier d'homme » mêlé au privé (le médecin disponible à toute heure du jour ou de la nuit, dont le cabinet se situe au domicile, l'épouse étant chargée des tâches d'accueil et de secrétariat...), le métier de médecin devient peu à peu « un métier comme un autre », exercé par les hommes ou les femmes indifféremment. Certains y voient une dévalorisation de la profession, avec une moindre reconnaissance sociale.

Le métier d'homme devient donc un métier de femmes. Les qualités dites « féminines » (humaines, affectives...) y trouvent facilement leur place, et le métier s'avère assez adaptable aux contraintes de la vie de famille des femmes (temps partiel, travail partagé en groupe...)... Certains voient dans cette adaptabilité une façon de laisser les femmes dans leur rôle social, leur attribution sexuée de gestion de la vie de famille...

Les sociologues Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre y voient au contraire un changement de référentiel dans l'organisation du travail, partagé par les femmes et les hommes (38).

Les hommes sont eux aussi de plus en plus concernés par la conciliation entre vie professionnelle et vie privée (en particulier parce que les femmes travaillent !) et on observe un rapprochement des organisations des deux sexes, avec un changement plus global du rapport des médecins à l'exercice professionnel. Le travail professionnel perd ainsi sa place centrale dans la construction de l'identité du médecin.

Lapeyre et Le Feuvre parlent d'un « dépassement du genre » dans l'exercice de la profession.

Pour les professions paramédicales, on a déjà évoqué plus haut le transfert de tâches autrefois réservées aux professionnel(le)s (soins infirmiers par exemple) vers les femmes de la famille.

Cet effacement des frontières entre professionnels et profanes s'observe aussi dans le sens inverse : des soins d'entretien et d'hygiène autrefois dévolus aux familles se professionnalisent (aide-ménagères, assistantes maternelles...). Ce transfert des soins du « care » a créé de nouveaux métiers d'aide à la personne, où les femmes (puisqu'elles représentent la majorité de ces salariés) exercent sur un registre professionnel des tâches auparavant effectuées par les familles, et qu'elles effectuent déjà dans leur propre sphère familiale.

Ces soins étant historiquement gratuits, les emplois sont sous-payés, précaires et dévalorisés car censés faire appel à des « qualités féminines » plus qu'à des compétences professionnelles acquises. (39)

7. PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS

7.1 Projet AUTOMED

Ce travail s'inscrit dans un ensemble de recherches pluridisciplinaires constituant le projet AUTOMED soutenu par l'ANR (Agence Nationale de Recherche) et visant à dresser un état des lieux des pratiques d'auto soin (40).

*Conjointement porté par des chercheurs en médecine générale, en sociologie et en géographie, **Automed** observe les pratiques d'auto-soin sous différents prismes (usagers, patients, professionnels de santé, prescripteurs, vendeurs, promoteurs, détracteurs, conseillers, etc.) pour en comprendre les déterminants et les enjeux.*

Notre projet de thèse s'intéresse plus particulièrement à l'étude des pratiques des femmes et des hommes en automédication et en autosoins.

Les travaux de thèse précédents appartenant au même projet de recherche ont montré différents résultats sur ce sujet.

Dans les travaux de méthodologie quantitative :

- S Thay a étudié l'abord de la question de l'automédication lors de consultations pour affections aiguës de médecins généralistes, données recueillies par des internes en stage de médecine générale au printemps 2012 ayant rempli une grille d'observation durant la consultation (41). 1597 consultations ont ainsi été analysées par méthode quantitative.

Cette étude a constaté que les patientes (femmes) mentionnaient plus spontanément leurs pratiques d'automédication que les patients (hommes), et que le sujet était plus abordé par les médecins femmes, et par les médecins en général lorsque c'était des patientes femmes qui consultaient.

- A Guerrero a réalisé une thèse de méthodologie similaire à celle de S Thay (42).

Son travail reprenait les données recueillies dans le travail de S Thay, auxquelles se sont rajoutées 2083 nouvelles observations réalisées à l'automne 2013, soit 3680 observations au total.

Il retrouvait certains résultats assez proches, les femmes évoquaient là encore plus spontanément leurs pratiques d'automédication au médecin. Il ne retrouvait par contre pas de lien entre le sexe du patient et l'exploration de l'automédication par le médecin. Là aussi, les médecins femmes exploraient davantage l'automédication de leurs patients que les médecins hommes.

- C Haas a analysé des questionnaires soumis à des personnes venant se procurer des médicaments en automédication dans des pharmacies (recueil des données entre février et mai 2013) (43). Ces questionnaires visaient à étudier les déterminants du choix des médicaments d'automédication. 612 questionnaires ont finalement été analysés.

Si la population étudiée se montrait majoritairement féminine (69,6% des répondants étaient des femmes), indiquant une prédominance féminine dans le recours à l'automédication, il n'y avait pas de différences significatives liées au sexe dans les pratiques d'automédication elles-mêmes (raisons de recours et critères de choix du médicament, nombre et types de produits achetés...).

- C Bacconnais a également étudié les pratiques d'automédication grâce à l'observation directe de patients se présentant en officine pour une demande d'automédication (44). Ces observations ont été réalisées par des étudiants en pharmacie stagiaires en officine sur une période de 2 semaines (avril 2015). 329 observations ont été recueillies et analysées.

Les femmes représentaient 66 % de la population étudiée, mais les hommes demandaient plus fréquemment conseil au pharmacien que les femmes (différence significative, 52 % des hommes contre 36% des femmes) pour l'automédication... comme si les femmes savaient déjà ce qu'elles voulaient.

- C Desbarbieux a soumis des questionnaires en salle d'attente de cabinets de médecine générale, parmi des patients ayant déclaré un recours à l'automédication dans les 6 derniers mois (recueil effectué en mai et juin 2012) (45). Le questionnaire visait à analyser le dernier comportement d'automédication (nature du problème de santé ayant motivé le recours, avis et discussions autour de ce problème, façon de se soigner). 696 questionnaires ont été analysés statistiquement.

La population ayant répondu au questionnaire était là encore majoritairement féminine (75% de femmes), mais les comportements d'automédication ne variaient pas selon le sexe.

- Ghoorah et Desplans ont eux aussi étudié les pratiques d'automédication des patients selon la même méthodologie que C Desbarbieux (le même questionnaire a été utilisé) (46).

2106 questionnaires ont été recueillis (889 en mai 2013 et 1217 en mai 2014) et analysés.

La population était à 70% féminine, avec un recours à l'automédication supérieur chez les femmes (61 vs 47%, $p < 0.01$). Les femmes utilisaient plus de médicaments, avaient plus recours à des praticiens non conventionnels type ostéopathe. En revanche, elles n'exprimaient pas plus de symptômes. Les hommes demandaient plus de conseils à leurs proches (notamment à leur épouse), là où les femmes recouraient davantage aux conseils du pharmacien.

- H Samson a elle retrouvé un recours à l'automédication significativement supérieur chez les étudiantes que chez les étudiants de Loire Atlantique et Vendée lors d'une enquête quantitative portant sur les infections respiratoires hivernales : 80% vs 66% d'utilisation d'automédication ($p < 0.01$) sur un échantillon de 1396 étudiants, données recueillies par questionnaires soumis par voie électronique entre janvier et mai 2014 (47).

- C Huchet a étudié la prévalence des demandes de prescription médicamenteuses supplémentaires lors des consultations dites de renouvellement, via des grilles d'observation directes remplies par des externes en médecine (48). Elle a analysé 1386 observations, réalisées en mai / juin 2013 et juin 2014.

Dan ce travail, le sexe des patients n'influçait pas le fait d'avoir une demande médicamenteuse au cours de la consultation de renouvellement. A noter que les femmes jeunes (moins de 40 ans) faisaient plus de demande que les femmes plus âgées.

- E Bottard a analysé le langage utilisé par les patients pour décrire leurs pratiques d'automédication dans sa thèse réalisée en 2016 (49). Elle a pour cela repris des données issues des questionnaires recueillis pour la thèse de Ghoorah et Desplans et d'autres recueillis chez des passants dans une zone commerciale à partir du même questionnaire.

Les données ont été codées en termes de symptômes et de technicité du langage décrivant le problème de santé (1506 réponses recueillies), et de façon de nommer et de technicité du langage utilisé pour décrire les produits d'automédication utilisés (1436 réponses recueillies) ; puis analysées par méthode statistique (analyse statistique de données qualitatives).

Dans cette étude, les femmes employaient plus souvent un langage en termes de maladie,

pouvant s'interpréter selon l'auteur par une capacité d'auto diagnostic supérieure (liée d'après l'auteur à l'historique des soins profanes féminins et à la gestion de la santé quotidienne attribuée aux femmes), et par une tendance des femmes à se déclarer davantage malades (car socialement plus « acceptable » pour les femmes). Les femmes semblaient avoir un rapport au produit plus important, détaillant la forme galénique, la méthode thérapeutique... ceci pouvant s'expliquer par leur plus grande utilisation de l'automédication et de la pharmacie familiale.

Les hommes, à l'inverse, s'exprimaient plutôt par un langage symptomatique, et semblaient moins compétents en matière de diagnostic (là encore, d'après l'auteur, s'expliquant socialement : l'homme ne doit pas dire qu'il est malade, et fréquente donc moins le système de soins).

Dans les travaux de méthodologie qualitative :

- Dans le travail de M Jouan De Kervenoael, des entretiens ont été menés par des externes en médecine auprès de patients consultant en cabinet de médecine générale et pratiquant l'automédication (82 entretiens recueillis en mai et juin 2012). M Jouan De Kervenoael a réalisé elle-même 8 entretiens supplémentaires auprès de personnes se présentant avec une demande d'automédication dans une pharmacie de ville. Les entretiens s'intéressaient aux pratiques d'automédication de façon assez ouverte (50).

Dans cette recherche exploratoire, un nombre important de patients, hommes et femmes, ont cité leur mère comme référentiel. Les femmes y déclaraient plus de pratiques d'automédication que les hommes, avec un rôle de prescriptrice pour leurs enfants et leur conjoint, appliquant les recettes et conseils hérités de leur mère.

- J Interligator retrouvait également cette notion de transmission intergénérationnelle dans sa thèse s'intéressant à l'utilisation des médicaments antalgiques, anti-inflammatoires et antipyrétiques de patients jeunes (12 entretiens semi-directifs de patients entre 18 et 35 ans, durant l'année 2017) (51).

La mère apparaissait ici aussi être la référence principale des savoirs, avec une notion d'héritage des pathologies et des façons d'y répondre. Des exemples familiaux de bonnes ou mauvaises expériences avec le médicament y étaient cités. D'un point de vue matériel, il constatait une circulation de médicaments non utilisés entre générations, notamment mère-fille.

- FX Clément s'était lui intéressé à la construction du savoir profane des jeunes parents en matière d'automédication pour leurs enfants, par entretiens qualitatifs (12 entretiens réalisés entre octobre 2012 et juin 2013) (52).

On retrouvait à nouveau l'importance du savoir transmis par la mère, voire la grand-mère des parents, à travers les souvenirs d'enfance des enquêtés. La grand-mère des enfants était régulièrement sollicitée pour un conseil, pour se rassurer, même si les jeunes parents soulignaient le côté parfois obsolète des conseils fournis.

En tout cas, lorsqu'il fallait prendre une décision pour les enfants, la mère était le principal décisionnaire, c'est elle qui faisait autorité, même si le père était souvent consulté.

- Dans son enquête par entretiens semi-dirigés sur la gestion de la pharmacie familiale (entretiens réalisés entre janvier et octobre 2015 ; 9 individus recrutés parmi les patients interrogés par Anne-Lise le Hesran dans l'étude sur laquelle notre recherche se base également, et 5 autres recrutés par effet boule de neige) (53), G Vitetta relevait que c'était la femme (la mère, l'épouse...) qui était généralement la gestionnaire de celle-ci.

Les résultats de ces travaux effectués sur l'automédication donnent l'impression d'une « tendance », une « inclinaison » féminine à l'automédication.

Si celle-ci ne se traduit pas forcément en données quantitatives, les femmes semblent toutefois porter un rôle prépondérant dans la gestion quotidienne du médicament et la transmission de connaissances profanes à leur sujet.

7.2 Hypothèse

Il existe des comportements et pratiques de soins inscrits dans une histoire familiale et culturelle, différenciées selon le genre féminin ou masculin du patient (femmes gérantes traditionnelles de la santé familiale, héritage intergénérationnel...).

7.3 Objectifs

L'objectif principal de cette thèse est d'analyser les rôles et pratiques des femmes et des hommes en matière de soins, à partir d'un matériel d'étude composé de journaux de santé et d'entretiens semi-dirigés.

Existe-t-il en matière d'auto-soin des rôles-types, des attributions propres à un sexe, une division genrée des rôles ?

METHODES

1. TYPE D'ETUDE

Cette thèse reprend le matériel collecté par Anne Lise Le Hesran, sociologue, lors d'une enquête réalisée entre mars 2014 et juin 2015 dans le cadre du projet de recherche AUTOMED.

L'utilisation d'une méthode qualitative (ici la méthode dite de l'« entretien-journal de santé ») permet d'étudier les déterminants de phénomènes sociaux, de comprendre leur contexte, leur signification, dans un environnement donné. Elle est donc particulièrement intéressante dans l'étude des déterminants de comportements en santé (54).

Les données utilisées ici comportent des entretiens semi-directifs initiaux et finaux qui ont encadré la tenue par les sujets enquêtés de journaux personnels de santé.

La méthodologie du journal de santé a été validée par l'étude pilote d'Anne Sophie Lucas en 2013 dans le cadre du projet AUTOMED (55).

L'historique de cette méthodologie est détaillé dans la thèse de J Villegoureix qui a analysé dans son travail les données médicales issues de ces mêmes journaux (56).

Le journal de santé apparaît représentatif de la réalité, permettant d'examiner des événements courants et d'estimer leur intensité et fréquence, de mieux en décrire les causes et conséquences et de suivre l'évolution des événements rapportés. Il associe en outre une double méthodologie (questionnaire et écrit libre) qui permet de multiplier les informations obtenues.

La première partie du journal utilisé ici est un questionnaire à réponses fermées ou courtes à remplir tous les jours par le participant : 10 questions dont une échelle numérique pour évaluer la perception de son état de santé.

Son objectif est de permettre à l'enquêté d'évaluer sa journée, son état de santé, de se remémorer les activités ou rencontres qui ont pu influencer la qualité de sa journée.

La seconde partie est une page d'écriture libre, sur laquelle il est demandé au participant de développer les réponses à la partie questionnaire, particulièrement celles pour lesquelles ils ont répondu oui, d'expliquer les problèmes de santé ressentis dans la journée, et les attitudes qui en découlent.

Chaque journal contenait 31 pages pour les 31 jours du mois, et une première page « mode d'emploi ».

Intérêt de l'analyse secondaire

La réanalyse de données qualitatives, ou analyse secondaire, est une méthodologie de plus en plus employée en sciences humaines (57).

Elle présente plusieurs intérêts : économiques et matérielles évidemment, puisqu'elle ne nécessite pas de nouvelles enquêtes de terrain, mais elle doit surtout permettre une analyse plus poussée des données, notamment sur des thématiques ne faisant pas l'objet de la recherche initiale.

Elle permet également une plus grande transparence, puisque les données de recherche sont alors visibles par d'autres chercheurs qui peuvent en juger la « qualité ».

Différentes enquêtes peuvent être comparées (dans le temps, ou dans différents milieux), permettant de renforcer les théories qui en découlent.

2. SELECTION DES PARTICIPANTS

L'objectif était de recruter des personnes volontaires pour l'expérience et d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions, et des comportements était recherchée.

Echantillon

Le but initial était d'obtenir une soixantaine d'individus mais des difficultés de recrutement sont apparues et seulement 55 individus ont été approchés, 7 n'ont pas donné suite, 48 personnes ont été rencontrées, 4 ont abandonné, 44 journaux ont été tenus, écrits par 27 femmes et 17 hommes. L'échantillon était diversifié en termes d'âge (entre 21 et 86 ans), de milieu socioculturel, et d'environnement géographique réparti entre urbain et rural sur les départements de Loire Atlantique et de Vendée.

Modalités de recrutement

Dans un premier temps des patients ont été recrutés par l'intermédiaire de médecins généralistes en Loire Atlantique (Nantes, Saint-Nazaire et leurs agglomérations) et en Vendée. 32 patients ont ainsi été recrutés. Afin de diminuer le biais de sélection lié au recrutement via les médecins généralistes et de réajuster l'échantillon, des individus « hors filières de soin » ont été inclus, plus distants, plus réticents au monde médical, ceux-ci ayant peu de suivi médical. Ce recrutement s'est fait par bouche à oreille : 12 personnes sur les 44 enquêtées ont été recrutées hors cabinets médicaux.

Le seul critère d'exclusion était l'âge inférieur à 18 ans.

3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Cette enquête a été réalisée entre mars 2014 et juin 2015.

Des entretiens semi-directifs (un entretien initial, puis un entretien final à l'issue de la rédaction du journal), ont été effectués au domicile de chaque participant par une sociologue, Mme Anne-Lise Le Hesran, attachée de recherche.

L'entretien initial, d'une durée de 1 à 3 heures, avait pour but, outre d'expliquer le fonctionnement du journal personnel de santé et de recueillir le consentement éclairé, de collecter des informations sur son parcours de vie, ses antécédents de santé et pathologies en cours, ses caractéristiques sociodémographiques, et son éducation à la santé, son rapport à la santé en général et à l'automédication en particulier.

Chacune des identités des participants a été codée : E1 pour l'enquêté n°1 à E44 pour l'enquêté n°44.

44 entretiens initiaux ont ainsi été recueillis, auxquels ont ajoutera 2 entretiens complémentaires réalisés par une interne de médecine générale, Géraldine Vitetta, dans le

cadre de sa thèse sur la pharmacie familiale (53). Ces deux entretiens ont en effet été réalisés dans la suite directe des entretiens initiaux des sujets E29 et E39 et restent dans la même thématique.

Il a été demandé aux participants de tenir leur journal personnel de santé quotidiennement pendant 31 jours. Une supervision a eu lieu à J+15 par voie téléphonique ou par entretien selon le lieu d'habitation et pour des raisons logistiques, afin de s'assurer de la bonne tenue du journal, de répondre à des questions d'ordre pratique ou de compréhension et de répondre à d'éventuels problèmes.

Au bout d'un mois, un entretien final, réalisé lors de la récupération du journal par la même enquêtrice, permettait d'explicitier certains comportements de santé relevés à la lecture du journal.

4. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

Les journaux et entretiens ont été retranscrits sur logiciel Word par Anne-Lise Le Hesran.

Une première thèse réalisée par J. Villegoureux en 2016 (56) a utilisé uniquement les journaux de santé, par méthode mixte qualitative et quantitative, dans le but d'analyser la fréquence des problèmes de santé vécus au quotidien et les pratiques d'autosoins et d'automédication des personnes interrogées.

Dans ce travail, nous nous proposons d'effectuer une analyse qualitative secondaire des entretiens et des journaux, axée sur la thématique de recherche des comportements féminins et masculins.

Le verbatim a été codé en « étiquettes » (caractéristiques du phénomène), ensuite regroupées par catégories (propriétés conceptuelles), permettant d'extraire des grands thèmes. Ces thèmes ont enfin été classés et mis en relation (codage axial (58)), dans le but d'aboutir à une théorie explicative.

L'analyse a été effectuée avec l'aide du logiciel de codage qualitatif NVIVO.

La liste des thèmes à étudier n'a pas été établie avant l'analyse du corpus, le codage est resté ouvert, toujours centré par la question de recherche. Nous avons donc identifié au fur et à mesure les thèmes, leurs contenus, leurs relations, sans hypothèse préalable. Cette démarche est qualifiée d'inductive ou par théorisation ancrée (« grounded theory »).

RESULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

Sur les 44 enquêtés, on comptait 61,4% de femmes et 38.6% d'hommes..

L'âge moyen était de 52,3 ans avec une médiane à 49,5 ans et une répartition homogène dans les classes d'âge intermédiaires : 27,3% dans les 30-44 ans, 25% dans les 45-59 ans, et 27,3% dans les 60-74 ans.

15 sujets soit 34,1% étaient retraités (catégorie 7 de la classification des catégories socioprofessionnelles (CSP) de l'INSEE), 43,2% en activité (catégories CSP 1 à 6) et 22,7% inactifs (catégorie 8).

70,5% résidaient en zone urbaine.

		Effectifs (%)
Sexe	Homme	17 (38,6)
	Femme	27 (61,4)
Age	18-29 ans	4 (9,1)
	30-44 ans	12 (27,3)
	45-59 ans	11 (25)
	60-74 ans	12 (27,3)
	>= 75ans	5 (11,4)
Catégorie socio-professionnelle	1 agriculteur exploitant	2 (4,6)
	2 artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1 (2,3)
	3 cadres et professions intellectuelles supérieures	4 (9,1)
	4 professions intermédiaires	3 (6,8)
	5 employés	7 (15,9)
	6 ouvriers	2 (4,6)
	7 retraités	15 (34,1)
	8 inactifs	10 (22,7)
Statut matrimonial	Célibataire	4 (9,1)
	Concubinage	5 (11,4)
	Pacsé	2 (4,6)
	Marié	25 (56,8)
	Divorcé	2 (4,6)
	Veuf	6 (13,6)
Composition du ménage	Seule	11 (25)
	En couple sans enfant(s)	14 (31,8)
	En couple avec enfant(s)	16 (36,4)
	En colocation	1 (2,3)
Environnement géographique	Rural	10 (22,7)
	Urbain	34 (77,3)

tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée (56)

44 entretiens initiaux ont donc été réalisés par l'enquêtrice, auxquels sont inclus les 2 entretiens complémentaires réalisés par Géraldine Vitetta.

Les 44 journaux de santé ont été récupérés et retranscrits par Anne-Lise Le Hesran.

Au total, 1261 jours ont été remplis sur 1364 jours (si tous avaient été remplis 31 jours) soit en moyenne 28,7 jours par enquêté. 61,4% des journaux étaient remplis sur 31 jours et 9,1% des journaux l'étaient sur moins de 25 jours avec un minimum de 3 jours pour l'enquêté E18.

41 entretiens finaux ont été réalisés.

Il y a eu 3 perdus de vue : E06 (manque de temps pour l'entretien), E19 (pas d'informations sur la raison de la non-réalisation), et E44 (circonstances familiales).

Afin de permettre un repérage plus aisé, les caractéristiques (démographiques, sociales ; état de santé, usage du médicament...) de l'échantillon ont été regroupées par Anne-Lise le Hesran dans un tableau Excel (pour une meilleure lisibilité, celui-ci a été scindé en plusieurs tableaux figurant en annexe de ce travail).

NB : Dans les verbatims cités par la suite :

Dans les dialogues enquêtrice – enquêté(e) :

la mention « M : » (moi) avant une phrase indique que celle-ci est prononcée par l'enquêtrice ;

alors que les mentions « E : » (elle) ou « L : » (lui) indiquent les prises de parole des enquêté(e)s.

2. LA VISION DE SA SANTE ET DES PROBLEMES DE SANTE

2.1 Chez les femmes : une autogestion de sa santé tournée vers l'écoute du corps, des influences multiples sur la santé

Lorsque les femmes parlent de leur santé, elles y incluent assez largement des facteurs psychologiques, y intègrent également des facteurs du mode de vie tels que l'alimentation et les activités, aboutissant à une conception de la santé assez large.

2.1.1 La notion d'une hygiène de vie, d'une attention globale sur la santé

Les femmes se montrent sensibles à la notion d'hygiène de vie au quotidien, avec une attention régulière à leur santé :

« j'ai une vie saine, j'ai jamais fait d'excès en fin de compte, j'ai été toujours raisonnable je crois, je sais pas pourquoi, c'est vrai, j'aurais pu mal tomber quelque part... C'est à dire que je crois que je me surveillais ! »

E03 femme (60-75 ans, retraitée comptable)

« ce qui m'a amenée à réfléchir autrement à la santé, c'est la difficulté de la gro... Des grossesses, les chocs, et la difficulté de ma dernière grossesse [...] Et ça a fait que du coup, j'ai quand même pris des décisions en terme de santé et d'équilibre de vie, mais je dois dire que ce sont des décisions non abouties, c'est un petit peu un idéal vers lequel il faut tendre ! »

E04 femme (30-45 ans, maître de conférences)

2.1.2 l'interaction entre physique et psychologique

Lorsqu'on les interroge sur le remplissage de l'échelle de santé du journal de santé, les femmes citent volontiers leur état psychologique l'influençant :

« la santé morale en fait, je savais pas si c'était à découper ou pas justement, est ce que c'était à prendre juste santé physique en compte ou... Parce que finalement des fois t'es en santé physique, enfin physiquement, et puis tu vois, mentalement t'es naze, t'es crevé, t'as juste envie d'aller te coucher, y a un truc et du coup t'es... Heu qu'est ce que je mets là ? Je vais bien physiquement mais en même temps...? »

E29 femme (18-30 ans, auxiliaire de vie scolaire)

« on sait pas si on doit mettre la fatigue, un rhume, l'état d'esprit du moment... Parce que il y a aussi l'influence que peut avoir la vie de tous les jours, enfin si on s'est engueulé avec son mari, ou si on s'est pris la tête avec ses gosses, enfin voilà, il y a tout ça quoi ! Alors voilà, j'ai essayé de faire un peu comme ça... Enfin l'état de santé, moi je l'ai plus vu comme une globalité, que je sois malade ou pas malade quoi, voilà, c'était plus ça »

E17 femme (30-45 ans, assistante maternelle)

Ainsi, la santé est vue comme une globalité aussi bien physique que mentale, un « tout », voire une approche holistique de la santé :

« je pense qu'on ne peut pas nier la dimension émotionnelle dans les maladies. Le facteur psycho-émotionnel, c'est tellement évident ! Et dans toutes les médecines traditionnelles, c'était ça ! Et la médecine occidentale moderne, dite scientifique, a coupé le... nous a coupé le corps, la tête, le mental, les émotions on n'en parle pas, évidemment, ça n'existe pas. Les énergies, ça n'existe pas, les corps énergétiques, c'est une affabulation, comme on peut pas le démontrer, comme on peut pas le prouver... »

E42 femme (60-75 ans, professeur retraitée)

« ce qu'on appelle holistique, c'est à dire qu'on ne coupe pas la tête et le corps quoi, tout ça c'est la même chose, et avant on disait "c'est psychosomatique", et en fait c'était vrai, mais c'était souvent un peu péjoratif de dire ça... En fait tout est psychosomatique, maintenant on n'utilise plus beaucoup ce mot là. Maintenant on sait que tout est lié. [...] c'est vrai qu'on ne peut pas compartimenter la vie de quelqu'un. »

E28 femme (45-60 ans, écrivain public)

L'explication psychologique aux symptômes peut même être activement recherchée :

« moi, j'aime bien comprendre en fait, quand je suis malade ! (elle rit) Donc je cherche pourquoi j'ai ça, ce qui m'arrive, j'ai des bouquins qui expliquent "tel symptôme, c'est tel souci que vous pouvez avoir dans votre vie, ou psychologique..." Et donc là ça avait clairement une signification qui était évidente pour moi, donc je savais que ça allait normalement passer... »

E28 femme (45-60 ans, écrivain public)

Les femmes expliquent de nombreux symptômes ou maladies par une cause, ou du moins notent une participation psychologique :

« et le docteur N. le savait bien, et elle m'avait dit: c'est un cholestérol de stress. En fait... Les belges sont persuadés que le stress joue un très grand rôle dans le cholestérol. »

E10 femme (60 – 75 ans, secrétaire retraitée)

« Et puis j'ai 2 maladie auto-immunes: j'ai un vitiligo et puis j'ai la maladie de Biermer, c'est une maladie de l'estomac, c'est l'estomac qui ne retient pas la vitamine B12. Donc ça s'est déclenché, ça s'est déclaré à la naissance de ma fille, en fait. Je pense que c'est le choc de l'accouchement. »

E15 femme (30-45 ans, fonctionnaire)

« moi je pense que mes histoires d'algo, ben tout bêtement, sans chercher plus loin, ça sert à rien, viennent sans doute de mon tempérament, de choses sans doute.... je peux même pas dire lesquelles, même si je peux en nommer, mais ça sert à rien, mais c'est vraisemblablement pas forcément ça et pas ça, mais des choses qui ont été un facteur déclenchant. »

E25 femme (60-75 ans, animatrice retraitée)

Les mères évoquent également l'origine psychologique de symptômes chez leurs enfants :

« Il me dit [l'ORL]"non, ce genre d'enfant qui crie mais qui fait pas d'otite, c'est plutôt qu'ils ont besoin de se faire entendre »... [...] c'est une autre approche de la maladie quoi... Pourquoi elle a fait ça à ce moment là, pourquoi elle a doublé ça, effectivement elle se plaignait des oreilles, est ce que c'était vrai, est ce que c'était pas vrai...? Enfin

*bon voilà, c'est tout un ensemble de choses, son père qu'est pas trop là en ce moment...
Voilà, elle a aussi tout ça »* E28 femme (45-60 ans, écrivain public)

« Comment on appelle ça, l'encoprésie...? Oui c'est ça. Mais en fait, il a eu un traumatisme dans l'enfance, et puis du coup, ça l'a bloqué. »
E17 femme (30-45 ans, assistante maternelle)

Face à certains signes, l'écoute du corps permet de s'autogérer :

« Je crois qu'il faut aussi s'autogérer, c'est beaucoup dans la tête que ça se passe. [...] quelquefois, y a des choses graves, là il faut aller chez le médecin, ça il faut en être conscient, mais autrement, oui, il faut gérer quoi ! (elle rit). »
E02 femme (plus de 75 ans, au foyer, retraitée)

« Mon corps est mon ami et non mon ennemi, je le respecte et le ménage surtout quand il se rappelle à moi !!!... J'ai appris à entendre tous les petits signes qu'il m'envoie. »
E42 femme (60-75 ans, professeur retraitée)

« Non, c'est vrai qu'en plus, avec une dépression chronique, y a des moments où j'étais vraiment... quand le stade est pas équilibré, vraiment très très très mal, épuisée et avec une douleur qui devient physique, tellement qu'il y a de la douleur psychique. [...] maintenant je sais aussi reconnaître quand ça commence. Donc j'attends pas d'aller très très mal pour aller voir le médecin et dire que là on frôle le gouffre quoi... Donc, c'est... Ouais, appris à se connaître un peu »
E13 femme (30-45 ans, au foyer)

2.1.3 La notion de fragilité – la frontière bonne santé et maladie parfois floue

L'usure du corps : certaines femmes font référence au corps en tant que machine abimée, usée, sous-entendant une certaine fatalité dans les symptômes qui en découlent :

« il y a la hanche... Qu'est ce que j'ai fait là, c'est un scanner ou une échographie...? Une échographie, et en fait, c'est mon nerf sciatique qui était coincé par l'arthrose quoi. Mais bon, ça je l'aurai toujours. les becs de perroquet »
E26 femme (60-75 ans, femme de service en école, retraitée)

Plusieurs femmes se considèrent « fragiles », parfois depuis l'enfance :

« j'ai une grande sœur de 3 ans mon aînée qui n'a pas de problème de santé particulier, moi j'étais la petite dernière qui était plus fragile et bon, ils n'ont jamais eu le troisième, donc au final j'ai peut être eu un... ça a cristallisé les craintes liées à la santé peut être, j'en sais rien, mais ça je m'en suis rendue compte... C'est des questions que je me suis posées beaucoup plus tard quand moi même j'ai eu des problèmes de santé... »
E04 femme (30-45 ans, maître de conférences)

Cette situation a d'ailleurs pu influencer des choix de vie importants :

« oui, moi je ne travaillais pas. Comme j'avais eu une petite santé étant jeune, d'un commun accord, j'ai élevé mes enfants... »
E02 femme (plus de 75 ans, au foyer, retraitée)

E28 reprend pour sa fille l'idée d'une fragilité « constitutive » :

« Comme je donne déjà un traitement homéopathique à ma fille qui elle est un petit peu plus fragile de constitution, je lui donnais un truc, elle prend ça tous les matins histoire de passer l'hiver en forme » E28 femme (45-60 ans, écrivain public)

Même chez des femmes jeunes sans problèmes de santé particuliers, la notion de bonne santé reste relative :

« M: mais vous, ça a été, vous avez été en bonne santé ce mois ci ?

E: ha oui oui. En forme non. En bonne santé oui. C'est toujours pareil hein. Non non, en bonne santé oui, j'ai pas été malade... Si je me suis achetée, mais je l'ai noté d'ailleurs, des compléments alimentaires...

M: pour affronter un peu tout ça ?

E: c'est ça voilà ! Mais voilà, j'ai pas été malade... [...] épuisée oui ! Ouais.»

E04 femme (30-45 ans, maître de conférences)

« Moi c'est vrai que j'ai tendance à me sentir fatiguée un peu tout le temps quoi... [...] c'est vrai que je ne me sens jamais vraiment... Je pourrais pas mettre 10, par exemple, je ne me sens jamais en super forme ! [...] 5, pour moi, oui c'est moyennement bien... Après c'est vrai qu'il y a des jours où j'ai mis 6 où j'ai senti que c'était mieux quand même. Voilà... Quand cette étape là passe je me sens un petit peu mieux, mais quand même toujours fatiguée. ça, la fatigue, je la traîne quand même un peu tout le temps... (elle rit) »

E08 femme (30-45 ans, traductrice, au foyer)

2.1.4 La notion d'équilibre / déséquilibre dans la maladie

L'une des explications régulièrement retrouvée parmi les femmes de notre échantillon est la notion de maladie due à un déséquilibre interne, à une « surcharge », notamment liée à l'alimentation :

« maintenant ça va être ça le problème. C'est à dire acidité dans le corps égal inflammation dans le corps parce que le corps il en peut plus égal cancer et toute la suite derrière. ça c'est ça le truc. [...] l'acidité elle est due à ce qu'on mange et au stress et toutes les émotions mal gérées, voilà, donc on se fait des gros pics à l'intérieur, de plein de trucs qui enraillent toute la machine, donc après ben le corps il a pas tellement le choix. Il est obligé de... Ce qu'il fait c'est qu'il met toutes les toxines à un endroit quoi [...] forcément, il y a un endroit qui va se trouver en surcharge, et puis paf, là ça va pas aller. »

E28 femme (45-60 ans, écrivain public)

Le traitement vise à restaurer l'équilibre, ou à renforcer l'organisme en prévention :

« Avant de m'endormir, je me frictionne la voute plantaire avec 2 gouttes d'huile essentielle de ravintsara, pour stimuler mes défenses immunitaires et prévenir les infections hivernales. J'ai fait le choix de ne pas me faire vacciner contre la grippe (et j'ai très bien fait !...) Il me semble plus important de soutenir et soutenir son immunité avec un mode de vie adapté (alimentation bio, activité physique, gestion des émotions...) que d'attendre d'être malade pour se soigner !!! »

E42 femme (60-75 ans, professeur retraitée)

Du moins, même si la maladie est vue comme extérieure, le terrain propre du sujet n'est pas ignoré (« stress », « fragilité » interne...) :

« les zonas, on sait bien aussi qu'il y a une histoire de stress. Même si on a le virus en nous, attention, mais c'est toujours pareil, ça touche tout le système, et voilà, ça faisait beaucoup de toutes façons, et je sais ma fragilité »

E25 femme (60-75 ans, animatrice retraitée)

2.1.5 L'alimentation en lien direct avec la santé pour les femmes

Les femmes interrogées dans notre échantillon évoquent assez largement le lien entre l'alimentation et la santé.

D'une façon générale, une attention est portée à la qualité et à l'équilibre alimentaire :

« il y a quand même un côté santé parce que je sais que pour être en forme, comme ils disent si bien à la télé, il faut manger varié. [...] on peut faire des bonnes choses, même avec des légumes verts, ça peut être très bon pour le palais. »

E12 femme (18-30 ans, coiffeuse)

« alors l'alimentation ! Heu c'est vrai que j'essaie quand même de faire heu... Pas grasse ! ça je fais très attention, parce que je vous dirais que je garde un peu des principes de... J'ai du faire weight watchers (elle rit) On se trouve toujours trop grosse...! Quoique là j'ai regrossi, va falloir que je rebaisse quand même. Mais j'avais quand même fait 2 séries dans weight watchers, et qui donnent quand même des habitudes je trouve que j'ai encore dans la tête, des habitudes alimentaires »

E07 femme (60-75 ans, conseillère planning familial retraitée)

Souvent en lien avec les références familiales :

« mon alimentation... Heu, comment je la décrirais...? Là pour le coup très axée sur ce qu'on a appris à manger étant enfants, c'est sûr ! Ca laisse peut-être plus d'empreintes, le lien familial avec la nourriture que la santé, peut être plus... enfin, j'essaie de manger équilibré [...] mais après y a pas de régime ou de chose particulière. »

E06 femme (30-45 ans, médecin)

Des aliments consommés pour leurs vertus :

Certains aliments sont cités pour leurs propriétés sur la santé :

« le coup du miel, voilà c'est un aliment, un alicament quoi ! Justement, quand j'ai accouché et que je voulais pas donner de vitamine K à O., j'ai regardé un petit peu quels étaient les aliments qui contenaient de la vitamine K, que je pouvais lui passer, donc ouais, j'ai bouffé pas mal de ça... Pareil, le fer, apparemment le foie c'est super riche, le boudin aussi, c'est super riche en fer. [...] Et puis après essayer ben... Des trucs riches, des graines de lin par exemple, ou dans les pains par exemple, je me disais essayer de commencer à mettre autre chose que juste de la farine, mettre des graines pour aussi, voilà, éviter un max les compléments. »

E29 femme (18-30 ans, auxiliaire de vie scolaire)

« le curcuma, les bienfaits du curcuma ! Donc on en met dans notre sauce. Là on en rajoute sur les plats, c'est du gomasio, du sésame grillé et du curcuma. On met de la

poudre d'ortie... C'est la silice, c'est reminéralisant. La prêle, c'est très riche en silice, là aussi, pour les os... De l'ail des ours... Et puis des algues »

E42 femme (60-75 ans, professeur retraitée)

L'alimentation peut être source de maladies, de danger :

Certains aliments sont sources du déséquilibre provoquant les problèmes de santé :

« ce que je trouve déplorable aussi, c'est de voir que les gens ne prennent plus leur alimentation vraiment en main ! Il y a toute cette publicité, toute cette consommation de masse ! On leur fait avaler des produits, mais dégénérés, bourrés d'un tas de choses qui vont s'en prendre à leur santé. [...] On alimente nos cellules, notre sang... Et envoyer des cochonneries dans... Beaucoup ne réalisent pas ça [...] Et avec tous les additifs, et puis tout le reste quoi [...] On va être de plus de plus en plus malades. Enfin, ceux qui font pas attention...»

E42 femme (60-75 ans, professeur retraitée)

Certains aliments sont plus spécifiquement pointés du doigt pour leurs risques, voire éliminés :

« on m'a offert un petit livre il n'y a pas longtemps sur les dangers de toutes ces choses là, les conservateurs, les additifs, et puis ben c'est vrai que quand je l'ai lu, ça m'a un petit peu fait peur, donc maintenant, j'essaie toujours de lire les étiquettes, et puis j'essaie aussi d'inculquer ça à mes enfants, de leur dire de faire attention aussi, à toutes ces choses là. »

E08 femme (30-45 ans, traductrice, au foyer)

« je ne prends pas de lait non plus, ni de laitage. Parce que ça me donne plein d'air dans le ventre... Donc j'ai cherché pendant longtemps ce qui pouvait me faire ça, donc alors je prends quand même des médicaments parce que, ben je pense que le stress aussi... [...] mais bon j'en avais beaucoup beaucoup plus quand je prenais des laitages, et ça me faisait plein de bruit dans le ventre, même avec mes clients c'était gênant ! Donc j'ai arrêté les laitages, et j'ai arrêté le miel aussi. »

E40 femme (60-75 ans, audioprothésiste)

« Heu, ben je suis en train d'arrêter le gluten, les produits laitiers, enfin, je suis dans cette démarche là. »

E28 femme (45-60 ans, écrivain public)

Au-delà du « faire attention » ou du simple « régime », des troubles alimentaires chez certaines femmes

Si plusieurs sujets hommes ou femmes évoquent avoir fait des régimes ou surveiller leur poids, certaines femmes ont un rapport à l'alimentation compliqué, parfois suite à des régimes répétés.

Ainsi, E12 (femme, 18-30 ans, coiffeuse) est dans un cercle vicieux vis-à-vis des régimes :

« Je sais que j'ai un gros souci d'alimentation, enfin de rapport avec l'alimentation on va dire. Je me suis toujours battue avec mes kilos en trop. Résultat au jour d'aujourd'hui, j'ai pris du poids en essayant de normalement vouloir faire attention. Donc je sais que j'ai un gros souci en rapport avec l'alimentation. Et c'est pour ça que justement j'ai ma patronne qui elle a fait appel à un naturopathe [...] et qui m'a proposée d'aller avec elle. [...] je vais essayer d'aller voir quelqu'un pour essayer de

me réconcilier un peu avec... Parce que c'est vrai qu'aujourd'hui c'est plus... Je mange parce qu'il faut manger et voilà, j'ai pas... j'ai aucun, j'ai pas forcément de plaisir à manger... »

E21 reconnaît avoir eu une période obsessionnelle dans son rapport au poids :

« moi c'est comme ça hein ! Si je vois sur la balance... [...] C'est ce que m'a dit N.: "arrête avec ta balance, c'est bon !" Parce qu'après l'opération, je surveillais tous mes kilos ! Et j'étais rendue à un point où tout ce que je mangeais, je regardais le derrière en fait, les calories, et je les notais, pour faire mon addition du jour, combien j'avais mangé de trucs de calories quoi ! C'était devenu vraiment une obsession ! Donc avec le docteur N., on a eu un bon... Il est vraiment super ce toubib, quoi, il m'a dit "arrête avec ta balance quoi, t'as perdu 43 kilos, si tu reprends 5 kilos, voilà quoi !" Faut pas que t'en fasses une obsession, quoi ! » E21 femme (18-30 ans, employée intérimaire)

2.1.6 Chez les femmes : l'activité physique en tant que facteur de bien être et d'équilibre

L'activité physique joue un rôle dans la santé et le bien-être global :

« une attention un peu plus au niveau sommeil, ou au niveau sportif, parce que je fais depuis quelques années un peu plus d'activités sportives. Enfin je trouve que ça fait partie du bien-être corporel. » E06 femme (30-45 ans, médecin)

« Je pense que ça m'a beaucoup aidée ça ! Et puis après, on se détend, on fait de la relaxation. [...] je trouve que ça, ça a été bénéfique pour moi [...] ça me fait du bien. C'est vraiment mieux qu'un médicament d'ailleurs... Faire de l'aquagym, du sport...! » E31 femme (45-60 ans, surveillante de nuit)

2.1.7 Le réseau social et amical, facteur d'épanouissement pour les femmes

Plusieurs femmes citent spontanément les relations sociales et amicales comme composant de leur bien être et de leur santé :

« et puis, oui, tout l'aspect aussi relations sociales, contacts sociaux... Pour nous, c'est aussi important, ça fait partie de la santé de toute façon, c'est l'équilibre [...] ça a une influence directe. L'ouverture, les relations, oui tout à fait ! » E42 femme (60-75 ans, professeur retraitée)

« Sortir, c'est pas forcément sortir, mais aller voir des gens, bouger [...] quelqu'un qui passe à l'improviste ouais ! Quand quelqu'un est là, moi je vais vite oublier mes petits soucis. Quand je discute avec les gens, quand je vois du monde, je suis bien, je suis épanouie. » E17 femme (30-45 ans, assistante maternelle)

2.1.8 Internet pour aller plus loin dans la recherche d'informations

Certaines femmes trouvent sur internet un moyen de « comprendre » plus en profondeur, de trouver des explications plus précises à leurs symptômes, mais aussi un lieu d'échanges avec d'autres femmes :

« je vais chercher des informations sur internet, parce que j'aime bien comprendre [...] je cherche plutôt les études des CHU ou... Parce que bon, doctissimo j'y vais, mais pour discuter de mes, enfin j'y allais surtout, mais pour discuter de mes petits... [...] Parce que effectivement, y avait une problématique de pas se sentir peut-être reconnue autant qu'une mère de 30 ans, de discuter avec ça, mais point de vue santé, c'est pas vraiment là que je fais confiance. Et puis je préfère les études, quitte à ce que je comprenne pas tout... Aller chercher un peu plus loin... [...] je fais très attention à la provenance de l'information. »

E13 femme (30-45 ans, au foyer)

2.2 Chez les hommes : des profils plus tranchés

Le rapport à la santé des hommes apparaît moins riche, moins complexe et réflexif que celui des femmes. Les sujets de l'alimentation, du bien-être... sont peu abordés.

2.2.1 Une approche de la santé plutôt tournée vers la fonction

Chez plusieurs hommes, le corps semble plutôt être un outil au service de la santé.

Le corps en tant que machine

Certains hommes emploient parfois un vocabulaire « technique » pour parler de leur corps :

« je m'aperçois effectivement que le corps humain est une machine extraordinaire, qu'il y a plein d'informations, mais on n'en prend pas soin quoi. Que ce soit au niveau de la fatigue, au niveau du repos, au niveau de la nourriture, au niveau des excès, au niveau de... Elle est quand même soumise à... Elle souffre quand même, c'est une machine qui... On l'entend pas, mais elle souffre. »

E23 homme (45-60 ans, commercial)

L'activité physique : une fonction utilitaire.

On retrouve, dans la continuité, l'idée de l'activité physique en tant que moyen d'entretenir son corps :

« ha non on marche tout le temps ! [...] c'est de l'entretien, c'est du bon entretien, ça permet de pas trop s'empeser, de prendre des kilos quoi. »

E30 homme (60-75 ans, retraité secteur agricole)

« Mais du coup, j'ai repris, ouais j'alterne depuis octobre, j'alterne un peu plus et je fais une séance de piscine par semaine en parallèle. Quelques longueurs... ça permet d'alterner et de faire travailler d'autres éléments du corps. ça évite de faire trop travailler les articulations aussi quoi. »

E44 homme (30-45 ans, assistant qualité)

Elle a également un rôle de traitement, de réponse à un problème de santé :

« Elle me dit [la remplaçante de son médecin traitant, nb] "monsieur, il faut pas rester allongé pour un lumbago." Bon soit, faut marcher. Donc je me suis mis à marcher.

Effectivement, quand je suis en vacances, quand je suis en vacances j'ai plus mal au dos que quand je suis au travail. » E37 homme (30-45 ans, chaudronnier soudeur)

La machine peut dysfonctionner ou mettre du temps à s'actionner :

« et ces chutes là, on les retrouve quand on est à la retraite, parce qu'on s'ankylose, alors quand faut relancer la machine, on se dit ben merde ça marche pas... Ben oui ben ça marche pas comme il dit. Alors faut chauffer... »

E30 homme (60-75 ans, retraité secteur agricole)

« Donc tout doucement, faut que la bête se réveille tout doucement quoi. J'ai l'impression que c'est comme un diesel, faut le faire un peu chauffer, et puis voilà, c'est un peu mieux quoi. »

E23 homme (45-60 ans, commercial)

« le dos, ouais, ben souvent le matin au réveil, quand il y a beaucoup de... ça dure une heure ou 2 et puis le temps que, on va dire que la mécanique se mette en route un petit peu, que ça chauffe, et après dans la journée, je ne m'en ressens pas. »

E34 homme (45-60 ans, menuisier)

A noter que les 3 hommes cités exercent ou ont exercé dans un domaine professionnel en lien avec les machines : E23 a débuté sa carrière dans la mécanique automobile, E3 était conducteur d'installations dans le milieu agricole, E34 est menuisier.

En parallèle, l'une des explications des problèmes de santé se trouve aussi dans la mécanique : le corps peut s'user, se casser, se déboîter... cette idée apparaît régulièrement chez les hommes interrogés :

« il y avait un petit peu de calcification sur le tendon qui est entre la scapulaire, l'omoplate et le machin, qui passe dans le petit trou, ben en fait, ça fait que le reste il prenait toute la place, ce qui fait qu'avec les mouvements, ben ça raclait et ça l'usait. »

E20 homme (30-45 ans, chauffeur de bus)

« Bon quelquefois ça tire dur parce que... Pour marcher c'est... Mais on sait d'où ça vient, moi je sais que bon, ça le docteur me l'avait dit il y a longtemps, très longtemps même, il me dit "vous avez une vertèbre en bas, elle commence à être usée. ça c'est votre position assise dans les voitures." »

E19 homme (plus de 75 ans, inspecteur commercial retraité)

« j'ai expliqué au kiné, j'ai dit "c'est bizarre, je fais des mouvements, mais j'ai ma hanche, dans l'eau, j'entend toujours que ça se déboîte !" il dit "ça se déboîte ? mais non ça se déboîte pas !" je dis "enfin je sais pas y a quand même quelque chose..." et bon il dit non, y a rien, et puis là il la bouge un peu et puis d'un coup, là, clac, haaa... [...] il suppose que c'est comme une tendinite. À force de frotter, c'est comme si le tendon frotte sur un os, et puis cloc, il saute. »

E35 homme (45-60 ans, mécanicien, en invalidité)

2.2.2 La maladie en tant que rupture dans le parcours de vie

Chez les hommes de notre échantillon souffrant de pathologies de santé importantes, la maladie paraît être un bouleversement de vie, par rapport à un « avant » idéalisé, sans problèmes de santé :

« j'avais pas spécialement de problème de santé. Moi les médicaments j'en ai rarement pris... [...] une petite grippe ou une petite angine de temps en temps, mais voilà, rien de spécial. (il rit)

M: donc tout d'un coup, vous êtes plongé dans le milieu médical comme vous ne l'avez jamais été !

L: ha oui, j'en ai bouffé ! Et puis ouais, ces médicaments, vous restez... vous dormez ouais, 16-18 heures par jour ». E22 homme (45-60 ans, employé de bureau)

« je suis allé la première fois en clinique il y a 4 ans. Pour me faire poser un stent. Un stent. Pff, j'arrive jamais à prononcer ce mot là !

M: [...] Mais vous n'aviez jamais été hospitalisé avant ?

L: [...] jamais jamais, je savais pas ce que c'était !

Sa femme: non non, tu n'avais jamais rien eu de particulier, jamais un médicament... (elle rit)

M: vous aviez toujours été en très bonne santé...?

L: très bonne » E32 homme (60-75 ans, retraité chef de groupe)

Cette rupture semble difficile à accepter pour certains, les obligeant à revoir leur mode de vie et à renoncer à certaines activités :

« j'ai un dos donc qui est forcément beaucoup plus sensible aujourd'hui qu'il ne l'était donc je ne peux plus porter, donc on est obligé de voir les choses différemment [...]. Moi je suis quelqu'un de très actif et je trouve que depuis un an et demi je ne suis plus du tout actif, j'ai plus du tout de résistance... Ben oui je ne me reconnais pas vraiment quoi ! [...] je me rends bien compte que même physiquement, il y a quelque chose qu'est pas... qu'est plus comme c'était avant. J'ai pas d'autres choix que d'accepter »

E23 homme (45-60 ans, commercial)

« L: il faut que je prenne mon temps parce que je suis essoufflé déjà. [...]

M: ça a l'air d'être important pour vous le sport...?

L: ben j'aimais bien moi, ça ! Mais maintenant je peux plus... Ho ben avant j'allais randonner, tout ça... si si, je courrais et tout, mais maintenant c'est fini. Disons que faudrait que je prenne mon vélo de temps en temps, c'est tout mais bon, maintenant c'est plus la voiture... »

E35 homme (45-60 ans, mécanicien, en invalidité)

2.2.3 Des profils plus spécifiques d'hommes sensibles à une approche globale de leur santé

Les profils d'hommes montrant une vision assez large de la santé sont des hommes aux profils plus « extrêmes », ayant un mode de vie et une culture de la santé assez alternatifs, une défiance affirmée envers la médecine conventionnelle, évoluant dans un cercle familial (mère, épouse) ou amical sensible aux mêmes approches.

E43 partage ainsi avec son épouse un rejet des médecines conventionnelles, et est particulièrement sensible au lien alimentation et santé :

« oui, mais se soigner, c'est faire aussi attention à ce qu'on mange, d'abord ! Parce que bon, enfin bref, y a un américain qui a mangé tous les jours au fast-food pendant un mois. ça a été catastrophique, le résultat ! »

E43 homme (60-75 ans, professeur retraité)

E41 (homme) est sorti du système de soins classiques et n'a plus de couverture sociale. Il estime que c'est sa propre connaissance de lui-même qui lui apportera les solutions en cas de problème de santé :

« il faut que moi j'écoute mon corps. Savoir où j'ai mal et qu'est ce qui s'y passe. Et logiquement, si je suis pas décentré, si je suis bien avec moi-même, je dois répondre. Au niveau alimentaire, au niveau fatigue, au niveau justement entièreté de ma personne, parce que si je suis malade, c'est qu'il y a une faille. C'est qu'il y a quelque chose qui n'est pas en harmonie avec moi et dans moi. C'est à dire que le médecin il va me dire ça, ou le guérisseur il va faire à ma place, mais logiquement, c'est moi qui ai laissé une faille, c'est moi qui ai laissé une inattention... »

E41 homme (45-60 ans, au chômage)

3. LE RECOURS AUX CONSEILS ET A L'EXPERTISE DES PROCHES

L'entourage des sujets est sollicité en cas de problème de santé, ou lors de questions ou d'échanges sur la santé en général.

3.1 Des discussions entre femmes dans l'échange

Les femmes de la famille parlent entre elles de leur santé :

« M: la question 10: "avez vous discuté de vos soucis de santé avec quelqu'un d'autre...?" vous cochez souvent "oui". Avec qui vous en parlez ?

E: avec ma famille [...], j'en parle tous les jours, parce qu'ils me demandent comment je vais, si je peux faire ou si je peux pas faire [...], ils me sollicitent si je peux. Ma mère elle me dit "tu peux me faire ça ? ça va pas être...?" je dis "oui, je peux". Et moi aussi je prends tous les jours des nouvelles de sa santé »

E11 femme (45-60 ans, assistante de vie, en invalidité)

« ma sœur elle est infirmière, voilà, donc c'est vrai que quand on a un petit bobo, des fois je... [...] oui, j'en ai parlé avec elle, parce que elle, il paraît qu'elle a la vésicule qu'est en 3... Tout pliée en 3 fois un truc comme ça ! (elle rit) Donc elle a des problèmes de vésicule et... Souvent quand je dis "je digère mal..." elle me fait "ah ça doit être ta vésicule !" Voilà... Donc... »

E40 femme (60-75 ans, audioprothésiste)

Les amies sont également présentes :

« Avec mon amie, on a parlé du passé et de mes épisodes de grossesses difficiles. C'est la sage femme qui m'a suivie pendant ma grossesse lorsque j'étais allongée. C'est devenu une amie. On a aussi discuté de ses problèmes de santé et de ceux de sa fille diabétique... C'est un peu un moment pour « vider son sac » en quelque sorte. »

E04 femme (30-45 ans, maître de conférences)

3.2 Les hommes sollicitent l'aide, l'expertise des femmes de l'entourage en cas de problème de santé

Les hommes n'hésitent pas à faire appel aux femmes de leur entourage en cas de questions sur la santé :

« M : par rapport à votre sœur, le fait qu'elle soit professionnelle de santé, ça vous arrive de lui demander conseil ?

L: ça m'arrive parfois, parce que j'ai la mauvaise manie, je pense, comme beaucoup de gens, de regarder sur internet. [...] Donc non, je l'appelle en lui disant voilà... Alors tu devrais faire ceci, cela, mais bon. Ouais ça me tranquillise plus, ça me rassure plus... Parce qu'internet bon c'est super sur plein de choses mais alors pour ça c'est... [...] Donc par rapport à ça, elle me temporise, elle me dit "mais non attend t'es stupide" »

E23 homme (45-60 ans, commercial)

« quand j'ai des douleurs qui apparaissent, je vais appeler ma mère pour lui en parler. Après... (il rit) elle a pas la solution à tout mais bon... Oui, ça peut être quelques conseils... » E44 homme (30-45 ans, assistant qualité)

*« M: et ça vous arrive d'appeler votre sœur pour avoir un conseil...?
L: ça peut arriver. ça peut arriver, ou alors si dans la conversation, ça vient, oui...
Oui, ça peut arriver, oui, oui tout à fait ! »* E33 homme (30-45 ans, commerçant)

Ce recours aux proches et plus particulièrement aux femmes de l'entourage se retrouve dans le recours au médicament et aux diverses pratiques de soins (voir les parties spécifiques suivantes).

3.3 Les discussions entre hommes existent également, dans des contextes ou pour des sujets ciblés

E30 explique ainsi parler de sa santé avec ses amis retraités, estimant qu'il s'agit d'un sujet de conversation classique à son âge :

« Pas vraiment malade malade, mais lourd en digestion, enfin pas facile [...] »

M: [...] Et vous parlez de ça avec vos voisins ?

L: ha ben oui oui ! Ben quand il y en a un qui dit... Ben vous savez comment on appelle les retraités non ? Les tamalous ! (il rit) »

E30 homme (60-75 ans, retraité secteur agricole)

pour des problèmes de santé spécifiquement masculins :

« autour de moi, j'ai des amis, masculins bien sûr, qui me disent « moi je me lève deux fois dans la nuit ». Moi ça je ne le connais pas. Je ne sais pas ce que c'est que se lever la nuit pour aller uriner, alors que pour les hommes c'est souvent le... Donc non non, on parle très librement... » E32 homme (60-75 ans, retraité chef de groupe)

ou des discussions entre collègues de travail pour des pathologies liées à l'activité professionnelle :

« on en a parlé avec les collègues, là, au niveau des massages lombaires ou des trucs comme ça quoi [...] ben on en a parlé parce que bon, N. là derrière [voisin] il était à la vérif chez Michelin, les pneumatiques, c'est un gars qui a travaillé très très souvent à tourner les pneus manuellement, les regarder, les tripoter comme ça... Bon et en plus de ça il est tombé d'une échelle il y a 3-4 ans là, donc il va chez le kiné de temps en temps »

E30 homme (60-75 ans, retraité secteur agricole)

4. LES RELATIONS AVEC LES MEDECINS

4.1 Une influence du genre du médecin ?

Le critère du sexe du médecin est assez peu évoqué par les personnes interrogées.

Quelques femmes préfèrent toutefois voir une médecin femme, avec qui le contact semble facilité :

« elle est sympa, c'est une femme de mon âge, par là, voilà, elle est à l'écoute, ouais c'est bien, on a eu un bon contact donc...! » E40 femme (60-75 ans, audioprothésiste)

« Ben avec mon ancien médecin généraliste, en plus c'était une femme donc le dialogue est quand même plus facile avec une femme... »

E15 femme (30-45 ans, fonctionnaire)

L'une des femmes interrogées apprécie que son médecin soit une mère, comme elle :

« elle est très bien, c'est vraiment une bonne médecin, dans la manière dont elle gère, tout ça, moi ça me convient très très bien. [...] Et puis après, elle est tout proche, elle est disponible, elle a 4 enfants, donc moi j'apprécie aussi le fait qu'elle puisse m'aider dans la gestion, on va dire d'un bébé... »

M: et que ça soit une femme aussi peut-être ?

E: ouais... [...] c'est bien que ce soit une femme, c'est vrai que je pose des questions, je sais pas si je poserais les mêmes questions à un homme.

M: c'est le fait qu'elle soit maman alors...

E: voilà, c'est peut-être ça qui fait la différence... »

E36 femme (30-45 ans, professeur de mathématiques)

Un homme évoque aussi l'intérêt de consulter un médecin homme pour évoquer des problèmes touchant à l'intimité :

« L: mais il y a un petit bémol quand même... Il est parfois plus facile de parler à un médecin homme qu'à un médecin femme. [...] »

M: c'est une chose que vous regrettez ?

L: ben un peu, oui, pourquoi pas ? Enfin, non, quand c'est parti, c'est parti, on oublie, mais au début c'est un petit peu... Au début, tu sais, faire un toucher rectal, c'est...! (il rit) »

E32 homme (60-75 ans, retraité chef de groupe)

4.2 Des critiques d'ordre relationnel envers les médecins de la part des hommes comme des femmes...

Des hommes et des femmes évoquent des difficultés qu'ils ont pu rencontrer avec un médecin.

Ces critiques sont essentiellement d'ordre relationnel et communicationnel :

« Pourquoi je lui fais pas confiance...? (elle rit) Moi j'irais pas le voir ce médecin là. [...] comment vous dire alors... Ben je trouve qu'il ne donne pas beaucoup d'explications, alors bon... »

E07 femme (60-75 ans, conseillère planning familial retraitée)

« moi j'avais aussi madame E. et moi j'ai changé parce que je trouve qu'elle parle pas assez, elle parle moins que le docteur D., il va bien nous expliquer, il va parler, mais pas elle, quoi...»

E39 homme (45-60 ans, mise en rayon, en arrêt de travail)

4.3 Des critiques plus poussées de la part de certaines femmes, voire un rejet des médecins dans leur ensemble

Si les hommes et les femmes partagent des propos critiques envers certains médecins qu'ils ont pu rencontrer, la critique d'un médecin en particulier s'étend chez certaines femmes à la critique « des médecins » en général.

E42 voit la relation médecin-patient comme un lieu de domination ou de pouvoir du médecin sur son patient :

« mais est ce que les médecins sont prêts à lâcher ce pouvoir qu'ils ont sur les patients... Parce que le patient qui se remet complètement à son médecin, il est vraiment dans la relation de soumission. Le médecin est tout puissant. Et bien est ce qu'ils sont prêts à lâcher un peu et à collaborer avec les patients ? Parce que moi j'aimerais bien un médecin avec lequel on peut discuter, pas d'égal à égal, parce qu'on n'est pas... Non, pas sur ce plan là, mais oui, dire "voilà, je fais ceci-cela, qu'est ce que vous en pensez..." »

E42 femme (60-75 ans, professeur retraitée)

Pour ces femmes, avoir un suivi régulier paraît compliqué, on note un certain nomadisme, un éloignement du système de santé :

« M: alors on a parlé de tous ces médecins, mais est ce que vous avez un médecin traitant ?

E: j'en ai encore un ouais... [...] mais je vais encore changer ! J'ai beaucoup de mal avec ça ! [...] Ben oui, parce qu'il y a un manque de médecins, donc il y a aussi un manque de médecins qui me correspondent et qui bon voilà, ne vont pas me refiler des antibiotiques au moindre truc quoi. Donc je navigue. Je change beaucoup. [...] ça c'est clair qu'au moindre truc où ça va pas, moi pfft, je déménage. »

E28 femme (45-60 ans, écrivain public)

« moi et les médecins, heu, j'ai un gros problème, c'est que j'ai un médecin traitant sur le papier mais dans la pratique, j'ai jamais trouvé un médecin qui m'allait en fait. Donc moins je vais les voir, les médecins, ou mon médecin traitant, mieux je me porte. »

E29 femme (18-30 ans, auxiliaire de vie scolaire)

4.4 Le choix du médecin se base donc principalement sur des critères relationnels

Le bon médecin semble être celui à qui les personnes interrogées peuvent se sentir en confiance et écoutées :

« M: j'aurai voulu savoir un peu la relation que vous avez avec lui [son médecin traitant, nb], ça se passe bien ?

E: ha très très oui ! [...] Je parle librement avec lui ! J'ai pas de secret si vous voulez, je lui parle de toute ma santé. Si j'ai des problèmes par rapport à... bon voilà, je lui dis ! »
E11 femme (45-60 ans, assistante de vie, en invalidité)

« il est très très ouvert, il est vraiment bien. Donc voilà, donc on discute un petit peu, [...] on peut tout dire, moi je suis très très à l'aise avec lui, c'est un médecin que j'adore. Oui oui, il est vraiment bien honnêtement, il met ses patients à l'aise, il est drôlement à l'écoute, il est... Si si, il est vraiment bien »

E34 homme (45-60 ans, menuisier)

4.5 Des attentes relationnelles explicitées par les femmes

Au-delà de cette écoute, plusieurs femmes explicitent une dimension psychologique que le médecin apporte à la consultation :

« si je dois voir le médecin il faut que ça soit lui. C'est à dire que j'ai rien contre ses remplaçants, ils sont très bien, voilà, je ne remets absolument pas en question... Sauf que lui a une dimension psychologique, c'est quelqu'un qui écoute, c'est quelqu'un qui sait écouter le patient. C'est à dire qu'à chaque fois que j'ai eu des choses, le seul à avoir été capable de me dire c'était quoi, c'est lui. »

E04 femme (30-45 ans, maître de conférences)

Si les raisons de consulter le médecin sont variées (renouvellement d'un traitement de fond, urgence perçue, symptômes qui durent...), plusieurs femmes expliquent consulter pour avoir une explication à leurs symptômes, sans forcément attendre une réponse thérapeutique ensuite :

« Et puis comme je sentais toujours ça, j'ai pris rdv il y a une semaine chez la généraliste ce matin. [...] Elle m'a dit que la vésicule des fois ça pouvait bouger ou se déplacer, et que... Oh je sais que ma sœur, elle a des... On a un peu des soucis de digestion quoi, donc bon je me suis dit ben c'est ça... Donc j'ai pas de médicaments j'ai rien quoi ! [...] Moi je vais voir les médecins, c'est pas pour avoir des médicaments, c'est juste pour qu'ils me disent ce que j'ai, si c'est grave, si ça va passer ou pas, bon ben là... Elle m'a dit "si ça revient on fera une échographie..." »

E40 femme (60-75 ans, audioprothésiste)

Le fait d'obtenir des explications claires paraît ainsi augmenter la confiance dans les propositions du médecin, notamment pour des sujets sources de débats médiatiques telle que la vaccination :

« moi ce que j'aime c'est qu'il m'explique vraiment. Et du coup j'ai vraiment le choix. Pour les vaccins moi je lui ai posé les questions, moi j'ai quand même beaucoup d'amis qui font pas vacciner leurs gamins, moi à mon avis c'est plutôt dangereux et je pense pas que les vaccins soient si dangereux que ça, mais vous, vous en pensez quoi ? Et du coup il a pu m'expliquer pourquoi c'était important, d'après lui... [...] J'ai pas l'impression qu'il cherche absolument à médicaliser. Si je dois sortir de sa consultation avec juste du doliprane pour refaire le stock parce que c'est un virus, ça va passer et il faut juste attendre, je sais qu'il ne me rajoutera pas un truc pour me rassurer quoi. »

E13 femme (30-45 ans, au foyer)

5. L'USAGE DU MEDICAMENT

5.1 Les conseils des proches sur le médicament : la place centrale des femmes

Les femmes sont les principales gestionnaires de la pharmacie familiale, dans la famille et dans le couple (voir parties spécifiques).

D'une façon générale, les femmes font appel aux femmes de leur entourage pour des conseils, sollicitant leur expérience en la matière.

Les médicaments conseillés ou testés par des femmes proches sont souvent utilisés pour soi :

« M : et bepanthen, c'est vous qui l'avez choisi un jour... »

E: oui, c'est ma sœur qui m'en a parlé, parce qu'un jour dans les maisons de retraite, on l'utilise beaucoup pour les érythèmes, pour... Enfin, moi j'avais des petits soucis et elle m'a dit, prend le bepanthen, et tu vas voir... »

E09 femme (30-45 ans, employée administrative)

Parfois après validation par le pharmacien :

« et en fait ta mère prenait ça aussi, et tu t'es dit... »

E: ouais. [...] elle va me dire "prend du donormyl, ça fait effet, tu vas voir !" Oui, je lui fais confiance c'est sûr [...] quand je vais y repenser, je vais me dire, bon ma mère m'a dit que ça marchait bien, je vais aller voir la pharmacienne, en prendre un, et voir avec elle si c'est bien ce qu'il me faut »

E21 femme (18-30 ans, employée intérimaire)

Les hommes citent également des femmes de leur entourage comme source de conseils :

« D'autant plus que ma sœur travaille dans une clinique depuis très longtemps et qui m'a dit "ben écoute, pour éviter de chopper l'algodystrophie, faut faire des cures de vitamines avant tes interventions", donc j'ai vraiment tout suivi à la lettre ! »

E23 homme (45-60 ans, commercial)

La transmission d'habitudes familiales médicamenteuses est observée :

« Le citrate ça c'est son... [son mari rit] c'est pour bien digérer en fait. (elle chuchote) il suffit de pas manger de trop... Donc ça vient de sa mère je pense. (à son mari) C'est ta mère qui te donnait du citrate ? »

son mari: oui [...] ça faisait partie de ma trousse à pharmacie. »

E13 femme (30-45 ans, au foyer)

Au-delà des conseils, on constate une circulation concrète des médicaments entre femmes :

Les boîtes de médicaments se passent entre les femmes proches :

« Petite mycose au pied, je voulais aller à la pharmacie mais ma fille m'a donné de la pommade qui a fait de l'effet tout de suite. »

E07 femme (60-75 ans, conseillère planning familial retraitée)

« M: et ça c'est quoi du gaviscon ?

E: ha oui c'est parce que j'ai eu mal à l'estomac ! J'ai eu mal à l'estomac, et justement il y a une fille au secours qui me dit "prend donc ça, ça va passer tout de suite". Et effectivement, bon ben j'en ai pris une fois, c'est elle-même qui m'a donnée un tube [...] et effectivement ça m'a fait du bien. »

E02 femme (plus de 75 ans, au foyer, retraitée)

ou des femmes vers les hommes :

« là j'ai pris quelques trucs pour l'allergie, je fais des allergies de la peau, c'est une voisine qui m'a donné des médicaments, faut que j'en parle à D. [son médecin traitant] à la fin de la semaine... » E39 homme (45-60 ans, mise en rayon, en arrêt de travail)

5.2 Le pharmacien, un interlocuteur privilégié pour les femmes sur l'automédication

Le pharmacien est régulièrement cité par les femmes comme un recours vis-à-vis de l'automédication.

Les pharmaciens paraissent ainsi être des interlocuteurs facilement abordables et de confiance pour les femmes, pour des conseils sur le médicament, sur les interactions médicamenteuses... :

« Les pharmaciens en général ils sont... Enfin, abordables. [...] ils ont quand même cette facilité d'amener les choses aux gens avant qu'on leur pose des questions, mais si jamais je sens que voilà j'ai une question supplémentaire, je vais pas hésiter à la poser en me disant de toutes façons ils sauront y répondre en fait. »

E17 femme (30-45 ans, assistante maternelle)

« je suis allée acheter mon ibuprofène l'autre jour [...] j'en ai parlé au pharmacien et puis finalement j'ai dit "quelle différence il y a entre l'ibuprofène et..." Je savais mais je voulais avoir une... "et doliprane ou tout ce qui est paracétamol..." il m'a dit "y en a un il vous soigne la douleur mais l'ibuprofène l'intérêt c'est qu'en même temps c'est anti-inflammatoire ». Alors les associations, elle me dit ce qu'il faut faire ou ne pas faire »

E10 femme (60 – 75 ans, secrétaire retraitée)

« quand j'achète à la pharmacie, sur le médicament, je demande toujours à la pharmacienne, et puis elles connaissent mon dossier donc elles savent très bien que... Et puis je vais toujours à la même pharmacie, généralement à la même pharmacie... Et puis j'achète pas les médicaments comme ça, là c'est vraiment parce que je suis obligée parce qu'autrement, moins je vais, mieux je me porte ! »

E01 femme (45-60 ans, caissière, au chômage)

E14 apprécie d'avoir affaire à une femme pharmacienne pour des sujets touchant à l'intime :

« j'avais l'impression que ça me grattait à l'intérieur du vagin, j'avais des démangeaisons, alors je suis allée à la pharmacie, je dis "ben voilà"... Oui j'aurais pas pu en parler au monsieur ! Oui pour ça aussi c'est un univers de femmes. »

E14 femme (60- 75 ans, secrétaire retraitée)

6. L'USAGE DE THERAPEUTIQUES ET SOINS ALTERNATIFS

Les sujets interrogés décrivent de nombreuses pratiques hors médecine conventionnelle : homéopathie, phytothérapie, compléments alimentaires, plantes, boissons, potions, application de produits divers, recours à des professionnels plus ou moins reconnus type naturopathes, acupuncteurs, guérisseurs, magnétiseurs...

Une partie des utilisateurs de médecines alternatives correspond à des hommes et femmes « curieux », prêts à essayer d'autres choses, mais ne semblant pas posséder un savoir très poussé en la matière :

« Sinon je prends ce truc, la vigne rouge, je me dis, c'est pas... J'ai pas d'effets secondaires ou quoique ce soit, ça a l'air d'aller. »

E03 femme (60-75 ans, retraitée comptable)

« voilà, c'est ça, crème à l'arnica ou même des petites pastilles homéopathiques... Je me suis cogné l'autre jour, j'en ai pris. [...] ben disons qu'on en a, enfin ma femme a ça pour les enfants, donc ben là, je me suis dis, vue que j'avais bien mal à la tête quand même (il rit), j'avais pris un bon coup aussi sur le genou, je me suis mis de l'arnica sur le genou et sur la tête, et puis du coup j'ai pris une pastille. Je me suis dit, ben au pire, c'est de l'homéopathie, donc bon... »

E37 homme (30-45 ans, chaudronnier soudeur)

6.1 Des utilisatrices expérimentées : la volonté de limiter le recours au médicament en général ; les médecines alternatives dans la recherche d'un équilibre et d'une prévention

On trouve par contre un profil, féminin exclusivement, de femmes utilisant plus largement les thérapies alternatives dans leur vie, notamment en prévention.

Les thérapies alternatives sont pour ces femmes un moyen de limiter le recours au médicament :

« je suis pas médicament, pas du tout pas du tout ! Du tout. Et c'est pour ça d'ailleurs que je me tourne aussi vers l'homéopathie pour ces choses là. parce que je suis pas médicaments, et puis moi les médicaments ça me... Je sais pas, j'aime pas ! J'aime pas prendre les médicaments. Quelque part, je les reçois mal, sans doute, par dessus le marché. Et puis d'un côté ça nous remet bien, mais de l'autre, y aussi des... »

E25 femme (60-75 ans, animatrice retraitée)

« Je suis pas trop médicament, moi c'est pareil, pour moi, je les prends vraiment quand je vois que j'ai pas le choix, quand je suis forcée de les prendre, mais sinon quand je peux me débrouiller avec l'homéopathie, les plantes, je préfère, voilà...»

E08 femme (30-45 ans, traductrice, au foyer)

Certaines femmes consultent des professionnels non conventionnels dans l'idée d'une prévention, d'un bilan systématique, en écho à une vision plutôt féminine d'une santé tournée vers la prévention et l'équilibre :

« j'avais très mal au dos, je suis allée voir le toubib qui m'a donnée des anti inflammatoires, et puis 3 semaines après ça a recommencé, et là je me suis dis, bon, on va peut-être faire autre chose ! Et on m'a parlée d'acupuncture, et donc je suis allée voir un acupuncteur, ben qui m'a soulagée, et donc ben après ça a remis un peu du doute dans l'esprit, et puis j'ai entendu des conférences sur l'ostéopathie après, et donc en général je vais 2 fois par an chez l'acupuncteur et chez l'ostéopathe, ben quand j'ai besoin ! [...]

M: et l'acupuncteur, c'est dans quel but d'y aller 2 fois par an ?

E: ben une vérification générale... Qu'il remette les choses normalement comme il faut quoi ! » E24 femme (60-75 ans, institutrice retraitée)

« je vais voir une kiné-ostéopathe parce que j'ai souvent des contractures musculaires [...] elle est ostéopathe et elle est très bien. Donc c'est vrai qu'il y a des fois où je lui dis des choses parce que ben c'est noué là-dedans... Comme elle connaît G. [son fils] en plus, comment il est, on arrive à en discuter un petit peu, je la trouve très bien, très très bien. Et c'est vrai qu'avec elle, j'aime bien y aller une fois par an pour discuter... [...] quelquefois elle me fait aussi une séance d'ostéopathie parce que je sens que... Je lui dis que des fois j'ai des problèmes de digestion, je sens que ça passe pas, donc on discute un petit peu, et c'est vrai qu'elle est très bien, très très bien. »

E31 femme (45-60 ans, surveillante de nuit)

Ces femmes sont donc ouvertes à apprendre et à se renseigner sur ces médecines :

« ça c'est le guide familial de la santé, c'est le complément de ma formation de secrétaire médicale. [...]

M: vous vous intéressez à la médecine par les plantes ?

E: oui.

M: mais par exemple, la dernière fois que vous vous êtes servi de ces livres, c'était pour quoi ?

E: heu... Ben c'est pour... c'est pour les huiles essentielles pour voir comment ça faisait dans la maison. » E11 femme (45-60 ans, assistante de vie, en invalidité)

6.2 Les femmes font appel à internet et aux médias pour les médecines alternatives

6.2.1 Internet permet de rechercher des informations sur les thérapies alternatives

Si internet est assez peu cité dans l'information sur la médication (les sujets se montrant méfiants), il est par contre fréquemment utilisé par les femmes pour s'informer au sujet des médecines alternatives, et acquérir un savoir à ce sujet :

« M: vous faites des recherches sur internet ?

E: il y a quelques temps justement, on est 5 ou 6 femmes à marcher les jeudis et puis il y en a une qui avait du voir, je pense qu'ils avaient du en parler à la télé, ou qu'ils

avaient vu sur internet que la levure de riz rouge c'était pas trop bon, enfin, pour autre chose et tout ça... Mais après c'est peut-être les gens qui en prennent des quantités, quand t'en prends que 2 par soir, je pense pas que ça soit trop mauvais. Après je me dis que c'est à base de plantes, ça... Je pense pas... »

E31 femme (45-60 ans, surveillante de nuit)

« Tu parles d'internet au début, ça t'arrives régulièrement d'aller chercher des infos sur internet ?

E: juste quand, comme là, je ne suis pas certaine de ce que je fais... Je veux dire, j'irai pas... Là je ne me souvenais plus du tout parce que j'ai trouvé ce vaccinotaxinum, j'étais quasiment sûre que c'était ce qui était lié à l'herpès, mais j'étais plus certaine. Donc je me suis dit, il faut absolument que je sache comment faire, et donc du coup pour moi la meilleure solution c'est internet. [...] savoir un petit peu combien prendre de granules et puis effectivement comment les prendre. Et surtout si c'était bien adapté pour l'herpès quoi ! »

E36 femme (30-45 ans, professeur de mathématiques)

6.2.2 Internet conforte certains sujets sceptiques dans des discours « extrêmes »

Revers d'Internet, tous types d'informations plus ou moins vérifiées y circulent, et peut conforter les sujets dans certains discours « extrêmes » ou un scepticisme vis à vis des discours « officiels » :

« M: est ce qu'il n'y a pas aussi le fait que tu aies lu beaucoup de choses là-dessus, du bon comme du mauvais, et du coup, d'avoir lu beaucoup de choses négatives, ça t'angoisse...

E: hé ben oui, carrément ! Est ce qu'il y avait déjà une sensibilité allergique et que le vaccin a déclenché ça, pour qui comment pourquoi...? C'est ça qu'est difficile... Et en fait, des études scientifiques là-dessus, y en a pas tant quoi ! Ou en tout cas, c'est pas diffusé, et on en cause pas. Il faut admettre que le vaccin c'est bien, point barre. Et du coup, au-delà de ça, quand on discute, c'est soit des positions tranchées "le vaccin c'est pas bien, y a de la merde dedans" soit "c'est bien, faut le faire", mais y a pas l'entre deux où tu vois t'as tout le détail de chaque vaccin avec le pour, le contre, et là tu peux faire la part des choses... Moi c'est ça qui me manque vraiment en fait »

E29 femme (18-30 ans, auxiliaire de vie scolaire)

On retrouve également cette idée chez ce couple dont les deux membres partagent une vision très sceptique de la médecine conventionnelle :

« E: La nutrithérapie, la santé, le professeur Joyeux, qui est quand même un cancérologue reconnu, et qui écrit son info-lettre mensuelle. Peut être même hebdomadaire... Néo-santé, alors néo-santé, c'est quand même le grand écart hein par rapport à la médecine allopathique. C'est à dire que dans néo-santé, ils voient l'origine psycho-émotionnelle des maladies.

L: oui, mais c'est intéressant à lire [...] ils ont un point de vue qu'est complètement différent et qu'est pas à laisser de côté. La vérité elle est jamais 100% d'un ou 100% de l'autre. C'est toujours des mélanges... Et c'est après qu'on s'en aperçoit. Quelquefois très longtemps après. »

E42 (femme) et E43 (homme) (60-75 ans, professeurs retraités)

6.3 Les femmes ont là encore un rôle central dans le recours aux thérapies alternatives

Les échanges au sujet de ces pratiques alternatives se font essentiellement entre femmes du cercle amical ou familial :

Les femmes s'échangent des conseils, des pratiques qu'elles ont testé :

« je l'ai conseillée, une amie me disait l'autre jour qu'elle avait beaucoup de bouffées de chaleur, alors je lui ais dit "écoute, moi j'ai jamais pris de médicaments ! Mais je prends cimicifuga, si tu veux, je peux faire le lien...!" et elle me dit "ben je veux bien !" Mais je dis que ben après, c'est nature, donc... »

E31 femme (45-60 ans, surveillante de nuit)

« évidemment j'ai pas pris de médicaments. Y a que à un moment donné, je prends du ginkor fort [...] c'est pas un médicament de confort, mais... C'est une amie qui m'en a parlé. C'est ça l'automédication aussi, c'est parce qu'on entend parler de... Ha ben j'ai jeté la boite, je crois que je l'ai jetée. En fait, cette amie, elle me l'a conseillé, parce que sa propre fille a des impatiences elle aussi. »

E14 femme (60- 75 ans, secrétaire retraitée)

Les discussions portent aussi sur des praticiens eux-mêmes :

« E : alors j'ai rencontré une fois, alors je sais pas ce qu'il faisait du coup. C'est genre un ostéopathe. Mais après ma grossesse, on m'avait dit, pour regarder le bassin, voir si il s'était pas déplacé, que ce soit moi ou pour le bébé d'ailleurs. [...] Heu, du coup c'est comme un ostéopathe, parce que justement j'avais demandé à ma copine kiné qui elle allait voir...

M: ou un étiopathe ?

E: un étiopathe exactement je crois que c'est ça ! »

E36 femme (30-45 ans, professeur de mathématiques)

En particulier, les femmes sollicitent leur mère, ou reproduisent des pratiques maternelles :

« M: et si je me souviens bien, vous m'aviez dit que votre maman s'intéressait de plus en plus aux médecines parallèles et alternatives, c'est bien ça ?

E: oui, oui oui ! [...] elle m'a dit par contre, qu'il fallait que je mette, c'est la gaulthérie je crois, l'huile essentielle. Elle me l'a redit d'ailleurs, parce que j'ai passé des examens donc, donc elle m'a dit "ha il faut que tu essaies ça !!" »

E12 femme (18-30 ans, coiffeuse)

« M: et ça vous arrive d'acheter des médicaments sans ordonnance...?

E: ...Pff... Ben oui, les vaccins homéopathiques là. [...] maman à un moment, elle se vaccinait comme ça. Donc ça devait être son homéo... Elle allait chez l'homéopathe, et il avait dû lui dire que plutôt que de se vacciner, à cette époque là, où elle était chez elle, voilà... »

E24 femme (60-75 ans, institutrice retraitée)

Les hommes font appel ou référence principalement aux femmes de leur entourage :

Les femmes de la famille ou les amies sont sollicitées pour des conseils concernant ces thérapies alternatives :

« M : vous n'essayez pas d'en discuter avec votre amie qui est dans les Alpes ou... »

L: ho ben si. Ho ben elle elle est à fond dans ces produits là. Justement, on va y aller bientôt là. Dans un mois. Alors on va voir ce qu'elle aura trouvé ! Parce que elle cherche partout elle ! »

E35 homme (45-60 ans, mécanicien, en invalidité)

« j'ai eu des périodes où c'était un peu plus compliqué, donc là oui, j'ai... Alors... Comment ça se passait, laissez moi réfléchir... J'ai essayé, j'ai fait les huiles essentielles. Lavande. [...] Par un petit guide que la pharmacie donne pour les huiles essentielles. En discutant avec une amie je crois aussi »

E33 homme (30-45 ans, commerçant)

en particulier à leur épouse :

Les hommes en couple font appel aux connaissances de leur compagne :

« M : et là "3 gouttes sur le thorax" c'était pour votre rhume...? Ravintsara [...] C'est vous qui le conseillez ?

E: oui, parce que j'ai fait des petits stages en aroma. Et puis la bible des huiles essentielles !

L: oui, ça a duré pas mal de temps...! [...]

E: il faut 7 jours, quand même, en aroma. Au bout de 7 jours, on arrête. On arrête, et on reprend. Mais il faut au minimum, même si on sent que ça va mieux, faut continuer, faut aller au delà. Pour consolider.

M: mais donc comment ça s'est passé, vous vous êtes senti un peu enrôlé ou... Et vous vous êtes adressé à votre femme ?

L: ben oui. (elle rit) »

E43 homme (60-75 ans, professeur retraité)

7. LA GESTION DE LA SANTE DES ENFANTS PAR LES PARENTS

7.1 Un rôle principalement dévolu à la mère

Les mères de famille sont les principales référentes en cas de problème de santé de leur enfant, et ce dans les différentes classes d'âge étudiées.

« M: et qui s'occupe ici quand il y a un souci, par exemple si votre fille ne se sent pas bien...? »

E: c'est moi.

M: c'est vous l'infirmière de la maison ?

E: oui, c'est moi ! Oui, y a deux ans mon gars, il s'était brûlé presque au 3ème degré, il devait être hospitalisé, il a jamais voulu partir, c'est moi qu'ai fait tous les soins à la maison. »
E01 femme (45-60 ans, caissière, au chômage)

« M: et aujourd'hui, votre fille de 25 ans qui habite encore ici, elle gère sa santé toute seule ou est ce qu'elle vous demande encore des conseils si jamais... »

L: ho elle demande plutôt à sa mère ! Oui oui, et puis après, elle va voir le médecin ! »
E35 homme (45-60 ans, mécanicien, en invalidité)

7.1.1 L'idée d'une expérience acquise par les mères

Les mères revendiquent en effet une expérience construite au fil des années pour gérer la santé de leurs enfants.

« C'est vrai qu'à côté, elle [sa fille] a été voir 3 fois le médecin pour vérifier que tout va bien, et effectivement tout va bien. Et on est beaucoup moins nerveux aussi. On sait reconnaître un enfant qui prend assez... qu'est en forme quoi. On s'affole peut-être moins vite aussi. »
E13 femme (30-45 ans, au foyer)

Plus précisément, les mères, à la naissance de leur enfant, semblent se voir attribuer le rôle de gestion de la santé d'une façon assez implicite dans le couple, allant avec le « rôle de mère » :

« Mais je pense que globalement je gère assez bien dans le sens où tout bébé, ça n'allait pas trop, mais bon je découvrais aussi le rôle de mère, et je trouve que c'est pas si facile que ça. Heu par contre, maintenant, quand elle a de la fièvre ou quoique ce soit, je suis pas forcément en panique. »

E04 femme (30-45 ans, maître de conférences)

Une attribution parfois justifiée par l'indisponibilité du père...

Les pères n'auraient ainsi pas le temps de s'occuper de la santé des enfants.

« M : et du coup, ici, en terme de santé, quand les enfants ont un petit souci, c'est plutôt vous qui vous en occupez, ou alors votre mari a une place là dedans ? »

E: ho c'est plus moi. Plus moi, mais déjà lui, comme il travaille, c'est vrai qu'il est pas très disponible. Donc c'est vrai... bon après quand il rentre le soir, il va essayer aussi, quand il y a des médicaments à prendre ou... Enfin je pense qu'il a beaucoup plus

participé quand ils étaient bébés, quand ils étaient plus petits. Maintenant, je dirais que c'est plus moi en fait. »

E08 femme (30-45 ans, traductrice, au foyer)

« M : Quand vos filles étaient petites, qui gérait la santé, entre votre mari et vous, quand une de vos filles était malade ?

E: ho je pense que c'était... Alors ça dépend si c'est le quotidien, le petit quotidien... Parce que ben les hommes, la plupart du temps, par rapport à leur emploi... D'autant plus que moi, quand mes filles étaient petites, j'ai choisi de ne pas travailler. Donc pour les petites choses du quotidien, c'était plutôt moi. »

E10 femme (60 – 75 ans, secrétaire retraitée)

Un père le dit d'ailleurs lui-même :

« M: ok, donc finalement la santé, c'est plus elle.

L: ha ben beaucoup plus, oui, beaucoup plus. Ha ouais, moi j'ai pas eu à m'en occuper beaucoup des enfants, enfin, beaucoup moins, parce que... Ou le samedi, après, j'avais toujours beaucoup de choses à faire, j'étais pas souvent là le samedi à une époque... Entre ouais, les sports, les bricoles à droite à gauche, les trucs comme ça... On est souvent demandés, nous, dans notre boulot aussi pour aller aider à droite à gauche, donc le samedi j'étais beaucoup parti aussi. Donc ouais, beaucoup moins présent par rapport à elle, ouais. »

E34 homme (45-60 ans, menuisier)

Les mères finissent donc par acquérir une expérience dans le domaine qui les conforte encore plus dans ce rôle :

« E : en gros, il [son conjoint] est parti du principe que moi je savais, il me fait confiance ! (elle rit) "ben elle, elle sait, elle s'en occupe !"

M: c'est vous qui gérez la santé des enfants ?

E: c'est ça, en gros, c'est ça. Oui, c'est super rare que... Ben oui parce que moi j'ai quand même acquis beaucoup de connaissances sur plein de choses. »

E28 femme (45-60 ans, écrivain public)

«E : c'est plus moi qui vais gérer ouais...

M: ça s'est fait naturellement comme ça ?

E: naturellement, ouais, parce que je... Oui, ça m'intéresse, en plus, j'aime bien [...] j'aime bien dans le sens où j'ai l'impression que "regarde, maman elle te donne la petite bille, c'est maman qui... (elle rit) ...qui te soigne...!" qui m'occupe de lui quoi. [...] Après, 2ème chose aussi: à force de s'y intéresser, à force que ce soit moi qui donne, je sais ce qu'on a dans la pharmacie, je sais plus ce qu'il faut donner, et je sais la quantité qu'il me reste. [...] En ce sens là où tu vois, là par exemple c'était forcément moi qui allait dire parce qu'il [son mari] savait même pas trop où c'était... [...] Au fur et à mesure, quand on gère quelque chose, ben ça devient évident que c'est moi qui fais quoi... [...] c'est moi qui trie les médicaments quand je vois qu'il y en a vraiment trop et que ça fait longtemps que je l'ai pas fait, ce genre de chose, et puis ça j'aime bien, enfin voilà je... Voilà ! »

E36 femme (30-45 ans, professeur de mathématiques)

De fait, l'écart se creuse avec le père : les pères sont parfois discrédités ou jugés moins compétents pour gérer la santé des enfants par les mères :

*« M : et votre ex mari, quelle place il a dans la santé des enfants par rapport à vous ?
E: alors lui quand ils sont malades, il me les envoie. Il me les ramène, parce que c'est moi aussi qui lui dit. Heu bon là ils ont grands, ça va il les garde, mais quand ils étaient plus petits, non il les gardait pas. [...] Je les garde avec moi. Je préfère, je suis rassurée, parce qu'une crise d'asthme... Parce que mon fils il fait des crises d'asthme... Pas beaucoup hein, mais non je préfère qu'il soit là. Ou il m'appelle il me dit "ben voilà ta fille elle est comme ça, qu'est ce qu'on fait ?" je lui dis "bon, ramène la". Et puis elle est mieux aussi, à la maison. »*

E09 femme (30-45 ans, employée administrative)

*« M : et par rapport à votre foyer, est ce que c'est plus vous ou votre mari qui gérez la situation en termes de santé... Par rapport à votre fille...?
E: heu, totalement moi ! Oui, mon mari est assez perdu, en fait »*

E12 femme (18-30 ans, coiffeuse)

Les mères acquièrent de ce fait un savoir leur permettant de prendre des décisions pour la santé de leur enfant.

7.1.2 Les mères en charge du médicament et du recours éventuel au médecin

Le recours au médicament en automédication pour les enfants se base sur cette expérience maternelle :

Les mères utilisent des médicaments qu'elles connaissent et qu'elles ont l'habitude d'utiliser.

*« M: mais comment tu savais pas exemple de quelle manière faire baisser la fièvre ?
E: parce que du coup il avait déjà eu de la fièvre et que je savais qu'il fallait lui donner du doliprane, et puis... Tu vois, des choses comme ça... »*

E36 femme (30-45 ans, professeur de mathématiques)

« E : ce week-end, parce que mon fils, je vous disais, il est un peu encombré, il toussait beaucoup, donc je me suis dit tiens je dois avoir un sirop pour la toux grasse, et puis ben c'est là que j'ai sorti mon sirop.

M: d'accord, et ce sirop vous l'aviez déjà avant ?

E: oui, ben je l'avais eu je pense en fin d'année dernière, le médecin me l'avait prescrit oui. »

E08 femme (30-45 ans, traductrice, au foyer)

Cette expérience maternelle peut se percuter avec l'expérience de mère de la génération au-dessus, par exemple pour cette femme qui est en désaccord avec les décisions de sa belle-mère :

« De l'autre côté, je vais pas voir mon médecin au moindre rhume... C'est un gros problème avec ma belle-mère ça ! (elle rit) à chaque fois qu'elle prend les enfants, elle les emmène chez le médecin, ils ont toujours un truc. Y a toujours un truc ! Alors que moi bon, si ils ont un rhume ou si elle se plaint d'avoir mal au ventre, j'attends de voir si ça passe ou pas avant d'y aller quoi. [...] si vraiment ils ont mal je leur donne du doliprane. »

E13 femme (30-45 ans, au foyer)

On retrouve dans la gestion des médicaments destinés aux enfants l'idée d'une limitation, d'une prudence, d'un usage revendiqué comme raisonné :

« moi mon truc c'est que j'ai toujours peur d'avoir quelque chose, mais je suis par contre plus anti-médicaments, enfin j'aime pas trop utiliser les médicaments, en fait. Tant que je peux ne pas les utiliser je ne les utilise pas. Là par exemple, elle [sa fille] a un traitement antibiotique, bon je sais qu'il faut que je le fasse, mais si je pouvais arrêter avant, ça m'arrangerait. Mais je vais pas arrêter mais voilà, par contre j'aime pas ça les médicaments... »
E17 femme (30-45 ans, assistante maternelle)

« avec les enfants, déjà moi je faisais très attention avec mes enfants, à ce que je leur donnais... Quoique, en même temps, y a une prise de conscience même tardive, parce que je me souviens, par exemple les enfants très tôt on leur donnait des antibiotiques, ils avaient un pet de travers, leur médecin leur donnait, et puis nous on donnait, c'était marqué, c'est le médecin qu'a donné ! Mais après petit à petit on a muri, depuis toutes ces années, ça a drôlement évolué ! Par exemple je me souviens que G. on lui donnait un petit sirop pour la toux... Ben on s'est aperçu que c'était pas bon ! »

E03 femme (60-75 ans, retraitée comptable)

De la même façon, le recours au médecin n'est pas systématique. Il n'apparaît qu'en deuxième ligne, en complément de ce que la mère a déjà mis en place, en cas de situation considérée grave ou non gérable seule :

« Yann a failli avoir une crise d'asthme. Heureusement que j'avais les médicaments qui fallait parce que c'était un dimanche, et je suis allée voir le docteur N. et il m'a donnée un complément, mais j'avais fait le nécessaire. »

E11 femme (45-60 ans, assistante de vie, en invalidité)

« si vraiment j'ai un souci, ben ça dépend de la grandeur du souci. Petit souci : pharmacie, gros souci : docteur. [...] Franchement, un petit mal de ventre, je donnerais rien pour un petit mal de ventre aux enfants. Après, si le lendemain, effectivement il y a quelque chose, je crois que je donnerais du doliprane, et puis ben après, je crois que j'irais chez le docteur quand même. »

E15 femme (30-45 ans, fonctionnaire)

Le langage des mères signe leur appropriation du rôle de référente pour la santé de leurs enfants : quand les mères parlent de leur gestion de la santé de leurs enfants, on constate ainsi l'utilisation prédominante du « je » dans les décisions ou actions pour les enfants :

« j'avais fait le nécessaire », « je donnerais du doliprane », « je lui donne une fois par semaine », « je sais à quoi ça sert », « je vais gérer »

7.2 La place des pères est plus variable par rapport à la santé de leurs enfants

7.2.1 Certains couples déclarent partager les décisions et la gestion de façon équilibrée

Certains couples partagent la gestion de la santé des enfants, selon différents critères (disponibilité, gravité perçue, expérience de chacun...) :

« M : mais qui c'est qui s'occupe de la santé de votre petit garçon alors ? Parce qu'il faut tomber d'accord dans ces cas là... »

L: ouais, heu, ben, c'est un peu les deux. On arrive à... C'est pas une négociation, mais c'est un juste milieu. Moi je lui dis quand elle abuse dans le sens où je pense qu'il est temps qu'il y aille quoi, et elle me dit quand je m'emballe un peu trop vite alors qu'il y a pas grand chose quoi. »
E05 homme (18-30 ans, élagueur)

« M: en en termes de santé, par rapport à vos enfants, est ce que c'est plus vous, ou plus votre femme qui gérez leur santé ? »

L: leur santé, tous les 2 !

M: à part égale ?

L: ouais ouais ouais, quand il y a besoin, je vais avec mes enfants, ou vice versa, c'est en fonction si moi je suis disponible, ou si ma femme est disponible. Voilà. »

E22 homme (45-60 ans, employé de bureau)

« M : quand vos enfants étaient petits et que vous vous occupiez d'eux lors d'une petite grippe, ou d'un rhume, c'est vous qui preniez les décisions, ou c'était lui ? »

E: ho ben tous les 2. Ça dépendait de comment on était dispos pour le travail, parce que lui il a fait longtemps l'équipe, donc quand il y avait un de malade, ben c'est lui qu'allait quelquefois chez le docteur, ou alors moi, ça dépendait, mais non, c'était quelquefois les 2...! [...] quand c'était trop, là c'était important, on allait plus chez le docteur pour les enfants, quand même... » E31 femme (45-60 ans, surveillante de nuit)

« Après, la décision d'emmener l'enfant chez le médecin ou pas, on la prend ensemble. Toujours. Enfin, sauf si il avait une grosse urgence, mais en général, je l'appelle, j'explique, et puis on discute si on doit emmener l'enfant chez le médecin ou aux urgences ensemble. »
E13 femme (30-45 ans, au foyer)

7.2.2 Une séparation des rôles décidée dans le couple

Il peut y avoir des domaines réservés à l'un ou à l'autre des parents :

« M : et en terme de santé dans le foyer, qui gère les questions de santé ? »

L: ça dépend pour ce que c'est, au niveau de la santé, donc elles vont tantôt se rapprocher de la mère si c'est pour des problèmes personnels, mais par contre c'est plus vers moi parce que... Tout ce qui est plaies etc., c'est vers moi quoi, parce que je l'ai fait plusieurs fois, et puis bon, elles avaient de l'appréhension et puis ça s'est bien passé, donc j'essaie de pas leur communiquer de stress, d'être le plus cool possible quoi.»
E23 homme (45-60 ans, commercial)

Dans l'exemple suivant, c'est la mère qui ne se sent pas en capacité pour certaines tâches qu'elle délègue à son mari :

« Et puis ben du coup, il s'est laissé lui aussi emmener par mon mari et puis il l'a fait, et puis mon mari cramponné à son gamin comme pas possible, lui seul est capable de le faire, et donc ben il lui a fait la paracentèse. Le même, il est parti, il pleurait comme pas possible, il est revenu, il chantait ! [...] Et donc mon mari y va, c'est toujours lui qui les emmenait parce que justement, quand il y avait des choses comme ça, importantes, moi je sentais que j'étais incapable... je serais tombée dans les pommes, j'en sais rien. »
E25 femme (60-75 ans, animatrice retraitée)

E05, homme (18-30 ans, élagueur) explique, lui, que sa compagne n'utilise pas les médicaments, et qu'il a donc pris le rôle de gestion de ceux-ci pour les enfants :

« L : là c'est moi qui m'occupe des médicaments ! Même si c'est pas très... On n'a pas une grosse pharmacie, c'est moi qui en général... Pour le petit c'est moi qui m'occupe de les mettre, de tout mettre, quand il va chez mes parents, de mettre les médicaments au cas où, c'est moi qui m'en occupe. [...]
M: c'est drôle, d'habitude c'est plus le contraire !
L: ouais, ben alors là pas tout ! Si moi je le fais pas ! Si il arrivait un truc on n'a rien, on n'aurait rien du tout !
M: mais d'où vous pensez que ça vient ce j'm'en foutisme de la part de votre femme pour les médicaments ?
L: [...] Je pense qu'elle a toujours été plus ou moins comme ça. Elle est comme ça, elle s'en fout ! (il rit). »

7.2.3 Les pères ne gèrent pas seuls les problèmes de santé des enfants

Si les rôles peuvent être partagés dans la prise en charge de la santé des enfants, les pères n'en sont jamais les référents principaux ou encore moins exclusifs.

La mère intervient ainsi plus ou moins explicitement dans le processus de décision et les prises en charge concernant les enfants (en témoigne l'usage du « on » signant la prise de décisions collective) :

« Après c'est vrai que l'autre jour il avait mal à un genou, ma femme a dit "bon on va prendre un rendez-vous chez le docteur", j'ai dit "on va peut-être attendre 2 jours, quoi, voir..." Et puis bon c'est passé. [...] On est d'accord avec ma femme, on a envie de faire les choses pour pas avoir le regretter plus tard, et éventuellement nos enfants nous le reprocheront. N. quand il est né, il avait le crâne un peu aplati. Le cou était bloqué en fait, et on le savait pas. Et du coup on a fait tout ce qui fallait »
E37 homme (30-45 ans, chaudronnier soudeur)

« Le collier d'ambre on a essayé avec la grande [...] Là, la crème, on mettait pansoral et dolodent [...] on n'a pas été convaincus par la première, on a dit bon laisse tomber. »
E20 homme (30-45 ans, chauffeur de bus)

8. LA GESTION ET LES ECHANGES SUR LA SANTE DANS LE COUPLE

8.1 Les conjointes responsables principales de la pharmacie familiale

Les femmes sont généralement responsables de la gestion de la pharmacie familiale :

« M : mais du coup c'est vous [elle] qui vous en occupez ?

E-L: ha oui oui !

L: moi, c'est pas mon rayon ! Ha non non, je ne peux pas dire que je participe ! Elle maîtrise son affaire. [...]

E: ouais voilà, il me demande ! » E26 (60-75 ans, femme de service en école, retraitée)

« M: et il y a un de vous deux qui la gère plus particulièrement cette pharmacie ?

L: oui ! (il rit) [...] c'est madame ! » E44 homme (30-45 ans, assistant qualité)

Les conjointes sont souvent amenées à gérer les achats de médicaments :

« L : Du spasfon, ma femme en achète, des fois pour les enfants ou même elle pour la digestion... Moi ça m'arrive d'en prendre, faut vraiment que je sois pas très bien.

M: et ça elle l'achète directement en pharmacie...?

L: ho je pense que oui. » E37 homme (30-45 ans, chaudronnier soudeur)

« M: Quand vous sortez de chez le médecin, est ce que vous allez directement à la pharmacie...?

L: oui c'est mon épouse qui se charge de ça...

sa femme: oui oui, c'est moi qui va...»

E19 homme (plus de 75 ans, inspecteur commercial retraité)

E32 (homme, 60 – 75 ans) estime d'ailleurs que c'est un rôle naturellement féminin, au même titre que les tâches ménagères :

« M : et comment ça se fait que c'est votre femme qui s'occupe plus de la petite pharmacie plutôt que vous ?

L: pourquoi ? Parce que c'est une femme.

M: ha bon ce sont les femmes qui s'occupent de ça ?

L: (il rit) non non ! Non mais bon je sais pas pourquoi, moi je m'occupe bien du potager ou des outils ou. Bon je lui laisse gérer ce genre de...

M: ça s'est fait naturellement ?

L: ho totalement oui ! Bon, c'est pas donner une tâche ingrate à une femme que de lui laisser... [...] ça a toujours été comme ça hein. C'est elle qui fait la vaisselle ! Moi je la fais pas. » E32 homme (60-75 ans, retraité chef de groupe)

Les femmes sont bien au courant des pathologies et des médicaments que prend leur conjoint :

E26 (femme) détaille ainsi les médicaments de son mari et en partage même la contrainte (notons qu'elle utilise le « on », s'impliquant dans le problème de santé) :

« E: ça on peut pas y couper hein ! [à lui] Mais alors quand t'as fait ton infection dans l'œil là... Il a été 10 jours avec une goutte toutes les 10 minutes c'est ça ? [...]

L: oui, toutes les heures, mais il y en avait toutes les 10 minutes aussi ! Je me suis fait opérer de la cataracte, et un jour dans un œil, y a eu un ulcère qui s'est déclaré. [...]

E: 10 jours et puis il a reprolongé de 10 jours après ! 20 jours ! Ho les gouttes hein...! [...] c'est arrivé qu'on a été invités à déjeuner, mais avec les gouttes, la copine avait mis le minuteur parce que... On aurait oublié ! [...] on ne peut pas négliger un truc comme ça hein ! Il y avait l'antibiotique et un corticoïde et... un troisième, je ne sais plus... C'était très sérieux, oui très sérieux... »

E26 femme (60-75 ans, femme de service en école, retraitée)

L'épouse de E32 (60-75 ans, retraité chef de groupe) intervient au cours de l'entretien de son mari et semble plus au courant que lui de ses traitements :

« E: mais je crois aussi que les médecins, ils rentrent un peu dans une certaine routine hein ! Il y a un traitement qui est installé, donc on renouvelle et puis... Par exemple, le sotalol il est très fort. Elle est très forte ta dose de sotalol là...

L: ben oui, mais c'est l'hôpital qui a demandé ça ! Parce que j'ai été en urgence à l'hôpital une nuit, et bon je suis sorti, j'avais un nouveau médicament.

E: un bêtabloquant »

8.2 Les femmes conseillent des médicaments, ou d'autres thérapeutiques, à leur conjoint

On a déjà vu précédemment que les femmes tenaient un rôle central dans les conseils en santé, que ce soit par rapport aux médicaments ou à d'autres thérapeutiques.

Cette attribution se retrouve bien évidemment au sein du couple.

Les conjointes se considèrent porteuses d'un savoir sur le médicament que n'a pas leur conjoint:

« M : Et votre conjoint par exemple, quand il avait mal au ventre, il avait tendance à aller prendre un spasfon ou quelque chose...? »

E: hum non, enfin, il me demandait ce qu'il pouvait prendre parce qu'il avait mal au ventre. Donc là je lui disais "ben tu peux prendre un spasfon ou un doliprane", mais lui c'est pareil, il est du style, soit il prend rien, soit alors il faut tripler la dose ! »

E17 femme (30-45 ans, assistante maternelle)

Plusieurs hommes sollicitent leur épouse ou prennent des traitements sur demande de cette dernière :

« un peu de magnésium parce que ma femme elle m'en donne un peu ! (il sourit) mais bon je prends, d'façons tout le monde dit faut prendre du magnésium, on en voit partout, les réclames...

E: mais moi je suis mieux avec le magnésium.

L: c'est tout ce que je prends, c'est tout ce que je prends. Autrement, des fois avec des crampes ou un rhume, ben pareil, je fais pareil...

E: ben tu fais comme moi... »

E27 homme (plus de 75 ans, ouvrier retraité)

8.3 Plus généralement, les femmes s'investissent par rapport à la santé de leur conjoint

Certaines femmes poussent leur mari à consulter le médecin (ou d'autres professionnels de santé), voire prennent elles-mêmes les rendez-vous :

« M : et votre conjoint il prend soin de lui ?

E: oui, il prend soin de lui oui. Mais c'est pas un adepte du docteur, c'est moi qui le pousse même. » E15 femme (30-45 ans, fonctionnaire)

« et puis parce que il va attendre, attendre attendre, et moi je suis là derrière "mais appelle le médecin !" Et puis y a même eu des fois où j'ai pris rendez-vous directement pour lui et je lui ai pas laissé le choix, je lui ai dit "voilà, tu as rendez-vous à telle heure avec le médecin !" » femme de E20 (homme, 30-45 ans, chauffeur)

De fait, plusieurs hommes confirment avoir consulté ou fait des soins sur demande de leur épouse :

« non, non non, et puis à un moment donné ma femme, elle a... Ben, moi, fatigué, des grosses cernes, machin, et puis ma femme me dit "ben va voir le médecin et puis on va voir ce qui se passe". Et puis ben voilà ! (il rit) »

E22 homme (45-60 ans, employé de bureau)

« M: et votre femme, elle essaie de vous pousser ?

L: plus ou moins mais bon, elle dit qu'elle a affaire à une tête de mule, alors donc voilà quoi ! Si elle me le dit, c'est clair, mais bon, après, je ne suis pas à me plaindre non plus donc.» E34 homme (45-60 ans, menuisier)

8.4 Les hommes face à la santé de leur épouse : une moindre implication

Dans nos entretiens, les hommes évoquent peu spontanément la santé ou les usages du médicament de leur conjointe, et n'ont pas ce rôle de conseil ou d'orientation dans le système de santé comme peuvent l'avoir les femmes.

E05, homme, fait figure d'exception ; il conseille des médicaments à sa compagne qui, elle, est très réticente au médicament en général :

« non, non. Si elle [sa compagne] a été un peu plus malade cet hiver. [...] Y a combien, 2 ans, 1 an et demi 2ans, elle s'est fracturée le coude. Et elle prenait pas ses anti inflammatoires ! Donc elle les prend pas, c'est catastrophique ! [...] je lui dis, au bout d'un moment, quand elle me dit 3 fois "j'ai mal à la tête", "ben tu prends un cachet maintenant, comme ça t'auras plus mal à la tête !" et elle le prend pas. [...] si c'est pas moi qui lui donne le cachet, elle ira pas le prendre !»

E05 homme (18-30 ans, élagueur)

(c'était déjà lui qui gérait la pharmacie familiale pour les enfants, voir plus haut).

L'époux de E24 (retraîtée institutrice) est, lui, chargé d'aller chercher les médicaments de son épouse, mais cela semble plus lié à des facilités d'organisation (c'est d'ailleurs Madame qui gère la pharmacie familiale) :

« mon mari va faire ses courses chez Leclerc, qu'il y a une pharmacie, il achète le lévothyrox là. [...] il fait ses courses, et s'il y a besoin de quelque chose à la pharmacie il le prend !» E24 femme (60-75 ans, institutrice retraitée)

9. LES PRATIQUES POPULAIRES ET LA PLACE DE LA TRANSMISSION FAMILIALE

9.1 Dans l'enfance : un rôle de gestion de la santé dévolu à la mère dans la majorité des cas

La plupart des sujets désignent de façon certaine leur mère comme gestionnaire de la santé familiale :

« M : et dans la manière de vous soigner ? C'était votre maman qui prenait soin de vous ? Votre papa participait ?

E: oui, c'était plus maman. »

E07 femme (60-75 ans, conseillère planning familial retraitée)

Justifié par le fait que la mère est au foyer, qu'il s'agit d'une attribution naturelle, dans une division assez genrée des rôles de chacun :

« M : c'était votre maman, ou c'était votre papa qui s'occupait de vous...? »

E: ho ben c'était ma mère hein... C'était ma mère qui s'occupait, forcément, mon père travaillait. »

E18 femme (plus de 75 ans, couturière retraitée)

« M : et c'était ta mère qui s'occupait plus de ta santé, ou ton père ? »

L: ma maman ! [...] mon père non, il passait me voir le soir, ou le midi quand il rentrait manger quoi, mais... Ben non, mon père était dans les champs, et... Ben non, ils savent pas faire, les hommes, alors... »

E38 homme (45-60 ans, sculpteur, au chômage)

Les sujets se rappellent ainsi de la gestion des maladies et des soins donnés par leur mère :

On retrouve l'idée d'une évaluation et d'une gestion par la mère des maladies des enfants ; avec un recours au médecin dépendant de cette analyse :

« M : quand vous aviez un souci de santé, c'était le médecin systématiquement ? »

L: ben oui, ben systématiquement, non... [...] ma mère elle gérait le truc, quand même, elle était pas... [...] elle nous donnait de l'aspirine, ou un truc chaud, ou... »

E39 homme (45-60 ans, mise en rayon, en arrêt de travail)

« M: quand vous étiez enfants, avec tes frères et sœurs, comment vos parents géraient la santé au quotidien, pour les petits maux, type rhume ou...? »

L: ben, médecin que si c'était... C'était pas aller chez le médecin systématiquement. Ma mère elle était aide soignante, oui elle était puisqu'elle est à la retraite maintenant, donc forcément heu... (il rit) Forcément les médicaments associés aux maux... Bon vraiment si la fièvre ne se calmait pas, fallait bien aller chez le médecin quoi, voilà »

E44 homme (30-45 ans, assistant qualité)

« M: mais comme elle était aide soignante, elle [sa mère] se débrouillait un peu toute seule, ou alors vous aviez tendance à aller chez le médecin facilement ? »

E: ouais, non, elle se débrouillait toute seule par contre ! Ouais ouais, enfin dans l'ensemble, oui. Après, elle nous envoyait chez le médecin si vraiment on était bien malades, mais autrement, elle avait toute la panoplie des médocs et puis voilà... tac tac, ça l'amusait un peu je pense ! (elle rit) Tu sais, c'est ça: "alors qu'est ce que je te mets...?" »
E29 femme (18-30 ans, auxiliaire de vie scolaire)

9.2 Le père intervenait parfois, dans des contextes ou situations spécifiques

Si les sujets évoquent assez largement le rôle de leur mère dans la gestion de la santé, les rôles que pourraient tenir les pères ne sont évoqués que dans des situations spécifiques.

Par exemple, chez E36 (femme), la mère gardait bien le rôle de gestion des médicaments, mais le père intervenait pour les soins quotidiens et le bien être, qui semblait associé à sa fonction de père au foyer :

« E : D'ailleurs chez moi, c'est ma mère qui travaille et mon papa est au foyer !

M: ha oui, et c'est elle qui gérait la pharmacie donc...?

E: ben ouais, parce que ben c'était elle la plus organisée pour ça on va dire. Après, mon père était là au quotidien. Après, comment dire, si on était malade, c'était peut-être mon père qui allait appeler le médecin, mais après c'était elle qui allait donner les médicaments ou les choses comme ça. Par contre, c'était lui qui allait nous faire le bon petit plat pour qu'on se sente mieux ou... »

E36 femme (30-45 ans, professeur de mathématiques)

Chez d'autres, le père gérait les médicaments du fait de connaissances spécifiques,

parce qu'il avait des liens privilégiés avec des professionnels de santé :

« M: donc c'est votre père qui s'occupait de la santé quand vous étiez jeune ?

E: c'est mon père qui s'occupait de la santé, par l'intermédiaire du docteur P., qui était un copain à mon père.

M: et qui était homéopathe.

E: qui était homéopathe. » E11 femme (45-60 ans, assistante de vie, en invalidité)

ou parce qu'il était lui-même professionnel de santé :

« M : vous vous rappelez, quand vous étiez enfant, comment vos parents géraient la santé au quotidien ?

E: Alors déjà mon père était pharmacien. Voilà. Donc ben moins on prenait de médicaments à la maison, mieux c'était.

M: c'était votre père qui gérait ça ?

E: ha, les médicaments, oui oui. Donc ben on se soignait, on voyait le médecin très peu souvent, (elle rit) voilà c'était mon père qui savait ce qu'on avait, qui nous donnait... en général c'était de l'aspirine, de l'ultra levure pour le ventre quand ça allait pas... »
E40 femme (60-75 ans, audioprothésiste)

Chez E13 (femme, 30-45 ans, au foyer), son père gérait la santé du fait du décès prématuré de sa mère.

9.3 Des pratiques populaires variées

Les sujets rapportent les anciennes pratiques qu'ils ont pu vivre, souvent à l'initiative de leur mère.

On retrouve la notion générale de « remèdes de grand-mère » ou de « bonne femme » :

« M : mais est ce que vous vous rappelez par exemple pour un rhume ou une petite grippe, comment géraient vos parents ?

E: ben ça devait être un peu les remèdes de grand mère peut-être »

E31 femme (45-60 ans, surveillante de nuit)

Les pratiques rapportées sont variées :

Les sujets de tous âges rapportent des pratiques populaires qu'ils ont vécu enfants :

des aliments consommés pour leurs bienfaits :

« l'huile de foie de morue... [...] Maintenant elle est parfumée, mais à notre époque elle l'était pas. On avait droit, l'hiver, à notre cuillère, alors on passait devant la maman avec la bouteille, la cuillère, et puis chacun en avait. Et on avait des engelures aussi à ce moment là, et il paraît que c'était très bon. »

E24 femme (60-75 ans, institutrice retraitée)

des produits à porter ou à appliquer :

« L : ma mère me dit "bon on va essayer autre chose !" Je sais pas si ça vient d'elle ou on lui avait dit... Heu... J'ai coupé un oignon en 4. Alors ça c'est moi qui l'ai fait, elle m'a dit "c'est toi qui le fais: tu coupes un oignon en 4, tu frottes chaque partie sur la verrue, et ensuite tu prends le tout et tu le balances dans le champ d'à côté. Et t'y penses surtout plus."

M: et elle est partie ?

L: et elle est partie. (il rit)»

E38 homme (45-60 ans, sculpteur, au chômage)

« Quand on avait mal à la gorge, elle [sa mère] mettait des patates chaudes dans un bas autour de mon cou. (elle rit) Parce qu'il paraît que ça faisait du bien ! Et puis autrement du thym aussi, du thym qu'elle faisait chauffer, je sais pas trop comment, et qu'elle mettait autour du cou »

E14 femme (60- 75 ans, secrétaire retraitée)

les cataplasmes, les ventouses :

« M: et vous vous rappelez par exemple de "recettes de grand-mère" comme on dit, qu'avait votre mère ?

L: ho les cataplasmes, oui, oui ! Ha ça oui, halalala ! Moi j'ai vu mon père... Moi je pense pas en avoir eu, ou peut être une fois, mais les ventouses ! On faisait brûler du coton à l'intérieur d'un pot de yaourt un peu comme ça, et puis on vous le collait sur... Ha c'était pas agréable... »

E32 homme (60-75 ans, retraité chef de groupe)

des préparations à boire : tisanes, grogs, préparations de plantes...

« Et puis le grog, on nous faisait boire, vous savez, une sorte de potion dans du vin, vous savez, genre quinquina, pour nous donner de la force...

M: et ça marchait ou pas ?

L: pff... (il rit) Ho ça m'a pas rendu alcoolique, mais...! (il rit) Non, je sais pas, oui ça devait... » E32 homme (60-75 ans, retraité chef de groupe)

« Pour les maux de ventre c'était la camomille ou la verveine ; pour le mal de gorge ou le rhume, c'était le thym et le gingembre »

E08 femme (30-45 ans, traductrice, au foyer)

des produits à respirer ou inhaler :

« mais cette herbe que je vous ai dit, je sais qu'elle [sa mère] prenait un bout de papier, elle mettait l'herbe dedans, et elle nous faisait fumer ! (elle rit) Plus de rhume ! On devait sortir la fumée par le nez ! (elle rit) Et je vous assure ça calme ! [...] j'avais pas 7 ans ! Ouais, elle nous faisait fumer, je voyais mes sœurs, mes grandes sœurs, elle leur faisait fumer ça. » E09 femme (30-45 ans, employée administrative)

« M: mais par exemple, si vous étiez souvent enrhumé quand vous étiez petit, votre maman elle faisait quoi ?

L: Si, elle me mettait quand même, comment on appelle ça...? Du vicks ou un truc comme ça...? [...] pour respirer, pour inhaler, oui c'est ça oui. Autrement... Ha oui, et puis alors respirer dans les bols là... [...] des inhalations, ha ben oui ! Autrement... Oui, je vois que ça... C'est surtout les rhumes. »

E35 homme (45-60 ans, mécanicien, en invalidité)

le recours aux guérisseurs, aux « rebouteux », en particulier pour « les vers » :

« Ils disaient les vers ! Quand on avait les vers ! Vous avez entendu parler de ça, je sais pas si ça... Si c'est encore... On allait chez un bonhomme conjurer. [...] il devait faire des signes de croix, ou je sais pas... Soit disant que bon, c'était efficace. »

E16 femme (plus de 75 ans, retraitée de la poste)

« Quand j'étais gamin, ma mère m'avait emmené chez le rebouteux de notre patelin. C'était un ancien... C'était un rebouteux, mais un ancien... Comment ça s'appelle, le mec qui s'occupait des bêtes... Pas un véto, mais... Le mec il remettait en place les os ou il aidait les bêtes, et tout, et puis il faisait du magnétisme et tout ça, et puis dans le village il était connu comme étant vraiment une bonne personne. »

E20 homme (30-45 ans, chauffeur de bus)

9.4 La reproduction des pratiques maternelles anciennes...

Les sujets (hommes et femmes) déclarent pour certains d'entre eux reproduire ces pratiques maternelles :

9.4.1 pour soi-même

« j'ai du garder ça aussi d'elle, enfin de mes parents... [...] je déteste prendre des choses. [...] pour le mal de gorge, je fais par exemple de l'eau chaude, du miel et un jus de citron. Et c'est vrai que c'est assez radical. »

E14 femme (60- 75 ans, secrétaire retraitée)

Cette reproduction ne va pas sans une certaine rationalisation, une justification « scientifique », une recherche d'explication plausible à la réussite de ces pratiques :

« J'ai vu des personnes avoir des vers, quand on voit les personnes comment ils traitent, on ressort, on est en plein forme, c'est... ça c'est le genre de choses que moi je pratiquerais plus facilement ! Ouais ! Et surtout que ça s'avère efficace. Après voilà, c'est pas une science exacte, c'est sûr, mais à côté de ça... Bon quand on y croit, je pense que ça se passe dans la tête, beaucoup, mais il y a quand même bien quelque chose parce que... »

E34 homme (45-60 ans, menuisier)

9.4.2 Les mères reproduisent pour leurs enfants et leur transmettent certaines pratiques populaires vécues

Les mères reproduisent certains soins populaires qu'elles ont connu enfants, et s'attachent à transmettre ces pratiques :

« M: et alors quand vous parlez d'infusions, est ce que vous vous reproduisez ça ?

E: oui (elle rit) Oui oui oui, alors ça m'arrive quand, ben le dernier y a pas longtemps, il était enrhumé, alors je lui ai fait une tisane, j'avais de la menthe sauvage, donc je lui ai fait ça, parce que ma mère aussi nous disait que c'était très bon pour le rhume, la gorge... C'est vrai que quelquefois je le fais, et puis bon, ben maintenant avec le recul, c'est vrai qu'on en parle maintenant, des vertus des plantes. »

E08 femme (30-45 ans, traductrice, au foyer)

« M: et si votre fille a un souci par exemple ?

E: elle me demande je lui dit c'est là, tu prends ça, ça, ça... Elle le fait. Par contre, le seul qu'arrive à gérer, si je suis pas là, c'est mon aîné.

M: c'est vous qui lui avez appris ?

E: ouais, à force de regarder, de me voir faire, il sait. Il peut être capable de gérer derrière moi. »

E01 femme (45-60 ans, caissière, au chômage)

E11 transmet à son fils ce qu'elle a appris de son père (qui, comme on l'a expliqué plus haut, gérait la santé familiale de par sa proximité avec un ami médecin homéopathe) :

« j'ai appris à Yann à manger les fleurs de trèfle, et les mures. C'est au naturel ! Y a aussi le plantain aussi qu'est bon, mais c'est un peu amer, mais bon, c'est bon ! [...] je lui ai appris. C'est des trucs que moi j'ai appris, par rapport à mon père, et je transmets. Vous savez, ici, je suis que de passage, donc je transmets ce que j'ai reçu de mes aïeux, et je transmets mon plus à... à ma descendance. On est que de passage, donc autant transmettre le plus de trucs possibles ! »

E11 femme (45-60 ans, assistante de vie, en invalidité)

9.4.3 D'autres pratiques jugées obsolètes donc non reproduites

Une certaine distance s'observe pour des anciennes pratiques considérées trop anciennes voire dangereuses :

« et vous par exemple, les cataplasmes, ça ne vous serait pas du tout venu à l'esprit de faire ça sur vos filles ?

E: ha non, pas du tout. [...] non, je les ai pas reproduits... Je sais que papa il mangeait de l'ail tous les jours, parce que, alors plus tard, quand il était plus âgé, moi je vivais plus à la maison, parce que l'ail c'est bon pour le cœur donc les matins, il se mangeait sa gousse d'ail !

M: mais ces remèdes, vous les avez mal vécus en fait ?

E: pff, non j'ai pas... Non, pour moi c'était plus anecdotique que un mauvais souvenir... » E24 femme (60-75 ans, institutrice retraitée)

« moi je me souviens des cataplasmes de farine de moutarde qu'on mettait sur la poitrine. Et puis il y avait beaucoup de, à l'époque ça se faisait, de ventouses. Holala ho c'était pas terrible... » E26 femme (60-75 ans, femme de service en école, retraitée)

E38, homme, bien que ne reproduisant pas la technique maternelle de l'oignon pour traiter les verrues, y voit tout de même une plausibilité scientifique, là encore dans une certaine rationalisation :

« tu coupes un oignon en 4, tu frottes chaque partie sur la verrue, et ensuite tu prends le tout et tu le balances dans le champ d'à côté. [...] Alors après avec le recul, tu te dis, bon ben c'est peut être juste psychosomatique, et puis voilà, mais bon, peut être que dans l'oignon il y a une substance qui... Voilà, antiseptique, ou je sais pas... Qui peut aider à traiter ce...

M: d'accord. Et tu l'as refait ou tu n'as jamais eu l'occasion de...?

L: non... Non non... [...] Je crois pas que j'aurais refait ça ! »

E38 homme (45-60 ans, sculpteur, au chômage)

9.4.4 la transmission d'une « façon de faire » maternelle, et d'une vision de la santé en général

Les sujets, s'ils peuvent reproduire certaines pratiques précises, mettent surtout en avant la notion d'héritage familial, majoritairement maternel, dans la façon de se soigner ou du rapport au médicament (que ce soit dans le recours ou le non-recours) :

« M: en termes de pratiques de santé, de façon de se soigner à la maison, est ce que par exemple, votre maman avait des recettes de grand mère que vous vous faites encore aujourd'hui ou...

E: ha oui ! Enfin, je dirais pas de se soigner, je dirais dans la manière d'être quoi, au quotidien. [...] avec des petits moyens elle savait faire beaucoup... et j'ai hérité de ça, et comme mes autres sœurs aussi... ha oui... »

E02 femme (plus de 75 ans, au foyer, retraitée)

« L: Mes parents prennent très peu de médicaments et sont plutôt contre dans l'ensemble, mais... Ils ont une vie plutôt saine en fait, ils se nourrissent assez bien. Ils font leur jardin, ils cuisinent... Voilà ils ont pas de grands besoins mais ils sont encore en forme donc... Médicaments vraiment quand... Voilà, j'entends ma mère dire "non non, médicaments, non non, surtout pas !" Mais j'imagine qu'ils en prennent de temps en temps quand... Mais huiles essentielles, ben écoute, je sais pas...

M: mais tu as hérité de ça ? Du "les médicaments, non non !"

L: ouais, je crois bien, ouais. »

E38 homme (45-60 ans, sculpteur, au chômage)

« M : et votre maman elle fait un métier en rapport avec la santé mais n'a aucune connaissance médicale n'est ce pas ?

L: ho non, du tout. Rien du tout. [...]

M: et donc elle était du genre à beaucoup médicamenteuse ?

L: ouais, un petit mal de tête, un doliprane, des choses comme ça quoi. Enfin, pas à abuser non plus mais, voilà.

M: et vous vous avez hérité de ça ?

L: ho ouais, et puis moi je suis hypocondriaque »

E05 homme (18-30 ans, élagueur)

9.4.5 D'autres, au contraire, se sont affranchis volontairement de ce modèle familial

Certains sujets disent ainsi avoir développé une autre vision de la santé que celle de leur famille :

« M: vous pensez que ça a pu avoir une influence sur votre manière de vous soigner quand vous êtes devenue adulte, et dans votre manière de prendre soin de vos enfants...? »

E: J'ai l'impression... Vous savez j'ai fait une petite psychothérapie, et il m'avait dit, le psy, c'était mon docteur traitant qui m'avait proposé ça, parce qu'il était psychothérapeute par ailleurs, il m'avait dit "de toutes façons, tu n'avais pas de référence, tu te l'es fabriquée toi-même ta référence." Donc voilà ! Alors ça a des inconvénients mais ça a aussi un avantage, je sais que moi j'ai poussé comme j'ai voulu... »

E10 femme (60 – 75 ans, secrétaire retraitée)

« E: heu, je ne l'appellerais pas [sa mère], parce que... Ben comme en fait, elle n'a pas les mêmes méthodes de soins, et que, voilà, elle a plus connaissances de médicaments classiques, et moi je préfère un petit peu les méthodes alternatives... »

M: et pas elle, du tout ? C'est pas elle qui t'a transmis ça ?

E: non, non, pas du tout. Non non, elle, c'est vraiment très classique... Heu, même les huiles essentielles, heu... non... »

E29 femme (18-30 ans, auxiliaire de vie scolaire)

DISCUSSION

1. FORCES ET FAIBLESSES DE CETTE ETUDE

Sujet

Le sujet choisi de l'étude des comportements de santé des hommes et des femmes est apparu important après la lecture des différentes thèses du projet AUTOMED, notant toutes, d'une façon ou d'une autre, une différence de pratiques selon les sexes.

Plus largement, la thématique des inégalités hommes / femmes est au cœur de l'actualité sociale et politique (débat sur la PMA, harcèlement de rue, inégalités salariales et professionnelles...) et interroger ces relations dans le domaine de la santé apparaît pertinent.

Méthodologie

L'étude initiale sur laquelle se base notre travail, associant une double méthodologie qualitative de recueil de données, par entretiens semi-dirigés et journaux de santé, a permis de recueillir un volume de données important.

Les entretiens ont été réalisés par une sociologue, non-professionnelle de santé. Ceci a permis d'aborder des thématiques larges sur la santé et les pratiques d'autosoins, en évitant les présupposés qu'un enquêteur « professionnel de santé » pouvait formuler, et en limitant l'impression de jugement ou l'autocensure d'enquêtés répondant sur ces thèmes à un médecin.

La méthode d'analyse qualitative secondaire permet d'étudier plus spécifiquement un sujet ne faisant pas l'objet de la question de recherche initiale, ici la thématique des différences hommes / femmes.

Cette méthodologie permet d'explorer par ce prisme les représentations et les pratiques évoquées par les sujets sans « conscientiser » la réflexion ou orienter le propos selon les questions posées.

Néanmoins, le matériel étant déjà recueilli, il n'est pas possible d'affiner la recherche sur certaines thématiques qui se montreraient d'importance, donc de suivre le cheminement de pensée non linéaire propre à l'analyse qualitative « classique », risque qualifié par certains de « normalisation » des méthodes de recherche.

Une autre question soulevée par cette méthodologie est celle de la décontextualisation des données et ses conséquences en termes de validité de l'interprétation qui en est faite. Mais il est en réalité fréquent que l'enquêteur de terrain ne soit pas le chercheur qui analyse les données, c'est d'ailleurs ainsi qu'a été construite la première enquête sur les journaux de santé (recueil par une jeune médecin et analyse par différents chercheurs) (55).

La méthode écrite du journal de santé exclut de fait les personnes ayant des difficultés à s'exprimer à l'écrit : personnes illettrées, étrangères, handicapées...

De plus, cette méthode apparaît quelque peu chronophage (exigence d'un remplissage quotidien), expliquant la proportion importante de personnes retraitées ou inactives dans l'échantillon.

Population étudiée :

La méthode de recrutement des individus a pu présenter un biais.

En effet les trois quarts des enquêtés ont été recrutés en cabinet de médecine générale, sélectionnant des sujets plus proches du système de soins donc aux états de santé parfois plus dégradés et aux pratiques d'autosoins différentes de ceux recrutés en dehors des cabinets médicaux.

Les sujets, recrutés sur la base du volontariat, étaient sans doute des personnes plus à l'écoute de leur santé.

2. GESTION DE LA SANTE FAMILIALE, CONSTRUCTION ET CIRCULATION DES SAVOIRS EN SANTE : DES CONNAISSANCES ET UNE CHARGE PORTEES PAR LES FEMMES

Dans notre échantillon, les femmes ont le rôle central dans la gestion de la santé : les sujets se rappellent de leur mère qui s'occupait de la santé dans leur enfance, les mères de familles assument principalement les soins à leurs enfants, les conjointes gèrent les médicaments du couple...

2.1 Un rôle historiquement féminin de gestion de la santé familiale

Comme on l'a vu en introduction de ce travail, la gestion de la santé familiale est traditionnellement féminine au sein du foyer.

Les guérisseuses ou sorcières, souvent des vieilles femmes porteuses de croyances et savoirs populaires, tenaient une place importante dans les villages avant les chasses aux sorcières des 15^{ème} et 16^{ème} siècles (21).

Les matrones, ancêtres des sages-femmes, se transmettant leurs savoirs de façon orale et entre femmes, étaient la plupart du temps les seules à même d'aider les villageoises à accoucher (59).

Barbara Ehrenreich et Deirdre English défendent dans leur ouvrage « sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes soignantes » (2) la mémoire de ces femmes, détentrices de réels savoirs : remèdes toujours utilisés en pharmacopée moderne, sens de l'observation et de l'expérience.

Elles postulent que la construction d'une profession médicale organisée, dévalorisant en parallèle ces savoirs populaires, visait à exclure les femmes de ce lieu de « pouvoir ».

Le développement d'un système de soins organisé n'a pas déchargé les femmes de cette préoccupation puisqu'elles assument encore majoritairement le rôle de pourvoyeuse des soins dans la sphère privée (24).

2.2 Des pratiques populaires variées transmises principalement par les femmes

Les femmes sont souvent les détentrices de ces savoirs populaires, parfois appelés « remèdes de bonne femme » ou « de grand-mère ».

« M: et vous avez des souvenirs de comment ça se passait quand vous étiez un peu malade ? Comment votre mère prenait soin de vous ?

E: hou c'était beaucoup des... Comment on dit déjà, des remèdes de bonne femme... »

E26 femme (60-75 ans, femme de service en école, retraitée)

Telle Françoise Loux en France (22), Francine Saillant a étudié les pratiques de médecine populaire, dans le Québec de la première moitié du XX^{ème} siècle (60), soulignant leur logique culturelle interne.

Les différentes recettes populaires présentent en effet toutes des thèmes et modalités communes, une logique partagée dans une culture de soins données.

Ces pratiques populaires répondent à différentes finalités : l'équilibre du corps (purification, harmonisation du corps), la protection et le soulagement, non sans recourir à des pratiques symboliques à la frontière du surnaturel ou du religieux.

Françoise Saillant décrit ainsi des grandes familles de pratiques de soins, que l'on retrouve aussi dans notre verbatim (voir point 9.3 des résultats) :

- plantes et préparations médicinales : herbes à fumer, infusions...
- vêtements ou objets à porter, à appliquer : sachet de camphre, cataplasmes, ventouses...
- gestes, rituels... : rituel de l'oignon coupé pour faire disparaître une verrue, gestes des « rebouteux »...

2.3 Les conseils sur la santé et les médicaments : les femmes au centre des échanges

Les dynamiques d'échange, au sujet des médicaments, des soins et des professionnels de santé, se font principalement, dans notre verbatim, entre femmes ou des femmes vers les hommes.

Il semble exister des « réseaux » informels principalement féminins.

Ces échanges s'observent entre femmes : dans la famille, en particulier entre les différentes générations, ou dans le cercle amical :

« quelquefois avec mes sœurs on essaie un peu de se conseiller l'une et l'autre, à propos d'un médicament ou... ça c'est vrai, par exemple, quand j'ai eu mon premier enfant, ben ma sœur, comme elle en avait déjà eu 2, c'est vrai que je lui demandais beaucoup conseil... »
E08 femme (30-45 ans, traductrice, au foyer)

Par rapport au choix des professionnels de santé, Emmanuelle Faure, docteure en géographie de la santé qui a étudié en 2016 les trajectoires de recours au dépistage du cancer colorectal d'une centaine d'hommes et de femmes dans 2 villes d'Ile de France (61), met en exergue la place des tiers dans le choix du médecin, tiers comme dans notre échantillon, principalement féminins.

Quand les individus déclaraient avoir choisi un professionnel sur conseil d'un proche, ce proche était systématiquement une femme, pour les femmes (amie, fille, voisine, collègue, voire commerçante du quartier...) et pour les hommes (épouse, fille, mère...), illustrant l'assignation des femmes à la gestion de la santé.

Dans notre échantillon, ces échanges de coordonnées de professionnels entre femmes s'observent plutôt dans les thérapies alternatives.

*« M: et vous parliez de l'acupuncteur, qui c'est qui vous l'a conseillé ?
E: hé ben c'est une amie. Une amie qui avait eu une période pareille où elle était pas bien, et c'est à dire que c'est ma belle-sœur qui connaissait cette personne, elle m'avait dit "ben unetelle est allée voir, pourquoi t'essaierais pas ?" Voilà, c'est comme ça que j'étais allée voir cette acupunctrice. »*

E07 femme (60-75 ans, conseillère planning familial retraitée)

A noter, dans notre échantillon, que les pharmaciens sont une source de conseils privilégiés pour les femmes, vus comme facilement accessibles.

L'une des femmes interrogées parle même d'un « univers de femmes » dans la pharmacie:

« j'avais l'impression que ça me grattait à l'intérieur du vagin, j'avais des démangeaisons, alors je suis allée à la pharmacie, je dis "ben voilà"... Oui j'aurais pas pu en parler au monsieur ! Oui pour ça aussi c'est un univers de femmes. »

E14 femme (60- 75 ans, secrétaire retraitée)

Dominique Cèbe sociologue, a étudié la question du genre dans la profession de pharmacien(ne), dans une enquête auprès d'un peu moins de 500 pharmaciens, qu'il résume dans l'ouvrage coordonné par Pierre Aiach (27).

La fonction de conseil, considérée particulièrement importante par les professionnels, est différente entre les hommes et les femmes : si les hommes pharmaciens conseillent plutôt sur le médicament, les femmes pharmaciennes semblent conseiller plutôt au sujet de pathologies bénignes et de petits maux divers, avec un rapport privilégié avec les personnes âgées ou ayant des enfants, sans doute les mères de famille, donc.

Pour ce qui est du médicament, les conseils et l'expérience des proches sont des déterminants importants de l'utilisation de l'automédication, comme l'a montré l'anthropologue Sylvie Fainzang (10) : « l'expérience des proches est susceptible de venir se substituer à la sienne propre ».

L'usage du médicament répond à la fois à une gestion individuelle et collective.

D'après Fainzang, cette gestion collective, c'est-à-dire la tendance à vouloir faire partager à ses proches des médicaments déjà pris et jugés efficaces, s'observe plutôt des femmes vers les hommes, notamment au sein du couple : femmes qui suggèrent à leur conjoint un médicament ou qui demandent au médecin de lui prescrire un traitement, voire qui parlent à la place de leur conjoint lors des consultations médicales... (62)

Dans notre échantillon, plusieurs femmes évoquent ainsi largement leur rôle de conseil et de gestion des médicaments dans le couple (voir point 8 des résultats).

D'ailleurs, certains hommes paraissent passer d'une dépendance maternelle à une dépendance conjugale dans la gestion de leurs médicaments :

« mon mari est assez perdu, en fait, lui de son côté, sa mère lui donnait sans arrêt des médicaments pour tout et n'importe quoi donc c'est vrai que quand on s'est mis en ménage, c'était un peu la catastrophe, dès qu'il avait quelque chose, il voulait prendre un médicament... [...] il a jamais été habitué à lire les notices ou choisir un médicament ou des choses comme ça... C'était "maman, j'ai ça, est ce qu'on peut prendre quelque chose...", et puis voilà quoi ! [...] Maintenant c'est mieux, mais il me demandera systématiquement avant de prendre une décision... »

E12 femme (18-30 ans, coiffeuse)

Les médicaments en tant qu' « objet concret » circulent, de femmes à femmes, ou de femmes à hommes (point 5.1 des résultats) :

« M: vous êtes allée en pharmacie...? Vous êtes allée pour le magnésium ?

E: non, parce que j'en avais une boîte ! [...] ma fille m'en avait donnée 3 boîtes, donc...»

E24 femme (60-75 ans, institutrice retraitée)

L'existence de ces « réseaux féminins » fait écho aux recherches en marketing (63) qui montrent que les habitudes de consommation se transmettent entre femmes, dans une dynamique mère ⇒ fille mais aussi fille ⇒ mère à l'âge adulte, suivant des mécanismes d'emprunt / rejet, de révision ou d'intégration.

La transmission culinaire fait également appel à une transmission mère ⇒ fille, avec notamment l'intégration de préoccupations de santé associées (principes de nutrition, « cuisine légère »...) (64).

La reproduction de certaines pratiques maternelles est fréquente dans notre recherche :

« Dans la soirée mon fils a eu mal au ventre. Je lui ai préparé une infusion de camomille (c'est ce que ma mère me donnait lorsque j'étais petite). Lorsque mes frères et sœurs et moi étions petits, ma mère utilisait souvent des plantes pour nous soigner [...] Alors j'essaie de reproduire cela avec mes enfants. »

E08 femme (30-45 ans, traductrice, au foyer)

Cela n'est pas sans créer parfois des frictions entre les générations de femmes, avec des désaccords sur les façons de faire :

« C'est un gros problème avec ma belle-mère ça ! (elle rit) à chaque fois qu'elle prend les enfants, elle les emmène chez le médecin, ils ont toujours un truc. [...] Alors que moi bon, si ils ont un rhume ou si elle se plaint d'avoir mal au ventre, j'attends de voir si ça passe ou pas avant d'y aller quoi. »

E13 femme (30-45 ans, au foyer)

Les médias, et Internet en particulier, participent à la construction et à la circulation de ces savoirs féminins.

Selon une enquête de l'INSEE de 2002, sept femmes sur dix et un homme sur deux suivent des émissions sur la santé à la télévision ou à la radio ; 60 % des femmes lisent les pages santé des magazines et des magazines grand public consacrés à la santé contre 32 % des hommes (65)

Des chiffres plus récents issus du baromètre Santé 2014 de l'INPES montrent que 68% des Français utilisent internet pour des recherches sur la santé (66) : 74% de femmes contre 63% d'hommes, au sujet de problèmes de santé, maladies et traitements, mais aussi santé de l'enfant et parentalité, ou encore la nutrition et le poids.

2.4 Un « effet couple » plutôt en faveur des hommes, notamment face à la dépendance

Un article réalisé par l'INSEE a étudié l'effet du couple sur la santé (67).

Les hommes mariés souffriraient moins de troubles mentaux que les femmes mariées ; à l'inverse les hommes célibataires souffriraient davantage de troubles mentaux que les femmes célibataires.

Le mariage aurait donc un effet « protecteur » pour la santé des hommes et non pour celles des femmes. Les rôles « traditionnels » de l'épouse, dont le rôle domestique parfois dévalorisant pour les femmes, seraient des explications de ce « mal-être féminin » (68).

En termes d'espérance de vie, il apparaît que les personnes en couple vivent plus longtemps que les personnes célibataires de même âge.

Cependant, cet effet est plus important chez les hommes qui tirent ainsi plus de « bénéfices » au statut de vie en couple.

Plusieurs explications cohabitent. Notamment, le célibat est souvent associé à un état de santé dégradé, des conditions de vie difficiles ou le chômage qui rendent plus difficiles la mise en couple.

Dans notre recherche, on note en tout cas que les femmes portent une attention particulière à la santé de leur conjoint : outre les conseils médicamenteux, elles gèrent les rendez-vous médicaux et poussent leurs conjoints à réaliser certains soins.

« Je me rappelle une fois il avait mal au bide, je sais pas ce qu'il avait, et il avait une petite plaie qui s'était infectée au niveau de la jambe, et il avait gratté et tout ça... Et il était allé voir le médecin. Ha non c'est pas ça, il avait une petite plaie et une très grosse plaie, voilà, c'est ça. ça s'était infecté, et je l'avais envoyé, j'avais pris rendez-vous pour lui, il était allé voir le médecin »

E17 femme (30-45 ans, assistante maternelle)

On peut supposer que cette attention féminine augmente le recours aux soins des hommes, et par là même contribue à améliorer leur état de santé.

Lors du vieillissement, les femmes se retrouvent en première ligne dans le rôle d'aidante, en particulier parce que le système de santé transfère de plus en plus de tâches vers ces aidantes. Les femmes (épouses, mais aussi filles) représentent entre 2/3 et 3/4 des aidants familiaux (69) ; portant le « fardeau » mental qui s'y rattache.

G Cresson constate que les hommes qui se retrouvent en position d'aidant principal reçoivent plus d'aides extérieures que les femmes se trouvant dans la même position, les hommes comme les professionnels considérant qu'ils sont incompetents dans le domaine – là où une femme qui solliciterait de l'aide serait jugée « déficitaire » et poussée à apprendre à faire ces tâches par elle-même (27). Ce report sur des aides extérieures se fait d'ailleurs vers des femmes professionnelles aux emplois peu valorisés (39).

2.5 Les soins aux enfants : un rôle « naturel » des mères... une expérience de fait

La maternité semble aller de pair avec la gestion de la santé des enfants, faisant partie du « rôle » attendu des mères, alors que les pères sont moins impliqués, étant au mieux co-décisionnaires (voir résultats point 7).

Cette attention à la santé familiale paraît à la fois relever d'un rôle « naturel » et d'un apprentissage des femmes, dont on sent en creux une ambiguïté voire des difficultés :

« E : c'est plus moi qui vais gérer ouais... »

M : ça s'est fait naturellement comme ça ?

E : naturellement, ouais, parce que je... Oui, ça m'intéresse, en plus, j'aime bien ! [...] Au fur et à mesure, quand on gère quelque chose, ben ça devient évident que c'est moi qui fais quoi... [...] c'est moi qui trie les médicaments quand je vois qu'il y en a vraiment trop et que ça fait longtemps que je l'ai pas fait, ce genre de chose, et puis ça j'aime bien, enfin voilà je... Voilà ! »

E36 femme (30-45 ans, professeur de mathématiques)

Cet « intérêt féminin » pour la santé des enfants, qu'on peut mettre en parallèle avec l'assignation sociale des femmes à la gestion de ce domaine dans la santé familiale, aboutit en tout cas à une meilleure (re)connaissance des symptômes et des pathologies.

2.6 La production familiale de soins : un vecteur de transmission des stéréotypes de genre ?

Dans notre échantillon, la gestion de la santé familiale est l'apanage des femmes.

Ce rôle n'est jamais remis en question, ni par les hommes, ni par les femmes d'ailleurs, voire s'accompagne d'une idée bien stéréotypée de la répartition des rôles : à la mère le foyer, l'intérieur, l'espace privé ; au père l'extérieur, le travail, le bricolage... :

« M : c'était votre maman, ou c'était votre papa qui s'occupait de vous...? »

E : ho ben c'était ma mère hein... C'était ma mère qui s'occupait, forcément, mon père travaillait. »

E18 femme (plus de 75 ans, couturière retraitée)

« M : vous vous rappelez qui de votre père ou de votre mère gérait plus la santé quand vous étiez jeune ? »

L : maman. [...] c'est sûr, oui oui, parce que notre papa, même au niveau des devoirs et tout ça, il nous aidait pas beaucoup, parce qu'il était très extérieur, très jardin surtout, donc... »

E37 homme (30-45 ans, chaudronnier soudeur)

Il est intéressant de reprendre la répartition des rôles chez E36 : son père, en tant que père au foyer, assimile le rôle de « care » (l'attention, les soins quotidiens) relié à sa fonction de gestion du foyer ; mais la mère garde la compétence technique du médicament, le « cure » :

« E : D'ailleurs chez moi, c'est ma mère qui travaille et mon papa est au foyer ! »

M : ha oui, et c'est elle qui gérait la pharmacie donc...? »

E : ben ouais, parce que ben c'était elle la plus organisée pour ça on va dire. Après, mon père était là au quotidien. Après, comment dire, si on était malade, c'était peut-être mon père qui allait appeler le médecin, mais après c'était elle qui allait donner

les médicaments ou les choses comme ça. Par contre, c'était lui qui allait nous faire le bon petit plat pour qu'on se sente mieux ou... »

E36 femme (30-45 ans, professeur de mathématiques)

L'exemple suivant véhicule particulièrement un stéréotype de l' « homme fort », qui prend sur lui, contre la mère, « trop sensible » pour certaines tâches :

« mon mari cramponné à son gamin comme pas possible, lui seul est capable de le faire, et donc ben il lui a fait la paracentèse. Le même, il est parti, il pleurait comme pas possible, il est revenu, il chantait ! [...] Et donc mon mari y va, c'est toujours lui qui les emmenait parce que justement, quand il y avait des choses comme ça, importantes, moi je sentais que j'étais incapable... je serais tombée dans les pommes, j'en sais rien.»

E25 femme (60-75 ans, animatrice retraitée)

Selon une enquête de l'institut IPSOS datée de 2005, les valeurs transmises de mères en filles concernent notamment la vie familiale, perpétuant l'idée des rôles traditionnellement féminins : le « sens de la famille » (cité par 89% des femmes interrogées) ou le « goût de s'occuper des enfants » (83%) (70).

D'après une enquête de l'INSEE datant de 2014 (71), quand on interroge des Français sur des conceptions stéréotypées des rôles hommes / femmes, la moitié des enquêtés se dit « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec l'idée selon laquelle « les mères savent mieux répondre aux attentes des enfants que les pères », et 41 % des enquêtés considèrent que « pour une femme, la famille est plus importante que la vie professionnelle », mais seuls 16 % des enquêtés pensent la même chose des hommes.

Francine Saillant (23) explique que les filles sont traditionnellement préparées aux tâches familiales et au maternage par leurs mères : la socialisation inscrit le soin en tant qu'ingrédient de l'identité féminine.

« M: en termes de pratiques de santé, de façon de se soigner à la maison, est ce que par exemple, votre maman avait des recettes de grand mère que vous vous faites encore aujourd'hui ou...

E: ha oui ! Enfin, je dirais pas de se soigner, je dirais dans la manière d'être quoi, au quotidien. [...] Par exemple avec des petits moyens elle savait faire beaucoup... et j'ai hérité de ça, et comme mes autres sœurs aussi... ha oui... »

E02 femme (plus de 75 ans, au foyer, retraitée)

Comme le note encore Francine Saillant (72), les femmes tiennent le double rôle de « productrice » des soins (prodiguer les soins, gérer les traitements...) et celui de « médiatrice », de lien entre l'espace privé (le foyer, les enfants) et le monde extérieur, tel que celui des professionnels de santé. Elles portent ainsi la responsabilité des soins et du recours aux aides extérieures (décision de consulter le médecin par exemple).

Rattachée au travail domestique, la « production familiale de soins », comme la qualifie Geneviève Cresson (73), est difficile à quantifier car, outre les soins « techniques » ou l'aide matérielle, elle comporte tout un aspect relationnel, affectif, mêlant la tâche et la relation : l'œil attentif de la mère sur les petites variations du comportement de son enfant (fatigue, manque d'appétit...), mais aussi la surveillance et l'aide à un parent âgé dément...

La forte composante relationnelle et émotionnelle associée participe à la naturalisation de ce travail par les femmes. Quoi de plus « naturel » qu'une femme s'occupe de son enfant, ou

d'un parent âgé dépendant ? Au sentiment d'amour, s'ajoute le sens du devoir, la compassion, la dette familiale, le sentiment de responsabilité... mais aussi la pression sociale exigeant de donner une bonne image de soi.

C'est un fait sur un plan statistique : en 2010, les mères passent chaque jour une demi-heure de plus que les pères à s'occuper du soin de leurs enfants (46 minutes contre 16 minutes). Les femmes sont également majoritaires (71% en 2010) parmi les aidants d'adultes, en particulier auprès des personnes âgées dépendantes (71).

Geneviève Cresson, dans l'ouvrage de Pierre Aiach « Femmes et hommes dans le champ de la santé : approche sociologique » (27) parle d'une assignation du rôle de soins aux femmes au sein de la famille, et plus largement d'une pression sociale à accomplir ces tâches.

Ce rôle « naturel » et invisible est le plus souvent intériorisé et banalisé par les femmes elles-mêmes, qui ne considèrent pas ce temps passé tel un travail, bien que nombre de ces tâches pourraient trouver leur équivalent professionnel.

La famille apparaît donc être un lieu de transmission plus ou moins consciente des stéréotypes de genre, au même titre que le système éducatif scolaire : choix des jeux, des loisirs, orientation professionnelle... (74)

2.7 Le « coût social » du travail de soins profanes pour les femmes

Geneviève Cresson fait un lien entre les inégalités dans le monde du travail « professionnel » et profane (24).

Elle fait référence aux travaux de la sociologue Christine Delphy, ayant théorisé le courant de pensée du féminisme matérialiste, pour qui la domination masculine des femmes s'exerce notamment par le travail de production domestique gratuit imposé aux femmes.

Geneviève Cresson postule que les inégalités hommes – femmes dans le monde du travail (inégalités de formation, d'emploi, de responsabilités) trouvent leur origine dans le fait que les femmes sont jugées moins disponibles du fait de ces tâches domestiques ; en miroir, les hommes sont considérés moins disponibles pour la vie familiale car accaparés par leur vie professionnelle.

Les femmes sont ainsi pénalisées professionnellement et économiquement à se voir assignées ces tâches de soins profanes.

Dans notre recherche, plusieurs femmes ont renoncé à travailler, temporairement ou définitivement, lorsqu'elles sont devenues mères, ce qui n'est pas sans poser des difficultés de retour à l'emploi :

« Après moi, ben j'ai pas beaucoup travaillé. J'ai commencé à travailler en 2003, parce que j'ai élevé mes enfants, et puis j'avais un ex mari qui voulait pas que je travaille, et maintenant, je me débrouille je reprends le travail, parce que j'avais arrêté... »
E09 femme (30-45 ans, employée administrative)

Pour les femmes qui travaillent, l'organisation familiale avec la « double journée de travail » professionnel et familial semble être un vrai défi et une charge d'organisation importante, entre autres quand les enfants sont malades.

Par exemple, E04, femme universitaire, remarque qu'elle ne peut pas accéder aux mêmes choix de carrière que ses homologues masculins du fait de cette charge :

« Après au boulot on vous demande de gérer des choses, de prendre des responsabilités, on se dit, mais de toutes façons c'est pas possible ! C'est pour ça qu'il n'y a que des hommes qui sont professeurs hein ! Je veux dire, c'est comme dans tous les métiers, faut pas chercher ! Malheureusement, c'est un peu dans tous les domaines pareil. Bon c'est probablement... La faute est partagée, je dis pas que j'aurais préféré autrement, mais bon... Mais ouais, c'est prenant ces petites bêtes là. »

E04, femme (30-45 ans, maître de conférences), mère d'une petite fille de 14 mois

Les temps partiels et cessations d'activités chez les femmes (pour s'occuper des enfants ou de proches dépendants, donc directement en lien avec leur travail de care familial), couplés à une rémunération généralement inférieure en cas d'activité professionnelle, les précarisent sur un plan financier, notamment à l'âge de la retraite, où les femmes touchent une pension en moyenne inférieure de 40% à celles des hommes (75).

3. UNE APPROCHE DE LA SANTE DIFFERENCIEE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Dans notre échantillon, les femmes s'avèrent plus à l'écoute de leur santé au sens large, plus sensibles à la prévention et à l'équilibre de vie (alimentation, mode de vie...).

Cela se confirme par les chiffres de consultation et de consommation médicale déjà cités en introduction de ce travail, qui sont supérieurs chez les femmes (3) (7) (6).

Au-delà des chiffres, comment peut-on expliquer ce phénomène ?

Il semble en tout cas que la médecine contribue à donner une place « à part » aux femmes.

3.1 La femme en tant qu'objet de science historique : la théorisation d'une différence biologique entre les hommes et les femmes ou le « sexe faible »

L'étude des femmes et de leur corps paraît avoir toujours suscité un intérêt particulier pour les scientifiques, comme si elles portaient en elles un « mystère » à expliquer.

Jean-Baptiste Bonnard, anthropologue, reprend dans un article la vision des corps masculins et féminins chez les médecins grecs (76).

La médecine hippocratique grecque est la première à avoir théorisé une pensée médicale rationnelle, organisée en corpus. Elle couvre une période assez large, entre la deuxième moitié du Vème siècle avant J.C. et l'époque romaine, et reste une référence jusqu'au Moyen-âge, voire jusqu'à la Renaissance.

La vision des corps masculins et féminins chez les médecins hippocratiques fait appel à des principes soit masculins, soit féminins : le chaud ou le froid, le fort ou le faible, la droite ou la gauche, respectivement pour l'homme ou la femme.

Dès l'embryogénèse, les fœtus masculin et féminin se comportent différemment.

Pour certains, la mère n'apporte que l'aliment au fœtus dont la génération est due au père, ou si la mère émet elle aussi une semence, celle-ci a une fonction moindre voire aucune dans la formation de l'embryon.

L'utérus, organe spécifique aux femmes possédant pour certains sa volonté propre, explique la finalité reproductive du corps féminin ; d'ailleurs s'il reste inutilisé l'utérus fait dysfonctionner le corps et provoque l'hystérie.

Galien puis Aristote, par leurs observations de l'anatomie humaine, théorisent un modèle qualifié de « modèle du corps unisexe » : les mêmes organes sont soit internes, soit externes, chez la femme ou chez l'homme, la femme étant moins perfectionnée que l'homme.

Dans la théorie des humeurs hippocratique, le corps de la femme est plus humide, « en excès » par rapport à la norme masculine, son corps plus spongieux, plus froid, et contenant plus de sang, d'où la nécessité d'une évacuation par les menstruations.

Le corps féminin est donc, par cette humidité, par nature déséquilibré, et par conséquent plus sensible aux maladies.

Le corps de la femme est ainsi vu, par les médecins grecs, comme une variation de l'idéal masculin, ou « théorie de l'homme manqué ».

Le mouvement des Lumières du XVIIIème siècle, puis la Révolution Française, n'ont pas l'effet escompté sur la libération des femmes.

Lieselotte Steinbrugge a étudié la vision de la femme durant le siècle des Lumières (77).

Les philosophes des Lumières s'opposent entre eux autour de plusieurs visions de la femme : vision d'un intellect asexué, ou au contraire différence de nature et de capacités intellectuelles entre les hommes et les femmes.

La connaissance de la physiologie s'affine et la femme et l'homme sont progressivement bien distingués (et non plus considéré l'un dérivé de l'autre), mais ces différences physiologiques justifient pour certains les différences intellectuelles entre les deux sexes.

Le caractère de la femme est jugé moins égoïste, plus altruiste, dans un « instinct naturel » qu'il faut conserver pour ses fonctions familiales ; aussi le développement des capacités intellectuelles de la femme, notamment via l'accès aux études, risquerait de lui faire perdre cette bonne nature.

L'Encyclopédie rédigée entre 1751 et 1772 par plusieurs philosophes renvoie majoritairement la femme à sa fonction biologique reproductrice et maternelle, devant accomplir ses obligations de femme au foyer.

A la Révolution, bien que reconnues en tant que citoyennes à part entière, les femmes sont exclues du suffrage universel et encore renvoyées à leurs fonctions domestiques.

La « constitution faible » des femmes justifierait, par nature, leur subordination, et donc leur attribution aux tâches domestiques (78).

On attribue à Mirabeau, écrivain, révolutionnaire controversé et homme politique du XVIIIème siècle, la citation suivante : « *La constitution délicate des femmes est parfaitement appropriée à leur destination principale, celle de faire des enfants. Sans doute la femme doit régner à l'intérieur de la maison, mais elle ne doit régner que là. Partout ailleurs elle est déplacée.* ».

Plus tard (fin du XIX ème siècle), l'intérêt des biologistes se portera sur les hormones, confortant les différences biologiques entre les sexes, bien qu'il soit ensuite constaté que tout individu produit en quantité variable des hormones du sexe opposé (79).

Dans leur ouvrage « L'invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin » (80), Delphine Gardey et Ilana Löwy posent pour objectif de montrer comment la science a élaboré des critères de différenciation entre les sexes qui contribuent à attribuer à la nature certaines formes de discrimination.

Elles rappellent ainsi, dans l'introduction de cet ouvrage, que toute production scientifique s'inscrit dans une époque, dans une société, cherchant à transformer en phénomène naturel des comportements sociaux.

La femme est un objet de science privilégié, particulier (contre l'homme « général ») voire « autre », qu'on cherche à comprendre, à maîtriser ; la biologie servant à légitimer les rapports inégalitaires entre hommes et femmes.

Le concept de genre lui-même (voir les définitions dans la partie introduction), né dans les années 1970, est source de débat parmi les chercheurs eux-mêmes : permettant d'interroger les rapports sociaux entre les sexes, mais entretenant pour certains une dichotomie entre nature et culture.

3.2 Construction différenciée du rapport au corps et à la santé et expression différenciée des symptômes selon le genre

3.2.1 Un conditionnement social dès l'enfance

Dans l'ouvrage « Le corps à l'épreuve du genre, entre normes et pratiques » (81), Geneviève Cresson consacre un article au corps des jeunes enfants en crèche.

Elle explique que les normes de genre, chez des enfants dont la conscience « biologique » de la différence des sexes n'aurait lieu qu'après plusieurs années de vie, leur sont socialement appliquées avant même la naissance, ne serait-ce que via l'achat d'une layette spécifique au sexe du bébé attendu.

Citant Simone de Beauvoir, qui a développé la thèse de l'assignation sociale à un sexe dès le plus jeune âge (sa formulation « on ne naît pas femme, on le devient », certes réductrice, donne une idée de ses travaux), Mme Cresson observe qu'un conditionnement social a lieu très tôt chez les enfants, d'abord au sein de familles, avec une internalisation des stéréotypes et un auto-renforcement de ces derniers.

En effet, en observant les pratiques des professionnelles de crèche (celles-ci étant en grande majorité des femmes), et bien que celles-ci s'en défendent, les pratiques sont bel et bien genrées.

L'habillement en est une première manifestation bien visible (le rose pour les petites filles, le bleu pour les petits garçons), mais au-delà de la couleur, G. Cresson note aussi que les vêtements masculins sont plus faciles à enfiler, favorisant l'autonomie des petits garçons, et moins contraignants ensuite dans les mouvements.

Egalement dans les jeux et les comportements, les petits garçons sont vus plus dans la « motricité », l'autonomie et l'agilité, qu'il faut favoriser au maximum, alors que les petites filles sont renforcées dans l'attention à l'esthétique et le paraître : ornements sur les vêtements, coiffure...

Comme on l'a déjà cité en introduction de ce travail, Pierre Aiach explique, dans l'ouvrage « femmes et hommes dans le champ de la santé : approche sociologique » (27) que ce conditionnement social dès l'enfance aboutit à une construction différente du rapport au corps, se traduisant dans le domaine de la santé.

3.2.2 L'explication de la surmorbidity féminine en rapport avec les constructions genrées

Anne-Sophie Cousteaux, sociologue, s'est intéressé dans sa thèse de doctorat (68) au paradoxe de la sur-déclaration d'incapacités chez les femmes, reprenant notamment plusieurs recherches s'intéressant aux déclinaisons genrées des représentations de la santé.

Les femmes se perçoivent en effet, dans la population française, en moins bonne santé que les hommes (voir introduction 1.1) (4).

Dans notre travail, la perception de l'état de santé a été interrogée quotidiennement dans le journal de santé par une échelle de 1 à 10 (1 : en très mauvaise santé / 10 : en excellente santé).

Dans notre échantillon, la moyenne de l'état de santé des hommes est notée à 6,8/10 contre 7,6/10 chez les femmes (voir annexe n°2).

La méthodologie qualitative ne permet évidemment pas de tirer des conclusions de ces chiffres.

On peut en tout cas les nuancer en constatant que les hommes de l'échantillon ont des antécédents de santé plus lourds que les femmes (AS Cousteaux précisait qu'une fois le problème de santé reconnu, la demande d'aide et le recours aux soins n'était pas différent entre les hommes et les femmes), des hommes recourant plus souvent aux soins parce que malades étant sans doute plus faciles à capter dans l'enquête et plus enclins à évoquer leurs problèmes de santé que ceux de la population générale.

On peut noter également dans notre recherche que plusieurs femmes se considèrent de santé « fragile » (voir point 2.1.3 des résultats), comme si elles avaient « intégré » l'idée d'une faiblesse biologique féminine.

Ainsi, plusieurs femmes jeunes, sans antécédents de santé lourds, déclarent pourtant un état de santé moyen ou en tout cas non pleinement satisfaisant, en référence d'ailleurs plus aux soucis du quotidien qu'à des problèmes de santé « physiques » précis :

« "comment évaluez-vous votre état de santé ? " alors on sait pas si on doit mettre la fatigue, un rhume, l'état d'esprit du moment... Parce que il y a aussi l'influence que peut avoir la vie de tous les jours, enfin si on s'est engueulé avec son mari, ou si on s'est pris la tête avec ses gosses, enfin voilà, il y a tout ça quoi ! [...] l'état de santé, moi je l'ai plus vu comme une globalité, que je sois malade ou pas malade quoi, voilà, c'était plus ça. »

E17 femme (30-45 ans, assistante maternelle)

La division genrée des rôles entre les hommes et les femmes, et notamment le rôle de gestionnaire de l'organisation du foyer et de la santé familiale attribué aux femmes, semble donc leur créer des préoccupations supplémentaires.

L'attribution des tâches domestiques aux femmes constitue un révélateur des incapacités fonctionnelles, surtout chez les femmes âgées qui sont par conséquent plus exposées aux restrictions sur ces activités quotidiennes que les hommes.

Si plusieurs modèles explicatifs de la sur déclaration féminine de problèmes de santé cohabitent, notamment un modèle biologique (les femmes souffriraient plus de certaines pathologies, citons les maladies auto-immunes) ou structuraliste (exposition différentielle des hommes et des femmes aux risques sociaux, conditions de vie et de travail différentes), ces deux modèles n'expliquent pas suffisamment les différences observées.

Pour comprendre ces différences de perception, le modèle explicatif à utiliser est, d'après AS Cousteaux ou Pierre Aiach, un modèle psychosocial : la perception, la reconnaissance et l'interprétation différenciée des symptômes et des maladies selon le genre du patient.

De cette façon, les femmes interprètent plus les symptômes comme morbides ; du fait d'une meilleure connaissance de leur état de santé (dans une « compétence médicale » acquise à mettre en lien avec leur travail domestique de santé), et plus largement d'une plus grande attention au corps liée à construction différenciée du rapport au corps.

Les femmes, jugées plus sensibles, seraient autorisées à exprimer leurs émotions et leurs symptômes, dans un rapport au corps plus riche, plus réflexif et plus intériorisé, les poussant à avoir une attention particulière à leur santé.

A l'inverse, les hommes, dans un idéal de « virilité », de courage, ne doivent pas exprimer une « faiblesse » que la maladie apporte ; leur rapport au corps est plus extérieur, construit plutôt vers la performance, la compétition, la fonction instrumentale.

Ce qui est décrit comme une sur déclaration des problèmes de santé par les femmes peut aussi être une sous déclaration chez les hommes.

Comparativement aux hommes, les femmes considèrent donc un plus grand nombre de facteurs lorsqu'elles évaluent leur état de santé général. Elles sont en effet plus susceptibles de tenir compte de facteurs psychologiques et de l'existence de maladies non mortelles, mais invalidantes (82), ce qui se traduit par une moins bonne santé perçue.

3.3 Les grands modèles anthropologiques de la santé et de la maladie

La vision de la santé chez les hommes et les femmes obéit à différentes logiques dans notre recherche.

Ces représentations de la maladie et des traitements font écho aux travaux de François Laplantine, qui en décrit de grands modèles dans son ouvrage « Anthropologie de la maladie » (83).

Ces modèles sont volontairement séparés bien que souvent associés et en interaction chez une même personne.

3.3.1 Les modèles de la maladie

Dans les conceptions de la santé que l'on retrouve dans notre travail, on note plusieurs « spécificités » féminines.

Ainsi, les femmes se montrent plus sensibles à une approche globale de la santé, avec une attention à l'hygiène de vie et à la prévention ; la maladie étant régulièrement perçue sur un continuum équilibre / déséquilibre de la santé (voir point 2 des résultats).

« C'est clair, y a aucun microbe qui vient de l'extérieur, c'est pas du tout comme ça que ça marche, pas du tout; Y a pas du tout à se défendre d'un truc qui vient de l'extérieur, c'est au contraire équilibrer ce qu'il y a à l'intérieur. Donc c'est plus proche de la médecine chinoise en fait, ce que je... Et puis je sais aussi que le corps il exprime tout ce qu'on ne s'exprime pas autrement quoi. Donc une fois qu'on a compris ça, ben voilà... »
E28 femme (45-60 ans, écrivain public)

Les modèles d'interprétation et de représentations de la maladie répondent d'après Laplantine à deux grands schémas : la maladie comme essence, ou comme dysfonctionnement.

Dans la première conception, la maladie est une entité objectivable, étrangère au malade, un ennemi à combattre. Le malade n'est qu'un lieu de rencontre entre deux forces extérieures en conflit.

La deuxième série de représentations voit la maladie en tant que dysfonctionnement, voire une réaction thérapeutique en elle-même : équilibre / déséquilibre, harmonie / dysharmonie... ; série de représentations qui paraît plutôt exprimée par les femmes dans notre échantillon.

Laplantine décrit des grands modèles étiologiques ou de la maladie dont les plus répandus sont :

– les modèles ontologique (ou descriptif) et fonctionnel (ou relationnel) :

Le modèle ontologique est centré sur la maladie. Il considère la maladie telle une entité isolée, due à un agent pathogène externe, à combattre.

Le malade est un lieu de rencontre entre une maladie et un traitement ; le traitement répond à un symptôme et est peu individualisé.

A l'inverse, le modèle fonctionnel voit la maladie comme une rupture d'équilibre dans l'histoire ou l'environnement de la personne. Elle inclut les modèles homéopathiques, humoraux, psychanalytiques. Le traitement devra prendre en compte la personne dans sa subjectivité et son contexte.

– les modèles exogène et endogène :

Le modèle exogène juge que la cause de la maladie est extérieure au sujet (microbe, environnement, culturelle type mauvais sort), qui en est la victime.

Le modèle endogène considère que la cause de la maladie se situe dans le sujet lui-même (génétique, immunité, psychologie, constitution), le sujet est par conséquent en partie responsable, voire coupable de la maladie.

Il existe également des modèles dits additif (la maladie étant quelque chose en plus à gérer (« j'ai une maladie »), qu'il faudra enlever ou ralentir) et soustractif (pathologie comme une carence (« je suis sans »), un handicap, qu'il faudra compenser ou stimuler), et le modèle de la maladie maléfique (maladie en tant que force négative, incompréhensible) ou bénéfique (maladie comme expérience positive, porteuse de sens, voire de bénéfices secondaires).

Les modèles de type fonctionnel et endogène apparaissent donc prédominants chez les femmes dans notre échantillon (particulièrement l'idée de la santé « équilibre / déséquilibre », voir résultats point 2.1.4) ; les modèles centrés maladie étant répandus dans les deux sexes.

Dans notre recherche, les femmes font régulièrement appel aux explications « internes », notamment psychologiques de la maladie (voir point 2.1.2 des résultats).

« J'ai beaucoup consulté pendant ces deux ans. Parce que je me sentais pas bien physiquement, probablement psychologiquement aussi, les deux étaient liés. Et au final, je me suis rendue compte que me concernant, il y avait beaucoup de psychologique. Donc maintenant, je sais que quand il y a quelque chose qui ne va pas, il faut que je cherche un peu au-delà de l'aspect purement physique, très clairement. »

E04 femme (30-45 ans, maître de conférences)

Plusieurs hommes semblent au contraire faire appel à un modèle de maladie la considérant telle une entité extérieure, difficile à accepter :

« Je pense que je refuse quelque part le fait d'être malade. Finalement, peut être que j'accepte pas. Parce que pour moi je suis pas malade. C'est assez ambigu, mais ouais, je suis pas malade. Quand on me dit ça, je dis "non, non, je suis pas malade, je suis simplement bloqué, coincé..." »

E22 homme (45-60 ans, employé de bureau)

3.3.2 Les modèles thérapeutiques

Les modèles thérapeutiques décrits par Laplantine correspondent aux différentes visions de la maladie.

Les modèles de type allopathique et homéopathique sont ceux que l'on retrouve le plus fréquemment dans notre recherche.

Le modèle allopathique correspond aux modèles de la maladie ontologique, exogène ou additif. La maladie, externe, doit être détruite, le traitement vise à juguler les symptômes par les contraires (« attaque frontale » de la maladie), avec des effets secondaires inévitables.

Il s'agit du modèle biomédical dominant dans la médecine occidentale ; ces représentations étant répandues dans les deux sexes.

Le modèle homéopathique, en écho aux modèles étiologiques de la maladie, fonctionnel, endogène ou soustractif, vise à renforcer les ressources internes, à aider la nature, à réactiver les symptômes par les semblables (dans le même sens que la maladie).

Assez logiquement, ce sont surtout les femmes qui font appel au second modèle des traitements, en particulier via le recours aux médecines alternatives telle que l'homéopathie, souvent dans un objectif de prévention (voir résultats point 6.1).

On peut citer également les modèles thérapeutiques additif et soustractif (le traitement visera soit à apporter (des médicaments, de la nourriture, des vitamines...), soit à « éliminer » (diète, saignée, purge... - modèle correspondant à plusieurs pratiques populaires citées dans notre recherche), ou encore les modèles excitatif et sédatif (traitement tonique, fortifiant, rééducation... ou au contraire traitements freinateurs, calmant, sédatifs...).

Les modèles exorcistique et adorcistique des traitements vont plutôt de pair avec les pratiques populaires rapportées par les sujets interrogés.

Le modèle exorcistique considère une démarche active du thérapeute pour éliminer le problème, comme un combat, un mal à extraire ; le thérapeute va ordonner, donner un programme... Laplantine y voit une conception chrétienne de la maladie, prenant l'exemple de l'opération chirurgicale qui « extrait le mal » tel un exorcisme (84).

Il correspond aux guérisseurs qui possèdent des « dons » :

« Oui, et mon beau-père qui est décédé, là, au mois de juin, il avait un don. Bon ben, on y croit, on n'y croit pas, mais bon, on peut toujours essayer [...] pour les brûlures, moi une fois je m'étais brûlée, on avait une cafetière à vapeur, un peu comme les cocottes minutes, et je m'étais brûlée, mon mari m'avait emmenée rapido, et simplement avec des tours, sans rien mettre dessus, la brûlure était partie. Pour les vers il était très efficace aussi. Et apparemment pour les zonas aussi ça fonctionne...»

E24 femme (60-75 ans, institutrice retraitée)

Le modèle adorcistique considère à l'inverse la maladie comme un bien, un don sacré, une possession divine ; c'est le malade qui détient la fonction thérapeutique, alors que le thérapeute est un facilitateur, un assistant, qui aide à passer d'un état à un autre. Elle se retrouve dans plusieurs cultures non occidentales, via des cérémonies de transe notamment. Cette démarche est parfois utilisée en psychothérapie, où le soignant va aider un patient délirant à apprivoiser et comprendre son délire plutôt que de chercher à « lutter contre ».

3.4 La place des thérapies alternatives et complémentaires

Dans notre échantillon, les médecines alternatives et notamment l'homéopathie tiennent une place importante, en particulier pour les femmes, qui sont pour certaines utilisatrices expérimentées, voire « prescriptrices » de ces thérapies pour leur entourage (résultats point 6).

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a caractérisé ces « médecines alternatives et complémentaires » (MAC) dans un dossier documentaire à cette question en 2015 (85) ; celles-ci regroupant :

- Les thérapies biologiques, c'est-à-dire utilisant des produits naturels issus de plantes, de minéraux ou d'animaux (phytothérapie, aromathérapie...);
- Les thérapies manuelles, axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie...);
- Les approches corps-esprit (hypnose médicale, méditation, sophrologie...);
- Les systèmes complets reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture, homéopathie...).

Le Conseil de l'Ordre cite également la définition plus large de l'OMS, qui distingue :

- la médecine traditionnelle ou « somme des connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales »
- de la médecine complémentaire » ou médecine alternative : « ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant ».

En France, ces thérapies doivent être pratiquées par des médecins ou réalisées sous leur contrôle pour être qualifiées de « médecines ».

Quatre d'entre elles sont reconnues officiellement par le Conseil de l'Ordre comme pouvant être mentionnées sur les plaques et ordonnances des médecins formés : homéopathie, mésothérapie, acupuncture, ostéopathie.

D'après le même document de l'Ordre des médecins (ne précisant pas l'origine des données chiffrées suivantes), 40 % des Français auraient recours aux MAC, 56% à l'homéopathie, considérant l'homéopathie sûre (84 %), naturelle (65 %), efficace et pratique (48 %).

Un sondage réalisé en 2007 par l'institut IFOP sur un peu moins de 1000 français (86) retrouvait un recours aux médecines naturelles (définition assez large incluant homéopathie, ostéopathie, phytothérapie, acupuncture...) dans l'année de 39%, supérieur chez les femmes (47% contre 31% chez les hommes), dans le but de limiter les médicaments pour 69% des sondés (tel qu'exprimé régulièrement dans notre échantillon), et jugées efficaces chez 53% d'entre eux.

Chez les personnes ayant recours à ces médecines naturelles, c'est le bouche-à-oreille qui était la principale source d'information pour trouver un praticien (75%), bien avant le médecin traitant (33%) ou internet (9%).

Au-delà des chiffres, comment expliquer cet intérêt croissant aux thérapies alternatives de toutes sortes ?

Le Comité International de Bioéthique de l'UNESCO, dans un rapport consacré aux médecines traditionnelles (87), distingue de grandes différences entre la médecine dite traditionnelle, et la médecine dite moderne ou allopathique.

Il note que la médecine traditionnelle s'appuie souvent sur une approche holistique, préventive et intégrée dans une vision de la santé et de la maladie non duelles mais plutôt sur une continuité et une notion d'équilibre / déséquilibre, avec des connaissances populaires accumulées, inscrit dans une culture.

A l'inverse, la médecine moderne, basée sur des preuves scientifiques et centrée sur la technologie, aurait une approche fragmentaire, dissociant corps et âme, séparant le patient en organes, se traduisant par une relation praticien-malade impersonnelle.

Si cette séparation entre médecine traditionnelle et moderne paraît assez manichéenne (pour preuve, la WONCA, dans sa définition européenne de la médecine générale (88), revendique une approche basée sur un modèle holistique, global, autrement dit un « modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles »), elle nous donne deux modèles de la médecine et du soin sans doute partagés par certains usagers.

3.4.1 Une recherche relationnelle des femmes dans le recours aux thérapies alternatives

Dans notre recherche, plusieurs femmes expriment un besoin, une recherche d'écoute dans la relation avec leur thérapeute.

E31, femme, illustre cette relation particulière qui s'est mise en place avec sa thérapeute :

« je vais voir une kiné-ostéopathe parce que j'ai souvent des contractures musculaires [...] Donc c'est vrai qu'il y a des fois où je lui dis des choses parce que ben c'est noué là-dedans... [...] Et c'est vrai qu'avec elle, j'aime bien y aller une fois par an pour discuter... [...] Je lui dis que des fois j'ai des problèmes de digestion, je sens que ça passe pas, donc on discute un petit peu, et c'est vrai qu'elle est très bien, très très bien. »

E31 femme (45-60 ans, surveillante de nuit)

E25, femme, semble également avoir noué des relations fortes avec son acupunctrice, qui pourrait même évoquer un « gourou », un maître spirituel :

« je suis retournée vers cette dame maintenant qui est une acupunctrice et chez qui je vais ben régulièrement [...] elle me conseille dans tout d'ailleurs. C'est quelqu'un de super. »

E25 femme (60-75 ans, animatrice retraitée)

Anne Quéniart, sociologue, a interrogé plusieurs usagers de médecines alternatives sur le sens de leur recours aux médecines alternatives (89).

Une des raisons exprimées est parfois l'échec de la médecine conventionnelle à soigner une maladie, mais surtout la recherche d'une alternative au système de soins officiel, souvent critiqué pour son manque d'écoute et d'attention à l'individu.

(Notons que dans la recherche d'Anne Quéniart, le réseau profane, informel, joue un rôle majeur dans la recherche d'un praticien, tel qu'on le retrouve dans nos résultats).

Comme dans notre recherche, la relation avec les praticiens en thérapies alternatives apparaît d'après les personnes interrogées par Anne Quéniart, particulièrement centrée sur l'écoute, le respect et la confiance, voire même, pour plusieurs femmes interrogées dans sa recherche, évocatrice d'une relation mère-enfant. La relation est d'autant facilitée que les praticiens utilisent un système explicatif proche du système profane et faisant écho aux pratiques populaires.

Les thérapeutes tiennent une place de « confidente » ; leur capacité d'écoute et de conseils semblant au moins aussi importante que les compétences « techniques » de soins qu'elles prodiguent.

3.4.2 Une quête de sens de la maladie et de réappropriation de sa santé dans le recours aux thérapies alternatives

Si le recours initial aux médecines alternatives se fait souvent au cours d'une pathologie (chronique ou répétitive) avec une recherche de guérison, il évolue ensuite sur une volonté d'améliorer son état de santé général et son bien-être, avec un objectif de prévention et d'entretien du corps, et une volonté d'apprendre à s'auto-soigner (voir points 6.1 et 6.2 des résultats).

Au-delà, Anne Quéniart parle d'une « recherche de sens » chez les usagers, un besoin de comprendre ce qui arrive, de donner du sens à la maladie et à la vie, et d'accroître son autonomie (du moins vis-à-vis de la médecine conventionnelle et des médecins) dans sa prise en charge.

Laplantine explique que la spécificité des médecines populaires réside dans leur possibilité de mettre en scène une réponse au pourquoi de la maladie (la médecine savante ne répondant qu'au comment), faisant un parallèle avec les religions (84).

Cette « quête de sens » se montre féminine dans notre recherche.

On peut citer dans notre recherche E15, femme, qui explique ainsi ses problèmes de santé :

« j'ai 2 maladie auto-immunes: j'ai un vitiligo et puis j'ai la maladie de Biermer, c'est une maladie de l'estomac, c'est l'estomac qui ne retient pas la vitamine B12. Donc ça s'est déclenché, ça s'est déclaré à la naissance de ma fille, en fait. Je pense que c'est le choc de l'accouchement »
E15 femme (30-45 ans, fonctionnaire)

E28, femme, a bien pris conscience de cette approche par le sens proposée par sa phytothérapeute :

« si la personne le souhaite et si elle, elle estime que pour arranger le problème, on ne pourra pas faire l'économie de ça, c'est proposer aussi une sorte de travail sur le sens de la maladie... Bon comme moi je le fais déjà parallèlement, elle m'a dit "bon on ne va pas partir là-dessus parce que je vois que vous le faites déjà donc je vous le propose pas...." mais elle est phyto mais elle est plus que ça, elle est beaucoup plus que ça...»
E28 femme (45-60 ans, écrivain public)

La médecine conventionnelle paraît en effet, d'après beaucoup d'utilisateurs des thérapies alternatives, peu inclure les aspects psychologiques et spirituels, là où les médecines alternatives se positionnent sur une approche plus holistique (globale, multidimensionnelle) de la maladie et de la santé, incluant le malade dans le processus de maladie et de guérison et l'aidant à connaître et à comprendre son corps et ses symptômes.

Odile Sévigny, sociologue qui s'est beaucoup intéressée à la question des médecines alternatives et de l'homéopathie en particulier, note également que l'homéopathie s'inscrit à la fois dans une efficacité technique et symbolique (90).

Un symbole se définit comme « une image ou un objet porteur de signification et de sens qui relie les personnes entre elles et leur donne un sentiment d'appartenance à un groupe ».

L'homéopathie se base justement sur le développement de la relation entre le praticien et son patient (faisant appel à des techniques communicationnelles et relationnelles) pour analyser ses différents symptômes, en rechercher le sens, la symbolique, pour prescrire un traitement individualisé et adapté, porteur lui aussi d'une symbolique (l'individualité, le pouvoir de s'autogérer...) en plus de son objet technique.

Les versants techniques et symboliques se nourrissent l'un et l'autre : technique relationnelle pour accéder à la symbolique de la maladie, celle-ci permettant de prescrire le remède, à la fois technique et porteur de symbole, à bon escient.

La médecine moderne « biomédicale » ne répondrait pas à ce besoin de symbolisation et d'individualisation des personnes.

Il semble exister une « brèche » dans laquelle s'engouffrent les thérapeutes de toutes sortes, ce qui n'est pas sans entraîner des dérives. La Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires a alerté les usagers des dangers possibles : près de 40% des signalements reçus concernaient le domaine de la santé (91).

3.4.3 Les thérapies alternatives : un modèle de la maladie et de la guérison dans la continuité des savoirs populaires féminins

Françoise Loux, dans ses travaux sur la médecine populaire rurale française du XIX^{ème} siècle (22), note que, à l'instar des plantes anciennement utilisées, l'homéopathie, en particulier, s'insère bien dans le savoir profane sur le corps.

L'homéopathie « médicale » (théorisée, codifiée) fait en effet écho à une homéopathie médicinale populaire : « le feu contre le feu » en appliquant vinaigre ou eau de vie sur les brûlures, ou l'utilisation des inhalations, boissons chaudes ou cataplasmes pour expulser la chaleur d'un malade fiévreux.

Ainsi, les pratiques populaires, si elles font parfois appel aux principes de l'allopathie (rituels « exorcistiques » des coupeurs de feu qui attaquent et expulsent le mal, par exemple), sont dominées par l'approche homéopathique, bien décrite par Laplantine (83), d'aider l'organisme à se défendre par les semblables.

Le versant symbolique de l'homéopathie, et des thérapies alternatives en général, fait appel à ces nombreuses symboliques véhiculées par les pratiques populaires portées par les femmes (soulagement, protection, équilibre...) comme l'explique entre autres Geneviève Cresson (60). Le recours à l'homéopathie à visée de renforcement de l'immunité, notamment via le « vaccin » homéopathique antigrippal, n'apparaît pas si éloigné de l'huile de foie de morue et autres « fortifiants » donnés par les mères à leurs enfants...

On peut donc postuler qu'une des clés du succès de l'homéopathie et des autres thérapies alternatives se trouve dans leur articulation assez aisée, pour les utilisateurs, et les utilisatrices, avec des savoirs populaires, des traditions familiales, des représentations plus ou moins conscientisées de la maladie, de ses causes et des traitements, tout en offrant un niveau apparent de modernité et de sécurité (absence perçue d'effets secondaires, fabrication en laboratoire, vente en pharmacie, prescription médicale possible et remboursée...), là où le médicament moderne, bien qu'efficace, peut être jugé agressif voire dangereux (effets secondaires, scandales sanitaires...).

3.5 L'alimentation : des conduites influencées par le genre

3.5.1 Le lien alimentation et santé : une préoccupation plutôt féminine

Le recours aux régimes amaigrissants, cité par des hommes et par des femmes dans notre recherche, est une pratique majoritairement féminine selon des enquêtes quantitatives (24.2% des hommes et 39.5% des femmes avec un IMC compris entre 25 et 30 ont effectué un régime dans l'année selon l'enquête INCA 2006-2007) et les expose à des risques au niveau de leur santé (carences, troubles alimentaires...) (92).

Dans notre échantillon, si la pratique de régimes amaigrissants est citée par des hommes et des femmes, la différence qui se montre plus nette est une attention à l'alimentation principalement féminine.

Les femmes semblent de fait particulièrement sensibles aux différents messages de santé au sujet d'une alimentation équilibrée – voire d'une injonction à la « bonne alimentation » :

« Oui, il y a quand même un côté santé parce que je sais que pour être en forme, comme ils disent si bien à la télé, il faut manger varié »

E11 femme (45-60 ans, assistante de vie, en invalidité)

Les femmes de notre échantillon s'expriment assez largement sur leur alimentation (voir point 2.1.5 des résultats) : préoccupation pour une alimentation saine, aliments santé ou au contraire nocifs... Leur alimentation est ainsi clairement reliée à la santé, alors que ce thème est finalement assez peu abordé par les hommes.

L'attention à l'équilibre alimentaire, avec la balance entre aliments sains ou au contraire dangereux, fait écho à la balance équilibre / déséquilibre de la santé et de la maladie chez les femmes.

3.5.2 Des normes et conduites alimentaires genrées

Solène Carof, anthropologue, a interrogé des personnes faisant ou ayant fait des régimes (93).

A travers son travail, S Carof constate que les normes alimentaires répondent elles-aussi à des représentations genrées, avec des aliments dits « féminins » tels la viande blanche, les produits allégés, les laitages et le sucré ; en opposition aux les aliments « masculins » que sont la viande rouge, les féculents et l'alcool. Les femmes affirment préférer des nourritures légères alors que les hommes valorisent les aliments riches, carnés.

Les méthodes de régimes sont en conséquence différentes entre hommes et femmes.

Les femmes ont tendance à supprimer certains aliments, suivre des régimes assez techniques, ont des connaissances spécifiques et utilisent des termes nutritionnels et s'appuient sur des chiffres (compter les calories, peser les aliments, suivi de l'IMC...).

On retrouve cette idée de comptage strict chez E21, femme de notre échantillon :

« Parce qu'après l'opération, je surveillais tous mes kilos ! Et j'étais rendue à un point où tout ce que je mangeais, je regardais le derrière en fait, les calories, et je les notais, pour faire mon addition du jour, combien j'avais mangé de trucs de calories quoi ! C'était devenu vraiment une obsession ! »

E21 femme (18-30 ans, employée intérimaire)

Les hommes, toujours d'après S. Carof, ont moins de connaissances nutritionnelles et doivent négocier leur régime avec leur conjointe pour ceux qui sont en couple. Ils emploient plutôt des solutions dites « masculines » comme l'augmentation de l'activité physique, ou la suppression des aliments « féminins » tel le sucré, rejettent les régimes nécessitant un comptage strict des aliments, et souhaitent au maximum préserver les aliments masculins (la viande, les fromages...).

A poids équivalent, les hommes se voient moins en surpoids et ont donc des objectifs de perte de poids moins importants que les femmes.

Chez les jeunes femmes à l'adolescence, le discours sur le poids tient une place importante, la norme de la minceur de nos sociétés occidentales s'impose et le régime peut faire partie des rites de différenciation et de passage à l'âge adulte.

Chez les hommes, le surpoids est moins stigmatisé et la corpulence peut même être un signe de force physique, notamment chez les sportifs.

3.5.3 Un « autocontrôle féminin » à travers les conduites alimentaires

S. Carof note que les femmes en particulier parlent plutôt de « faire attention » ou d'« hygiène de vie », de « rééquilibrage » et refusent d'appeler leurs conduites restrictives des régimes.

Le régime se montre en adéquation avec la conception d'un individu responsable et autonome, qui doit savoir maîtriser son corps.

E36, dans notre recherche, réfute cette idée de régimes mais est toutefois dans une attention permanente à son alimentation :

« Pas un régime, faut pas exagérer, je le considère pas comme un régime, mais considérer ça comme le sport quoi ! [...] d'avoir un corps un peu plus tonique, un peu plus dynamique tout ça, et les légumes pour moi en font partie aussi. Manger sain, ça en fait partie quoi. Ce qui me gêne, c'est de manger un énorme repas tout pas bien quoi. Voilà, il faut que j'essaie de me dire dans ma tête, je vais compenser là... »

E36 femme (30-45 ans, professeur de mathématiques)

La thématique du contrôle de soi apparaît centrale dans la question des régimes et de l'alimentation.

Solène Carof parle d'un « autocontrôle féminin permanent » : certaines femmes incorporent des dispositions de rationalisation, de restriction, de planification et de calcul et transforment leurs goûts et préférences alimentaires pour acquérir ceux qui correspondent à leur genre et milieu social. Les femmes sont ainsi nombreuses à mentionner cet autocontrôle constant, alors que les hommes ne disent y penser qu'en période de régime.

Au-delà d'un hypothétique intérêt « féminin » pour la nutrition, on peut surtout évoquer la piste d'une injonction sociale faite, principalement aux femmes, à la minceur, à l'alimentation saine, et au-delà, à une norme sociétale de la maîtrise de soi et de la responsabilité, les personnes en surpoids ayant échoué à se prendre en charge.

3.6 L'influence du genre dans le choix d'un soignant et dans la relation médecin patient

3.6.1 Le choix d'un médecin influencé par le genre ?

Certains participants de notre enquête montrent une préoccupation à choisir un médecin du même sexe qu'eux (notons que c'est une préoccupation assez peu exprimée ; la démographie médicale en baisse ne laissant parfois pas le « luxe » de cette considération...).

Citons E15, femme, qui expliquait se sentir plus à l'aise avec une femme médecin :

« Ben avec mon ancien médecin généraliste, en plus c'était une femme donc le dialogue est quand même plus facile avec une femme.. »

E15 femme (30-45 ans, fonctionnaire)

Emmanuelle Faure, docteure en géographie de la santé, a étudié en 2016 les trajectoires de recours au dépistage du cancer colorectal d'une centaine d'hommes et de femmes dans 2 villes d'Ile de France, s'intéressant plus largement au rôle du sexe du médecin et des normes et rapports de genre dans les choix des individus (94).

Dans le choix du médecin, si la majorité des personnes interrogées (89%) n'accordent pas d'importance au sexe de leur médecin, seules des femmes déclarent prendre en compte ce critère, ayant le sentiment d'être mieux comprises par des femmes, citant des qualités vues comme féminines (l'écoute, la sollicitude...).

Dans une revue de la littérature réalisée en 2010 pour la Revue Médicale Suisse (95), les auteurs ont interrogé cette question du genre du professionnel de santé.

Les patients déclaraient préférer consulter un médecin du même sexe pour des examens intimes, et les étudiants en médecine disaient se sentir plus à l'aise avec une personne de même sexe pour les examens physiques, et être plus sensibles à leurs problèmes de santé.

Dans la pratique, on constate par exemple que les femmes médecins font plus de prévention pour les problèmes médicaux féminins (examens pelviens, mammographie...).

3.6.2 Genre et communication médecin – patient

Les critères relationnels apparaissent centraux dans le choix du médecin généraliste, notamment la capacité d'écoute et la confiance envers le praticien ; les critiques émises étant également d'ordre relationnel (résultats points 4.2 et 4.4).

Plusieurs travaux ayant interrogé des patients sur leurs attentes envers leur médecin confortent cette idée : les capacités relationnelles sont au moins aussi importantes que les compétences techniques perçues (96) (97).

Dans notre recherche, on peut dire que les attentes relationnelles semblent plus « fortes », ou du moins, plus explicitées, de la part des femmes, qui mettent l'accent sur la dimension psychologique apportée par le médecin dans la consultation, ou encore la qualité des informations fournies (résultats point 4.5).

La revue de la littérature de la Revue Médicale Suisse déjà citée (95) a étudié l'influence du genre du patient et du médecin dans la relation et la communication entre l'un et l'autre.

Ainsi, si les médecins hommes et femmes fournissaient la même quantité d'information, les médecins hommes discutaient moins facilement des aspects psychosociaux et émotionnels de la maladie, faisaient moins de prévention, et posaient moins de questions aux patients, aussi bien médicales (symptômes, traitements...) que psychosociales (vécu de la maladie, émotions...).

Les femmes médecins adoptaient un style communicationnel plus participatif, notamment en impliquant le patient dans la discussion, exprimaient plus d'encouragements, avec un non-verbal plus chaleureux (sourires, signes d'acquiescement...).

D'après le même article, les médecins se montraient plus empathiques avec les femmes, les questionnaient davantage sur leurs ressentis, et leur fournissaient plus d'informations, les femmes les interrogeaient d'ailleurs davantage.

Du côté des patients, toujours d'après la même revue de littérature, la communication variait selon le genre : les patients hommes communiquaient de façon moins chaleureuse, posaient moins de questions que les patientes ; c'est ce qui semble ressortir également de nos résultats.

Par rapport au genre de leur médecin, les patients parlaient davantage à une femme médecin, lui fournissaient plus d'informations psychosociales mais aussi médicales ; ceci à mettre en lien bien sûr avec le style communicationnel plus participatif des femmes médecins.

Les patients faisaient plus de remarques positives et exprimaient plus souvent leur accord aux femmes médecins. Néanmoins, ils se comportaient parfois de façon plus dominante avec elles qu'avec les hommes médecins : discours plus assertif, interruptions plus fréquentes du médecin, comportement non verbal plus dominant.

Les attentes des patients étaient différentes envers les médecins hommes et femmes et répondaient à certains stéréotypes : des mêmes styles de communication étaient jugés dominants de la part d'une femme médecin mais pas d'un homme médecin ; les femmes médecins ayant un style plus distant et autoritaire (ou perçu comme tel) avaient une image plus négative, car en contradiction avec le stéréotype de genre attendu d'une femme plus chaleureuse, plus empathique...

3.6.3 La question du pouvoir des médecins

Au-delà des attentes en matière de communication, ce sont des femmes qui, dans notre recherche, en arrivent à des positions plus « radicales » de rejet des médecins (résultats point 4.3), accusés de détenir un pouvoir excessif :

« Est ce que les médecins sont prêts à lâcher ce pouvoir qu'ils ont sur les patients... Parce que le patient qui se remet complètement à son médecin, il est vraiment dans la relation de soumission. Le médecin est tout puissant. »

E42 femme (60-75 ans, professeur retraitée)

Ceci soulève la question des rapports de domination et des différents modèles de relation entre médecin et patient (modèles théorisés par différents auteurs et repris dans l'ouvrage « Manuel théorique de médecine générale » (98)).

La relation médicale, du moins dans un modèle paternaliste, se montre asymétrique entre le médecin qui « sait », qui détient les connaissances, et le patient « passif » qui applique les directives du médecin.

Par leurs connaissances profanes et leur rôle de gestion du soin familial, les femmes se montrent sans doute encore moins prêtes que les hommes à « accepter » ce type de relation inégalitaire.

On observe ainsi deux « solutions » possibles dans notre recherche, qui répondent à deux autres modèles théoriques de relation médecin - patient :

- un modèle de relation qualifié de « conflictuel » avec une lutte de pouvoir entre culture professionnelle et culture profane, sans consensus possible (c'est le cas des femmes qui, dans notre recherche, décrivent un fort nomadisme médical du fait de ces impasses relationnelles) ;

- un modèle dit de « partenariat » médecin - patient, qui suppose que le médecin adapte ses propositions thérapeutiques aux souhaits du patient, dans une négociation partagée (les femmes de notre recherche qui expriment leurs attentes d'explications et de discussion avec leur médecin).

Au vu des attentes des patients évoquées dans notre recherche, et avec ces différents apports théoriques, la féminisation de la profession médicale pourrait permettre d'augmenter la satisfaction des patients, et en particulier des patientes, sur ces attentes relationnelles, puisque les femmes médecins semblent avoir ce style relationnel plus « participatif ».

Toutefois, les stéréotypes du « médecin – homme » et de l'« infirmière-femme » sont encore légion parmi les patients. Une enquête réalisée par un syndicat d'internes de médecine (99) a constaté qu'après s'être présenté, avoir expliqué au patient sa pathologie et l'avoir examiné, le patient va demander de voir le médecin dans seulement 7,1% des cas s'il s'agissait d'un interne homme, et 60,60% des cas pour une interne femme ; un interne homme est pris pour l'infirmier dans 1.5% des cas contre 71,50% des cas pour une femme interne.

3.7 Contrôle des corps, stéréotypes et injonctions normatives véhiculés dans le soin et les politiques de soins

3.7.1 Des progrès scientifiques pour ou contre les femmes ?

Christiane Sinding, médecin et historienne, dans son article sur l'histoire de la recherche sur les hormones sexuelles (79), note que les hormones, au-delà de « prouver » la différence biologique entre les hommes et les femmes, ouvre un champ d'applications médicales nouveau : au-delà de soigner les malades, la médecine s'ouvre à la transformation des sujets sains.

La pilule contraceptive, bien que présentée comme un outil de libération, est aussi un moyen de normalisation et de contrôle sur les femmes, voire un outil de régulation des naissances.

Dans l'ouvrage « Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques » coordonné par Pierre Aiach (27), la sociologue Anne-Marie Devreux appuie cette idée que les progrès de la médecine peuvent être un moyen de contrôle du corps des femmes. Outre l'exemple de la pilule, elle évoque, face aux progrès de l'imagerie anténatale, le risque de sélection eugénique et l'élimination des fœtus féminins dans certains pays.

3.7.2 La médecine se fait relais de certains stéréotypes de genre

Plusieurs auteurs, dont G Cresson (100), soulignent que la médecine contribue à véhiculer des normes et stéréotypes liés au genre, jouant notamment un rôle dans la production des normes. Ainsi, les pratiques populaires de prévention se sont vues progressivement dévalorisées par la médicalisation et l'hygiénisme croissants, instaurant des règles, des normes, souvent orientées vers les femmes « ignorantes » (ce que les mères « doivent ou ne doivent pas faire »...) (101), instaurant un certain « contrôle » au sein même de l'espace domestique féminin.

La consultation gynécologique semble être un fort lieu de relais des normes corporelles féminines, citons les injonctions sur le poids, telle que l'a observé la sociologue Laurence Guyard (81).

Le diagnostic posé par le médecin est également influencé par le genre : on attribue plus de causes psychologiques aux femmes, plus de causes organiques aux hommes. Les femmes ont parfois des examens moins poussés que les hommes, comme dans le cas des pathologies cardiovasculaires (l'infarctus du myocarde étant moins bien pris en charge chez les femmes) (102).

Un rapport de l'INSERM (103) cite l'exemple de la dépression, plus fréquente chez les femmes... dont les critères diagnostiques ont justement été construits dans une population de femmes (dont on présumait qu'elles en souffraient plus) et ne sont pas forcément adaptés aux problématiques mentales des hommes – les femmes sont donc plus diagnostiquées dépressives... alors que la prise en compte de symptômes supplémentaires plus « masculins » en égaliserait la prévalence.

Les médecins prescrivent du fait de ces a priori plus d'anxiolytiques aux femmes et plus d'antalgiques aux hommes (bien que, contrairement à une croyance répandue, le seuil et la tolérance à la douleur soient plus bas chez les femmes) (104).

Monique Membrado, sociologue, parle d'une « particularisation » des problèmes de santé des femmes (105), construits en tant que problèmes de santé à part, spécifiques, tout en soulignant que les femmes sont exclues d'autres champs, au détriment de leur santé (pathologies cardiovasculaires...).

Les femmes sont en effet renvoyées principalement à leur fonction maternelle et reproductive (contraception, avortement...), notamment via les campagnes de prévention, appuyant l'idée que la reproduction et la production de la santé familiale leur incombent.

Nos résultats confirment que ce rôle féminin de gestion du soin familial est toujours le modèle dominant.

Mme Membrado note aussi que les femmes âgées, célibataires ou ayant subi une hystérectomie se font moins suivre au niveau gynécologique, comme si leur absence de capacité reproductrice justifiait la baisse des consultations face au modèle maternel mis en avant.

Marie Mesnil, maîtresse de conférences en droit et travaillant en droit de la santé, souligne dans un article (106) que les femmes sont explicitement désignées en droit de la santé uniquement pour évoquer leur capacité reproductive, véhiculant là encore des stéréotypes de genre.

Les politiques de santé tendent par certains aspects à « surprotéger » les femmes en particulier enceintes : campagnes de prévention contre la consommation d'alcool chez les femmes enceintes, promotion de la santé maternelle et infantile via les services de PMI (dont le nom

même cite explicitement les mères), limitation des recherches cliniques sur les femmes enceintes ou allaitantes (ayant pour effet pervers de limiter d'une façon générale le nombre de femmes dans les essais cliniques donc les connaissances à leur sujet).

D'autres textes de lois particularisent clairement les femmes à leur désavantage.

L'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) exclut de la définition des accidents médicaux, donc de toute indemnisation, les complications liées à l'accouchement, jugeant qu'il s'agit d'un acte naturel et non médical.

Les textes de lois contribuent par conséquent à véhiculer, selon Mme Mesnil, le stéréotype de « l'essence féminine de la maternité et de la vulnérabilité des femmes ».

Les politiques de soins et de protection sociale, ayant pour but de protéger et de reconnaître le statut d'aidant, ont aussi pour effet d'enfermer les femmes dans ce rôle.

Par exemple, différents dispositifs tel le congé parental d'éducation (pour les parents d'enfants de moins de 3 ans), ou l'indemnisation des aidants de personne handicapées ou âgées dépendantes, bénéficient en majorité à des femmes qui s'éloignent toujours plus du marché du travail (75) (107).

CONCLUSION

Les conceptions de la santé apparaissent différentes entre les hommes et les femmes.

La vision de la santé telle que décrite par les femmes se montre plus riche que celle des hommes, influencée par de nombreux facteurs.

L'alimentation, le bien-être psychologique sont autant de facteurs qu'elles relient à la santé, et la prévention tient une place importante.

L'écoute du corps, la volonté de comprendre les symptômes notamment via des explications d'ordre psychologique, semblent être des préoccupations féminines.

La maladie paraît, pour les femmes, moins comme une rupture (vision plutôt masculine) que comme un continuum, une balance équilibre / déséquilibre.

Les femmes montrent ainsi une attention à leur santé plus importante que les hommes.

Cette vision de la santé et de la maladie, couplées à des stéréotypes de genre « autorisant » plus les femmes à exprimer leurs symptômes dans la société, explique sans doute que les femmes se perçoivent plus souvent en moins bonne santé – et par conséquent leur recours plus fréquent au système de soins et aux thérapies, que ce soit le médicament allopathique ou les thérapies alternatives.

Au sein de l'organisation familiale, il existe bien une distribution genrée des rôles.

Dans le couple, et pour les mères, cette attention à la santé se porte également vers les conjoints et les enfants.

Les femmes tiennent en effet en général le rôle de gestion du médicament, mais plus largement sont les décisionnaires dans le recours aux soins.

Ce rôle fait partie d'une « fonction historique » féminine véhiculée dans la société.

Les femmes acquièrent de ce fait de véritables connaissances profanes, transmises entre femmes (cercle familial, amical, transmission entre générations) à partir de pratiques populaires enrichies des connaissances en santé « modernes ».

La possession de ces savoirs maintient les femmes dans une position « naturelle » de gestionnaire de la santé.

Le travail de production de la santé, et plus largement le travail domestique gratuit imposé aux femmes, participe à leur pénalisation socio-économique, en particulier vis-à-vis du monde du travail professionnel.

Ces savoirs profanes féminins peuvent en outre se heurter à ceux des professionnels de santé et aboutir à des incompréhensions, voire des conflits ou un éloignement du système de soins.

L'ensemble de ce travail constate que les inégalités liées au genre présentes dans notre société se retrouvent dans le domaine de la santé.

Cette question du « biais de genre » est abordée dans un article (102) par le Pr Hamberg (médecin et chercheuse travaillant sur les questions de genre dans le soin); l'INSERM, de son côté, a rédigé un rapport « genre et recherche en santé » en 2014 sur cette thématique (103).

Ce biais de genre se retrouve à tous les niveaux du soin :

- parmi les soignants, qui véhiculent à la fois les stéréotypes et préjugés sexistes liés à la société dans laquelle ils évoluent ; et ceux présents dans leur formation et leurs connaissances médicales.

Les études médicales sont, malgré la féminisation grandissante parmi les étudiants, encore très sexistes. L'ISNI (Intersyndicale nationale des internes en médecine) a conduit une enquête nationale en 2017 (99), dont les résultats sont sans appel : 61 % des internes femmes se déclaraient victime de sexisme durant leurs études contre 7 % des hommes.

Dans les services hospitaliers, 76 % des chefs de service étaient des hommes mais seulement 24 % des femmes, mettant en exergue l'existence d'un « plafond de verre » à l'accès aux postes à responsabilités. Certaines spécialités restent toujours majoritairement masculines (la chirurgie entre autres).

Dans la profession médicale, il existe donc également une division genrée des fonctions, les femmes se retrouvant souvent dans des positions moins « prestigieuses ».

(Cette différence étant plus frappante dans les professions paramédicales et d'aide à la personne, où les tâches peu valorisées comme les soins d'hygiène sont presque exclusivement réalisées par des femmes).

Dans l'exercice professionnel, de la part des médecins, le biais de genre peut revêtir différentes formes : interprétation différente des mêmes plaintes d'un patient selon qu'elles viennent d'un homme ou d'une femme, sous-diagnostic des patients appartenant au sexe pour lequel la maladie est connue pour être moins fréquente ou moins grave, non prise en compte ou au contraire exagération excessive des différences hommes – femmes...

- dans les données scientifiques, l'organisation du système de soins et les politiques de santé :

Les données scientifiques peuvent porter en elles-mêmes des biais de genre, en partie liés à des présupposés genrés (la dépression des femmes, l'infarctus des hommes...) – et construire ainsi des différences entre les sexes (80).

Dans la recherche scientifique, les femmes sont souvent minoritaires dans les essais, posant le problème de l'extrapolation de ces résultats aux femmes.

Les politiques de santé elles aussi sont parfois orientées vers des rôles stéréotypés.

- chez les usagers qui, ayant intégré les stéréotypes propres à leur sexe, communiquent de façon différente, exprimant leurs problèmes de santé et sollicitant le système de soins de façon « acceptable » pour leur genre.

La déconstruction des présupposés liés au genre apparait essentielle afin d'éviter de pénaliser les femmes, en particulier dans le soin.

Les points d'action se placent à ces différents niveaux :

- sur le plan des usagers et de la société : la sensibilisation à l'existence des stéréotypes de sexe dès le plus jeune âge, via le système scolaire ; l'éducation et la promotion de la santé pour les deux sexes ; plus largement, le renforcement des politiques d'égalité des sexes, notamment dans l'emploi (égalité salariale, représentation des femmes dans toute la hiérarchie...), paraît primordial, à l'instar de la lutte contre les violences sexistes.

- sur le plan de la recherche scientifique et des politiques de santé : l'inclusion des femmes en nombre suffisant dans les essais thérapeutiques, la prise en compte de la question du genre dans les études scientifiques et les politiques de santé.

Plusieurs avancées ont eu lieu dans ce sens dans les dernières décennies. Aux Etats-Unis, il est obligatoire depuis 1993 d'inclure des femmes, et la question du sexe et du genre, dans les recherches publiques.

En France, le CNRS a mis en place depuis 2011 une « mission pour la place des femmes » chargée de recenser et de promouvoir les recherches ayant trait au genre ; l'INSERM cherche également à développer la question du genre en recherche.

- sur le plan de la formation des médecins : la sensibilisation à la question du genre et des préjugés sexistes dans la formation se montre essentielle, tout comme la lutte contre le sexisme et pour l'égalité dans le milieu professionnel.

La réponse des professionnels aux demandes de santé des usagers doit prendre en considération l'existence de ce biais lié au genre : côté patient, mais aussi côté science et soignants, que ce soit donc dans les représentations, dans la relation ou dans les données biomédicales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jacques B. Le soin est-il féminin ? In: Médecine, santé et sciences humaines : manuel Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé. Paris: les Belles Lettres; 2011. p. 106-12.
2. Ehrenreich B, Deirdre E. Sorcières, sages-femmes et infirmières Une histoire des femmes et de la médecine. Nouv. éd. Montréal: Remue-ménage; 1983. 99 p.
3. ORS (Observatoire régional de la santé) Pays de la Loire. Santé des hommes et des femmes en Pays de la Loire. Quelles différences ? [Internet]. Nantes: Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire; 2017. Disponible sur:
http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/SantePop/2017_17octobre_noteors_sante_hommesfemmes.pdf
4. Montaut A, DREES. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes [Internet]. 2010 févr [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>
5. Hamel C, Rault W. Les inégalités de genre sous l'oeil des démographes. Popul Sociétés. déc 2014;(n° 517):4 p.
6. DREES. La santé des femmes en France [Internet]. Paris: La Documentation Française; 2013 mars [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er834.pdf>
7. DREES. La santé des femmes en France [Internet]. Paris: La Documentation Française; 2009 avr [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_femmes_2009.pdf
8. Coulomb A, Baumelou A, Ministère de la Santé et des Solidarités. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs. Paris: La Documentation française; 2007 p. 32p.
9. Pouillard J, Conseil national de l'Ordre des médecins. l'automédication [Internet]. 2001 [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>
10. Fainzang S. L'automédication : Une pratique qui peut en cacher une autre. Anthropol Sociétés. 2010;34(1):115-33.
11. AFIPA. baromètre AFIPA 2016 [Internet]. 2017 [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/afipa-documents/afipa/KZ3WXcBkkFpY4rtc.pdf>
12. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Presses universitaires de France. 2012.
13. IPSOS, AFIPA. Quelles sont les pratiques des Français en terme d'automédication ? [Internet]. 2015 [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/quelles-sont-les-pratiques-des-francais-en-terme-dautomedication>
14. HAS. Éducation thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ? [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
15. Mailhot T, Cossette S, Alderson M. Une analyse évolutionniste du concept d'autosoins, An evolutionary analysis of the concept of self-care. Rech Soins Infirm. 2013;(112):94-106.
16. Saillant F, Gagnon E. Le self-care : de l'autonomie-libération à la gestion du soi. Sci Soc Santé. 1 janv 1996;14:17-46.
17. Pélicand J, Fournier C. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. Actual Doss En Santé Publique. 2009;(66):21-3.
18. Saillant F. Le mouvement pour la santé des femmes. In: Traité d'anthropologie médicale L'Institution de la santé et de la maladie [Internet]. Les Presses de l'Université du Québec. 1985 [cité 18 mars 2018]. p. 743-62. Disponible sur: <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.saf.mou>
19. Fussinger C, Rey S, Vuille M. S'appropriier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim. Nouv Quest Féministes. 2006;25(2):98-116.
20. Saillant F. Femmes et soins dans la société post-moderne. Philosophiques. 1994;21(2):381-92.

21. Robert Muchembled. La sorcière au village XVe-XVIIIe siècle. Collection Folio. [Paris]: Gallimard; 1991. 310 p.
22. Loux F. La médecine familiale dans la France rurale (note de recherche). *Anthropol Sociétés*. 1990;14(1):83-92.
23. Saillant F. La part des femmes dans les soins de santé. *Int Rev Community Dev Rev Int D'action Communaut*. 1992;(28):95-106.
24. Cresson G. La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Rech Fam*. 2006;(3):6-15.
25. Croquet MD et P. La PMA en 8 questions. *Le Monde* [Internet]. 14 sept 2017 [cité 2 mars 2018]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/09/14/la-pma-en-8-questions_5185567_4355770.html
26. Mallaval C, Moran A. Contre les violences gynécologiques, la lutte prend corps. *Libération* [Internet]. 15 août 2017 [cité 2 mars 2018]; Disponible sur: http://www.liberation.fr/france/2017/08/15/contre-les-violences-gynecologiques-la-lutte-prend-corps_1590109
27. Femmes et hommes dans le champ de la santé approches sociologiques. Recherche, santé, social. Rennes: Éd. de l'Ecole Nationale de la Santé Publique; 2001. 330 p.
28. OMS. Qu'entendons-nous par « sexe » et par « genre » ? [Internet]. WHO. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>
29. Mission pour la place des femmes au CNRS. Genre en recherche : de quoi parle-t-on ? [Internet]. [cité 13 août 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrs.fr/mpdf/spip.php?article140>
30. Université Paris Descartes. Le Médecin et le chirurgien [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.parisdescartes.fr/CULTURE/Musee-d-Histoire-de-la-Medecine/L-enseignement-de-la-medecine-et-de-la-chirurgie-a-Paris/Le-Medecin-et-le-chirurgien>
31. Pigeard-Micault N. Histoire de l'entrée des femmes en médecine - Bibliothèque numérique Medic@ - BIU Santé, Paris [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/entree-femmes-en-medecine.php>
32. Richelot G-A. La Femme-médecin. E. Dentu; 1875.
33. Kahn-Bensaude I, Conseil national de l'Ordre des médecins. La féminisation : une chance à saisir. Rapport du CDOM. [Internet]. 2005 [cité 2 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-729>
34. Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2017 [Internet]. 2017 [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
35. DREES. Statistiques effectifs des médecins [Internet]. 2017 [cité 2 mars 2018]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514
36. DREES. Les emplois du temps des médecins généralistes - Études et résultats [Internet]. 2012 [cité 2 mars 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-emplois-du-temps-des-medecins-generalistes>
37. Hardy-Dubernet A-C. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ?, Abstract. *Rev Fr Aff Soc*. 2005;(1):35-58.
38. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé, Abstract. *Rev Fr Aff Soc*. 2005;(1):59-81.
39. Cresson G, Gadrey N. Entre famille et métier : le travail du care. *Nouv Quest Féministes*. 2004;23(3):26-41.
40. ANR - Agence Nationale de la Recherche. Projet AUTOMED (Automédication choisie ou subie) [Internet]. ANR. [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.agence-nationale-recherche.fr/projet-anr/?tx_lwmsuivibilan_pi2\[CODE\]=ANR-12-DSSA-0003](http://www.agence-nationale-recherche.fr/projet-anr/?tx_lwmsuivibilan_pi2[CODE]=ANR-12-DSSA-0003)
41. Thay S. Parle-t-on d'automédication lors des consultations de médecine générale ? enquête par observation directe auprès de 126 médecins de Loire-Atlantique et Vendée en 2012 [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2013.

42. Guerrero A. Les échanges médecin-patient autour de l'automédication enquête par observations directes de consultations pour affection aiguë en Loire-Atlantique et en Vendée [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2015.
43. Haas C. L'automédication et la médication officinale étude quantitative des déterminants du choix des médicaments d'automédication enquête par questionnaires au sein des officines des départements de Loire-Atlantique et de Vendée en 2013 [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2014.
44. Bacconnais C. Automédication et médication officinale : quel rôle pour le pharmacien ? Observations directes de ces deux pratiques au comptoir des officines de Loire-Atlantique et de Vendée [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques; 2017.
45. Desbarbieux C. Les patients se conforment-ils aux recommandations officielles en matière d'automédication ? enquête auprès de patientèles de médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2015.
46. Ghoorah H, Desplans S. Étude des pratiques d'automédication de patientèles de médecins généralistes en Loire-Atlantique et en Vendée [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2016.
47. Samson H. Les déterminants de l'automédication chez les étudiants de l'université de Loire Atlantique-Vendée face à une infection respiratoire hivernale [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2015.
48. Huchet C. Les demandes de prescriptions supplémentaires au cours des consultations de renouvellement enquête par observation directe auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2015.
49. Bottard E. Quel langage utilisent les patients pour décrire leurs pratiques d'automédication ? enquête quantitative de questionnaires déposés en salle d'attente de médecine générale de Loire-Atlantique et de Vendée [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2016.
50. Jouan de Kervenoaël M. Les déterminants de l'automédication enquête par entretiens de patients en Loire Atlantique et en Vendée en 2012 [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2013.
51. Interligator J. Conceptions et pratiques profanes autour des médicaments antalgiques, anti-inflammatoires et antipyrétiques une approche qualitative [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2017.
52. Clément F-X. Comment et à partir de quelles sources se construit le savoir profane des jeunes parents citadins en matière d'automédication de leurs enfants ? étude qualitative sur des parents d'enfants de moins de 6 ans de l'agglomération nantaise [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2013.
53. Vitetta G. Identification des pratiques d'auto-soin à partir de la pharmacie familiale étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 individus [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2016.
54. Aubin-Auger I, Mercier A. Introduction à la recherche qualitative. *exercer*. 2008;19(84):142-5.
55. Lucas A-S. L'utilisation des journaux personnels pour établir un état des lieux de l'automédication auprès d'habitants de Loire-Atlantique et de Vendée: analyse de l'outil méthodologique et étude pilote [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux II; 2013.
56. Villegoureux J. Maux quotidiens, auto soins et automédication analyse des pratiques et des comportements à partir de journaux personnels de santé dans une population de Loire-Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2016.
57. Duchesne S. De l'analyse secondaire à la réanalyse. Une innovation méthodologique en débats. *Rech Qual*. juin 2017;Hors-série(21):7-28.
58. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. [Louvain-la-Neuve]: De Boeck Supérieur; 2014. 1 vol. (149 p.). (Méthodes en sciences humaines).
59. Léonard E. Évolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : un nouvel équilibre à trouver ? 4 juin 2015;62.
60. Saillant F. Les recettes de médecine populaire. Pertinence anthropologique et clinique. *Anthropol Sociétés*. 1990;14(1):93-114.
61. Faure E. Entre effets de genre et effets de lieux: géographies du dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers (92) [Thèse de doctorat]. [France]: Université Paris Nanterre; 2016.

62. Fainzang S. Les médicaments dans l'espace privé : Gestion individuelle ou collective. *Anthropol Sociétés*. 2003;27(2):139-54.
63. Ladwein R, Carton A, Sevin É. Le capital transgénérationnel: la transmission des pratiques de consommation de la mère vers sa fille. *Rech Appl En Mark Fr Ed*. 1 juin 2009;24(2):1-27.
64. Couvreur A, CREDOC. De la transmission à l'apprentissage des savoir-faire culinaires : Regards croisés de filles et de mères [Internet]. 2004 [cité 3 août 2018]. Disponible sur: <http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=C198>
65. Aliaga C, Institut National de la Statistique et des Études Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. *INSEE PREMIERE*. oct 2002;(869):4p.
66. Richard J-B, Bluzat L, Nguyen-Thanh V. Deux tiers des Français consultent Internet à des fins de santé. *Santé En Action*. juin 2016;(436):48-9.
67. INSEE. Les personnes en couple vivent plus longtemps [Internet]. 2007 [cité 3 août 2018]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/statistiques/1281241>
68. Cousteaux A-S. Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales [Thèse de doctorat]. [Paris, France]: Institut d'études politiques; 2011.
69. Maisonnasse F. Égalité entre les femmes et les hommes : le cas des aidants familiaux. *Regards*. 2016;(50):99-107.
70. De mère en fille : Les valeurs que se transmettent les femmes [Internet]. Ipsos. 2005 [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/de-mere-en-fille-les-valeurs-que-se-transmettent-les-femmes>
71. INSEE, DREES. Quels stéréotypes sur le rôle des femmes et des hommes en 2014 ? [Internet]. 2015 [cité 3 août 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/quels-stereotypes-sur-le-role-des-femmes-et-des-hommes-en-2014>
72. Saillant F. Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique. *Anthropol Sociétés*. 1999;23(2):15-39.
73. Cresson G. La santé, production invisible des femmes. *Rech Féministes*. 1991;4(1):31-44.
74. Octobre S. Loisirs culturels et construction du genre au sein de la famille, Cultural leisure and gender construction within the family, Kulturelle Freizeitbeschäftigungen und Aufbau des Geschlechts innerhalb der Familie, Ocios culturales y construcción del género en el seno de la familia. *Agora Débatsjeunesses*. 2008;(47):98-110.
75. Roman D. Care et protection sociale. *Regards*. 2016;(50):23-34.
76. Bonnard J-B. Corps masculin et corps féminin chez les médecins grecs. *Clio Femmes Genre Hist*. 1 juill 2013;(37):21-39.
77. Steinbrügge L. «Qui peut définir les femmes ?». L'idée de la «nature féminine» au siècle des Lumières. *Dix-Huit Siècle*. 1994;26(1):333-48.
78. Fayolle C. Le sens de l'aiguille. Travaux domestiques, genre et citoyenneté (1789-1799). *Cah Genre*. 2012;(53):165-87.
79. Sinding C. Le sexe des hormones : l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles. *Cah Genre*. 2003;(34):39-56.
80. Gardey D, Löwy I. L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin. *Archives contemporaines*; 2000. 236 p.
81. Guyard L, Mardon A, éditeurs. *Le corps à l'épreuve du genre: entre normes et pratiques*. Nancy, France: Presses universitaires de Nancy, DL 2010; 2010. 191 p.
82. Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosom Med*. juin 2000;62(3):354-64.
83. Laplantine F. *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Payot; 1992. 411 p.
84. Laplantine F. La Maladie, la guérison et le sacré. *Arch Sci Soc Relig*. 1982;54(1):63-76.

85. Conseil national de l'Ordre des médecins. Quelle place pour les médecines complémentaires ? - Webzine n°3 [Internet]. 2015 [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/page-2
86. IFOP. Les Français et les médecines naturelles [Internet]. 2007 nov [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/medecinesnaturelles.pdf>
87. Comité International de Bioéthique de l'UNESCO. Avant-projet de rapport sur la médecine traditionnelle et ses implications éthiques [Internet]. 2010 sept [cité 24 juin 2018]. Disponible sur: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001895/189592f.pdf>
88. Allen DJ, Heyrman PJ, WONCA Europe. la définition Européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002 p. 52.
89. Quéniart A, Chabot P, Walsh S, Jobin P. Parcours thérapeutiques en médecines alternatives. *Int Rev Community Dev Rev Int D'action Communaut.* 1990;(24):43-50.
90. Sévigny O. L'efficacité technique et l'efficacité symbolique : La perspective des homéopathes. *Anthropol Sociétés.* 1999;23(2):41-60.
91. MIVILUDES. dérives sectaires en santé [Internet]. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <http://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-qu'une-d%C3%A9rive-sectaire/o%C3%B9-la-d%C3%A9celer/sant%C3%A9>
92. ANSES. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement [Internet]. 2010 nov [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf>
93. Carof S. Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ? *J Anthropol Assoc Fr Anthropol.* 15 juin 2015;(140-141):213-33.
94. Faure E, Rican S. Les déterminants du recours aux médecins généralistes des hommes et des femmes : constructions sociales de la distance et inscriptions territoriales. *Géocarrefour* [Internet]. 15 févr 2017 [cité 14 juin 2018];91(91/1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/geocarrefour/10050>
95. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Rev Médicale Suisse.* 28 juill 2010;6:1444-7.
96. Merit B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014: une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014.
97. Ozler Y. Les critères de choix du médecin traitant: étude au niveau de la population [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2012.
98. Kandel O, Bousquet MA. Manuel théorique de médecine générale 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Le plaisir de comprendre. Saint-Cloud [Issy-les-Moulineaux]: Global Média Santé; 2015. 1 vol. (207 p.).
99. ISNI. Enquête sexisme dans les études médicales [Internet]. 2017 [cité 25 août 2018]. Disponible sur: <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/11/Etude-sexisme-ISNI.pdf>
100. Cresson G. La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? *Sociétés Contemp.* 1997;(25):45-65.
101. Saillant F. Prévention: entre traditions et modernité [Internet]. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2005 [cité 18 août 2018]. (Classiques des sciences sociales.). Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/contemporains/saillant_francine/prevention_tradition_modernite/prevention.html
102. Hamberg K. Gender Bias in Medicine. *Womens Health.* 1 mai 2008;4(3):237-43.
103. Comité d'éthique de l'INSERM. Genre et recherche en santé [Internet]. 2014 juin [cité 13 août 2018]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-08/Inserm_Note_ComiteEthique_GroupeGenre_juin2014.pdf
104. Jaunin-Stalder N, Mazzocato C. Hommes et femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ? *Rev Médicale Suisse* [Internet]. juill 2012 [cité 5 juill 2018];8(1470-1473). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-348/Hommes-et-femmes-sommes-nous-tous-egaux-face-a-la-douleur>
105. Membrado M. Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation. *Nouv Quest Féministes.* 2006;25(2):16-31.

106. Mesnil M. Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé. Trib Santé. 20 oct 2014;(44):35-42.
107. Périvier H. Une lecture genrée de la Sécurité sociale, soixante-dix ans après sa fondation : quel bilan pour l'égalité des femmes et des hommes ? Inf Soc. 2 nov 2015;(189):107-14.

ANNEXES

1. tableau des caractéristiques de l'échantillon

Individu	Groupe d'âge	Pays de naissance	Profession	Sexe	activité
E1	de 45 à moins de 60 ans	France	hôtesse de caisse	femme	au chômage
E2	75 ans et plus	France	au foyer	femme	à la retraite
E3	de 60 à moins de 75 ans	France	comptable	femme	à la retraite
E4	de 30 à moins de 45 ans	Belgique	maître de conférence	femme	en exercice
E5	moins de 30 ans	France	élagueur	homme	en exercice
E6	de 30 à moins de 45 ans	France	médecin	femme	en exercice
E7	de 60 à moins de 75 ans	France	conseillère planning familial	femme	à la retraite
E8	de 30 à moins de 45 ans	Maroc	traductrice	femme	au foyer
E9	de 30 à moins de 45 ans	Maroc	employée administrative en maison de retraite	femme	en exercice
E10	de 60 à moins de 75 ans	France	secrétaire aide comptable	femme	à la retraite
E11	de 45 à moins de 60 ans	France	assistante de vie	femme	en invalidité
E12	moins de 30 ans	France	coiffeuse	femme	en exercice
E13	de 30 à moins de 45 ans	France	au foyer	femme	au foyer
E14	de 60 à moins de 75 ans	France	secrétaire chez un notaire	femme	à la retraite
E15	de 30 à moins de 45 ans	France	fonctionnaire au rectorat	femme	en exercice
E16	75 ans et plus	France	auxiliaire à la poste	femme	à la retraite
E17	de 30 à moins de 45 ans	France	assistante maternelle	femme	en exercice
E18	75 ans et plus	France	couturière	femme	à la retraite
E19	75 ans et plus	France	inspecteur commercial	homme	à la retraite
E20	de 30 à moins de 45 ans	Sénégal	chauffeur à la semitan	homme	en exercice
E21	moins de 30 ans	France	mise en rayon, interim	femme	en exercice
E22	de 45 à moins de 60 ans	France	administration	homme	en exercice
E23	de 45 à moins de 60 ans	France	commercial	homme	en arrêt maladie
E24	de 60 à moins de 75 ans	France	institutrice	femme	à la retraite
E25	de 60 à moins de 75 ans	France	animatrice centres de loisirs	femme	à la retraite
E26	de 60 à moins de 75 ans	France	femme de service en école maternelle	femme	à la retraite
E27	75 ans et plus	France	ouvrier de chantier	homme	à la retraite
E28	de 45 à moins de 60 ans	France	écrivain public	femme	actif à son compte
E29	moins de 30 ans	France	avs	femme	en exercice
E30	de 60 à moins de 75 ans	France	conducteur d'insaliation, secteur agricole	homme	à la retraite
E31	de 45 à moins de 60 ans	France	surveillante de nuit	femme	en exercice
E32	de 60 à moins de 75 ans	France	chef de groupe subdivision phares et balises	homme	à la retraite
E33	de 30 à moins de 45 ans	France	commerçant	homme	actif à son compte
E34	de 45 à moins de 60 ans	France	menuisier	homme	en arrêt maladie
E35	de 45 à moins de 60 ans	France	mécanicien auto-dieseliste	homme	en invalidité
E36	de 30 à moins de 45 ans	France	professeur de maths	femme	en exercice
E37	de 30 à moins de 45 ans	France	chaudronnier soudeur	homme	en exercice
E38	de 45 à moins de 60 ans	France	sculpteur	homme	au chômage
E39	de 45 à moins de 60 ans	France	mise en rayon	homme	en arrêt maladie
E40	de 60 à moins de 75 ans	France	audioprothésiste	femme	en exercice
E41	de 45 à moins de 60 ans	France	photographe, paludier, maraicher	homme	au chômage
E42	de 60 à moins de 75 ans	France	professeur sciences sociales	femme	à la retraite
E43	de 60 à moins de 75 ans	France	professeur de biologie	homme	à la retraite
E44	de 30 à moins de 45 ans	France	assistant qualité	homme	en exercice

Individu	antécédents de santé	composition du ménage	diplôme	discours critique sur le médicament
E1	lourds	en couple avec enfant(s)	CAP ou BEP	confiance
E2	modérés	seul(e)	certificat d'étude primaire	confiance
E3	bénins	seul(e)	BEPC ou brevet des collèges	confiance
E4	modérés	en couple avec enfant(s)	bac + 5 et plus	ambivalence
E5	bénins	en couple avec enfant(s)	CAP ou BEP	confiance
E6	bénins	seul(e)	bac + 5 et plus	confiance
E7	modérés	en couple sans enfant(s)	CAP ou BEP	confiance
E8	modérés	en couple avec enfant(s)	bac + 3-4	confiance
E9	modérés	seul(e) avec enfant	baccalauréat	confiance
E10	modérés	seul(e)	BEPC ou brevet des collèges	ambivalence
E11	lourds	seul(e) avec enfant	CAP ou BEP	confiance
E12	bénins	en couple avec enfant(s)	CAP ou BEP	confiance
E13	modérés	en couple avec enfant(s)	baccalauréat	confiance
E14	bénins	seul(e)	CAP ou BEP	confiance
E15	modérés	en couple avec enfant(s)	baccalauréat	confiance
E16	bénins	seul(e)	BEPC ou brevet des collèges	confiance
E17	bénins	en couple avec enfant(s)	bac + 2	ambivalence
E18	bénins	seul(e)	certificat d'étude primaire	confiance
E19	bénins	en couple sans enfant(s)	BEPC ou brevet des collèges	ambivalence
E20	lourds	en couple avec enfant(s)	bac + 2	confiance
E21	modérés	seul(e)	CAP ou BEP	confiance
E22	lourds	en couple avec enfant(s)	Non assigné	confiance
E23	lourds	en couple avec enfant(s)	CAP ou BEP	ambivalence
E24	bénins	en couple sans enfant(s)	BEPC ou brevet des collèges	ambivalence
E25	lourds	en couple sans enfant(s)	BEPC ou brevet des collèges	confiance
E26	modérés	en couple sans enfant(s)	certificat d'étude primaire	ambivalence
E27	modérés	en couple sans enfant(s)	certificat d'étude primaire	confiance
E28	bénins	en couple avec enfant(s)	bac + 3-4	défiance affirmée
E29	bénins	en couple avec enfant(s)	bac + 5 et plus	défiance affirmée
E30	modérés	en couple sans enfant(s)	certificat d'étude primaire	confiance
E31	bénins	en couple sans enfant(s)	BEPC ou brevet des collèges	ambivalence
E32	lourds	en couple sans enfant(s)	baccalauréat	confiance
E33	bénins	seul(e)	baccalauréat	ambivalence
E34	bénins	en couple avec enfant(s)	CAP ou BEP	ambivalence
E35	lourds	en couple sans enfant(s)	CAP ou BEP	confiance
E36	bénins	en couple avec enfant(s)	bac + 5 et plus	confiance
E37	bénins	en couple avec enfant(s)	CAP ou BEP	ambivalence
E38	bénins	en colocation	CAP ou BEP	ambivalence
E39	lourds	en couple sans enfant(s)	CAP ou BEP	confiance
E40	bénins	seul(e)	baccalauréat	confiance
E41	modérés	seul(e)	CAP ou BEP	défiance affirmée
E42	bénins	en couple sans enfant(s)	bac + 3-4	défiance affirmée
E43	bénins	en couple sans enfant(s)	bac + 3-4	défiance affirmée
E44	lourds	en couple sans enfant(s)	bac + 3-4	confiance

Individu	discours sur les médecins	dit respecter une hygiène de vie	environnement géographique	expérience négative du médicament
E1	ambivalent	oui	urbain	oui pour un médicament prescrit
E2	discours positif	oui	urbain	non
E3	discours positif	oui	urbain	oui pour un médicament prescrit
E4	discours positif	oui	urbain	non
E5	discours positif	oui	urbain	non
E6	discours positif	oui	urbain	non
E7	ambivalent	oui	urbain	non
E8	discours positif	oui	urbain	non
E9	discours positif	oui	urbain	oui pour un médicament prescrit
E10	discours positif	oui	urbain	non
E11	discours positif	oui	urbain	oui pour un médicament prescrit
E12	discours positif	oui	urbain	non
E13	discours positif	oui	urbain	non
E14	discours positif	oui	urbain	oui en automédication
E15	discours positif	oui	rural	non
E16	discours positif	oui	rural	non
E17	discours positif	oui	semi rural	non
E18	discours positif	Non assignée	semi rural	Non assignée
E19	discours positif	oui	urbain	non
E20	discours positif	oui	semi rural	non
E21	discours positif	oui	urbain	non
E22	discours positif	oui	urbain	non
E23	discours positif	oui	urbain	oui pour un médicament prescrit
E24	discours positif	oui	rural	non
E25	discours positif	oui	urbain	non
E26	discours positif	oui	semi rural	non
E27	discours positif	oui	semi rural	oui pour un médicament prescrit
E28	discours critique	oui	rural	oui pour un médicament prescrit
E29	discours critique	oui	rural	non
E30	discours positif	oui	semi rural	non
E31	discours positif	oui	semi rural	non
E32	discours positif	oui	semi rural	oui pour un médicament prescrit
E33	discours critique	oui	rural	non
E34	discours positif	oui	rural	non
E35	discours positif	oui	semi rural	oui pour un médicament prescrit
E36	discours positif	oui	semi rural	non
E37	discours positif	oui	rural	non
E38	discours critique	non	rural	non
E39	discours positif	oui	rural	non
E40	discours positif	oui	urbain	non
E41	discours critique	oui	rural	non
E42	discours critique	oui	rural	non
E43	discours critique	oui	rural	non
E44	discours positif	oui	urbain	non

Individu	lieu de résidence	pratique religieuse	réseau social	religion	statut matrimonial	traitement de fond
E1	Saint Herblain	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E2	Orvault	oui, les cérémonies seulement	entouré(e)	catholique	veuf(ve)	oui
E3	Nantes	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	veuf(ve)	oui
E4	Nantes	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	non
E5	Saint Sébastien	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	non
E6	Nantes	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	concubin(e)	non
E7	Saint Herblain	oui, les cérémonies seulement	entouré(e)	catholique	marié(e)	oui
E8	Orvault	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E9	Saint Nazaire	oui, les cérémonies seulement	entouré(e)	musulman(e)	divorcé(e)	non
E10	Nantes	oui, les cérémonies seulement	entouré(e)	catholique	veuf(ve)	oui
E11	Saint Nazaire	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	célibataire	oui
E12	Saint Nazaire	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	non
E13	Saint Nazaire	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E14	Nantes	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	veuf(ve)	oui
E15	Héric	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	pacsé(e)	oui
E16	Héric	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	veuf(ve)	oui
E17	Héric	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	concubin(e)	non
E18	Blain	Non assignée	isolé(e)	Non assignée	veuf(ve)	oui
E19	Nantes	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E20	Héric	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E21	Saint Nazaire	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	célibataire	oui
E22	Saint Nazaire	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E23	Nantes	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	non
E24	Saint Nazaire	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E25	Saint Nazaire	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E26	Trignac	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E27	Trignac	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E28	Missillac	non	entouré(e)	athé(e)	concubin(e)	non
E29	Donges	non	entouré(e)	athé(e)	concubin(e)	non
E30	Le Poiré sur Vie	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	non
E31	Les Herbiers	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E32	Saint Nazaire	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E33	Herbignac	non	entouré(e)	athé(e)	célibataire	non
E34	corcoué sur logne	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	non
E35	vieillevigne	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui
E36	Mortagne sur Sèvre	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	non
E37	Saint Colomban	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	non
E38	Donges	non	entouré(e)	athé(e)	célibataire	non
E39	Saint Philbert de Bouaine	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	pacsé(e)	oui
E40	La Roche sur Yon	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	concubin(e)	oui
E41	Donges	non	entouré(e)	athé(e)	divorcé(e)	non
E42	Missillac	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	non
E43	Missillac	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	non
E44	Saint Nazaire	Non assignée	entouré(e)	Non assignée	marié(e)	oui

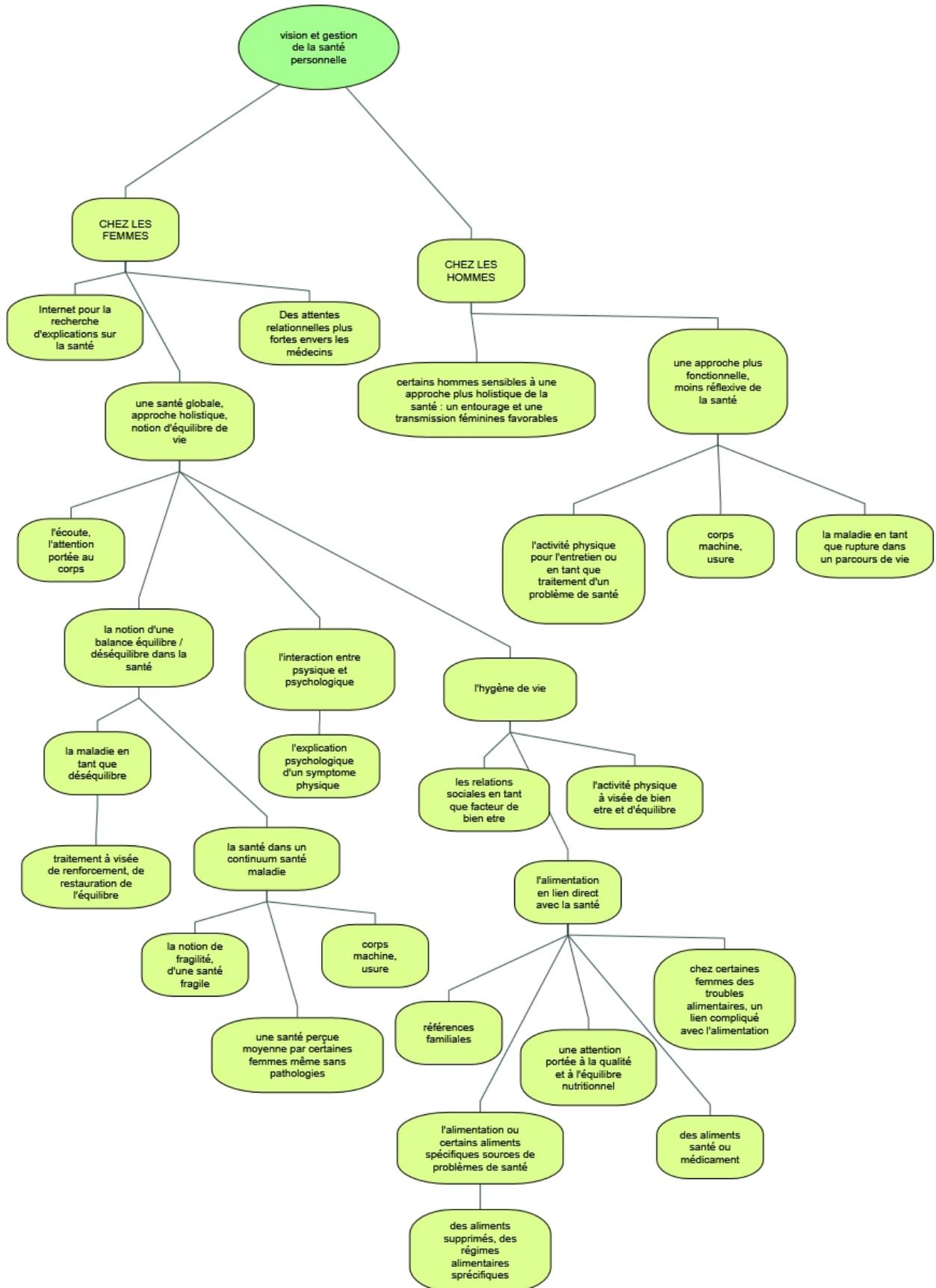
2. Etat de santé perçu et échelle numérique de santé selon le sexe

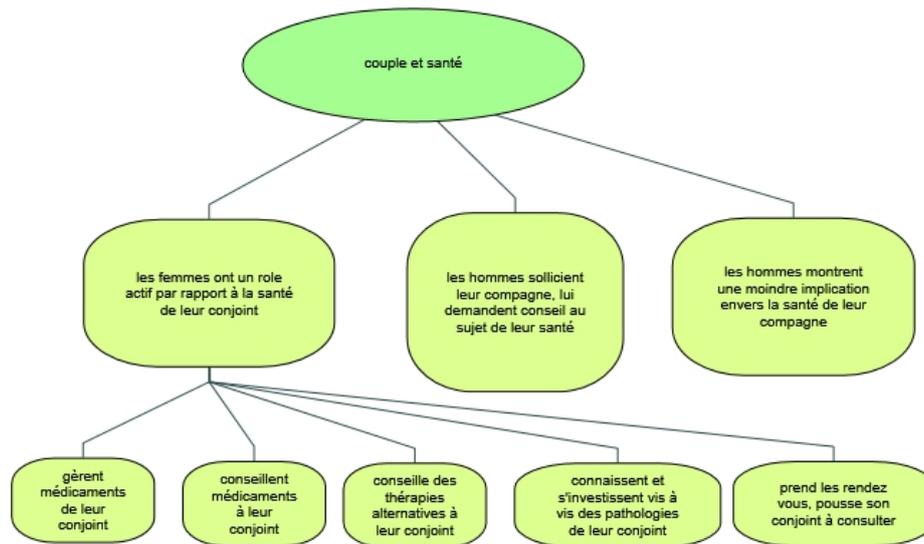
* EN = échelle numérique : réponse à la question du journal de santé « comment évaluez vous votre santé aujourd'hui sur une échelle de 1 à 10 (1 : en très mauvaise santé ; 10 : en excellente santé) »

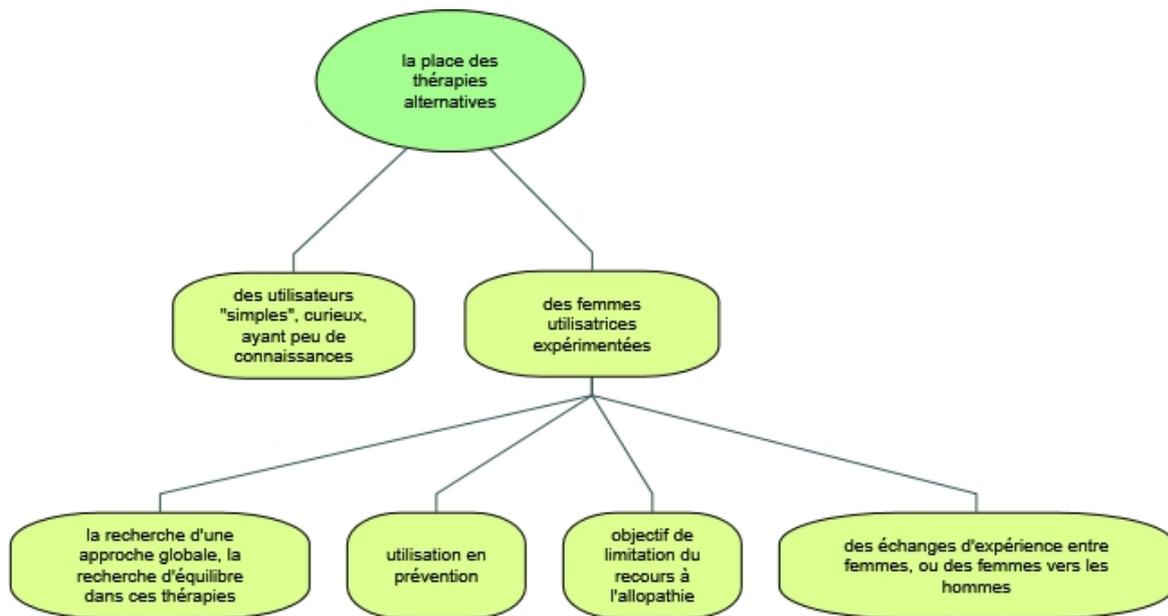
FEMMES	état de santé subjectif	EN*
E1	moyen	5,5
E2	bon	
E3	très bon	8
E4	bon	6,8
E6	très bon	8,4
E7	très bon	9
E8	moyen	5,8
E9	moyen	7
E10	bon	7,9
E11	mauvais	2
E12	très bon	9,3
E13	moyen	8,1
E14	très bon	8,2
E15	bon	7,9
E16	moyen	7,9
E17	bon	6,8
E18	moyen	
E21	très bon	9,4
E24	très bon	8
E25	bon	10
E26	bon	6,6
E28	bon	6,9
E29	très bon	7,1
E31	bon	7,3
E36	très bon	8,3
E40	très bon	9,5
E42	très bon	7,9
moyenne		7,584

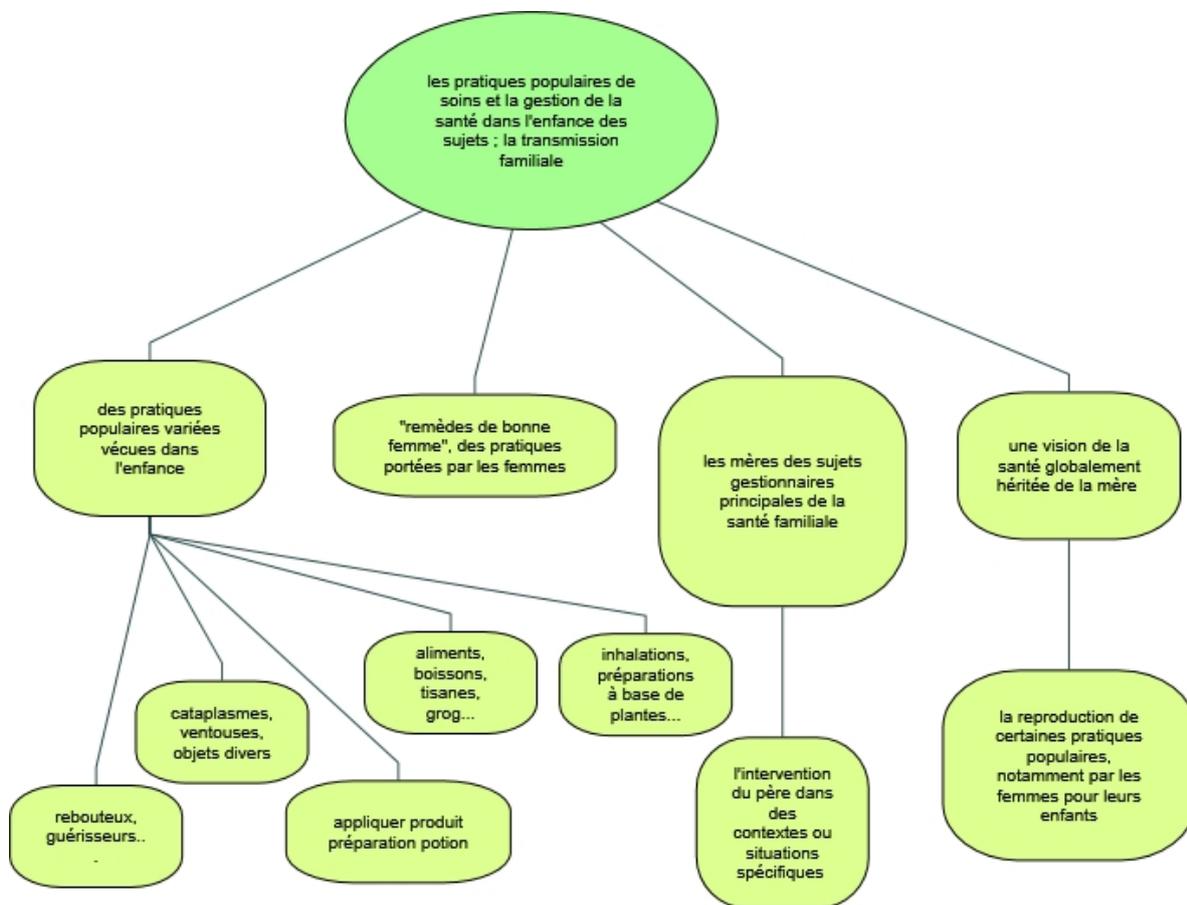
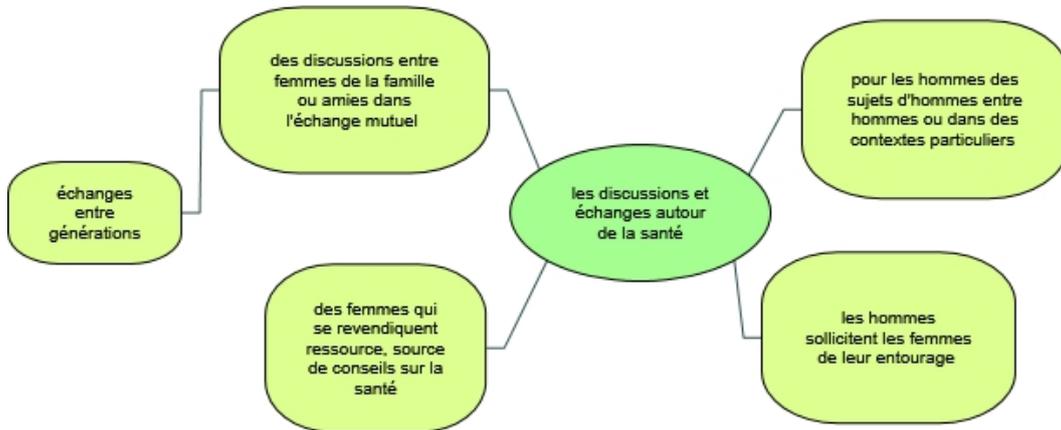
HOMMES	état de santé subjectif	EN*
E5	très bon	6,3
E19	bon	8
E20	moyen	7
E22	moyen	5,9
E23	moyen	5,3
E27	bon	6
E30	bon	7,8
E32	moyen	7
E33	très bon	8,5
E34	bon	6,5
E35	mauvais	5,9
E37	bon	8,2
E38	bon	7,6
E39	mauvais	5,7
E41	moyen	4,9
E43	très bon	8,5
E44	moyen	6,5
moyenne		6,8

3. Analyse thématique du discours









4. Verbatims intégraux

L'intégralité des verbatims des 44 entretiens, ainsi que les journaux de santé, figurent en version numérique sur la clé USB remise avec la thèse.

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Rémy Senand

Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur Laurent Brutus

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame la Professeure Pascale Jolliet

NOM : FOSSEY

PRENOM : Charlène

Titre de thèse :

« Rôles et pratiques d'autosoins: une différence liée au sexe?
Approche qualitative à partir d'entretiens et de journaux personnels de santé
dans une population de Loire-Atlantique et de Vendée »

RESUME

Introduction : Les femmes tiennent un rôle historique de gestion de la santé familiale. Les données statistiques montrent que les femmes ont une consommation de soins et de médicaments plus importante que les hommes alors même que leur espérance de vie plus élevée paraît les avantager. Cette recherche vise à explorer les représentations, rôles et pratiques des hommes et des femmes en matière de santé.

Méthodes : Cette étude effectue une analyse qualitative secondaire d'un matériel d'étude constitué de 44 entretiens (initial et final) et journaux de santé, recueillis dans le cadre du projet de recherche AUTOMED, portant sur les pratiques d'automédication et d'autosoins.

Résultats : Les femmes ont une vision de la santé plus large que les hommes, multifactorielle, avec un intérêt pour la prévention, l'équilibre de vie, les facteurs psychologiques en lien avec la santé. Ces représentations peuvent être mises en parallèle avec les stéréotypes de genre fabriquant les identités masculines et féminines.

Les thérapies alternatives semblent répondre à ces attentes en matière de santé globale.

Au sein du couple et de la famille, les femmes gardent le rôle de gestion du médicament, de prise de décisions, d'orientation dans le système de soins conventionnel ou plus alternatif. Les échanges d'informations entre femmes (cercle familial, amical, transmission des pratiques entre générations) tiennent une place centrale dans cette gestion du soin et l'acquisition de connaissances profanes.

Ce rôle de gestion de la santé répond à une fonction attendue des femmes dans la société et participe à leur pénalisation socio-économique vis-à-vis des hommes.

Conclusion : Les femmes tiennent une place centrale dans la production familiale de soins. Ce rôle historique de gestion des soins reste encore un modèle d'actualité.

La plus grande proximité des femmes avec le système de soins peut s'expliquer à la fois par leur savoir profane et par les stéréotypes de genre qui construisent la préoccupation pour la santé comme une composante de l'identité féminine.

Ces présupposés liés au genre sont également présents dans la réponse apportée par les professionnels de santé et il apparaît important que ceux-ci y soient sensibilisés.

MOTS-CLES

autosoins, automédication, genre, différences hommes – femmes, stéréotypes de genre, biais de genre, savoir profane, médecines alternatives et complémentaires, pharmacie familiale, production familiale de soins