UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Enquête sur les connaissances des professionnels de santé à propos du trouble dysphorique prémenstruel auprès des gynécologues, psychiatres, internes de ces spécialités et sages-femmes, exerçants dans les Hauts-de-France, par un auto-questionnaire

Présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2026 à 16h00
au Pôle Recherche
par Romane LABIAU

_____

JURY

Président :
Monsieur le Professeur Ali AMAD
Assesseur :
Madame le Docteur Aline PICARD
Directeur de thèse :
Madame le Docteur Maéva MAGNAT

_____

AVERTISSEMENT

L’université n’entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Abréviations **6**

Liste des tableaux et figures **8**

Résumé **10**

I. INTRODUCTION **11**

1. Contexte : historique du trouble dysphorique prémenstruel jusqu'à aujourd'hui **12**

a. Premières références des conséquences des menstruations chez la femme 12

b. Début d'un intérêt scientifique médical pour un trouble psychique lié aux menstruations 12

c. Proposition d'inclusion du trouble dysphorique prémenstruel dans le DSM-III-R 14

d. Entrée du trouble dysphorique prémenstruel dans le texte principal du DSM-IV 16

e. Reconnaissance du trouble dysphorique prémenstruel comme un diagnostic à part-entière 17

2. Connaissances actuelles sur le trouble dysphorique prémenstruel **17**

a. Définition médicale 17

b. Prévalence 19

c. Physiopathologie 20

d. Diagnostic 26

e. Paraclinique 27

f. Facteurs de risque 27

g. Prise en charge 28

h. Comorbidités 39

i. Diagnostics différentiels 39

3. Contexte actuel autour du trouble dysphorique prémenstruel et objectifs de la recherche **41**

II. MATERIEL ET METHODE : enquête à propos du trouble dysphorique prémenstruel 42

1. Population 42

2. Procédure de l'enquête 43

3. Questionnaire *(annexe n°5)* 43

4. Critères de jugement 46

III. RESULTATS 46

1. Première partie : identification de la population étudiée 47

2. Deuxième partie : connaissances sur le trouble dysphorique prémenstruel et sa prise en charge 50

3. Troisième partie : patientèle 58

4. Quatrième partie : dépistage, diagnostic et prise en charge 62

5. Cinquième partie : intérêt porté au sujet, remarques éventuelles 74

IV. DISCUSSION 75

1. Analyse des résultats 75

2. Forces et limites de l'étude 81

V. CONCLUSION 82

Bibliographie 85

Annexes 92

Abréviations

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SPM	Syndrome Pré-Menstruel
NIMH	National Institute of Mental Health
APA	American Psychiatry Association
TDPM	Trouble Dysphorique Pré-Menstruel
PMDD	Premenstrual Dysphoric Disorder
CIM	Classification Internationale des Maladies
PLPDD	Peri-Luteal Phase Dysphoric Disorder
LLPDD	Late Luteal Phase Dysphoric Disorder
GABA	Gamma-AminoButyrique Acid
ISRS	Inhibiteur Sélectif des Récepteurs de la Sérotonine
BDNF	Brain Derived Neurotrophic Factor
SRAA	Système Rénine-Angiotensine-Aldostérone
DRSP	Daily Record of Severity of Problems
C-PASS	Carolina Prementrual Assessment Scoring System
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ESR1	Estrogen Receptor 1
ESC/E(Z)	Extra Sex Combs / Enhancer of Zeste
GABRB2	Gamma-AminoButyric acid Receptor B2
HAS	Haute Autorité de Santé
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
ISPDM	International Society for Premenstrual Disorders
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
ETP	Education Thérapeutique du Patient
GnRH	Gonadotrophine Releasing Hormone
EE	Ethinyl Estradiol
OCP	Oral Contraceptive Pill
LNG IUS	LevoNorGestrel-releasing IntraUterine System
TAG	Trouble Anxieux Généralisé
CH	Centre Hospitalier

DES	Diplôme d’Etudes Spécialisées
DU	Diplôme Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 Tableau reprenant les critères du DSM-V-TR pour le diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel

Tableau 2 Tableau récapitulatif des prises en charge recommandées du TDPM, ayant montré une efficacité significative

Tableau 3 Tableau présentant les différentes recommandations officielles nationales et internationales existantes en 2026

Tableau 4 Tableau reprenant la différence entre les symptômes pré-menstruels considérés normaux, le SPM et le TDPM, tiré de l'article « Review The premenstrual syndrome revisited Daniel M. Campagne, Ghislaine Campagne », traduit en français

Tableau 5 Tableau présentant la population incluse

Tableau 6 Tableau représentant les caractéristiques de la population de l'enquête en pourcentage et effectif, en fonction de la profession exercée

Tableau 7 Tableau représentant le pourcentage et l'effectif des sujets déclarant connaître ou ne pas connaître le TDPM, en fonction de leur profession

Tableau 8 Tableau représentant le pourcentage et l'effectif des sujets ayant reçu ou non une intervention sur le thème du TDPM, en fonction de leur profession

Tableau 9 Tableau présentant les réponses recueillies, « oui, c'est vrai » ou « non, c'est faux » en pourcentage et effectif, pour chaque affirmation proposée, ainsi que le taux de réponses correctes, en fonction de la profession des sujets

Tableau 10 Tableau présentant le pourcentage et l'effectif des sujets ayant, ou non, déjà rencontré des patientes ayant le diagnostic de TDPM déjà posé, en fonction de leur profession

Tableau 11 Tableau présentant le pourcentage et l'effectif de chaque profession chez les 29 sujets ayant rencontré des patientes diagnostiquée TDPM

Tableau 12 Tableau présentant chaque thérapeutique rencontrée chez les patientes souffrant de TDPM, rapportées par les sujets en ayant rencontrées, en pourcentage et effectif, en fonction de leur profession

Tableau 13 Tableau représentant le pourcentage et l'effectif de sujets ayant l'habitude, ou non, de chercher un TDPM chez les patientes présentant un trouble de l'humeur, en fonction de leur profession

Tableau 14 Tableau représentant le pourcentage et l'effectif de sujets ayant déjà posé, ou non, le diagnostic de TDPM chez une de leurs patientes, en fonction de leur profession

Tableau 15 Tableau présentant les thérapeutiques que proposent ou proposeraient les soignants face à un TDPM, en pourcentage et effectif, en fonction de leur profession

Tableau 16 Tableau représentant le pourcentage et l'effectif de sujets pensant ou non que la distinction entre trouble de l'humeur classique et TDPM est pertinente, en fonction de leur profession

Tableau 17 Tableau représentant le pourcentage et l'effectif de sujets pensant, ou ne pensant pas, avoir méconnu un diagnostic de TDPM chez une patiente, en fonction de leur profession

Tableau 18 Tableau représentant le pourcentage et l'effectif de sujets déclarant un intérêt, ou non, pour le sujet à l'issue du questionnaire, en fonction de leur profession

Figure 1 Schéma expliquant l'hypothèse physiopathologique du TDPM, selon l'hypothèse neuro-endocrinienne

Figure 2 Diagramme de flux représentant la population incluse dans l'étude

Figure 3 Graphique représentant la distribution des professions dans la population étudiée, en pourcentage

Figure 4 Figure représentant les réponses recueillies « oui, c'est vrai » et « non, c'est faux », à chaque affirmation, toutes professions confondues

Figure 5 Figure représentant les thérapeutiques déjà prescrites chez les patientes rencontrées par les professionnels diagnostiquées TDPM, en pourcentage

Figure 6 Figure représentant les thérapeutiques que les sujets prescrivent ou prescriraient à une patiente atteinte de TDPM, en pourcentage

Résumé

Contexte : Le trouble dysphorique prémenstruel est un syndrome dépressif se manifestant avec une rythmicité suivant le cycle menstruel, au cours de la phase lutéale. Ayant longtemps subi les conséquences de la stigmatisation de la femme et de la discipline psychiatrique, il a fini par trouver sa place au sein des classifications officielles des maladies. Si ce trouble est reconnu par de grands organismes tel que l'APA, il existe actuellement peu de recommandations concernant sa prise en charge. Cette enquête a été construite dans l'intention d'évaluer les connaissances actuelles des professionnels de santé confrontés au trouble, mais également à des fins de réflexion sur des pistes d'amélioration de la formation et de sa prise en charge.

Méthode : Un auto-questionnaire a été diffusé aux psychiatres, gynécologues, internes de ces spécialités et sages-femmes, exerçants dans le Hauts-de-France, entre le 15 janvier 2026 et le 17 mars 2026. Le recueil des réponses était anonyme et informatisé. Les résultats ont été présentés par profession, en pourcentage et effectif.

Résultats : Les connaissances des professionnels de santé étaient globalement correctes, cependant, celles-ci ne semblaient pas encourager à poser le diagnostic et les prises en charges proposées ne respectaient pas les recommandations existantes et restaient hétérogènes entre les deux spécialités médicales. Concernant les sages-femmes, première ligne de la santé de la femme, les résultats montraient des connaissances plus limitées et très peu de stratégie d'évaluation.

Conclusion : Cette enquête a permis de ressortir un chainon manquant entre la formation théorique (faible), et la réalité de la pratique des professions interrogées, avec très peu de dépistage, peu de diagnostics posés et une prise en charge ne répondant pas toujours aux recommandations. D'ailleurs, celles-ci sont inexistantes sur le plan national et mal relayées pour les quelques-unes développées par d'autres organismes. En conséquence, il serait nécessaire de développer la formation des professionnels concernés et de diffuser des recommandations sur le sujet.

I. INTRODUCTION

Des initiatives internationales se mettent en place visant à réduire les inégalités de genre dans le monde de la santé, depuis les années 1990 aux Etats-Unis avec l'Office of Research on Women's Health, et depuis les années 2000 en Europe avec des instituts « Genre et Santé » (1).

Ainsi, la science tend à s'intéresser à la spécificité des pathologies féminines, et après plusieurs années de recherche médicale, leurs pathologies trouvent leur place dans les classifications officielles. C'est le cas du trouble dysphorique prémenstruel, pathologie de l'humeur chez les femmes, qui est reconnu comme une pathologie à part entière et entre dans la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) dans la section des troubles dépressifs en juillet 2013. Ce n'est pas pour autant qu'il est reconnu par l'entièreté de la communauté des professionnels de santé mentale. On peut entendre, lors d'une intervention sur les troubles de l'humeur, qu'il ne s'agirait pas d'un « trouble réel » mais qu'il aurait gagné sa place dans le DSM pour « faire plaisir aux femmes ». Les idées reçues et les inégalités de sexe persistent malgré une société qui essaie d'évoluer.

Cette thèse s'intéressera au trouble dysphorique prémenstruel, elle retracera son évolution historique jusqu'à la définition actuelle, ensuite elle présentera les résultats d'une étude menée auprès des professionnels de santé sur le sujet, pour finir par discuter des perspectives d'amélioration de la prise en charge de ce trouble.

Dans l'introduction, nous parcourrons l'historique du trouble dysphorique prémenstruel jusqu'à son inclusion dans le DSM-V, puis nous présenterons le trouble dans l'état des connaissances actuelles, son processus diagnostique ainsi que sa prise en charge.

1. Contexte : historique du trouble dysphorique prémenstruel jusqu'à aujourd'hui

a. Premières références des conséquences des menstruations chez la femme

L'étude de l'histoire des menstruations dans la société humaine nous permet de remonter le lien entre certaines pathologies et les menstruations jusqu'à la Grèce Antique. Celles-ci étaient souvent empreintes de stéréotypes négatifs, de croyances spirituelles et culturelles, associant les menstruations aux comportements des femmes qualifiés de « fous », pouvant soutenir l'idée que les femmes menstruées étaient possédées ou portaient malheur. (2)

b. Début d'un intérêt scientifique médical pour un trouble psychique lié aux menstruations

C'est à la fin du dix-neuvième siècle que Fischer-Homberger associe la « faiblesse nerveuse » et les menstruations. A cette époque, le système nerveux était considéré comme le centre du processus des menstruations, les hormones sexuelles n'étant pas encore connues. (3)

Le début du vingtième siècle est marqué notamment par l'émergence de l'endocrinologie. On commence à faire le lien entre les menstruations et les hormones sexuelles (3). Selon Stolberg, l'hypothèse endocrinologique permet d'expliquer « des

plaintes concernant n'importe quelle partie du corps à n'importe quel moment du cycle menstruel », il assure donc le lien entre plainte psychique et cycle menstruel (4).

Il faut attendre 1931 pour qu'il soit mentionné pour la première fois une pathologie nommée « tension prémenstruelle ». Il s'agit du gynécologue Franck Robert, qui publie une série de cas décrivant une pathologie regroupant une combinaison de symptômes émotionnels, comportementaux et somatiques, il relie cela à un excès d'œstrogènes. *« Ces patientes se plaignent de fatigue, d'irritabilité, comme des sursauts, et le besoin de se soulager par des actions irréfléchies et insensées. Leur souffrance est intense et se manifeste par de nombreuses actions irresponsables et parfois répréhensibles. Non seulement elles réalisent leur propre souffrance, mais elles sont prises de remords envers leur conjoint et leur famille, sachant bien qu'elles sont invivables dans leur attitude et leurs réactions. Dans l'heure ou les deux heures suivant la mise en place du flux menstruel, il se passe un soulagement complet des tensions physiques et mentales. »* (2). La prise en charge proposée, pour les cas sévères, était une radiothérapie centrée sur les ovaires ou une ovariectomie, dont le but était de diminuer le taux d'œstrogènes (3,5).

En 1953, le terme de syndrome prémenstruel (SPM) est introduit par deux médecins britanniques, Katharina Dalton et Raymond Green, dans un article du British Medical Journal. Ils le décrivent comme *« tout symptôme ou plainte qui, en général, arrive juste avant ou au début des menstruations, mais sont absents à tout autre moment du cycle. C'est l'absence de symptômes après les menstruations qui est très importante dans cette définition. »* (2). La prise en charge qu'ils proposent consiste en une hormonothérapie par progestérone. Pour Katharina, les femmes qui souffrent de SPM présentent un sur-risque de divorce et même de commettre un meurtre. Ces femmes et leur conjoint présenteraient également une diminution de la productivité au

travail. Elle évoque la nécessité d'une prise en charge médicale de ce trouble afin de soulager les femmes atteintes, qui ne devraient pas être obligées de le subir. (3,6)

En 1983, l'institut national américain de la santé mentale (NIMH) définit des critères de recherche pour encadrer et promouvoir l'étude du syndrome prémenstruel. (2)

c. Proposition d'inclusion du trouble dysphorique prémenstruel dans le DSM-III-R

En juin 1985, à l'occasion de la révision du DSM-III, l'association américaine de psychiatrie (APA), propose l'inclusion du trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) (premenstrual dysphoric disorder PMDD) dans la classification. Selon le groupe de travail, composé d'experts dans le domaine du SPM, il s'agirait d'une forme sévère de ce dernier, isolant les symptômes psychologiques et émotionnels sévères retrouvés chez un petit pourcentage de femme en pré-menstruation. Cette initiative ouvre une grande controverse dans le domaine de la santé : ce diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel est-il légitime ou est-il monté de toutes pièces ? A qui sert ce diagnostic ? Quelles en sont les conséquences potentielles ? (2)

Dans ce débat, plusieurs domaines entrent en jeu : le domaine économique, stipulant une motivation financière derrière la réédition du DSM-III et donc l'utilisation d'un nouveau diagnostic pour justifier de cette révision, le domaine politique, qui explore le féminisme et la psychiatrie de la fin du vingtième siècle, et le domaine rationnel, qui lui explore l'intérêt scientifique de ce syndrome. (2)

Plusieurs groupements entrent en conflit à cette occasion, notamment les gynécologues et les psychiatres, les différentes professions de la santé mentale, puis les différentes écoles de psychiatrie. (2)

Ce débat est fortement illustré dans le domaine public comme un combat féministe face à une médecine qui tente de psychiatriser les femmes menstruées et à rationnaliser sur le plan scientifique les comportements des femmes et donc à ne pas prendre en compte leurs revendications sociales et culturelles. Il s'agit en réalité de deux combats : l'un contre la stigmatisation des femmes et l'autre contre la stigmatisation des pathologies psychiatriques. En effet le trouble dysphorique prémenstruel partage ces deux pans et le combat des féministes contre l'inclusion de ce trouble féminin dans la classification des pathologies psychiatriques s'explique par une peur de stigmatisation des femmes menstruées comme toutes potentiellement psychiatriquement malades, avec une crainte d'avoir des répercussions sur le plan professionnel lors des décisions d'embauche, mais aussi sur le plan familial avec la perte de la garde des enfants en cas de séparation. (2)

Dans les années 80, la psychiatrie a une image publique négative et elle tente de changer son apparence, d'aller vers une psychiatrie plus médicale, moins psychanalytique, avec une recherche d'explication biologique des pathologies psychiatriques, c'est le tournant néo-kraepelinien. La révision du DSM-III et le TDPM s'inscrivent dans cette démarche. A partir de cela on peut expliquer la réticence des gynécologues à laisser une place aux psychiatres pour la prise en charge de ce trouble. La « tension prémenstruelle » étant déjà inscrite dans la neuvième version de la Classification internationale des maladies (CIM-9) à l'époque, déjà prise en charge par les gynécologues, avec des études cherchant à l'expliquer sur le plan biologique, ceux-ci étaient contre « l'appropriation » d'une pathologie biologique par les psychiatres. Ils craignaient que cela ralentisse les recherches étiologiques, stigmatise les femmes, diminue le nombre de femmes prises en charge du fait d'une crainte d'être rattachée à la psychiatrie. Cependant, les psychiatres eux affirmaient qu'il ne s'agissait

pas de s'approprier un diagnostic mais de différencier les femmes ayant des plaintes plus psychologiques que gynécologiques. (2)

Le résultat de ce conflit mène à un changement de terme, le trouble dysphorique prémenstruel devient le trouble dysphorique de la phase périlutéale (Periluteal Phase Dysphoric Disorder PLPDD), afin d'inclure les femmes non menstruées qui seraient atteintes. Puis il prend le nom de trouble dysphorique de la phase lutéale tardive (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder LLPDD), afin de mieux préciser la chronologie de la symptomatologie. (2)

Le DSM-III-R paraît en mai 1987, et le trouble dysphorique de la phase lutéale tardive est développé dans l'annexe A « Propositions de catégories diagnostiques demandant des études supplémentaires », sous le code diagnostic 307.90. (2)

d. Entrée du trouble dysphorique prémenstruel dans le texte principal du DSM-IV

Le débat reprend en 1988, lorsque le travail sur le DSM-IV commence. Il ressort néanmoins beaucoup moins de réticence face à la reconnaissance de ce diagnostic. Quelques études épidémiologiques ont été publiées, notamment l'étude Rivera-Tovar et Frank (7), montrant que seulement cinq pour cent des femmes correspondraient aux critères du trouble, ce qui permet de lever la crainte de stigmatisation et de psychiatrisation de l'ensemble des femmes menstruées.

En 1994, les études rapportant une efficacité de la FLUOXETINE et de l'ALPRAZOLAM dans la prise en charge du trouble, renforcent la conviction qu'il mérite sa place dans la classification. Il s'intègre donc dans le texte principal du DSM-IV, dans la catégorie « trouble dépressif non spécifié » sous le code diagnostic F32.81.

Le trouble dysphorique de la phase lutéale tardive reprend son nom initial de trouble dysphorique prémenstruel. En effet, le nom serait trop complexe et beaucoup de professionnels de santé ne comprenaient pas ce que ce trouble représentait.

e. Reconnaissance du trouble dysphorique prémenstruel comme un diagnostic à part-entière

Il entre finalement dans le texte comme diagnostic à part entière dans la section des troubles dépressifs dans le DSM-V en juillet 2013. Quelques modifications sont apportées dans le texte : selon le DSM-V il faut que ces symptômes aient été présents pour la plupart des cycles sur l'année écoulée, les symptômes « irritabilité » et « labilité de l'humeur » sont placés en premier, car les études montraient que ces deux symptômes étaient plus souvent retrouvés que l'humeur dépressive chez les femmes atteintes, il est ajouté la notion de détresse en plus de celle d'atteinte de la vie quotidienne. (8)

2. Connaissances actuelles sur le trouble dysphorique prémenstruel

a. Définition médicale

Si nous reprenons le DSM-V-TR, le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) est un trouble dépressif entraînant des symptômes physiques et surtout psychiques au cours de la dernière semaine de la phase lutéale du cycle menstruel, entre l'ovulation et le début des règles, entre la ménarche et la ménopause. (9)

Nombre d'auteurs décrivent le TDPM comme une forme sévère du SPM, c'est pourquoi les études sur le SPM concernent également le TDPM.

Tableau reprenant les critères du DSM-V-TR (9) pour le diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel : (tableau 1)

Critère A	Symptômes présents la semaine avant le début des règles, présence de **cinq symptômes** au moins, dont au moins un des symptômes doit être du critère B et un au moins du critère C, s'améliorant quelques jours après le début des menstruations, et devenant minimes ou absents dans les post-menstruations.	
Critère B	Un ou plusieurs symptômes parmi :	- Labilité émotionnelle marquée (par exemple, sautes d'humeur : sensation soudaine de tristesse ou larmes, ou sensibilité accrue au rejet) - Irritabilité ou colère marquée ou augmentation des conflits interpersonnels - Humeur dépressive marquée, sentiment de désespoir, pensées d'autodépréciation - Anxiété marquée, tension et/ou sensation d'excitation ou d'énervement
Critère C	Un ou plusieurs symptômes parmi :	- Diminution de l'intérêt pour les activités habituelles (par exemple le travail, l'école, les amis, les passe-temps) - Difficultés subjectives de concentration - Léthargie, fatigabilité facile ou manque d'énergie - Modification marquée de l'appétit ; trop manger, ou des envies alimentaires spécifiques - Hypersomnie ou insomnie - Sentiment d'être submergé ou perte de contrôle - Symptômes physiques : sensibilité ou gonflement des seins, douleurs articulaires, musculaires, sensation de ballonnement, prise de poids
Les symptômes des critères A à C doivent avoir été présents pour la plupart des cycles menstruels qui sont survenue pendant l'année en cours.		
Critère D	Symptômes associés à une détresse cliniquement significative ou doivent avoir interférer avec le travail, l'école, les activités sociales habituelles ou les relations avec les autres (par exemple, évitement des activités sociales ; diminution de la productivité et de l'efficacité au travail, à l'école ou à la maison).	
Critère E	Le trouble n'est pas simplement une exacerbation des symptômes d'un autre trouble, comme un trouble dépressif majeur, un trouble panique, un trouble dépressif persistant (dysthymie), ou un trouble de la personnalité (bien qu'il puisse coexister avec l'un de ces troubles).	

Critère F	Le critère A doit être confirmé par des évaluations quotidiennes prospectives pendant au moins deux cycles symptomatiques. (Remarque : le diagnostic peut être établi provisoirement avant cette confirmation.)
Critère G	Les symptômes ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, drogue donnant lieu à abus, un médicament, un autre traitement) ou une autre condition médicale (par exemple, l'hyperthyroïdie).

Dans la CIM-11, le trouble dysphorique prémenstruel (GA34.41) est décrit comme des symptômes apparaissant « *au cours d'une majorité de cycles menstruels au cours des dernières années* », tels que « *des symptômes d'humeur (humeur dépressive, irritabilité), des symptômes somatiques (léthargie, douleurs articulaires, excès de nourriture) ou des symptômes cognitifs (difficultés de concentration, oubli) se manifestant plusieurs jours avant le début des règles, commençant à s'améliorer quelques jours après le début des règles et devenant minimes ou absents environ une semaine après le début des règles. Les symptômes sont suffisamment graves pour causer une détresse ou une altération importante du fonctionnement, personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre, et ne représentent pas l'exacerbation d'un trouble mental* ». (10)

Une étude longitudinale prospective, réalisée chez 1500 patientes suivie pendant quatre ans, retrouvait que 15% des sujets atteint de trouble dysphorique prémenstruel rapportaient au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. (11,12)

b. <u>Prévalence</u>

Environ 1,8 % à 5,8 % des femmes menstruées seraient atteintes de trouble dysphorique prémenstruel (9,10). Des données rétrospectives montrent que le TDPM serait présent chez les femmes du monde entier. (13)

c. Physiopathologie

La physiopathologie du TDPM n'est pas encore entièrement élucidée, en effet à ce jour, aucune étude n'a pu expliciter précisément l'étiologie de ce trouble, et de nombreux mécanismes restent à comprendre.

Nous sommes rapidement passés d'une hypothèse étiologique à une autre au cours du temps et des différentes études. Initialement elle était neurologique, puis hormonale à la suite de la découverte des hormones sexuelles, enfin aujourd'hui cette hypothèse étiologique serait plus complexe, dite « neuro-endocrinienne » selon Laura Piccand, prenant en compte un mécanisme plus global incluant les interactions entre hormones sexuelles et système neurologique (3).

- *L'hypothèse hormonale :*

  Elle reposait sur un déséquilibre hormonal entre le taux de progestérone trop bas par rapport au taux d'œstrogène (3,6).

  Cependant, d'autres études observant les taux hormonaux (gonadotrophine, stéroïdes sexuels, prolactine) chez les femmes au cours du cycle menstruel, ont montré que les taux hormonaux ne différaient pas entre les femmes souffrant de TDPM ou de SPM et les femmes témoins, et ce en toute étape du cycle (14,15).

- *L'hypothèse neuro-endocrinienne :*

L'étiologie ne résiderait donc pas dans les taux hormonaux mais dans la sensibilité à leurs variations à chaque niveau où ces hormones pourraient agir. C'est l'hypothèse de la « *sensibilité neurologique aux hormones* » (3), qui reposerait sur la relation entre les neurotransmetteurs, le système neuro-hormonal (sérotonine, GABA (acide gamma-aminobutyrique), endorphines, récepteurs adrénergiques, alloprégnanolone) et les hormones sexuelles au cours du cycle menstruel. Selon la gynécologue Dorothea Wunder-Galié, un ou plusieurs neurotransmetteurs et/ou le système neuro-hormonal réagirait anormalement aux fluctuations normales des hormones sexuelles pendant le cycle menstruel (16,17). Autrement dit, « *Les neurotransmetteurs des femmes touchées seraient « trop sensibles » aux fluctuations hormonales* » (Hugien-Flores). Haenggi-Bally D. parle de « *dysfonction psycho-endocrinienne* » (14).

Dans cette hypothèse, la sensibilité du système nerveux central aux hormones est le contributeur biologique majeur, mais on retient également d'autres contributeurs comme des facteurs génétiques et psychosociaux tel que le stress (8).

Quels sont les différents acteurs de cette hypothèse neuro-endocrinienne et comment interagissent-ils ?

- <u>La sérotonine :</u>

Au cœur de cette hypothèse étiologique se trouve la sérotonine, un neurotransmetteur incriminé dans le syndrome dépressif, impliqué dans l'expression de l'irritabilité et de la colère. Il semblerait que les œstrogènes augmenteraient la densité des récepteurs de sérotonine et augmenteraient la sensibilité aux agonistes de la sérotonine (18).

Son action différerait de sa fonction antidépresseur supposée dans le syndrome dépressif. En effet, dans les études thérapeutiques, les inhibiteurs sélectifs des récepteurs de la sérotonine (ISRS) ont une efficacité supérieure au placebo (taux de réponse à 70% contre 30% pour le placebo) (14,19,20) alors que les antidépresseurs agissant sur le système noradrénergique et dopaminergique ne sont pas plus efficaces que le placebo (14). De plus, dans le TDPM comparativement au syndrome dépressif, l'efficacité des ISRS serait plus rapide (court terme en administration discontinue en phase lutéale contre trois à quatre semaines en administration continue) (14,19), et la posologie minimale efficace moindre (14,19).

Des études auraient montré une action directe de la sérotonine sur l'activité enzyme-clé pour la production des neurostéroïdes (14,21,22), et d'autres auraient retrouvé que les ISRS pouvaient majorer la métabolisation de l'allopregnanolone à partir de la progestérone et augmenteraient alors sa concentration (23).

Une étude aurait noté une différence entre patientes et contrôles dans la capacité du transporteur plaquettaire de la 5-HT durant la phase lutéale, différence qui disparaît, de même que les symptômes dépressifs du TDPM, après un traitement à la buséreline, un agoniste du GnRH. (14,24)

- <u>L'allopregnanolone, un neurostéroïde :</u>

Les neurostéroïdes sont des dérivés stéroïdiens synthétisés par le cerveau, pouvant avoir une action modulatrice sur le système GABAergique par interaction directe sur le récepteur GABA A (14).

Ces neurostéroïdes auraient des propriétés anxiolytiques, anesthésiques et sédatives (8). Ils seraient comme des anxiolytiques naturels endogènes, et un défaut

de production de ces neurostéroïdes pourrait être impliqué dans les troubles anxieux et dépressifs (14,25,26).

Dans le TDPM on s'intéresse à l'allopregnanolone (3α, 5α-tetrahydroprogesterone), qui est le métabolite principal de la progestérone. Son taux varie au cours du cycle menstruel en suivant le taux de progestérone, comme suivant : taux bas pendant les phases de menstruation et folliculaire, taux haut pendant la phase lutéale, puis de nouveau décroissance rapide lors de la phase de menstruation (8).

Il existe deux hypothèses quant à l'implication de l'allopregnanolone dans le trouble dysphorique prémenstruel.

La première concernerait le développement d'une tolérance aux actions de ce neurostéroïde. Il a été retrouvé qu'une décroissance rapide de la progestérone et donc d'allopregnanolone (27), à la suite d'une exposition chronique était associée à une majoration de l'anxiété et une dysfonction des récepteurs GABA A (8,28–30). Les femmes ayant un trouble dysphorique prémenstruel pourraient avoir développé une tolérance aux actions de l'allopregnanolone de par la sensibilité suboptimale des récepteurs GABA A lors de la phase lutéale (8).

La seconde, viserait directement la biosynthèse de l'allopregnanolone. Il a été retrouvé que les femmes souffrant d'un TDPM avaient des taux d'allopregnanolone plus élevés que les femmes contrôles en phase lutéale, cependant l'augmentation normalement induite par un stress léger était diminuée. Il s'agirait donc d'une « *dysrégulation du métabolisme des neurostéroïdes, qui affecterait le système GABAergique en diminuant la sensibilité du récepteur GABA A à l'allopregnanolone et aux benzodiazépines* » (14). En effet pendant la phase lutéale, les femmes souffrant

d'un SPM avaient une sensibilité aux benzodiazépines diminuée par rapport au groupe contrôle (14,28,31,32).

- Les œstrogènes :

Les œstrogènes auraient une action sur de nombreux systèmes de neurotransmetteurs, avec un rôle de régulation de l'humeur, des cognitions, du sommeil, de l'alimentation et d'autres comportements (8,33).

Son taux varie au cours du cycle menstruel comme ceci : taux haut en phase menstruelle et folliculaire, taux bas en phase lutéale (8).

Des études ont retrouvé que les stéroïdes ovariens agiraient sur l'expression des gènes du récepteur de la sérotonine 5-HT_{2A} (8,34) et du transporteur de la sérotonine SERT (8,35). Ainsi, l'administration d'œstrogène augmenterait le transporteur de la sérotonine (8,36,37). L'œstradiol impacterait les facteurs neurotrophiques cérébraux BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) (8,38,39).

- Le BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) :

Quelques études commencent à parler de cette protéine neuronale, qui aurait une cyclicité suivant le rythme des menstruations et son taux serait influencé par les ISRS et l'œstradiol (8,40–42). Elle serait impliquée dans la neurogénèse et serait retrouvée dans de nombreuses régions cérébrales, notamment dans celles impliquées dans l'apprentissage, la mémoire et la régulation affective (8,43).

Il a été retrouvé une corrélation entre les taux hauts de BDNF en phase lutéale et le TDPM. Cependant son rôle n'est pas décrit dans le TDPM et nécessiterait plus de recherche. (8,44)

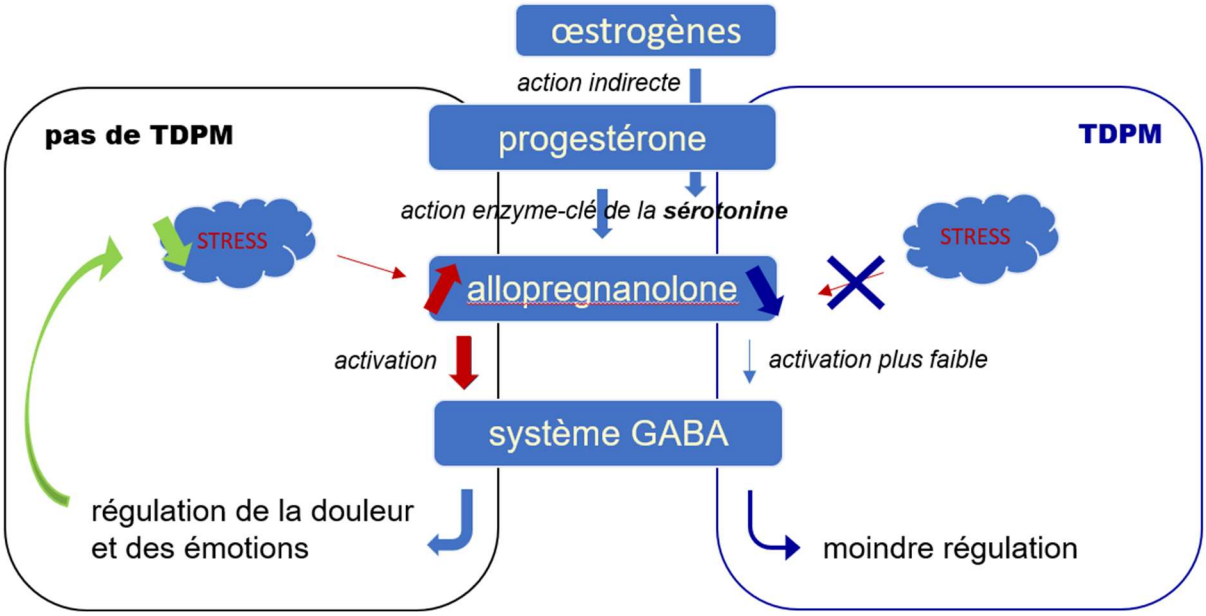
- Le stress chronique :

Le stress psychique chronique ou les traumatismes répétés entraineraient une surexposition à l'allopregnanolone qui serait à l'origine d'une tolérance à celle-ci et donc une moindre réponse du système GABA A. (8)

- D'autres études parlent également d'autres neurotransmetteurs tels que GABA, noradrénaline, dopamine, beta-endorphine ; d'autres molécules comme les prostaglandines, la prolactine ; du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA), système endocrinien régulant la pression sanguine. (3)
- Il est également évoqué une augmentation des marqueurs pro-inflammatoires chez les femmes atteintes d'une TDPM par rapport aux femmes contrôles. (8)
- D'autres pistes de recherche se concentrent sur le métabolisme du calcium et de la vitamine D et auraient montré qu'un déséquilibre de l'homéostasie calcique pouvait être déclencheur des symptômes du TDPM. (45)

Tous ces facteurs démontrent la complexité et la richesse de la physiopathologie du trouble dysphorique prémenstruel et la nécessité de plus d'études.

Schéma expliquant l'hypothèse physiopathologique du TDPM, selon l'hypothèse neuro-endocrinienne : (figure 1)



d. Diagnostic

Le diagnostic est clinique, trois étapes sont retenues (46) :

1. Les symptômes doivent être présents pendant la phase lutéale et se résorber quelques jours après le début des menstruations,
2. Les symptômes doivent être documentés sur plusieurs cycles (présents sur la plupart des cycles de l'année écoulée, documentés sur au moins deux cycles), et ne peuvent s'expliquer mieux par d'autres atteintes physiques ou psychologiques,
3. Les symptômes doivent être assez récurrents et sévères pour atteindre le fonctionnement quotidien/la qualité de vie.

Les outils diagnostiques pouvant être utiliser sont (10):

- Daily Record of Severity of Problems (DRSP) *(annexe n°1)* : il s'agit d'un répertoire des symptômes sur plusieurs cycles, où les patientes côtent quotidiennement onze items selon le degré de sévérité perçu, et indiquent leur flux menstruel, un formulaire a été développé afin d'aider à l'interprétation du DRSP *(annexe n°2)* et doit être rempli par le praticien (47),
- The Carolina Premenstrual Assessment Scoring System (C-PASS) *(annexe n°3)* : il s'agit d'une échelle de cotation prospective des troubles psychologiques en phase prémenstruelle qui se remplie quotidiennement sur ordinateur, un formulaire d'interprétation *(annexe n°4)* a également était développé afin d'aider le praticien (48).

Les études révèlent une errance diagnostique de plus de cinq ans avant d'identifier le TDPM (49).

e. Paraclinique

Aucun test laboratoire, pas de dosage sanguin hormonal, pas de dosage d'électrolytes de type calcium ou magnésium, ni d'imagerie, ne permet le diagnostic. (16)

Néanmoins, un bilan sanguin peut être réalisé afin d'éliminer les diagnostics différentiels : biochimie, numération formule sanguine, bilan thyroïdien. (50)

Des différences dans l'activité cérébrale ont été retrouvées chez les femmes souffrant de SPM par rapport au groupe contrôle grâce à l'IRM. On observait que chez les femmes ayant un SPM, certaines parties du cortex frontal orbitaire, qui serait responsable du contrôle des émotions, réagissaient différemment entre la phase lutéale et le début du cycle (51).

f. Facteurs de risque

Plusieurs groupes de facteurs de risques ont été identifiés :

- Des facteurs génétiques : des antécédents familiaux au premier degré de SPM ou TDPM (17,46,50), avec un taux d'héritabilité situé entre 30 et 80% (9),

  Certains gènes ont été mis en évidence comme prédisposants au développement du TDPM, notamment certains variants du récepteur 1 aux œstrogènes *ESR1*, le complexe « estrogen-sensitive epigenetic » *ESC/E(Z)*, un gène codant pour une sous-unité du récepteur GABA A *GABRB2* (52),
- Un âge entre 20 et 30 ans, un antécédent de trouble de l'humeur, de trouble de la personnalité, ou de trouble anxieux, un nombre de grossesse faible, des menstruations supérieures à 6 jours (17,50,53),

- Des facteurs prédisposants à une sensibilité accrue aux changements hormonaux : un antécédent de violence morale, physique ou sexuelle durant l'enfance ou l'adolescence (13,46,52), l'obésité (54,55), la consommation de tabac ou d'alcool selon les études (13,55).

- Des facteurs liés aux circonstances de vie : la surcharge de travail provoquée par la double journée (travail lié à l'emploi la journée et travail ménager le soir), la violence conjugale, d'autres expériences négatives liées au statut social spécifique des femmes (3), des évènements de vie majeurs et stressants voire traumatiques (17,50,52,56), l'absence d'occupation quotidienne de type emploi ou étude (56). Certains articles parlent d'un statut socio-économique élevé (3,16), d'autres d'un statut socio-économique faible (56).

- Des facteurs psychologiques :
    - les sujets ayant un niveau de stress perçu moyen et haut,
    - ceux ayant des traits de personnalité anxieuse,
    - ceux ayant une réponse inadéquate au stress, caractérisée par l'instabilité et l'insécurité émotionnelle,
    - ceux usant des stratégies de coping de type : coping actif (ou coping centré sur la situation), évitement, planification, recherche de soutien social pour des raisons émotionnelles, distraction, désengagement comportemental, blâme ou reproches. (57)

g. <u>Prise en charge</u>

La prise en charge est complexe et peu protocolisée car l'étiologie n'est pas claire et les hypothèses diverses sont basées sur des changements hormonaux, des

neurotransmetteurs, les prostaglandines, le régime alimentaire, la consommation de stupéfiants, le style de vie, … (18)

Actuellement, il n'existe pas de recommandation officielle française par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la prise en charge du TDPM. Les seuls organismes proposant des recommandations nationales ou internationales officielles sont le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) pour le Royaume-Uni depuis 2007 avec une deuxième version en 2017 (53), l'International Society for Premenstrual Disorders (ISPMD) depuis 2011, avec un quatrième consensus publié en 2016 et l'American College of Obstretricians and Gynecologists (ACOG) pour les Etats-Unis en 2023 (58).

En 2023, un article français nommé « trouble dysphorique prémenstruel : prises en charge médicamenteuses et psychothérapeutiques, une revue de la littérature » publié dans l'Encéphale, propose de faire le point sur les traitements existants et leur efficacité afin de formuler des recommandations pour la prise en charge de ces patientes. (10)

Les thérapeutiques non médicamenteuses viennent en première ligne avec les modifications du mode de vie, les compléments alimentaires, les techniques de relaxation, l'éducation thérapeutique, la psychothérapie.

En seconde ligne se trouve les prises en charge médicamenteuses ciblant les neurotransmetteurs et l'axe hypothalamo-pituito-ovarien. En première intention se trouve les antidépresseurs et notamment les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, en seconde intention se trouve les contraceptifs. (52)

En dernier recours, lorsque toutes les prises en charge ont échouées, une chirurgie peut être proposée.

Les prises en charge non médicamenteuses :

- Mode de vie : activité sportive, yoga, techniques de relaxation (52), gestion du stress (50,59),

- Vitamines, minéraux et autres nutriments (50) :

  Calcium : une complémentation de 1200 mg/jour diminuerait la tension interne, l'anxiété, la rétention d'eau, les douleurs et les cravings alimentaires chez les patientes souffrant de SPM (45,50,60),

  Magnésium : les femmes souffrant de SPM auraient des taux érythrocytaires et leucocytaires en magnésium plus faibles, malgré des taux plasmatiques normaux, à une posologie de 200-400 mg/jour (50,61,62),

  Vitamine E : elle pourrait réduire les troubles de l'humeur et les symptômes physiques, à une posologie de 400 UI/jour (50,63),

  Zinc : avec des propriétés anti-inflammatoires et anti-oxydantes, voire même antidépresseurs, il améliorerait les symptômes pré-menstruels en augmentant les taux de BDNF et inhiberait les récepteurs extra-synaptiques de GABA A (52).

- Psychothérapie :

  Les études mettent en avant plusieurs approches : la thérapie cognitivo-comportementale avec restructuration des stratégies de coping, la thérapie basée sur la pleine conscience, l'éducation thérapeutique avec modification des habitudes de vie.

  Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :

Une méta-analyse datant de 2009 retrouvait, avec un faible niveau de preuve, que la TCC avait un effet bénéfique sur la dépression et l'anxiété, elle suggérait

également un effet bénéfique sur la modification des comportements et l'impact de la symptomatologie du SPM sur la vie quotidienne. (64)

Cette approche a généralement pour objectif l'apprentissage de stratégies d'adaptation comportementales actives – elle est associée à un bon résultat à un an de suivi (10,46,52,65), mais demande de l'engagement de la part du patient, avec une réponse plus lente que la FLUOXETINE. (10)

- La restructuration des stratégies de coping :

  Une étude retrouvait que certains styles de coping n'étaient pas associés au TDPM : la réinterprétation positive (gérer la détresse émotionnelle plutôt que de combattre le facteur de stress, réinterprétation d'une situation déplaisante en des termes positifs), l'acceptation (accepter la réalité de la situation, rendant plus à même de s'engager dans le problème), l'humour (façon de ne pas prendre au sérieux la situation, de s'en amuser, pour mettre à distance le problème), alors que d'autres sont souvent associées au TDPM : le coping actif (ou coping centré sur la situation : le patient essaie de supprimer la situation stressante ou de diminuer ses effets), la planification (planifier, organiser un plan, définir des étapes à suivre et la meilleure manière de prendre le problème), la recherche de soutien social pour des raisons émotionnelles (recherche de soutien moral, de sympathie, de compréhension), la distraction (mise en place d'activités diverses visant à distraire la personne des pensées liées au problème), le désengagement comportemental (réduction des efforts du patient pour faire face au problème, abandon de toute tentative d'atteindre les buts de vie sur lesquels interfèrent le problème), le blâme

ou les reproches (reproches que le patient se fait à lui-même concernant le problème, souvent associé à un sentiment de culpabilité). (57)

- Une étude datant de 2015 avait testé le programme Praemensis : un traitement guidé par un thérapeute en autonomie (self-help) via internet, en quatorze modules sur huit semaines, incluant de la psychoéducation, des sessions de stratégies cognitives, et de stratégies pour initier ou renforcer un mode de vie équilibré. Elle retrouvait une diminution de l'impact fonctionnel et psychologique du TDPM, de l'impact des symptômes prémenstruels sur la vie quotidienne, et de l'intensité des symptômes. (66)
- La thérapie des schémas. (10)

Thérapie basée sur la pleine conscience :

Une étude interventionnelle datant de 2019, testant un programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience durant huit semaines, d'après un programme développé par Jon Kabat-Zinn dans l'université de Massachusetts, retrouvait face à un groupe contrôle, une augmentation de la tolérance à la douleur, une amélioration de la thymie, une diminution de la sensation de désespoir, une diminution de l'anxiété, une diminution des variations d'humeur, une diminution de la sensibilité, de l'irritabilité et des conflits avec autrui. Cette étude retrouvait également une diminution des ruminations sur la douleur, une augmentation de la bienveillance envers soi et de « common humanity » un concept qui reconnaît la souffrance et les défis comme faisant partie de l'expérience humaine partagée, ainsi que de l'observation, l'action en conscience et du non jugement de l'expérience intérieure, trois notions

importantes du concept de la pleine conscience. Cette étude montrait une bonne tolérance de l'intervention, avec une assiduité à 88 %. (10,67)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP). (46,52)

Les prises en charges médicamenteuses :

- Les antidépresseurs en première intention :

  Les ISRS, dont les plus recommandés : la SERTRALINE à une posologie de 50-150 mg/j (10,11,68–70), la FLUOXETINE à 10-20 mg/j (10,65,71–73), l'ESCITALOPRAM à 10-20 mg/j (10,11,70), la PAROXETINE à 12.5-25 mg/j (10,11,70,72,74) – il n'existe pas de preuve de différence entre une prise continue et une prise intermittente en phase lutéale (10,70,72,75); (14,19,76,77), il n'est pas rapporté de symptômes de sevrage en prise intermittente (10,78), avec un taux de réponse de 70 % contre 30 % pour le placebo (14,19,20). Les posologies efficaces sont moindres que les dosages proposés dans le syndrome dépressif (14,19,76).

- Les contraceptifs en seconde intention :

  Selon une étude de 2020, aucun essai contrôlé randomisé contre placebo n'aurait montré l'efficacité des contraceptions orales, prescrites sous le schéma commun vingt et un jours de principe actif et sept jours de placebo. (75) Cependant, des études comparant placebo et une combinaison de drospirenone 3 mg + ethinyl estradiol (EE) 20 µg sur un schéma vingt-quatre jours de principe actif et quatre jours de placebo, montrait une amélioration des symptômes prémenstruels (75,79–83). Cette même combinaison a été comparée de nouveau au placebo sur le schéma habituel vingt et un/sept, et ne montrait pas de résultat significatif (75,84). Un autre essai comparant

levonorgestrel + EE contre placebo, en schéma continu, montrait une efficacité significative (75,85).

La prise en charge chirurgicale (86) :

Elle consiste en une hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, accompagnée d'une thérapie de remplacement hormonal de l'œstrogène qui est indispensable afin de ne pas accélérer la perte osseuse ou l'apparition de maladie coronarienne. Celle-ci est recommandée chez les patientes ne tolérant par les ISRS, n'ayant plus de projet de grossesse, répondant à la suppression ovarienne médicamenteuse (DANAZOL), sans projection de ménopause naturelle dans les cinq ans et avec une bonne observance prédite de la complémentation en œstrogènes.

Autres thérapeutiques médicamenteuses en cours d'étude (10) :

- Ulipristal acetate, un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone de deuxième génération, à une posologie de 5 mg/jour en schéma continu, il aurait montré des effets positifs sur les symptômes émotionnels et comportementaux dans un essai contrôlé randomisé contre placebo de faible envergure (10,52,87).
- Sepranolone, un antagoniste de l'allopregnanolone, qui aurait montré des effets significatifs dans une étude de phase deux contre placebo de faible envergure, en injection sous cutanée de 0,4 mL, contenant 10 ou 16 mg, à cinq reprises pendant la phase lutéale (10,52,75,88),
- Safran, à une posologie de 15 mg deux fois par jour, il monterait des effets similaires à la FLUOXETINE, avec des taux d'effets indésirables plus faibles (10),

- Ramalteon, on retrouvait des résultats positifs sur le sommeil dans une étude de cas (10),
- Myo-inositol, en capsule de 0.6 g ou en poudre 2 g, un sucre qui aurait un rôle similaire aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, une étude aurait montré un effet positif significatif du myo-inositol dans le TDPM (10,89),
- Leuprolide (10), un agoniste GnRH qui induirait une suppression ovarienne, à une posologie de 3.75 mg par jour, il aurait montré une efficacité significative contre placebo (75), cependant ce traitement aurait des effets indésirables médicamenteux majeurs et ne devrait être utiliser que dans les cas sévères, résistants au ISRS et aux contraceptifs oraux (75),
- Dutasteride, un inhibiteur de l'enzyme 5-alpha-reductase qui converti la progestérone en allopregnanolone, il aurait montré une amélioration des symptômes de TDPM de type irritabilité, anxiété, tristesse de l'humeur, ballonnement (10,52),
- Lamotrigine, une étude de cas retrouvé des résultats positifs en traitement d'appoint à la FLUOXETINE, à une posologie de 100 mg/jour (10),
- Acétazolamide, une étude de cas retrouvait des résultats significatifs à une posologie de 125 mg/jour, pendant les sept à dix jours prémenstruels (10).

Pour la prise en charge de la part anxieuse, certaines études ont montré une efficacité réduite des benzodiazépines (14), alors que d'autres les recommandent (10).

Tableau récapitulatif des prises en charge recommandées du TDPM, ayant montré une efficacité significative : (tableau 2)

Type de traitement		**Posologie**	**Schéma**	**Indication**
Efficacité significative en essai contrôlé randomisé contre placebo				
Antidépresseurs	ISRS	SERTRALINE 25-150 mg FLUOXETINE 10-20 mg PAROXETINE 12.5-25 mg ESCITALOPRAM 10-20 mg	Continu ou Prise intermittente en phase lutéale	Deuxième ligne
Contraceptifs	Oraux	Levonorgestrel + Ethynil Estradiol (EE)	Prise continue	Troisième ligne
		Drospirenone 3 mg + EE 20 µg	Schéma 24/4	
Agonistes de la GnRH		Leuprolide 3.75 mg + thérapie de remplacement hormonal		En cas de cas sévère résistant à ISRS et pilule contraceptive orale (OCP)
Efficacité significative en autre type d'étude				
Thérapies non médicamenteuses Première ligne	TCC	Programme Preamensis		
	Techniques de relaxation			
	Education thérapeutique			
	Thérapie basée sur la pleine conscience			

Tableau présentant les différentes recommandations officielles nationales et internationales existantes en 2026 : (tableau 3)

Recommandations \ **Territoire et organisme**		**Etats-Unis ACOG** (58)	**Royaume uni RCOG** (53)	**ISPMD** (90)
Hygiène de vie	**Exercice physique**	Suggestion, niveau de preuve faible	Première ligne	
Supplémentation	**Vitamine B6**		Première ligne	
	Calcium	Suggestion, niveau de preuve faible 1000 à 1200 mg/jour		
Antidépresseur	**Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)**	Recommandation forte, niveau de preuve modéré Première ligne SERTRALINE FLUOXETINE PAROXETINE En prise continue ou intermittente	Première ligne, en prise continue ou en phase lutéale, en faible dose Deuxième ligne, en prise continue ou en phase lutéale, en dose forte	Première ligne FLUOXETINE, SERTRALINE, PAROXETINE, ESCITALOPRAM Quatorze jours avant le début des menstruations ou en continu
Hormonothérapie contraceptive	**Contraceptif oral combiné** **3 mg dropirenone + 20 mcg ethinyl estradiol**	Recommandation forte, niveau de preuve faible Deuxième ligne Sur vingt-quatre jours	Première ligne Plutôt de façon continue	Présenté comme une « option importante »
	Patch oestradiol + Micro-progesterone en lutéal ou LNG IUS 52 (levonorgestrel-releasing intrauterine system)		Deuxième ligne	

	Analogue GnRH + thérapie de remplacement hormonal	Suggestion, niveau de preuve modéré En cas de symptômes sévères et réfractaires	Troisième ligne Symptômes très sévères	Cas sévères résistants aux ISRS
Psychothérapie	**TCC**	Recommandation forte Niveau de preuve faible à modéré	Première ligne	Présenté comme une « option importante »
	Collaboration avec un professionnel de la santé mentale	Recommandé en cas de symptomatologie sévère		
	Education thérapeutique du patient (ETP)	Suggestion, niveau de preuve faible		
Chirurgie	**Ovariectomie +- salpingectomie bilatérale**	Symptômes sévères réfractaires aux autres thérapeutiques, chez l'adulte Après test aux agonistes de GnRH		Cas sévères et résistants, répondants aux agonistes de la GnRH
	Hystérectomie et ovariectomie bilatérale + thérapie de remplacement hormonal		Quatrième ligne Symptômes réfractaires aux autres thérapeutiques ou nécessitant un analogue GnRH au long cours Après test aux agonistes de GnRH	
Autre	**Acupuncture**	Suggestion, niveau de preuve faible		

h. Comorbidités

Il a été retrouvé une association forte avec d'autres troubles psychiatriques.

Les femmes ayant une TDPM/SPM seraient plus à risque de développer une dépression du post-partum et des tendances suicidaires. On retrouve également une incidence majorée de trouble anxieux généralisé, d'agoraphobie, de phobie sociale et phobie spécifique, de trouble bipolaire, de trouble du comportement alimentaire, de dépendance au tabac ou à l'alcool, de trouble du sommeil, de trouble du stress post-traumatique, de trouble dépressif caractérisé ou encore de trouble somatoforme. (12,52,56,57)

Selon le DSM-V-TR , une aggravation des troubles somatiques peut être observée pendant la phase lutéale : la migraine, l'asthme, les allergies, l'épilepsie ; ainsi que des troubles psychiatriques : les troubles dépressifs ou bipolaires, les troubles anxieux, la boulimie, les troubles de l'usage d'une substance (9).

i. Diagnostics différentiels

- Syndrome prémenstruel (10,11) :

Tableau reprenant la différence entre les symptômes pré-menstruels considérés normaux, le SPM et le TDPM, tiré de l'article « Review The premenstrual syndrome revisited Daniel M. Campagne, Ghislaine Campagne », traduit en français (91) *: (tableau 4)*

Normal	Symptômes prémenstruels = *Molimina menstruelle* (70)	
Anormal	Syndrome prémenstruel	Perte marquée de qualité de vie, par des répercussions physiques et psychologiques
Anormal	Trouble dysphorique prémenstruel	Handicap fonctionnel par des répercussions thymiques et psychosomatiques

Jusqu'à 90% des femmes observeraient des symptômes prémenstruels, environ 20 à 30% d'entre elle rempliraient les critères du SPM et 1,8 à 5,8 % ceux du TDPM (10,46,51). SPM et TDPM partagent des caractéristiques mais se diffèrent par certains aspects. Le SPM est défini par des symptômes physiques, biologiques, et plus ou moins thymiques, alors que le TDPM nécessite la présence de trouble de l'humeur et un minimum de cinq symptômes parmi ceux listés dans le DSM (9). Le SPM produit une réduction de la qualité de vie alors que TDPM cause une dysfonction (91).

- Trouble bipolaire, trouble dépressif majeur et trouble dépressif résistant : les symptômes ne coïncident pas avec la chronologie des menstruations (9,10,46).
- Dysménorrhée : il s'agit de menstruations douloureuses pouvant impacter la thymie, la chronologie suit la rythmicité des menstruations mais pas sur la bonne période puisque les douleurs sont pendant la phase de menstruation alors que le TDPM est pendant la phase lutéale (9,10).
- Utilisation de traitements hormonaux : il existe des syndromes dépressifs induits par un traitement hormonal (10,92), dans ce cas l'imputation au traitement hormonal se fait par la chronologie en sa faveur, c'est-à-dire une apparition de la symptomatologie à l'introduction du traitement et un amendement à son arrêt (9,10).
- Trouble anxieux généralisé (TAG) : encore ici, la rythmicité doit suivre les menstruations, dans le TAG les préoccupations excessives sont la plupart du temps alors que dans le TDPM la symptomatologie est limitée dans le temps et correspond à la phase lutéale (9,10). La différenciation nécessite une évaluation du niveau d'anxiété global ainsi qu'une observation des variations d'humeur sur

plusieurs cycles avec une comparaison de la symptomatologie en phase lutéale et en phase non lutéale.

- Trouble thyroïdien, notamment l'hypothyroïdie (46,50).
- Trouble électrolytique (50).
- Anémie (46,50).
- Trouble de la personnalité (46).
- Trouble somatoforme (46).

« *Un grand nombre d'affections médicales peuvent s'aggraver dans la phase prémenstruelle. Cependant, l'absence d'une période asymptomatique durant l'intervalle post-menstruel récuse le diagnostic de TDPM.* » (9,10)

3. Contexte actuel autour du trouble dysphorique prémenstruel et objectifs de la recherche

Aujourd'hui, les témoignages sur les réseaux sociaux permettent un accès au point de vue des patients sur leur santé et la prise en charge de leurs pathologies.

Les témoignages des patientes atteintes de TDPM se multiplient, et nous pouvons relever un certain nombre de points reflétant l'éducation du patient sur sa pathologie par les connaissances du praticien et la prise en charge actuelle de ce trouble par ces derniers.

Ces témoignages relevant un manque de connaissance des professionnels de santé sur ce sujet, font supposer un manque de formation de ceux-ci.

Depuis 2013, avec l'entrée du TDPM dans le texte principal du DSM-V, les ressources autour de ce trouble se multiplient : articles scientifiques, thèses et mémoires de maïeutique, de pharmacie et de médecine, sites internet créés par des

professionnels de santé ou des associations de patients, etc. Cependant les recommandations officielles des autorités de santé sont faibles, parfois même inexistantes. En 2023, une revue de la littérature sur la prise en charge globale du TDPM a été publiée dans l'Encéphale, proposant ainsi d'unifier voire de codifier la conduite à tenir pour la prise en charge de ce trouble.

En parallèle du manque d'informations et de formation constaté, dans quelques pays comme l'Espagne ou le Japon, des mesures émergent afin d'améliorer la qualité de vie des femmes ayant des problématiques liées aux menstruations, comme le « congé menstruel », dont les femmes atteintes de TDPM pourraient bénéficier. (10)

L'objectif de cette thèse est donc d'évaluer les connaissances actuelles des professionnels de santé pouvant être confrontés à ce trouble dans leur patientèle, dans les Hauts-de-France, afin d'identifier les axes d'amélioration de la formation et de la prise en soin de ces patientes.

II. MATERIEL ET METHODE : enquête à propos du trouble dysphorique prémenstruel

Pour répondre à cette question, nous avons établi une enquête multicentrique, réalisée par auto-questionnaire, conduite auprès des psychiatres et internes en psychiatrie, gynécologues et internes en gynécologie, ainsi que des sages-femmes exerçant dans les Hauts-de-France, entre le 15 janvier 2026 et le 17 mars 2026.

1. Population

La population incluse dans l'étude correspondait à tous les psychiatres, gynécologues et les internes de ces spécialités, ainsi que toutes les sages-femmes, exerçant dans les Hauts-de-France durant la période de recueil des données.

2. Procédure de l'enquête

Un auto-questionnaire a été réalisé à destination de cette population. La collecte des réponses était anonyme et informatisée. Le questionnaire a été relayé par le site Forms Office.

En ce qui concerne la diffusion, différents centres hospitaliers (CH) de la région Hauts-de-France ont été contacté par téléphone puis par e-mail afin de diffuser le questionnaire à leur service de gynécologie. Ainsi, les CH de Calais, Lille, Roubaix, Tourcoing, Amiens, Saint-Quentin, Soissons, Arras, Douai, Boulogne-Sur-Mer, Cambrai, Dunkerque, Saint-Omer, ont relayé le questionnaire à leurs unités.

Le questionnaire a été envoyé par e-mail à une liste de psychiatres et internes en psychiatrie des EPSM et CH des Hauts-de-France et a également été relayé par le biais des réseaux sociaux aux internes en gynécologie et en psychiatrie.

3. Questionnaire *(annexe n°5)*

Le questionnaire comportait dix-huit questions, dont quatre questions ouvertes, six questions à choix multiple, le reste étant des questions à choix binaire « oui/non ».

Le questionnaire se composait de :

- Une première partie concernant le sujet répondant, afin d'identifier la population incluse, elle recueillait le genre, l'âge et la profession du sujet, par trois questions fermées à choix simple,

- Une seconde partie s'intéressait aux connaissances des sujets répondants sur le TDPM et sa prise en charge. Cette partie était composée de quatre questions, dont une à choix multiple listant douze affirmations sur le TDPM et demandant au sujet de classer une liste d'affirmations en « vraie » ou « fausse ». Les affirmations proposées étaient les suivantes :

    - Affirmation n°1 : « il s'agit d'une pathologie reconnue dans le DSM-V »,
    - Affirmation n°2 : « c'est l'autre nom du syndrome prémenstruel »,
    - Affirmation n°3 : « il s'agit d'une pathologie psychiatrique »,
    - Affirmation n°4 : « il s'agit d'une pathologie gynécologique »,
    - Affirmation n°5 : « il s'agit d'un trouble de l'humeur »,
    - Affirmation n°6 : « il s'agit d'une pathologie rare (moins de 5 personnes sur 10 000) »,
    - Affirmation n°7 : « sa physiopathologie est bien identifiée »,
    - Affirmation n°8 : « les symptômes varient au cours du cycle menstruel »,
    - Affirmation n°9 : « sa prise en charge est pluridisciplinaire »,
    - Affirmation n°10 : « sa prise en charge est bien codifiée (algorithme de prise en charge) »,
    - Affirmation n°11 : « un traitement médicamenteux est souvent nécessaire »,
    - Affirmation n°12 : « elle est un facteur de risque de complication psychique lors d'une grossesse ou du post-partum ».

Selon le DSM-V-TR et les différentes études citées en introduction, nous avons établi la véracité des affirmations proposées. Ainsi, les affirmations numéro 1, 3, 4, 5, 8, 9, 12 étaient vraies, les affirmations numéro 2, 6, 7, 10 étaient fausses, il n'a pas été possible de statuer sur l'affirmation numéro 11.

A partir des réponses données par les sujets répondants, un taux de réponses correctes a été calculé, global puis par profession, il s'agit de la moyenne des pourcentages des réponses correctes aux onze affirmations pour lesquelles la véracité pouvait être établie, soit les affirmations numéro 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 12.

$$Taux\ de\ réponse\ correcte\ en\ \% =$$

$$\frac{\%\ de\ réponse\ correcte\ affirmation\ 1 + \cdots + \%\ de\ réponse\ correcte\ afirmation\ 12}{11}$$

On y demandait également si le sujet avait déjà eu une formation sur le sujet, et, si oui, sa nature et son contexte dans une section réservée aux sujets ayant répondu par l'affirmatif à la question précédente, par deux questions fermées binaires et une question ouverte,

- Une troisième partie questionnait le sujet sur sa patientèle et s'il avait déjà rencontré des patientes souffrant de ce trouble, et, le cas échéant, comment ces patientes étaient prises en charge. Pour ce, il y avait une question fermée binaire et une question à choix multiple listant des potentielles thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses dans une section réservée aux sujets ayant répondu par l'affirmatif à la question précédente,

- Une quatrième partie s'intéressait aux habitudes de dépistage ou d'évaluation diagnostique des sujets répondants avec quatre questions binaires et deux questions ouvertes, ainsi que la manière dont ils prennent ou prendraient en charge ce trouble, une liste de thérapie potentielle était proposée dans une question à choix multiple, afin que les répondants puissent indiquer les traitements choisis,
- La fin du questionnaire était composée d'une question fermée sur l'intérêt porté au sujet à l'avenir et un espace dédié aux remarques éventuelles des répondants.

Les variables recueillies étaient uniquement des variables qualitatives, en dehors de l'âge des répondants.

4. Critères de jugement

L'objectif principal de l'étude était l'évaluation des connaissances actuelles sur le trouble dysphorique prémenstruel des soignants potentiellement confrontés au sujet, soit les gynécologues, les psychiatres, les internes de ces spécialités, et les sages-femmes, afin de déterminer les blocages et besoins de formation dans les différentes spécialités.

III. RESULTATS

Au total, ce sont 169 soignants qui ont participé à l'enquête.

Les résultats seront exposés sous forme de tableaux à double entrée, présentant dans une première ligne les réponses de la population incluse à la question

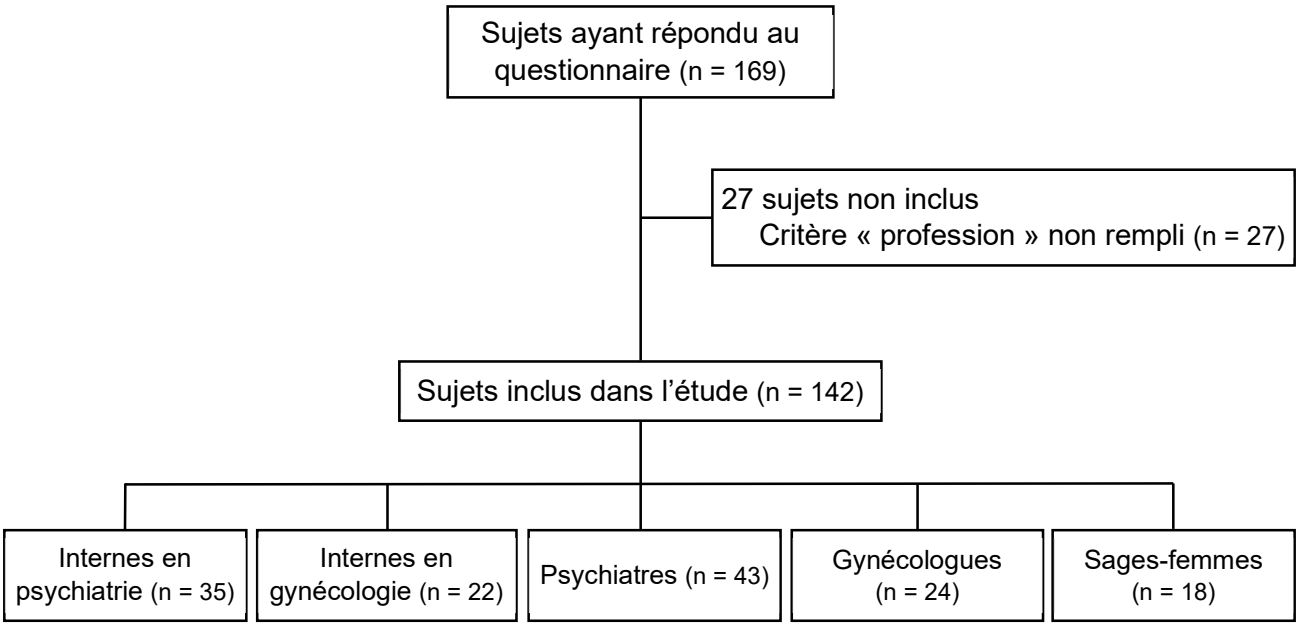
posée, en pourcentage et en effectif, puis présentant les réponses des sujets en fonction de leur profession, en pourcentage et en effectif. Ce choix répond à l'hétérogénéité de la répartition des répondants dans les différentes professions.

1. Première partie : identification de la population étudiée

A ce questionnaire, 169 sujets ont répondu, 27 sujets ayant répondu au questionnaire ne respectaient pas le critère d'inclusion lié à la profession, ils n'ont donc pas été inclus dans l'étude.

Parmi ces 142 sujets, 35 étaient internes en psychiatrie, 22 étaient internes en gynécologie, 43 étaient psychiatres, 24 étaient gynécologues et 18 étaient sages-femmes.

Diagramme de flux représentant la population incluse dans l'étude : (figure 2)



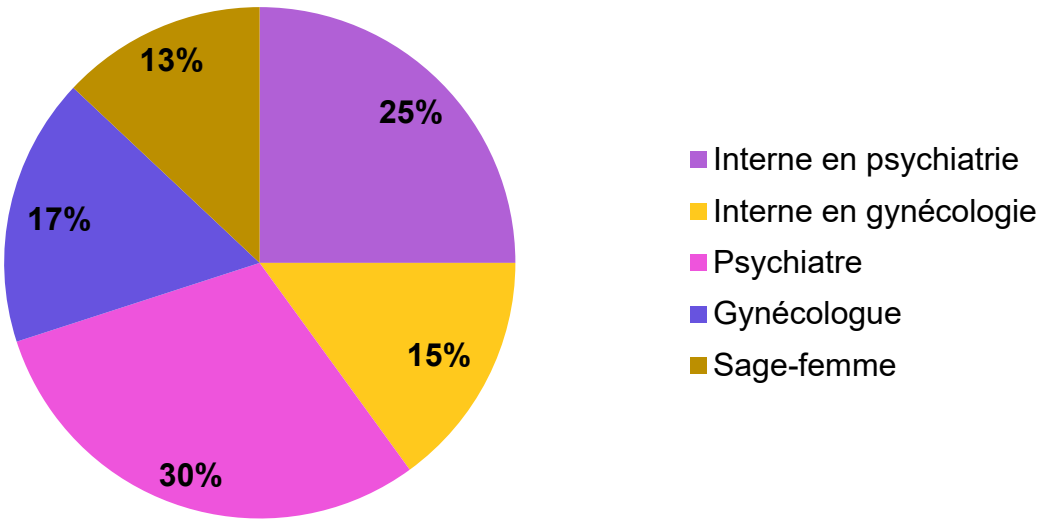
Dans cette population, 77 % (n = 109) étaient des femmes et 23 % (n = 33) étaient des hommes. Concernant l'âge des participants, 4 % (n = 6) avaient entre 20

et 24 ans inclus, 43 % (n = 61) avaient entre 25 et 29 ans inclus, 31 % (n = 44) avaient entre 30 et 39 ans inclus, 22 % (n = 31) avaient entre 40 et 65 ans inclus, 0 % (n = 0) avaient plus de 65 ans. Concernant la profession des participants, 25 % (n = 35) étaient internes en psychiatrie, 15 % (n = 22) étaient internes en gynécologie, 30 % (n = 43) étaient psychiatres, 17 % (n = 24) étaient gynécologues et 13 % (n = 18) étaient sages-femmes.

Tableau présentant la population incluse : (tableau 5)

Caractéristiques	Pourcentage (%) et effectif (n)
Genre :	
Féminin	77 (n = 109)
Masculin	23 (n = 33)
Age (années) :	
[20-24]	4 (n = 6)
[25-29]	43 (n = 61)
[30-39]	31 (n = 44)
[40-65]	22 (n = 31)
>65	0 (n = 0)
Profession :	
Interne en psychiatrie	25 (n = 35)
Interne en gynécologie	15 (n = 22)
Psychiatre	30 (n = 43)
Gynécologue	17 (n = 24)
Sage-femme	13 (n = 18)

Graphique représentant la distribution des professions dans la population étudiée, en pourcentage : (figure 3)



Parmi les hommes ayant répondu à ce questionnaire, 22 étaient psychiatres, 8 étaient internes en psychiatrie, 2 étaient gynécologues et 1 était interne en gynécologie.

Le groupe « internes en psychiatrie » était composé de 77.1 % (n = 27) de femmes. Dans ce groupe, 85.7 % (n = 30) avaient entre 25 et 29 ans inclus, 8.6 % (n = 3) avaient entre 30 et 39 ans inclus et 5.7 % (n = 2) avaient entre 20 et 24 ans inclus.

Le groupe « internes en gynécologie » était composé de 95.5 % (n = 21) de femmes. 77.3 % (n = 17) avaient entre 25 et 29 ans inclus, 13.6 % (n = 3) avaient entre 20 et 24 ans inclus et 9.1 % (n = 2) avaient entre 30 et 39 ans inclus.

Le groupe « psychiatres » étaient composé de 51.2 % (n = 22) de sujets masculins. 60.5 % (n = 26) de ce groupe avaient entre 30 et 39 ans inclus, 32.5 % (n = 14) avaient entre 40 et 65 ans inclus, 7 % (n = 3) avaient entre 25 et 29 ans inclus.

Le groupe « gynécologues » était composé de 91.7 % (n = 22) de femmes. 54.2 % (n = 13) de ce groupe avaient entre 40 et 65 ans inclus, 33.3 % (n = 8) avaient entre 30 et 39 ans inclus et 12.5 % (n = 3) avaient entre 25 et 29 ans inclus.

Le groupe « sages-femmes » était uniquement féminin, 44.4 % (n = 8) avaient entre 25 et 29 ans inclus, 27.8 % (n = 5) avaient entre 30 et 39 ans inclus, 22.2 % (n = 4) avaient entre 40 et 65 ans inclus et 5.6 % (n = 1) avaient entre 20 et 24 ans inclus.

Tableau représentant les caractéristiques de la population de l'enquête en pourcentage et effectif, en fonction de la profession exercée : (tableau 6)

	Internes en psychiatrie % (n = 35)	**Internes en gynécologie % (n = 22)**	**Psychiatres % (n = 43)**	**Gynécologues % (n = 24)**	**Sages-femmes % (n = 18)**
Genre :					
Féminin	77.1 (27)	95.5 (21)	48.8 (21)	91.7 (22)	100 (18)
Masculin	22.9 (8)	4.5 (1)	51.2 (22)	8.3 (2)	0 (0)
Age :					
[20-24]	5.7 (2)	13.6 (3)	0 (0)	0 (0)	5.6 (1)

[25-29]	85.7 (30)	77.3 (17)	7(3)	12.5 (3)	44.4 (8)
[30-39]	8.6 (3)	9.1 (2)	60.5 (26)	33.3 (8)	27.8 (5)
[40-65]	0 (0)	0 (0)	32.5 (14)	54.2 (13)	22.2 (4)
>65	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

2. Deuxième partie : connaissances sur le trouble dysphorique prémenstruel et sa prise en charge

A la question « connaissez-vous le trouble dysphorique prémenstruel ? », dans la population globale, 73.9 % (n = 105) ont répondu « oui », contre 26.1 % (n = 37) « non ».

Dans le groupe « internes en psychiatrie », 71.4 % (n = 25) déclaraient connaître le TDPM, contre 28.6 % (n = 10) qui déclaraient ne pas le connaître. Dans le groupe « internes en gynécologie », 86.4 % (n = 19) déclaraient connaitre ce trouble, contre 13.6 % (n = 3) non. Dans le groupe « psychiatres », 88.4 % (n = 38) déclaraient connaître ce trouble, contre 11.6 % (n = 5) déclarant ne pas le connaître. Dans le groupe « gynécologues », 66.7 % (n = 16) déclaraient connaître le trouble, contre 33.3 % (n = 8) non. Enfin, dans le groupe « sages-femmes », 38.9 % (n = 7) déclaraient connaître le trouble contre 61.1 % (n = 11) non.

Tableau représentant le pourcentage et l'effectif des sujets déclarant connaître ou ne pas connaître le TDPM, en fonction de leur profession : (tableau 7)

	Pourcentage (n) déclarant connaître le TDPM	**Pourcentage (n) déclarant ne pas connaître le TDPM**
Population globale (n = 142)	73.9 (105)	26.1 (37)
Internes en psychiatrie (n = 35)	71.4 (25)	28.6 (10)
Internes en gynécologie (n = 22)	86.4 (19)	13.6 (3)
Psychiatres (n = 43)	88.4 (38)	11.6 (5)

Gynécologues (n = 24)	66.7 (16)	33.3 (8)
Sages-femmes (n = 18)	38.9 (7)	61.1 (11)

La question suivante demandait si les sujets avaient suivi ou non un cours ou une intervention de sensibilisation sur ce thème. Dans la population globale de l'étude, 10.6 % (n = 15) déclaraient avoir reçu une intervention ou un cours sur le sujet, contre 89.4 % (n = 127) non. 5.7 % (n = 2) des internes en psychiatrie, 27.3 % (n = 6) des internes en gynécologie, 7 % (n = 3) des psychiatres, 12.5 % (n = 3) des gynécologues, 5.6 % (n = 1) des sages-femmes déclaraient avoir eu une intervention sur le sujet.

Tableau représentant le pourcentage et l'effectif des sujets ayant reçu ou non une intervention sur le thème du TDPM, en fonction de leur profession : (tableau 8)

	Pourcentage (n) déclarant avoir reçu un cours ou une intervention sur le TDPM	**Pourcentage (n) déclarant ne pas avoir reçu de cours ou d'intervention sur le TDPM**
Population globale (n = 142)	10.6 (15)	89.4 (127)
Internes en psychiatrie (n = 35)	5.7 (2)	94.3 (33)
Internes en gynécologie (n = 22)	27.3 (6)	72.7 (16)
Psychiatres (n = 43)	7 (3)	93 (40)
Gynécologues (n = 24)	12.5 (3)	87.5 (21)
Sages-femmes (n = 18)	5.6 (1)	94.4 (17)

Concernant les interventions reçues sur le TDPM *(annexe n°6)* :

- 3 sujets, dont 2 internes en psychiatrie et 1 psychiatre, mentionnaient un cours de diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie,

- 4 sujets, dont 3 internes en gynécologie et 1 interne en psychiatrie, mentionnaient un cours lors de l'externat,
- 2 psychiatres mentionnaient un symposium réalisé par un interne,
- 6 sujets, dont 4 internes en gynécologie et 2 gynécologues, mentionnaient des cours de DES de gynécologie médicale, deux réponses précisaient une intervention brève,
- 1 gynécologue mentionnait un enseignement au cours de stages par des gynécologues,
- 1 gynécologue mentionnait une intervention au cours d'un congrès,
- 1 gynécologue mentionnait la formation médicale continue,
- 1 sage-femme mentionnait une intervention dans le cadre du diplôme universitaire (DU) de gynécologie de prévention et santé des femmes à la Sorbonne.

La question suivante recueillait les connaissances sur le TDPM des sujets répondants. Il était listé douze affirmations et le sujet devait indiquer pour chacune s'il pensait qu'elle était vraie ou fausse.

Pour l'affirmation n°1 : « il s'agit d'une pathologie reconnue dans le DSM-V », 65.5 % (n = 93) des sujets ont répondu que c'était vrai, contre 34.5 % (n = 49) qui répondaient que c'était faux. Ces chiffres étaient homogènes entre les différentes professions, sauf pour le groupe « sages-femmes », dans lequel 38.9 % (n = 7) pensaient que le TDPM est inscrit dans le DSM-V.

Pour l'affirmation n°2 : « c'est l'autre nom du syndrome prémenstruel », dans la population globale 72.5 % (n = 103) pensaient que c'était faux contre 27.5 % (n = 39)

pensaient que c'était vrai. Ces chiffres étaient homogènes pour tous les groupes sauf pour :

- Le groupe « internes en gynécologie », où 31.8 % (n = 7) des sujets pensaient que le TDPM était l'autre nom du syndrome prémenstruel, contre 68.2 % (n = 15) qui pensaient que c'était faux,
- Le groupe « sages-femmes », où 33.3 % (n = 6) pensaient que c'était vrai contre 66.7 % (n = 12) qui pensaient que c'était faux.

Pour les affirmations n°3 et 4, respectivement « il s'agit d'une pathologie psychiatrique » et « il s'agit d'une pathologie gynécologique », dans tous les groupes, la majorité classait le TDPM dans les deux catégories, « pathologie psychiatrique » et « pathologie gynécologique », sauf le groupe « psychiatres » où 51.2 % (n = 22) classaient le TDPM comme n'étant pas une « pathologie gynécologique ».

Parmi les professions psychiatriques, 77.1 % (n = 27) du groupe « internes en psychiatrie » la classaient comme « pathologie psychiatrique », et 60 % (n = 21) la classaient comme « pathologie gynécologique ». 76.7 % (n = 33) dans le groupe « psychiatres » la classaient en « pathologie psychiatrique » et 48.8 % (n = 21) la classaient comme « pathologie gynécologique ».

Parmi les professions gynécologiques, 59.1 % (n = 13) du groupe « internes en gynécologie » classaient le TDPM comme « pathologie psychiatrique » et 72.7 % (n = 16) le classaient comme « pathologie gynécologique », 66.7 % (n = 16) du groupe « gynécologues » la classaient comme « pathologie psychiatrique » et 75 % (n = 18) la classaient comme « pathologie gynécologique », 55.6 % (n = 10) du groupe « sages-femmes » la classaient en « pathologie psychiatrique » et 66.7 % (n = 12) la classaient comme « pathologie gynécologique ».

Pour l'affirmation n°5 : « il s'agit d'un trouble de l'humeur », 80.3 % (n = 114) de la population globale classaient le TDPM comme un trouble de l'humeur, contre 19.7 % (n = 28) non. Parmi les professions gynécologiques, 86.4 % (n = 19) chez les « internes en gynécologie » et 91.7 % (n = 22) chez les « gynécologues » le classaient comme un trouble de l'humeur. Et parmi les professions psychiatriques, 74.3 % (n = 26) des « internes en psychiatrie » et 76.7 % (n = 33) des « psychiatres » reconnaissaient le TDPM comme un trouble de l'humeur.

Pour l'affirmation n°6 : « il s'agit d'une pathologie rare (moins de 5 personnes sur 10 000) », 87.3 % (n = 124) de la population globale pensaient que ce n'était pas une pathologie rare, contre 12.7 % (n = 18) qui pensaient que ça l'était. Les chiffres sont plus hétérogènes pour cette affirmation, 91.4 % (n = 32) des « internes en psychiatrie », 95.5 % (n = 21) des « internes en gynécologie » et 93 % (n = 40) des « psychiatres » la classaient correctement comme pathologie non rare, ce chiffre tombe à 87.5 % (n = 21) chez les « gynécologues » et 55.6 % (n = 10) chez les « sages-femmes ».

Pour l'affirmation n°7 : « sa physiopathologie est bien identifiée », 88 % (n = 125) de la population globale de l'étude répondaient que sa physiopathologie n'était pas bien identifiée, contre 12 % (n = 17) qui répondaient qu'elle l'était. Parmi le groupe « internes en psychiatrie », 2.9 % (n = 1) pensaient que la physiopathologie était bien identifiée, ainsi que 13.6 % (n = 3) du groupe « internes en gynécologie », 14 % (n = 6) du groupe « psychiatres » et 20.8 % du groupe « gynécologues » (n = 5).

Pour l'affirmation n°8 : « les symptômes varient au cours du cycle menstruel », 97.2 % (n = 138) de la population globale pensaient que c'était vrai. Ces chiffres sont relativement homogènes, le taux de réponses « oui, c'est vrai » atteint 100 % (n = 22)

pour les groupes « internes en gynécologie » et (n = 18) « sages-femmes », et diminue jusqu'à 91.7 % (n = 22) pour le groupe « gynécologues ».

Pour l'affirmation n°9 : « sa prise en charge est pluridisciplinaire », 98.6 % (n = 140) de la population globale pensaient que c'était vrai. 100 % (n = 35) des sujets appartenant aux groupes « internes en psychiatrie », (n = 22) « internes en gynécologie », (n = 24) « gynécologues » et (n = 18) « sages-femmes » répondaient que la prise en charge était pluridisciplinaire, alors que 95.4 % (n = 41) du groupe « psychiatres » pensaient que la prise en charge était pluridisciplinaire.

Pour l'affirmation n°10 : « sa prise en charge est bien codifiée (algorithme de prise en charge) », 87.3 % (n = 124) de la population globale pensaient que c'était faux. 25.6 % (n = 11) du groupe « psychiatres » et 16.7 % (n = 4) du groupe « gynécologues » pensaient que la prise en charge était bien codifiée. Alors que 91.4 % (n = 32) du groupe « internes en psychiatrie » et 100 % (n = 22) du groupe « internes en gynécologie » et (n = 18) « sages-femmes » pensaient l'inverse.

Pour l'affirmation n°11 : « un traitement médicamenteux est souvent nécessaire », 50 % (n = 71) de la population globale pensaient que c'était vrai. 50 % (n = 11) du groupe « internes en gynécologie », 62.5 % (n = 15) du groupe « gynécologues » et 61.1 % (n = 11) du groupe « sages-femmes » pensaient qu'un traitement médicamenteux était souvent nécessaire. 57.1 % (n = 20) du groupe « internes en psychiatrie » et 55.8 % (n = 24) du groupe « psychiatres » pensaient que la prise en charge médicamenteuses n'était pas souvent nécessaire.

Pour l'affirmation n°12 : « elle est un facteur de risque de complication psychique lors d'une grossesse ou du post-partum », 84.5 % (n = 120) de la population globale pensaient que c'était vrai, contre 15.5 % (n = 22) qui pensaient que c'était faux.

90.9 % (n = 20) du groupe « internes en gynécologie », 87.5 % (n = 21) du groupe « gynécologues » et 88.9 % (n = 16) du groupe « sages-femmes » pensaient que le TDPM représentait un facteur de risque de complication au cours de la grossesse ou du post-partum. Ce chiffre diminuait chez les professions psychiatriques, à 85.7 % (n = 30) pour le groupe « internes en psychiatrie » et 76.7 % (n = 33) pour le groupe « psychiatres ».

Un taux de réponses correctes global a été calculé en retirant l'affirmation n°11, en effet la formulation « souvent » ne permettait pas d'établir sa véracité. Ce taux est de 81.2 % en population globale. Dans l'ordre croissant, on retrouve le groupe « sages-femmes » avec un taux à 76.3 %, le groupe « psychiatres » avec un taux à 79,5 %, le groupe « gynécologues » avec un taux à 82.6 %, le groupe « internes en psychiatrie » avec un taux à 82.8 %, et pour finir le groupe « internes en gynécologie » avec un taux à 84.3 %.

Figure représentant les réponses recueillies « oui, c'est vrai » et « non, c'est faux », à chaque affirmation, toutes professions confondues, en pourcentage : (figure 4)

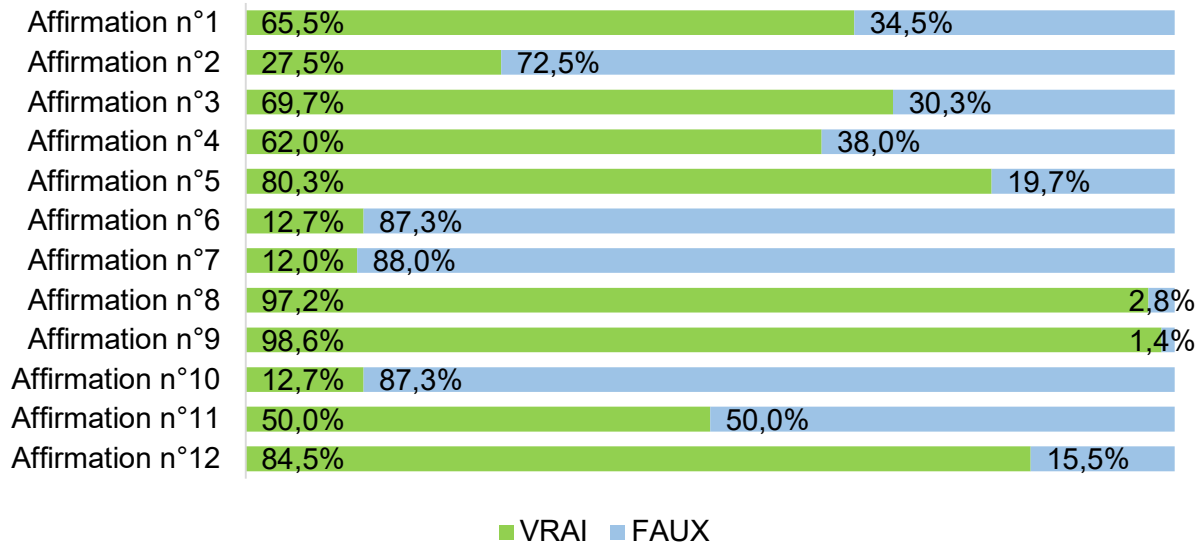


Tableau présentant les réponses recueillies, « oui, c'est vrai » ou « non, c'est faux » en pourcentage et effectif, pour chaque affirmation proposée, ainsi que le taux de réponses correctes, en fonction de la profession des sujets : (tableau 9)

Réponses recueillie / Affirmation et véracité	Population globale (n = 142)		Internes en psychiatrie (n = 35)		Internes en gynécologie (n = 22)		Psychiatres (n = 43)		Gynécologues (n = 24)		Sages-femmes (n = 18)	
	Vrai	Faux	Vrai	Faux	Vrai	Faux	Vrai	Faux	Vrai	Faux	Vrai	Faux
N°1 - vraie	65.5 (93)	34.5 (49)	62.9 (22)	37.1 (13)	68.2 (15)	31.8 (7)	74.4 (32)	25.6 (11)	70.8 (17)	29.2 (7)	38.9 (7)	61.1 (11)
N°2 - fausse	27.5 (39)	72.5 (103)	25.7 (9)	74.3 (26)	31.8 (7)	68.2 (15)	25.6 (11)	74.4 (32)	25 (6)	75 (18)	33.3 (6)	66.7 (12)
N°3 - vraie	69.7 (99)	30.3 (43)	77.1 (27)	22.9 (8)	59.1 (13)	40.9 (9)	76.7 (33)	23.3 (10)	66.7 (16)	33.3 (8)	55.6 (10)	44.4 (8)
N°4 - vraie	62 (88)	38 (54)	60 (21)	40 (14)	72.7 (16)	27.3 (6)	48.8 (21)	51.2 (22)	75 (18)	25 (6)	66.7 (12)	33.3 (6)
N°5 - vraie	80.3 (114)	19.7 (28)	74.3 (26)	25.7 (9)	86.4 (19)	13.6 (3)	76.7 (33)	23.3 (10)	91.7 (22)	8.3 (2)	77.8 (14)	22.2 (4)
N°6 - fausse	12.7 (18)	87.3 (124)	8.6 (3)	91.4 (32)	4.5 (1)	95.5 (21)	7 (3)	93 (40)	12.5 (3)	87.5 (21)	44.4 (8)	55.6 (10)
N°7 - fausse	12 (17)	88 (125)	2.9 (1)	97.1 (34)	13.6 (3)	86.4 (19)	14 (6)	86 (37)	20.8 (5)	79.2 (19)	11.1 (2)	88.9 (16)
N°8 - vraie	97.2 (138)	2.8 (4)	97.1 (34)	2.9 (1)	100 (22)	0 (0)	97.7 (42)	2.3 (1)	91.7 (22)	8.3 (2)	100 (18)	0 (0)
N°9 - vraie	98.6 (140)	1.4 (2)	100 (35)	0 (0)	100 (22)	0 (0)	95.4 (41)	4.6 (2)	100 (24)	0 (0)	100 (18)	0 (0)
N°10 - fausse	12.7 (18)	87.3 (124)	8.6 (3)	91.4 (32)	0 (0)	100 (22)	25.6 (11)	74.4 (32)	16.7 (4)	83.3 (20)	0 (0)	100 (18)
N°11	50 (71)	50 (71)	42.9 (15)	57.1 (20)	50 (11)	50 (11)	44.2 (19)	55.8 (24)	62.5 (15)	37.5 (9)	61.1 (11)	38.9 (7)
N°12 - vraie	84.5 (120)	15.5 (22)	85.7 (30)	14.3 (5)	90.9 (20)	9.1 (2)	76.7 (33)	23.3 (10)	87.5 (21)	12.5 (3)	88.9 (16)	11.1 (2)
Taux de réponses correctes * %	81.2		82.8		84.3		79.5		82.6		76.3	

**Pourcentage de réponses correctes, excepté l'affirmation n°11*

Afin de faciliter la lecture du tableau, les cellules représentant les réponses correctes par affirmation ont été colorées en vert.

3. Troisième partie : patientèle

A la question « Avez-vous déjà rencontré des patientes ayant ce diagnostic de posé ? », dans la population globale, 20.4 % (n = 29) déclaraient avoir déjà rencontré une patiente ayant ce diagnostic posé, contre 79.6 % (n = 113) non. Parmi le groupe « gynécologues », 45.8 % (n = 11) en avaient déjà rencontré, 27.9 % (n = 12) du groupe « psychiatres », 11.4 % (n = 4) du groupe « internes en psychiatrie », 5.6 % (n = 1) du groupe « sages-femmes » et 4.5 % (n = 1) du groupe « internes en gynécologie ».

Au sein des 29 sujets ayant déjà rencontré des femmes diagnostiquées TDPM, 41.3 % (n = 12) appartenaient au groupe « psychiatres », 37.9 % (n = 11) appartenaient au groupe « gynécologues », 13.8 % (n = 4) appartenaient au groupe « internes en psychiatrie », 3.5 % (n = 1) appartenaient au groupe « internes en gynécologie » et 3.5 % (n = 1) au groupe « sages-femmes ».

Tableau présentant le pourcentage et l'effectif des sujets ayant, ou non, déjà rencontré des patientes ayant le diagnostic de TDPM déjà posé, en fonction de leur profession : (tableau 10)

	Pourcentage (n) déclarant avoir reçu une patiente ayant un diagnostic de TDPM	**Pourcentage (n) déclarant ne pas avoir reçu de patiente ayant un diagnostic de TDPM**
Population globale (n = 142)	20.4 (29)	79.6 (113)
Internes en psychiatrie (n = 35)	11.4 (4)	88.6 (31)
Internes en gynécologie (n = 22)	4.5 (1)	95.5 (21)
Psychiatres (n = 43)	27.9 (12)	72.1 (31)
Gynécologues (n = 24)	45.8 (11)	54.2 (13)

Sages-femmes (n = 18)	5.6 (1)	94.4 (17)

Tableau présentant le pourcentage et l'effectif de chaque profession chez les 29 sujets ayant rencontré des patientes diagnostiquée TDPM : (tableau 11)

	Pourcentage % et effectif (n)
Internes en psychiatrie	13.8 (4)
Internes en gynécologie	3.5 (1)
Psychiatres	41.3 (12)
Gynécologues	37.9 (11)
Sages-femmes	3.5 (1)

La question suivante s'intéressait à la prise en charge thérapeutique reçue par les patientes souffrant de TDPM. Cette question ne concernait que les 29 sujets ayant déjà rencontré des patientes diagnostiquées d'un TDPM.

Parmi ces 29 sujets, 48.3 % (n = 14) rapportaient un traitement antidépresseur, 27.6 % (n = 8) rapportaient un traitement anxiolytique, 0 % (n = 0) rapportait un traitement antipsychotique, 51.7 % (n = 15) rapportaient une psychothérapie, 79.3 % (n = 23) rapportaient un contraceptif, 65.5 % (n = 19) rapportaient des règles d'hygiène de vie, 24.1 % (n = 7) rapportaient une supplémentation vitaminique ou autre, et enfin 3.4 % (n = 1) rapportaient une autre prise en charge, correspondant à un psychiatre qui évoquait un thymorégulateur chez une patiente ayant une comorbidité bipolaire.

Dans le groupe « psychiatres », 75 % (n = 9) rapportaient un contraceptif, 66.7 % (n = 8) rapportaient un traitement antidépresseur et les règles d'hygiène de vie, la psychothérapie était évoquée à 58.3 % (n = 7), le traitement anxiolytique à 25 % (n =3), et la supplémentation vitaminique ou autre à 16.7 % (n = 2).

Dans le groupe « gynécologues », 90.9 % (n = 10) rapportaient un contraceptif, les règles d'hygiène de vie étaient évoquées à 63.6 % (n = 7), le traitement antidépresseur et la supplémentation vitaminique étaient rencontrés par 45.5 % des sujets (n = 5), la psychothérapie à 36.4 % (n = 4) et enfin le traitement anxiolytique à 27.3 % (n = 3).

Figure représentant les thérapeutiques déjà prescrites chez les patientes rencontrées par les professionnels diagnostiquées TDPM, en pourcentage : (figure 5)

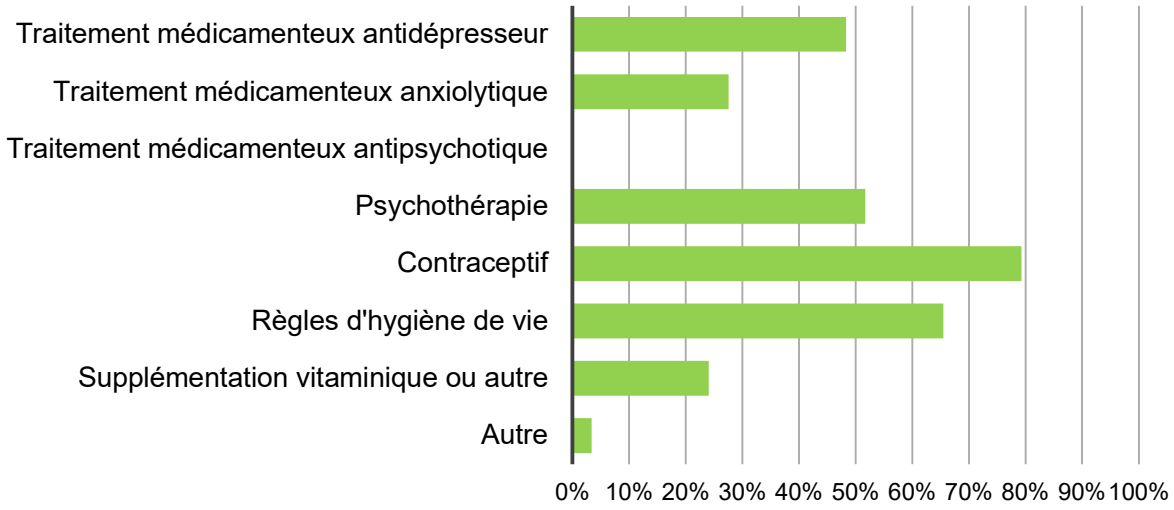


Tableau présentant chaque thérapeutique rencontrée chez les patientes souffrant de TDPM, rapportées par les sujets en ayant rencontrées, en pourcentage et effectif, en fonction de leur profession : (tableau 12)

	Population intéressant l'étude % (n = 29)	**Internes en psychiatrie % (n = 4)**	**Internes en gynécologie % (n = 1)**	**Psychiatres % (n = 12)**	**Gynécologues % (n = 11)**	**Sages-femmes % (n = 1)**
Traitement médicamenteux antidépresseur	48.3 (14)	25 (1)	0 (0)	66.7 (8)	45.5 (5)	0 (0)
Traitement médicamenteux anxiolytique	27.6 (8)	50 (2)	0 (0)	25 (3)	27.3 (3)	0 (0)
Traitement médicamenteux antipsychotique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Psychothérapie	51.7 (15)	75 (3)	0 (0)	58.3 (7)	36.4 (4)	100 (1)
Contraceptif	79.3 (23)	50 (2)	100 (1)	75 (9)	90.9 (10)	100 (1)
Règles d'hygiène de vie	65.5 (19)	75 (3)	0 (0)	66.7 (8)	63.6 (7)	100 (1)
Supplémentation vitaminique ou autre	24.1 (7)	0 (0)	0 (0)	16.7 (2)	45.5 (5)	0 (0)
Autre	3.4 (1)	0 (0)	0 (0)	8.3 (1)	0 (0)	0 (0)

4. Quatrième partie : dépistage, diagnostic et prise en charge

A la question « Face à des troubles dépressifs résistants chez les patientes menstruées, avez-vous pour habitude de rechercher ce diagnostic ? », en population globale, 16.2 % (n = 23) déclaraient avoir cette habitude contre 83.8 % (n = 119) ne pas l'avoir. Dans le groupe « gynécologues » cette habitude était rapportée par 33.3 % (n = 8) et dans le groupe « psychiatres » par 18.6 % (n = 8). Elle était rapportée par 11.4 % (n = 4) du groupe « internes en psychiatrie », 11.1 % (n = 2) du groupe « sages-femmes » et 4.5 % (n = 1) du groupe « internes en gynécologie ».

Tableau représentant le pourcentage et l'effectif de sujets ayant l'habitude, ou non, de chercher un TDPM chez les patientes présentant un trouble de l'humeur, en fonction de leur profession : (tableau 13)

	Pourcentage (n) déclarant avoir pour habitude de chercher le diagnostic de TDPM	**Pourcentage (n) déclarant ne pas avoir pour habitude de chercher le diagnostic de TDPM**
Population globale (n = 142)	16.2 (23)	83.8 (119)
Internes en psychiatrie (n = 35)	11.4 (4)	88.6 (31)
Internes en gynécologie (n = 22)	4.5 (1)	95.5 (21)
Psychiatres (n = 43)	18.6 (8)	81.4 (35)
Gynécologues (n = 24)	33.3 (8)	66.7 (16)
Sages-femmes (n = 18)	11.1 (2)	88.9 (16)

La question suivante interrogeait les sujets sur les éléments pouvant faire évoquer ce diagnostic chez leurs patientes. Il s'agissait d'une question ouverte et les

réponses *(annexe n°7)* seront rapportées par profession et classées en catégories. Nous avons pu établir cinq catégories de réponses : « symptômes recherchés », « temporalité », « facteurs de risque », « diagnostics différentiels » et la mention d'un lien hormonal.

Dans le groupe « internes en psychiatrie », composé de 35 sujets :

- Concernant les symptômes recherchés : les termes « thymie », « humeur », « dépression » ou « dépressif » étaient cités 20 fois, 2 sujets cherchaient la concomitance de douleurs abdominales, 1 sujet cherchait un impact fonctionnel important,
- Concernant la temporalité : les termes « cycle » ou « cyclique » étaient cités 18 fois, les termes « mois », « mensuellement » ou « mensuel » 6 fois, les termes « menstruel » ou « menstruation » étaient cités 13 fois, la temporalité pré-menstruelle était citée 7 fois, la temporalité péri-menstruelle 2 fois,
- Concernant les facteurs de risque : l'endométriose était citée 1 fois, les troubles psychiques du post-partum 1 fois,
- Concernant les diagnostics différentiels : la « bipolarité à cycle rapide » était citée 1 fois, la « dépression résistante » était citée 2 fois, la « cyclothymie » 1 fois,
- 1 personne ne répondait pas.

Dans le groupe « internes en gynécologie », composé de 22 sujets :

- Concernant les symptômes recherchés : les termes « dépressif », « dépression », « humeur » ou « tristesse » sont retrouvés 10 fois, le terme « irritabilité » 1 fois, « psychiatrique » 1 fois, « trouble invalidant » sans

précision 1 fois, des symptômes gynécologiques concomitants sont cherchés 1 fois,

- Concernant la temporalité des symptômes : les termes « cycle » ou « cyclique » sont cités 11 fois, la temporalité pré-menstruelle était citée 5 fois, per-menstruelle 1 fois, le terme « menstruel » sans précision de la phase 1 fois,
- Concernant un lien hormonal : 2 sujets cherchaient un lien avec un traitement hormonal, dont 1 cherchant une majoration par la contraception ou son arrêt et 1 cherchant une amélioration sous pilule,
- 3 sujets répondaient ne pas savoir ou ne proposaient pas de réponse.

Dans le groupe « psychiatres », composé de 43 sujets :

- Concernant les symptômes recherchés : les termes « dépressif », « dépression », « humeur » ou « tristesse » sont retrouvés 17 fois, des symptômes gynécologiques concomitants sont cherchés 4 fois (2 fois un SPM, 1 fois la mastodynie, 1 fois des règles douloureuses), un impact fonctionnel est recherché 1 fois, des idées suicidaires avant les règles 2 fois,
- Concernant la temporalité des symptômes : les termes « cyclique » ou « cycle » étaient cités 24 fois, la période pré-menstruelle était indiquée 7 fois, la période per-menstruelle 3 fois, le terme « menstruel » sans précision de phase était cité 11 fois, une durée courte par rapport à un syndrome dépressif était cherchée 3 fois,
- Concernant les facteurs de risque : la recherche d'un antécédent familial de syndrome dépressif était citée 1 fois,
- Concernant les diagnostics différentiels : 1 sujet évoquait un diagnostic d'élimination,

- Concernant un lien hormonal : 3 sujets recherchaient un lien avec les variations hormonales, notamment les périodes marquantes de la grossesse ou de la ménopause et la contraception,
- 3 personnes répondaient ne pas savoir ou ne proposaient pas de réponse.

Dans le groupe « gynécologues », composé de 24 sujets :

- Concernant les symptômes recherchés : les termes « dépressif », « dépression » ou « humeur » sont retrouvés 13 fois,
- Concernant la temporalité des symptômes : les termes « cyclique » ou « cycle » étaient cités 9 fois, la période pré-menstruelle était citée 9 fois, la période per-menstruelle 3 fois,
- Concernant les facteurs de risque : la recherche d'un antécédent de dépression était citée 1 fois,
- 5 personnes répondaient ne pas savoir ou ne proposaient pas de réponse.

Dans le groupe « sages-femmes », composé de 18 sujets :

- Concernant les symptômes recherchés : les termes « dépressif », « dépression » ou « humeur » sont retrouvés 8 fois, un retentissement fonctionnel était évoqué 3 fois, des symptômes gynécologiques concomitants sont cherchés 2 fois (un SPM intense 1 fois, des douleurs pelviennes 1 fois), des idées suicidaires 1 fois,
- Concernant la temporalité des symptômes : les termes « cyclique » ou « cycle » étaient cités 5 fois, la période prémenstruelle ou lutéale était citée 6 fois, la période per-menstruel 1 fois,
- 7 personnes répondaient ne pas savoir ou ne proposaient pas de réponse.

La question suivante demandait si les sujets avaient déjà posé le diagnostic de TDPM chez l'une de leurs patientes. En population globale, 14.8 % (n = 21) avaient déjà posé ce diagnostic. Dans le groupe « gynécologues », 29.2 % (n = 7) des sujets auraient posé ce diagnostic, 27.9 % (n = 12) du groupe « psychiatres », 5.6 % (n = 1) du groupe « sages-femmes », 2.9 % (n = 1) du groupe « internes en psychiatrie » et 0 % (n = 0) du groupe « internes en gynécologie ».

Tableau représentant le pourcentage et l'effectif de sujets ayant déjà posé, ou non, le diagnostic de TDPM chez une de leurs patientes, en fonction de leur profession : (tableau 14)

	Pourcentage (n) déclarant avoir déjà posé le diagnostic de TDPM	**Pourcentage (n) déclarant ne jamais avoir posé le diagnostic de TDPM**
Population globale (n = 142)	14.8 (21)	85.2 (121)
Internes en psychiatrie (n = 35)	2.9 (1)	97.1 (34)
Internes en gynécologie (n = 22)	0 (0)	100 (22)
Psychiatres (n = 43)	27.9 (12)	72.1 (31)
Gynécologues (n = 24)	29.2 (7)	70.8 (17)
Sages-femmes (n = 18)	5.6 (1)	94.4 (17)

La question suivante s'intéressait à la prise en charge proposée ou que proposeraient les sujets répondants, face à un TDPM. Dans la population globale, 39.4 % (n = 56) prescrivent ou prescriraient un traitement médicamenteux antidépresseur, 16.9 % (n = 24) prescrivent ou prescriraient un traitement médicamenteux anxiolytique, 0.7 % (n = 1) un traitement médicamenteux antipsychotique, 64.1 % (n = 91) un contraceptif, 57 % (n = 81) adressent ou adresseraient la patiente à un confrère psychiatre ou gynécologue, 71.1 % (n = 101) préconisent ou préconiseraient une

psychothérapie, 80.3 % (n = 114) rappellent ou rappelleraient les règles d'hygiène de vie, 31 % (n = 44) prescrivent ou prescriraient des suppléments vitaminiques ou autre, 6.3 % (n = 9) proposaient une autre réponse.

Le pourcentage de supplémentation vitaminique reste autour des 30 % et le pourcentage de prescription d'antipsychotique autour de 0 % pour toutes les catégories professionnelles.

Le taux de prescription d'antidépresseur est de 51.4 % (n = 18) dans le groupe « internes en psychiatrie », 58.1 % (n = 25) dans le groupe « psychiatres », il tombe à 27.3 % (n = 6) dans le groupe « internes en gynécologie » et 25 % (n = 6) dans le groupe « gynécologues ».

Le pourcentage de prescription d'un contraceptif est de 77.3 % (n = 17) dans le groupe « internes en gynécologie », 75 % (n = 18) dans le groupe « gynécologues », 77.8 % (n = 14) dans le groupe « sages-femmes », il tombe à 57.1 % (n = 20) dans le groupe « internes en psychiatrie » et 51.2 % (n = 22) dans le groupe « psychiatres ».

94,4 % (n = 17) du groupe « sages-femmes » adressent ou adresseraient leur patiente à un psychiatre ou un gynécologue, pour les autres groupes le pourcentage tourne autour de 50 %.

La psychothérapie est ou serait proposée par 85.7 % (n = 30) du groupe « internes en psychiatrie », 81.4 % (n = 35) du groupe « psychiatres », 72.2 % (n = 13) du groupe « sages-femmes », 50 % (n = 11) des groupes « internes en gynécologie » et (n = 12) « gynécologues ».

Les règles d'hygiène de vie sont ou seraient rappelées par 94.3 % (n = 33) du groupe « internes en psychiatrie », 95.4 % (n = 21) du groupe « internes en

gynécologie », 83.7 % (n = 36) du groupe « psychiatres », 54.2 % (n = 13) du groupe « gynécologues », 61.1 % (n = 11) du groupe « sages-femmes ».

Un sujet du groupe « internes en psychiatrie » proposait un régulateur de l'humeur, un sujet du groupe « internes en gynécologie » précisait ne pas se sentir à l'aise avec la prescription d'un antidépresseur. Dans le groupe « psychiatres », 5 sujets ont coché la réponse « autre », parmi les propositions, on rapporte la phytothérapie, l'aménagement de l'environnement et des facteurs de stress en période prémenstruelle, la psychoéducation. Un sujet du groupe « sages-femmes » proposait l'acupuncture.

Figure représentant les thérapeutiques que les sujets prescrivent ou prescriraient à une patiente atteinte de TDPM, en pourcentage : (figure 6)

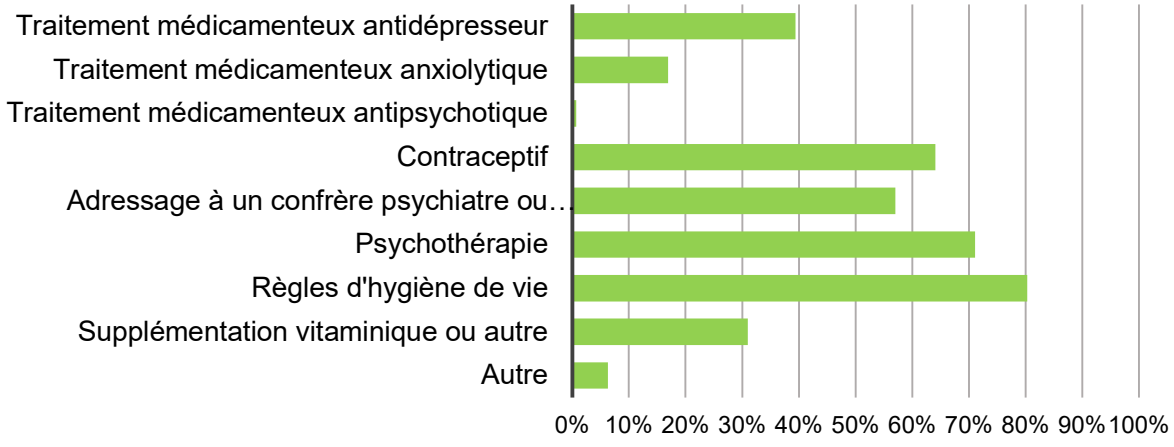


Tableau présentant les thérapeutiques que proposent ou proposeraient les soignants face à un TDPM, en pourcentage et effectif, en fonction de leur profession : (tableau 15)

	Population globale % (n = 142)	Internes en psychiatrie % (n = 35)	Internes en gynécologie % (n = 22)	Psychiatres % (n = 43)	Gynécologues % (n = 24)	Sages-femmes % (n = 18)
Traitement médicamenteux antidépresseur	39.4 (56)	51.4 (18)	27.3 (6)	58.1 (25)	25 (6)	5.6 (1)
Traitement médicamenteux anxiolytique	16.9 (24)	37.1 (13)	31.8 (2)	13.9 (6)	4.2 (1)	11.1 (2)
Traitement médicamenteux antipsychotique	0.7 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5.6 (1)
Contraceptif	64.1 (91)	57.1 (20)	77.3 (17)	51.2 (22)	75 (18)	77.8 (14)
Adressage à un confrère psychiatre ou gynécologue	57 (81)	40 (14)	54.5 (12)	53.5 (23)	62.5 (15)	94.4 (17)
Psychothérapie	71.1 (101)	85.7 (30)	50 (11)	81.4 (35)	50 (12)	72.2 (13)
Règles d'hygiène de vie	80.3 (114)	94.3 (33)	95.4 (21)	83.7 (36)	54.2 (13)	61.1 (11)
Supplémentation vitaminique ou autre	31 (44)	37.1 (13)	31.8 (7)	27.9 (12)	29.2 (7)	27.8 (5)
Autre	6.3 (9)	2.9 (1)	4.5 (1)	11.6 (5)	4.2 (1)	5.6 (1)

A la question 14 « Pensez-vous qu'il est important de distinguer le trouble dysphorique prémenstruel d'un trouble de l'humeur classique (épisode dépressif majeur, trouble bipolaire) ? », 97.9 % (n = 139) de la population globale déclaraient penser que c'était important. Dans les groupes « internes en gynécologie », « gynécologues » et « sages-femmes », ce pourcentage atteignait 100 %, respectivement (n = 22), (n =24) et (n = 18).

Tableau représentant le pourcentage et l'effectif de sujets pensant ou non que la distinction entre trouble de l'humeur classique et TDPM est pertinente, en fonction de leur profession : (tableau 16)

	Pourcentage (n) déclarant penser que c'est important	**Pourcentage (n) déclarant ne pas penser que c'est important**
Population globale (n = 142)	97.9 (139)	2.1 (3)
Internes en psychiatrie (n = 35)	94.3 (33)	5.7 (2)
Internes en gynécologie (n = 22)	100 (22)	0 (0)
Psychiatres (n = 43)	97.7 (42)	2.3 (1)
Gynécologues (n = 24)	100 (24)	0 (0)
Sages-femmes (n = 18)	100 (18)	0 (0)

Il était demandé de préciser la réponse sur l'intérêt ou non de différencier le TDPM d'un autre trouble de l'humeur. Il s'agissait d'une réponse à texte libre, nous pouvons regrouper les réponses *(annexe n°8)* en faveur de la différenciation en plusieurs catégories : une pathologie différente, une prise en charge spécifique, l'intérêt pour le patient de poser le diagnostic correct, un intérêt de santé publique et une dimension pathologique différente.

Dans le groupe « internes en psychiatrie », composé de 35 sujets, les justifications apportées étaient :

- une pathologie différente : la physiopathologie différente était citée 2 fois, la composante hormonale 1 fois, un retentissement différent 1 fois, une symptomatologie différente 1 fois,
- une prise en charge spécifique : la prise en charge différente était citée 21 fois, dont 2 fois précisant « médicamenteuse » et 2 fois précisant « pluridisciplinaire » gynécologique et psychiatrique, une prise en charge non médicamenteuse 2 fois,
- l'intérêt pour le patient de poser le diagnostic correct : l'objectif de favoriser la compréhension de ses symptômes était évoqué 2 fois,
- un intérêt de santé publique : faire reconnaître les conséquences des menstruations sur la santé mentale était évoqué 1 fois.

Dans le groupe « internes en gynécologie », composé de 22 sujets, les justifications apportées étaient :

- une pathologie différente : la rythmicité différente était citée 2 fois, l'étiologie différente 2 fois, la physiopathologie différente 1 fois, la composante hormonale 2 fois, un retentissement différent 1 fois, l'impact possible sur la grossesse et le post partum 1 fois,
- une prise en charge spécifique : une prise en charge différente sans précision était citée 11 fois, l'intérêt du traitement hormonal/contraceptif était cité 4 fois, une prise en charge accès sur les règles hygiéno-diététiques 1 fois,

- l'intérêt pour le patient de poser le diagnostic correct : l'intérêt d'être informé sur son diagnostic était évoqué 2 fois, l'importance pour la patiente de poser le bon diagnostic 1 fois, un diagnostic avec un retentissement différent pour la patiente 1 fois.

Dans le groupe « psychiatres », composé de 43 sujets, les justifications apportées étaient :

- une pathologie différente : la physiopathologie différente était citée 2 fois, 1 sujet précisait « une cause bien connue », 1 autre des « spécificités physiopathologiques encore non connues », la recherche de facteurs de risque différents était citée 1 fois, la symptomatologie différente 1 fois, la rythmicité différente 5 fois, le pronostic différent 4 fois,
- une prise en charge spécifique : la prise en charge différente était citée 20 fois, la prise en charge conjointe ou pluridisciplinaire gynécologie/psychiatrie était citée 9 fois, 1 sujet évoquait une place moindre de la psychothérapie, 1 sujet évoqué la place du traitement hormonal dans ce cas spécifique, une réponse médicamenteuse différente 2 fois, un facteur de résistance au traitement était cité 1 fois,
- l'intérêt pour le patient de poser le diagnostic correct était évoqué 1 fois.

Dans le groupe « gynécologues », composé de 24 sujets, les justifications apportées étaient :

- une pathologie différente : la rythmicité différente était citée 2 fois, un retentissement différent 1 fois,

- une prise en charge spécifique : une prise en charge différente sans précision était citée 15 fois, l'intérêt du traitement hormonal ou contraceptif était cité 3 fois, la non-indication d'un antidépresseur ou d'un antipsychotique 1 fois,
- l'intérêt pour le patient de poser le diagnostic correct : l'importance pour la patiente de poser le bon diagnostic était évoquée 1 fois, rassurer la patiente 1 fois, déculpabiliser la patiente 1 fois,
- une dimension pathologique différente : la notion de « non pathologique » était évoquée 1 fois.

Dans le groupe « sages-femmes », composé de 18 sujets, les justifications apportées étaient :

- une pathologie différente : une rythmicité différente était citée 2 fois,
- une prise en charge spécifique : une prise en charge différente sans précision était citée 8 fois, la place des contraceptifs était évoquée 1 fois, une orientation correcte 1 fois,
- l'intérêt pour le patient de poser le diagnostic correct : le but de psychoéducation était évoqué 1 fois, celui d'améliorer la compréhension du trouble 1 fois,
- une dimension pathologique différente : le fait que ce trouble ne serait « pas une pathologie psychiatrique » était évoqué 1 fois, s'assurer que c'est un « trouble de l'humeur passager » et non une pathologie chronique 1 fois, la reconnaissance de la patiente dans son trouble 1 fois.

Les réponses en défaveur étaient « trouble de l'humeur comme un autre », « prise en charge différente » et « je ne sais pas comment l'expliquer ».

La question suivante était « Pensez-vous a posteriori, avoir méconnu un diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel chez une de vos patientes ? ». En

population globale, 55.6 % (n = 79) déclaraient avoir possiblement méconnu un diagnostic de TDPM chez une de leur patiente, contre 44.4 % (n = 63) qui ne le pensaient pas. Le pourcentage de sujet pensant avoir méconnu ce diagnostic chez une patiente était de 74.4 % (n = 32) dans le groupe « psychiatres », 62.5 % (n = 15) dans le groupe « gynécologues », 27.8 % (n = 5) dans le groupe « sages-femmes ».

Tableau représentant le pourcentage et l'effectif de sujets pensant, ou ne pensant pas, avoir méconnu un diagnostic de TDPM chez une patiente, en fonction de leur profession : (tableau 17)

	Pourcentage (n) déclarant penser avoir méconnu un diagnostic de TDPM chez une patiente	**Pourcentage (n) déclarant ne pas penser avoir méconnu un diagnostic de TDPM chez une patiente**
Population globale (n = 142)	55.6 (79)	44.4 (63)
Internes en psychiatrie (n = 35)	45.7 (16)	54.3 (19)
Internes en gynécologie (n = 22)	50 (11)	50 (11)
Psychiatres (n = 43)	74.4 (32)	25.6 (11)
Gynécologues (n = 24)	62.5 (15)	37.5 (9)
Sages-femmes (n = 18)	27.8 (5)	72.2 (13)

5. Cinquième partie : intérêt porté au sujet, remarques éventuelles

La dernière question du formulaire interrogeait les sujets sur l'intérêt porté au sujet après avoir répondu à cette enquête. 93,7 % (n = 133) de la population globale indiquaient porter un intérêt pour ce sujet. Seul 9.1 % (n = 2) du groupe « internes en gynécologie », 9.3 % (n = 4) du groupe « psychiatres », 8.3 % (n = 2) du groupe

« gynécologues » et 5.6 % (n = 1) du groupe « sages-femmes » déclaraient ne pas porter d'intérêt sur le sujet, aucune catégorie d'âge ou de genre n'était surreprésentée.

Tableau représentant le pourcentage et l'effectif de sujets déclarant un intérêt, ou non, pour le sujet à l'issue du questionnaire, en fonction de leur profession : (tableau 18)

	Pourcentage (n) déclarant porter un intérêt pour le sujet	**Pourcentage (n) déclarant ne pas porter d'intérêt sur le sujet**
Population globale (n = 142)	93.7 (133)	6.3 (9)
Internes en psychiatrie (n = 35)	100 (35)	0 (0)
Internes en gynécologie (n = 22)	90.9 (20)	9.1 (2)
Psychiatres (n = 43)	90.7 (39)	9.3 (4)
Gynécologues (n = 24)	91.7 (22)	8.3 (2)
Sages-femmes (n = 18)	94.4 (17)	5.6 (1)

A la fin du questionnaire, un encadré permettait aux sujets d'inscrire des remarques éventuelles *(annexe n° 9)*, on retrouvait dans toutes les catégories professionnelles plusieurs demandes de formation ou de sensibilisation sur ce sujet, qui revenait comme « méconnu », avec une recherche de conduite à tenir claire. Une remarque concernait une intervention sur le TDPM au Collège des Gynécologies du Nord en automne 2026 et une autre pointait une faible sensibilisation aux pathologies psychiatrique dans le cursus de gynécologie.

IV. DISCUSSION

1. Analyse des résultats

La majorité de la population ayant répondu à l'enquête rapportait connaitre le TDPM et ce malgré le peu de formation ou d'interventions évoquées par celle-ci.

Tout au long de l'étude, les statistiques restent homogènes entre les différentes professions hormis pour le groupe « sages-femmes », qui est celui qui rapporte le moins connaître ce trouble et également le moins d'interventions sur le TDPM, ainsi qu'un taux de réponses correctes le plus bas. Les sages-femmes apparaissent comme les sujets les moins formés, celles qui rencontrent le moins de patientes ayant ce diagnostic, ne le dépistant presque pas et le posant extrêmement peu, bien que cette question puisse porter à confusion car elles n'y sont pas habilitées, alors qu'elles représentent une des premières lignes de la santé des femmes. Le besoin de formation parait évident, en accord avec un intérêt pour ce sujet qui semble majeur.

Cependant la formation ne semble pas expliquer à elle seule les connaissances théoriques, en effet le taux d'interventions sur le TDPM reste faible dans tous les groupes, avec néanmoins des taux de réponses correctes plutôt performants. Le pourcentage d'interventions rapportées n'est d'ailleurs pas toujours corrélé au taux de réponses correctes. Par exemple le pourcentage d'interventions rapportées par le groupe « internes en psychiatrie » était similaire au groupe « sages-femmes », mais le pourcentage de sujets connaissant le trouble et le taux de réponses correctes du groupe « internes en psychiatrie » étaient supérieurs à ceux du groupe « sages-femmes ». Par ailleurs, on retrouvait un pourcentage d'interventions sur le TDPM rapportées par le groupe « gynécologues » deux fois supérieur à celui du groupe « internes en psychiatrie », mais un pourcentage de sujets déclarant connaître le TDPM inférieur et un taux de réponses correctes similaire au groupe « internes en psychiatrie ».

Le groupe « internes en gynécologie » semble être le groupe qui a reçu le plus d'interventions, même si ce pourcentage restait faible, avec une formation décrite semblant insuffisante, puisqu'il rapportait un cours bref en DES de gynécologie médicale ou un cours lors de l'externat. Il avait également le meilleur taux de réponses correctes. Cependant le pourcentage qui déclarait avoir pour habitude de rechercher ce diagnostic chez leurs patientes était le plus faible. Il semble donc que la formation ou les connaissances sur le sujet ne seraient pas corrélés à l'habitude de dépistage.

Concernant les connaissances des sujets ayant répondus au questionnaire, les réponses étaient globalement correctes. On note que plus d'un tiers de la population globale pense que ce trouble n'est pas encore reconnu par le DSM-V, et dans le groupe « sages-femmes », c'est presque deux tiers. Les principes du TDPM étaient plutôt bien discernés : la majorité de la population globale pensait qu'il ne s'agissait pas d'une pathologie rare, que sa physiopathologie n'était pas bien identifiée, que la symptomatologie varie en fonction du cycle, que sa prise en charge n'est pas bien codifiée et qu'il représente un facteur de risque de complication au cours de la grossesse et du post-partum.

On remarquait plusieurs différences entre les professions psychiatriques (groupes « internes en psychiatrie » et « psychiatres ») et les professions gynécologiques (groupes « internes en gynécologie » et « gynécologues »), notamment sur la perception de la pathologie et les prises en charge préférentielles. De façon générale, tous les groupes classaient ce trouble comme étant psychiatrique et gynécologique, sauf les psychiatres dont la majorité pensait qu'il ne s'agissait pas d'un trouble gynécologique. On remarquait que les professions psychiatriques avaient plus tendance à considérer ce trouble comme psychiatrique et les professions gynécologiques comme un trouble gynécologique. Concernant les prises en charge

proposées, les professions psychiatriques mettent ou mettraient à peu de différences autant un traitement médicamenteux antidépresseur qu'un contraceptif, accompagné pour la grande majorité d'une psychothérapie, alors que les professions gynécologiques mettent ou mettraient de manière privilégiée des contraceptifs plutôt qu'un antidépresseur et ont moyennement recours à la psychothérapie.

Concernant les recommandations officielles, le manque de documentations claires est soulevé à plusieurs reprises et celles existantes (ACOG, RCOG, ISPMD) ne semblent que partiellement suivies. La supplémentation vitaminique est peu proposée alors qu'elle figure en première ligne des recommandations du RCOG pour la vitamine B6, et dans les suggestions de l'ACOG pour le calcium. On remarque également que la psychothérapie, recommandée en première ligne par le RCOG et suggérée par l'ACOG et l'ISPMD, est amplement proposée par les professions psychiatriques et moins par les professions gynécologiques. Les trois organismes proposant des recommandations préconisent en première ligne médicamenteuse un antidépresseur, ce qui semble peu appliqué par les groupes « gynécologues » et « internes en gynécologie », qui privilégient largement le contraceptif, celui-ci étant plutôt recommandé en seconde ligne. En ce qui concerne les règles d'hygiène de vie, elles sont rappelées par toutes les professions bien qu'elles aient une très faible place dans les recommandations, seul l'exercice physique est cité par l'ACOG et le RCOG, elles semblent pourtant essentielles pour ses bénéfices reconnus dans la majorité des pathologies psychiatriques et non psychiatriques et son faible risque pour le patient.

La grande majorité de la population ayant participé à l'enquête pense que la prise en charge est pluridisciplinaire, mais seulement un peu plus de la moitié de la population globale adresserait une patiente atteinte de TDPM à un confrère psychiatre ou gynécologue. Ceci mettant en lumière une difficulté à collaborer entre les spécialités

médicales, pour un trouble se situant pourtant à la frontière entre psychiatrie et gynécologie. On notait également une difficulté à sortir de son champ de compétence, notamment dans la prescription des thérapeutiques plus « exceptionnelles », soit les contraceptifs chez les psychiatres et les antidépresseurs chez les gynécologues, comme le souligne une interne en gynécologie.

La création de recommandations officielles à l'échelle nationale, ou la diffusion des recommandations internationales existantes, permettraient d'uniformiser les pratiques autour de ce trouble.

La grande majorité de la population globale déclarait ne pas avoir pour habitude de rechercher ce diagnostic, alors que les éléments pouvant le faire évoquer étaient majoritairement pertinents, avec des connaissances correctes sur le trouble. Ceci ne semble donc pas découler d'une méconnaissance du trouble ou de faibles capacités à le reconnaître. Ce manquement au dépistage pourrait avoir comme conséquence un sous-diagnostic, avec la moitié des sujets de la population globale qui pensait être passé à côté du diagnostic chez l'une de leurs patientes, et jusqu'à trois quarts des psychiatres.

On remarquait que le classement des professions qui diagnostiquaient le trouble correspondait au classement des professions qui avaient pour habitude de le rechercher, donc de le dépister : avec en tête les gynécologues, puis les psychiatres, puis les internes en psychiatrie, et pour finir les internes en gynécologie. Mais on ne retrouvait pas cette corrélation entre formation et dépistage.

En majorité, les personnes ayant répondu à l'enquête déclaraient porter un intérêt quant au TDPM. Les remarques de fin de questionnaire soulevaient une demande de formation et soulignaient de nouveau un intérêt pour ce sujet.

Actuellement, il semblerait que de plus en plus d'interventions seraient organisées, on peut notamment citer un cours supplémentaire dans le cursus du DES de psychiatrie à Lille abordant la santé mentale chez la femme et une intervention prévue lors d'une rencontre du Collège des gynécologues du Nord en 2026, ce qui répondrait à la demande formulée au cours de cette enquête.

Pour finir, certaines réponses à ce questionnaire ne sont pas sans rappeler la stigmatisation dont a souffert le TDPM, voire la discipline psychiatrique en général. Il semblerait que les professions non psychiatriques présentent une réticence à la prescription d'antidépresseur ou même à catégoriser ce trouble comme psychiatrique, alors qu'il est reconnu par une grande majorité de cette même population comme un trouble de l'humeur. On retrouve également à plusieurs reprises la notion de « non-pathologique » pour décrire le TDPM, alors que celui-ci répond à la définition de la pathologie puisqu'il entraîne une souffrance ou un dysfonctionnement significatif chez les sujets atteints. Toutes ces notions apparaissent dans l'introduction et font partie de l'histoire de ce trouble, montrant que les idées reçues sont encore bien répandues, même au sein du domaine médical. On peut également retrouver une forme de division entre psychiatrie et gynécologie qui a également était au cœur des débats autour de l'admission du TDPM dans le DSM, notamment un questionnement sur la place de la physiopathologie dans la catégorisation des troubles dans les différentes spécialités médicales, la nature psychiatrique ou gynécologique du trouble réside-t-elle dans sa présentation symptomatologique ou dans son hypothèse physiopathologique ? Un trouble psychiatrique ayant une physiopathologie impliquant des hormones plutôt gynécologiques, reste-il du domaine de la psychiatrie ? Qu'en est-il aujourd'hui de la prise en charge multidisciplinaire et de la collaboration entre les différentes spécialités médicales et notamment les spécialités somatiques et psychiatriques ?

2. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces, la principale étant qu'il s'agit, à notre connaissance, de la seule étude faisant un état des lieux des connaissances d'une population confrontée au trouble dysphorique prémenstruel. Cette étude a permis une réflexion sur l'état actuel de la prise en soin de ces patientes et les solutions possibles qui permettraient de l'améliorer. Elle permet également de mettre en avant et de soulever l'intérêt autour d'un trouble trop peu évoqué dans le domaine médical.

Le questionnaire ayant permis cette étude a été diffusé dans une zone géographique vaste et variée, comprenant des centres hospitaliers plus ou moins denses, avec des centres hospitaliers universitaires comme le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille ou d'Amiens, des centres de référence en gynécologie et psychiatrie comme le CHU de Lille mais aussi des centres hospitaliers plus ruraux. Ceci a permis une vision globale du TDPM et a limité le biais de recrutement.

Cette étude comporte également plusieurs limites. Nous pouvons évoquer le biais de sélection, notamment d'auto-sélection par le fait que les répondants ont été recruté par volontariat, il se pourrait donc que les sujets moins intéressés ou ne connaissant pas le trouble aient moins participé. On note également une disparité entre les différentes professions, notamment on compte moitié moins de gynécologues et internes en gynécologues que de psychiatres et internes en psychiatrie, ceci a été contrôlé par l'analyse des réponses profession par profession, en plus de l'analyse de la population globale. Cette forme d'auto-questionnaire n'a pas permis de vérifier les informations déclarées par les sujets ayant répondues, notamment dans l'analyse de la population.

On rapporte également des risques de biais de classement. En effet, l'item numéro 11 de la question évaluant sur les connaissances de la population quant au TDPM portait à confusion dans sa formulation. Nous avons donc choisi de la retirer du calcul du taux de réponses correctes. Le questionnaire ne distingue pas les différents contraceptifs disponibles ou les différents schémas de prise possible, nous avons pourtant vu dans l'introduction que tous ne sont pas efficaces dans la prise en charge du TDPM. Certaines questions interrogeaient les sujets sur la prescription et le diagnostic, or les sages-femmes n'y sont pas toujours habilitées, ceci a été corrigé par l'analyse profession par profession. Cette enquête comportait des questions sur des expériences passées pouvant entraîner un biais de mémorisation.

Enfin, ce questionnaire ne différenciait pas les gynécologues médicaux des gynécologues obstétriciens, ce qui peut entraîner un biais d'interprétation des résultats, notamment car leurs formations ne sont pas les mêmes, ainsi que les patientèles et pathologies rencontrées.

V. CONCLUSION

Le trouble dysphorique prémenstruel est un trouble de l'humeur se manifestant avec une rythmicité suivant le cycle menstruel, dans la phase lutéale. Se plaçant à la frontière entre psychiatrie et gynécologie, il est généralement pris en charge par ces deux spécialités. Ce trouble a longtemps subi les conséquences de la stigmatisation de la femme et de la discipline psychiatrique, mais il a fini par trouver sa place au sein des classifications officielles des maladies. Et depuis quelques années il fait l'objet d'un intérêt populaire et scientifique, avec une ouverture de la parole et la multiplication des études médicales sur le sujet. Si ce trouble est reconnu par de grands organismes

tel que l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), il existe actuellement peu de recommandations concernant la prise en charge.

Cette enquête a été construite dans l'intention d'évaluer les connaissances actuelles des professionnels de santé confrontés au trouble, dans les Hauts-de-France, mais également à des fins de réflexion sur des pistes d'amélioration à la fois concernant la formation et la prise en charge actuellement proposée.

Alors que nous supposions des connaissances limitées sur le TDPM, nous avons été surpris par des taux de réponses correctes performants. Cependant, ceci ne semble pas encourager à poser le diagnostic et les prises en charges proposées ne respectent pas les recommandations et restent hétérogènes entre les deux spécialités médicales. Cette enquête impliquait également les sages-femmes, représentant la première ligne de la santé de la femme, pour lesquelles les résultats étaient moins conformes, avec au final peu de connaissances sur le sujet et très peu de stratégie d'évaluation chez leurs patientes.

Cette enquête a permis de ressortir un chainon manquant entre la formation théorique qui est très faible mais n'entrave pas les connaissances de la population globale de l'étude, et la réalité de la pratique, avec très peu de dépistage, peu de diagnostics posés et une prise en charge ne répondant pas toujours aux recommandations, qui sont inexistantes sur le plan national, et mal relayées pour les quelques-unes développées par d'autres organismes. Ceci pourrait être le résultat d'un manque de confiance dans les connaissances des praticiens ou d'un manque de ressources concrètes, ne motivant les praticiens à rechercher et poser ce diagnostic.

Ces résultats ne concernent que les Hauts-de-France, région où l'étude a été menée, et des recherches complémentaires devraient être menées afin de généraliser ou non nos conclusions.

Afin de répondre à cette problématique il pourrait être intéressant de proposer une procédure diagnostique et de prise en charge à l'attention des professionnels de santé confrontés au TDPM chez leurs patientes, afin d'inciter à la reconnaissance diagnostic et à la bonne prise en charge de ce trouble. Ceci pourrait être le sujet d'un travail prochain et permettrait également de répondre partiellement aux demandes qui ont pu être relevées au cours de cette étude, notamment de formation et de diffusion de recommandations claires de prise en charge.

Pour conclure, cette étude montre les conséquences d'une carence de formation des professionnels de santé sur le TDPM et de recommandations nationales sur sa prise en soin ainsi que l'intérêt de poursuivre les recherches sur un trouble trop peu dépisté.

Bibliographie

1. Merchant JM, Vidal C. Genre et Santé: un enjeu de santé publique. HAL Open Sci. 2019.

2. Figert AE. Women and the ownership of PMS: the structuring of a psychiatric disorder. New York: Aldine De Gruyter; 1996. 191 p. (Social problems and social issues).

3. Piccand L. Du syndrome prémenstruel au trouble dysphorique prémenstruel. Une reconfiguration des représentations sur la vulnérabilité des femmes. Genre Tech. 2012;141-51.

4. Stolberg M. The monthly malady: A history of premenstrual suffering. Med Hist. juill 2000;44(3):301-22. doi:10.1017/S0025727300066722

5. Frank RT. The Hormonal Causes of Premenstrual Tension. J Ment Sci. nov 1931;78(322):730-1. doi:10.1192/bjp.78.322.730-b

6. Greene R, Dalton K. The Premenstrual Syndrome. Br Med J. 1953;1(4818):1007-14.

7. Rivera-Tovar AD, Pilkonis P, Frank E. Symptom patterns in late luteal-phase dysphoric disorder. J Psychopathol Behav Assess. juin 1992;14(2):189-99. doi:10.1007/BF00965174

8. Hantsoo L, Epperson CN. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. Curr Psychiatry Rep. nov 2015;17(11):87. doi:10.1007/s11920-015-0628-3

9. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

10. Marais-Thomas H, Chapelle F, De Vaux-Boitouzet V, Bouvet C. Trouble dysphorique prémenstruel : prises en charge médicamenteuses et psychothérapeutiques, une revue de littérature. L'Encéphale. avr 2024;50(2):211-32. doi:10.1016/j.encep.2023.08.007

11. Maharaj S, Trevino K. A Comprehensive Review of Treatment Options for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. J Psychiatr Pract. sept 2015;21(5):334-50. doi:10.1097/PRA.0000000000000099

12. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. Psychol Med. 2002. doi:10.1017/s0033291701004925

13. Yonkers KA, Simoni MK. Premenstrual disorders. Am J Obstet Gynecol. janv 2018;218(1):68-74. doi:10.1016/j.ajog.2017.05.045

14. Hugin-Flores M, Steimer T. Physiopathologie du trouble dysphorique prémenstruel. Rev Médicale Suisse. 2002;2(2387):733-6. doi:10.53738/REVMED.2002.-2.2387.0733

15. Rubinow DR, Schmidt PJ. The Neuroendocrinology of Menstrual Cycle Mood Disorders. Ann N Y Acad Sci. déc 1995;771(1):648-59. doi:10.1111/j.1749-6632.1995.tb44717.x

16. Wunder-Galié D. Prämenstruelles Syndrom bei Adoleszentinnen. Ars Medici. 2010;27-30.

17. Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Management Strategies for Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder. Ann Pharmacother. juill 2008;42(7-8):967-78. doi:10.1345/aph.1K673

18. Bianchi-Demicheli F, Lüdicke F, Lucas H, Chardonnens D. Premenstrual dysphoric disorder: current status of treatment. Swiss Med Wkly. 5 oct 2002;132(3940):574-8. doi:10.4414/smw.2002.10055

19. Altshuler LL, Cohen LS, Moline ML, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP, et al. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of depression in women. Postgrad Med. mars 2001;(Spec No):1-107. PubMed PMID: 11500997.

20. Dimmock PW, Wyatt KM, Jones PW, O'Brien PS. Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. The Lancet. sept 2000;356(9236):1131-6. doi:10.1016/S0140-6736(00)02754-9

21. Guidotti A, Costa E. Can the Antidysphoric and Anxiolytic Profiles of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors Be Related to Their Ability to Increase Brain 3a, 5a- Tetrahydroprogesterone (Allopregnanolone) Availability?

22. Griffin LD, Mellon SH. Selective serotonin reuptake inhibitors directly alter activity of neurosteroidogenic enzymes. Proc Natl Acad Sci. 9 nov 1999;96(23):13512-7. doi:10.1073/pnas.96.23.13512

23. Schüle C, Nothdurfter C, Rupprecht R. The role of allopregnanolone in depression and anxiety. Prog Neurobiol. févr 2014;113:79-87. doi:10.1016/j.pneurobio.2013.09.003

24. Bixo M, Allard P, Bäckström T, Mjörndal T, Nyberg S, Spigset O, et al. Binding of [3H]paroxetine to serotonin uptake sites and of [3H]lysergic acid diethylamide to 5-HT2A receptors in platelets from women with premenstrual dysphoric disorder during gonadotropin releasing hormone treatment. Psychoneuroendocrinology. août 2001;26(6):551-64. doi:10.1016/S0306-4530(01)00010-5

25. Romeo E, Ströhle A, Spalletta G, Michele FD, Hermann B, Holsboer F, et al. Effects of Antidepressant Treatment on Neuroactive Steroids in Major Depression. Am J Psychiatry. 1 juill 1998;155(7):910-3. doi:10.1176/ajp.155.7.910

26. Uzunova V, Sheline Y, Davis JM, Rasmusson A, Uzunov DP, Costa E, et al. Increase in the cerebrospinal fluid content of neurosteroids in patients with unipolar major depression who are receiving fluoxetine or fluvoxamine. Proc Natl Acad Sci. 17 mars 1998;95(6):3239-44. doi:10.1073/pnas.95.6.3239

27. Bäckström T, Haage D, Löfgren M, Johansson IM, Strömberg J, Nyberg S, et al. Paradoxical effects of GABA-A modulators may explain sex steroid induced negative mood symptoms in some persons. Neuroscience. sept 2011;191:46-54. doi:10.1016/j.neuroscience.2011.03.061

28. Smith SS, Ruderman Y, Frye C, Homanics G, Yuan M. Steroid withdrawal in the mouse results in anxiogenic effects of 3α,5β-THP: a possible model of premenstrual dysphoric disorder. Psychopharmacology (Berl). juin 2006;186(3):323-33. doi:10.1007/s00213-005-0168-3

29. Li Y, Pehrson AL, Budac DP, Sánchez C, Gulinello M. A rodent model of premenstrual dysphoria: Progesterone withdrawal induces depression-like behavior that is differentially sensitive to classes of antidepressants. Behav Brain Res. oct 2012;234(2):238-47. doi:10.1016/j.bbr.2012.06.034

30. Schneider T, Popik P. An Animal Model of Premenstrual Dysphoric Disorder Sensitive to Antidepressants. Curr Protoc Neurosci. janv 2009;46(1). doi:10.1002/0471142301.ns0931s46

31. Girdler SS, Straneva PA, Light KC, Pedersen CA, Morrow AL. Allopregnanolone levels and reactivity to mental stress in premenstrual dysphoric disorder. Biol Psychiatry. mai 2001;49(9):788-97. doi:10.1016/S0006-3223(00)01044-1

32. Sundströ I, Nyberg S, Bäckström T. Patients with Premenstrual Syndrome Have Reduced Sensitivity to Midazolam Compared to Control Subjects. Neuropsychopharmacology. déc 1997;17(6):370-81. doi:10.1016/S0893-133X(97)00086-9

33. Shanmugan S, Epperson CN. Estrogen and the prefrontal cortex: Towards a new understanding of estrogen's effects on executive functions in the menopause transition. Hum Brain Mapp. mars 2014;35(3):847-65. doi:10.1002/hbm.22218

34. Kugaya A, Epperson CN, Zoghbi S, Van Dyck CH, Hou Y, Fujita M, et al. Increase in Prefrontal Cortex Serotonin$_{2A}$ Receptors Following Estrogen Treatment in Postmenopausal Women. Am J Psychiatry. 1 août 2003;160(8):1522-4. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1522

35. Fink G, Sumner BE, McQueen JK, Wilson H, Rosie R. SEX STEROID CONTROL OF MOOD, MENTAL STATE AND MEMORY. Clin Exp Pharmacol Physiol. oct 1998;25(10):764-75. doi:10.1111/j.1440-1681.1998.tb02151.x

36. McQueen JK, Wilson H, Fink G. Estradiol-17β increase serotonin transporter (SERT) mRNA levels and the density of SERT-binding sites in female rat brain. Mol Brain Res. avr 1997;45(1):13-23. doi:10.1016/S0169-328X(96)00233-1

37. Bertrand PP, Paranavitane UT, Chavez C, Gogos A, Jones M, Van Den Buuse M. The effect of low estrogen state on serotonin transporter function in mouse hippocampus: A behavioral and electrochemical study. Brain Res. déc 2005;1064(1-2):10-20. doi:10.1016/j.brainres.2005.10.018

38. Aguirre CC, Baudry M. Progesterone reverses 17β-estradiol-mediated neuroprotection and BDNF induction in cultured hippocampal slices. Eur J Neurosci. févr 2009;29(3):447-54. doi:10.1111/j.1460-9568.2008.06591.x

39. Bimonte-Nelson HA, Nelson ME, Granholm ACE. Progesterone counteracts estrogen-induced increases in neurotrophins in the aged female rat brain: NeuroReport. déc 2004;15(17):2659-63. doi:10.1097/00001756-200412030-00021

40. Carbone DL, Handa RJ. Sex and stress hormone influences on the expression and activity of brain-derived neurotrophic factor. Neuroscience. juin 2013;239:295-303. doi:10.1016/j.neuroscience.2012.10.073

41. Pilar-Cuéllar F, Vidal R, Pazos A. Subchronic treatment with fluoxetine and ketanserin increases hippocampal brain-derived neurotrophic factor, β-catenin and antidepressant-like effects. Br J Pharmacol. 2 févr 2012;165(4b):1046-57. doi:10.1111/j.1476-5381.2011.01516.x

42. Deuschle M, Gilles M, Scharnholz B, Lederbogen F, Lang U, Hellweg R. Changes of Serum Concentrations of Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) during Treatment with Venlafaxine and Mirtazapine: Role of Medication and Response to Treatment. Pharmacopsychiatry. 7 sept 2012;46(02):54-8. doi:10.1055/s-0032-1321908

43. Gray JD, Milner TA, McEwen BS. Dynamic plasticity: The role of glucocorticoids, brain-derived neurotrophic factor and other trophic factors. Neuroscience. juin 2013;239:214-27. doi:10.1016/j.neuroscience.2012.08.034

44. Oral E, Kirkan TS, Yildirim A, Kotan Z, Cansever Z, Ozcan H, et al. Serum brain-derived neurotrophic factor differences between the luteal and follicular phases in premenstrual dysphoric disorder. Gen Hosp Psychiatry. mai 2015;37(3):266-72. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.03.001

45. Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: Effects on premenstrual and menstrual symptoms. Am J Obstet Gynecol. août 1998;179(2):444-52. doi:10.1016/S0002-9378(98)70377-1

46. Braverman PK. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. J Pediatr Adolesc Gynecol. févr 2007;20(1):3-12. doi:10.1016/j.jpag.2006.10.007

47. Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. Arch Womens Ment Health. 15 janv 2006;9(1):41-9. doi:10.1007/s00737-005-0103-y

48. Eisenlohr-Moul TA, Girdler SS, Schmalenberger KM, Dawson DN, Surana P, Johnson JL, et al. Toward the Reliable Diagnosis of DSM-5 Premenstrual Dysphoric Disorder: The Carolina Premenstrual Assessment Scoring System (C-PASS). Am J Psychiatry. 1 janv 2017;174(1):51-9. doi:10.1176/appi.ajp.2016.15121510

49. Kraemer WJ, Volek JS, Bush JA, Putukian M, Sebastianelli WJ. Hormonal responses to consecutive days of heavy-resistance exercise with or without nutritional supplementation. J Appl Physiol. 1 oct 1998;85(4):1544-55. doi:10.1152/jappl.1998.85.4.1544

50. Kaur G, Gonsalves L, Thacker HL. Premenstrual dysphoric disorder: a review for the treating practitioner. Cleve Clin J Med. 1 avr 2004;71(4):303-5. doi:10.3949/ccjm.71.4.303

51. Haenggi-Bally D. Le syndrome prémenstruel. Forum Méd Suisse. 2007;(7).

52. Tiranini L, Nappi RE. Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. Fac Rev. 28 avr 2022;11. doi:10.12703/r/11-11

53. Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. BJOG Int J Obstet Gynaecol. févr 2017;124(3). doi:10.1111/1471-0528.14260

54. Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. J Psychosom Obstet Gynecol. mars 2005;26(1):33-9. doi:10.1080/01443610400023049

55. Deuster PA. Biological, Social, and Behavioral Factors Associated With Premenstrual Syndrome. Arch Fam Med. 1 mars 1999;8(2):122-8. doi:10.1001/archfami.8.2.122

56. De Carvalho AB, Cardoso TDA, Mondin TC, Da Silva RA, Souza LDDM, Magalhães PVDS, et al. Prevalence and factors associated with Premenstrual Dysphoric Disorder: A community sample of young adult women. Psychiatry Res. oct 2018;268:42-5. doi:10.1016/j.psychres.2018.06.005

57. Del Mar Fernández M, Regueira-Méndez C, Takkouche B. Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. Erbil N, éditeur. PLOS ONE. 6 mars 2019;14(3):e0212557. doi:10.1371/journal.pone.0212557

58. Management of Premenstrual Disorders: ACOG Clinical Practice Guideline No. 7. Obstet Gynecol. déc 2023;142(6):1516-33. doi:10.1097/AOG.0000000000005426

59. Stoddard JL, Dent CW, Shames L, Bernstein L. Exercise training effects on premenstrual distress and ovarian steroid hormones. Eur J Appl Physiol. 20 nov 2006;99(1):27-37. doi:10.1007/s00421-006-0313-7

60. Okey R, Stewart JM, Greenwood ML. STUDIES OF THE METABOLISM OF WOMEN. J Biol Chem. mai 1930;87(1):91-102. doi:10.1016/S0021-9258(18)76894-4

61. Sherwood RA, Rocks BF, Stewart A, Saxton RS. Magnesium and the Premenstrual Syndrome. Ann Clin Biochem Int J Lab Med. nov 1986;23(6):667-70. doi:10.1177/000456328602300607

62. Posaci C, Erten O, Üren A, Acar B. Plasma copper, zinc and magnesium levels in patients with premenstrual tension syndrome. Acta Obstet Gynecol Scand. juill 1994;73(6):452-5. doi:10.3109/00016349409013429

63. London RS, Murphy L, Kitlowski KE, Reynolds MA. Efficacy of alpha-tocopherol in the treatment of the premenstrual syndrome. J Reprod Med. juin 1987;32(6):400-4. PubMed PMID: 3302248.

64. Busse JW, Montori VM, Krasnik C, Patelis-Siotis I, Guyatt GH. Psychological Intervention for Premenstrual Syndrome: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Psychother Psychosom. 2009;78(1):6-15. doi:10.1159/000162296

65. Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. J Psychosom Obstet Gynecol. janv 2002;23(3):193-9. doi:10.3109/01674820209074672

66. Weise C, Kaiser G, Janda C, Kues JN, Andersson G, Strahler J, et al. Internet-Based Cognitive-Behavioural Intervention for Women with Premenstrual Dysphoric Disorder: A Randomized Controlled Trial. Psychother Psychosom. 2019;88(1):16-29. doi:10.1159/000496237

67. Bluth K, Gaylord S, Nguyen K, Bunevicius A, Girdler S. Mindfulness-Based Stress Reduction as a Promising Intervention for Amelioration of Premenstrual Dysphoric Disorder Symptoms. Mindfulness. déc 2015;6(6):1292-302. doi:10.1007/s12671-015-0397-4

68. Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W. Cognitive-Behavioral and Pharmacological Interventions for Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder: A Meta-Analysis. J Clin Psychol Med Settings. sept 2012;19(3):308-19. doi:10.1007/s10880-012-9299-y

69. Kelderhouse K, Taylor JS. A Review of Treatment and Management Modalities for Premenstrual Dysphoric Disorder. Nurs Womens Health. août 2013;17(4):294-305. doi:10.1111/1751-486X.12048

70. Reid RL, Soares CN. Premenstrual Dysphoric Disorder: Contemporary Diagnosis and Management. J Obstet Gynaecol Can. févr 2018;40(2):215-23. doi:10.1016/j.jogc.2017.05.018

71. Lete I, Lapuente O. Contraceptive options for women with premenstrual dysphoric disorder: current insights and a narrative review. Open Access J Contracept. août 2016;Volume 7:117-25. doi:10.2147/OAJC.S97013

72. Sepede G, Sarchione F, Matarazzo I, Di Giannantonio M, Salerno RM. Premenstrual Dysphoric Disorder Without Comorbid Psychiatric Conditions: A Systematic Review of Therapeutic Options. Clin Neuropharmacol. sept 2016;39(5):241-61. doi:10.1097/WNF.0000000000000173

73. Steinberg EM, Cardoso GMP, Martinez PE, Rubinow DR, Schmidt PJ. RAPID RESPONSE TO FLUOXETINE IN WOMEN WITH PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER: Research Article: SRIs in PMDD. Depress Anxiety. juin 2012;29(6):531-40. doi:10.1002/da.21959

74. Sepede G, Martinotti G, Gambi F, Salerno RM, Di Giannantonio M. Lamotrigine Augmentation in Premenstrual Dysphoric Disorder: A Case Report. Clin Neuropharmacol. janv 2013;36(1):31-3. doi:10.1097/WNF.0b013e318279ee1f

75. Carlini SV, Deligiannidis KM. Evidence-Based Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Concise Review. J Clin Psychiatry. 4 févr 2020;81(2). doi:10.4088/JCP.19ac13071

76. Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: An update. Gen Hosp Psychiatry. 1 juill 1996;18(4):244-50. doi:10.1016/0163-8343(96)00044-8

77. Steiner M, Pearlstein T. Premenstrual dysphoria and the serotonin system: pathophysiology and treatment. J Clin Psychiatry. 2000;61 Suppl 12:17-21. PubMed PMID: 11041380.

78. Yonkers KA, Kornstein SG, Gueorguieva R, Merry B, Van Steenburgh K, Altemus M. Symptom-Onset Dosing of Sertraline for the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 1 oct 2015;72(10):1037. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1472

79. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 7 juin 2013. doi:10.1002/14651858.CD001396.pub3

80. Marr J, Heinemann K, Kunz M, Rapkin A. Ethinyl estradiol 20 µg/drospirenone 3 mg 24/4 oral contraceptive for the treatment of functional impairment in women with premenstrual dysphoric disorder. Int J Gynecol Obstet. mai 2011;113(2):103-7. doi:10.1016/j.ijgo.2010.10.029

81. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson-Landers C, Rapkin A. Efficacy of a New Low-Dose Oral Contraceptive With Drospirenone in Premenstrual Dysphoric Disorder.

82. Marr J, Niknian M, Shulman LP, Lynen R. Premenstrual dysphoric disorder symptom cluster improvement by cycle with the combined oral contraceptive ethinylestradiol 20 mcg plus drospirenone 3 mg administered in a 24/4 regimen. Contraception. juill 2011;84(1):81-6. doi:10.1016/j.contraception.2010.10.010

83. Ma S, Song SJ. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 23 juin 2023;2023(6). doi:10.1002/14651858.CD006586.pub5

84. Freeman EW, Rapkin AJ, Kroll R. Evaluation of a Unique Oral Contraceptive in the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. J Womens Health Gend Based Med. 2001;10(6):537-56. doi:10.2217/WHE.13.62

85. Halbreich U, Freeman EW, Rapkin AJ, Cohen LS, Grubb GS, Bergeron R, et al. Continuous oral levonorgestrel/ethinyl estradiol for treating premenstrual dysphoric disorder. Contraception. janv 2012;85(1):19-27. doi:10.1016/j.contraception.2011.05.008

86. Reid RL. When should surgical treatment be considered for premenstrual dysphoric disorder? Menopause Int. juin 2012;18(2):77-81. doi:10.1258/mi.2012.012009

87. Comasco E, Kopp Kallner H, Bixo M, Hirschberg AL, Nyback S, De Grauw H, et al. Ulipristal Acetate for Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Proof-of-Concept Randomized Controlled Trial. Am J Psychiatry. 1 mars 2021;178(3):256-65. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20030286

88. Bixo M, Ekberg K, Poromaa IS, Hirschberg AL, Jonasson AF, Andréen L, et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with the GABAA receptor modulating steroid antagonist Sepranolone (UC1010)—A randomized controlled trial. Psychoneuroendocrinology. juin 2017;80:46-55. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.02.031

89. Carlomagno G, Unfer V, Buffo S, D'Ambrosio F. Myo-inositol in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. Hum Psychopharmacol Clin Exp. oct 2011;26(7):526-30. doi:10.1002/hup.1241

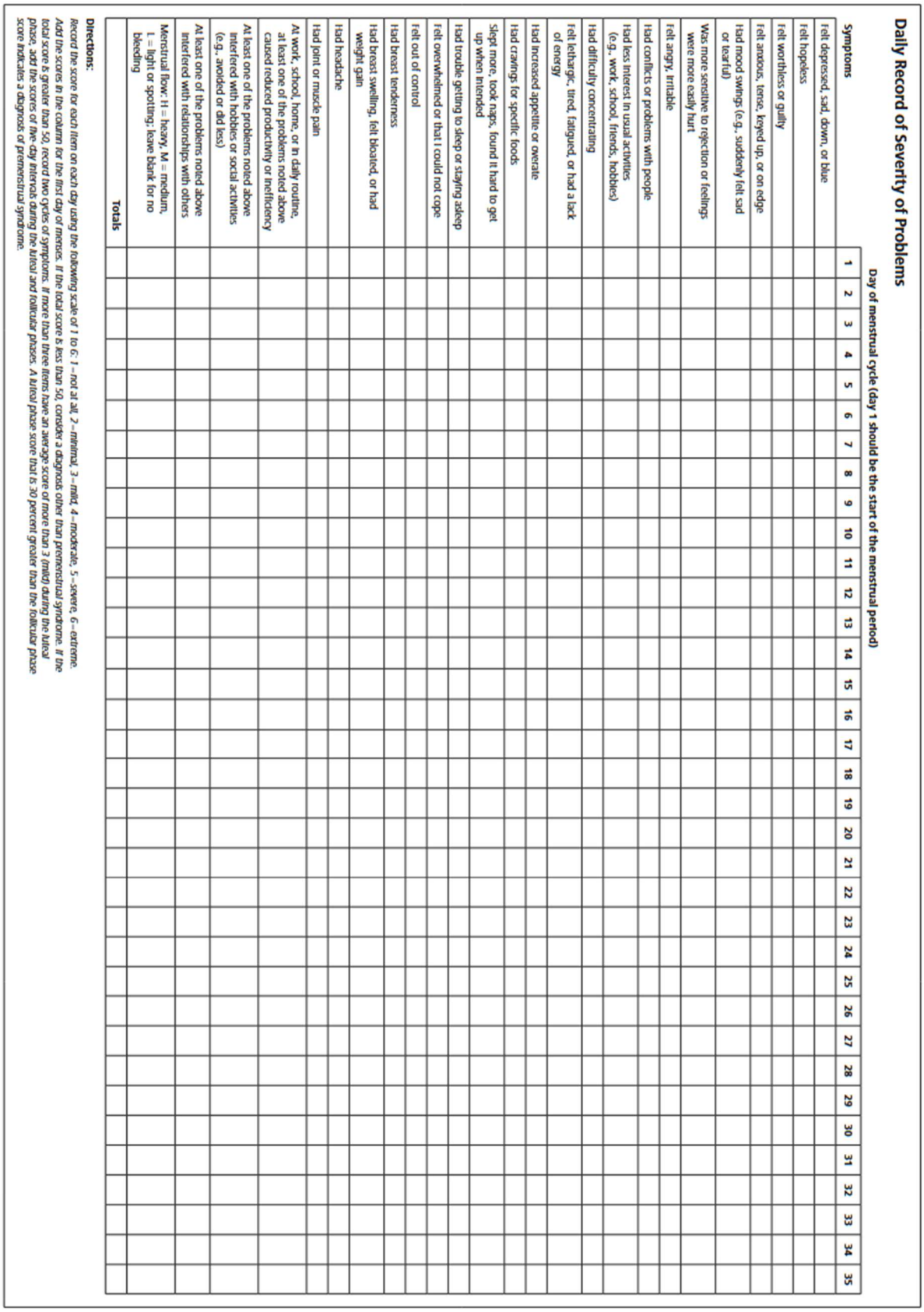
90. Ismaili E, Walsh S, O'Brien PMS, Et. A. Fourth consensus of the International Society for Premenstrual Disorders (ISPMD): auditable standards for diagnosis and management of premenstrual disorder. Arch Womens Ment Health. 2016. doi:10.1007/s00737-016-0631-7

91. Campagne DM, Campagne G. The premenstrual syndrome revisited. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. janv 2007;130(1):4-17. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.06.020

92. Bosman RC, Jung SE, Miloserdov K, Schoevers RA, Aan Het Rot M. Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: A review. J Affect Disord. janv 2016;189:43-53. doi:10.1016/j.jad.2015.08.063

Annexes

Annexe n°1 : Grille Daily Record of Severity of Problems (DRSP) :



Daily Record of Severity of Problems

Symptoms	Day of menstrual cycle (day 1 should be the start of the menstrual period)																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Felt depressed, sad, down, or blue																																			
Felt hopeless																																			
Felt worthless or guilty																																			
Felt anxious, tense, keyed up, or on edge																																			
Had mood swings (e.g., suddenly felt sad or tearful)																																			
Was more sensitive to rejection or feelings were more easily hurt																																			
Felt angry, irritable																																			
Had conflicts or problems with people																																			
Had less interest in usual activities (e.g., work, school, friends, hobbies)																																			
Had difficulty concentrating																																			
Felt lethargic, tired, fatigued, or had a lack of energy																																			
Had increased appetite or overate																																			
Had cravings for specific foods																																			
Slept more, took naps, found it hard to get up when intended																																			
Had trouble getting to sleep or staying asleep																																			
Felt overwhelmed or that I could not cope																																			
Felt out of control																																			
Had breast tenderness																																			
Had breast swelling, felt bloated, or had weight gain																																			
Had headache																																			
Had joint or muscle pain																																			
At work, school, home, or in daily routine, at least one of the problems noted above caused reduced productivity or inefficiency																																			
At least one of the problems noted above interfered with hobbies or social activities (e.g., avoided or did less)																																			
At least one of the problems noted above interfered with relationships with others																																			
Menstrual flow: H = heavy, M = medium, L = light or spotting; leave blank for no bleeding																																			
Totals																																			

Directions:

Record the score for each item on each day using the following scale of 1 to 6: 1 – not at all, 2 – minimal, 3 – mild, 4 – moderate, 5 – severe, 6 – extreme.

Add the scores in the column for the first day of menses. If the total score is less than 50, consider a diagnosis other than premenstrual syndrome. If the total score is greater than 50, record two cycles of symptoms. If more than three items have an average score of more than 3 (mild) during the luteal phase, add the scores of five-day intervals during the luteal and follicular phases. A luteal phase score that is 30 percent greater than the follicular phase score indicates a diagnosis of premenstrual syndrome.

Figure 1. Daily scoring sheet for patients to track symptoms related to premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder.

Adapted with permission from Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. Arch Womens Ment Health. Springer Verlag, Wein. 2006;9(1):41.

Annexe n°2 : Guide d'interprétation du DRSP : « Worksheet for use of DRSP to asses diagnostic criteria for DSM-IV PMDD » :

NAME _____ DATE _____ID#_____

This worksheet is designed to assist a clinician in reviewing daily ratings for a subject whose reports suggest that she will meet criteria for DSM-IV Premenstrual Dysphoric Disorder.

1. During the mid-follicular phase (day 6–10 after onset of menses) does the subject have an average daily symptom rating score greater than 3 (mild) on any of the symptoms, i.e., is there any evidence of an ongoing disorder?

Some clinicians choose to allow increased appetite (8a) for obese patients, or insomnia (9a) for those with good reasons (e.g., infants or ill children), or pain from a physical illness (e.g., 11c and 11d). Note if this is the case for this patient.

_____If has greater than mild symptoms during the mid-follicular phase (and they are not "excused") does not meet criteria - **STOP**

_____If essentially symptom-free or only has "excused symptoms" during the mid-follicular phase, proceed to step 2.

2. During the week prior to menses does the subject have scores of at least 4 (moderate) for at least 2 days on one or more of the items that assess the symptoms of (1) depression, (2) anxiety, (3) affective lability, or (4)anger/irritability?

Depression..... 1a ____, 1b ____, 1c____, _____ _____, If NO, does not meet criteria - **STOP**
Anxiety..... 2 ____, ____, If YES, proceed to step 3.
Lability..... 3a ____, 3b ____,
Anger ..... 4a ____, 4b ____,

3. During the week prior to menses does the subject have scores that reach a level of 4 (moderate) for at least two days on at least FIVE of the symptoms (1a through 11d) listed?

_____ If NO, does not have sufficient symptoms to meet criteria - **STOP**

_____ If YES, has sufficient symptom severity – proceed to step 4.

4. During the week prior to menses does the subject have scores of at least 4 (moderate) for at least 2 days on at least one of the three impairment items?

Work, school, home, daily routine_ _____ If NO, does not meet impairment criteria - **STOP**
Hobbies, social activities _____If YES, meets impairment criteria – proceed to step 5
Relationships with others

5. Does your clinical judgement agree with the assessment of the daily ratings (i.e., does the patient appear to meet criteria for Premenstrual Dysphoric Disorder* during the cycles rated)?

_____If NO, specify reason(s)_____

_____If YES, note if this is the first or second cycle of ratings that have met criteria.

_____ **First Cycle** _____ **Second Cycle**

_____
Name of Clinician

*Under copyright (Developed by Jean Endicott, Ph.D.)

Annexe n°3 : Grille Carolina premenstrual assessment scoring system (C-PASS) :

C-PASS: CYCLE #__

| | CLINICAL SIGNIFICANCE DIMENSIONS | | | | CYCLICITY DIMENSIONS | | | |

Annexe n°4 : Guide d'interprétation du C-PASS :

The Carolina Premenstrual Assessment Scoring System (C-PASS; Eisenlohr-Moul et al., 2016): Instructions for Scoring the Cycle-Level Worksheet

Tory Eisenlohr-Moul, Ph.D.

This worksheet is designed to evaluate whether a given menstrual cycle shows the required symptom pattern to meet DSM-5 PMDD criteria. This is determined based the trajectory of a woman's symptoms (as rated daily on the Daily Record of Severity of Problems or DRSP; Endicott, Harrison, & Nee, 2006) across one "cycle"—defined by the C-PASS as one *perimenstrual phase* (the premenstrual week of one biological menstrual cycle and the postmenstrual week of the next menstrual cycle). Note that this worksheet provides a cycle-level diagnosis; in order to diagnose a woman with MRMD (>=1 affective symptom) or PMDD (>=5 symptoms per cycle, >=1 affective symptom), at least two symptomatic cycles are required. Also note that DRSP items 20 and 22-24 are not included in DSM-5 criteria.
Premenstrual phase: days -7 to -1 where day -1 represents the day prior to menstrual onset
Postmenstrual phase: days 4 to 10 where day 1 represents menstrual onset

Start in the upper left corner and work across to the right by row:

1. ***Absolute severity* of DRSP item in the premenstrual phase:**
   a. Identify the highest rating for this DRSP item in the premenstrual phase
   b. If the rating is >= 4, circle Y; otherwise circle N
2. **Duration of symptom in the premenstrual phase:**
   a. Count the number of days in the premenstrual phase with an item rating >= 4
   b. If there are at least two such days, circle Y; otherwise circle N
3. **Relative symptom change from premenstrual to postmenstrual phase:**
   a. Calculate the premenstrual mean by averaging the item ratings in the premenstrual phase
   b. Calculate the postmenstrual mean by averaging the item ratings in the postmenstrual phase
   c. Calculate the raw cyclical change by subtracting the postmenstrual from the premenstrual mean
   d. Calculate the woman's "range of scale used" by subtracting 1 from the woman's maximum rating across all DRSP responses in *all cycles* (this will be constant within a given woman)
   e. Calculate the percent change relative to the range of scale used by dividing the raw cyclical change (step 3c) by the range of scale used (step 3d) and multiply this number by 100
   f. If this number is bigger than/equal to 30, circle Y; otherwise, circle N
4. **Absolute clearance of symptoms in the postmenstrual phase:**
   a. Identify the highest item rating in the postmenstrual phase
   b. If the rating is <=4, circle Y; otherwise circle N
5. **Does the DRSP item meet criteria in in this cycle?**
   a. If you circled Y in steps 1 to 4, circle Y; otherwise circle N
6. **Does the DSM-5 symptom meet criteria in this cycle?**
   a. If the DSM-5 symptom is represented by multiple DSRP items, circle Y if at least one of the corresponding DRSP items meets criteria (see step 5); otherwise circle N
   b. If the DSM-5 symptom is represented by one DRSP item, circle Y if the corresponding DRSP item meets criteria (see step 5); otherwise circle N
7. **Does a core emotional symptom meet criteria in this cycle?**
   a. If at least one of the DSM-5 core emotional symptoms (Depression, Anxiety, Mood Lability, or Anger/Irritability) meets criteria, circle Y; otherwise circle N

Move down to the lower box labeled "Cycle-level scoring":

8. **Does a core emotional symptom meet criteria this cycle?**
   a. If step 7 shows a circled Y, circle Y; otherwise circle N
9. **Do at least 5 DSM-5 symptoms meet criteria this cycle?**
   a. Count the number of DSM-5 symptoms meeting criteria (see step 6)
   b. If at least five DSM-5 symptoms meet criteria this cycle, circle Y; otherwise circle N
10. **Cycle-level diagnosis**
    a. If step 8 shows a circled N, circle "no cycle diagnosis"
    b. If step 8 shows a circled Y and step 9 shows a circled N, circle "MRMD cycle diagnosis"
    c. If step 8 shows a circled Y and step 9 shows a circled Y, circle "PMDD cycle diagnosis"

Annexe n°5 : Questionnaire sur lequel repose cette étude, adressé aux gynécologues, psychiatres, internes de ces spécialités, sages-femmes, des Hauts de France :

1. Quel est votre genre ?
   - Femme
   - Homme
   - Ne se prononce pas
2. Quel âge avez-vous ?
   - Entre 20 et 24 ans,
   - Entre 25 et 29 ans,
   - Entre 30 et 39 ans,
   - Entre 40 et 65 ans
   - Plus de 65 ans
3. Quelle est votre profession ?
   - Interne en psychiatrie
   - Interne en gynécologie
   - Psychiatre
   - Gynécologue
   - Sage-femme
   - Autres : précisez
4. Connaissez-vous le trouble dysphorique pré-menstruel ?
   - Oui
   - Non
5. Avez-vous déjà eu des cours ou des interventions de sensibilisation sur ce sujet ?
   - Oui
   - Non
6. Quel était le type d'intervention ? Dans quel contexte a-t-elle été donnée ?
7. Pour chaque affirmation, cochez la case correspondante à votre avis, sont-elles vraies ou fausses ?
   - Il s'agit d'une pathologie reconnue dans le DSM 5
   - C'est l'autre nom du syndrome pré-menstruel
   - Il s'agit d'une pathologie psychiatrique
   - Il s'agit d'une pathologie gynécologique
   - Il s'agit d'un trouble de l'humeur
   - Elle est rare (moins de 5 personnes sur 10 000)
   - Sa physiopathologie est bien identifiée
   - Les symptômes varient au cours du cycle menstruel
   - Sa prise en charge est pluridisciplinaire
   - Sa prise en charge est bien codifiée (algorithme de prise en charge)
   - Un traitement médicamenteux est souvent nécessaire
   - Elle est un facteur de risque de complication psychique lors de la grossesse ou dans le post-partum
8. Avez-vous déjà rencontré des patientes ayant ce diagnostic de posé ?
   - Oui
   - Non
9. Comment étaient-elles prises en charge ?
   - Traitement médicamenteux antidépresseur
   - Traitement médicamenteux anxiolytique
   - Traitement médicamenteux antipsychotique
   - Psychothérapie
   - Contraceptif

- Règles d'hygiène de vie
- Supplémentation vitaminique ou autre
- Autre

10. Face à des troubles dépressifs résistants chez les patientes menstruées, avez-vous pour habitude de rechercher ce diagnostic ?
    - Oui
    - Non
11. Quels éléments chez une patiente peuvent vous faire évoquer ce diagnostic ?
12. Avez-vous déjà posé ce diagnostic ?
    - Oui
    - Non
13. Comment prenez-vous ou prendriez-vous en charge ces patientes ?
    - Traitement médicamenteux antidépresseur
    - Traitement médicamenteux anxiolytique
    - Traitement médicamenteux antipsychotique
    - Psychothérapie
    - Contraceptif
    - Règles d'hygiène de vie
    - Supplémentation vitaminique ou autre
    - Autre
14. Pensez-vous qu'il est important de distinguer le trouble dysphorique prémenstruel d'un trouble de l'humeur classique (épisode dépressif majeur, trouble bipolaire) ?
    - Oui
    - Non
15. Précisez
16. Pensez-vous a posteriori, avoir méconnu un diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel chez une de vos patientes ?
    - Oui
    - Non
17. Après avoir répondu à ce questionnaire, allez-vous vous intéresser à ce sujet ?
    - Oui
    - Non
18. Si vous avez des remarques supplémentaires vous pouvez les inscrire ci-dessous

Annexe n°6 : Réponses recueillies en texte libre à la question numéro 6 : « Quel était le type d'intervention ? Dans quel contexte a-t-elle été donnée ? » :

- Cours de DES, et mentionné dans les cours d'externat
- cours à la fac quand interne
- Symposium par un interne
- Symposium Fontan
- Cours obligatoire
- au cours de supervision et au détour d'un échange avec un psychiatre avant d'apprendre par mes moyens.
- Cours pendant l'externat, cours de DES de gynécologie médicale
- Évocation assez brève dans les cours de des, enseignement en consult par les chefs quand j'étais internes, évocation brève en congrès
- Cours DES
- Enseignements à la fac au cours de l'externat
- FMC
- cours de DES sur la contraception
- Cours externat
- un petit topo au décours d'un cours de DES de gynécologie médicale
- Cours dans le cadre du DES de gynécologie médicale
- D.U gynécologie de prévention et santé des Femmes (Sorbonne)

Annexe n°7 : Réponses recueillies en texte libre à la question numéro 11 : « Quels éléments chez une patiente peuvent vous faire évoquer ce diagnostic ? » :

- 0
-
- présence de fluctuation de l'humeur, facteurs environnementaux identifiées +/-
- fluctuation de la symptomatologie thymique en lien avec cycle menstruel
- Variation thymique
- règles douloureuses, changements d'humeurs
- Tristesse de l'humeur
- Éléments dépressifs avant la période de menstruation
- Régularité des symptômes
- Cyclothymie rythmée par les périodes menstruelles
- Fléchissement thymique rythmé par le cycle menstruel
- Aucune idée
- Douleurs abdominales
- Un épisode dépressif chronique avec une temporalité cyclique
- Symptômes dépressifs avant les règles
- Clinique cyclique et associée au cycle menstruel
- Troubles de l'humeur
- Douleurs utérines peu soulagées, fluctuations de l'humeur au cours du cycle, labilité émotionnelle
- Fluctuation clinique selon le cycle menstruel
- Humeur dépression, labilité émotionnelle anxiété troubles du sommeil
- labilité de l'humeur en fonction des périodes du cycle
- Périodicité de symptômes dépressifs en lien avec le cycle menstruel
- fluctuations bien définies autour des menstruations
- Majoration des symptômes en période prémenstruelle, troubles psychiques dans le post partum, bipolarité à cycles rapides?
- Régularité des symptômes rapportés
- Cyclicité des troubles
- fluctuation thymique cyclique liée au cycle menstruel
- Récurrence de symptômes thymiques à certaines phases du cycle menstruel
- idées suicidaires avant les regles
- Le caractère cyclique
- Trouble de l'humeur chez une patiente quelques jours avant ses menstruations
- Symptomatologie dépressive cyclique et variable
- ids lors des menstruations
- NSP
- Rythmicité de l'épisode dépressif en fonction du cycle
- Évolution cyclique mensuelle

- Récurrence de phases dépressives ; lien avec cycles menstruels ; fluctuations selon trt hormonal ou non
- irritabilité, tristesse, ... en période pré ou peri mentruelle
- Symptômes thymiques et anxieux avec impact fonctionnel important dans la semaine précédant les menstruations
- Dysthymie cyclique coïncidante au cycle
- L'aspect cyclique des troubles
- variation cataméniale de la symptomatologie thymique
- syndrome prémenstruel (10 a15 jours avant les menstruations) associant irritabilité , baisse de l'humeur , anxiété , dégradation du sommeil , impulsivité
- Irritabilité, trouble régulation émotionnelle
- Symptômes similaires se répétant mensuellement
- Caractère cyclique
- Caractère cyclique, durée des symptômes, récurrence avec amendement rapide
- NSP
- signes de l'EDC (tristesse patho, anhédonie, irritabilité, RPM...) mais uniquement concentrée sur une même période du cycle donc plus court en temps qu'un EDC - Répétitif à presque tous les cycles ? ATCD familiaux de troubles de l'humeur.
- trouble de l'humeur corrélés à certaines périodes du cycle menstruel
- humeur affectée par les regles
- Coincide avec le cycle
- labilité émotionnelle en lien avec son cycle
- Trouble de l'humeur variant avec le cycle
- Symptomatologie dépressive cyclique péri menstruelle
- Fluctuations des symptômes selon les phases du cycle menstruel
- Chronologie des troubles, avec variations au cours du mois ?
- Absence d'éléments en faveur d'autres diagnostics
- fluctuation thymique dans les jours précédents les menstruations
- labilité en fonction du cycle
- règles douloureuses
- Caractéristique cyclique chez une femme en âge de procréer des symptômes thymiques.
- Rythmée par les cycles; syndrome dépressif sous contraceptif oral
- Non concerné
- Variations au cours du cycle avec aggration 2e partie, association a des symptômes de spm
- Cyclicité mensuelle des symptômes
- Changements d'humeur 1 fois par mois
- Troubles cycliques soulagés à l'arrivée des règles, absence de ttt hormonal, symptômes gynéco associés (mastodynies)
- Synchronisation des syndrome thymique avec menstruation et cyclicité des symptômes
- Trouble de l'humeur lié aux menstruations, troubles relationnels lors des menstruations
- Un rythme mensuel dans la fluctuation de l'humeur
- Le caractère cyclique et résolutif à distance des menstruations
- Irritabilité cyclique mensuelle, endométriose
- Symptomatologie cyclique
- Symptomatologie dépressive (irritabilité, tristesse de l'humeur) en phase pré ou per-menstruelle de quelques jours avec rémission en post-menstruel, survenue mensuelle, impact de la symptomatolgie sur le fonctionnement, signes de gravité (signes d'hypomanie, idées suicidaires, symptômes psychotiques)
- Bipolaire
- tristesse de l humeur
- Fluctuation de l'humeur en fonction du cycle
- Labilité de l'humeur en lien avec le cycle
- Variations de l'humeur en fonction du cycle
- Modification clinique psychiatrique en fonction de la contraception / grossesse / ménopause. Récurrence mensuelle avec clinique cyclique évocatrice.
- ?
- Irritabilité , labilité émotionnelle
- Fluctuations thymique pré menstruelles
- Le caractère cyclique des symptômes anxio-dépressifs
- symptomatologie cyclique, rythmée par le cycle mensturel
- Je sais pas j'attend le cours
- temporalité des symptômes
- Symptômes thymiques cycliques

- Dépression résistante, symptômes cycliques
- Dépression résistante aux traitements
- Symptômes cycliques
- échange relatif au cycle menstruel et questionnement sur ressenti émotionnel conduites instinctuelles durant cycle
- Quand la personne m'indique des symptômes de dépression modérés voire sévères mais de manière transitoire (souvent uniquement au moment des règles ou juste avant) et sans que ça colle à une dépression (par exemple, "je comprends pas tout va bien dans ma vie je suis très heureuse mais juste avant mes règles j'ai des pensées suicidaires")
- l'aspect cyclique par mois
- caractère cyclique
- aucune idée
- irritatabilité, trouble de l'humeur cyclique, anxiété, tb de la concentration, etc avec résolution dans la semaine qui suit les règles
- un lien explicite évoqué par la patiente
- Symptômes cliniques du syndrome dépressif retrouvés de manière cyclique chez une femme en âge de procréer, en fin de cycle menstruel et début du cycle suivant
- Temporalité avec les menstruations
- Cyclicité des symptômes
- Symptômes variables selon le cycle
- Variabilité thymique au cours du cycle
- Syndrome dépressif cyclique
- trouble de l'humeur cyclique
- État émotionnel labile
- Nsp
- irritabilité avant les règles
- Dépression
- troubles de l'humeur prémentruelle, changement de comportement, plainte de l'entourage
- //
- Tristesse de l'humeur, aboulie, troubles de l'appétit, manque d'estime de soi, etc. Cycliques classiquement en période prémenstruelle
- depression
- ?
- trouble de l'humeur pré- ou per-menstruel
- cyclicité des troubles sur 1 mois, rythmicité selon règles et période d'ovulation
- Baisse de l'humeur avant et pendant les règles
- Tension mammaire, ballonements, perte de libido, tristesse, douleurs pelviennes
- Trouble dépressif en période de règle, détresse psychologique, idées suicidaires, pleurs
- Troubles de l'humeur en prémenstruel
- Absentéisme à l ecole ou au travail ,humeurs tristes ,patientes qui s isolent
- Labilité de l'humeur/ tristesse- désespoir/ troubles de l'attention/ impatience en période pre menstruel
- Trouble de l'humeur juste avant et pendant le cycle, douleurs pelviennes
- Syndromes dépressifs cycliques
- ?
- ne sait pas
- Changements intenses d'humeur, douleurs multiples, dépression fluctuante
- aucune idée
- Etat dépressif prémenstruel chronique ++
- Pensées suicidaires
- ?
- Sujet trop méconnu
- troubles cycliques de l'humeur
- Je ne sais pas
- Je ne sais pas
- Trouble de l'humeur cyclique
- Tristesse marquée de l'humeur
- Trouble de l'humeur majoré en période pre menstruelle
- L'interrogatoire
- La rythmicité des troubles sur la 2eme phase du cycle, avec amélioration des symptômes après les règles
- Troubles dépressifs, idées noires ou suicidaires en 2e partie de cycle
- Rythme cyclique
- Troubles de l'humeur cycliques
- troubles de l'humeur
- Antécédents de dépression
- Syndrome prémenstruel intense +++
- Je ne sais pas vraiment
- symptômes rythmés par le cycle; syndrome dépressif sévère
- Symptômes émotionnels marqués
- Troubles de l'humeur importants avec idées noires voire suicidaires durant la 2e partie du cycle
- caractère cyclique des symptômes, l'amélioration sous pilule
- Je ne sais pas.

- Symptômes rythmés par le cycle, majoré par la contraception ou son arrêt
- Suivi obstétrical uniquement dans ma pratique. Je ne réalise pas de consultation de suivi gynécologique donc non confrontée à cette prise en soins
- Troubles invalidants en pré-menstruels
- dépression ou idées noires pré-cataméniales
- symptômes dépressifs cycliques, résolutifs au moment des règles
- Symptômes psychiatriques de la phase lutheale jusqu'aux règles-labilité émotionnelle troubles anxiodepressifs impactant la vie de la personne (personnelle professionelle ou scolaire)Importance de l'aspect cyclique des symptômes psychiatriques
- avant les règles,
- des symptômes d'anxiété ou de dépression accrue en prémenstruel
- Le caractère cyclique des symptômes
- Survenue du trouble en phase secrétaire du cycle
- je ne sais pas
- je ne sais pas
- Je ne sais pas
- Anxiété et trouble de l'humeur cyclique
- Caractère cyclique des symptômes
- Dévalorisation, humeur dépressive, perte d'énergie dans la 2e phase du cycle
- symptomes psychiatriques rythmés par les cycles
- spécialement en phase lutéale cyclique, retentissement sur la vie sociale et professionnel
- Des idées noires

Annexe n°8 : Réponses recueillies en texte libre à la question numéro 15 : « Précisez », faisant suite à la question numéro 14 « Pensez-vous qu'il est important de distinguer le trouble dysphorique prémenstruel d'un trouble de l'humeur classique (épisode dépressif majeur, trouble bipolaire) ? » :

- Pec différente?
- impact hormonal différent; répercussion sur le sommeil, l'alimentation, les douleurs
- prise en charge différente
- Cyclique
- la prise en charge n'est pas la même
- Prise en charge spécifique
- Meilleure compréhension personnelle des symptômes
- Car ce n' est pas la même prise en charge
- Faire reconnaître l'incidence de la période menstruelle sur la santé des femmes
- Prise en charge différente
- Je ne connais pas la différence
- A priori ce n'est pas la même chose
- Oui, dans le sens où la physiopathologie est différente d'un trouble de l'humeur classique
- Je ne sais pas comment l'expliquer
- Physiopathologie et pec différente
- Pas même enjeux thérapeutiques
- Afin de ne pas prescrire de psychotropes à tort
- Oui, pas la même prise en charge médicamenteuse et pas les mêmes facteurs de risques
- En lien avec la rythmicité des troubles et la fréquence de rechute
- je ne sais pas
- La précision du diagnostic permet que la patiente se connaisse mieux et puisse mieux communiquer sur ses symptômes aux professionnels et dans son entourage
- Cause bien définie, déroulement a priori prévisible
- Ce trouble nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et je ne suis pas sure que le traitement médicamenteux soit obligatoire
- Pathologie différente donc diag différent même si symptômes peuvent se recouper
- Prise en charge différente (traitement antidépresseur séquentiel parfois?)
- prise en charge conjointe psychiatrique et gynécologique, traitement hormonal?
- Manifestations cliniques et prise en charge différentes
- je ne sais pas

- Importance pour la patiente de la reconnaissance du vécu par le diagnostic et avoir une prise en charge adaptée
- Prise en charge différente
- Pour éviter toute confusion et stigmatisation
- il faut traiter les deux troubles
- 0
- Ouvre la porte à d'autres interventions notamment prise en charge pluridisciplinaire avec gynéco
- Mauvais diagnostic peut amener à un mauvais traitement
- Lien avec facteurs hormonaux, épisodes plus brefs mais plus fréquents, abord thérapeutique différent
- Tout dépend du retentissement de la patiente mais si elle consulte pour ça, peut être qu'il y a besoin de réguler qqch
- Composante hormonale importante
- Spécificités sociales liées au genre
- Il est selon moi à voir du point de vue gynécologique, comme une perturbation hormonale
- Prise en charge pluridisciplinaire
- apparition par cycle menstruel
- Prise en charge différente
- PEC plus adaptée
- Choix du traitement
- Prise en charge, complications et pronostics différents
- pronostic de PEC
- La prise en charge sera quand même différente d'un trouble depressif caractérisé ou d'un trouble bipolaire / implication du gynéco, probablement pas de régulateur de l'humeur en première intention...)
- Pour aider à caractériser le trouble et l'accompagner de façon spécifique
- on parle peut etre d hypersensiblité aux fluctuation d hormones , un peu comme la depression post partum
- Bilan gynéco
- pour pec
- Impact et prise en charge différentes
- Pas la même prise en charge
- Prise en charge différente
- Traitement différent, avec prise en charge conjointe gynécologique importante ?
- Pas la même prise en charge et les memes traitements
- fluctuations rapides sur le mois
- pas la mm PEC, intéret avis gynéco ++
- ne pas être dans le tout psychiatrique
- Pas de recoupement
- Co-prise en charge gynecologique
- Implication thérapeutique et pronostic moins défavorable si traitement bien conduit ?
- Prise en charge différente
- ?
- Les trois sont différents
- Traitement différent
- Prise en charge différente
- Traitement et pronostic différent
- Il peut se surajouter, expliquer une résistance et nécessite une prise en charge complémentaire
- La prise en charge psychothérapeutique semble moins au premier plan
- Prise en soins et intrications différentes ?
- ?
- Distinction de la réponse thérapeutique et des professionnels impliqués
- Grosse conséquence de mettre certains traitements
- les symptômes
- Je pense que ce sont deux troubles distincts
- Etiologie différente
- Au niveau de la psychothérapie : une meilleure compréhension des facteurs permet une meilleure restructuration cognitive et la mise en place de stratégies d'aménagement. Pour l'aspect médication je réfère à un médecin, mais je sais que ça ouvre à des pistes médicamenteuses différentes.
- Ce sont deux troubles très différent nécessitant des prises en charges différenciées spécialisées.
- PEC différente
- Pour une prise en charge plus adaptée
- Oui concernant la mise en place de thérapeutique, qui ne sera pas la même en terme de durée ou de posologie
- C’est un trouble de l’humeur comme un autre
- la physioathologie, les manifestations cliniques et le terrain sont différents donc la réponse doit être adaptée et différente d'un trouble de l'humeur "classique"
- Spécificité physiopathologiques encore non connues, ne permettant pas pour le moment d’associer faiblement ce diagnostic à celui d’une dépression

classique. On connaît pas donc on amalgame pas bêtement.
- Pas la même prise en charge
- ….
- Pour mieux prendre en charge les patientes
- Les traitements médicamenteux et la prise en charge vont être différent
- Prise en charge différente
- prise en charge pluridisciplinaire gynécologique et psychiatrique
- Pour moi oui car j'ai cru comprendre que le trouble dysphorique prémenstruel est d'origine gynéco/endoctrino donc rien à voir avec des troubles de l'humeur
- Pour que la patiente puisse avoir des solutions adaptées et réattribuer ses pensées
- prise en soins gynéco supplémentaire dans ces cas là
- l'accompagnement doit être différent
- prise en soins différente
- j'imagine que le pronostic n'est pas le même (en particulier pour le trouble bipolaire)
- Oui car pas le même traitement
- La mise en place d'un contraceptif peut aider en limitant les variations hormonal
- Traitement gyneco associé
- Variable selon cycle
- Entité différente en terme de diagnostic et de prise en charge
- Pas la même étiologie donc pas la même prise en charge
- dépendant des hormones
- Pour différencier les 2
- Nsp
- pas la même prise en charge
- Approche différente
- en lien avec les hormones
- //
- La PEC est différente : des RHD peuvent suffire dans le TDPM ; un thymorégulateur serait plus indiqué en cas de trouble bipolaire
- non pathologique
- ?
- Intéret à dépister car traitement hormonal type contraception efficace
- Elément devant faire évoquer ou au moins éliminer un diagnostic de bipolarité, comorbidité/facteur de résistance plus que symptome d'un trouble de l'humeur
- Prise en charge différente
- Important pour les patientes d'etre informe sur leur trouble
- Le diagnostic n'est pas le même et n'a pas le même retentissement sur la patiente
- Pour pouvoir prendre en charge et orienter correctement la patiente
- Prise en charge différente et patientes reconnues dans leur pathologie
- Traitement de fond différent prise en charge psychologique deifferente
- Afin de s'assurer qu'il s'agit juste d'un trouble passager de l'humeur lié au cycle et non une pathologie chronique
- Savoir si cela est lié au cycle menstruel ou non
- ?
- pas le même traitement
- Prise en charge différente
- cyclique
- Je ne sais pas, j'imagine que le diagnostic est très important à poser afin de proposer la prise en charge la plus adéquate (plus ciblée)
- Pour la prise en charge
- ?
- pas le même suivi, ni PEC
- les prises en charge seront différentes
- Oui, car ce trouble la dépend du cycle
- Je ne sais pas
- Celui ci étant lié et influencé par les variations hormonales, différentes prises en charges peuvent être proposées: psychiatrique ou gynécologique par "lissage" du cycle hormonale à l'aide d'une contraception
- risques différents
- Car il nécessite une prise en charge spécifique et une prise en Compte dans le choix de la contraception
- PEC différente et suivi différent
- Oui, pour rassurer les patientes sur le plan de l'action hormonale entraînant les troubles et donc la rassurer par la compréhension de qui lui arrive chaque mois et qu'elle n'a pas à en culpabiliser
- Pas la même thérapeutique
- Prise en charge différente ?
- Ce n'est pas la même prise en charge
- !
- Cyclique
- Savoir que le trouble est liée au cycle menstruel peut aider la patiente a le

comprendre et avoir une meilleure
maîtrise de sa pathologie

- Pas le même traitement et physiopath
- ce n'est pas la même pris en charge
- Lien avec le cycle et la période des symptômes
- PEC spécifique car liée aux variations du cycle hormonal
- Cela peut se régler avec une contraception sans utiliser d'antidépresseur ou d'antipsychotique
- Oui.
- Oui pour prise en charge adapté, prise en compte du cycle menstruel, aspect contraception, important pour grossesse à venir éventuelle et post partum
- Prise en soins différente
- Prise en charge différente
- le traitement et les implications ne son pas les mêmes pour ces différents troubles
- étiologie du trouble différente, éviter de catégoriser les personnes comme dépressive et expliquer le lien au SPM
- Diagnostic différent donc traitement différend (notamment contraception oestroprogestztives pour le TDPM et classe d'antidépresseurs spécifiques) -psychoéducation importante (hygiène de vie,supplementztiin etc...)
- L’axe du traitement n’est pas forcément le même. Idem pour les répercussions sur le quotdien
- Pas là meme prise en charge
- deux origjnes différentes?
- Trouble en lien avec une période précise du cycle menstruel ?
- /
- Ce n'est pas une pathologie psychiatrique a proprement parler
- Importance de poser les bons mots sur le diagnostic pour la prise en charge de la patiente
- Lié au cycle menstruel +++
- Le coté cyclique centré sur les cycles est important pour adapter le type de traitement d'un trouble constant versus un trouble intermittent hormonal
- pas la même prise en charge
- Le traitement ne sera pas le même entre les deux, et c'est important pour les patientes de mettre un nom sur ce qu'elles ressentent

Annexe n°9 : Réponses recueillies en texte libre à la question numéro 18 : « Si vous avez des remarques supplémentaires vous pouvez les inscrire ci-dessous » :

- je rappelle que je suis psychologue et non médecin
- Merci Clara
- Super sujet merci !
- aucune
- Intérêt de formations
- Ajouter la catégorie Psychologue dans la profession de vos participants :)
- Je trouve important de toujours explorer la sphère hormonale dans les troubles de l'humeur qui varient beaucoup dans le temps. Il est important de rendre actrices les patientes dans l'observation de leur corps pendant leur cycle afin de mieux se l'approprier et de pouvoir donner des éléments qui aident au diagnostic différentiel
- je veux bien avoir des lectures pour approfondir le sujet
- Besoin d'un cours de sensibilisation sur le sujet car très méconnu
- très bon sujet, merci de nous inviter à nous y intéresser !
- intérêt de communiquer sur des CAT claires si elles existent ? parle bcp de la facilité ou non d'aborder la vie sexuelle et menstruelle des patientes finalement. Quid des études cliniques (effiaccité, tolérance, effets) sur les antidep en population féminine?
- À mon avis, cela s'inscrit dans une problématique plus large. Je n'ai jamais vu de femme présenter uniquement ça.
- Sujet de thèse cool
- j'ai répondu au pif pour la question 6 (DSM5 et les 3 dernières propositions) . en fait je ne sais pas ;-) mais le questionnaire bloque si je ne réponds pas
- très belle initiative, sujet peu courant
- Il faudrait des formations dans les écoles de sage-femme et en formation continue
- Je suis sage femme et cette pathologie ne faisait pas partie de mon enseignement malheureusement. Découverte récente de ce trouble ? Trop grande méconnaissance du sujet ?
- ce diagnostic a probablement été pris en compte pour différentes patientes sans l'avoir nommé avec le bon terme !
- Seriez vous disposée a présenter les conclusions de votre these au College des Gynécologues du nord car une formation a ce sujet est organisée a l'automne 2026
- Bravo pour ce choix de sujet de thèse et merci de nous donner les suites de votre étude
- Proposer un topo sur le sujet avec la CAT
- Étant médecin généraliste, nos patientes se confient beaucoup à nous et je pense qu'il serait nécessaire de former également les MG ! Et c'est moi même qui en ai parlé à une amie gynéco qui ne connaissait pas ce trouble.
- Je ne dépiste pas de manière systématique ce syndrome si la patiente ne m'en parle pas, surement par manque de connaissance sur le sujet et sa prise en charge
- Des formations seraient nécessaires
- Faible information sur le sujet donc très intéressant ce sujet de thèse. J'ai une personne de ma famille qui en souffre c'est donc pour moi un sujet sur le quel j'ai eu l'occasion de faire des recherche mais je n'ai jamais eu de cours.
- Je travaille en consultations postnatale grossesse pathologiques suites de naissances .pas de suivi gynécologique hors grossesse
- /
- Faible sensibilisation aux pathologies psychiatriques frontières avec la gynécologie

AUTEURE : Nom : LABIAU **Prénom :** Romane

Date de soutenance : 14/09/2026

Titre de la thèse : Enquête sur les connaissances des professionnels de santé à propos du trouble dypshorique prémenstruel auprès des gynécologues, psychiatres, internes de ces spécialités et sages-femmes, exerçants dans les Hauts-de-France, par un auto-questionnaire

Thèse - Médecine - Lille « 2026 »

Cadre de classement : *Médecine*

DES + FST/option : *Psychiatrie*

Mots-clés : trouble dysphorique prémenstruel ; trouble de l'humeur ; dépression ; psychiatrie ; santé de la femme ; cycle menstruel ; multidisciplinarité ; prise en soin

Résumé :

Contexte : Le trouble dysphorique prémenstruel est un syndrome dépressif se manifestant avec une rythmicité suivant le cycle menstruel, au cours de la phase lutéale. Ayant longtemps subi les conséquences de la stigmatisation de la femme et de la discipline psychiatrique, il a fini par trouver sa place au sein des classifications officielles des maladies. Si ce trouble est reconnu par de grands organismes tel que l'APA, il existe actuellement peu de recommandations concernant sa prise en charge. Cette enquête a été construite dans l'intention d'évaluer les connaissances actuelles des professionnels de santé confrontés au trouble, mais également à des fins de réflexion sur des pistes d'amélioration de la formation et de sa prise en charge. Méthode : Un auto-questionnaire a été diffusé aux psychiatres, gynécologues, internes de ces spécialités et sages-femmes, exerçants dans le Hauts-de-France, entre le 15 janvier 2026 et le 17 mars 2026. Le recueil des réponses était anonyme et informatisé. Les résultats ont été présentés par profession, en pourcentage et effectif. Résultats : Les connaissances des professionnels de santé étaient globalement correctes, cependant, celles-ci ne semblaient pas encourager à poser le diagnostic et les prises en charges proposées ne respectaient pas les recommandations existantes et restaient hétérogènes entre les deux spécialités médicales. Concernant les sages-femmes, première ligne de la santé de la femme, les résultats montraient des connaissances plus limitées et très peu de stratégie d'évaluation. Conclusion : Cette enquête a permis de ressortir un chainon manquant entre la formation théorique (faible), et la réalité de la pratique des professions interrogées, avec très peu de dépistage, peu de diagnostics posés et une prise en charge ne répondant pas toujours aux recommandations. D'ailleurs, celles-ci sont inexistantes sur le plan national et mal relayées pour les quelques-unes développées par d'autres Pays. En conséquence, il serait nécessaire de développer la formation des professionnels concernés et de diffuser des recommandations sur le sujet.

Composition du Jury :

Président : Professeur Ali AMAD

Assesseurs : Docteur Aline PICARD

Directeur de thèse : Docteur Maéva MAGNAT