



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2025

THESE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Dysménorrhée chez la femme : évaluation des pratiques de prise en soins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais exerçant en libéral.

Présentée et soutenue publiquement le 16 janvier 2025 à 17 heures

Au Pôle Formation

Par Camille BOU CHABAKE

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie JONARD-CATTEAU

Assesseurs :

Madame le Docteur Fanny SERMAN

Madame le Docteur Mathilde DEMORY

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens
ECN	Examen Classant National
EVA	Échelle Visuelle Analogique
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MG	Médecins Généralistes
NA	Non Applicable
NPDC	Nord-Pas-De-Calais

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	2
Définition et prise en charge.....	2
Épidémiologie	5
Place du médecin généraliste	5
Objectifs d'étude.....	6
Matériels et méthodes	8
Description de l'étude	8
Participants	8
Questionnaire	9
Analyse statistique des données.....	10
Résultats	11
Caractéristiques socio-démographiques	11
a) Sexe, âge, et milieu d'exercice.....	11
b) Formation en gynécologique.....	12
c) Définition de la dysménorrhée.....	13
Pratique clinique	14
a) La consultation pour dysménorrhée	14
b) Interrogatoire	14
c) Examen clinique	14
d) Examens complémentaires.....	15
Prise en charge thérapeutique	16
a) Prescriptions médicamenteuses.....	16
b) Prescription d'un arrêt de travail.....	18
Recours au spécialiste et outils d'aide à la prise en soin des dysménorrhées	19
Perception de la prise en charge globale des dysménorrhées	20
Discussion	22
La dysménorrhée, une entité abstraite et incomprise	22
Les douleurs, un symptôme souvent banalisé	23
La qualité de vie des patientes, un indicateur de la gravité des douleurs	24
Le médecin généraliste, un pivot dans le dépistage des symptômes	25
Des pratiques de prises en soins efficaces, mais encore perfectibles	26
Des recommandations par et pour les médecins généralistes, un besoin crucial identifié	27
Forces et limites de l'étude	28
Perspectives	31
Références bibliographiques	33

Annexes.....	37
Annexe 1 : Questionnaire	37
Annexe 2 : Fiche pratique d'aide à la démarche diagnostique et thérapeutique des dysménorrhées pour les médecins généralistes	42
Annexe 3 : Fiche informative et explicative à l'attention des patientes souffrant de dysménorrhées	44
Annexe 4 : Échelle d'Andersch et Milsom « échelle verbale multidimensionnelle ».....	46
Annexe 5 : Questionnaire générique pour l'évaluation de la qualité de vie (SF-36).....	47
Annexe 6 : Questionnaire sur l'état de santé de patientes atteintes d'endométriose (EPH-30) ...	49
Annexe 7 : Échelle EPH-5, version courte du questionnaire EPH-30	52
<i>The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies</i>	53

RESUME

Introduction : Les dysménorrhées concernent jusqu'à 6 femmes sur 10 et affectent négativement leur qualité de vie. Ces douleurs constituent la principale cause d'absentéisme au travail chez les femmes en âge de procréer, qui se tournent vers leur MG pour la rédaction d'un arrêt de travail. Ce dernier, spécialiste du premier recours, devient le meilleur maillon du système de soin pour amorcer une prise en charge de ces dysménorrhées. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer les pratiques actuelles de prise en soin des dysménorrhées par les MG libéraux du NPDC.

Matériel et méthode : Une étude observationnelle descriptive a été conduite au printemps 2024 auprès des MG libéraux du NPDC par l'intermédiaire d'un questionnaire, à la fin duquel ils pouvaient télécharger une fiche d'aide à la prise en soin des patientes souffrant de dysménorrhées, ainsi qu'une fiche informative et explicative à l'attention de ces patientes.

Résultats : Nous avons interrogé 165 MG. 71,50 % définissent les dysménorrhées comme des douleurs à type de crampe de la région abdomino-pelvienne survenant juste avant et/ou pendant les menstruations. Pour 43 %, la consultation pour dysménorrhée survient au moins 1 fois par mois. 42,4 % recherchent systématiquement le degré de perturbation des dysménorrhées sur la vie quotidienne. 83 % réalisent un examen clinique. Lorsque des examens complémentaires sont prescrits, il s'agit le plus souvent d'une échographie pelvienne. Pour 60,6 %, les AINS sont le traitement le plus adapté en première intention. Une tendance à la prescription d'une contraception hormonale/mécanique en deuxième intention ou en association a été constaté. 79,4 % prescrivent un arrêt de travail à leurs patientes. 79,4 % orientent leurs patientes vers un spécialiste. 50,3 % possèdent un réseau de confrères/consœurs et/ou d'associations, et seulement 4,2 % connaissent un outil d'aide à la prise en soin des dysménorrhées de la femme. 57,6 % estiment la prise en soin d'une patiente souffrant de dysménorrhée comme plutôt facile.

Perspectives : Il est réducteur de limiter la prise en soin des dysménorrhées à un simple algorithme validé scientifiquement : adopter une approche centrée sur la patiente apparaît nécessaire.

INTRODUCTION

Définition et prise en charge

La dysménorrhée est définie par le CNGOF depuis 2005 comme des douleurs à type de crampe de la région abdomino-pelvienne, cycliques et rythmées par les règles, qui surviennent juste avant, pendant, et/ou après les menstruations (1).

2 types de dysménorrhée se distinguent :

- La dysménorrhée primaire, ou fonctionnelle, ou essentielle ;
- La dysménorrhée secondaire, ou organique.

La dysménorrhée primaire survient plutôt chez les femmes jeunes de moins de 25 ans. C'est une douleur d'allure protoméniacale : elle précède les règles et dure jusqu'à 24-36 heures après le début des menstruations. Elle peut être accompagnée de nausées et de vomissements, de diarrhées, ou encore de céphalées. Elle n'entraîne pas ou peu de diminution des activités quotidiennes.

La dysménorrhée secondaire est une douleur inhabituelle et/ou réfractaire au traitement de première intention. Son intensité est progressive au fur et à mesure des cycles. Elle est d'allure téléméniacale, c'est-à-dire aggravée au 2ème ou 3ème jour des règles et de plus longue durée. Elle peut s'accompagner de douleurs à la défécation ou de signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniacale. Elle est constatée chez les femmes de plus de 35 ans et a un retentissement socio-professionnel.

Après un entretien attentif et exhaustif, le diagnostic s'orientera vers une dysménorrhée primaire ou bien vers une dysménorrhée secondaire (2).

Un examen clinique général et abdomino-pelvien doit être effectué afin d'apprécier la mobilité et le volume de l'utérus et de rechercher une masse ou un nodule (2).

L'examen gynécologique est facultatif (2). En revanche, si l'histoire suggère une maladie organique ou si le traitement conventionnel ne diminue pas les signes de dysménorrhée primaire, un examen gynécologique est indiqué.

En cas de symptômes typiques évocateurs d'une dysménorrhée primaire, aucun examen complémentaire n'est recommandé (3).

Une dysménorrhée secondaire évoquera plutôt une pathologie pelvienne organique sous-jacente, qui méritera des explorations complémentaires, la principale cause étant l'endométriose (4). D'autres causes de dysménorrhée secondaire seront aussi à rechercher : anomalies obstructives congénitales (anomalies dans le développement des canaux müllériens) ou acquises (sténose sur conisation), kystes ovariens, polypes et fibromes utérins, adénomyose, maladies inflammatoires pelviennes, adhésions pelviennes (5).

L'échographie pelvienne est l'imagerie recommandée pour identifier les causes potentielles de la dysménorrhée secondaire (5). Une IRM pelvienne est indiquée en deuxième intention en fonction de l'échographie pelvienne.

Le traitement de la dysménorrhée consiste en soulager les douleurs à court et à long terme, et son choix se fait après concertation avec la patiente.

Le paracétamol est utilisé dans les dysménorrhées légères (2).

Les AINS sont à privilégier dans les dysménorrhées modérées à sévères en l'absence de contre-indication. Suivant la littérature, leur efficacité est supérieure à celle du paracétamol (6). Par leur action anti-prostaglandines, ils procurent un soulagement efficace de la douleur à une majorité de femmes (en moyenne 67 % (6)). Les effets secondaires, comme les symptômes gastro-intestinaux ou la néphrotoxicité, sont peu fréquents chez les jeunes femmes en bonne santé utilisant des cures courtes de 72 heures ou moins (3). Aucune étude n'a démontré de supériorité d'un AINS par rapport à un autre. Le choix est à faire selon son coût, son schéma posologique, ou le profil d'effets indésirables de la patiente (7).

Si les AINS ne soulagent pas suffisamment les symptômes de la dysménorrhée, l'utilisation d'un traitement hormonal est envisageable, et ce sans attendre les résultats des investigations lorsqu'une pathologie organique est suspectée.

Par ailleurs, le traitement hormonal est parfaitement adapté comme option de première intention.

D'après le CNGOF (1), certains progestatifs comme l'Utrogestan ou le Duphaston utilisés de J15 à J25 du cycle atrophient l'endomètre, diminuent la motricité utérine, et diminuent ainsi la production de prostaglandines. Ils n'ont pas d'effet contraceptif. Ils sont indiqués dans les dysménorrhées associées à des irrégularités menstruelles ou chez les patientes n'ayant pas de vie sexuelle.

Si un effet contraceptif est souhaité, les oestro-progestatifs sont utilisés pour leur effet bloquant l'ovulation. Les recommandations tendent vers le recours aux contraceptions monophasiques de 2ème génération, comme MINIDRIL®, OPTIDRIL®, ou OPTILOVA® (8). En cas de dysménorrhée rebelle, une prise continue sans interruption de la contraception oestro-progestative pourra être préconisée.

Des alternatives thérapeutiques non-médicamenteuses ont été étudiées, mais leur efficacité est débattue.

La bouillote n'est pas mentionnée dans les recommandations officielles. Une étude a démontré que la chaleur locale était tout aussi efficace que l'ibuprofène dans le soulagement des symptômes (9).

L'acupuncture et les interventions comportementales, comme l'hypnothérapie, les stratégies d'adaptations, ou encore les techniques de relaxation, peuvent être utilisées en complément des traitements habituels du fait de leur innocuité et de leurs bienfaits, mais aucune étude n'a conclu à ce jour à leur efficacité (10).

L'exercice physique et le yoga peuvent soulager les symptômes de la dysménorrhée, mais les preuves sont de qualité modérée (11). Des études de meilleure qualité soient nécessaires afin de le confirmer, nous ne pouvons qu'encourager les patientes à une pratique physique régulière en raison de ses autres avantages sur la santé.

De la même manière, les données de la littérature sur l'efficacité des régimes alimentaires à base de zinc, de thiamine, de vitamine E, de gingembre, ou encore les

acides gras omega-3, sont insuffisantes. Des recherches supplémentaires sont justifiées (12).

Épidémiologie

La prévalence des dysménorrhées varie considérablement en France : l'étude épidémiologique CONSTANCES (13) publiée en 2021 l'estime à 62,3 % chez les plus jeunes (femmes de 18 à 24 ans) jusqu'à 36,4 % chez les plus âgées (femmes de 50 à 54 ans). Parmi les patientes atteintes, 39,8 % d'entre elles déclarent souffrir de douleurs modérées à sévères (correspondant à une EVA supérieure ou égale à 4).

D'après le CNGOF, 50 à 70 % des adolescentes présentent une dysménorrhée (1).

Cette tendance a également été constatée dans le monde entier : dans une étude australienne (14), plus de 83,8 % des femmes âgées de 16 à 19 ans, mais seulement 65,3 % de celles âgées de 40 à 49 ans ont signalé des douleurs pendant leurs règles.

La dysménorrhée semble être répandue chez les jeunes femmes et diminuer avec l'âge.

Elle paraît plus fréquente en cas d'antécédents familiaux au premier degré (mère, sœurs aînées), ou de tabagisme actif à plus de 15 cigarettes par jour, ou en cas de ménarche survenue avant 13 ans (15).

Place du médecin généraliste

La dysménorrhée est la plainte gynécologique la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer (16). Malgré sa prévalence, elle reste cependant sous-diagnostiquée et sous-traitée (17). Cela peut être expliqué par le fait que 58 % des femmes souffrant de dysménorrhées n'ont jamais consulté de médecin. Une majorité de ces patientes croient qu'il est normal de souffrir de douleurs de règles, et que ces dernières font partie intégrante de la condition féminine (18).

Les dysménorrhées affaiblissent de nombreuses femmes et affectent négativement leur qualité de vie : leurs relations familiales et amicales, les activités sociales et récréatives, et leurs performances scolaires ou professionnelles sont touchées (19). Les douleurs sont significativement liées à une augmentation de symptômes anxieux et dépressifs (16), et à une diminution de l'activité physique (18). Les dysménorrhées réduisent la qualité et l'efficacité du sommeil, et la fatigue qui en résulte chez ces femmes est susceptible d'intensifier l'effet négatif de la douleur sur leur fonctionnement diurne et sur leur humeur (20).

Ces douleurs cycliques et intenses constituent la principale cause d'absentéisme au travail chez les femmes en âge de procréer (16). Elles entraînent des troubles de la concentration, des difficultés à tenir une posture de travail, ou encore des troubles digestifs et urinaires handicapants voire honteux.

Une étude menée en Suède rapporte que 50 % des femmes âgées de 19 ans indiquent avoir déjà été absentes au travail au moins une fois à cause des douleurs de règles, et que 8 % s'y absentent à chaque menstruation (21).

Ces femmes se tournent vers leur médecin généraliste pour la rédaction d'un arrêt de travail. Ce dernier, spécialiste du premier recours, devient le premier maillon du système de soin pour amorcer une prise en soin des femmes souffrant de dysménorrhées. Il doit être prêt à repérer et à caractériser les douleurs de règles des patientes, afin d'entrer dans un processus de diagnostic et d'optimiser au mieux leur accompagnement médical.

Objectifs d'étude

Face à ces observations incontestables, l'objectif principal de ce travail est de réaliser une évaluation des connaissances et des pratiques de prise en soin des dysménorrhées par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais exerçant en libéral.

L'objectif secondaire est de proposer une fiche pratique d'aide à la démarche diagnostique et thérapeutique des dysménorrhées aux médecins généralistes interrogés, ainsi qu'une fiche informative et explicative à l'attention de leurs patientes en souffrance.

MATERIELS ET METHODES

Description de l'étude

Afin d'évaluer les pratiques actuelles des médecins généralistes, une étude observationnelle descriptive de type quantitative a été conduite du 21 mars au 21 juin 2024.

La population de l'étude comprenait les médecins généralistes installés ou remplaçants exerçant en cabinet libéral dans le Nord-Pas-de-Calais. Les internes en médecine générale ont été exclus de cette étude, ainsi que les médecins généralistes exerçant une médecine parallèle (acupuncture, homéopathie) ou une autre spécialité que la médecine générale (allergologie, angiologie, médecine thermale, médecine appliquée aux sports).

Participants

Une liste de 800 médecins généralistes libéraux a été générée aléatoirement via l'annuaire santé sur le site Ameli.fr parmi les 3000 médecins généralistes exerçant exclusivement en cabinet libéral de la région Nord-Pas-de-Calais. Ils ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur mail professionnel, ou par les messageries sécurisées de santé Apicrypt et MSSanté. Après un court texte explicatif de l'étude, un lien URL d'accès direct au questionnaire en ligne était proposé. Une relance à deux mois, un mois, 2 semaines et 1 semaine avant la fin du recueil ont eu lieu.

Questionnaire

Une recherche bibliographique a été faite en amont : elle s'est inspirée d'articles et de publications trouvées sur PubMed, Sudoc, Cochrane, CISMef, et Google Scholar. Les principaux mots-clés étaient « dysmenorrhea », « women », « general practitioners », « primary care ».

Le questionnaire a été validé par le Délégué à la Protection des Données puis créé via l'outil d'enquête en ligne LimeSurvey.

Il était anonyme, et comprenait 15 questions à choix unique ou à choix multiples organisées en trois parties (Annexe 1).

La première partie intitulée « Dépistage » évaluait les connaissances générales des médecins généralistes sur les dysménorrhées et leur démarche diagnostique.

La deuxième partie appelée « Prise en soins » étudiait les modalités de prise en charge thérapeutique des dysménorrhées.

La troisième partie nommée « Conclusion » cherchait à savoir si les médecins généralistes interrogés possédaient un réseau de confrères/consœurs en place et s'ils connaissaient des outils d'aide à la prise en soin des dysménorrhées.

Un encart « Commentaires libres » à rédaction ouverte a été inséré afin de permettre aux médecins généralistes interrogés de préciser certaines réponses et d'apporter au sujet des remarques utiles.

Les caractéristiques démographiques et socio-professionnelles des médecins généralistes interrogés ont été volontairement traitées en dernier lieu afin d'éviter un biais cognitif attentionnel et une lassitude à répondre dès le début du questionnaire.

Ils avaient la possibilité de télécharger à la toute fin du questionnaire une fiche d'aide à la prise en soin des patientes souffrant de dysménorrhées basée sur mes recherches bibliographiques (Annexe 2), ainsi qu'une fiche informative et explicative à l'attention de ces patientes (Annexe 3).

Analyse statistique des données

Les questionnaires contenant plus de 50% de données manquantes ont été exclus de notre analyse.

L'ensemble des données recueillies ont été analysées par les méthodes de la statistique descriptive. Les variables catégorielles sont présentées sous forme de fréquences absolues et de pourcentages, permettant une description détaillée de la distribution des réponses présentées. Pour chaque variable, le nombre de données manquantes a été spécifiquement indiqué.

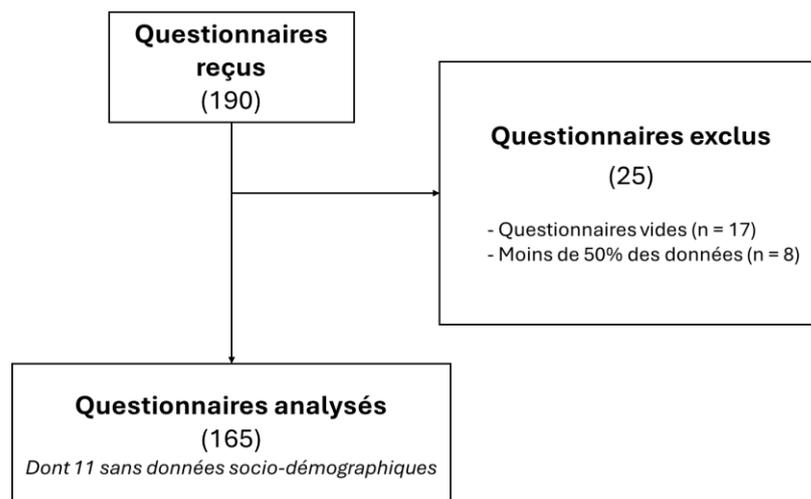
Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels R version 4.3.2 et R Studio.

RESULTATS

190 questionnaires ont été initialement recueillis. Parmi ceux-ci, 25 questionnaires ont été exclus de l'analyse pour les raisons suivantes :

- Questionnaires vides : 17 questionnaires ne contenaient aucune réponse ;
- Questionnaires avec moins de 50% des données : 8 questionnaires étaient incomplets, avec des réponses uniquement aux premières questions.

Après ces exclusions, 165 questionnaires ont été inclus dans l'analyse finale.



Caractéristiques socio-démographiques

a) Sexe, âge, et milieu d'exercice

Les médecins interrogés étaient en majorité des femmes.

Ils étaient âgés de moins de 45 ans.

Les milieux d'exercice ruraux et semi-ruraux étaient légèrement surreprésentés par rapport au milieu urbain.

b) Formation en gynécologie

82,4 % (n = 136) des médecins interrogés ont fait un stage de gynécologie durant leur externat et/ou leur internat. 50,1 % (n = 83) des répondants ont participé à une formation complémentaire en gynécologie : il s'agissait d'une formation médicale continue pour 35,6 % (n = 59) et/ou d'un diplôme universitaire pour 12,7 % (n = 21) d'entre eux.

	N = 165
Sexe, n (%) (NA = 11)	
Féminin	83 (50,3)
Masculin	70 (42,4)
Autre	1 (0,6)
Age, n (%) (NA = 11)	
≤ 34 ans	40 (24,2)
35-44 ans	60 (36,4)
45-54 ans	24 (14,5)
55-64 ans	24 (14,5)
≥ 65 ans	6 (3,6)
Milieu d'exercice, n (%) (NA = 11)	
Urbain	72 (43,6)
Semi-rural	59 (35,8)
Rural	23 (13,9)
Formation en gynécologie, n (%) * (NA = 9)	
Stage(s) pendant l'externat et/ou l'internat	136 (82,4)
Formation médicale continue	59 (35,6)
Diplôme universitaire	21 (12,7)
Aucune	4 (2,4)
Autre	3 (1,8)

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques

* Plusieurs réponses possibles, le total ne fait donc pas 100%

c) Définition de la dysménorrhée

Pour la majorité des médecins interrogés (71,50 %, n = 118), les dysménorrhées sont des douleurs à type de crampe de la région abdomino-pelvienne survenant juste avant et/ou pendant les menstruations.

23,60 % (n = 39) définissent la dysménorrhée comme un ensemble de symptômes physiques et psychologiques qui débutent quelques jours avant les menstruations et qui prennent généralement fin quelques heures après le premier jour des règles.

4,8 % pensent qu'il s'agit d'un trouble de la fréquence des menstruations (n = 6) ou d'un trouble du volume des menstruations (n = 2).

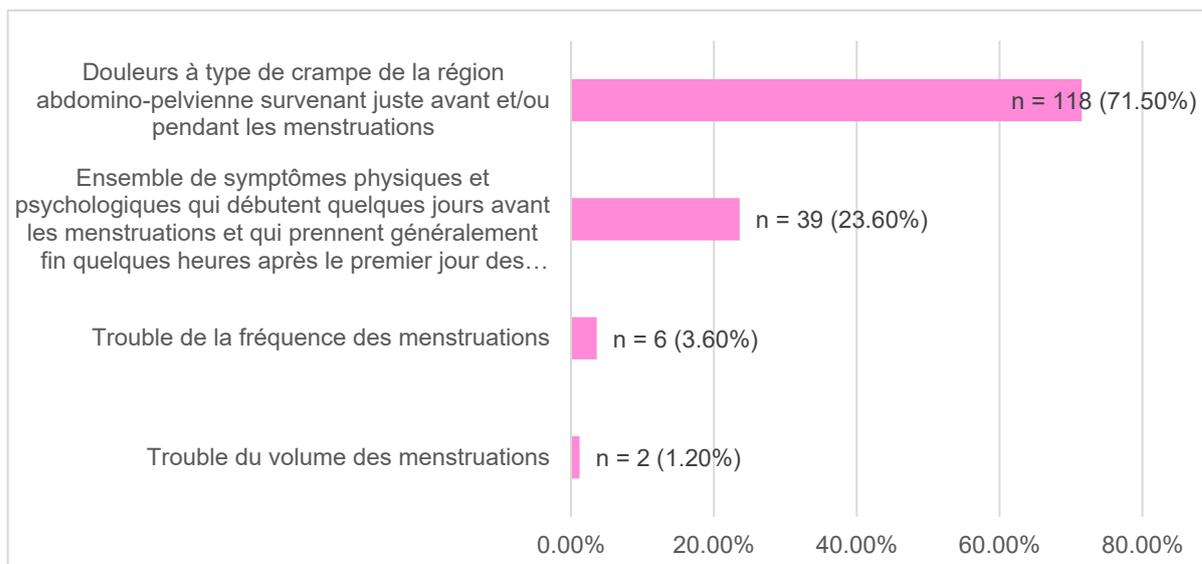


Figure 2 : Définition de la dysménorrhée, n (%)

Pratique clinique

a) La consultation pour dysménorrhée

La consultation pour dysménorrhée survient au moins 1 fois par mois pour 43 % (n = 71) des médecins interrogés, voire moins souvent qu'1 fois par mois pour 16,4% (n = 27) d'entre eux. Seul 2,4% (n = 4) des répondants y sont confrontés au moins 1 fois par jour, et 38,2 % (n = 63) au moins un fois par semaine.

Elle a lieu à la suite d'une déclaration spontanée de la patiente réglée dans 46,7 % (n = 77) des cas. 30 (18,2 %) médecins interrogés la dépistent systématiquement. 2 (1,2 %) médecins interrogés n'ont jamais été confrontés à ce motif de consultation.

b) Interrogatoire

63,6 % (n = 105) des médecins interrogés évaluent l'intensité des douleurs de règles à l'aide d'une échelle verbale simple ; 24,8 % (n = 41) utilisent une échelle numérique ; 9,1 % (n = 15) se servent d'une échelle visuelle analogique. Le retentissement fonctionnel, le retentissement sur la qualité de vie, ou encore le retentissement sur les activités quotidiennes ont été évoqués dans la catégorie « Autre » par 3 médecins.

42,4 % (n = 70) des médecins interrogés recherchent systématiquement le degré de perturbation des dysménorrhées sur la vie quotidienne. 2 (1,2 %) médecins ne l'évaluent jamais.

c) Examen clinique

137 répondants (83 %) réalisent un examen clinique : 98 ne réalisent qu'un examen abdomino-pelvien, 3 ne font qu'un examen gynécologique, et 36 pratiquent à la fois un examen abdomino-pelvien et un examen gynécologique. 21 médecins n'examinent pas cliniquement leurs patientes. 7 médecins ont déclaré que la décision

de réaliser un examen clinique dépendait de l'âge de la patiente et du fait qu'elle soit vierge ou pas.

d) Examens complémentaires

Lorsque des examens complémentaires sont prescrits, il s'agit le plus souvent d'une échographie pelvienne et/ou endovaginale (67,3 %, n = 111). Une biologie (32,7 %, n = 54) ou une IRM pelvienne (18,2 %, n = 30) sont aussi demandées.

37 médecins interrogés (22,4 %) ne réalisent aucun examen complémentaire.

10 médecins (6,1 %) ont répondu « Autre » : ils affirmaient que la décision de réaliser des examens complémentaires dépendait de l'efficacité des traitements utilisés, du degré de sévérité des symptômes, ou du retentissement des symptômes sur la qualité de vie des patientes.

	N = 165
Fréquence estimée de consultation pour dysménorrhée, n (%)	
≥ 1 fois par jour	4 (2,4)
≥ 1 fois par semaine	63 (38,2)
≥ 1 fois par mois	71 (43,0)
Moins souvent qu'1 fois par mois	27 (16,4)
La consultation pour « dysménorrhée suspectée primaire » a lieu à la suite, n (%)	
D'une déclaration spontanée de la patiente réglée	77 (46,7)
D'un dépistage orienté, sur points d'appel à l'interrogatoire	47 (28,5)
D'un dépistage systématique chez toute femme réglée	30 (18,2)
D'un dépistage orienté, sur points d'appel à l'interrogatoire et/ou à l'examen clinique, chez toute femme réglée	5 (3,0)
Jamais	2 (1,2)
Autre	4 (2,4)
Méthode d'évaluation de l'intensité des douleurs de règles	
Échelle verbale simple	105 (63,6)
Échelle numérique	41 (24,8)
Échelle visuelle analogique	15 (9,1)
Autre	3 (1,8)

Réalisation d'un examen clinique dans le cadre d'une dysménorrhée suspectée primaire, n (%)

Oui	137 (83,0)
Examen abdomino-pelvien seul	98 (71,5)
Examen abdomino-pelvien et un examen gynécologique	36 (26,3)
Examen gynécologique seul	3 (2,2)
Non, aucun examen clinique	21 (12,7)
Autre	7 (4,2)

Réalisation d'examen(s) complémentaire(s) dans le cadre d'une dysménorrhée suspectée primaire, n (%) *

Échographie(s) pelvienne et/ou endovaginale	111 (67,3)
Biologie	54 (32,7)
IRM pelvienne	30 (18,2)
Aucun examen complémentaire	37 (22,4)
Autre	10 (6,1)

Fréquence de recherche du degré de perturbation des dysménorrhées sur la vie quotidienne, n (%)

Systématiquement	70 (42,4)
Souvent	70 (42,4)
Rarement	23 (13,9)
Jamais	2 (1,2)

Tableau 2 : Pratique clinique

* Plusieurs réponses possibles, le total ne fait donc pas 100%

Prise en charge thérapeutique

a) Prescriptions médicamenteuses

Les AINS étaient le traitement le plus adapté en première intention dans le traitement des dysménorrhées suspectées primaires pour 60,6 % (n = 100) des

médecins interrogés, suivi par les antispasmodiques (16,4 %, n = 27) et le paracétamol (13,3 %, n = 22).

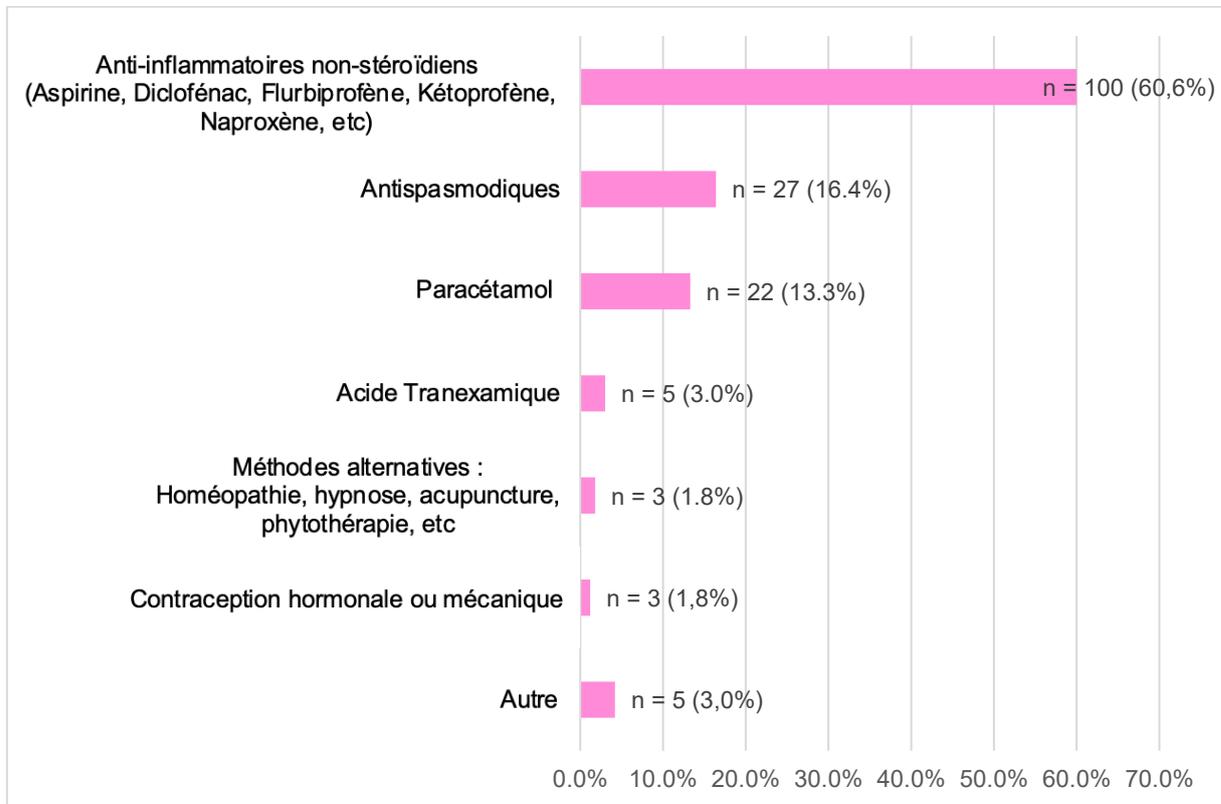


Figure 2 : Traitement prescrit en première intention en cas de dysménorrhée suspectée primaire (hors cas particuliers et en l'absence de contre-indication)

Une tendance à la prescription d'une contraception hormonale ou mécanique en deuxième intention ou en association dans le traitement des dysménorrhées suspectée primaire est constatée (54,5 %, n = 90).

Il existe une diversité des prescriptions en deuxième intention ou en association : 12,1 % (n = 20) des praticiens répondants ont recours à un antalgique de pallier 2, 8,5 % (n = 14) utilisent l'acide tranexamique et 3,6 % (n = 6) font appel aux méthodes alternatives (homéopathie, hypnose, acupuncture, phytothérapie).

Un médecin recommandait à ses patientes de boire des tisanes et d'appliquer une bouillote chaude sur leur abdomen.

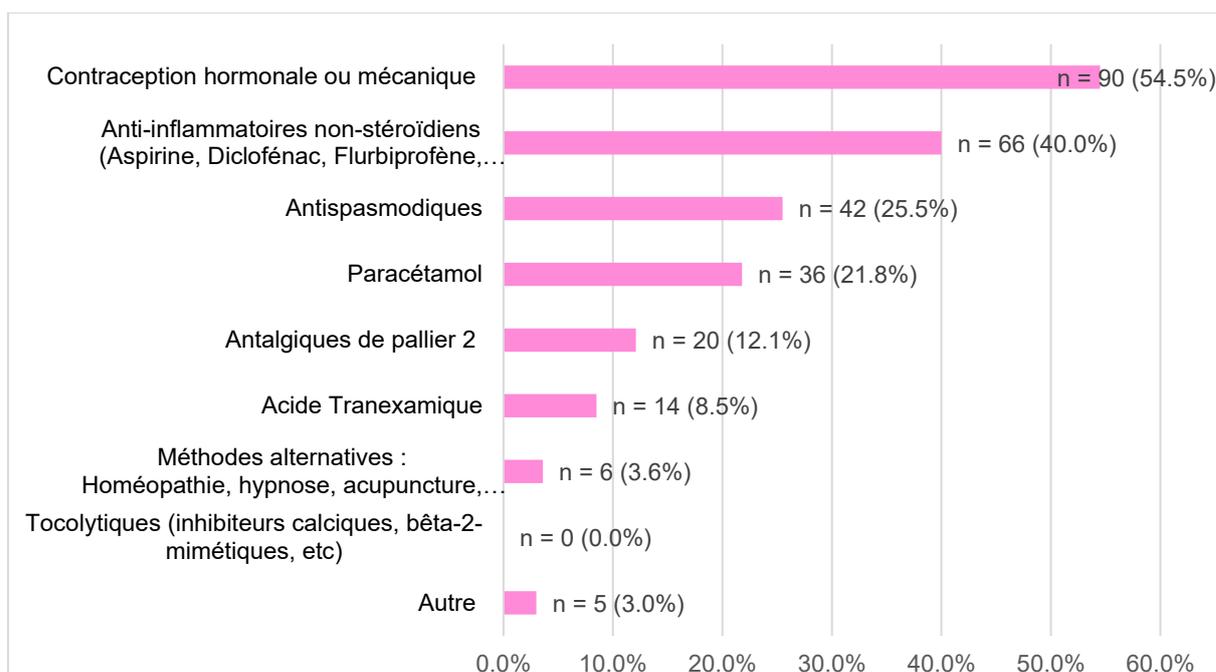


Figure 3 : Traitement(s) prescrit(s) en deuxième intention ou en association, en cas de dysménorrhée suspectée primaire (hors cas particuliers et en l'absence de contre-indication) *

* Plusieurs réponses possibles, le total ne fait donc pas 100%

b) Prescription d'un arrêt de travail

La majorité des médecins répondants prescrivent un arrêt de travail à leurs patientes souffrant de dysménorrhées (79,4 %, n = 131) : 95,4 % (n = 125) d'entre eux ne dépassent pas le seuil de 4 jours d'arrêt.

	N = 165
Non	33 (20,0)
Oui	131 (79,4)
1 à 4 jour(s)	125 (95,4)
5 à 10 jours	5 (3,8)
Plus de 10 jours	1 (0,8)

Tableau 3 : Prescription d'un arrêt de travail, n (%) (NA = 1)

Recours au spécialiste et outils d'aide à la prise en soin des dysménorrhées

79,4 % (n = 131) des médecins interrogés orientent leurs patientes vers un spécialiste et 8,4 % d'entre eux (n = 11) le font de manière systématique.

	N = 165
Non	33 (20,0)
Oui	131 (79,4)
Dans certains cas	120 (91,6)
Systématiquement	11 (8,4)

Tableau 4 : Recours au spécialiste, n (%) (NA = 1)

Ce recours a le plus souvent lieu en cas d'échec thérapeutique (63 %, n = 104) ou si la douleur est suspecte d'être secondaire (49,7 %, n = 82). 34 répondants (14,5 %) déclarent le faire par manque de connaissances. 4,8 % adressent leurs patientes à un spécialiste par pudeur à aborder le sujet (n = 3) ou à cause de difficultés liées au sexe opposé (n = 5).

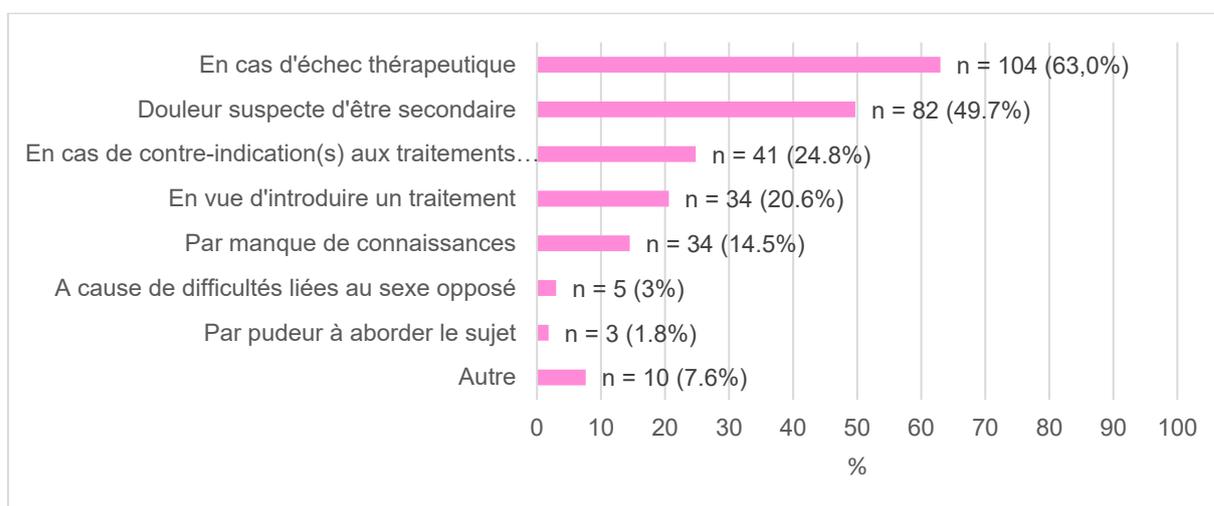


Figure 4 : Causes d'orientation de la patiente vers un spécialiste

* Plusieurs réponses possibles, le total ne fait donc pas 100%

50,3 % (n = 83) possèdent un réseau de confrères/consœurs et/ou d'associations vers qui adresser les patientes.

Seulement 7 répondants (4,2 %) connaissent un outil d'aide à la prise en soin des dysménorrhées de la femme : Vidal, Revue Prescrire, Revue du Praticien, CNGOF, PAP en pédiatrie, Fiche Info Patient.

		N = 165
Possède un réseau de confrères/consœurs et/ou d'associations vers qui adresser ses patientes, n (%) (NA = 3)		
Non		79 (47,9)
Oui		83 (50,3)
Connaissance d'un outil d'aide à la prise en soin des dysménorrhées de la femme (arbre décisionnel, fiche thérapeutique, site internet, ...), n (%) (NA = 3)		
Non		155 (93,9)
Oui		7 (4,2)

Tableau 5 : Outils d'aide à la prise en soin des dysménorrhées

Perception de la prise en charge globale des dysménorrhées

57,6 % (n = 95) des médecins interrogés estiment la prise en soin d'une patiente souffrant de dysménorrhée comme plutôt facile. Parmi les 9 personnes ayant répondu « Autre » à la question (5,5 %), 5 médecins déclarent que le niveau de difficulté est variable selon les situations.

		N = 165
Plutôt facile		95 (57,6)
Plutôt difficile		58 (35,2)
Autre		9 (5,5)

Tableau 6 : Perception de la prise en charge globale des dysménorrhées

En commentaires libres, quelques médecins ont exprimé un désintéressement à l'égard de cette problématique.

Beaucoup soulignent que les douleurs sont fréquemment « minimisées », « banalisées », « négligées », « insuffisamment prises en compte », ou « considérées comme normales ». Un médecin déclare qu'il s'agit d'un problème de santé publique sous-estimé, méritant un dépistage primaire.

Plusieurs médecins constatent que les patientes consultant pour des dysménorrhées sont jeunes. Ils évoquent une prise en charge difficile à généraliser car chaque patiente est unique dans l'expression de ses dysménorrhées.

Beaucoup rappellent l'endométriose et son exposition sociétale actuelle. Ils souhaiteraient dépolluer les discours autour de cette pathologie.

Une grande majorité de répondants affirme manquer de connaissances spécifiques sur le sujet. Un médecin parle de ne pas se sentir à l'aise.

Ils réclament un outil d'aide pragmatique et à jour des dernières recommandations pour soutenir au mieux ces femmes qui sont de plus en plus nombreuses.

DISCUSSION

La dysménorrhée, une entité abstraite et incomprise

La dysménorrhée est définie par le CNGOF depuis 2005 comme des douleurs à type de crampe de la région abdomino-pelvienne, cycliques et rythmées par les règles, qui surviennent juste avant, pendant, et/ou après les menstruations (1).

Ce travail a révélé que la définition d'une dysménorrhée n'est pas claire pour près de 3 médecins généralistes interrogés sur 10. La racine du terme n'étant pas correctement comprise, il sera difficile d'édifier toutes les étapes de la prise en charge des patientes dysménorrhéiques, du diagnostic aux traitements.

Cassagne (22) révèle dans son étude que 54,9 % des médecins généralistes interrogés différencient les « dysménorrhées » et les « douleurs de règles ». 21 % définissent les dysménorrhées comme un dysfonctionnement global des cycles que ce soit en termes d'intensité des douleurs, de durée et/ou d'abondance anormale des règles. Selon lui, cette confusion impacte directement la prise en charge qui s'ensuit.

En commentaires libres, plusieurs médecins avouaient être démunis de connaissances face au sujet. De nombreuses études ont souligné les lacunes des médecins généralistes en matière de compréhension et de prise en charge de la dysménorrhée (22, 23).

Ces observations justifient les délais considérables de 7 à 10 ans au diagnostic d'endométriose (24), qui constitue la première étiologie de dysménorrhée secondaire (4).

Des études rapportent que nombre de médecins généralistes ne maîtrisent pas toujours les symptômes et les recommandations actuelles de cette maladie, constituant l'une des principales causes du retard au diagnostic d'endométriose (25, 26).

Dans son travail, Roullier (27) observe qu'environ un quart des médecins généralistes sondés n'évoquent pas le diagnostic d'endométriose face à des dysménorrhées intenses. Des constats similaires sont faits dans d'autres études (28, 29).

Les douleurs, un symptôme souvent banalisé

L'étude de Stioui-Haik (30) déclare que 40 % des médecins généralistes sondés éprouvent des difficultés à distinguer une dysménorrhée primaire de celle liée à l'endométriose. L'étroite frontière entre les symptômes perçus comme « normaux » lors du cycle menstruel et ceux liés à une pathologie incite les médecins à sous-estimer ces manifestations, pouvant les attribuer à des causes psychosomatiques.

La position des médecins généralistes face aux dysménorrhées diverge. Dans ce travail, 96,4 % des médecins interrogés dépistent les dysménorrhées et 18,2 % le font de manière systématique. Certains manifestent ouvertement en commentaire libre un désintérêt marqué pour le sujet et en minimisent l'importance. Des études rapportent que les dysménorrhées sont fréquemment ignorées. La douleur menstruelle est souvent considérée comme un phénomène normal par les médecins généralistes (22, 28, 31).

Cette attitude du médecin généraliste a développé un sentiment de manque d'écoute et de respect chez les patientes dysménorrhéiques. Elles ont à leur tour banalisé leurs douleurs : elles les vivent comme une fatalité et renoncent à se plaindre (32).

Malgré une évolution des mentalités au cours de ces dernières années, parler des menstruations reste un tabou (33).

L'étude épidémiologique CONSTANCES (13) montre une prévalence de la dysménorrhée à 62,3 % chez les plus jeunes et jusqu'à 36,4 % chez les plus âgées. Ces chiffres peuvent être sous-évalués par la minimisation des douleurs par les médecins généralistes.

La principale conséquence de cette ignorance est une errance diagnostique. Dans la littérature internationale, la banalisation de ces douleurs par le médecin généraliste est un élément supplémentaire au retard diagnostique d'endométriose (34, 35, 36).

La qualité de vie des patientes, un indicateur de la gravité des douleurs

La qualité de vie des patientes est à évaluer par les médecins généralistes. Prendre en compte le retentissement des douleurs sur la qualité de vie des patientes lors de l'évaluation des dysménorrhées permet de prévenir leur normalisation.

Une étude australienne de 2010 a trouvé une association significative entre la gravité de la dysménorrhée et la qualité de vie des adolescentes âgées de 14 à 19 ans (36). L'étude montre que celles souffrant de dysménorrhées intenses et sévères présentaient un taux d'absentéisme scolaire plus élevé (50 à 54 %). Cette association douleurs/qualité de vie est décrite dans d'autres études (37).

Ce travail a constaté que 84,8 % des médecins interrogés recherchent le degré de perturbation des dysménorrhées sur la vie quotidienne, et 42,4 % le font systématiquement.

Dans l'étude de Lagrange (38), le retentissement sur la vie socio-professionnelle est repéré par près de 80 % des médecins généralistes interrogés. Après une intervention pédagogique, cette étude montre une augmentation significative des arrêts de travail. La raison en est probablement une sensibilisation accrue des praticiens à la douleur éprouvée par leurs patientes et à l'impact de celle-ci sur leur qualité de vie.

Ces dernières années, des échelles spécifiques ont émergé pour une évaluation précise des dysménorrhées, et ont été répertoriées par le CNGOF (39). L'échelle développée par Andersch et Milsom gradue la sévérité de la dysménorrhée en 4 classes de sévérité croissante (40) (annexe 4). Le questionnaire SF-36 est une échelle générique couramment utilisée pour mesurer la qualité de vie indépendamment de la

pathologie causale (41, 42) (annexe 5). D'autres échelles spécifiques à l'endométriose, comme EPH-30 et sa version courte EPH-5, ont été validées (42, 43, 44) (annexes 6 et 7).

Dans l'étude de Lagrange (38), ces échelles de qualité de vie sont utilisées par moins de 5 % des répondants.

Le médecin généraliste, un pivot dans le dépistage des symptômes

Une étude qualitative menée en 2013 sur les déterminants de la pratique gynécologique en médecine générale a révélé que la plupart des médecins généralistes considéraient la prévention en santé de la femme comme s'inscrivant dans leurs fonctions (45).

Ce travail a montré que le médecin généraliste occupe une place prépondérante dans la prise en charge en santé de la femme, puisque près de la moitié des médecins généralistes (40,6 %) sont confrontés à des patientes consultant pour dysménorrhées (2,4 % au moins 1 fois par jour et 38,2 % au moins une fois par semaine).

Sur la période 2010-2024, les effectifs des gynécologues médicaux ont diminué de 38,7 % dans le département du Nord (46). Devant cette pénurie de gynécologues et l'allongement des délais de rendez-vous, les femmes se tournent vers leur médecin traitant pour assurer leur suivi gynécologique.

L'étude Epilule (47) a souligné que le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié des femmes dans le cadre de leur prise en charge gynécologique. Le travail de thèse de Champeaux (48) a évalué l'un des principaux facteurs de motivation des patientes à confier leur suivi gynécologique à leur médecin traitant : l'accessibilité des consultations.

Les dysménorrhées constituent la principale cause d'absentéisme au travail chez les femmes en âge de procréer (16). Ces femmes se tournent alors vers leur médecin généraliste pour la rédaction d'un arrêt de travail. Ce dernier est prescrit par 79,4 % des médecins interrogés de l'étude, et ne dépasse pas le seuil de 4 jours d'arrêt.

Peu d'études s'intéressent au nombre de jours d'arrêt de travail prescrits par les médecins généralistes dans le cadre des dysménorrhées. En 2024, des propositions de loi (49) ont tenté d'instaurer un dispositif d'arrêt de travail rémunéré pour les personnes souffrant de règles douloureuses. Ces lois auraient permis aux femmes concernées de bénéficier de deux jours d'arrêt par mois sans période de carence.

Dans son travail étudiant la pratique de la gynécologie-obstétrique chez les médecins généralistes d'Ile-de-France, Dias (50) identifie 3 principaux motifs de consultation : la contraception, les douleurs pelviennes, et les infections génitales.

Tous ces différents motifs de consultation sont l'occasion de dépister les douleurs de règles. Ces moments sont cruciaux pour initier une prise en charge optimale. L'importance du rôle du médecin généraliste dans la caractérisation des dysménorrhées des femmes en souffrance ne doit pas être sous-estimée.

Des pratiques de prises en soins efficaces, mais encore perfectibles

La démarche clinique et paraclinique évoquée par les médecins interrogés dans cette étude est cohérente avec les recommandations des sociétés savantes.

71,5 % des répondants ne réalisent qu'un examen clinique abdomino-pelvien comme préconisé, l'examen gynécologique étant facultatif (2).

L'examen complémentaire fréquemment prescrit est l'échographie pelvienne. L'IRM pelvienne est peu envisagée en deuxième intention. Seul 18,2 % des sondés la prescrivent. Une échographie pelvienne ou un examen physique normal n'élimine pas la possibilité d'une dysménorrhée d'allure secondaire comme l'endométriose (5).

Dans l'étude de Lagrange (38), 57 % des praticiens prescrivent une IRM d'emblée devant une suspicion d'endométriose.

Dans cette étude tout comme dans la littérature (1, 5, 48) , il existe une diversité des prescriptions dans le traitement des dysménorrhées malgré l'efficacité reconnue des AINS et de la contraception hormonale. Les médecins interrogés ont peu

mentionné les alternatives thérapeutiques non médicamenteuses, probablement en raison des débats autour de leur efficacité et du besoin de recherches supplémentaires.

79,4 % des médecins sondés orientent leurs patientes vers un spécialiste, le plus souvent en cas d'échec thérapeutique ou si la douleur est suspecte d'être secondaire. Dans le travail de Roullier (27), 52 % des médecins généralistes adressent dès la suspicion d'endométriose.

Il n'existe pas de recommandations officielles concernant l'adressage au spécialiste de patientes souffrant spécifiquement de dysménorrhées. Les recommandations françaises portent principalement sur un document émis par la HAS en 2017 (51) concernant la prise en charge de l'endométriose, sans précision concernant les dysménorrhées. Elle insiste sur une approche multidisciplinaire impliquant gynécologues, radiologues, et médecins spécialisés dans la douleur, et préconise d'adresser une patiente à un spécialiste en cas de symptômes sévères ou persistants malgré un traitement médical initial.

Des recommandations par et pour les médecins généralistes, un besoin crucial identifié

Dans ce travail, seulement 7 répondants connaissent un outil d'aide à la prise en soin des dysménorrhées de la femme.

Une étude menée à Bordeaux en 2021 a analysé les portfolios des internes en médecine générale pour évaluer leur démarche réflexive sur l'endométriose (52). Le portfolio est l'endroit où les internes en médecine générale colligent leurs traces d'apprentissage. Les résultats montrent que seulement 29 % des sources citées proviennent de la littérature spécifique à la médecine générale (La Revue Médicale Suisse, la revue Prescrire, la revue anglaise Général Practitioner) et 71 % sont issues de sources spécialisées (Société Française d'Endocrinologie, CNGOF, la revue « Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie », la revue anglaise « Pain »).

Ce résultat soulève des interrogations : les sources disponibles en médecine générale semblent manquer sur le plan quantitatif pour répondre aux questions des médecins généralistes.

Les dysménorrhées peuvent apparaître comme une pathologie spécialisée, mais elles sont également une pathologie de médecine générale, comme l'illustre ce travail. Un référentiel consacré à la médecine générale pour ce motif de consultation serait bénéfique pour leur pratique quotidienne.

Paradoxalement, près de 3 médecins interrogés sur 5 estiment la prise en soin d'une patiente dysménorrhéique comme plutôt facile. Ce constat est observé dans une étude (53), où 71,2 % des sondés considéraient la gestion d'une consultation pour dysménorrhée primaire comme facile.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces observations.

Dans le cas de la dysménorrhée primaire, le diagnostic repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Les examens complémentaires sont rarement nécessaires, ce qui rend la consultation plus simple et plus rapide. Dans les cas plus complexes, le médecin généraliste peut déléguer vers un spécialiste, rendant leur gestion plus aisée.

La plupart des traitements de première ligne, comme les AINS et la contraception hormonale, sont facilement accessibles. Les médecins généralistes sont familiers avec leur utilisation.

La banalisation des douleurs de règles comme un phénomène « normal » en fait une pathologie d'allure bénigne et facile à traiter.

Forces et limites de l'étude

Une des forces de cette étude est la taille de l'échantillon. Au 1er janvier 2024, la région Nord-Pas-de-Calais comptait 2937 médecins généralistes libéraux (54). L'échantillon de 165 médecins représente donc 5,61 % de cette population.

Notre échantillon est plus jeune et rural que la population générale des médecins généralistes en France. Il confirme la féminisation de la profession (55).

Il existe un biais de sélection car les jeunes médecins généralistes ont été davantage confrontés à un stage de gynécologie pendant leur internat que leurs aîeux depuis la réforme de la maquette de l'internat de médecine générale de 1999. Elle a rendu ce stage obligatoire pour permettre aux médecins généralistes de mieux répondre aux besoins de santé des femmes.

En 2010, un chapitre consacré à l'endométriose a été intégré pour la première fois dans les programmes du Collège de Gynécologie-Obstétrique des ECN, soulignant l'importance de cette maladie auprès des futurs médecins, alors qu'elle gagnait en visibilité dans le domaine médical et médiatique.

De plus, les médecins généralistes exerçant en milieu rural ont des ressources et des défis différents de ceux de leurs collègues en milieu urbain. Ils sont confrontés à des patientèles plus âgées, des pathologies plus diversifiées, et à des difficultés d'accès aux soins spécialisés. Ces spécificités pourraient influencer leurs comportements professionnels, leurs perceptions, ou encore leurs besoins, limitant la possibilité de généraliser les résultats de l'étude à l'ensemble des médecins généralistes français.

Cette étude reposait sur le volontariat. Il est possible que les participants aient manifesté un intérêt préalable pour la gynécologie. Dans l'étude de Champeaux (48), un des facteurs de motivation des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie est l'intérêt personnel pour cette discipline, exprimé par 81,2 % des femmes contre 46,7 % des hommes. Les médecins interrogés de cette étude étant majoritairement de sexe féminin, on peut supposer que les femmes médecins généralistes se sentent davantage impliquées face aux problématiques gynécologiques de leur patientes. Cette implication peut être expliquée par un mélange d'empathie et d'identification personnelle, leur attribuant une meilleure compréhension des enjeux.

Un biais cognitif existe lié à l'interprétation subjective des questions par les médecins sondés. Les réponses des médecins généralistes parfois ambiguës en commentaires libres, ont permis un décodage subjectif.

Le besoin ressenti en recommandations par les médecins généralistes interrogés était important. Cette thèse a permis de soutenir ceux en quête d'un outil d'aide

pragmatique pour secourir au mieux ces femmes : à l'issue du questionnaire, ils pouvaient télécharger une fiche d'aide à la prise en soin des patientes souffrant de dysménorrhées basée sur nos recherches bibliographiques (annexe 2), ainsi qu'une fiche informative et explicative à l'attention de ces patientes (annexe 3).

Il ne s'agit que de prémices et des améliorations sont à apporter, comme intégrer un questionnaire d'évaluation de la qualité de vie des patientes, ou des recommandations quant à l'adressage de ces patientes à un spécialiste.

Ces outils et leur utilité ont été appréciés par les médecins généralistes interrogés. Ces derniers soulignaient un contenu complet et clair, bâti sur des ressources validées par la communauté scientifique, et facile d'accès.

PERSPECTIVES

Ce travail ouvre naturellement la voie à d'autres.

Adopter une approche centrée sur la patiente apparaît nécessaire. Il est réducteur de limiter la prise en soin des dysménorrhées à un simple algorithme validé scientifiquement. En mettant l'accent sur l'individualisation des soins et la valorisation de la personne dans sa totalité, le parcours de soins en deviendrait potentiellement plus efficace. Une étude qualitative visant à explorer les représentations des patientes concernant leurs douleurs de règles permettrait de mieux cerner les facteurs influençant l'accès aux soins et d'optimiser l'accompagnement de ces patientes.

Dans son ouvrage *Le chœur des femmes*, Martin Winckler écrit « lorsqu'on pose des questions, on ne récolte que des réponses ». Un dépistage systématique des douleurs de règles pourrait augmenter les chances d'identifier et de prendre en charge les patientes concernées. Les consultations amenant à les dépister peuvent être les suivantes :

- Examen de suivi de l'adolescente (entre 11 et 13 ans, entre 15 et 16 ans)
- Vaccination contre les infections à HPV entre 11 et 19 ans
- Première consultation de contraception
- Prévention contre les infections sexuellement transmissibles
- Certificat médical de non contre-indication au sport
- Délivrance d'un arrêt de travail pour trouble du cycle menstruel

La consultation de suivi gynécologique est une démarche longue et exigeante : elle englobe un interrogatoire approfondi, un examen mammaire et pelvien, ainsi que la prescription d'examens ou traitements adaptés. Pourtant, elle reste actuellement sous-valorisée par rapport à une consultation de médecine générale.

Tout comme certaines consultations longues en médecine générale, telles que celles dédiées à la contraception ou au suivi de l'obésité tarifées à 47,50 euros, il serait

pertinent d'instaurer une consultation spécifique pour le suivi gynécologique, assortie d'une cotation revalorisée. Ouvrir une consultation spécifique pourrait inciter les médecins généralistes à être plus exhaustif dans ces mêmes consultations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2005 Sep;34(5):513.
2. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017 Jul;39(7):585–95.
3. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol.* 2020 Nov;136(5):1047–58.
4. Borghese B, Santulli P, Marcellin L, Chapron C. Définition, description, formes anatomo-cliniques, pathogenèse et histoire naturelle de l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 2018 Mar;46(3):156–67.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. 2018;132(6).
6. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. 2015;
7. Feng X, Wang X. Comparison of the Efficacy and Safety of Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs for Patients with Primary Dysmenorrhea: A Network Meta-Analysis. *Mol Pain.* 2017;
8. Bon usage du médicament, " Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1ère ou 2ème génération ". Nov-2012. (En ligne). Consulté le 26 août 2023. Disponible en ligne sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf.
9. Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous Low-Level Topical Heat in the Treatment of Dysmenorrhea. 2001;97(3).
10. Proctor M, Murphy PA, Pattison HM, Suckling JA, Farquhar C. Behavioural interventions for dysmenorrhoea. *Cochrane Gynaecology and Fertility Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2007 Jul 18 [cited 2024 Aug 26];2011(10). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002248.pub3>
11. Matthewman G, Lee A, Kaur JG, Daley AJ. Physical activity for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Sep;219(3):255.e1-255.e20.
12. Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, Sangkomkamhang US, Barnes J, Seyfoddin V, et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Gynaecology and Fertility Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2016 Mar 22 [cited 2024 Aug 26];2016(3). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002124.pub2>
13. Margueritte F, Fritel X, Zins M, Goldberg M, Panjo H, Fauconnier A, et al. The Underestimated Prevalence of Neglected Chronic Pelvic Pain in Women, a Nationwide Cross-Sectional Study in France. *J Clin Med.* 2021 Jun 3;10(11):2481.

14. Pitts MK, Ferris JA, Smith AMA, Shelley JM, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. *Med J Aust.* 2008 Aug;189(3):138–43.
15. Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1990 Jul;97(7):588–94.
16. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* 2015 Nov;21(6):762–78.
17. Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ.* 2006 May 13;332(7550):1134–8.
18. Fernandez H, Barea A, Chanavaz-Lacheray I. Prevalence, intensity, impact on quality of life and insights of dysmenorrhea among French women: A cross-sectional web survey. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2020 Dec;49(10):101889.
19. Pitangui ACR, Gomes MRDA, Lima AS, Schwingel PA, Albuquerque APDS, De Araújo RC. Menstruation Disturbances: Prevalence, Characteristics, and Effects on the Activities of Daily Living among Adolescent Girls from Brazil. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013 Jun;26(3):148–52.
20. Driver HS, Baker FC. Menstrual factors in sleep. *Sleep Med Rev.* 1998 Nov;2(4):213–29.
21. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol.* 1982 Nov;144(6):655–60.
22. Cassagne M. Évaluation et prise en charge des dysménorrhées lors d'une consultation de contraception par les médecins généralistes de Haute Normandie [Thèse d'exercice].
23. 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 [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne Faculté de médecine d'Amiens; 2020.
24. Candau Y, Estrade DJP, Roman PH. endoVie Vivre avec l'endométriose : plus de 1 550 femmes en parlent. 2020;
25. Denny E, Mann CH. Endometriosis and the primary care consultation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008 Jul;139(1):111–5.
26. Roullier C, Sanguin S, Parent C, Lombart M, Sergent F, Foulon A. General practitioners and endometriosis: Level of knowledge and the impact of training. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021 Dec;50(10):102227.
27. Roullier C. État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes picards sur le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose pelvienne profonde [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne Faculté de médecine d'Amiens; 2020.
28. Quibel A, Puscasiu L, Marpeau L, Roman H. Les médecins traitants devant le défi du dépistage et de la prise en charge de l'endométriose : résultats d'une enquête. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2013 Jun;41(6):372–80.
29. Van Der Zanden M, Nap AW. Knowledge of, and treatment strategies for, endometriosis among general practitioners. *Reprod Biomed Online.* 2016 May;32(5):527–31.
30. Avigaïl STIOUI épouse HAIK. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de l'endométriose : étude quantitative auprès des médecins généralistes du Val d'Oise [Thèse d'exercice]. Université Paris Est Créteil Faculté de médecine de Créteil; 2019.
31. Pouliquen-Secret D. Fréquences des symptômes évoquant l'endométriose dans

- la population générale et les implications sur la pratique clinique des médecins généralistes [Thèse d'exercice].
32. Léa Lauret, Claire Jouanolou. Exploration des déterminants du retard diagnostique de l'endométriose, à partir de l'expérience vécue des femmes. *Semantic Sch.* 2017;
 33. Mardon A. Honte et dégoût dans la fabrication du féminin: L'apparition des menstrues. *Ethnol Fr.* 2011 Jan 3;Vol. 41(1):33–40.
 34. Ghai V, Jan H, Shakir F, Haines P, Kent A. Diagnostic delay for superficial and deep endometriosis in the United Kingdom. *J Obstet Gynaecol.* 2020 Jan 2;40(1):83–9.
 35. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod.* 2012 Dec 1;27(12):3412–6.
 36. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril.* 2006 Nov;86(5):1296–301.
 37. Parker M, Sneddon A, Arbon P. The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2010 Jan;117(2):185–92.
 38. Lagrange A. Prise en charge de la dysménorrhée par les soignants de premier recours, en téléconsultation: exemples de la dysménorrhée primaire et de l'endométriose [Thèse d'exercice].
 39. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Scores et échelles de la douleur Revue bibliographique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2005 Sep;34(5):513.
 40. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol.* 1982 Nov;144(6):655–60.
 41. Sf L. Medical Outcome Study Short Form - 36.
 42. Bourdel N, Chauvet P, Billone V, Douridas G, Fauconnier A, Gerbaud L, et al. Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. Montazeri A, editor. *PLOS ONE.* 2019 Jan 10;14(1):e0208464.
 43. Chauvet P, Auclair C, Mourgues C, Canis M, Gerbaud L, Bourdel N. Psychometric properties of the French version of the Endometriosis Health Profile-30, a health-related quality of life instrument. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017 Mar;46(3):235–42.
 44. Renouvel F, Fauconnier A, Pilkington H, Panel P. Adaptation linguistique de l'endometriosis health profile 5 : EHP 5. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2009 Sep;38(5):404–10.
 45. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *Exercer* 2013; 107 : 114-20.
 46. CNOM. Atlas de la démographie médicale. Variation des effectifs des gynécologues médicaux depuis 2010. Situation au 1er janvier 2023 [Internet]. Disponible sur:
<https://demographie.medecin.fr/#bbox=71096,7045295,1207555,930503&c=indicator&f=18&i=qualif.total&s=2024&selcodgeo=59&view=map10>.
 47. Cogneau J. Étude EPILULE. Journée Communications SFMG. 2004.
 48. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2013.

49. Peytavie S, Garin MC, Rousseau S, Arrighi C, Batho D, Bayou J, et al. Proposition de loi visant à reconnaître et protéger la santé menstruelle et gynécologique dans le monde du travail.
50. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [2010]: Université Paris Diderot - Paris 7;
51. Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Prise en charge de l'endométriose, démarche diagnostique et traitement médical. 2017.
52. de Béchade A. Endométriose et auto-formation des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux: analyse des portfolios d'une promotion d'interne [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2021.
53. Simon L. Dysménorrhée primaire dans l'Océan Indien: une étude descriptive des pratiques médicales de premier recours [Thèse d'exercice].
54. CNOM. Atlas de la démographie médicale. Nombre de médecins généralistes libéraux en France par département. Situation au 1er janvier 2024 [Internet]. Available from:
<https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&f=23&i=qualif.l&s=2024&view=map10>
55. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. 2022 Jan 1;

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Dysménorrhée chez la femme : évaluation des pratiques de prise en soins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais exerçant en libéral.

Introduction/Présentation :

Bonjour !

Je m'appelle Camille BOU-CHABAKE et je suis interne en 5^{ème} semestre de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête des pratiques de prise en soins des dysménorrhées chez la femme en âge de procréer auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais exerçant en libéral, dirigée par le Dr Judith OLLIVON.

Il ne s'agit pas d'un contrôle de vos connaissances, mon étude a pour but de créer un outil pratico-pratique d'aide à la démarche diagnostique et thérapeutique des dysménorrhées pour les médecins généralistes et les patientes, afin d'offrir une meilleure prise en soins de ces femmes.

Pour y participer, vous devez être médecin généraliste (thésé ou non), exerçant en cabinet libéral (en tant que remplaçant ou non), dans le Nord-Pas-de-Calais.

Le questionnaire comporte 15 questions et ne vous prendra que 5 minutes seulement ! Il est facultatif, anonyme, et confidentiel. Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droits de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de ma thèse. Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier vos patients dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Vous trouverez à la fin du questionnaire une fiche d'aide à la prise en soin des patientes souffrant de dysménorrhées basée sur mes recherches bibliographiques, ainsi qu'une fiche informative et explicative à l'attention de ces patientes.

Si vous êtes intéressé(e) par les résultats de ma thèse, ci-joint mon mail pour me contacter : camille.bouchabake.etu@univ-lille.fr.

Je vous remercie par avance pour votre contribution et le temps que vous y avez consacré !

A) DEPISTAGE :

- 1) Selon vous, qu'est-ce qu'une dysménorrhée ?
 - a. Trouble de la fréquence des menstruations
 - b. Trouble du volume des menstruations
 - c. Douleurs à type de crampe de la région abdomino-pelvienne survenant juste avant et/ou pendant les menstruations
 - d. Retard de la ménarche
 - e. Ensemble de symptômes physiques et psychologiques qui débutent quelques jours avant les menstruations et qui prennent généralement fin quelques heures après le premier jour des règles

- 2) A quelle fréquence estimez-vous ce motif de consultation ?
 - a. ≥ 1 fois par jour
 - b. ≥ 1 fois par semaine
 - c. ≥ 1 fois par mois
 - d. Moins souvent qu'1 fois par mois
 - e. 0

- 3) La consultation pour « dysménorrhée suspectée primaire » a lieu à la suite :
 - a. D'un dépistage systématique chez toute femme réglée
 - b. D'un dépistage orienté, sur points d'appel à l'interrogatoire et/ou à l'examen clinique, chez toute femme réglée
 - c. D'une déclaration spontanée de la patiente réglée
 - d. Jamais
 - e. Autre

- 4) Par quelle méthode évaluez-vous l'intensité des douleurs de règles ?
 - a. Échelle verbale simple
 - b. Échelle numérique
 - c. Échelle visuelle analogique
 - d. Autre

- 5) Réalisez-vous un examen clinique dans le cadre d'une dysménorrhée suspectée primaire ?
 - a. Oui, un examen abdomino-pelvien seul
 - b. Oui, un examen gynécologique seul
 - c. Oui, un examen abdomino-pelvien et un examen gynécologique
 - d. Non, aucun examen clinique
 - e. Autre

- 6) Réalisez-vous un ou des examen(s) complémentaire(s) dans le cadre d'une dysménorrhée suspectée primaire ?
 - a. Biologie
 - b. Échographies pelviennes et/ou endovaginales
 - c. IRM pelvienne
 - d. Aucun examen complémentaire
 - e. Autre

- 7) A quelle fréquence recherchez-vous le degré de perturbation des dysménorrhées sur la vie quotidienne (exemple : absentéisme scolaire ou professionnel) ?
- Systématiquement
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais

B) PRISE EN SOINS :

- 8) Quel traitement prescrivez-vous en première intention en cas de dysménorrhée suspectée primaire (hors cas particuliers et en l'absence de contre-indication) ?
- Acide Tranexamique
 - Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (Aspirine, Diclofénac, Flurbiprofène, Kétoprofène, Naproxène, ...)
 - Paracétamol
 - Antispasmodiques
 - Antalgiques de pallier 2
 - Contraception hormonale ou mécanique
 - Tocolytiques (inhibiteurs calciques, bêta-2-mimétiques, ...)
 - Méthodes alternatives : homéopathie, hypnose, acupuncture, phytothérapie, ...
 - Autre
- 9) Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous en deuxième intention ou en association, en cas de dysménorrhée suspectée primaire (hors cas particuliers et en l'absence de contre-indication) ?
- Acide Tranexamique
 - Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (Aspirine, Diclofénac, Flurbiprofène, Kétoprofène, Naproxène, ...)
 - Paracétamol
 - Antispasmodiques
 - Antalgiques de pallier 2
 - Contraception hormonale ou mécanique
 - Tocolytiques (inhibiteurs calciques, bêta-2-mimétiques, ...)
 - Méthodes alternatives : homéopathie, hypnose, acupuncture, phytothérapie, ...
 - Autre
- 10) Si vous prescrivez un arrêt de travail, quelle est la durée de celui-ci ?
- 1 à 4 jours d'arrêt
 - 5 à 10 jours d'arrêt
 - Plus de 10 jours
 - Pas d'arrêt de travail
- 11) Orientez-vous la patiente vers un spécialiste ?
- Oui, systématiquement
 - Oui, dans certains cas
 - Non

12) Si vous avez répondu « a » ou « b » à la question précédente, pourquoi ?

- a. Douleur suspecte d'être secondaire
- b. En vue d'introduire un traitement
- c. En cas d'échec thérapeutique
- d. En cas de contre-indications aux traitements habituels
- e. Par manque de connaissances
- f. Par pudeur à aborder le sujet
- g. A cause de difficultés liées au sexe opposé
- h. Autre

C) CONCLUSION :

13) Comment percevez-vous la prise en charge globale d'une dysménorrhée suspectée primaire en cabinet de médecine générale ?

- a. Plutôt facile
- b. Plutôt difficile
- c. Autre

14) Possédez-vous un réseau de confrères/consœurs et/ou d'associations vers qui adresser votre patiente ?

- a. Oui
- b. Non

15) Connaissez-vous un outil d'aide à la prise en soin des dysménorrhées de la femme (arbre décisionnel, fiche thérapeutique, site internet, ...) ?

- a. Oui
- b. Non

Si oui, lequel ?

D) COMMENTAIRES LIBRES

E) CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-PROFESSIONNELLES :

1) Vous êtes :

- a. De genre masculin
- b. De genre féminin
- c. D'un autre genre

2) Vous avez :

- a. ≤ 34 ans
- b. 35-44 ans
- c. 45-54 ans
- d. 55-64 ans
- e. ≥ 65 ans

- 3) Vous exercez :
- a. En milieu rural
 - b. En milieu semi-rural
 - c. En milieu urbain
- 4) Quelle est votre formation en gynécologie ?
- a. Stage(s) pendant l'externat et/ou l'internat
 - b. Diplôme universitaire
 - c. Formation médicale continue
 - d. Aucune formation
 - e. Autre

Fin :

Merci pour votre participation !

Vous pouvez télécharger dès à présent la **fiche d'aide à la prise en soin des patientes souffrant de dysménorrhées** basée sur mes recherches bibliographiques, ainsi que la **fiche informative et explicative à l'attention de ces patientes** via ce lien :

</upload/surveys/126295/files/MG%2Bpatiente.pdf>.

Si vous avez besoin d'une information complémentaire et/ou que vous êtes intéressé(e) par les résultats de l'étude, je suis disponible par mail : camille.bouchabake.etu@univ-lille.fr.

Annexe 2 : Fiche pratique d'aide à la démarche diagnostique et thérapeutique des dysménorrhées pour les médecins généralistes

FICHE PRATIQUE D'AIDE A LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES DYSMÉNORRHÉES POUR LES MEDECINS GENERALISTES¹



Les consultations qui peuvent amener à les rechercher

- examen de suivi de l'adolescente (entre 11 et 13 ans, entre 15 et 16 ans)
- vaccination contre les infections à HPV entre 11 et 19 ans
- première consultation de contraception
- prévention contre les infections sexuellement transmissibles
- certificat médical de non contre-indication au sport
- délivrance d'un arrêt de travail pour trouble du cycle menstruel

Interrogatoire, CE QU'IL FAUT RETENIR

DYSMÉNORRHÉE	PRIMAIRE	SECONDAIRE
âge de survenue	< 25 ans	> 35-40 ans
caractère de la douleur (siège, fréquence, intensité, évolution, durée, ...)	Tous les mois, sans augmentation de la douleur Douleur protoméniale : précède les règles et dure jusqu'à 24-36 heures	Douleur d' intensité progressive Douleur téléméniale : aggravée au 2 ^{ème} /3 ^{ème} jour des règles et dure plus longtemps
signes accompagnateurs	Nausées/vomissements, diarrhées, céphalées, lipothymie, syndrome prémenstruel	Douleur à la défécation, signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale
conséquences sociales	Aucune ou diminution des activités	Repos, absence/arrêt de travail, alitement > 1 jour

Examen clinique

GENERAL

! indispensable !

GYNECOLOGIQUE

! non-systématique !



Examens complémentaires

! SAUF SI DYSMÉNORRHÉE PRIMAIRE TYPIQUE = pas d'examen complémentaire !

Première intention = Échographie abdomino-pelvienne, en première partie du cycle

Deuxième intention = IRM abdomino-pelvienne

Quels traitements conseiller ?

→ **AINS** (la plupart des études comparant les AINS entre eux n'ont pas permis de déterminer lesquels des AINS sont les plus efficaces pour traiter les dysménorrhées²)

→ HORMONAL³

- si trouble du cycle menstruel : **progestatifs de J15-J16 à J25 du cycle⁴**

- progestérone micronisée (ex : Utrogestan®)

OU dydrogesterone (ex : Duphaston®)

- **SI ECHEC** : médrogestone (ex : Colprone®)

- si effet contraceptif souhaité : **oestro-progestatifs minidosés monophasiques de 2^{ème} génération**

→ **INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES** (hypnothérapie, stratégies d'adaptation, relaxation, EMG, activité physique) : efficacité non-démontrée⁵



Bibliographie :

1. La consultation en gynécologie.pdf.
2. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhea. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 30 juill 2015 [cité 4 févr 2024]; Disponible sur : <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001751.pub3>
3. Vidal. Prise en charge des dysménorrhées, recommandations [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://vidal.fr/maladies/recommandations/dysménorrhées-1713.html#prise-en-charge>
4. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Sept 2005;34(5):513
5. Proctor M, Murphy PA, Pattison HM, Suckling JA, Farquhar C. Behavioural interventions for dysmenorrhea. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 18 juill 2007 [cité 7 févr 2024];2011(10). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002248.pub3>

Annexe 3 : Fiche informative et explicative à l'attention des patientes souffrant de dysménorrhées

« J'AI TRÈS MAL AU VENTRE
PENDANT MES RÈGLES, DOCTEUR ! »¹



Les consultations qui peuvent amener à en parler à mon médecin traitant :

- suivi de croissance entre 11 et 13 ans, entre 15 et 16 ans
- vaccination contre le papillomavirus entre 11 et 19 ans
- introduction ou renouvellement d'une contraception
- bilan sanguin à la recherche d'une infection sexuellement transmissible
- certificat médical de non contre-indication au sport
- demande d'un arrêt de travail pour douleurs à la survenue des règles

Comment décrire mes douleurs de règles ?

âge de début des douleurs	Avant 25 ans	Après 35-40 ans
caractère de la douleur	Juste avant le début de mes règles et jusqu'à 24-36 heures après le début de mes règles Douleur identique à chaque fois que j'ai mes règles	Plus intense au 2 ^{ème} /3 ^{ème} jour de mes règles et jusqu'après la fin de mes règles Douleur de plus en plus en forte à chaque fois que j'ai mes règles
autres signes cliniques associés	Nausées/vomissements, diarrhées, maux de tête, malaise, douleurs aux seins	Douleur à la défécation et/ou signes urinaires réapparaissant à chaque fois que j'ai mes règles
conséquences sur ma vie quotidienne	Aucune ou diminution de mes activités	impossible de me rendre au travail

Examen clinique

EXAMEN GENERAL
! indispensable !

EXAMEN GYNECOLOGIQUE
!!!! pas obligatoire !!!!



Bilan complémentaire

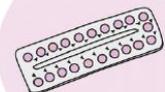
! Si une cause expliquant mes douleurs de règles est suspectée !

- Échographie abdomino-pelvienne, réalisée éventuellement par voie endovaginale (la sonde de l'échographe est placée dans mon vagin)
- IRM abdomino-pelvienne



Quels traitements peut me prescrire mon médecin traitant ?

- **MÉDICAMENTS ANTI-INFLAMMATOIRES** pour calmer mes douleurs
- **CONTRACEPTION HORMONALE** pour diminuer voire stopper mes règles
- **MÉTHODES ALTERNATIVES** (homéopathie, hypnose, relaxation, yoga, acupuncture, phytothérapie, ... mais leur efficacité n'a pas été prouvée²)



Bibliographie :

1. La consultation en gynécologie.pdf.
2. Proctor M, Murphy PA, Pattison HM, Suckling JA, Farquhar C. Behavioural interventions for dysmenorrhea. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 18 juill 2007 [cité 7 févr 2024];2011(10). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002248.pub3>

Annexe 4 : Échelle d'Andersch et Milsom « échelle verbale multidimensionnelle »

Échelle comportementale utilisée pour grader la sévérité de la dysménorrhée en 4 classes de sévérité croissante (1) :

- 0 : Les règles ne sont pas douloureuses, et l'activité quotidienne n'est pas affectée ;
- 1 : Les règles sont douloureuses mais inhibent rarement l'activité normale de la femme. Des antalgiques sont rarement nécessaires. La douleur est légère ;
- 2 : Les activités quotidiennes sont gênées. Des antalgiques sont nécessaires et soulagent la douleur, les absences à l'école ou au travail sont, de ce fait, rares. La douleur est moyenne ;
- 3 : Activité clairement inhibée. Faible effet des antalgiques. Symptômes somatiques, c'est-à-dire maux de tête, asthénie, nausées, vomissements et diarrhées. La douleur est sévère.

Annexe 5 : Questionnaire générique pour l'évaluation de la qualité de vie (SF-36)



SF-36

Questionnaire au patient

▲ # de dossier

▲ Date (AAAA-MM-JJ)

RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille

▲ Prénom

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

- Excellente
 Très bonne
 Bonne
 Médiocre
 Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?

- Bien meilleur
 Plutôt meilleur
 À peu près pareil
 Plutôt moins bon
 Beaucoup moins bon

3. Les questions suivantes portent sur des activités quotidiennes.
Est-ce que votre santé vous limite dans ces activités?

	Oui, beaucoup limité.e	Oui, un peu limité.e	Non, pas du tout limité.e
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Soulever et porter les courses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Monter plusieurs étages par l'escalier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Monter un étage par l'escalier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Marcher plus d'un kilomètre à pied.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Marcher plusieurs centaines de mètres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Marcher une centaine de mètres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants à votre travail ou pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé **physique**?

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants à votre travail ou pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé **émotionnelle**?

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnelle vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Énormément

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques?

- Nulle Très faible Faible Moyenne Grande Très grande

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité.e dans votre travail ou vos activités domestiques?

- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Énormément

Les questions suivantes portent sur comment vous vous sentez et comment les choses sont allées pour vous au cours de ces 4 dernières semaines. Choisissez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous ressentez.

9. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où:	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a. Vous vous êtes senti.e dynamique?	<input type="radio"/>					
b. Vous vous êtes senti.e très nerveux.se?	<input type="radio"/>					
c. Vous vous êtes senti.e si découragé.e que rien ne pouvait vous remonter le moral?	<input type="radio"/>					
d. Vous vous êtes senti.e calme et détendu.e?	<input type="radio"/>					
e. Vous vous êtes senti.e débordant.e d'énergie?	<input type="radio"/>					
f. Vous vous êtes senti.e triste et abattu.e?	<input type="radio"/>					
g. Vous vous êtes senti.e épuisé.e?	<input type="radio"/>					
h. Vous vous êtes senti.e bien dans votre peau?	<input type="radio"/>					
i. Vous vous êtes senti.e fatigué.e?	<input type="radio"/>					

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité.e dans votre travail ou vos activités domestiques?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

11. Dans quelle mesure chacun des énoncés suivants sont-ils vrai ou faux pour vous?	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
a. Je tombe malade plus facilement que les autres.	<input type="radio"/>				
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui.	<input type="radio"/>				
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade.	<input type="radio"/>				
d. Je suis en parfaite santé.	<input type="radio"/>				

▲ Signature du patient

▲ Date

Annexe 6 : Questionnaire sur l'état de santé de patientes atteintes d'endométriose (EPH-30)

Partie 1 : Questionnaire général

Au cours des 4 dernières semaines

A cause de votre endométriose, dans quelle mesure avez-vous...

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	Été incapable d'avoir une vie sociale (sortir, aller à des événements sociaux,...) à cause de la douleur ?					
2	Été incapable de faire des travaux domestiques (tâches ménagères, ...) à cause de la douleur ?					
3	Trouvé difficile de rester debout à cause de la douleur ?					
4	Trouvé difficile de rester assise à cause de la douleur ?					
5	Trouvé difficile de marcher à cause de la douleur ?					
6	Trouvé difficile de faire de l'exercice ou les activités de loisirs que vous aimez faire à cause de la douleur ?					
7	Perdu l'appétit ou été incapable de manger à cause de la douleur ?					
8	Trouvé difficile de dormir normalement à cause de la douleur ?					
9	Été obligée de devoir aller au lit ou de vous allonger à cause de la douleur ?					
10	Été incapable de faire les choses que vous vouliez à cause de la douleur ?					
11	Trouvé difficile de vivre avec la douleur ?					
12	Sentie pas bien, pas en forme ?					
13	Sentie frustrée parce que vos symptômes ne s'amélioraient pas ?					
14	Sentie frustrée parce que vous n'arriviez pas à contrôler vos symptômes ?					
15	Été incapable d'oublier vos symptômes ?					
16	Eu l'impression que vos symptômes dirigeaient votre vie ?					
17	Eu l'impression que vos symptômes gâchaient votre vie ?					
18	Sentie déprimée ?					
19	Sentie au bord des larmes ?					
20	Sentie misérable (abattue, ayant le cafard,...) ?					
21	Eu des sautes d'humeur ?					
22	Sentie colérique ou de mauvaise humeur ?					
23	Sentie violente ou agressive ?					
24	Eu l'impression de ne pas pouvoir expliquer aux autres ce que vous ressentiez ?					
25	Eu l'impression que votre entourage ne comprenait pas ce que vous enduriez ?					
26	Eu l'impression que les autres trouvaient que vous vous plaigniez trop ?					
27	Sentie seule ?					

28	Sentie frustrée de ne pas pouvoir porter les vêtements de votre choix ?					
29	Eu l'impression que votre apparence a été affectée ?					
30	Manqué de confiance en vous ?					

Partie 2 : Questionnaire thématique

Section A : Concernant le travail

Ces questions portent sur l'impact que l'endométriose a eu sur votre travail pendant les 4 dernières semaines. Si vous n'avez pas eu d'activité professionnelle ou bénévole pendant ces 4 dernières semaines, merci de cocher cette case et passez à la Section B.

Au cours des 4 dernières semaines A cause de votre endométriose, dans quelle mesure avez-vous...

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	Dû vous absenter de votre travail à cause de la douleur ?					
2	Eté incapable de faire votre travail à cause de la douleur ?					
3	Ressenti de la gêne au travail à cause de vos symptômes ?					
4	Ressenti de la culpabilité car vous deviez vous absenter de votre travail ?					
5	Eté inquiète à l'idée de ne pas pouvoir faire votre travail ?					

Section B : Concernant les relations avec les enfants.

Ces questions portent sur l'impact que l'endométriose a eu sur votre relation avec votre (vos) enfant(s) pendant les 4 dernières semaines.

Si vous n'avez pas d'enfant, merci de cocher cette case et passez à la Section C.

Au cours des 4 dernières semaines A cause de votre endométriose, dans quelle mesure avez-vous ...

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	Trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfant(s) ?					
2	Eté dans l'incapacité de jouer avec votre (vos) enfant(s) ?					

Section C : Concernant les rapports sexuels

Ces questions portent sur l'impact que l'endométriose a eu sur vos relations sexuelles pendant les 4 dernières semaines.

Au cours des 4 dernières semaines A cause de votre endométriose, dans quelle mesure avez-vous / vous êtes-vous...

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Pas concernée
1	Eu mal pendant ou après vos rapports ?						
2	Eté inquiète à l'idée d'avoir des rapports sexuels à cause de la douleur ?						
3	Evité les rapports sexuels à cause de la douleur ?						
4	Sentie coupable de ne pas vouloir de rapports sexuels ?						
5	Sentie frustrée car vous ne preniez pas de plaisir lors des rapports sexuels ?						

Section D : Concernant le corps médical

Ces questions portent sur votre sentiment à l'égard de la profession médicale durant ces 4 dernières semaines.

Si cette section ne vous concerne pas, merci de cocher cette case et passez à la Section E.

Au cours des 4 dernières semaines A cause de votre endométriose, dans quelle mesure avez-vous / vous

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	Eu l'impression que le(s) médecin(s) consulté(s) ne faisait(ent) rien pour vous ?					
2	Eu l'impression que le(s) médecin(s) pense(nt) que tout est dans votre tête ?					
3	Sentie frustrée face au manque de connaissances des médecins sur l'endométriose ?					
4	Eu l'impression que vous faisiez perdre du temps aux médecins ?					

Section E : Concernant le traitement

Ces questions portent sur votre sentiment à l'égard du traitement que vous avez reçu pour l'endométriose durant ces 4 dernières semaines. Le terme traitement comprend toute intervention chirurgicale ou médicament prescrit pour votre endométriose.

Si cette section ne vous concerne pas, merci de cocher cette case et passez à la Section F. Au cours des 4 dernières semaines

A cause de votre endométriose, dans quelle mesure avez-vous / vous êtes-vous

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	Sentie frustrée car le traitement ne marchait pas ?					
2	Trouvé difficile de faire face aux effets secondaires du traitement ?					
3	Eté contrariée par la lourdeur des traitements que vous avez dû prendre ?					

Section F : Concernant la difficulté à procréer

Ces questions portent sur vos problèmes pour concevoir un enfant pendant ces 4 dernières semaines.

Si cette section ne vous concerne pas, merci de cocher cette case .

Au cours des 4 dernières semaines A cause de votre endométriose, dans quelle mesure avez-vous / vous êtes-vous...

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	Eté inquiète à l'idée de ne pas avoir un / d'autres enfant(s) ?					
2	Sentie dévalorisée ou « bonne à rien » à l'idée de ne pas avoir un / d'autres enfant(s) ?					
3	Sentie déprimée à l'idée de ne pas avoir un / d'autres enfant(s) ?					
4	Eu l'impression que la possibilité de ne pas avoir d'enfants a mis à l'épreuve votre relation avec votre partenaire ?					

Annexe 7 : Échelle EPH-5, version courte du questionnaire EPH-30

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs	0	1	2	3	4
Avez-vous l'impression que vos symptômes réglaient votre vie					
Avez-vous eu des changements d'humeur					
Avez-vous l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez					
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changé					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs	0	1	2	3	4
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfant(s)					
Vous êtes-vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports sexuels à cause de la douleur					
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête					
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas					
Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants					

THE STRENGTHENING THE REPORTING OF OBSERVATIONAL STUDIES IN EPIDEMIOLOGY (STROBE) STATEMENT: GUIDELINES FOR REPORTING OBSERVATIONAL STUDIES

Titre et résumé	Dysménorrhée chez la femme : évaluation des pratiques de prise en soins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais exerçant en libéral
Introduction Contexte/justification	Les dysménorrhées concernent jusqu'à 6 femmes sur 10 et affectent négativement leur qualité de vie. Ces douleurs constituent la principale cause d'absentéisme au travail chez les femmes en âge de procréer, qui se tournent vers leur médecin généraliste pour la rédaction d'un arrêt de travail. Ce dernier, spécialiste du premier recours, devient le meilleur maillon du système de soin pour amorcer une prise en soin de ces dysménorrhées.
Objectifs	L'objectif principal de ce travail était d'évaluer les pratiques actuelles de prise en soin des dysménorrhées par les MG libéraux du Nord-Pas-de-Calais. L'objectif secondaire était de proposer une fiche pratique d'aide à la démarche diagnostique et thérapeutique des dysménorrhées aux MG interrogés, ainsi qu'une fiche informative et explicative à l'attention de leurs patientes en souffrance.
Méthodes Conception de l'étude	Une recherche bibliographique a été faite en amont : elle s'est inspirée d'articles et de publications trouvées sur PubMed, Sudoc, Cochrane, CISMef, et Google Scholar. Les principaux mots-clés étaient « dysmenorrhea », « women », « general practitioners », « primary care ».
Contexte	Afin d'évaluer les pratiques des médecins généralistes, une étude observationnelle descriptive de type quantitative a été conduite du 21 mars au 21 juin 2024. Ils ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur mail professionnel, ou par les messageries sécurisées de santé Apicrypt et MSSanté. Après

Population	<p>un court texte explicatif de l'étude, un lien URL d'accès direct au questionnaire en ligne était proposé. Une relance à deux mois, un mois, 2 semaines et 1 semaine avant la fin du recueil ont eu lieu.</p> <p>La population de l'étude comprenait les médecins généralistes installés ou remplaçants exerçant en cabinet libéral dans le Nord-Pas-de-Calais. Les internes en médecine générale ont été exclus de cette étude, ainsi que les médecins généralistes exerçant une médecine parallèle (acupuncture, homéopathie) ou une autre spécialité que la médecine générale (allergologie, angiologie, médecine thermale, médecine appliquée aux sports).</p>
Variables	<p>L'ensemble des données recueillies ont été analysées par les méthodes de la statistique descriptive. Les variables catégorielles sont présentées sous forme de fréquences absolues et de pourcentages, permettant une description détaillée de la distribution des réponses présentées. Pour chaque variable, le nombre de données manquantes a été spécifiquement indiqué.</p>
Sources de données/mesures	<p>Le questionnaire comprenait 15 questions à choix unique ou à choix multiples organisées en trois parties.</p>
Biais	<p>Les caractéristiques démographiques et socio-professionnelles des médecins généralistes interrogés ont été volontairement traitées en dernier lieu afin d'éviter un biais cognitif attentionnel et une lassitude à répondre dès le début du questionnaire.</p>
Taille de l'étude	<p>Une liste de 800 médecins généralistes libéraux a été générée aléatoirement via l'annuaire santé sur le site Ameli.fr parmi les 3000 médecins généralistes exerçant exclusivement en cabinet libéral de la région Nord-Pas-de-Calais.</p>
Variables quantitatives	<p>Les questionnaires contenant plus de 50% de données manquantes ont été exclus de notre analyse.</p>
Analyses statistiques	<p>Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels R version 4.3.2 et R Studio.</p>
Résultats	
Population	<p>190 questionnaires ont été initialement recueillis. Parmi ceux-ci, 25 questionnaires ont été exclus de l'analyse (17 questionnaires ne contenaient aucune réponse ; 8 questionnaires étaient incomplets). Après ces exclusions, 165 questionnaires ont été inclus dans l'analyse finale.</p>

Données descriptives/obtenues	<p>Les médecins interrogés étaient en majorité des femmes. Ils étaient âgés de moins de 45 ans. 71,50 % définissent les dysménorrhées comme des douleurs à type de crampe de la région abdomino-pelvienne survenant juste avant et/ou pendant les menstruations. Pour 43 %, la consultation pour dysménorrhée survient au moins 1 fois par mois. 42,4 % recherchent systématiquement le degré de perturbation des dysménorrhées sur la vie quotidienne. 83 % réalisent un examen clinique. Lorsque des examens complémentaires sont prescrits, il s'agit le plus souvent d'une échographie pelvienne. Pour 60,6 %, les AINS sont le traitement le plus adapté en première intention. Une tendance à la prescription d'une contraception hormonale/mécanique en deuxième intention ou en association a été constaté. 79,4 % prescrivent un arrêt de travail à leurs patientes. 79,4 % orientent leurs patientes vers un spécialiste. 50,3 % possèdent un réseau de confrères/consœurs et/ou d'associations, et seulement 4,2 % connaissent un outil d'aide à la prise en soin des dysménorrhées de la femme. 57,6 % estiment la prise en soin d'une patiente souffrant de dysménorrhée comme plutôt facile. Pas d'autre analyse.</p>
Principaux résultats	
Autres analyses	

Discussion	<p>La définition d'une dysménorrhée n'est pas claire pour près de 3 médecins généralistes interrogés sur 10.</p> <p>Les douleurs menstruelles sont ignorées et considérée comme un phénomène normal par les médecins généralistes.</p> <p>Prendre en compte le retentissement des douleurs sur la qualité de vie des patientes lors de l'évaluation des dysménorrhées permet de prévenir leur normalisation.</p> <p>L'importance du rôle du médecin généraliste dans la caractérisation des dysménorrhées des femmes en souffrance ne doit pas être sous-estimée.</p> <p>La démarche clinique et paraclinique évoquée par les médecins interrogés dans cette étude est cohérente avec les recommandations des sociétés savantes.</p> <p>Le besoin ressenti en recommandations par les médecins généralistes interrogés était important. Un outil d'aide pragmatique et à jour des dernières recommandations pour soutenir au mieux ces femmes serait bénéfique pour leur pratique quotidienne.</p>
Résultats clés	

Limitations	Il existe un biais de sélection et un biais cognitif. Cette étude reposait sur le volontariat. Il est possible que les participants aient manifesté un intérêt préalable pour la gynécologie. L'interprétation des questions par les médecins sondés et leurs réponses parfois ambiguës en commentaires libres, ont permis un décodage subjectif.
Interprétation	
« Généralisabilité »	Notre échantillon est plus jeune et rural que la population générale des médecins généralistes en France. Il confirme la féminisation de la profession.
Autre information	
Financement	Aucun.

AUTEUR : Nom : BOU CHABAKE

Prénom : Camille

Date de soutenance : 16 janvier 2025

Titre : Dysménorrhée chez la femme : évaluation des pratiques de prise en soins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais exerçant en libéral

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : dysménorrhée, femmes, médecins généralistes, soins de premier recours

Résumé

Introduction : Les dysménorrhées concernent jusqu'à 6 femmes sur 10 et affectent négativement leur qualité de vie. Ces douleurs constituent la principale cause d'absentéisme au travail chez les femmes en âge de procréer, qui se tournent vers leur MG pour la rédaction d'un arrêt de travail. Ce dernier, spécialiste du premier recours, devient le meilleur maillon du système de soin pour amorcer une prise en charge de ces dysménorrhées. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer les pratiques actuelles de prise en soin des dysménorrhées par les MG libéraux du NPDC.

Matériel et méthode : Une étude observationnelle descriptive a été conduite au printemps 2024 auprès des MG libéraux du NPDC par l'intermédiaire d'un questionnaire, à la fin duquel ils pouvaient télécharger une fiche d'aide à la prise en soin des patientes souffrant de dysménorrhées, ainsi qu'une fiche informative et explicative à l'attention de ces patientes.

Résultats : Nous avons interrogé 165 MG. 71,50 % définissent les dysménorrhées comme des douleurs à type de crampe de la région abdomino-pelvienne survenant juste avant et/ou pendant les menstruations. Pour 43 %, la consultation pour dysménorrhée survient au moins 1 fois par mois. 42,4 % recherchent systématiquement le degré de perturbation des dysménorrhées sur la vie quotidienne. 83 % réalisent un examen clinique. Lorsque des examens complémentaires sont prescrits, il s'agit le plus souvent d'une échographie pelvienne. Pour 60,6 %, les AINS sont le traitement le plus adapté en première intention. Une tendance à la prescription d'une contraception hormonale/mécanique en deuxième intention ou en association a été constaté. 79,4 % prescrivent un arrêt de travail à leurs patientes. 79,4 % orientent leurs patientes vers un spécialiste. 50,3 % possèdent un réseau de confrères/consœurs et/ou d'associations, et seulement 4,2 % connaissent un outil d'aide à la prise en soin des dysménorrhées de la femme. 57,6 % estiment la prise en soin d'une patiente souffrant de dysménorrhée comme plutôt facile.

Perspectives : Il est réducteur de limiter la prise en soin des dysménorrhées à un simple algorithme validé scientifiquement : adopter une approche centrée sur la patiente apparaît nécessaire.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Sophie JONARD-CATTEAU

Assesseurs : Madame le Docteur Fanny SERMAN
Madame le Docteur Mathilde DEMORY

Directeur de thèse : Madame le Docteur Judith OLLIVON