



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de
l'Université Claude Bernard Lyon 1
Université de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
Site de formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

VECU DES FEMMES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LEURS DYSMENORRHEES PRIMAIRES

Mémoire présenté et soutenu en mai 2024 par

Charlotte Senta-Loÿs

Née le 15 décembre 2000 à Viriat

Camille TALLET sage-femme ostéopathe

Directrice de mémoire

Bérangère SEVELLE sage-femme enseignante

Guidante

« Ce qu'une femme ressent est plus important que ce que tu sais.

Et ce que tu crois compte beaucoup moins que ce qu'elle ne dit pas. »

Le Chœur des femmes, Martin Winckler

Remerciements

Je remercie tout d'abord Camille Tallet, Mathieu Azcué et Bérangère Sevelle pour avoir apporté leur expertise et leur soutien dans ce travail de recherche.

Je remercie également tous les membres de l'équipe pédagogique de l'école de maïeutique de Bourg-en-Bresse pour ces quatre années de formation, leur porte est toujours restée ouverte lorsque j'en ai eu besoin.

Je remercie tous les professionnels de santé qui ont permis la réalisation de ce mémoire, que ce soit par leurs conseils ou par leur participation active au recrutement des participantes de l'étude. Je remercie tout particulièrement Pr Ecochard, Dr Laurin, Dr Faucon, ainsi que M. et Mme Lardy.

Je remercie mes amies Lina, Camille et Julie qui ont participé au comité de relecture de ce mémoire et qui m'ont apporté un soutien émotionnel exceptionnel.

Je remercie ma famille d'avoir toujours été là pour m'encourager dans mes études.

Je remercie Maxence pour le réconfort qu'il m'a apporté dans les moments difficiles.

Je remercie les sapeurs-pompiers de Jujurieux qui ont eu confiance en moi et qui m'ont soutenue pour que je priorise mes études par rapport à mon engagement de sapeur-pompier volontaire.

Table des matières

Abréviations	1
1 Introduction.....	3
2 Matériel et méthode	5
2.1 Type et durée de l'étude	5
2.2 Population	5
2.2.1 Type de population.....	5
2.2.2 Délimitation géographique.....	5
2.3 Recrutement de la population	6
2.4 Création de la trame d'entretien.....	6
2.5 Déroulement des entretiens	7
2.6 Recueil et exploitation des données	8
2.7 Cadre réglementaire.....	9
2.8 Forces et limites	9
2.8.1 Forces	9
2.8.2 Limites	10
3 Chapitre 1 : Normal et Pathologique.....	11
3.1 Concepts de norme et de banalisation	11
3.2 Un entourage aidant	12
3.2.1 Rôle de la mère.....	12
3.2.2 Place de la famille proche et des pairs	14
3.3 Désagréments et tabou autour des menstruations	15
3.4 Ressenti de la douleur	16
3.4.1 Description de la douleur	16
3.4.2 Aspects psychosociaux de la douleur	18
3.5 Impact des dysménorrhées sur la vie quotidienne	22
4 Chapitre 2 : Traitements et prise en charge.....	25

4.1	Prise en charge médicale.....	25
4.1.1	Par les médecins généralistes	25
4.1.2	Par les sages-femmes	27
4.1.3	Par les gynécologues	27
4.2	Besoin de diagnostic.....	29
4.3	Traitements médicamenteux	31
4.3.1	Antalgiques	31
4.3.2	Place du contraceptif hormonal	32
4.4	Stratégies d'adaptation	34
4.4.1	Traitements non médicamenteux	34
4.4.2	Mise en place d'une stratégie de traitement	36
4.5	Insatisfaction globale.....	37
4.6	Pistes d'amélioration.....	38
5	Conclusion	40
6	Références bibliographiques	42
7	ANNEXES.....	44
7.1	ANNEXE I.....	44
7.2	ANNEXE II.....	45
7.3	ANNEXE III.....	46
7.4	ANNEXE IV	49
7.5	ANNEXE V	50

Abréviations

<i>AINS</i>	<i>Anti-inflammatoire non stéroïdien</i>
<i>CNGOF</i>	<i>Collège national des gynécologues et obstétriciens français</i>
<i>EVA</i>	<i>Echelle Visuelle Analogique</i>
<i>HAS</i>	<i>Haute Autorité de Santé</i>
<i>IRM</i>	<i>Imagerie par résonance magnétique</i>
<i>IST</i>	<i>Infections sexuellement transmissibles</i>
<i>RNIPH</i>	<i>Recherche n'impliquant pas la personne humaine</i>
<i>SIU</i>	<i>Système intra-utérin</i>
<i>SPM</i>	<i>Syndrome prémenstruel</i>
<i>TENS</i>	<i>Neurostimulation électrique transcutanée (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)</i>

1 Introduction

Les dysménorrhées, ou douleurs menstruelles, sont des douleurs pelviennes chroniques récurrentes, qui se manifestent avant ou au moment des menstruations. Elles sont ressenties le plus souvent au niveau de l'hypogastre et des fosses iliaques, parfois dans les fosses lombaires, mais aussi dans le haut des cuisses et du vagin pour certaines femmes. Les dysménorrhées peuvent être accompagnées d'autres symptômes, comme des céphalées, des nausées, de la constipation ou des diarrhées, parfois même des vomissements (1,2).

Ces douleurs pelviennes chroniques sont classées en deux catégories : les dysménorrhées primaires ou primitives, sans cause organique retrouvée, et les dysménorrhées secondaires, qui sont provoquées par une anomalie viscérale déterminée. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées dans cette deuxième catégorie sont l'endométriose, l'adénomyose utérine, les fibromes et les malformations de l'appareil génital (3). L'étiologie étant déterminée dans les dysménorrhées secondaires, il peut être plus simple d'établir un traitement éliminant ou réduisant la cause, et donc les douleurs pelviennes provoquées.

L'étude publiée par Oxford University Press en 2015 dévoile que 45 à 95% des femmes en âge de procréer souffrent de dysménorrhées primaires (4). Cette pathologie gynécologique fréquente peut fortement dégrader la qualité de vie, et avoir des retentissements sur la vie sociale, familiale, professionnelle ou scolaire. C'est notamment une des principales causes d'absentéisme scolaire chez l'adolescente (5).

Malgré la prévalence élevée des dysménorrhées primaires, il existe encore de nombreux tabous et phénomènes de banalisation autour de ces symptômes, de désintérêt de la part de la société en général, de l'entourage proche, des professionnels de santé, et parfois des femmes elles-mêmes (6,7). Lorsque la dysménorrhée primaire est diagnostiquée, les traitements proposés varient en terme d'acceptabilité et d'efficacité (6), et les douleurs peuvent persister malgré les différentes thérapeutiques proposées (8). Le professionnel de santé est en général peu consulté, et beaucoup de femmes pratiquent l'autotraitement, que ce soit par la prise d'antalgiques, d'anti-inflammatoires, ou de « remèdes de grand-mère »(9).

Depuis 2009, les sages-femmes sont autorisées en France à pratiquer le suivi gynécologique de prévention : dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein, mais aussi contraception, traitement et suivi des désordres gynécologiques bénins. Elles peuvent donc être amenées, tout comme les médecins généralistes et les gynécologues,

à prendre en charge des patientes atteintes de dysménorrhées primaires. Cependant, suite à la pratique courante de l'automédication, la présence persistante du tabou, la banalisation autour des douleurs liées aux règles, et un sous-diagnostic évident (7), nous pouvons supposer que la prise en charge de cette affection gynécologique n'est peut-être pas toujours optimale. Une problématique se dégage alors : comment les femmes présentant une dysménorrhée primaire se sentent-elles entendues par le corps médical ?

2 Matériel et méthode

2.1 Type et durée de l'étude

Pour répondre à la problématique, le choix de méthode de recherche s'est porté sur une étude qualitative sociologique menée par des entretiens individuels semi-directifs.

L'étude s'est étendue sur la période de juillet à novembre 2023.

2.2 Population

2.2.1 Type de population

Afin de répondre au mieux à la problématique, la population recherchée doit correspondre à la plus grande mixité de profils possible, que ce soit en terme d'âge, de milieu professionnel, d'origine ethnique... Le critère d'inclusion est : être une femme majeure présentant une dysménorrhée primaire. Le fait d'interroger des personnes majeures nous paraît être important car il permet de recueillir une expérience minimum par rapport aux douleurs des cycles menstruels. De plus, interroger des jeunes filles mineures implique un accord parental pour la participation à l'étude, ce qui pourrait biaiser la notion d'anonymat. Les femmes enceintes ou ménopausées sont exclues du recrutement, pour réduire les biais de mémoire et éviter d'évoquer uniquement des ressentis du passé.

2.2.2 Délimitation géographique

De par nos propres observations sur les terrains de stage et d'après les statistiques retrouvées, le département de l'Ain semble compter un nombre suffisant de femmes concernées par les dysménorrhées primaires pour répondre aux besoins de la recherche. Le département de l'Ain est un territoire qui comprend notamment des zones rurales et urbaines, ce qui permet de diversifier les profils de femmes. Cependant, cette délimitation a dans un second temps été étendue au département du Rhône en raison du peu de recrutement pendant les congés d'été.

2.3 Recrutement de la population

Les menstruations et les douleurs associées étant principalement un thème abordé en consultation médicale, le recrutement de la population s'est déroulé en deux étapes.

Nous nous sommes rapprochés des professionnels de santé susceptibles de pratiquer des consultations de gynécologie afin de pouvoir recruter notre population cible. Les cabinets libéraux de sages-femmes ont été contactés par mail, téléphone ou courrier. Les médecins généralistes et les gynécologues de ville ont été informés via l'Ordre Départemental des Médecins de l'Ain par mail, ainsi que les gynécologues hospitaliers exerçant sur l'hôpital Fleyriat de Bourg-en-Bresse. Cette mixité de professionnels et de lieux de consultations permet ainsi de toucher une plus large patientèle et potentiellement des profils de participantes différents.

Une affiche d'information à destination des patientes a été envoyée aux professionnels de santé ayant répondu favorablement à notre demande de participation au recrutement de l'étude. Cette affiche, présente en ANNEXE I, expliquait de manière universelle ce que sont les dysménorrhées primaires. Affichée en salle d'attente, elle présentait les grandes lignes de notre étude, indiquait les critères d'inclusion et de non-inclusion, ainsi que nos coordonnées en vue de nous contacter pour une participation. L'affiche proposait également une définition simple et précise de cette affection gynécologique, permettant ainsi aux femmes qui la lisait de se reconnaître dans la description. Si les patientes ne venaient pas consulter le praticien pour ce motif, elles recevaient malgré tout l'information et pouvaient ainsi aborder ce sujet avec le praticien, dans un but préventif ou diagnostic. Les femmes volontaires nous ont personnellement contactés en vue de participer à l'étude.

2.4 Crédit de la trame d'entretien

L'intérêt des entretiens semi-directifs est de recueillir des points de vue propres à la personne interrogée, basés notamment sur ses expériences vécues. Les questions principales de la trame d'entretien, présentée en ANNEXE II, sont :

- « Racontez-moi votre histoire par rapport à vos douleurs de règles. »
- « Pouvez-vous me parler de la prise en charge médicale ? »

Il nous était important dans un premier temps de recueillir les ressentis par rapport au vécu des douleurs de règles et les raisons pour lesquelles la femme consulte ou non un professionnel de santé. La deuxième question centre l'entretien spécifiquement sur la prise en charge de la pathologie, cœur du sujet, et ce qui en découle.

2.5 Déroulement des entretiens

Les femmes volontaires ont directement contacté l'enquêteur pour participer à l'étude. Afin de recueillir au mieux les données verbales et non-verbales, il leur a été systématiquement proposé des entretiens en face à face. Cependant, la plupart des entretiens ont été menés en appel vidéo, en raison de contraintes d'emploi du temps. Seuls quatre entretiens ont été réalisés en présentiel. Ils ont tous été enregistrés avec un dictaphone, après accord oral de la personne et lecture de la note d'information de l'étude.

Les entretiens ont duré en moyenne 45 minutes, avec un temps d'enregistrement de 26 minutes pour le plus court et de 1 heure et 10 minutes pour le plus long. Chaque entretien a été mené dans une pièce neutre, au calme, sans tierce personne, que ce soit en virtuel ou en face à face afin de respecter les règles de confidentialité. Il a été précisé au début de chaque entretien qu'il était possible à tout moment de stopper l'enregistrement ou l'entretien si besoin, et que toutes les données étaient anonymisées et stockées de manière sécurisée.

Chaque entretien a été réalisé avec un minimum de questions ouvertes, permettant ainsi à la participante de répondre selon les axes qu'elle choisissait comme pertinents et importants. L'enquêteur avait préparé à l'avance des questions de relance et a pu rebondir sur des points clés abordés par la personne interrogée. Les réponses ont été ainsi personnalisées et le moins possible influencées par l'enquêteur.

Au total, onze entretiens ont été menés. Deux n'ont pas pu être exploités, car les femmes interrogées présentaient en réalité des dysménorrhées secondaires, ce qui ne fait pas partie des critères d'inclusion.

2.6 Recueil et exploitation des données

Les entretiens ont été retranscrits manuellement sur le logiciel Microsoft Word avec l'aide du logiciel OTranscribe. Ils ont été totalement anonymisés : les prénoms des participantes ont été changés, ainsi que les noms des lieux et des professionnels de santé qui ont été évoqués. Afin d'éviter les biais de mémorisation de l'enquêteur, chaque entretien a été retranscrit le plus tôt possible après la rencontre avec la participante.

L'analyse a été réalisée de manière verticale pour chaque entretien puis une analyse horizontale a été effectuée permettant de comparer les thèmes abordés ont été comparés horizontalement. Une certaine mixité de profils est observée : l'âge s'étend de 21 à 46 ans, les femmes sont issues de différentes origines ethniques (majoritairement caucasiennes, mais aussi d'Outre-mer et asiatiques), avec des situations professionnelles, maritales et familiales variées.

La saturation des données a été atteinte au bout du huitième entretien. Une rencontre supplémentaire a été effectuée afin de s'assurer qu'aucun élément nouveau ne puisse être apporté.

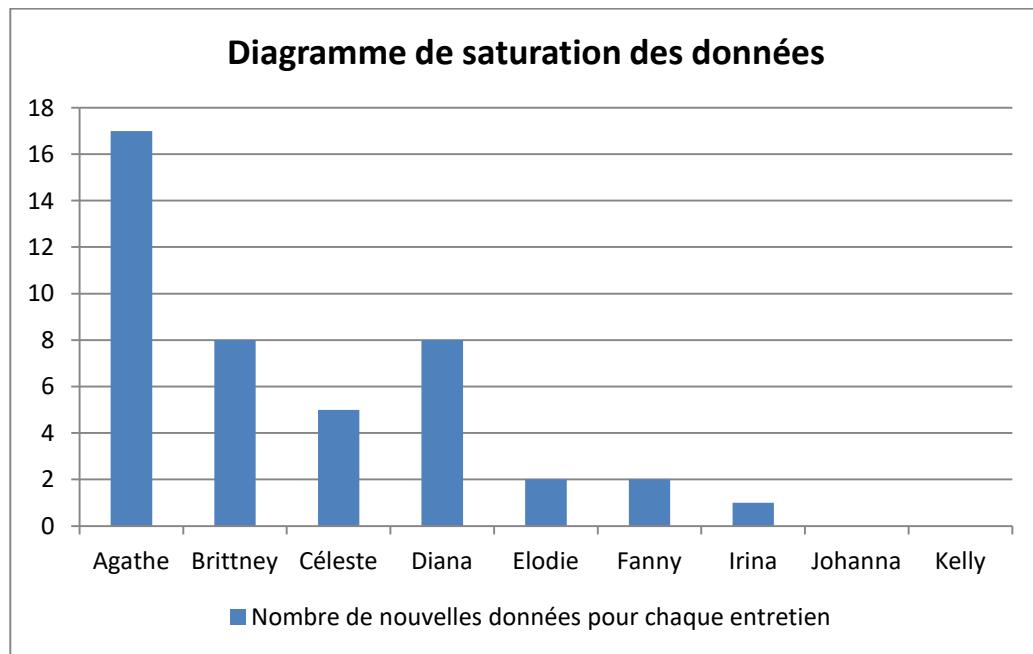


Figure 1. Diagramme de saturation des données

Afin de mieux contextualiser les résultats et l'analyse qui suivront, un descriptif de l'histoire de chaque femme interrogée peut être consulté en ANNEXE III.

2.7 Cadre réglementaire

Afin de respecter le cadre réglementaire de la réalisation de l'enquête, une déclaration et un protocole de recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH) ont été établis, ainsi qu'une note d'information à destination des femmes volontaires à la participation à l'étude. Un accord de confidentialité a également été signé par l'enquêteur. Après remise des documents auprès du Délégué à la Protection des Données du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, l'accord a été donné afin d'effectuer les recherches.

Toutes les données stockées informatiquement sont protégées par un mot de passe sécurisé, et seront détruites au bout des deux années d'autorisation de conservation des données.

2.8 Forces et limites

2.8.1 Forces

Les dysménorrhées sont un sujet d'actualité et de société : beaucoup de femmes sont concernées, et la médiatisation des recherches sur l'endométriose met en lumière cette affection gynécologique.

Grâce à la réalisation de l'affiche, les femmes ont pu être informées de la définition des dysménorrhées primaires. Cela permet dans un premier temps de se reconnaître dans la description, puis de briser l'éventuel tabou sur ce sujet et d'ouvrir la discussion avec le professionnel de santé ou de se porter volontaire à la participation à l'étude. Les coordonnées de l'enquêteur étant données directement sur l'affiche, la femme volontaire pouvait facilement entrer en contact avec lui.

Les critères de recrutement étant larges et les lieux de diffusion de l'affiche nombreux, la population interrogée respecte une grande mixité de profils, permettant ainsi d'enrichir les données et d'obtenir des résultats complémentaires.

2.8.2 Limites

Lors des entretiens, il a pu être difficile pour quelques femmes de se souvenir en détail de leur vie, entraînant un manque de précision sur certains aspects. Un biais de mémoire est donc possible.

La majorité des entretiens ont été menés par l'intermédiaire d'appels vidéo, ce qui a pu altérer la qualité de l'entretien de par les coupures de réseaux. De plus, le format de discussion à travers un écran crée une distance, limitant notamment la retranscription de données non-verbales.

Il paraît important de préciser que même si les participantes semblaient correspondre aux critères recherchés, nous ne pouvons pas exclure la probabilité que certaines d'entre elles soient atteintes en réalité une dysménorrhée secondaire non diagnostiquée. Les examens cliniques et paracliniques réalisés ont, comme tout examen médical, leurs limites. Un biais de recrutement n'est pas à exclure.

3 Chapitre 1 : Normal et Pathologique

« *Il est très difficile, sinon impossible, de poser les limites entre la santé et la maladie, entre l'état normal et l'état anormal.* »

Claude Bernard, *Principes de médecine expérimentale*

D'après le Dictionnaire de l'Académie nationale de Pharmacie, l'étymologie du mot « dysménorrhée » vient du grec ancien : le préfixe *dys-* signifie la difficulté, le malheur, *mén* le mois lunaire, en référence au cycle féminin, et *rhéô* se traduit par le verbe « couler », faisant allusion à l'évacuation du sang des règles. La définition qui en est issue démontre un problème, un défaut du cycle au moment des menstruations, et ce mot est employé aujourd'hui pour évoquer les douleurs liées aux règles. Dans le cas des dysménorrhées primaires, la frontière entre le normal et le pathologique pour cette affection gynécologique est donc remise en question, car aucun élément organique ne témoigne d'une anomalie à proprement parler. A partir des résultats de cette étude, ce chapitre analysera et ouvrira la discussion sur les contextes qui ont amené ou non les femmes à consulter un professionnel de santé, ainsi que leur ressenti par rapport à leurs dysménorrhées.

3.1 Concepts de norme et de banalisation

La majorité des femmes interrogées se sont questionnées, sur la notion de norme lorsqu'elles ressentent des douleurs menstruelles. Certaines femmes ont eu des dysménorrhées dès les ménarches. Fanny rapporte que lors de ses premiers cycles menstruels « **tout le monde me disait que c'était normal d'avoir mal au ventre quand on avait ses règles** », tout comme Kelly, qui explique qu'« **autour de moi c'était normal d'avoir mal pendant ses règles** ». Nous observons que dès l'adolescence, un phénomène de banalisation est diffusé.

Pour d'autres femmes, les douleurs sont apparues avec le temps, au fil des cycles, ou bien en arrêtant les moyens de contraception hormonaux. L'apparition des douleurs, progressive ou non, remet en question la notion de norme qu'elles avaient établie. Diana l'exprime: « **à la fin je me suis dit bon va peut-être falloir que j'aille voir quelqu'un** ». C'est également le cas pour Elodie : « **c'est**

avant de partir pour les études supérieures où je me suis dit, bah quand même, c'est peut-être pas très normal ».

La question de la norme et de la banalisation de la douleur pendant les menstruations se base notamment sur la notion de prévalence : les dysménorrhées primaires toucheraient jusqu'à sept millions de femmes en France et en particulier les adolescentes (5). De plus, par définition, la fin du cycle menstruel est marquée par une chute hormonale qui induit des effets plus ou moins bien vécus par les femmes, comme l'exprime René Ecochard, professeur de médecine à l'Université Claude Bernard : « *les désagréments de fin de cycle sont un mystère : comment l'évolution des espèces a-t-elle abouti à cet étrange mal-être de nombreuses femmes à l'approche des règles, elles-mêmes souvent douloureuses ?* »(10). Le manuel *Psychologie des femmes* atteste même que « *Les règles douloureuses sont acceptées comme faisant partie du cycle menstruel.* » (11)

Les effets hormonaux du cycle menstruel et la fréquence d'apparition des dysménorrhées, semblent expliquer l'apparition d'une norme de douleur pendant les règles, intégrée dans les mœurs sociétales, devenue « banale ». Cependant, nous pouvons nous questionner sur cette notion de normalité : si le sujet des menstruations reste ancré dans le tabou, est-il possible de savoir si les dysménorrhées sont normales ou non ? De plus, la douleur n'est-elle par définition un signal d'alerte du corps sur un réel ou potentiel dysfonctionnement ?

3.2 Un entourage aidant

3.2.1 Rôle de la mère

L'entourage a son rôle à jouer dans les prises de décision et l'attitude adoptée face aux dysménorrhées. Dans un premier temps, notamment à l'apparition des premiers cycles menstruels à l'adolescence, la mère devient souvent la personne de référence à qui s'adresser pour les questionnements sur le fonctionnement et les symptômes des règles.

Johanna explique que sa mère jouait le rôle de la confidente : « *Etant plus jeune, j'en parlais à ma maman, j'avais pas de gêne, sur ce côté-là ouais. Je pouvais lui dire que j'étais pas bien.* » Cette idée que la mère est la personne de référence semble même être une norme, comme paraît le sous-entendre Elodie lorsqu'elle évoque ce sujet avec sa mère : « *Avant que je parte en stage on*

avait parlé de ça, elle m'avait dit « ah c'est vrai que c'était quand même inquiétant, tu aurais pu m'en parler plus tôt » mais on n'a pas cette relation-là ».

La mère est alors en mesure de contribuer à aider à la résolution des gênes et douleurs exprimées, comme le témoigne également Johanna : « *[Avec ma maman] on est allé au médecin, et que le médecin m'a prescrit [...] un médicament pour que ça me soulage parce qu'effectivement, je pense qu'elle était aussi, dans mes souvenirs, dans le même cas* ».

Cependant, même si la mère est assignée au rôle de confidente, elle ne semble pas toujours être la personne idéale en terme d'écoute et de conseils, et peut contribuer au maintien de la douleur menstruelle comme une norme inévitable. Elle représente également une partie de l'autorité parentale, qui peut être un réel frein dans la prise en charge si l'adolescente mineure n'a pas la possibilité de se déplacer vers un professionnel de santé seule. Kelly rapporte :

« A 18 ans, je suis enfin allée voir une gynécologue, parce qu'après en avoir beaucoup parlé avec ma mère, elle n'a jamais voulu que j'aille voir un gynécologue tant que, enfin pendant que j'étais mineure, en me disant que ça ne servait à rien, que de toute façon les douleurs passeraient, que... qu'il ne fallait pas s'inquiéter, qu'elle était pareille, que toutes les femmes étaient pareilles et que voilà, c'était... il fallait serrer les dents... »

La mère n'en est pas moins à l'écoute de sa fille et il n'est pas rare que ce soit elle qui demande directement à son praticien des conseils lors d'une consultation, faisant office d'intermédiaire entre le professionnel de santé et sa fille. Kelly ajoute : « *elle est allée voir une nouvelle gynéco, elle lui a expliqué que [...] j'avais des douleurs qui étaient atroces, qui me faisaient faire des malaises [...] Et la gynéco lui a quand même dit que ce serait bien que je vienne la voir* ».

Aurore Koechlin, sociologue, rapporte que « *les mères, tout particulièrement, constituent un vecteur central de la norme gynécologique* »(12). Elles sont souvent les premières personnes à aborder le sujet du suivi gynécologique avec leur fille, assurant ainsi une transmission. Il n'est pas rare de voir des femmes venant consulter pour un premier suivi gynécologique avec leur mère : Aurore Koechlin évoque aussi la notion de « couples de mère et fille » lors des consultations qu'elle a pu observer(12).

Cette facette du rôle maternel est démontrée également dans le roman de Martin Winckler, *Le Chœur des Femmes* : « *Je sais que vous ne la suivez pas mais est-ce que je peux vous parler de ma fille ? Ma fille a un problème et je ne sais pas comment l'aider.* » (13)

La mère joue donc à la fois le rôle de pilier, de référence pour parler des menstruations et des ses problèmes potentiels qui sont liés, elle représente également un intermédiaire entre le professionnel de santé et l'adolescente. Elle peut donc être un frein ou un moteur dans le suivi gynécologique, et se retrouve comme première source d'information pour sa fille sur le sujet des cycles menstruels. Elle est donc la première personne à pouvoir répondre à la question d'une norme dans le domaine des dysménorrhées.

3.2.2 Place de la famille proche et des pairs

Le cercle familial représente dans la plupart du temps une place de confiance, où le tabou est moindre et constitue une source d'expériences et d'apport d'informations. Les femmes interrogées perçoivent les membres de la famille proche comme personnes ressources pouvant apporter des réponses et de l'aide vis-à-vis des difficultés rencontrées en cas de dysménorrhées. Agathe explique notamment : « ***celui qui a été de meilleur conseil je crois que ça a été mon grand-père (rire). A l'époque il m'avait donné une bouillotte.*** » Kelly rapporte aussi : « ***J'en ai parlé avec qui... avec ma tante, parce qu'on était très proches, et du coup de sa fille, parce qu'on a quasiment le même âge.*** »

Pour Fanny, ses douleurs sont connues par sa famille : « ***tout le monde en soi est au courant que y'a des moments où ça va moins bien que d'autres, mais oui, enfin je le cache pas quoi. C'est pas, ma famille proche, non y'a pas de secret.*** » Le concept de norme gynécologique a pour elle été transmise par un membre de sa famille autre que sa mère : « ***ma sage-femme, c'était ma belle-sœur qui m'a dit c'est elle qui a fait mes deux suivis de grossesse, elle est super et tout, donc j'ai suivi son avis pour aller la voir elle.*** »

En dehors du cercle familial, les femmes se retrouvent à discuter de ces problématiques avec d'autres femmes de leur âge, avec qui elles ont préalablement créé un lien de confiance : « ***[J'en parle] à ma copine Perrine, c'est ma confidente, presque c'est ma sœur !*** » raconte Johanna. S'écartier du cercle familial permet aussi de chercher des réponses lorsque celles de la famille ne sont pas suffisantes ou n'ont pas apporté le soutien nécessaire, comme l'explique Kelly : « ***Je pense que le moment où j'ai été le plus été comprise, c'était plus avec mes copines qui vivaient la même chose.*** »

L'entourage proche, que ce soit la mère, la famille ou les pairs, avec qui elles sont reliées par des relations de confiance semblent donc représenter une ressource pour les femmes. Même si ces personnes n'ont pas toujours les solutions ou les informations appropriées aux demandes, elles

peuvent toujours amener une ouverture au suivi gynécologique : une rencontre avec un professionnel de santé qui pourra potentiellement répondre aux besoins de la femme qui souffre de dysménorrhées, et peut ainsi remettre en question ou non la norme établie.

3.3 Désagréments et tabou autour des menstruations

De manière générale, la période des règles est accompagnée de nombreux désagréments selon les femmes interrogées. Elles témoignent toutes de symptômes associés, que ce soit avant ou pendant : migraines, jambes lourdes ou douloureuses, nausées, ballonnements, troubles intestinaux, troubles de l'humeur... Ces symptômes font notamment référence au syndrome prémenstruel (SPM), que nous pouvons définir par : « *un ensemble de symptômes psychiques ou physiques gênants, survenant régulièrement avant les règles, persistant parfois pendant les règles et cédant avec elles.* »(14). De manière cyclique, les femmes ressentent des perturbations qui accompagnent l'arrivée des règles : elles rentrent dans une période du cycle qui sera moins bien vécue, préparant ainsi un contexte de désagréments.

Deux tiers des femmes expliquent également qu'elles ont des règles très abondantes voire hémorragiques au moment des règles, qui peuvent notamment les restreindre dans leurs activités. Agathe l'exprime lorsqu'elle évoque les éventuelles sorties prévues en extérieur : « ***et bien je peux pas y aller parce qu'il faut que j'aille aux toilettes, les toilettes de tout le monde c'est dégueulasse*** ». Brittney ajoute également : « ***Je savais que le premier jour des règles par exemple c'est mort, je vais pas à la plage.*** ». Sans même évoquer les dysménorrhées à proprement parler, les symptômes du SPM, l'inconfort dont découlent ces saignements abondants ou encore les conditions d'accès aux commodités d'hygiène de base impactent la qualité de vie par un sentiment de mal-être lié aux règles.

De façon plus spécifique, notamment pendant l'adolescence au moment des ménarches, les règles sont loin d'être connues de tous. Johanna a eu ses premières règles à l'école primaire. Elle a subi de nombreuses moqueries : « ***Ah tu mets des couches ! Tu mets des couches ! [...] sur le coup quand tu es petite ça te fait un peu mal au cœur, c'est pas des couches, voilà...*** ». Ces réactions ancrent dès le début de l'adolescence un sentiment de honte par rapport aux menstruations, le fait de devoir cacher ce moment du cycle devient indispensable du point de vue sociétal. Camille Froidevaux-Metterie, philosophe et professeure de sciences politiques, détaille notamment :

« Socialement, et de façon séculaire, les règles sont placées sous le signe de la honte : le sang menstruel est une souillure qui impose de le dissimuler et de se dissimuler, comme en témoignent une multitude de rites d'exclusion et de purification de la femme menstruée à travers l'histoire et dans tous les contextes culturels. »(15)

Même s'il est plus facile de parler de ses cycles avec des personnes proches, il persiste toujours un tabou pour certaines familles, en lien avec les traditions ancestrales de la famille, comme l'explique Irina : « **Je sais pas si ça vient de mon éducation, mais... chez nous on parle pas des règles. C'est des choses intimes, c'est des choses qu'on vit pour soi, et donc les douleurs qui vont avec et bien on les partage pas non plus.** » C'est ainsi que le problème des douleurs est lui aussi caché : les dysménorrhées étant associées directement aux menstruations, elles deviennent au final des douleurs honteuses, qui sont tuées. Fanny exprime cette idée:

« quand tu entends ta famille dire, ah bah t'as mal au ventre ? ah bah t'as tes règles ? Enfin tu vois, tous les stéréotypes autour des règles... Et du coup, finalement, c'est quelque chose qu'on intérieurise, peut-être, les douleurs, et que du coup on n'en parle pas. Et forcément c'est quelque chose qu'on ne va pas soigner quoi. »

C'est ainsi qu'est pointé du doigt l'absence de prise en charge des dysménorrhées pour certaines femmes. A cause de ce tabou pesant, les femmes hésitent à en parler spontanément en consultation avec un professionnel de santé, alimentant cette norme des dysménorrhées. Une question persiste : est-ce réellement normal de ressentir des douleurs pendant les règles ?

3.4 Ressenti de la douleur

3.4.1 Description de la douleur

Dans l'ensemble des entretiens, il a été demandé d'évaluer l'intensité des dysménorrhées d'après l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) : le chiffre zéro représente l'absence totale de douleur, et le chiffre dix la douleur insupportable. Les résultats montrent que ces évaluations varient entre cinq et dix. Pour chaque femme, l'intensité des dysménorrhées est donc dans la moitié supérieure de cette échelle ! La question de la normalité se pose d'autant plus : comment se fait-il que cette douleur, qui ne serait pourtant liée à aucune pathologie organique à proprement parler, puisse être ressentie aussi intensément ?

Pour caractériser les dysménorrhées, chaque femme utilise une expression qui lui est propre, en fonction de son ressenti. Ces mots employés se regroupent en deux catégories : les expressions caractérisent une douleur qui s'installe puis repart, comme : « **douleur de crampe, dans le bas-ventre** », « **crampes** », « **contractions** », « **crampes dans le ventre** », « **des vagues** » ; puis celles qui indiquent plutôt une sensation de mal constant : « **mal en bas du ventre, une barre en bas du dos** », « **j'ai mal** », « **mal dans le ventre** », « **douleurs** ». Ces expressions expriment clairement l'idée de douleur à titre de spasmes, ainsi que d'une douleur continue hypogastrique pouvant irradier dans le dos et dans les fosses iliaques (3). Pour décrire plus précisément leurs ressentis, les femmes ont pu employer des formulations très imagées, s'écartant des notions de douleur rationnelle comme les crampes ou les contractions (voir encadré ci-dessous).

ENCADRE 1 : Descriptions imagées des dysménorrhées

Pour décrire précisément leurs ressentis, les femmes ont pu décrire leurs dysménorrhées avec un vocabulaire très imagé :

Céleste : « *j'ai l'impression qu'il y a une main, donc c'est pas une main qui m'a pénétrée hein, c'est une main qui est déjà dans mon utérus, et en fait qui vient tirer, mais chaque muscle, ou chaque je sais pas, tissu, et de chaque côté, et en fait elle vient les tirer, et elle vient gratter, et des fois elle vient serrer le tout très très fort. Et j'ai vraiment l'impression que ça peut aller jusqu'à avoir une sensation, qu'il y a, que tout est en hyper fort, c'est pas un couteau, parce que en fait c'est dix couteaux qui tirent en même temps à un endroit et qui vont vers un seul point. Et après c'est insupportable.* »

Elodie : « *je le vois comme si on m'étirait un peu de l'intérieur, c'est vraiment sur le devant (elle montre son bas-ventre avec ses mains, elle les centre au niveau du pubis puis les écarte sur le côté), pas trop dans le dos ou dans les jambes, mais vraiment là sur le bas du ventre, et... ouais, comme s'il y avait quelqu'un à l'intérieur qui prenait une pince qui faisait argh ! (elle ferme le poing et le tord, en faisant une grimace) dessus, et je suis, quand je suis debout ça me fait mal, ça va mieux quand je suis assise, les jambes allongées devant* »

Irina : « *c'est dans le ventre, dans le dos, dans le bas du dos, et des fois ça tire un peu, c'est comme si ça raidissait un peu les muscles qui vont dans les jambes, mais principalement comme si c'était une boule, une espèce de boule de feu qui est dans le ventre en fait.* »

Dans l'évolution du ressenti, certaines femmes évoquent une modification de perception de la douleur, comme le témoigne Diana : « *Je pense que mon seuil de douleur maintenant est plus élevé qu'au début, parce qu'au début, j'étais vraiment souvent allongée, souvent pas bien* ». Nous pouvons supposer que les femmes s'habituent à cette douleur au fil du temps. Agathe l'exprime également : « *c'est peut-être douloureux comme avant, mais je supporte mieux maintenant. Je suis devenue une grande fille forte ! (rires)* ». Cependant, l'expression de « grande fille forte » qu'Agathe emploie laisse sous-entendre qu'autrefois elle entretenait une certaine fragilité vis-à-vis de la douleur, que son seuil de sensibilité était plus bas, et qu'en grandissant, elle a dû s'habituer à ce phénomène.

Cette question de sensibilité à la douleur est évoquée plusieurs fois dans les entretiens. Kelly explique : « *peut-être que je suis douillette, que je crains la douleur... [...] Je me dis dans la vie de tous les jours, que ce soit des brûlures, des coupures, du fait de mon ancien boulot, ou dans le sport les courbatures tout ça, enfin j'étais sportive de assez haut niveau plus jeune, la douleur tu connais !* ». Nous pouvons déduire que dans ce cas, Kelly recherche une explication rationnelle à l'intensité des douleurs qu'elle ressent, et remet en question à nouveau la notion de normalité des dysménorrhées. Céleste essaie également de comprendre pourquoi elle ressent ces douleurs si intensément en se comparant avec les femmes de son entourage : « *je vois bien que toutes mes potes sont pas pliées en deux* ».

3.4.2 Aspects psychosociaux de la douleur

En plus des contextes de norme et de banalisation associés aux dysménorrhées, la douleur est une expérience subjective et ne peut être observée. Elle est également difficile à mesurer, et les recherches dans le domaine de la douleur révèlent une interaction évidente entre les processus biologiques et psychologiques. Outre la physiopathologie de l'apparition des dysménorrhées, qui sera abordée dans le chapitre suivant, les processus subjectifs-affectifs-cognitifs et comportementaux (16) semblent impacter directement la perception de la douleur dans cette affection gynécologique, en raison des contextes sociaux qui ont été précédemment traités. Ces aspects psychosociaux, tirés du manuel de *Psychologie de la santé* (16), sont illustrés de manière schématique ci-dessous.

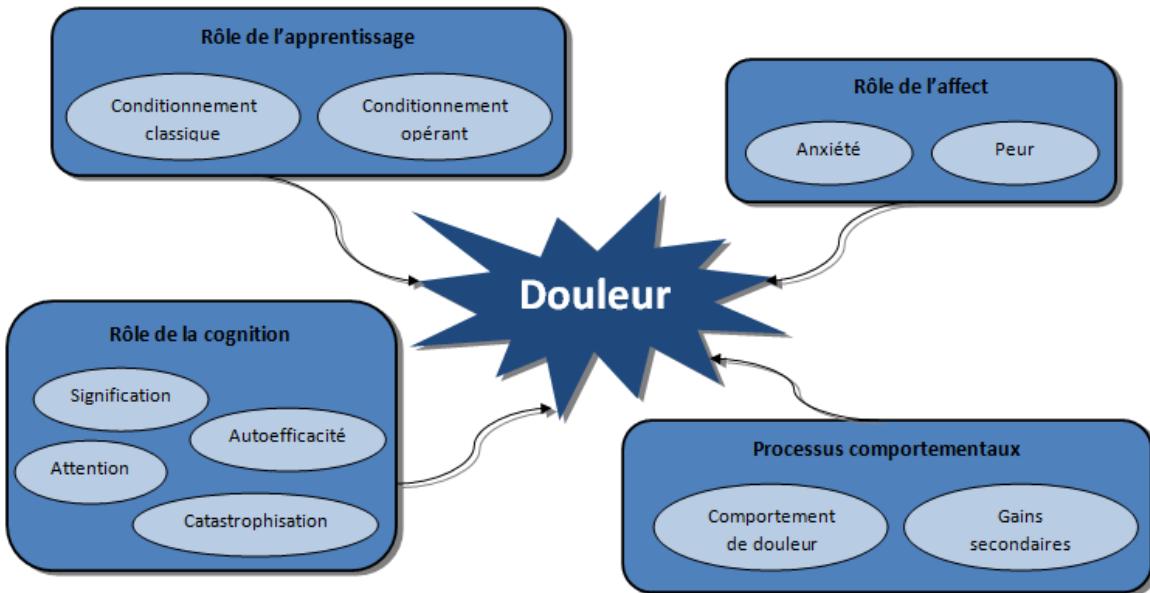


Figure 2. Les aspects psychosociaux de la douleur, schéma inspiré du manuel de Psychologie de la santé

La perception des dysménorrhées est donc, comme toute douleur, influencée par les processus illustrés ci-dessus. Par l'apprentissage, nous retrouvons deux notions de conditionnement : tout d'abord le conditionnement classique, qui se définit par l'association d'un évènement particulier avec l'expérience de la douleur, puis le conditionnement opérant, qui dépend des réactions de l'entourage. Le conditionnement classique s'explique ici par le caractère cyclique de l'apparition des douleurs : tous les mois, ou presque, les femmes savent qu'elles vont à nouveau ressentir les dysménorrhées, elles sont conditionnées à subir les douleurs de manière chronique. Le conditionnement opérant peut répondre quand à lui, dans certains cas, à une réponse péjorative à l'expression de la douleur, comme pour Fanny : « *je disais à mon père que j'avais mal au ventre, bah tu vas à l'école, donc j'avais pas trop le choix en fait. C'est vraiment, oui, arrête de te plaindre et va à l'école. Prends un médicament et ça ira mieux.* » Ce type de réponse va conformer une fois de plus les dysménorrhées comme un phénomène banal, de second plan, ce qui va alimenter un mauvais vécu supplémentaire de ces douleurs.

L'affect entre aussi en jeu : l'anxiété et la peur ont un rôle majeur dans le ressenti des dysménorrhées. L'anxiété se définissant par la crainte d'un danger, nous pouvons la traduire dans ce contexte par la peur de subir à nouveau ces douleurs, surtout s'il n'existe pas de moyen efficace de les traiter. Fanny explique notamment : « *Je suis quelqu'un de très anxieuse de base, [...] donc au niveau vraiment des douleurs de règles, si je sors il faut que je pense à prendre mon médicament, il faut pas que j'aille chez quelqu'un si j'ai pas mes médicaments et que j'ai trop mal* ». De plus, les

descriptions de la douleur qui ont été abordées dans l'encadré 1 montrent que les dysménorrhées sont ressenties de manière très intense, cela peut donc être une source de peur que ces phénomènes se reproduisent. Pour certaines femmes interrogées, comme Céleste et Kelly, il leur est arrivé de vivre des épisodes de douleur extrême. Céleste explique : « *je suis tombée dans les pommes, en pleine rue, [...] c'était horrible j'avais l'impression qu'on m'avait arraché l'utérus* ». Kelly rapporte également : « *un soir où je me suis retrouvée vraiment à quatre pattes dans la douche en train de dire « je vais mourir », parce que j'avais vraiment très très mal malgré les antalgiques et tout* ». Ces épisodes d'une intensité inouïe ne peuvent qu'alimenter la crainte et l'anticipation des dysménorrhées, voire créer un sentiment de panique qui va potentiellement influer sur la perception de la douleur.

Le comportement de la personne lorsqu'elle ressent la douleur pourrait également agir sur la perception de la douleur. Dans le cas des dysménorrhées, ce comportement est modifié en fonction du lieu où se trouve la personne, ce qu'Agathe exprime clairement : « *ça dépend de ce que je suis un peu autorisée à faire sur le moment. Là notamment j'étais en stage j'allais pas m'allonger dans un lit. [...] Après, si je suis chez moi, et bien je vais m'allonger.* » Le comportement dépend du lieu des personnes qui sont présentes lorsque les douleurs sont ressenties, alors que certaines positions et certains gestes qui peuvent soulager, ne sont socialement acceptées que dans le cadre de l'intimité du chez-soi. Le comportement de douleur est notamment influencé par les gains secondaires : l'attitude face à la douleur étant un moyen de communiquer avec l'entourage, elle peut entraîner l'apparition d'une aide de la part des personnes présentes si la douleur est exprimée physiquement, que ce soit par des grimaces ou des positions. Cependant, les dysménorrhées sont toujours ancrées dans le tabou des menstruations, et les réactions face à la douleur sont plutôt cachées, comme l'indique Diana : « *ça faisait longtemps qu'on s'était pas vu, je voulais pas forcément qu'ils le voient, alors je gérais ma douleur, tout en essayent de participer un minimum mais... c'est compliqué ouais...* ». Le fait de cacher les dysménorrhées permettent ainsi d'éviter des remarques perçues comme négatives. Kelly partage cette information en évoquant une ancienne relation de couple : « *j'en ai un surtout qui m'avait dit « mais t'as tout le temps mal, tu crois que c'est normal ? » et en fait limite je me faisais engueuler parce que j'avais mal !* ». La question des gains secondaires est donc à discuter dans le contexte des dysménorrhées, puisque la réponse de l'entourage présent semble plutôt redoutée. L'expression physique de la douleur est donc cachée. Nous pouvons cependant en déduire que la douleur sera d'autant plus mal vécue intérieurement puisqu'aucune aide ne sera apportée par les personnes présentes.

La cognition a aussi un rôle important dans la perception de la douleur. Elle se manifeste notamment dans la signification des dysménorrhées : les douleurs ressenties font écho à l'évacuation

du sang des règles, moment du cycle généralement mal vécu en raison des contextes étudiés précédemment. De plus, le mécanisme des dysménorrhées n'est pas toujours connu des femmes. L'apport de connaissances et les explications apportent pourtant une évolution positive dans la compréhension des douleurs, comme le souligne Agathe : « **déjà d'une je comprends ce qui se passe à tel endroit maintenant** ». Céleste affirme également ce principe : « **maintenant que Céline m'a dit ce que c'était, ce qui est important, ça m'enlève du flou** ». Cette compréhension du mécanisme permet de donner une signification claire aux dysménorrhées, et d'améliorer leur vécu.

Nous retrouvons également le principe d'auto-efficacité dans le principe de cognition : il a été observé dans les entretiens que la douleur est notamment mieux vécue lorsque la personne sait comment se soulager de manière efficace. Par exemple, Agathe rapporte : « **J'ai la chance de pouvoir calmer ça avec du paracétamol et un peu de repos** », mais Diana laisse entendre qu'elle ne sait plus quoi faire pour se soulager, et cela impacte fortement sa perception de la douleur de manière péjorative : « **je tournais beaucoup à l'Ibuprofène sauf que ça fait plus rien. Vraiment même pas un soulagement,[...] en fait maintenant je... j'ai pas envie de prendre trop de médicaments non plus... et bien je subis.** » L'emploi du verbe « subir » fait directement allusion au fait qu'elle n'a pas d'autre choix que de ressentir cette douleur, elle ne peut pas agir dessus.

L'attention portée à la douleur prend une place conséquente dans le paramètre cognitif du ressenti des dysménorrhées. Dans le contexte du SPM, les symptômes impactent déjà la qualité de vie et préparent les femmes qui le vivent à ressentir les douleurs liées aux règles. Céleste l'exprime clairement : « **je voyais que mes règles allaient arriver, déjà j'avais un SPM de malade, j'avais envie de mourir, déjà ça aide pas, mais en plus, je savais que ça allait être compliqué.** » L'attention crée également une anxiété supplémentaire comme le précise Elodie : « **des fois j'avais, je sais pas j'avais un peu mal au ventre mais c'est, est-ce que, tiens ça va arriver demain, est-ce que j'ai faim, est-ce que c'est autre chose... J'étais un peu perdue** ». Cependant, cette attention permet dans certains cas d'anticiper la douleur et de la prévenir en agissant dès les premiers signes : « **dès que je sentais que j'avais un tout petit peu mal j'y prenais tout de suite, en me disant je vais tout de suite prendre des antalgiques, je mets tout de suite l'électrostimulation, je vais faire les deux** » explique Kelly.

Le dernier paramètre pris en compte dans le rôle de la cognition est la catastrophisation, qui se définit par trois composantes : la rumination ou le fait de se focaliser sur l'arrivée des douleurs, la magnification, c'est-à-dire surévaluer l'étendue de la menace, et le sentiment d'impuissance face aux dysménorrhées (16). Cependant, en considérant les témoignages de certaines femmes, le caractère chronique et cyclique des douleurs parfois extrêmement intenses, l'efficacité plus ou moins présente des traitements, le contexte de banalisation, norme et tabou des menstruations, la catastrophisation

apparaît comme une suite logique à tous les évènements psychosociaux précédemment décrits. Certaines femmes interrogées se retrouvent dans des boucles de catastrophisation, à cause de la douleur ressentie, prenant une place conséquente dans leur vie, et allant jusqu'à la conditionner. Diana rapporte une conversation qu'elle a eue avec sa conjointe :

« elle m'a dit que ça prend un espèce dans ta tête qui est immense et en fait t'es, t'es, comment elle m'a dit, pas matrixée, mais t'es embarquée là-dedans, tout le temps H24 quoi... T'es focus là-dessus tout le temps... donc ouais ça prend beaucoup de place j'imagine... du coup je sors moins, je joue moins, je joue beaucoup aux jeux vidéo, et je joue moins avec mes amis du coup parce que je suis pas là quoi. »

3.5 Impact des dysménorrhées sur la vie quotidienne

L'impact des dysménorrhées sur la vie quotidienne des femmes est finalement le paramètre qui va remettre en question la norme établie autour des douleurs de règles, puisque cela va jusqu'à modifier les habitudes de vie et les empêcher de vivre une vie « normale ». La plupart des femmes parlent surtout de l'impact professionnel ou scolaire (voir encadré ci-après).

ENCADRE 2 : Impact des dysménorrhées à l'école ou au travail

Les femmes sont nombreuses à décrire un impact sur leur vie scolaire ou professionnelle :

Brittney : « *Ça m'est arrivé que en bossant [...] ah ouais une horreur ouais, ça aurait été compliqué, manque de concentration, enfin tu vois tellement mal que, ouais tu peux pas faire grand-chose quoi. [...] j'aurai été comme ça dans le commerce, mais franchement, j'aurai demandé un arrêt maladie tous les vingt-huit jours quoi !* »

Céleste : « *Y'a une fois au taff où j'ai dit non mais là, j'y vais-je peurs quoi, je rentre chez moi* »

Diana : « *c'était compliqué au boulot ouais, je disais à ma collègue je peux pas, je peux pas quoi, je peux pas peindre le plafond parce que je, j'ai mal, et je ne peux pas...* »

Elodie : « *Mais quand tu es en cours, je suis souvent obligée de prendre un 1000 mg parce que faut*

que je me concentre sur les cours, faut que je fasse la clinique et cetera, et je peux pas juste être là à rester dans un coin assise... »

Irina : « *le premier et le deuxième jour des règles j'allais pas à l'école* »

Kelly : « *je suis obligé même là de, d'essayer de calculer pour pas avoir mes règles, pour aller en stage, pour être sûre de pas être handicapée, de pas être mal pendant les stages... je me dis qu'il y a quand même quelque chose* »

Les femmes évoquent aussi les conséquences des dysménorrhées sur leur vie sociale, l'influence sur les habitudes de vie et les sorties restreintes. Kelly indique : « *il y a quand même un impact sur ta vie sociale, de quand tu veux sortir, parce que tu n'es pas toi-même, parce que tu as mal* ». Diana ajoute: « *du coup je sors moins, je joue moins [...] Je me suis beaucoup, beaucoup, beaucoup renfermée parce que... [...] je ne trouve pas ça agréable si je suis là et que je ne parle pas, que je rigole pas, parce que j'ai mal et que je suis fatiguée* ».

Au final, la chronicité et l'intensité des douleurs, l'absence de réponses aux questions, la banalisation instaurée par la société, et l'impact quotidien qu'engendrent les dysménorrhées sont des facteurs qui peuvent amener à modifier l'image de soi, Céleste en vient à « **détester son corps** » et à ressentir « **une haine de moi** ». C'est également ce qu'exprime Diana : « *j'ai une vision de moi qui est assez... assez réduite, en fait, de me trouver tout le temps pas belle et grosse, parce que je suis tout le temps gonflée de partout* ».

Nous pouvons donc supposer que lorsque la vie des femmes n'est plus « normale » à cause des dysménorrhées, que cette affection est ressentie comme pathologique.

Le contexte social, dans sa dimension psychologique, la notion de tabou, le regard que porte les femmes atteintes de dysménorrhées sur elles-mêmes peuvent tout à fait influencer la perception de la douleur. Cependant les dysménorrhées intenses et leurs conséquences dans la vie de tous les jours incitent certaines femmes à consulter des professionnels de santé. Mais qu'en est-il de leur prise en charge ?

4 Chapitre 2 : Traitements et prise en charge

« Notre boulot, ça n'est pas de lui dire que ce qu'elle ressent est « vrai », ou « faux », mais de chercher pour son bénéfice, et avec son aide, ce que ça signifie. Si tu veux que les patientes respectent ton avis, il faut d'abord que tu respectes leur perception des choses... »

Martin Winckler, *Le Chœur des femmes*

La mise en lumière du contexte sociétal des dysménorrhées et l'impact psychologique qu'il implique permettent d'aborder à présent le traitement de la douleur ainsi que la prise en charge médicale, quand elle existe. Lorsque les dysménorrhées deviennent une source de questionnements ou qu'elles impactent la qualité de vie, les femmes peuvent être amenées à vouloir rencontrer un professionnel de santé afin de résoudre ce problème. Il se peut également que le professionnel de santé questionne directement la patiente sur la présence de douleurs menstruelles lors d'une consultation de suivi de gynécologie. Quelles sont les options de prise en charge et comment les femmes le vivent-elles ? Comment la prise en charge impacte-t-elle la perception des dysménorrhées ?

4.1 Prise en charge médicale

Les professionnels de santé auxquels les femmes peuvent se référer en matière de suivi gynécologique sont les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues. Les sages-femmes et médecins traitants sont en particulier amenés à pratiquer le suivi gynécologique de prévention, et traiter les affections bénignes quand il y a lieu. Dans les cas pathologiques, ils se doivent de rediriger leurs patientes vers un gynécologue.

4.1.1 Par les médecins généralistes

Deux des femmes interrogées attestent ne pas être suivies par un professionnel de santé en ce qui concerne les dysménorrhées. Mais les autres entretiens rapportent que les femmes préfèrent

faire assurer leur suivi gynécologique par une autre personne que leur médecin traitant, qui est pourtant le professionnel de santé de première ligne en matière de suivi médical. Pour Kelly, la raison principale est qu'il est le médecin de famille, et c'est pour elle difficile de se confier sur le sujet des dysménorrhées avec lui :

« mon médecin traitant c'est le médecin de famille... donc même si je sais qu'ils sont soumis au secret professionnel, il m'a vue grandir, enfin... c'est, déjà c'était compliqué je trouve de, d'aborder certains sujets avec lui alors que pourtant, il est médecin, mais en fait en m'ayant vue grandir et en connaissant toute ma famille et cetera, je trouve que c'était un peu compliqué. »

En revanche, Irina explique en évoquant le thème des dysménorrhées : « *Ma médecin généraliste c'est aussi ma gynéco, mais je ne lui en ai jamais parlé. Parce que en fait je vis avec ça depuis très jeune, et... et je fais avec en fait.* » Même si le médecin traitant assure le suivi gynécologique, le tabou des dysménorrhées reste bien présent, la patiente peut ne pas parler d'elle-même de ses douleurs si elles ne sont pas recherchées.

Pour celles qui ont abordé le sujet avec leur médecin traitant, les ressentis sont partagés. Pour le cas de Céleste, la consultation a été très mal vécue : « *l'entretien avec ma médecin généraliste a été un scandale, enfin, elle m'a pas du tout écoutée, elle m'a dit que les règles c'est normal que ça faisait mal* ». A l'inverse, Diana s'est sentie écoutée : « *j'ai été surprise par mon médecin traitant. Qui l'a pris en considération,... en fait il a été plutôt à l'écoute, et il disait, oui ce que vous m'indiquez ça ressemble à ça, à ça, on va faire des examens, voilà, vous êtes en relation avec une gynécologue, c'est très bien, donc ça c'était bien d'être à l'écoute.* » Cependant, nous pouvons souligner le fait que Diana a été surprise de cette prise en considération de la part de son médecin traitant, elle s'attendait donc à ne pas être écoutée comme elle le souhaitait.

En reprenant notamment le contexte familial, lorsque les dysménorrhées sont considérées comme normales, ce sujet a peu de chance d'être abordé spontanément par la patiente auprès de son médecin traitant, en particulier à l'adolescence. C'est ce que souligne également Dr Péchon dans sa thèse ; il évoque également qu'il reste une minorité de médecins généralistes qui entretiennent le phénomène de banalisation des dysménorrhées, n'apportant pas l'écoute nécessaire dont les patientes ont besoin (7). Cependant, nous pouvons supposer, d'après les résultats de la thèse, que si cette banalisation ne concerne désormais qu'une minorité des médecins généralistes, une majorité devrait aujourd'hui évoquer le sujet des douleurs menstruelles avec leurs patientes, en particulier les adolescentes à la mise en place des premiers cycles. Le médecin se doit également de rediriger sa patiente vers un gynécologue si les symptômes font suspecter une pathologie gynécologique.

4.1.2 Par les sages-femmes

Seules trois femmes interrogées ont consulté une sage-femme au cours de leur vie, et deux lui ont abordé le sujet avec le professionnel. Fanny rapporte une nouvelle fois les stéréotypes autour des menstruations et de leurs douleurs associées :

« j'ai l'impression que dans la société qu'on relaye un peu la santé des femmes au second plan, et qu'on dit ah bah oui mais vous êtes des chocottes, c'est juste vous êtes chocottes. Moi j'avais un peu peur qu'elle me dise ça si j'avais pu en parler, je me suis quand même forcée à le faire, et elle m'a vachement écoutée, et du coup ça m'a surprise agréablement, et j'ai pu lui parler voilà de ce qu'il se passait donc en terme de prise en charge elle a été super à l'écoute »

La peur du jugement que Fanny ressent peut être reliée à la surprise de Diana abordée plus haut lorsque qu'elle parle de ses dysménorrhées à son médecin traitant. Dans les deux cas, elles se sont senties écoutées par leur professionnel de santé, ce qui entraîne un élan d'enthousiasme et de soulagement. C'est également ce que souligne Kelly : « *La sage-femme je me suis sentie hyper à l'aise, comprise, écoutée, et je me suis dit OK en fait, quelqu'un m'écoute, et veut m'aider !* ». Cette dynamique d'écoute bienveillante du soignant brise le tabou pesant, et permet aux femmes de s'exprimer et de faire reconnaître leur douleur.

Cependant, la sage-femme reste limitée dans la prescription et l'interprétation de certains examens paracliniques. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) ne peut être prescrite que par un médecin, et dans ce cas de figure, la sage-femme doit rediriger le suivi de la patiente vers un gynécologue, car le domaine de la pathologie en gynécologie est en dehors du champ de ses compétences. La patiente pourra revenir au suivi par la sage-femme si le diagnostic pathologique est éliminé.

4.1.3 Par les gynécologues

Les deux tiers des femmes interrogées sont suivies par un gynécologue notamment pour leurs dysménorrhées. Certaines ont commencé leur suivi gynécologique directement par un spécialiste, comme Elodie qui s'inquiétait de son aménorrhée secondaire, soit elles ont été redirigées

par la suite par leur médecin traitant ou leur sage-femme pour la prise en charge de leurs dysménorrhées, comme Kelly ou Diana.

Les retours sont plutôt partagés sur le sentiment d'écoute. Certaines femmes sont ravis de l'attention et de la bienveillance que leur porte leur praticien, comme le témoigne Johanna : « *J'adore cette gynéco, elle est à l'écoute, elle est présente. [...] Et dès qu'il y a quelque chose, je sais aller vers elle, et vraiment elle est top. Je changerais pas !* ». Cependant, Céleste rapporte : « *je vais voir la gynéco, qui me reçoit, qui est plutôt agréable, mais qui quand même me dit que dans tous les cas, le traitement final ce sera des hormones, donc on s'en fout un peu de ce que j'ai quoi* ». La cause des douleurs ne semble pas réellement recherchée. Nous pouvons supposer que cette réponse du professionnel est liée au manque de temps de consultation, comme le souligne Brittney : « *Après elle est speed ma gynéco. Ouais. Elle est très speed. [...] allez hop hop hop au suivant quoi. Ouais. Comme la plupart des médecins d'aujourd'hui on va dire.* » Le manque de professionnels de santé, en particulier de spécialistes, est mis en lumière, et peut être un véritable frein au suivi gynécologique. C'est ce que révèle Elodie : « *peut-être que ce serait bien d'avoir quelqu'un sur Toulouse mais je sais que trouver un gynéco ça va être compliqué...* »

La gynécologie fait partie des spécialités de médecine pour lesquelles les délais d'obtention d'un rendez-vous sont les plus longs. En moyenne, le temps d'attente pour une consultation avec un gynécologue est de 44 jours d'après les résultats de l'enquête menée par la DREES en 2016 et 2017 (17). Ce chiffre est également à recontextualiser en fonction de la population recrutée : la majorité des femmes interrogées viennent du département de l'Ain, une zone rurale, avec une densité de professionnels de santé plus faible qu'en zone urbaine. Même si ce département est limitrophe avec la métropole de Lyon, l'accès à des spécialistes dépend des possibilités de déplacement des femmes et des capacités de suivi de ces professionnels de santé. C'est ce que démontre Diana :

« *je m'étais renseignée pour aller voir des spécialistes en endométriose, sauf qu'ils... enfin des chirurgiens et tout à Lyon, sauf qu'ils prennent pas, sans lettre, de gynécologue ou de médecin traitant. Et les autres gynécologues [...] qui sont reconnus par EndAURA, ça dépend d'EndoFrance, elles sont pleines à craquer, elles ne prennent plus de nouveaux clients quoi.* »

Chaque professionnel de santé a son rôle à jouer dans le dépistage et la prise en charge des dysménorrhées primaires. Le médecin généraliste est en première ligne pour aborder le sujet des menstruations et de ses douleurs associées lors des consultations, notamment avec les adolescentes lors de leurs premiers cycles. La sage-femme, dans le suivi gynécologique, est amenée à dépister ces douleurs de manière plus systématique. Ces deux professionnels de santé peuvent ainsi rediriger

leurs patientes vers un spécialiste si besoin. Cependant, l'accès aux consultations par des gynécologues prend du temps, à cause du manque de spécialistes, la durée de la consultation est écourtée. Ce temps est précieux et essentiel car il permet l'écoute. Peu importe le professionnel de santé consulté, les femmes ont exprimé beaucoup d'enthousiasme et de soulagement dans le simple fait d'être entendues, comprises, et même crues, et cela participe activement à améliorer le vécu et briser le tabou autour de leurs douleurs. Elles s'adressent à un professionnel qui se doit de croire en leurs difficultés et se doit de ne pas les juger, la prise en charge sera ainsi mieux vécue.

« *Un médecin qui écoute est souvent plus utile qu'un médecin qui prescrit* »

Pr Didier Sicard

4.2 Besoin de diagnostic

Lorsque les douleurs deviennent invivables, les femmes remettent en question le concept de normalité des dysménorrhées et s'interrogent sur l'existence d'une pathologie. Elles ont besoin dans un premier temps d'être entendues, d'être crues, car il devient inconcevable que de telles douleurs soient normales, comme l'exprime Céleste : « ***Je devrais arriver en rendez-vous avec ma gynéco ou ma médecin traitant, et qu'on ne me réponde pas que c'est dans ma tête, ou enfin, que c'est juste normal...*** ».

Par la suite, le professionnel de santé se doit de vérifier la cause de ces douleurs : en effet, il se peut que la cause soit organique, telle une malformation, un fibrome, des kystes ovariens, ou encore l'endométriose... Les femmes interrogées ont bénéficié d'examens paracliniques : échographies, IRM pelviennes pour dépister une éventuelle dysménorrhée secondaire. Diana explique : « ***le docteur B. en a fait deux [échographies endovaginales], et elle a rien vu. J'ai fait une IRM où le docteur présent a rien vu non plus. Et j'ai fait une échographie...abdominopelvienne ? Je crois... [...] et y'avait rien non plus*** ».

- Fanny : « ***j'ai eu une écho, une IRM et pour le coup voilà il n'y avait rien du tout*** »
- Kelly : « ***elle n'a jamais rien vu*** », « ***il n'a rien trouvé non plus*** »

L'expression « rien » semble difficile à admettre car il ne permet pas d'identifier, de matérialiser ce qui cause leurs douleurs. Ce « rien » est mis en valeur par l'absence de preuve médicale, ce qui remet en question la réalité de ce qu'elles ressentent. Par le « rien », la notion de néant est appuyée,

elle représente quelque chose d'insignifiant, qui n'a pas d'impact. Cela rejoint le concept de signification dans le rôle de cognition: la douleur n'a pas d'explication, elles ne savent pas pourquoi elles ont mal, ce qui va empirer le ressenti péjoratif des dysménorrhées.

Ces résultats d'examens qui ne montrent aucune anomalie remettent donc en cause la question de légitimité de la douleur. Cependant, il a été prouvé qu'il n'existe pas de différence significative entre dysménorrhée primaire et dysménorrhée secondaire en terme d'intensité de la douleur. En reprenant l'EVA, l'intensité perçue dans le cas des dysménorrhées primaires est évaluée à 7,30/10, et à 6,88/10 pour les dysménorrhées secondaires (1). Si nous interprétons ces résultats de manière brute, nous pourrions même supposer que les dysménorrhées primaires seraient perçues comme plus douloureuses que les dysménorrhées secondaires.

Les femmes ont donc besoin de savoir pourquoi elles ressentent ces dysménorrhées, ce qui cause leurs douleurs, afin de mieux comprendre et cerner cette affection gynécologique chronique. Céleste appuie cette idée : « ***j'ai besoin de savoir, avant toute chose, si j'ai de l'endométriose, ou autre chose, enfin j'ai besoin de comprendre quoi*** ». Lorsque Diana explique son point de vue sur ce sujet, elle est émue, cette incompréhension la touche émotionnellement, remet en question ce qu'elle ressent, au point de se demander si au final tout ne vient pas de son esprit :

« le plus frustrant c'est de pas avoir de réponse. De, ce que au moins on me dit, j'ai, j'ai par exemple l'endométriose, bah au moins je sais. Et je peux me renseigner, ou m'orienter... enfin je sais pas, je sais pas comment ça fonctionne, mais au moins j'ai un mot dessus, parce que, de dire aux gens, bah j'ai mal, et t'as quoi, bah je sais pas, ou même pour moi-même, enfin j'ai mal, j'ai l'impression d'être folle ! J'ai l'impression d'inventer ces douleurs »

Ce besoin de réponse est nécessaire pour Diana : un diagnostic de dysménorrhée secondaire expliquerait ses douleurs de façon légitime et serait prouvé par des résultats médicaux, ce qui lui éviterait de rester dans l'incompréhension et l'absence de réponse. C'est ce qu'elle appuie par la suite : « ***Mettre un mot dessus ouais, ce serait bien.*** »

Céleste explique qu'elle a rencontré une professionnelle de santé, en dehors du cadre de son suivi gynécologique, avec qui elle évoque son parcours avec ses douleurs de règles de façon anecdotique. Elle rapporte un passage de cette rencontre : « ***elle me dit bah oui ce que tu as c'est des dysménorrhées primaires. Je lui fais mais comment ça ? [...] et là elle m'explique, je fais mais oui c'est ça que j'ai. [...] mais ce qui est cool, c'est que je sais que voilà, Céline, en tout cas elle a mis un mot, sur ce qui existe.*** » Ainsi, les douleurs vécues par Céleste sont en quelque sorte répertoriées, nommées par des termes médicaux, diagnostiquées. Elle se sent enfin crue et reconnue.

Même si aucune anomalie organique n'apparaît sur les images, sans oublier d'évoquer les limites des examens d'imagerie médicale, il est primordial de reconnaître l'existence de ces douleurs, et de poser un mot, une expression qui les caractérise. Plutôt que de dire qu'il n'y a « rien », le fait d'expliquer que ces douleurs sont appelées des dysménorrhées primaires permet ainsi à la personne d'identifier la source du problème, d'avoir un diagnostic reconnu dans la prise en charge.

4.3 Traitements médicamenteux

La physiopathologie des dysménorrhées primaires regroupe trois grands principes d'action : l'hypercontractilité du myomètre, une hypoxie tissulaire, et la sensibilisation des terminaisons nerveuses aux stimuli. Ces phénomènes vont jouer sur la libération de substances algogènes, notamment de prostaglandines qui créent une inflammation, et ainsi agir sur l'abaissement du seuil de sensibilité à la douleur, ce qui va engendrer un signal douloureux (18).

4.3.1 Antalgiques

Le Vidal recommande, après élimination à l'examen clinique d'une malformation pouvant causer les douleurs, d'instaurer un traitement symptomatique initial pour répondre notamment à la physiopathologie du mécanisme des dysménorrhées primaires (8). Nous retrouvons notamment les antispasmodiques comme le phloroglucinol, des antalgiques comme le paracétamol, et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l'ibuprofène ou le flurbiprofène.

Ces médicaments sont pour la plupart en vente libre en pharmacie, et les femmes n'ont donc pas besoin d'une prescription médicale pour s'en procurer : la Revue Médicale Suisse affirme même que dans 78% des cas, les antidouleurs pour les dysménorrhées sont achetés sans ordonnance (9). Agathe explique que « *j'ai la chance de pouvoir calmer ça avec du paracétamol et un peu de repos* ». Elle ajoute également que « *c'est pas un médecin, c'est pas une sage-femme, c'est personne qui m'a spécialement dit de faire ça.* » En effet, Agathe affirme qu'elle n'est suivie par aucun professionnel de santé dans le contexte de ses dysménorrhées, elle arrive à être efficace dans son auto-médication. Agathe peut être avantagée lorsqu'elle cherche à obtenir des réponses : étant étudiante sage-femme, elle sait où trouver des informations scientifiques fiables. Elle explique par

exemple : « *Et j'ai appris, grâce au Collège de Gynécologie (rires), que ça pouvait faire partie du syndrome prémenstruel de prendre plusieurs kilos d'un coup et de les perdre juste après.* »

Même si « *le premier truc c'est souvent du Doliprane* » d'après Agathe, ou du « *Spasfon classique* » pour Diana, ces différents médicaments ont tendance à être accumulés et associés pour être efficaces, comme le témoigne Fanny : « *Donc je prenais Spasfon, Doliprane, Antadys...* ». Pour Elodie, le paracétamol est suffisamment efficace pendant son temps d'action : « *après je les sens quasiment plus de la journée donc oui forcément c'est efficace, mais... c'est pas très bien de prendre trop de Doliprane des fois...* » Fanny et Elodie soulèvent donc le questionnement de la sur-médication : pour le paracétamol, il existe un risque de toxicité du foie en cas de surdosage (19) et des risques gastriques, rénaux et cardiovasculaires lors d'une prise d'AINS au long cours (20). De plus, l'efficacité de ces médicaments est à discuter : il a été démontré que les traitements médicamenteux ont peu d'effet sur la douleur chronique, ce qui augmente l'anxiété, qui à son tour peut augmenter la douleur (16). Diana illustre ce principe : « *j'ai pris l'autre jour du Tramadol et ça m'a soulagé la douleur mais ça ne me l'a pas enlevée, enfin... Ça me l'a juste un peu atténuée [...] j'ai pas envie de prendre trop de médicaments non plus* ».

Par ailleurs, même si le traitement symptomatique est efficace, il peut représenter une contrainte, en particulier pour Brittney, qui a choisi la contraception définitive notamment pour ne pas avoir la charge mentale de la pilule contraceptive : « *ce qui m'a un peu blasée c'est d'avoir toutes ces choses à prendre quoi. En fait pour moi prendre un cachet c'est contraignant.* »

Le traitement symptomatique a pour avantages d'être suffisant pour certaines femmes pour soulager efficacement la douleur et d'être disponible en vente libre en pharmacie. Les femmes peuvent alors traiter leurs douleurs par l'automédication, sans nécessité de consulter un professionnel de santé, et se sentent ainsi autonomes dans la gestion de leurs dysménorrhées. Cependant, il est nécessaire de respecter la posologie pour éviter tout risque de toxicité lié à la prise de médicaments au long cours. De plus, ce traitement symptomatique est loin d'être efficace pour toutes les femmes, et cela peut avoir un impact supplémentaire sur le vécu de la douleur. La prise répétée de plusieurs médicaments peut également représenter une contrainte.

4.3.2 Place du contraceptif hormonal

Lorsque le traitement symptomatique n'est pas efficace, il est recommandé de prescrire un traitement hormonal œstro-progestatif ou progestatif seul (8), qui se présente généralement sous la

forme d'une pilule contraceptive, comme le précise Kelly : « *on va tenter de mettre une pilule, pas dans le but contraceptif, mais vraiment pour essayer d'arrêter les douleurs de règles.* » Contrairement aux antidouleurs présentés précédemment, les traitements contraceptifs nécessitent une prescription médicale, et donc une consultation auprès d'un professionnel de santé.

Les trois femmes qui ont une contraception définitive prenaient la pilule comme moyen de contraception depuis leur adolescence, et ne ressentaient à ce moment-là aucune douleur pendant leurs menstruations. C'est notamment à cause des contraintes de la pilule qu'elles ont choisi de se faire opérer, pour ne plus avoir à se préoccuper de la charge contraceptive. C'est pourquoi prendre une pilule dans le but de réguler les dysménorrhées peut leur sembler paradoxalement, comme l'indique Brittney : « *j'avais vu mon médecin entre temps, il me dit, mais vous allez quand même pas reprendre la pilule ? et bah franchement j'y songe !* » Cependant, pour Céleste, qui explique : « *je me suis fait ligaturer les trompes, donc à partir de là je me suis dit ça y est je peux enfin arrêter mon contraceptif, [...] moi qui pensais être sur la voie de la libération* », elle révèle : « *donc je suis partie à prendre la pilule [...] que je mets en continu, j'ai aucun cycle, et là c'est le répit, là ça y est c'est le répit.* » La pilule contraceptive est réellement efficace pour elle : c'est l'arrêt des douleurs, elle n'est plus accablée par ses dysménorrhées.

Agathe, quant à elle, a essayé quelques temps la pilule dans un but contraceptif, et s'est rendu compte de manière fortuite d'une nette amélioration de ses dysménorrhées :

« *j'avais pris une pilule, pendant trois mois, j'ai arrêté parce que j'étais déprimée clairement. Mais pendant ce temps-là, je me suis rendue compte de ce que c'était d'avoir des règles pas du tout douloureuses, et pas du tout abondantes, des vraies règles de personnes normales. Et c'était incroyable !* »

Cependant, la pilule n'a pas été bien supportée notamment à cause des effets secondaires. Fanny l'exprime également : « *la pilule elle agit quand même vachement sur les douleurs de règles. [...] Et puis en fait c'est vrai que les pilules ne me convenaient pas pour plein de raisons.* »

A l'inverse, le contraceptif hormonal n'est pas efficace pour toutes les femmes, c'est ce que témoigne Diana : « *J'ai eu trois mois de répit, à peu près, environ trois mois avec la deuxième pilule, mais c'est complètement revenu comme avant* » et Kelly : « *la pilule ça avait bien marché, les quatre premiers mois je dirais, après... les douleurs étaient revenues comme avant* ». Fanny a notamment essayé le système intra-utérin (SIU), afin de conserver l'efficacité des hormones sur les douleurs sans les inconvénients de la pilule contraceptive : « *j'ai eu un stérilet hormonal il n'y a pas longtemps, où ça se passait aussi pas très bien, j'avais des douleurs tout le temps, et cetera, et du*

coup j'ai arrêté et là je reprends la pilule ». Fanny reprend donc la pilule malgré les inconvénients qu'elle lui associe, afin d'être soulagée.

Le choix de la prise d'un contraceptif hormonal repose notamment sur une balance d'avantages et d'inconvénients. Dans 90% des cas, les femmes sous contraception hormonale ont obtenu « l'effet désiré » sur les douleurs (9). Cependant, les contraceptifs hormonaux peuvent également représenter une contrainte liée au mode de prise ou aux effets secondaires. Pour traiter les dysménorrhées de manière médicamenteuse, il n'existe donc pas de remède parfait, qui convienne à toutes les femmes, comme elles peuvent le témoigner :

- Agathe : « **j'espère pas de ma sage-femme qu'elle m'invente un remède miracle** »
- Brittney : « **j'aurai aimé qu'elle me donne une solution miracle** »
- Elodie : « **il n'y a pas de pilule magique qui fait que tu auras pas mal** »
- Johanna : « **elle aura peut-être pas de solution miracle au jour d'aujourd'hui** »

Les notions de « miracle » et de « magique » peuvent laisser sous-entendre que les dysménorrhées restent une fatalité, que pour avoir une solution efficace sur les douleurs, des compromis s'imposent.

4.4 Stratégies d'adaptation

4.4.1 Traitements non médicamenteux

Les femmes interrogées ont évoqués d'autres solutions, en complément des antidiouleurs et des contraceptifs hormonaux lorsqu'elles en prennent, pour soulager leurs dysménorrhées. Les techniques utilisées sont :

- **L'auto-massage** : « **en fait si j'ai mal dans le dos, je vais me masser si vraiment je sens que j'en ai besoin** » (Agathe)
- **La bouillotte** : « **plus jeune, avec les moyens du bord parce qu'en plus j'étais à Madagascar, je me faisais une bouteille d'eau chaude, donc des fois je me brûlais un peu le ventre, mais c'est ce qui a atténué en fait les douleurs** » (Irina)
- **Les compléments alimentaires** : « **Feminabiane [...] que je prenais la deuxième partie du cycle** » (Brittney)

- **La neurostimulation électrique transcutanée (TENS)** : « *on a tenté de continuer avec les antalgiques et de rajouter [...] l'électrostimulation. Et pour le coup le combo des deux ça marchait plutôt bien* » (Kelly)
- **Une position** : « *la position en boule... [...] Couchée et puis les jambes relevées sur la poitrine* » (Brittney)
- **Un régime alimentaire** : « *j'ai été suivie par une naturo, [...] j'ai expérimenté que en effet, quand je faisais attention à mon alimentation mais de ouf, [...] ça pouvait quand même avoir un bon impact sur le début des cycles* » (Céleste)
- **Le repos** : « *j'essaie de me mettre au calme* » (Johanna)

Ces différentes techniques permettent d'obtenir un soulagement plus efficace des douleurs, et sont pour la plupart des méthodes employées spontanément par les femmes, sans avoir un avis médical. La Revue Médicale Suisse a notamment publié une étude sur les différents traitements utilisés par les femmes atteintes de dysménorrhées ainsi que leur efficacité rapportée (9), qui peuvent être consultés en ANNEXE IV.

Les résultats montrent que les traitements les plus utilisés sont l'ibuprofène, le paracétamol, et la contraception hormonale, qui sont donc recommandés en première et seconde intention dans le traitement des dysménorrhées. En revanche, ce ne sont pas forcément les plus efficaces : l'étude révèle que la technique avec le meilleur « effet désiré » reste l'objet chaud, comme une bouillotte par exemple.

Certains professionnels de santé conseillent de combiner plusieurs techniques pour soulager au mieux leurs patientes. La gynécologue de Kelly lui a conseillé l'utilisation de TENS dans son traitement des dysménorrhées, en complément de la pilule contraceptive et des antidouleurs. Des compléments alimentaires ont également été conseillés à Brittney.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont analysé les résultats d'études menées sur l'efficacité de thérapeutiques alternatives et complémentaires sur les dysménorrhées. Une efficacité plus ou moins modérée a été démontrée pour certaines pratiques, comme la supplémentation en mélatonine, en plantes médicinales et condimentaires, en herbes chinoises, mais également pour l'aromathérapie, l'acupuncture et l'ostéopathie à court et moyen terme, et pour la neurostimulation transcutanée (TENS) (21). Certains exercices physiques, comme le yoga, des exercices isométriques ou d'étirement pourraient même soulager de manière significative les dysménorrhées primaires (22).

4.4.2 Mise en place d'une stratégie de traitement

Il existe donc plusieurs solutions pour soulager les dysménorrhées primaires. L'efficacité varie en fonction des femmes, et certaines mettent donc en place une combinaison de plusieurs traitements et techniques afin d'être soulagées au mieux. Agathe explique : « ***je me sens bien dans l'organisation que j'ai trouvée par rapport à ma douleur, le paracétamol fonctionne très bien, le repos, et puis le massage.*** » En revanche, malgré une accumulation de traitements, les douleurs ne sont pas toujours soulagées efficacement, comme l'illustre l'encadré ci-après, qui précise la stratégie d'action de Kelly.

ENCADRE 3 : Stratégie de traitement de Kelly

Kelly témoigne « ***je prends des gros coups de chaud, vraiment la douleur qui prend quoi. Et ça, même en dehors des cycles, et je peux pas te dire c'est, en fait c'est absolument pas régulier*** », et ce malgré toutes les thérapeutiques mises en place, qui sont :

- Une pilule oestroprogestative avec une prise en continu pendant trois mois, puis une semaine d'arrêt
- Des anti-inflammatoires
- Des antalgiques de palier I pour la journée et de palier II la nuit en cas de douleurs
- La bouillotte et le TENS

Elle explique cependant sa stratégie : « ***dès que je sentais que j'avais un tout petit peu mal j'y prenais tout de suite, en me disant je vais tout de suite prendre des antalgiques, je mets tout de suite l'électrostimulation, je vais faire les deux.*** » Il lui arrive même de modifier son mode de prise de la pilule dans certains cas : « ***si je sais que j'ai des trucs très importants qui arrivent, je vais enchaîner une autre plaquette, pour être sûre de ne pas avoir mes règles*** ».

Céleste explique qu'elle a dû adapter tout son mode de vie pour limiter ses douleurs : « ***je bois plus d'alcool, je bois plus de café, [...] je fais du sport et tout*** ». Elle doit faire des compromis pour éviter d'avoir mal.

Pour limiter l'impact sur la vie sociale, les femmes témoignent qu'elles doivent anticiper leurs douleurs, en ayant toujours avec elle leur traitement, comme le démontre Fanny : « ***si je sors il faut***

que je pense à prendre mon médicament, il faut pas que j'aille chez quelqu'un si j'ai pas mes médicaments et que j'ai trop mal ». Cela rajoute une charge mentale supplémentaire.

Kelly ajoute également : « *Je m'arrangeais toujours pour sortir, parce que ça me saoulait de devoir entre guillemets mettre ma vie sociale entre parenthèses parce que j'avais mal. Donc par contre je sortais armée* ». L'emploi du mot « armée » laisse entendre qu'elle doit se battre contre ses dysménorrhées, pour se défendre de l'impact qu'elles ont sur sa vie.

La multiplication des traitements et une adaptation du mode de vie sont parfois nécessaires pour trouver une efficacité satisfaisante sur les douleurs. Cependant, cela demande une certaine organisation et augmente la charge mentale déjà existante pour les menstruations. Plutôt que de simplifier la vie des femmes qui vivent les dysménorrhées, l'accumulation de traitements et de techniques peuvent au contraire apporter des contraintes supplémentaires.

4.5 Insatisfaction globale

La plupart des femmes rapportent dans un premier temps que l'écoute et l'intérêt que leur a porté leur professionnel de santé a permis de créer un lien de confiance primordial dans la prise en charge. C'est ce que démontre Kelly :

« je sais que je suis accompagnée, je sais que je ne suis pas toute seule, qu'il y a quelqu'un qui m'écoute, qui me croit quand je lui dis que j'ai mal et qu'il se passe quelque chose, donc en fait déjà de là, ça fait du bien de te dire que tu n'es pas folle, que tes douleurs ne sont pas imaginaires. »

Cependant, les femmes ont conscience que la cause des douleurs n'est pas traitée définitivement, les thérapeutiques mises en place sont à maintenir pour chaque cycle, pour une durée indéterminée, comme l'indique Fanny : « *Mais finalement, si je voulais arrêter la pilule, les douleurs seraient toujours là en fait* ». Elle exprime également : « *y'a des douleurs quoi, et des douleurs très très très fortes. Qui sont pas expliquées en fait, c'est ça moi que, que du coup on trouve pas de solution, à part prendre un médicament* ». Elle soulève l'importance de comprendre le fonctionnement et l'origine des douleurs, et que les traitements symptomatiques ont leurs limites.

Les femmes qui ont une contraception définitive en viennent même à regretter leur choix : « *je trouve ça dommage en fait de se faire opérer pour arrêter de prendre des hormones et puis*

finalement tu te retrouves avec une tonne de médocs à avaler... Donc ce serait à refaire et ben... Je le referais pas. » témoigne Brittney. Céleste souhaiterait même une hysterectomie pour ne plus avoir à subir ses dysménorrhées : « *j'ai même pensé à me faire retirer l'utérus* ».

Cette situation peut entraîner de la colère chez les femmes, en particulier lorsque les traitements ne sont pas efficaces, ce qu'exprime Diana : « *J'ai, j'ai envie de... de un peu... crier un peu mon mécontentement et ras-le-bol vis-à-vis de ça quoi, et pas de sourire, et de dire que tout va bien, alors que c'est pas vrai quoi.* » Céleste ajoute même : « *il y a un moment où moi je rentrais dans une haine de moi [...], je trouve ça tellement injuste, non mais vraiment, que une fois par mois, pendant dix jours, que ma vie soit un échec en fait.* »

Pour résumer, les femmes témoignent d'une insatisfaction globale de la prise en charge, de par l'accumulation de thérapeutiques plus ou moins efficace, sans traiter définitivement l'origine des douleurs. Cependant l'écoute et le soutien des professionnels de santé qui assurent leur suivi participent activement à améliorer leur vécu par rapport à leurs dysménorrhées.

4.6 Pistes d'amélioration

Même si le vécu des femmes sur leur prise en charge semble plutôt négatif, des pistes d'amélioration pourraient être mises en place par les professionnels de santé.

Dans le cadre de l'évaluation de la symptomatologie douloureuse liée à l'endométriose, la HAS et le CNGOF recommandent d'utiliser des échelles globales de mesure de l'intensité des douleurs et de leurs conséquences sur la qualité de vie pour optimiser la prise en charge (21). Les dysménorrhées primaires ont un impact fort sur la vie quotidienne et leur intensité douloureuse est au moins égale à celle des dysménorrhées secondaires comme l'endométriose, ce qui pourrait justifier l'utilisation de ces échelles. Le questionnaire *endometriosis health profile 5* (EHP 5) adapté en version française (23), en ANNEXE V, pourrait être un outil à tester dans la prise en charge des dysménorrhées primaires.

Une prise en charge pluridisciplinaire pourrait également être mise en place afin d'améliorer le traitement et le vécu de ces douleurs chroniques : « *Les thérapeutiques complémentaires ou non, pharmacologiques ou non associent toujours un acte technique à un acte humain qui valorise les traitements.* » (21).

De plus, les femmes rapportent avoir manqué d'informations sur la physiopathologie de leurs douleurs ainsi que sur les mécanismes d'action et l'intérêt thérapeutique des différents traitements,

comme l'explique Elodie : « *j'aurai aimé avoir un peu plus peut-être, d'informations avant de prendre un traitement hormonal* », « *je sais pas exactement ce qui se passe, au niveau, enfin pourquoi au niveau des hormones ça crée la douleur, mais elle m'a laissée... on a juste changé de pilule* ». Ce manque d'informations est aussi révélé dans l'étude menée par la Revue Médicale Suisse, « *42% des participantes souhaiteraient plus de connaissances par rapport au fonctionnement biologique des règles et 52% plus de connaissances par rapport aux possibilités thérapeutiques de traiter la dysménorrhée* » (9).

Il existe donc des possibilités d'amélioration de la prise en charge à explorer : que ce soit par l'utilisation d'échelles d'évaluation de la qualité de vie, par une prise en charge pluridisciplinaire ou par une éducation thérapeutique de la patiente, les dysménorrhées ne devraient plus être perçues comme une fatalité.

5 Conclusion

Les dysménorrhées primaires demeurent un sujet tabou et elles sont souvent banalisées par la société actuelle. Cependant, lorsqu'elles deviennent invalidantes au point d'impacter la qualité de vie, elles sont perçues comme pathologiques par les femmes, qui cherchent alors pour la plupart à consulter un professionnel de santé.

Malgré les nombreux traitements possibles, les femmes ne sont pas toujours soulagées efficacement, et la cause des douleurs n'est jamais traitée définitivement. L'évaluation objective de l'impact des douleurs sur la qualité de vie, un accompagnement pluridisciplinaire et l'instauration d'une éducation thérapeutique des femmes tentent cependant de faire évoluer les prises en charge. Les qualités humaines des professionnels de santé rencontrées contribuent en partie à améliorer le vécu des dysménorrhées.

La sage-femme a donc un rôle à part entière dans le dépistage et le traitement des dysménorrhées primaires. Questionner les patientes systématiquement sur les douleurs permet d'ouvrir la discussion sur un sujet encore tabou, d'établir des solutions efficaces et notamment de personnaliser le suivi gynécologique en proposant des moyens de contraceptions plus adaptés. En terme de pratique professionnelle, la sage-femme peut élargir son réseau de professionnels de santé ou ses compétences en matière de thérapeutiques alternatives afin de proposer une prise en charge plus complète. La sage-femme peut également apporter des explications sur la physiopathologie des douleurs et les mécanismes d'actions des différents traitements possibles afin de permettre à la patiente de devenir actrice à part entière dans sa prise en charge.

Nous pouvons nous questionner sur la mise en place du nouveau test salivaire de dépistage de l'endométriose, Endotest®, pour lequel une grande fiabilité a été prouvée. Le sujet de l'endométriose est souvent abordé par les femmes interrogées par crainte d'en être atteintes et est au cœur de la politique de santé actuelle. La mise en place du nouveau test salivaire de dépistage pour toutes permettrait-il au moins d'apaiser les craintes de femmes ?

6 Références bibliographiques

1. Abreu-Sánchez A, Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD, Ramos-Pichardo JD, Fernández-Martínez E. Type of Dysmenorrhea, Menstrual Characteristics and Symptoms in Nursing Students in Southern Spain. *Healthcare*. sept 2020;8(3):302.
2. Nguyen A, Humphrey L, Kitchen H, Rehman T, Norquist J. A qualitative study to develop a patient-reported outcome for dysmenorrhea. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 22 juill 2014;24.
3. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 9 janv 2023]. Dysménorrhée - Gynécologie etobstétrique. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/troubles-menstruels/dysm%C3%A9norrh%C3%A9e>
4. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update*. nov 2015;21(6):762-78.
5. Izidore E, Delpech-Dunoyer G, Hernio Cl. Dysménorrhées primaires et absentéisme scolaire chez les lycéennes. *Sages-Femmes*. mars 2022;21(2):52-5.
6. Chen CX, Draucker CB, Carpenter JS. What women say about their dysmenorrhea: a qualitative thematic analysis. *BMC Womens Health*. déc 2018;18(1):1-8.
7. Péchon L. Le dépistage et la prise en charge des dysménorrhées primaires d'origine fonctionnelle de l'adolescente en cabinet de médecine générale: enquête menée auprès des médecins généralistes de Picardie.
8. VIDAL [Internet]. [cité 9 janv 2023]. Recommandations Dysménorrhées. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dysmenorrhées-1713.html>
9. Graz B, Savoy M, Buclin T, Bonvin E. Dysménorrhée : patience, pilules ou bouillotte ? *Rev Médicale Suisse*. 2014;4.
10. Ecochard R. Homme, femme... ce que nous disent les neurosciences [Internet]. Artège; [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.editionsartège.fr/product/126081/homme-femme-ce-que-nous-disent-les-neurosciences/>
11. Matlin MW, Pullin WM, Blatier C. Psychologie des femmes. Bruxelles [Paris]: De Boeck; 2007. (Ouvertures psychologiques).
12. Koechlin A. La norme gynécologique, ce que la médecine fait au corps des femmes. Editions Amsterdam; 2022. 305 p.
13. Winckler M. Le Chœur des femmes. Folio; 2017. 688 p.
14. Besnard-Charvet C, Rocher C. Chapitre 10 - Syndrome prémenstruel. In: Besnard-Charvet C, Rocher C, éditeurs. Homéopathie en gynécologie [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2015 [cité 25 févr 2024]. p.131-48. Disponibles sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294739996000105>

15. Froidevaux-Metterie C. Le Corps des femmes : La bataille de l'intime. Points; 2021. 160 p. (Points Feminismes).
16. Ogden J, Desrichard O, Blum A, Gauchet A. Psychologie de la santé. 3e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2018. (Ouvertures psychologiques).
17. Prises de rendez-vous médicaux : délais d'attente moyens de 2 à 52 jours [Internet]. 2018 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/prises-de-rendez-vous-medicaux-delais-dattente-moyens-de-2-52-jours>
18. Graesslin O, Dedecker F, Gabriel R, Quereux F, Quereux C. Dysménorrhées. EMC - Gynécologie-Obstétrique. 1 mai 2004;1(2):55-67.
19. ANSM [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Actualité - Paracétamol et risque pour le foie : un message d'alerte ajouté sur les boîtes de médicament - Communiqué. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/paracetamol-et-risque-pour-le-foie-un-message-dalerte-ajoute-sur-les-boites-de-medicament-communique>
20. ANSM [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Dossier thématique - Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (A. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/les-anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains-ibuprofene-ketoprofene-acide-acetylsalicylique>
21. Wattier JM. Antalgiques et alternatives thérapeutiques non médicamenteuses pluridisciplinaires, RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 mars 2018;46(3):248-55.
22. López-Liria R, Torres-Álamo L, Vega-Ramírez FA, García-Luengo AV, Aguilar-Parra JM, Trigueros-Ramos R, et al. Efficacy of Physiotherapy Treatment in Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 23 juill 2021;18(15):7832.
23. Renouvel F, Fauconnier A, Pilkington H, Panel P. Adaptation linguistique de l'endometriosis health profile 5 : EHP 5. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2009;38(5):404-10.

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE I



Figure 3. Affiche réalisée personnellement sur le logiciel Canva, avec des images libres de droit.

7.2 ANNEXE II

TRAME ENTRETIEN	
Pouvez-vous me dire votre âge ? Avez-vous une activité professionnelle ?	
Racontez-moi votre histoire par rapport à vos douleurs de règles.	
A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?	
Depuis quand ressentez-vous ces symptômes ?	
Pouvez-vous me préciser les caractéristiques de vos douleurs ?	
Que faites-vous lorsque vous les ressentez ?	
Quelle place prennent vos douleurs de règles dans votre vie ?	
Pouvez-vous me parler de la prise en charge médicale ?	
Par qui êtes-vous suivie ?	
Qu'avez-vous dit au(x) professionnel(s) de santé concernant vos symptômes ?	
Qu'attendez-vous de la prise en charge médicale ?	
Vous a-t-on proposé des examens complémentaires ? Des traitements ?	
Suivez-vous un traitement actuellement ?	
Quel est votre ressenti par rapport à la prise en charge, votre suivi ?	
<i>Qu'est-ce qui a pu vous aider/quels sont les points positifs ?</i>	
<i>Qu'est-ce qui a pu être difficile/quels sont les points négatifs ?</i>	
Pour vous, quel rôle doit remplir le professionnel de santé dans votre prise en charge ?	
Que pensez-vous de votre prise en charge ? <i>Est-ce que cela correspond à ce que vous attendiez ?</i>	
<i>Que suggérez-vous pour améliorer la prise en charge ?</i>	

7.3 ANNEXE III

Agathe

Etudiante en maïeutique, Agathe a 22 ans et vit en couple, n'a pas d'enfant. Elle ressent des douleurs de règles et un SPM conséquent depuis ses ménarches. Les douleurs sont désormais moins importantes qu'au cours de ses premiers cycles, cependant elle prend systématiquement des antalgiques à chaque cycle pour être soulagée, qui sont plutôt efficaces. Elle explique qu'elle n'est pas suivie par un professionnel de santé pour ses dysménorrhées, elle pratique l'auto-médication et n'a pas de contraception hormonale.

Brittney

Brittney est cuisiniste, a 46 ans, vit en couple et est mère de deux enfants. Il y a quelques années, elle a choisi la contraception définitive après avoir passé la quasi-intégralité de sa vie de femme sous contraceptif hormonal. A la suite de son opération sont apparues des règles hémorragiques et douloureuses, ainsi qu'un SPM regroupant de nombreux symptômes, impactant sa qualité de vie, au point d'en regretter son choix de contraception. Elle est suivie par une gynécologue. Elle a actuellement un traitement symptomatique plus ou moins efficace.

Céleste

A 37 ans, Céleste est artiste-auteure, vit en couple et n'a pas d'enfant. Après avoir été dès son adolescence sous contraceptif hormonal, le choix de la contraception définitive a été pour elle une évidence. Cependant, elle se retrouve contrainte de reprendre une contraception hormonale suite à l'intensité invivable des dysménorrhées qu'elle ressent depuis son opération, et des saignements hémorragiques associés. Elle serait prête à se faire retirer l'utérus pour ne plus vivre ces douleurs. Elle a notamment adapté son régime alimentaire et ses habitudes de vie en conséquence. Elle est suivie actuellement par une gynécologue, qui lui prescrit également un traitement anti-inflammatoire.

Diana

Diana est assistante e-commerce. A 25 ans, elle vit en couple et n'a pas d'enfant. Elle souffre de dysménorrhées et de nombreux symptômes associés qui s'intensifient depuis ses ménarches, atteignant un état de douleur constant et quotidien, qui altère de manière conséquente sa qualité de vie. Elle est suivie par une gynécologue, qui lui a prescrit dernièrement une nouvelle contraception hormonale dans le but de réguler et soulager ses douleurs, en plus de traitements antispasmodique, antalgiques, et anti-inflammatoire.

Elodie

Etudiante vétérinaire, Elodie a 21 ans, vit en couple et n'a pas d'enfant. Initialement sous contraception hormonale dans le but de recréer des cycles suite à une aménorrhée secondaire, elle souffre maintenant de dysménorrhées systématiquement à chaque cycle, ainsi que d'un SPM qui se manifeste par des troubles de l'humeur. Elle est suivie par une gynécologue qui lui prescrit un traitement antalgique plutôt efficace.

Fanny

A 22 ans, Fanny termine sa dernière année d'étude d'assistante sociale. Elle vit en couple et n'a pas d'enfant. Elle présente des douleurs de règles importantes depuis ses ménarches, elle est cependant soulagée d'avoir écarté le diagnostic de dysménorrhée secondaire, suite à son antécédent familial maternel d'endométriose. Elle est suivie par une sage-femme qui lui a prescrit dernièrement une nouvelle contraception hormonale dans le but de soulager et réguler ses douleurs, en plus de traitements antispasmodique, antalgique et anti-inflammatoire.

Irina

Actuellement en reconversion professionnelle pour devenir couturière, Irina a 43 ans, vit en couple avec ses enfants. Elle est atteinte de dysménorrhées intenses depuis ses premiers cycles menstruels, et ne partage ses douleurs qu'avec sa fille, qui est dans la même condition qu'elle. Elle déclare n'en avoir jamais parlé à aucun professionnel de santé, même à son médecin traitant qui assure également son suivi gynécologique.

Johanna

Johanna est technico-commerciale dans le réseau électrique. Elle a 46 ans, et vit en couple avec ses quatre enfants. Elle déclare avoir eu des dysménorrhées importantes pendant l'adolescence, qui ont ensuite été stoppées pendant les années suivantes où elle était sous contraceptif hormonal. Elle a par la suite opté pour la contraception définitive ; et depuis sa mise en place, elle ressent à nouveau des douleurs importantes au moment des règles, des saignements très abondants, ainsi qu'un SPM se traduisant sous la forme de fortes migraines. Elle est suivie par une gynécologue qui lui prescrit des antalgiques et des anti-inflammatoires, plutôt efficaces.

Kelly

Etudiante sage-femme, Kelly a 23 ans et vit en couple, n'a pas d'enfant. Depuis ses ménarches, elle subit des douleurs de règles très intenses accompagnées de pertes hémorragiques, qu'elle a beaucoup de mal à soulager efficacement. Elle est suivie par une sage-femme et une gynécologue, qui lui prescrit une contraception hormonale pour limiter l'apparition des menstruations, ainsi qu'un traitement antispasmodique, antalgique, et anti-inflammatoire. Elle utilise en plus l'électrostimulation pour essayer de se soulager au mieux.

7.4 ANNEXE IV

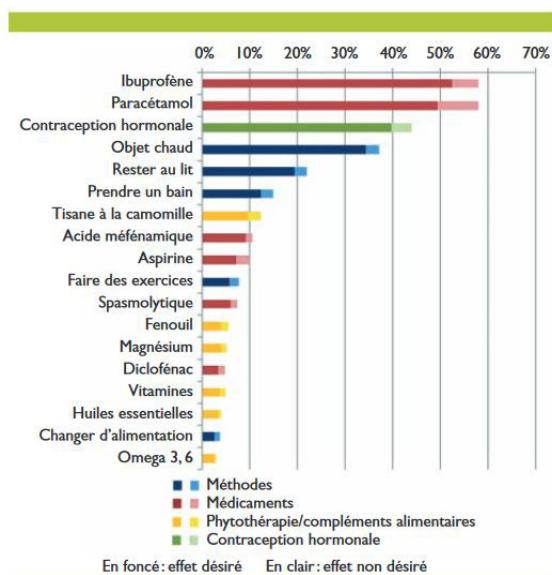


Figure 1. Fréquence d'utilisation des traitements

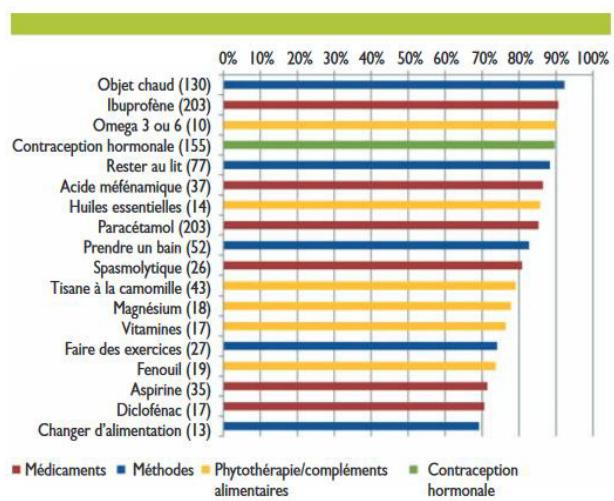


Figure 2. Efficacité rapportée des traitements

Proportion des utilisatrices qui ont obtenu «l'effet désiré». () : nombre de participantes ayant pris le traitement.

Figure 4. Résultats de l'étude *Dysménorrhée : patience, pilules ou bouillotte ?* de la Revue Médicale Suisse, 2014

7.5 ANNEXE V

Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois, du fait de votre endométriose...

PARTIE 1

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu des changements d'humeur ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changée ?	<input type="checkbox"/>				

PARTIE 2

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfant(s) ?	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants ou d'autres enfants ?	<input type="checkbox"/>				

Figure 3. Echelle de qualité de vie : *endometriosis health profile 5*

Auteur : SENTA-LOYS Charlotte	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Titre : Vécu des femmes dans la prise en charge de leurs dysménorrhées primaires	
<u>Résumé :</u>	
<p><i>Introduction.</i> – Dans une société où le tabou et la banalisation persistent, une majorité de femmes en âge de procréer souffre de dysménorrhées primaires. Cette affection gynécologique provoque une dégradation de la qualité de vie et les traitements ne sont pas toujours efficaces. Comment les femmes se sentent-elles entendues par le corps médical dans la prise en charge de leurs dysménorrhées primaires ?</p> <p><i>Méthode.</i> – Les recherches reposent sur une étude qualitative sociologique menée par des entretiens individuels semi-directifs de femmes atteintes de dysménorrhées primaires, sur la période de juillet à novembre 2023.</p> <p><i>Résultats.</i> – Les femmes ne sont pas toujours suivies par un professionnel de santé et demandent conseil à leur entourage lorsque leurs dysménorrhées deviennent invalidantes. Certaines pratiquent l'automédication, d'autres accumulent les stratégies de traitement pour soulager au mieux leurs douleurs, mais ce n'est pas toujours efficace.</p> <p><i>Conclusion.</i> – Les femmes sont globalement insatisfaites de leur prise en charge car la cause des douleurs n'est pas traitée au long cours, et de manière plus ou moins efficace. Cependant les qualités humaines des professionnels de santé permettent d'améliorer considérablement ce vécu, et des pistes d'amélioration de la prise en charge existent. Le test salivaire de dépistage de l'endométriose peut avoir son rôle à jouer dans le diagnostic.</p>	
Mots clés : dysménorrhées primaires, prise en charge, traitement, vécu	

Title : Women's experiences of medical care for their primary dysmenorrhoea
<u>Abstract :</u>
<p><i>Introduction.</i> – A majority of women of childbearing age suffer from primary dysmenorrhoea, a condition that is both taboo and commonplace. This gynaecological condition impairs quality of life and treatment is not always effective. How do women feel healthcare professionals listen to them when it comes to treating their primary dysmenorrhoea?</p> <p><i>Methods.</i> – The research is based on a qualitative sociological study conducted by means of individual semi-directive interviews with women suffering from primary dysmenorrhoea, from July to November 2023.</p> <p><i>Results.</i> – Women are not always followed by a health professional and seek advice from those around them when their dysmenorrhoea becomes incapacitating. Some practice self-medication, while others accumulate treatment strategies to relieve their pain as best they can, but this is not always effective.</p> <p><i>Conclusion.</i> – On the whole, women are dissatisfied with their treatment because the cause of the pain is not treated on a long-term basis, and in a more or less effective way. However, the human qualities of healthcare professionals can considerably improve this experience, and there are ways of improving care. The saliva test for endometriosis may have a role to play in diagnosis.</p>
Keywords : primary dysmenorrhoea, medical care, treatment, experiences