

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le mardi 28 avril 2026

Par Mme DOMENIGHETTI Victoire, Sophie, Hélène, Suzanne

**Impact du syndrome prémenstruel sur la qualité de vie des femmes :
vers une meilleure compréhension et prise en charge à l'officine**

Membres du jury:

- Président:** M. Benoit DEPREZ,
Professeur des Universités en Chimie bio-inorganique, au
sein de L'Université de Lille
- Maître de thèse:** Mme Claire PINÇON,
Maître de Conférences des Universités (MCU) en
Biomathématiques, au sein de L'Université de Lille
- Membre extérieur:** Mme Sophie SERGENT-DECHERF,
Docteur en pharmacie. Pharmacienne en officine adjointe
au sein de la Pharmacie des 4 saisons au
Touquet-Paris-Plage

 	LISTE GÉRÉE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 10/193

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaines
Directrice Générale des Services
CHIRIS-FABRE

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87

Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Économie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85

M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86
----	---------	---------	------------------	----

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	

M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85

Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86

M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85
----	---------	--------	------------------	----

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85

Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	

Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

Faculté de Pharmacie de Lille

Rue du Professeur Laguesse - 59000 - Lille

03 20 96 40 40

<http://pharmacie.univ-lille.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

À Madame Pinçon Claire,

Qui a accepté d'être ma directrice de thèse et qui m'a aiguillée et conseillée durant tous ces mois de travail. Je vous remercie infiniment pour la disponibilité, la confiance, la bienveillance et la patience dont elle a fait preuve à mon égard.

Je n'aurais pu espérer meilleur accompagnement, et ce fut un réel plaisir de travailler à ses côtés.

À Monsieur Deprez,

D'avoir accepté d'être mon président de jury de thèse, c'est un grand honneur pour moi.

À Madame Decherf Sophie,

Pour sa présence au sein du jury et pour l'intérêt porté à mon travail. Sa bienveillance et sa sagesse ont été pour moi une véritable source d'inspiration. Sa présence aujourd'hui a une signification toute particulière, et il ne m'était pas concevable de soutenir cette thèse sans elle.

À mes parents,

Qui ont toujours été là pour moi et qui ont toujours cru en moi. C'est grâce à vous que je suis celle que je suis aujourd'hui. Je vous en serai à jamais reconnaissante.

À mes grands-parents,

Merci pour votre amour inconditionnel, vos bons petits plats pendant mes révisions. J'ai eu la chance de grandir sous votre regard tendre et bienveillant. Votre présence, notre lien ont été précieux tout au long de mon parcours.

À mes frères et sœurs,

Éléonore et Hippolyte, ma fierté. J'assiste tous les jours à un merveilleux spectacle: celui de vous voir grandir, évoluer. Le chapitre des études se termine pour moi, je vous souhaite d'écrire les vôtres avec succès, mais surtout de vous épanouir pleinement dans votre vie.

À Antoine,

mon amour de vie, merci de rendre ma vie si joyeuse à tes côtés. Ton soutien et ta présence m'ont accompagnée à chaque étape, même quand je n'y croyais plus. J'ai tellement hâte de ce que nous allons créer ensemble.

Au reste de ma famille,

Babette, René, Marraine, Philippe, Louis, Colline, Adèle, Corinne et Dany. Je suis heureuse de vous avoir avec moi pour ce moment si symbolique. Merci pour votre présence

À ma belle famille,

Qui m'a toujours ouvert grand les bras, merci pour ces moments de joie partagés, qui m'ont permis de relâcher la pression au fil de ce parcours. Un grand merci également pour votre écoute, toujours bienveillante et empreinte d'un soutien sans faille.

À mes amis,

Thomas, mon meilleur ami, tu sais déjà tout. J'ai tellement de chance de t'avoir dans ma vie... merci pour tout.

Lory, Juliette, mes chéries. Je sais que notre lien traversera le temps. Je suis très fière de vous voir évoluer, et de vous voir réaliser vos ambitions. Merci d'être toujours là pour moi et d'être qui vous êtes.

Louise, notre rencontre a été une évidence. Merci pour ta présence rassurante, ton amour mais également pour ta lecture attentive et tes précieux conseils.

Sofia, Eloïse, nous avons traversé ensemble les défis de ces études exigeantes, ce qui a renforcé le lien qui nous unit aujourd'hui. Je suis très fière de vous, de votre parcours, je ne doute pas que vous serez de formidables médecins. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

Aux copains: Thibaud, Cindy, Antoine, Pierrick, Laurine, Marion, Antonin, Nicolas et Romain. Merci d'être qui vous êtes et pour votre présence. Vous avez été une véritable bouffée d'air frais. Vous comptez énormément.

À mes amis rencontrés durant mes études de pharmacie,

Louis, Jeanne, Charlotte, Paula, Juliette, Lisa, Tanya, Joséphine, Zélie.

Merci pour ces fous rires, ces moments de joie qui ont rendu ces études plus légères. Je suis très fière de voir certains d'entre vous déjà pharmaciens, je vous souhaite à tous une très belle carrière.

À mes collègues de la pharmacie principale,

Merci de m'avoir si bien accueillie, et d'avoir permis que je trouve ma place si rapidement. C'est un réel plaisir d'évoluer à vos côtés au quotidien.

À toutes les personnes qui ont contribué à la diffusion de cette enquête.

À toutes les personnes que j'ai rencontrées durant mes stages, officinaux et hospitaliers.

Enfin, à toutes celles et ceux que je n'ai pas cités, merci d'avoir suivi mon parcours.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	13
Liste des abréviations:	21
Index des figures	22
Index des tableaux	23
Introduction	24
Première partie: Perception et évolution des croyances au regard du syndrome prémenstruel	26
I. La Grèce Antique: entre médecine et philosophie	26
I.1 La vision Hippocratique	26
I.1.1 La théorie des humeurs	26
I.1.2 Les menstruations et l' "errance de l'utérus"	27
I.1.3 Lien avec les symptômes prémenstruels	28
I.2 Platon et la vision de l'utérus "animal"	28
I.2.1 L'utérus, un être autonome	28
I.2.2 Les troubles provoqués par les errances	28
I.2.3 Interprétation des symptômes cycliques	29
I.3 Aristote: la femme et la purge menstruelle	29
I.3.1 La femme, un être incomplet	29
I.3.2 Le rôle des règles	30
I.3.3 Les désordres liés aux menstruations	31
I.3.4 Un repérage commun des troubles cycliques chez la femme	31
II. Le Moyen Âge: croyances et symboliques	31
II.1 Théories corporelles et menstruelles	32
II.1.1 La continuité de la théorie humorale	32
II.1.2 Le sang féminin: entre nécessité et danger	32
II.1.3 Astrologie et cycles féminins	32
II.2 Textes gynécologiques médiévaux et pratiques médicales	33
II.2.1 Le Trotula	33
II.2.2 De secretis mulierum (Le secret des femmes)	33
II.2.3 Pharmacopées et remèdes populaires	34
II.2.4 Figures féminines et savoir médical	34
II.3 Impuretés, tabous et contrôle du corps féminin	35
II.3.1 L'impureté rituelle	35
II.3.2 La peur du corps féminin	35
II.3.3 Normes religieuses et contrôle social	36
II.3.4 Bilan des perceptions et savoirs du Moyen Âge	36
III. La Renaissance: une évolution des savoirs sans remise en cause du regard porté sur la femme	36
III.1 Savoirs antiques et progrès anatomiques	36
III.2 Une continuité des représentations du corps féminin	37
IV. Le siècle des Lumières: médicalisation des émotions	38
IV.1 La "femme vaporeuse" et les maladies nerveuses	38
IV.2 Entre progrès scientifique et pathologisation des émotions féminines	39

V. Évolutions des représentations au fil des siècles: le XIXe siècle	39
V.1 L'hystérie : du désordre utérin au trouble nerveux	39
V.1.1 Héritage des théories antiques	39
V.1.2 De l'utérus au système nerveux : la redéfinition médicale de l'hystérie	40
V.2 Le cycle menstruel comme grille d'interprétation des troubles féminins	43
V.3 Du corps à la psyché	43
V.3.1 La naissance d'une "psychiatrie du féminin"	43
V.3.2 Freud: Le déplacement de l'hystérie vers le psyché	44
V.3.3 Vers une redéfinition de la souffrance féminine	45
VI. Reconnaissance scientifique et perception actuelle	46
VI.1 XXe siècle: naissance du concept du "syndrome prémenstruel"	46
VI.1.1 La compréhension hormonale du cycle menstruel	46
VI.1.2 La menstruation: vers une normalisation physiologique	47
VI.1.3 De la tension prémenstruelle au syndrome prémenstruel	48
VI.1.4 De la biologie à la reconnaissance clinique	49
VI.2 Reconnaissance contemporaine	50
VI.2.1 Le SPM comme enjeu de santé publique et de société	50
VI.2.2 Évolution du regard médiatique et social	50
VI.2.3 Le SPM comme indicateur de la santé féminine globale	51
Deuxième partie: Compréhension scientifique et médicale du SPM	53
I. Physiopathologie - l'appareil génital féminin	53
I.1 Rappel anatomique	53
I.1.1 Organes génitaux externes	53
I.1.2 Organes génitaux internes	54
I.2 Le fonctionnement du cycle féminin	56
I.2.1 Les phases du cycle menstruel	57
I.2.2 Le rôle des hormones	58
I.2.2.1 Les oestrogènes	59
I.2.2.2 La progestérone	61
I.2.3 Le cycle ovarien	62
I.2.3.1 La phase folliculaire= phase pré-ovulatoire (avant la libération de l'ovule du 1er au 13ème jour du cycle)	62
I.2.3.2 L'ovulation (libération de l'ovule, vers le 14ème jour)	63
I.2.3.3 La phase lutéale (après libération de l'ovule du 15ème au 28ème jour)	64
I.2.4 Le cycle utérin	64
I.2.4.1 La phase de desquamation de J1 à J4, la phase menstruelle	64
I.2.4.2 La phase de régénération de J5 à J14, la phase proliférative	65
I.2.4.3 La phase sécrétoire de J15 à J28	65
II. Approche et définition du syndrome prémenstruel	66
II.1 Définition du SPM selon le manuel MSD	66
II.1.1 Différenciation avec le TDPM	67
II.2 Les symptômes du syndrome menstruel	68
II.2.1 Les symptômes physiques (105)	68
II.2.2 Les symptômes psychiques	69

III. Diagnostic et outils d'évaluation concernant le SPM	71
III.1 Principes généraux d'évaluation	71
III.1.1 Le diagnostic	72
III.1.2 Évaluation et mesure de la gravité du SPM	72
III.2 Outils d'évaluation validés	72
III.2.1 DSM 5	73
III.2.2 Daily Record of Severity of Problems (DRSP)	74
III.2.3 Visual Analog Scales (VAS)	76
III.2.4 Menstrual Distress Questionnaire (MDQ)	77
III.2.5 Auto-évaluation	79
IV. Classification du SPM	79
IV.1 Classification selon les conditions d'apparition	79
IV.1.1 Le SPM "physiologique": de la puberté et de la préménopause	79
IV.1.2 Le SPM provoqué par une pilule ou un traitement hormonal mal dosé	80
IV.2 Classification selon l'intensité du syndrome	81
IV.3 Classification des 4 types de SPM selon le Dr Guy Abraham et leurs causes	81
IV.3.1 Le SPM de type A: comme Anxiété	81
IV.3.2 Le SPM de type H: comme Hydratation	82
IV.3.3 Le SPM de type C: comme Craving (fringales)	82
IV.3.4 Le SPM de type D: comme Dépression	82
IV.4 Les causes du SPM	83
IV.4.1 Les différents niveaux de régulation hormonale	84
IV.4.2 Les hormones sexuelles	84
IV.4.2.1 La théorie de l'hyperoestrogénie ou de la dominance en oestrogènes	84
IV.4.2.2 La théorie de l'hyperprogestéronémie	86
IV.4.3 Les autres hormones	87
IV.4.3.1 Le rôle de la prolactine	87
IV.4.3.2 Le rôle de l'aldostérone	87
IV.4.3.3 Le rôle du cortisol	88
IV.4.3.4 Le rôle de la mélatonine	88
IV.4.4 Le rôle des perturbateurs endocriniens et des médicaments hormonaux	89
IV.4.5 Les neurotransmetteurs cérébraux	90
IV.4.6 Autres causes	91
IV.4.6.1 Les facteurs nutritionnels	91
IV.4.6.2 Le tabac	91
IV.4.6.3 Les facteurs génétiques et familiaux: l'héritage du SPM	92
Troisième partie: Prise en charge du syndrome prémenstruel	93
I. Mesures hygiéno-diététiques	93
I.1 L'intérêt de l'exercice physique	93
I.2 Gestion du stress: l'importance de la respiration et de l'aménagement de l'emploi du temps	95
I.3 Vers une alimentation adaptée	97
I.3.1 Lutter contre la rétention hydrosodée	97
I.3.2 Lutter contre l'inflammation: rééquilibrer sa consommation de graisses	98

I.3.3 Normaliser sa glycémie	99
I.3.4 Éviter les boissons excitantes et l'alcool	99
I.4 Sommeil et rythme circadien	100
I.5 Le tabac	101
II. Micronutrition	102
II.1 La supplémentation	102
II.2 Magnésium et vitamine B6	102
II.2.1 Recommandations nutritionnelles	103
II.2.2 Études	103
II.2.3 Mécanisme d'action	104
II.3 Vitamine D et calcium	105
II.3.1 Références nutritionnelles	105
II.3.1.1 La vitamine D	105
II.3.1.2 Le calcium	106
II.3.2 Études	106
II.3.3 Mécanismes d'action	107
II.4 Autres vitamines et minéraux	107
II.4.1 La vitamine C et E	107
II.4.1.1 Recommandations	107
II.4.1.2 Sources alimentaires et rôles physiologiques	108
II.4.1.3 Rôle dans le SPM	108
II.4.2 Le chrome et L-tryptophane	109
II.4.2.1 Recommandations et rôles	109
II.4.2.2 Sources alimentaires	109
II.4.2.3 Rôle dans le SPM	109
II.4.3 L'huile d'onagre	110
II.4.3.1 Recommandations	110
II.4.3.2 Rôles physiologiques	110
II.4.3.3 Rôle dans le SPM	111
III. Les thérapeutiques complémentaires naturelles	111
III.1 Phytothérapie	111
III.1.1 L'achillée millefeuille	111
III.1.2 Le gattilier	112
III.1.3 Autres plantes retrouvées dans la littérature	113
III.2 Aromathérapie	114
III.2.1 La lavande officinale	114
III.2.2 La camomille romaine	115
III.3 Homéopathie	115
III.3.1 Souches utilisées	116
IV. Les thérapeutiques médicamenteuses	117
IV.1 Traitements symptomatiques de première intention	118
IV.1.1 Les antalgiques	118
IV.1.2 Les AINS	118

IV.2 Autres traitement symptomatiques	120
IV.2.1 Les antispasmodiques	120
IV.2.2 Les antihémorragiques	121
IV.2.3 Les diurétiques	122
IV.3 Les traitements à visée hormonale	122
IV.3.1 La pilule oestro-progestative	123
IV.3.2 Les progestatifs	124
IV.4 Traitements des troubles psycho-émotionnels	125
IV.4.1 Les Inhibiteurs Sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)	125
IV.4.2 Les anxiolytiques	126
IV.5 Traitements des formes sévères	127
IV.5.1 Les analogues de la GnRH	127
IV.5.2 La castration chirurgicale	127
IV.6 Conclusion partie thérapeutique	128
Quatrième partie: Étude clinique de l'impact du syndrome prémenstruel sur la qualité de vie des personnes en souffrant	129
I.1 Présentation de l'étude	129
I.2 Objectifs de l'enquête	129
I.3 Population étudiée	131
I.3.1 Questions de base	131
I.3.2 Synthèse	133
I.4 Présentation et analyse des résultats	134
I.4.1 Questions sociétale	134
I.4.1.1 Perception et vécu sociétal du SPM	134
I.4.1.2 Reconnaissance sociétale et leviers d'amélioration	135
I.4.2 Questions destinées aux personnes souffrant de SPM	137
I.4.2.1 Apparition et degré d'impact des symptômes	137
I.4.2.2 Retentissement du SPM sur la qualité de vie	141
I.4.2.3 Expérience officinale et perception de la prise en charge	142
I.4.3 Questions destinées aux personnes ayant souffert de SPM	144
I.4.4 Questions destinées aux professionnels de santé	147
I.4.4.1 Profil des répondants et niveaux de formation	147
I.4.4.2 Sollicitation officinale et prise en charge	148
I.4.4.3 Ressenti professionnel et interaction avec les patientes	150
I.4.4.4 Ressources, reconnaissance et perspective d'amélioration	151
II. Discussion	152
II.1 Premier axe: Une évolution multifactorielle de la perception et de l'expression du SPM	152
II.1.1 Libération de la parole et médiatisation du SPM	152
II.1.2 Évolution des connaissances et reconnaissance médicale	155
II.1.3 Influence des facteurs environnementaux et du mode de vie	155
II.1.4 Influence du biais générationnel	157
II.1.5 Influence du niveau d'information et de sensibilisation	158
II.1.6 Impact sociétal et reconnaissance du SPM	158

II.1.7 Conclusion du premier axe	159
II.2 Deuxième axe: La place du pharmacien dans la prise en charge du SPM	160
II.2.1 Un recours limité à l'officine malgré un rôle de proximité du pharmacien	160
II.2.2 Niveau de formations des professionnels de santé	160
II.2.3 Évaluation de la qualité de la prise en charge officinale du SPM	162
II.2.4 Attente des patientes et perspectives d'amélioration de la prise en charge officinale	163
II.2.5 Une perception parfois ambivalente du SPM au sein des professionnels de santé	164
II.2.6 Une nécessité de renforcer la formation et la sensibilisation du SPM dans le milieu pharmaceutique	166
II.2.7 Conclusion du second axe	167
II.3 Troisième axe: Perception et sensibilisation de la population générale au SPM	167
II.3.1 Niveau de connaissance de la population sur le SPM	167
II.3.2 Impact du SPM sur la qualité de vie des femmes	168
II.3.3 Une prise de conscience progressive dans le monde du travail	170
II.3.4 Place de l'éducation dans la compréhension du SPM	172
II.3.5 Le rôle ambivalent des médias dans la diffusion d'informations sur le SPM	173
III. Limites de l'enquête	176
IV. Conclusion de l'enquête	177
V. Conclusion générale	178
Bibliographie	179
Liste des annexes	188

Liste des abréviations:

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

AFAB: Assigned Female At Birth (assigné femme à la naissance)

AFSSA: Agence Française de sécurité sanitaire des aliments

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

ANC: Apport Nutritionnel Conseillé

ANSES: Agence Nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail

ANSM: Agence Nationale de la Santé et du Médicament

AS: Apport Satisfaisant

BNM: Besoin Nutritionnel Moyen

BPF: Bonne Pratiques de Fabrication

COEP: Contraceptif Oestroprogestatif

EMA: Agence Européenne des médicaments

FIV: Fécondation In Vitro

FSH: Hormone folliculostimulante

GH: Growth hormone (hormone de croissance)

GnRH: Gonadotrophin Releasing Hormone

HAS: Haute Autorité de Santé

HDL: High Density Lipoprotein

IAPMD: Association internationale pour les troubles prémenstruels

LDL: Low Density Lipoprotein

LH: Hormone lutéinisante

LSS: Limite Supérieure de Sécurité

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

RNP: Référence Nutritionnelle pour la Population

SPM: Syndrome prémenstruel

TDPM: Trouble Dysphorique Prémenstruel

SOPK: Syndrome des Ovaires Polykystiques

Index des figures

Figure 1. Schéma anatomique du périnée et de la vulve (66)	54
Figure 2. Schéma anatomique de la structure endogène de l'utérus (66)	55
Figure 3. Schéma de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien (67)	57
Figure 4. Schéma récapitulatif du pic d'ovulation avec les variations de sécrétion de LH, FSH et des hormones (68)	58
Figure 5. Schéma simplifié des hormones stéroïdes (69)	59
Figure 6. Schéma du cycle menstruel en fonction des sécrétions d'hormone (70)	62
Figure 7. Grille d'évaluation du DRSP (76)	75
Figure 8. Schéma représentatif de l'échelle de la douleur	76
Figure 9. Grille d'évaluation du MDQ (78)	78
Figure 10. Recommandations pour bien dormir par Institut National du Sommeil et de la Vigilance (107)	100
Figure 11. Histogramme des heures de sommeil recommandées par tranche d'âge (110)	101
Figure 12. Synthèse et effets des prostaglandines (148)	119
Figure 13. Quatre générations de pilules oestro-progestatives existantes (153)	123
Figure 14. Recommandations sur l'utilisation des progestatifs par l'ANSM (158)	125

Index des tableaux

Tableau 1. Récapitulatif des symptômes du SPM les plus courants	71
Tableau 2. Situations d'hyperoestrogénie durant la puberté et la préménopause	80
Tableau 3. Dérèglement des traitements hormonaux sur les taux d'hormones	80
Tableau 4. Causes et différents types de SPM selon Abraham	83
Tableau 5. Différenciation entre hyperoestrogénie relative et vraie	85
Tableau 6. Différenciation entre hyperprogestéronémie relative et vraie	86
Tableau 7. Souches homéopathiques utilisées dans la prise en charge du SPM (146)	117
Tableau 8. Récapitulatif des posologies des AINS indiquées dans le SPM	120
Tableau 9. Récapitulatif des symptômes physiques ressentis en fonction de leur impact chez les femmes souffrant actuellement de SPM	139
Tableau 10. Récapitulatif des symptômes psychiques ressentis en fonction de leur impact chez les femmes souffrant actuellement de SPM	140
Tableau 11. Récapitulatif des symptômes physiques ressentis en fonction de leur impact chez les femmes ayant souffert de SPM	145
Tableau 12. Récapitulatif des symptômes psychiques ressentis en fonction de leur impact chez les femmes ayant souffert de SPM	146

Introduction

Dans un contexte où les questions liées à la santé menstruelle font l'objet d'une visibilité croissante dans le domaine de la santé publique, les institutions internationales ont récemment rappelé la nécessité de considérer ces enjeux comme des problématiques médicales à part entière.

En 2022, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, réuni à Genève, a souligné l'importance de reconnaître, encadrer et traiter les menstruations comme un déterminant essentiel de la santé des femmes et non plus comme une simple question d'hygiène.

Il a également souligné l'importance de prendre en compte les dimensions physiques, psychologiques et sociales à chaque étape de la vie des femmes, de la période précédant la ménarche jusqu'à la ménopause.

Dans cette dynamique, les professionnels de santé ont été invités à renforcer leurs connaissances et à intégrer davantage la santé menstruelle dans leur pratique clinique (1).

Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en évidence le manque persistant de données scientifiques et de recherches consacrées dans ce domaine (2), limitant la compréhension globale de ces problématiques.

Parallèlement, certaines initiatives témoignent d'une intégration progressive des enjeux de santé menstruelle dans les pratiques professionnelles, à l'image de l'entreprise VEGA, située à Nordhouse, qui a ainsi instauré six jours d'absence annuels dédiés au bien-être féminin (3). De plus, les réseaux sociaux et les médias contribuent à une diffusion plus large des connaissances relatives aux troubles associés au cycle, tout en favorisant une expression plus ouverte de ces expériences.

Ces évolutions s'inscrivent dans une approche plus globale de la santé menstruelle, définie par le Global Menstrual Collective comme "un état de bien-être physique, mental et social complet, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, en relation avec le cycle menstruel", conformément à la définition de la santé de l'OMS (4).

Au cours de la vie génitale, le cycle menstruel est rythmé par des fluctuations hormonales sexuelles, essentielles à la reproduction. Ces variations peuvent s'accompagner de symptômes physiques, émotionnels et comportementaux dont l'intensité varie selon les individus et peut altérer le quotidien des personnes qui en souffrent.

Lorsque ces symptômes deviennent cycliques durant la phase lutéale et disparaissent avec les menstruations, ils sont regroupés sous le terme de "Syndrome Prémenstruel (SPM)".

On estime qu'entre 20 à 40% des femmes en âge de procréer souffrent du SPM au moins une fois dans leur vie (5) et jusqu'à 40% d'entre elles estiment que leur SPM nécessiterait une prise en charge thérapeutique (6).

Malgré cette prévalence, la reconnaissance du SPM demeure marquée par une certaine ambivalence.

D'un côté, une prise de conscience progressive s'observe au sein de la population, des entreprises et des professionnels de santé, favorisant une meilleure visibilité de ce trouble. De l'autre, persiste une compréhension encore incomplète, héritée d'une perception historique parfois réductrice ou stigmatisante, associée à un manque de données scientifiques robustes. Cette dualité contribue à une banalisation de certains symptômes et peut constituer un frein à une prise en charge adaptée des patientes.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel de dépasser la simple description symptomatique pour s'intéresser à son retentissement global sur la qualité de vie des femmes, qu'il s'agisse de leur quotidien, de leur activité professionnelle, de leur vie sociale ou de leur bien-être psychologique.

En tant que professionnel de santé de proximité, le pharmacien d'officine occupe une position privilégiée dans l'écoute, l'orientation et l'accompagnement des patientes. Toutefois, la diversité des approches thérapeutiques et l'absence d'outils simples d'évaluation peuvent constituer des freins à une prise en charge optimale.

Ainsi, cette thèse a pour objectif principal d'analyser l'impact du SPM sur la qualité de vie des femmes, de mieux appréhender la réalité de leur vécu à travers l'identification de leurs attentes et besoins, ainsi que d'explorer le rôle que peut jouer le pharmacien dans leur accompagnement, tant sur le plan thérapeutique que dans l'écoute et la prise en compte de ces manifestations.

Dans un premier temps, nous commencerons par un traçage historique, en retraçant l'évolution du regard porté sur le cycle menstruel, de l'Antiquité à notre époque actuelle.

Dans un deuxième temps, nous rappellerons les concepts scientifiques fondamentaux afin d'apporter les éléments nécessaires à la compréhension du sujet: anatomie et physiologie du cycle menstruel. Puis nous définirons le syndrome prémenstruel, ses principaux symptômes, les différents outils de diagnostic disponibles et les hypothèses physiopathologiques actuellement proposées.

Dans un troisième temps, nous nous concentrerons sur la prise en charge, qu'elle soit hygiéno-diététique, micronutritionnelle, phytothérapeutique, aromathérapeutique ou médicamenteuse.

Enfin, nous présenterons les résultats d'une enquête menée auprès de personnes souffrant ou ayant souffert de SPM, des professionnels de santé appartenant au milieu pharmaceutique, ainsi que des personnes issues de la population générale, incluant également des hommes.

Première partie: Perception et évolution des croyances au regard du syndrome prémenstruel

I. La Grèce Antique: entre médecine et philosophie

Les textes antiques nous offrent des témoignages précieux sur la manière dont les Anciens concevaient le corps féminin et ses aspects physiologiques.

Si la notion de SPM appartient à la science actuelle, les médecins et philosophes grecs avaient déjà observé que certaines femmes présentaient, de manière cyclique, des troubles physiques et psychiques liés à leurs règles.

Ces différentes interprétations témoignaient de la manière dont le phénomène menstruel a été assimilé comme un facteur de déséquilibre, et contribuaient aussi à forger l'idée d'une vulnérabilité cyclique de la femme.

I.1 La vision Hippocratique

I.1.1 La théorie des humeurs

Dès l'Antiquité, les penseurs grecs s'intéressent au rôle du corps féminin et aux menstruations. Hippocrate (Ve–IV^e siècle av. J.-C.), considéré comme le père de la médecine, développe la théorie des humeurs et voit les règles comme un mécanisme d'évacuation nécessaire à l'équilibre féminin.

Pour rappel, la santé reposait sur l'équilibre (*eukrasia*) de quatre humeurs:

- le sang (chaud et humide, lié au printemps et à l'air, principe de vitalité)
- le phlegme (froid et humide, lié à l'hiver et à l'eau, principe de lenteur et d'apaisement)
- la bile jaune (chaude et sèche, liée à l'été et au feu, principe d'énergie et de colère)
- la bile noire (froide et sèche, liée à l'automne et à la terre, principe de mélancolie et de lourdeur)

La maladie découlait d'une ou plusieurs humeurs en excès, ou en défaut ou mal localisées (*dyskrasia*).

Selon Hippocrate, le corps de la femme était considéré comme plus humide et plus spongieux que le corps masculin, plus enclin aux désordres humoraux.

En l'occurrence, il est plus sujet à une accumulation de sang, conférant un rôle central aux menstruations, celui de purgation.

“Chez les femmes, les règles surviennent pour purger leur corps de l'excès de sang. Si ce flux est retenu, des maladies graves surviennent.” (paraphrase de *Maladies des femmes I*, 1, trad. Littré) (7).

I.1.2 Les menstruations et l' "errance de l'utérus"

Comme nous l'avons vu précédemment, les menstruations avaient une place essentielle dans la santé féminine antique.

Elles étaient interprétées comme un mécanisme de purification: elles permettaient d'évacuer les humeurs superflues, principalement le sang.

Ainsi, si les menstruations étaient trop abondantes, cela entraînait faiblesse et épuisement par perte excessive d'humeurs vitales.

À l'inverse, si ce flux ne s'écoulait pas correctement (aménorrhée), un surplus de sang risquait de stagner et provoquer un déséquilibre interne, à savoir une montée du sang vers le cerveau, créant un empoisonnement du corps et de l'esprit (ex: vertiges, agitation mentale, suffocations, troubles somatiques et affectifs).

Dans *De morbis mulierum* (traduit en français sous le titre de: Maladies des Femmes), la plus importante des oeuvres gynécologiques du *Corpus Hippocraticum* (V-IVe siècle a.C.), l'utérus est ressenti comme la cause de toutes les maladies des femmes.

L'utérus est imaginé comme un organe mobile, pouvant errer à travers tout le corps de la femme. En cas de règles bloquées, il se resserre et peut remonter vers le thorax, comprimant les poumons et la gorge.

Les médecins antiques les nomment les "errances de l'utérus" ou les "voyages de l'utérus".

Selon Hippocrate, *"l'utérus dans sa course errante, πλάνη (planê), peut aller vers les jambes, le gros orteil, les lombes, la vessie, le cœur, la tête, le foie et il peut même s'élancer à l'extérieur du corps à la recherche de fraîcheur"* (8)

Selon Hippocrate, ce phénomène pouvait survenir chez les femmes n'ayant pas eu de rapports sexuels, ou chez les femmes d'un certain âge ou en cas de règles retenues, l'utérus devient alors sec et est à la recherche d'organes humides. *"L'utérus est trop sec, il se dirige vers les organes qui contiennent le plus d'humidité (le foie ou le cerveau)"* (8).

Dans ces traités hippocratiques, nous retrouvons la description de ce que les médecins de l'époque appelaient la "suffocation de matrice" (*pnix hysterikè*).

La suffocation hystérique était une maladie provoquée par les errances (mouvements anormaux) de l'utérus, qui se retrouve là où il ne devrait pas être; en résultaient des symptômes tels que l'étouffement, l'angoisse, l'évanouissement, parfois même des spasmes ou des convulsions.

"Quand elle (la matrice) s'est jetée sur le foie, elle cause une suffocation subite, interceptant la voie respiratoire qui est dans le ventre. (...) Le blanc des yeux se renverse, la femme devient froide, et même quelquefois livide. Elle grince des dents ;

la salive afflue dans sa bouche et elle ressemble aux épileptiques. Si la matrice reste longtemps fixée au foie et aux hypocondres, la femme succombe étouffée” (9).

Le traitement consistait alors à ramener l’utérus à sa place par des remèdes olfactifs: des fumigations odorantes étaient appliquées au vagin (pour l’attirer vers le bas) ou sous le nez (pour le repousser).

I.1.3 Lien avec les symptômes prémenstruels

Bien que le concept moderne de SPM était encore inexistant, les textes hippocratiques en offrent une interprétation pré-scientifique.

Les troubles corporels et psychiques périodiques (maux de ventre, irritabilité, mélancolie, douleurs) étaient perçus comme des signes d’un déséquilibre humoral temporaire en attente de se résoudre par l’écoulement des règles.

L’arrivée des menstruations devait jouer un rôle thérapeutique naturel: rétablir l’équilibre du corps en purgeant le surplus de sang.

Ainsi, dans ce cadre antique, les règles avaient une fonction thérapeutique naturelle et le SPM correspondait donc à la phase de désordre humorale-utérin précédant la libération de flux menstruel.

I.2 Platon et la vision de l’utérus “animal”

I.2.1 L’utérus, un être autonome

Dans le *Timée*, Platon décrit l’utérus (*hystera*) comme un animal vivant (*zoon*) logé dans le corps de la femme. Cet animal a son propre désir, il cherche à se reproduire. Lorsqu’il est insatisfait, par exemple en cas d’absences de rapports sexuels, ou d’impossibilité à concevoir, il devient frustré et erre dans le corps féminin.

“Dans les femmes, ce qu’on appelle l’utérus est un animal qui désire engendrer des enfants. S’il demeure longtemps stérile après la puberté, il s’irrite, s’indigne et erre à travers le corps ... et provoque toutes sortes de maladies.” (10).

L’utérus est considéré comme une force propre, indépendante, susceptible de causer des troubles s’il reste trop longtemps stérile.

I.2.2 Les troubles provoqués par les errances

Tout comme Hippocrate, Platon attribue aux mouvements anormaux de l’utérus (les errances) divers désordres.

Ces derniers provoquent des suffocations (en remontant vers la poitrine) ou peuvent causer des troubles de l’âme, comme l’angoisse, l’agitation, l’irritabilité.

Ces symptômes rappellent ce que la médecine moderne appellerait les manifestations psychiques liées au SPM.

Timée (91 c-d) : "...il erre par tout le corps, bloque les conduits de l'haleine (l'air), empêche la respiration, cause les plus extrêmes angoisses et occasionne des maladies de toutes sortes" (10).

"... jusqu'à ce que, le désir et l'amour unissant les deux sexes, ils puissent cueillir un fruit, comme à un arbre et semer dans la matrice, comme dans un sillon, des animaux invisibles par leur petitesse et encore informes" (11).

L'union sexuelle a une fonction thérapeutique: elle fixe l'utérus à sa place, et restaure l'ordre interne du corps féminin.

Ainsi, la femme est pensée comme un corps potentiellement pathologique par nature, qui ne trouve son équilibre que par la relation à l'homme.

On y retrouve une métaphore agricole; l'homme est actif (il sème, cueille) et la femme est passive (le terme de matrice est employé).

L'utérus apparaît comme un espace vide et demandeur.

L'embryon quant à lui est vivant mais pas encore pleinement formé, comparé à un animal invisible.

I.2.3 Interprétation des symptômes cycliques

Selon Platon, les perturbations observées périodiquement chez les femmes (irritabilité, douleurs, troubles émotionnels) ne sont pas des déséquilibres d'humeurs, mais l'expression d'un utérus frustré. Le cycle menstruel devient ainsi une exigence organique de l'utérus, déclenché par l'insatisfaction reproductive.

Les troubles sont vus comme des punitions naturelles si ce besoin n'est pas satisfait.

Ainsi, l'utérus est décrit comme un animal vivant à l'intérieur du corps de la femme.

S'il demeure inassouvi (absence de grossesses) après la puberté, il s'irrite, se met en mouvement à travers le corps et bloque les voies de la respiration et engendre toutes sortes de maladies.

Le remède proposé dans ce cadre est l'union sexuelle conduisant à la conception, ce qui apaise l'organe.

I.3 Aristote: la femme et la purge menstruelle

I.3.1 La femme, un être incomplet

Aristote adopte une approche différente, dans le *De generatione animalium*, il affirme: *"La femme est comme un mâle imparfait; car elle a en puissance ce que le mâle a en acte" (12).*

Selon lui, la nature est pensée à partir de la distinction entre la puissance (dynamis: ce qui peut être, ce qui est en devenir) et l'acte (energia: ce qui est pleinement réalisé).

Cette distinction n'implique pas de jugements moraux, elle est ontologique (c'est l'étude des êtres en eux-même et non tels qu'ils nous apparaissent) même si, toutefois, elle contribue à fonder et légitimer une hiérarchie des sexes.

La femelle fournit la matière de l'embryon (le sang menstruel), elle reçoit la forme, elle est associée au froid et à la passivité, elle est du côté de la puissance, tandis que la semence mâle fournit la forme, il apporte le logos (la structure), il est associé à la chaleur, à l'activité.

Pour Aristote, le mâle est le modèle normatif de l'espèce humaine. Quand la génération n'atteint pas ce modèle idéal, le résultat est une femelle.

Il écrit par ailleurs : *“La femelle est pour ainsi dire, un mâle manqué”* (13).

Ce manquement n'est pas moral mais physiologique: la nature vise le mâle, la femelle apparaît lorsque la matière résiste.

Ainsi, la femme appartient bien à la même espèce que l'homme mais, du fait qu'elle soit “plus froide et humide”, elle est incapable de transformer tout son sang pour concevoir l'embryon sans l'aide du mâle.

Elle produit donc un excès de sang que le corps doit éliminer régulièrement par les menstruations.

Contrairement à Hippocrate et Platon, Aristote ne retient pas l'idée d'un utérus mobile. L'utérus est donc fixe, la femme est physiologiquement incomplète (mâle manqué), mais son corps obéit à des lois naturelles (la sexualité).

I.3.2 Le rôle des règles

Chez Aristote, les menstruations occupent une place très importante dans la compréhension de la physiologie féminine et de la reproduction.

Dans son œuvre *De la génération des animaux et Histoire des animaux*, il conçoit les règles comme le résultat d'un excès de matière sanguine que le corps féminin ne parvient pas à transformer en semence, en raison d'un déficit de chaleur vitale propre à la nature féminine.

“Les règles sont une évacuation naturelle du sang en excès, car la femme n'est pas capable de l'utiliser tout entier pour la génération” (14).

Contrairement à l'homme, chez qui le sang est “cuit” et devient sperme, la femme évacue cet excédent sous forme de menstruations (15).

Les règles remplissent ainsi une fonction physiologique essentielle de purification et de régulation: elles permettent d'éliminer l'excès de sang et de maintenir l'équilibre du corps féminin. Aristote souligne que la régularité menstruelle est un signe de

bonne santé, tandis que leur absence ou leur irrégularité constitue un facteur pathogène majeur (16).

I.3.3 Les désordres liés aux menstruations

Lorsque le sang s'accumule ou circule mal, cet excès de sang non évacué se répand dans le corps et provoque divers troubles comme douleurs, inflammations, troubles respiratoires, mais aussi altérations du comportement et de l'humeur, telles que l'agitation, la tristesse ou l'irritabilité.

“Si le flux ne se produit pas, ou pas suffisamment, le corps devient lourd et malade, et l'âme elle-même se trouve affectée” (17).

Pour Aristote, les troubles physiques et psychiques péri-menstruels sont directement liés à la mauvaise élimination du surplus sanguin.

I.3.4 Un repérage commun des troubles cycliques chez la femme

Les conceptions antiques présentent une continuité d'observation: tous reconnaissent que des troubles féminins surviennent de façon cyclique. Ils relient ces troubles au fonctionnement de l'utérus et à la gestion des fluides corporels.

En revanche, l'explication causale diffère profondément: elle repose sur l'utérus comme agent pathogène chez Hippocrate et Platon, avec leur concept d'errances ou de frustration de l'utérus.

Chez Aristote, elle repose sur une théorie basée sur la matière sanguine.

Malgré ces différences, ces approches convergent à interpréter les variations cycliques comme des désordres naturels.

Toutes n'ont aucun lien avec les bases hormonales et neuroendocriniennes identifiées aujourd'hui que nous évoquerons dans la seconde partie.

II. Le Moyen Âge: croyances et symboliques

L'approche médiévale du corps féminin et de ses rythmes biologiques s'inscrit dans un double héritage: celui de la médecine antique (fondée principalement sur la théorie humorale) et celui de la pensée chrétienne, où se superposent les cadres moraux et spirituels.

À travers ces deux courants, la femme médiévale est perçue comme un être instable et impur, dont les flux menstruels symbolisent autant une nécessité physiologique qu'un rappel de la faute originelle.

Si la notion de SPM est encore inconnue, on retrouve néanmoins dans les textes médicaux, religieux et sociaux du Moyen Âge une perception cyclique des troubles féminins, témoignant de symptômes physiques et de désordres émotionnels.

II.1 Théories corporelles et menstruelles

II.1.1 La continuité de la théorie humorale

La médecine médiévale occidentale demeure profondément tributaire des doctrines hippocratiques. Par l'intermédiaire des traductions arabo-latines de l'école de Salerne, les savoirs gréco-arabes pénètrent en Europe dès le XI^e siècle (18).

Pour rappel, selon la théorie des quatre humeurs (sang, bile jaune, bile noire et phlegme), le corps féminin est dominé par le froid et l'humidité, ce qui le rend biologiquement instable et plus enclin aux déséquilibres.

Les menstruations constituent dès lors un mécanisme de régulation naturelle: elles permettent l'évacuation du "sang impur" ou des "résidus mal cuits" que le corps ne peut assimiler.

Ainsi, les flux sont à la fois nécessaires à la santé et révélateurs de la fragilité féminine. L'arrêt du flux est interprété comme une pathologie dangereuse, pouvant provoquer fièvre, étouffements ou des "suffocations de la matrice", ancêtres des diagnostics hystériques.

Les médecins médiévaux soulignent également que la sexualité et la reproduction sont pensées à la fois comme des phénomènes physiologiques et comme des enjeux moraux, fortement influencés par le cadre religieux (19).

II.1.2 Le sang féminin: entre nécessité et danger

Le sang menstruel occupe une place paradoxale: il est à la fois purificateur et toxique. Le *Trotula*, traité majeur de gynécologie médiévale, recommande de favoriser son écoulement pour éviter "la corruption des humeurs et la tristesse du cœur" (20). La rétention du flux y est associée à des symptômes physiques (douleurs abdominales, maux de tête) et psychiques (mélancolie, irritabilité), qu'on pourrait aujourd'hui rapprocher d'un SPM sans que le concept existe encore.

Cependant, d'autres textes décrivent le sang féminin comme doté de propriétés dangereuses : le pseudo-Albert le Grand dans le *De secretis mulierum* (*Le secret des femmes*) lui attribue la capacité de "flétrir les fleurs, ternir les miroirs et altérer les métaux" (21).

Cette vision ambivalente traduit la peur d'un corps féminin perçu comme incontrôlable, dont les sécrétions deviennent l'instrument du désordre moral et cosmique.

II.1.3 Astrologie et cycles féminins

L'influence des astres sur les menstruations est un thème récurrent.

La correspondance entre la lune et les flux féminins s'enracine dans une cosmologie où le corps humain est un microcosme (corps) soumis au macrocosme (univers) céleste (22).

Certaines pratiques thérapeutiques comme les saignées ou les purges peuvent être ajustées en fonction des phases lunaires.

Les flux sanguins, notamment menstruels, étaient parfois considérés comme plus abondants lors de la pleine lune, illustrant la croyance en une influence des astres sur les humeurs corporelles.

Cette dimension astrologique, encore présente dans les traités de Salerne, témoigne d'une volonté de naturaliser le cycle menstruel tout en l'inscrivant dans une vision ordonnée et providentialiste du monde (le cycle menstruel n'est donc pas compris comme un phénomène biologique, il possède une fonction prédéterminée, voulue par l'ordre du monde céleste (les astres, Dieu) .

II.2 Textes gynécologiques médiévaux et pratiques médicales

II.2.1 *Le Trotula*

Rédigé à Salerne entre le XI^e et le XII^e siècle, le *Trotula* représente le premier corpus européen évoquant la médecine des femmes. Dans ce corpus sont décrits les affections menstruelles, les irrégularités du flux, les douleurs abdominales et les troubles d'humeur accompagnant les saignements (23).

La régularité du flux menstruel y est reconnue et associée à l'équilibre de la santé féminine. Toute irrégularité "trop faible" ou "trop abondante" peut conduire à des douleurs dans le dos, la tête ou les yeux, des palpitations cardiaques, des oedèmes ou des mictions douloureuses.

Les traitements proposés combinent des régimes alimentaires, des bains aromatiques, des fumigations ou herbes emménagogues (verveine, sauge, armoise (*artemisia*), rue (*ruta graveolens*)) réputées "chaudes et sèches" censées stimuler la circulations des humeurs et provoquer ainsi les menstruations.

On y trouve également des conseils comportementaux tels que le repos, l'éviction d'émotions fortes ou de relations sexuelles pendant les "temps du flux".

"Les rapports sexuels pendant le temps des menstruations sont nuisibles, tant en raison de l'affaiblissement de la femme que de l'altération des humeurs"

"Les perturbations de l'âme nuisent au flux menstruel" (trad du latin) (23).

Cette approche traduit une première tentative de prise en charge globale du cycle féminin.

II.2.2 *De secretis mulierum* (Le secret des femmes)

Au XIII^e siècle, le *De secretis mulierum* (*Les secrets des femmes*), attribué au pseudo-Albert le Grand (1200-1280), explique la physiologie féminine par des causes naturelles mais y ajoute une forte charge symbolique: la menstruation est décrite comme un exsudat impur, mais nécessaire à la fertilité (24).

“Les menstruations sont un excès de sang corrompu que la nature expulse afin qu’il ne nuise pas au corps”; “si les menstruations ne sont pas évacuées, la matrice n’est pas apte à la conception” (trad. du latin)

L’auteur y décrit des variations d’humeur, de teint, d’appétit et de comportement selon les “temps du mois”, attribuées à des “vapeurs montant du ventre à la tête”.

“Selon les temps du flux menstruel varient le teint du visage, l’appétit et la disposition de l’âme” (24).

Cette explication traduit une tentative précoce de lier le corps et le psychisme féminin, préfigurant certains éléments d’un discours sur la cyclicité émotionnelle féminine.

II.2.3 Pharmacopées et remèdes populaires

Les antidotaires médiévaux (*Antidotarium Nicolai* , *Liber servitoris*) contiennent de nombreuses recettes destinées aux affections féminines (traduction latine de *“passiones mulierum”*) (25).

Elles associent les plantes dites “féminines” (achillée, persil, menthe, camomille) à des préparations visant à équilibrer les humeurs, provoquer les menstruations *“ad fluxum menstruorum”* ou à détendre le ventre ou la matrice (trad *“ad dolorem matricis”*).

Ces recueils montrent une continuité entre la médecine savante et la médecine domestique, où les femmes, souvent matrones ou herboristes, jouent un rôle actif.

“Ut solent facere mulieres expertae” (traduction : “Comme ont coutume de le faire les femmes expérimentées”).

Dans certains cas, ces pratiques empiriques étaient valorisées; dans d’autres, elles furent suspectées de sorcellerie, notamment lorsque les remèdes touchaient à la fertilité ou au flux menstruel (26).

II.2.4 Figures féminines et savoir médical

Malgré une domination masculine du savoir médical au Moyen-âge, certaines femmes ont néanmoins marqué la médecine durant cette période en transmettant des connaissances :

- Trotula de Salerne (femme médecin médiévale), considérée comme l’auteure majeure du Trotula, défend une approche pragmatique, fondée sur l’expérience clinique et thérapeutique.
- Hildegarde de Bingen, abbesse bénédictine du XII^e siècle, décrit, dans le *Causae et curae*, le cycle menstruel comme un processus naturel d’équilibre (26). Elle associe les troubles du flux à des désordres de la bile ou du sang, reflétant encore la logique humorale de la médecine galénique.

Elle propose des remèdes visant à restaurer l'harmonie corporelle, combinant ainsi savoir médical et dimension spirituelle.

Ces femmes attestent l'existence d'une médecine féminine transmise entre pairs, souvent occultée par l'historiographie masculine.

II.3 Impuretés, tabous et contrôle du corps féminin

II.3.1 L'impureté rituelle

Sous l'influence de la théologie chrétienne, les menstruations deviennent un marqueur d'impureté morale.

Le Corrector sive Medicus de Burchard (évêque du XI^e siècle) codifie l'exclusion des femmes menstruées à travers une série d'interrogations pénitentielles interdisant l'accès à l'autel et à la communion.

"Mulier menstruata ausa est ingredi ecclesiam aut accedere ad altare ?" (traduit du latin *"Une femme menstruée a-t-elle osé entrer dans l'église ou s'approcher de l'autel?"*).

Le flux menstruel constitue un empêchement spirituel, implicitement rattaché à la faute originelle de la première femme, Ève (28) *"Propter culpam primae mulieris"* (traduit du latin *"en raison de la faute de la première femme"*).

Cette codification ecclésiastique transforme un phénomène biologique en symbole de souillure morale.

Ainsi, la femme menstruée est imparfaite sur le plan moral, ce n'est plus un simple désordre corporel.

II.3.2 La peur du corps féminin

Les textes médicaux et moraux du Moyen Âge attribuent au sang menstruel un pouvoir de nuisance qui dépasse largement le cadre physiologique.

Isidore de Séville écrit dans les *Etymologiae (Origines)* que le sang possède des propriétés corruptrices: il "fait tourner le vin", "flétrit les fruits et les fleurs" ou encore "rend les chiens enragés" (29).

Ces affirmations, reprises sans vérification, participent à la construction d'un imaginaire où le corps féminin est perçu comme instable et potentiellement nocif.

L'imaginaire médiéval associe les menstruations non seulement à un désordre bien du corps ou même de l'âme, mais aussi à une menace pour l'ordre social.

La femme menstruée représente la perte de contrôle, susceptible d'altérer son environnement et de troubler les équilibres naturels, et constitue un terrain fertile pour les futures constructions de l'hystérie ou de la "folie féminine" que nous verrons par la suite.

II.3.3 Normes religieuses et contrôle social

Le *Decretum Gratiani* (XII^e siècle) codifie l'interdiction des relations sexuelles pendant les menstruations, considérées comme "contre nature" (30).

Cette régulation des comportements féminins relie biologie à la morale, structurant la vie quotidienne des femmes au-delà du simple cadre spirituel.

Le discours médical, de son côté, justifie cette abstinence par des raisons physiologiques: le corps de la femme "étant affaibli" pendant le flux menstruel risquerait plus facilement la maladie ou la folie (31).

Ce chevauchement des savoirs moraux et médicaux illustre le glissement progressif vers une surveillance du corps féminin, où le biologique (les menstruations) sert de support à des normes éthiques et sociales.

L'abstinence obligatoire n'est pas qu'un commandement moral: elle relie biologie, santé et morale, et renforce l'image de la femme comme corps à la fois vulnérable et dangereux.

II.3.4 Bilan des perceptions et savoirs du Moyen Âge

Le cycle menstruel est perçu à la fois comme un phénomène biologique, moral et symbolique. Les textes savants, religieux et moraux articulent physiologie, humeurs et morale, inscrivant la femme dans un contrôle social.

Malgré la prédominance masculine dans la production du savoir, des figures comme Trotula de Salerne et Hildegarde de Bingen montrent que les femmes pouvaient également produire des connaissances pratiques et médicales, influençant la compréhension du corps féminin au Moyen Âge.

III. La Renaissance: une évolution des savoirs sans remise en cause du regard porté sur la femme

III.1 Savoirs antiques et progrès anatomiques

À la Renaissance, les savoirs médicaux antiques sont réétudiés, à savoir les textes d'Hippocrate, d'Aristote et de Galien.

Cette période marque cependant un tournant pour la médecine européenne avec le développement de l'anatomie, fondée sur la dissection.

André Vésale, dans *De humani corporis fabrica* (1543) (32), contribue à une meilleure connaissance du corps humain, en privilégiant l'observation directe de ce dernier (d'extérieur comme d'intérieur avec les organes), y compris de l'appareil génital féminin.

Ses travaux ont d'ailleurs permis de corriger quelques erreurs anatomiques commises par Galien. En effet, Galien fondait une grande partie de son savoir sur la

dissection d'animaux (singes, porcs) ; Vésale, en disséquant des corps humains, a pu ainsi corriger certaines observations faites par Galien.

Parmi ces observations erronées, on retrouve la structure de l'utérus: Galien décrivait l'utérus humain comme étant composé de différentes cavités (sept au total). Grâce à ses travaux, Vésale a pu démontrer que l'utérus avait une cavité unique, et que c'était un organe fixe, maintenu par des ligaments, mettant fin à la représentation erronée très répandue de l'utérus mobile.

“La Nature a créé un col unique mais non pas une cavité (ku/toj) unique pour l'utérus; chez les porcs et autres animaux dont la portée devait être nombreuse, elle a établi plusieurs cavités... Car la nature, prévoyante, pour que ne disparaissent pas des espèces faibles, a inventé la génération multiple”. Extrait de la conception de l'anatomo-physiologie par Galien (33).

Toutefois, ces avancées concernent davantage la description du corps que l'interprétation des troubles féminins, qui restent largement héritées des conceptions antiques. Comme le souligne Nancy Siraisi en 1990: *“l'anatomie de la Renaissance améliore la connaissance du corps, mais n'entraîne pas nécessairement une transformation des cadres interprétatifs des maladies”* (34).

Pour résumer, la connaissance anatomique se révèle utile pour décrire, mais insuffisante pour comprendre et interpréter les troubles féminins, qui demeurent perçus comme des déséquilibres généraux internes (déséquilibres des humeurs).

III.2 Une continuité des représentations du corps féminin

Malgré les progrès scientifiques, le corps féminin demeure perçu comme instable et dominé par l'utérus. Les troubles liés au cycle menstruel continuent d'être interprétés comme des déséquilibres internes, physiques et/ou moraux.

Les menstruations sont encore associées à une forme de fragilité ou d'irrégularité naturelle, encore considérées comme potentiellement nocives si le flux est insuffisant ou excessif.

En résumé, le corps féminin est perçu comme plus sujet aux désordres du fait de sa physiologie reproductive.

Ainsi, la Renaissance n'apporte pas de rupture majeure dans la compréhension des troubles féminins, mais s'inscrit dans une continuité avec le Moyen Âge, sur le plan symbolique. Même si la méthode médicale évolue, les représentations restent profondément ancrées dans une vision genrée du corps, dans laquelle la femme est considérée comme instable.

IV. Le siècle des Lumières: médicalisation des émotions

IV.1 La “femme vaporeuse” et les maladies nerveuses

Le XVIII^e siècle valorise la raison et le progrès scientifique, mais la vision du corps féminin reste profondément différenciée de celle des hommes. Si les explications religieuses et morales reculent, elles sont remplacées par un discours médical qui continue d’assigner aux femmes une constitution jugée plus fragile et plus sensible.

Thomas Sydenham (1624-1689), médecin anglais de la fin du XVII^e siècle, considéré comme le “Hippocrate anglais”, joue un rôle fondateur dans cette évolution.

Dans *Dissertatio epistolaris de affectione hyserica* (1681), il affirme que l’hystérie n’est pas causée par l’utérus en lui-même, mais par le système nerveux, écrivant que ces troubles “*dépendent davantage des esprits animaux et des nerfs que de l’utérus lui-même*” (35).

En déplaçant l’origine de la maladie vers les nerfs, Sydenham rompt avec la conception de l’utérus errant et pose les bases d’une interprétation nerveuse des troubles auparavant attribués à l’utérus.

Cette conception est reprise et enrichie au début du XVIII^e siècle par George Cheyne (1641-1743), un médecin écossais qui dans, *The English Malady* (1733), popularise le terme de “vapeurs” pour désigner un ensemble de troubles nerveux associant tristesse, anxiété, fatigue, palpitations ou instabilité émotionnelle.

Cheyne décrit ces affections comme liées à une sensibilité excessive du système nerveux et touchant particulièrement les femmes, dont il estime que “*les fibres sont plus délicates et plus facilement affectées*”. La “femme vaporeuse” devient ainsi une figure médicale et sociale, incarnant la fragilité nerveuse attribuée au féminin.

Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, François Boissier de Sauvages (36) (1706-1767), médecin français, publie *Nosologia methodica* (1763), et propose une classification systématique des maladies inspirée à la fois de Sydenham et des botanistes (37). Les affections vaporeuses y sont intégrées comme entités nosologiques à part entière, appartenant aux maladies nerveuses.

Enfin, Pierre Pomme (1735-1812), médecin français auteur de *Traité des affections vaporeuses des deux sexes* (1763) décrit les “vapeurs” comme un ensemble de symptômes variés: “*palpitations, abattement, inquiétude, évanouissements, dérèglements de l’imagination*”, qu’il attribue à une hypersensibilité du système nerveux. Bien qu’il affirme que ces affections concernent théoriquement les deux sexes, il souligne leur prédominance chez les femmes, consolidant l’association entre féminité et pathologie nerveuse.

Ainsi, durant ce siècle, les troubles émotionnels féminins ne sont plus expliqués par un utérus errant ou une faute morale, mais par un dérèglement nerveux, marquant une rupture partielle avec les modèles antiques.

Toutefois, cette évolution ne remet pas en cause la différenciation sexuelle: la constitution de la femme la rend plus sujette aux maladies nerveuses, renforçant l'idée d'une fragilité féminine naturelle.

IV.2 Entre progrès scientifique et pathologisation des émotions féminines

Les émotions et les variations d'humeur, autrefois interprétées comme des fautes morales ou des manifestations démoniaques, entrent désormais dans le champ médical et sont expliquées par des déséquilibres du système nerveux.

Cependant, cette médicalisation ne constitue pas uniquement un progrès.

Les émotions féminines, en particulier lorsqu'elles sont associées au cycle menstruel, sont progressivement perçues comme excessives ou anormales, sans être reconnues comme des expériences physiologiques ordinaires.

Le discours médical des Lumières participe ainsi à une pathologisation du féminin, opposant implicitement la sensibilité des femmes à la rationalité masculine.

Ces conceptions dépassent le cadre médical et ont des implications sociales importantes. En présentant les femmes comme dominées par leurs émotions et leur sensibilité nerveuse, elles contribuent à justifier leur exclusion de la sphère publique, intellectuelle ou politique.

Le siècle des Lumières illustre ainsi un paradoxe majeur: alors qu'il valorise la raison comme principe universel, il maintient une vision essentialisée du féminin, ouvrant la voie aux théories hystériques et psychiatriques du XIX^e siècle.

V. Évolutions des représentations au fil des siècles: le XIXe siècle

Le XIX^e siècle marque un grand changement dans la perception des troubles féminins: le discours médical s'éloigne du religieux pour intégrer la morale et la psychologie.

L'hystérie s'impose comme figure centrale de la maladie des femmes, concentrant l'ensemble des représentations sociales, morales et biologiques du corps menstrué.

V.1 L'hystérie : du désordre utérin au trouble nerveux

V.1.1 Héritage des théories antiques

Les médecins du XIX^e siècle revendiquent l'avènement d'une médecine scientifique fondée sur l'observation clinique et l'anatomie. À ce titre, ils rejettent certaines doctrines antiques jugées dépassées, telles que la théorie de l'utérus errant formulée par Hippocrate, ou les explications strictement humorales des troubles féminins.

Cependant, ce rejet n'est que partiel. L'idée d'un lien étroit entre l'appareil reproducteur féminin et les troubles psychiques demeure centrale, de même que la conception d'un corps féminin perçu comme instable et particulièrement sensible aux désordres pathologiques. Les associations traditionnelles entre féminité, émotions et perte de contrôle sont ainsi maintenues, bien que reformulées dans un langage médical modernisé.

Dans cette perspective, l'utérus errant cède la place à un système nerveux féminin hypersensible, tandis que les "vapeurs" théorisées aux XVII^e et XVIII^e siècles sont intégrées aux catégories de la névrose et, surtout, de l'hystérie. Cette évolution repose sur une essentialisation persistante du féminin: les troubles émotionnels, la nervosité ou la mélancolie sont expliqués par le fonctionnement cyclique des organes reproducteurs, et plus particulièrement par la menstruation (38).

Les règles sont alors conçues comme une période de vulnérabilité physiologique, susceptible de favoriser des dérèglements psychiques. Ainsi, dans les premiers traités de médecine du XIX^e siècle, le lien entre le cerveau et les organes génitaux féminins est fréquemment souligné.

P.Briquet (1796-1881) affirme que *"le cerveau des femmes, plus impressionnable, subit l'influence directe des organes génitaux"* (39).

Dans ce cadre, l'hystérie devient le moyen de regrouper une large variété de symptômes féminins jugés excessifs (douleurs, anxiété, irritabilité, convulsions) contribuant à une lecture pathologisante de l'expérience corporelle féminine.

V.1.2 De l'utérus au système nerveux : la redéfinition médicale de l'hystérie

Sous l'influence de la physiologie et de la neurologie naissantes, les médecins du XIX^e siècle redéfinissent l'hystérie non plus comme une maladie de l'utérus, mais comme un trouble du système nerveux.

Dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (1859), Pierre Briquet expose une vision large et détaillée des facteurs prédisposant à l'hystérie.

Il souligne que l'hystérie est influencée par le sexe (quelques cas existent chez les hommes, même si c'est plus commun chez les femmes), mais aussi par l'âge (des formes d'hystérie apparaissent chez les enfants, *"mais la prédisposition à l'hystérie est décroissante de vingt-cinq ans à quarante ans"*), par l'hérédité (les hystériques ont 25% de parents atteints de maladies nerveuses ou d'affections de l'encéphale), la constitution physique (*"taille moyenne, de l'embonpoint, peau blanche, cheveux châtons clair ou foncé"*) et la disposition morale (*"le fond dominant du caractère des hystériques est une prédisposition aux sentiments affectueux et une susceptibilité d'humeur qui trouve en toute chose un sujet de sensations pénibles"*), les conditions climatiques (*"les climats chauds semblent donc donner naissance à l'hystérie par la fréquence et la vivacité des passions auxquelles les mœurs donnent lieu"*), la position sociale, le mode d'éducation (*"une éducation trop douce, une vie trop calme,*

une existence dans laquelle on prend trop soin d'éviter les fortes impressions, peuvent altérer la sensibilité, conduisant à l'hystérie") et d'alimentation ("éviter la surabondance de sucs nourriciers"), les passions et affections morales ("les tracasseries, les préoccupations, les soucis qui proviennent soit du ménage, de la famille ou des relations illicites" ou "la jalousie, la crainte continuelle, l'ennui, les déceptions"), certaines professions ("plus de la moitié des filles publiques (prostituées) est atteinte d'hystérie"), les menstruations ("que la menstruation soit normale, soit à l'état pathologique, ne peut être considéré comme prédisposition que chez les $\frac{3}{8}$ des hystériques"), ou encore le milieu où s'est faite la première éducation (39).

Ainsi, il conclut que l'hystérie ne peut être expliquée par une cause unique, ni réduite à une pathologie strictement liée aux organes génitaux féminins.

S'il reconnaît que l'hystérie peut exceptionnellement toucher les hommes, il affirme qu'elle demeure très majoritairement féminine, les femmes y étant près de vingt fois plus prédisposées.

Cette prédisposition n'est toutefois pas attribuée directement à l'utérus ou à la menstruation: Briquet montre que, dans la majorité des cas, l'hystérie apparaît indépendamment des troubles menstruels, pouvant survenir avant la puberté même en dehors de toute anomalie des règles, ou même après la ménopause.

Les menstruations ne sont donc pas considérées comme une cause directe de l'hystérie, mais plutôt comme un facteur susceptible d'en moduler l'expression, notamment entre 12 et 20 ans, période où son influence semble plus marquée.

Pour Briquet, l'origine de l'hystérie réside avant tout dans une disposition particulière de sensibilité, jugée propre aux femmes, façonnée par leur constitution morale, leur rôle social, leur éducation et leur rapport aux émotions, faisant de l'hystérie une affection à la fois nerveuse, psychique et relativement genrée.

Pour Jean-Martin Charcot (1825-1893) neurologue français, l'hystérie est une affection réelle clinique.

Il affirme que l'hystérie peut toucher aussi bien les hommes que les femmes, défendant une forme de symétrie anatomique et clinique entre les sexes, même si la maladie est plus fréquemment observée chez les femmes.

Les organes génitaux ne sont pas, selon lui, la cause de l'hystérie, mais peuvent être des interrupteurs dans le déclenchement des crises, ce sont des points hystérogènes.

Charcot rejette donc l'idée d'une causalité organique simple et définit l'hystérie par ses stigmates cliniques (anesthésies, hyperesthésies, paralysies fonctionnelles, troubles sensoriels, instabilité émotionnelle), qu'il distingue soigneusement de l'épilepsie par un diagnostic différentiel rigoureux (40).

Il considère que les crises hystériques sont parfois déclenchées par un choc nerveux, un traumatisme ou une émotion intense, mais reconnaît progressivement

que l'hystérie peut se manifester même en l'absence de traumatisme identifiable, ce qui l'amène à renoncer à toute tentative de déterminisme strict.

Sa méthode repose sur l'observation clinique, et la reproduction des symptômes, notamment par l'hypnose et la suggestion (fait d'introduire un symptôme, une sensation par la parole, le geste ou la mise en scène clinique) qu'il utilise pour démontrer le caractère fonctionnel et dynamique des troubles hystériques.

Charcot démontre que les symptômes hystériques peuvent être modifiés ou déclenchés par la parole, ce qui suggère qu'ils ne reposent pas que sur une lésion organique, mais aussi sur des processus psychiques capables de produire des manifestations corporelles (40).

À la fin de sa vie, Charcot opère un tournant majeur en introduisant la notion de croyance et de foi qui guérit, s'intéressant aux guérisons miraculeuses et à la puissance de l'esprit sur le corps.

Il propose une interprétation fondée sur la suggestibilité et l'état psychique du patient, montrant que l'esprit peut produire des effets réels sur le corps. Charcot occupe ainsi une position charnière dans l'histoire de la médecine, entre neurologie et psychologie, et ouvre la voie aux travaux de Freud et à l'émergence de la notion d'inconscient.

V.1.3 S.Icard: la menstruation comme période de vulnérabilité nerveuse

S.Icard, psychiatre français, décrit la menstruation comme une période marquée par une augmentation de la sensibilité nerveuse chez la femme.

Dans son ouvrage *La femme pendant la période menstruelle* (1890), il observe l'apparition de manifestations somatiques et psychiques cycliques, qui s'arrêtent à la fin des menstruations:

"La menstruation s'annonce pendant huit jours par des coliques, des picotements aux seins, des maux de tête. La fille devient méchante, irascible, furieuse à la moindre objection. L'époque terminée, tout rentre dans l'ordre" (41).

J.-M. Charcot et S. Icard proposent deux lectures distinctes des troubles associés à la menstruation. Charcot s'inscrit dans une théorie centrale, attribuant ces manifestations à une vulnérabilité du système nerveux central, sur laquelle les fonctions génitales exercent un rôle déclenchant ou modulateur. Les menstruations ne sont pas considérées comme la cause directe des troubles, mais comme un facteur révélateur d'un terrain nerveux préexistant (44).

À l'inverse, S. Icard défend une théorie périphérique, expliquant les manifestations cycliques par une irritation nerveuse d'origine génitale, transmise vers le système nerveux et responsable de troubles somatiques et psychiques transitoires.

Cette opposition entre causalité centrale et périphérique illustre les débats médicaux de la fin du XIX^e siècle et constitue une étape clé dans l'évolution des concepts menant au syndrome prémenstruel.

V.2 Le cycle menstruel comme grille d'interprétation des troubles féminins

Au XIX^e siècle, le développement de la gynécologie participe à une médicalisation progressive du cycle menstruel.

Les règles, auparavant interprétées symboliquement, deviennent un indicateur clinique du bon fonctionnement corporel. Leur absence, leur excès ou leur irrégularité sont considérés comme des symptômes à diagnostiquer.

Cette évolution conduit à l'identification de pathologies spécifiquement féminines telles que les dysménorrhées, les ménorragies, renforçant l'idée d'un corps féminin médicalement surveillé.

Toutefois, cette précision scientifique s'accompagne d'une forte moralisation du corps féminin. Les médecins décrivent la femme comme *“fragile, cyclique et sujette à des crises périodiques d'émotivité”* (42), faisant du cycle menstruel un repère temporel pour expliquer les variations physiologiques, mais aussi les comportements, les états anxieux, voire certains troubles mentaux.

Ainsi, des manifestations psychiques ou émotionnelles sont progressivement encadrées par le “discours médical”, contribuant à une lecture pathologisante de la féminité (43).

V.3 Du corps à la psyché

Au cours du XIX^e siècle, la médicalisation du corps féminin ne se limite plus à la sphère gynécologique.

Elle s'étend progressivement aux émotions, aux comportements et à la vie psychique, participant à une interprétation globale de la féminité comme étant instable et vulnérable.

Le regard médical ne se contente plus d'observer les manifestations corporelles du cycle menstruel: il intègre désormais l'intériorité féminine, à savoir les émotions, les comportements et les états psychiques, faisant du corps et de la psyché des dimensions conjointes de surveillance et d'interprétation.

Dans ce contexte, la souffrance féminine est de plus en plus pensée au travers des catégories médicales qui articulent la psychiatrie, la morale et l'ordre social.

V.3.1 La naissance d'une “psychiatrie du féminin”

Dans le prolongement de ces représentations, les débuts de la psychiatrie clinique voient émerger des diagnostics explicitement genrés.

Sous l'impulsion de médecins tels que Ph.Pinél (1745-1826) dans *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* en 1809 (45) ou E.Esquirol (1772-1840) dans *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* en 1838 (46), apparaissent des catégories comme la “mélancolie menstruelle”, la “folie puerpérale” ou le “délire cataménial”, qui établissent une corrélation directe entre la physiologie féminine et le trouble mental.

Ces termes montrent une volonté de médicaliser les troubles, en inscrivant le cycle menstruel dans la psychiatrie. Le cycle devient alors un moyen simple d'expliquer des comportements perçus comme excessifs ou instables.

Dans ce cadre, la femme dite "normale" est celle dont les règles, la sexualité et la maternité respectent des normes médicales et morales précises. Toute déviation est médicalisée ou considérée comme pathologique. Le corps féminin devient alors un objet d'observation, de contrôle médical. Ainsi, la psychiatrie du féminin contribue à définir et à surveiller la féminité, en reconnaissant la souffrance psychique tout en la normalisant.

V.3.2 Freud: Le déplacement de l'hystérie vers le psyché

Quand Sigmund Freud arrive à l'hôpital de la Salpêtrière en 1885, il vient se former auprès de Jean-Martin Charcot. Freud assiste alors à de véritables démonstrations cliniques d'hystérie et y observe des patientes présentant des symptômes spectaculaires: paralysies, convulsions, contractures...

Il est témoin de véritables crises théâtralisées, les femmes sont "en arc de cercle", elles subissent des attaques hystériques. Charcot utilise l'hypnose pour déclencher les symptômes ou pour les faire apparaître (200).

Cette expérience est fondatrice pour Freud et oriente sa trajectoire: pour lui, l'hystérie est une maladie du système nerveux (et pas de l'utérus). Les symptômes ont une origine psychique et pour lui le corps exprime quelque chose d'invisible. Des conflits psychiques peuvent se transformer en symptômes physiques, abandonnant l'idée d'une cause purement neurologique.

Avec Josef Breuer, ils publient *Études sur l'hystérie* (1895).

Breuer, avant sa rencontre avec Freud, avait pris en charge une patiente Anna.O (de son vrai nom Bertha Pappenheim). Lorsque cette dernière verbalise certains souvenirs traumatiques, ses symptômes disparaissent. C'est la méthode du "*talking cure*".

La psyché désigne l'ensemble du fonctionnement mental: les pensées, les émotions, les désirs, les souvenirs et enfin l'inconscient.

Dans cette perspective, l'apport majeur de Freud est de montrer que cette dimension inconsciente centrale, incluant des souvenirs traumatiques, des conflits internes et des désirs refoulés.

Même s'ils sont inconscients, ils peuvent se manifester indirectement, par les rêves, les lapsus ou les symptômes psychiques ou corporels (l'hystérie).

L'inconscient montre que le sujet n'est pas totalement maître de lui-même.

La psyché n'est pas calme, elle est traversée par des conflits internes et oscille entre: pulsions et interdits sociaux; plaisir et réalité. Ces conflits, lorsqu'ils ne peuvent pas être résolus consciemment, sont refoulés et trouvent parfois une autre voie d'expression. Le corps devient alors un support d'expression de la souffrance psychique.

La psyché est divisée en trois parties qui sont en interaction permanente: le ça (pulsions, désirs, c'est l'inconscient), le moi (partie consciente et inconsciente qui gère la réalité) et le surmoi (les interdits, les normes, c'est la société, la morale).

Freud affirme que les symptômes hystériques (paralysies, douleurs, crises, troubles sensoriels) n'ont pas de cause biologique mais qu'ils sont l'expression de conflits psychiques inconscients, souvent liés à des expériences traumatiques ou à la sexualité (47, 48).

Freud parle de conversion hystérique: le conflit psychique se transforme en symptôme corporel. L'hystérie est donc une souffrance réelle, dont la cause est psychique, inconsciente et liée à des désirs refoulés.

Freud opère un déplacement majeur de la compréhension de l'hystérie: d'une lecture neurologique héritée de Charcot, il élabore une approche psychique fondée sur le refoulement et l'inconscient, faisant du symptôme corporel hystérique la traduction d'un conflit psychique.

Toutefois, cette relecture ne rompt pas totalement avec les représentations genrées héritées du XIX^e siècle. En liant l'hystérie au développement psychosexuel, Freud renforce l'idée selon laquelle la féminité est étroitement associée à la sexualité, au refoulement et aux conflits émotionnels.

V.3.3 Vers une redéfinition de la souffrance féminine

Le XIX^e siècle constitue ainsi une période charnière dans la construction du regard médical porté sur le corps et la psyché féminins.

À travers la médicalisation du cycle menstruel, la pathologisation de l'hystérie et l'émergence des affections nerveuses périodiques, la médecine élabore un cadre interprétatif durable associant féminité, cyclicité et fragilité.

Si ces évolutions permettent une première reconnaissance médicale de certaines formes de souffrance psychique féminine, elles s'inscrivent également dans une logique de normalisation et de contrôle, où le biologique devient un principe explicatif des comportements, des émotions et de la vie psychique.

Cette période pose ainsi les fondations d'une médecine du féminin ambivalente: à la fois attentive à la souffrance des femmes et profondément marquée par des représentations sociales et morales.

Ainsi, la médicalisation du cycle menstruel au XIX^e siècle annonce à la fois la naissance d'une médecine du féminin et la longue lutte pour sa dépathologisation.

C'est dans ce contexte historique que s'inscrit, au siècle suivant, la progressive individualisation et médicalisation des troubles prémenstruels, héritiers directs de ces constructions médicales et symboliques du XIX^e siècle.

VI. Reconnaissance scientifique et perception actuelle

Le XX^e siècle marque un tournant fondamental dans la compréhension du cycle féminin.

Après plusieurs siècles d'interprétation morale, symbolique ou psychique, la recherche médicale commence à envisager les troubles prémenstruels comme des phénomènes biologiques.

Le corps féminin devient l'objet d'étude scientifique, au croisement de la gynécologie, de l'endocrinologie et de la psychiatrie.

Cette mutation conceptuelle aboutit à la naissance du syndrome prémenstruel, puis à sa reconnaissance internationale comme entité clinique et sociale.

VI.1 XX^e siècle: naissance du concept du “syndrome prémenstruel”

VI.1.1 La compréhension hormonale du cycle menstruel

Au tournant du XX^e siècle, la compréhension du cycle menstruel est marquée par l'abandon progressif des interprétations purement mécaniques ou utérines au profit d'un modèle physiologique et endocrinien.

Les premières avancées concernent la reconnaissance de l'existence de deux cycles distincts mais étroitement liés: le cycle ovarien et le cycle utérin.

Les travaux de Walter Heape (1905) mettent en évidence le caractère rythmique et autonome de l'ovulation, indépendante de l'accouplement, posant ainsi les bases du cycle ovarien (49).

Parallèlement, les études histologiques de l'endomètre, en particulier celles de Robert Schroeder dans les années 1910, permettent de décrire avec précision les modifications cycliques de la muqueuse utérine, conduisant à l'identification d'un cycle utérin structuré en phases menstruelle, proliférative et sécrétoire (50).

La reconnaissance du rôle endocrinologique de l'ovaire constitue une étape décisive. Dès 1903, Ludwig Fraenkel démontre que le corps jaune est indispensable au maintien de la grossesse, évoquant pour la première fois que l'ovaire exerce une action hormonale à distance sur l'utérus (51).

Dans les années 1920, l'essor de l'endocrinologie permet d'identifier les premières hormones ovariennes. En 1923, Edgar Allen et Edward Doisy mettent en évidence

une substance sécrétée par l'ovaire, responsable de la croissance de l'endomètre et du développement des caractères sexuels secondaires féminins, qui sera ultérieurement désignée sous le nom d'œstrogène. Cette découverte confirme le rôle central de l'ovaire comme glande endocrine (52).

La compréhension du contrôle du cycle ovarien s'enrichit avec les travaux portant sur l'hypophyse. Herbert Evans et Joseph Long démontrent en 1922 l'existence des gonadotrophines hypophysaires régulant l'activité ovarienne, et distinguent progressivement "l'hormone folliculo-stimulante (FSH)" et "l'hormone lutéinisante (LH)" (53).

En France, les travaux de R. Rivoire décrivent la coordination synchrone du cycle ovarien et du cycle utérin.

"Le cycle ovarien est marqué par la maturation folliculaire, l'ovulation vers le 13-14^{ème} jour, puis la formation du corps jaune, dont l'évolution conditionne celle de l'endomètre".

Il attribue à l'hormone folliculaire un rôle proliférateur sur l'endomètre, tandis que l'hormone lutéinique régule la maturation de l'œuf.

Il souligne enfin l'intervention indirecte de l'hypophyse dans la régulation ovarienne. Son approche contribue à intégrer la physiologie hormonale à la clinique gynécologique (54).

Enfin, en 1934, les recherches de George W. Corner et Willard Allen aboutissent à l'isolement et à l'identification de la progestérone, hormone sécrétée par le corps jaune, responsable de la transformation sécrétoire de l'endomètre et du maintien de la phase lutéale. Cette découverte achève la construction du modèle hormonal moderne du cycle menstruel (55).

Ainsi, entre le début du XX^e siècle et les années 1930, le cycle féminin est progressivement compris comme un phénomène rythmique et endocrinien complexe, reposant sur l'interaction entre l'ovaire, l'utérus et l'hypophyse.

Cette nouvelle lecture scientifique ouvre la voie à l'étude des variations cycliques féminines et des troubles qui leur sont associés, notamment les troubles cataméniaux et, plus tard, le syndrome prémenstruel.

VI.1.2 La menstruation: vers une normalisation physiologique

Au début du XX^e siècle, les troubles liés au cycle menstruel sont encore largement appréhendés à travers le concept de *moly-men cataménial*, (*moly-men* venant du grec *molys*, signifiant la douleur et *cataménial* venant du grec *katamēnia*, signifiant les menstruations), soit les douleurs liées aux règles.

En 1932, Henri-Camille Druost, docteur à l'Université de Nancy, décrit les répercussions de la menstruation sur l'état général de la femme, dans sa thèse *Menstruation et éducation physique* (56).

Il évoque des *“troubles plus ou moins marqués”* ayant pour résultat *“l’irritation du système neuro-vasculaire pelvien qui est ébranlé à chaque phase prémenstruelle”*

Il distingue des troubles hématologiques *“hausse prémenstruelle du taux de globules rouges”*, métaboliques, thermiques *“on a constaté chez certaines femmes une tendance à la fièvre prémenstruelle”* et circulatoires *“la tension artérielle s’élève avant la menstruation et descend au dessous de la normale quand l’écoulement commence”*, ainsi que des manifestations nerveuses et psychiques *“des modifications de l’état général et du caractère, céphalées, irritabilité, impressionnabilité, (...) nervosisme et une dépression physique et mentale”*.

Druost attribue ces troubles à une instabilité transitoire de l’organisme, impliquant le système nerveux végétatif, avec *“une alternance de phases vagotoniques et sympathicotoniques autour des règles”* (56).

La phase prémenstruelle et les menstruations sont progressivement reconnues comme des fonctions physiologiques normales et non plus comme un état pathologique périodique.

Si certaines femmes présentent des manifestations transitoires (tel qu’un ralentissement de l’activité physique ou intellectuel, justifiant autrefois des dispenses scolaires ou sportives), celles-ci sont considérées comme variables selon les individus et influencées par le mode de vie.

Dans cette optique, l’activité physique modérée est non seulement autorisée mais encouragée.

Les symptômes menstruels légers ne relèvent donc plus de la pathologie, mais d’une expression physiologique d’intensité variable.

VI.1.3 De la tension prémenstruelle au syndrome prémenstruel

C’est en 1931 que le terme de *“premenstrual tension”* apparaît pour la première fois par le gynécologue américain Robert T. Frank.

Dans son article publié dans *Archives of Neurology and Psychiatry*, il décrit “un ensemble récurrent de symptômes émotionnels et physiques apparaissant dans la phase lutéale du cycle, liés à une tension hormonale excessive” (57).

Frank évoque une cause endocrinienne (déséquilibre entre œstrogène et progestérone), inaugurant une lecture physiopathologique moderne du phénomène.

Frank distingue trois groupes de malades:

- Les femmes avec des troubles mineurs (fatigue, irritabilité, absence de concentration, douleurs),
- les femmes avec un malaise assez important pour qu’un handicap évident s’ensuive (femmes qui doivent rester au lit pendant quelques jours en raison de douleurs et/ou qui ne peuvent pas travailler),

- les femmes présentant de graves désordres somato-fonctionnels (épilepsie, asthme), qui se réactivent pendant la période pré-menstruelle.

Ses travaux sont prolongés dans les années 1950 par Greene et Dalton, qui affinent la sémiologie clinique et introduisent le terme de “premenstrual syndrome”(58).

Dalton, obstétricienne britannique, décrit en 1953 dans BMJ plus de 150 symptômes potentiellement liés au SPM et insiste sur leur disparition après l’apparition des règles.

Elle soutient que ces troubles ne relèvent ni de la folie ni de la faiblesse morale, mais d’une désorganisation hormonale cyclique, un positionnement novateur pour l’époque.

VI.1.4 De la biologie à la reconnaissance clinique

À partir des années 1980, la recherche clinique sur le SPM se structure et gagne en légitimité scientifique. Le SPM est progressivement défini comme une affection multifactorielle, résultant de l’interaction entre des mécanismes hormonaux, neurochimiques et des facteurs psychosociaux.

Les travaux mettent en évidence le rôle des neurotransmetteurs, en particulier la sérotonine et le GABA, dont les variations, associées aux fluctuations progestatives de la phase lutéale, pourraient expliquer l’émergence des symptômes émotionnels et comportementaux (59).

Cette évolution conceptuelle conduit à une reconnaissance institutionnelle du trouble.

En 1987, le DSM-III-R introduit la catégorie de Late Luteal Phase Dysphoric Disorder (LLPDD), marquant une étape décisive dans la médicalisation du SPM.

Cette entité sera ultérieurement renommée Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) et officiellement intégrée au DSM-5 en 2013 (60).

Dès lors, le SPM s’impose comme une entité médicale codifiée, faisant l’objet de recommandations diagnostiques et de stratégies thérapeutiques standardisées, associant traitements hormonaux, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), mesures d’hygiène de vie et prise en charge nutritionnelle.

Cette reconnaissance clinique permet une meilleure prise en compte de la souffrance des patientes, tout en relançant le débat sur les enjeux de médicalisation du vécu prémenstruel.

VI.2 Reconnaissance contemporaine

VI.2.1 Le SPM comme enjeu de santé publique et de société

Au XXI^e siècle, le SPM est reconnu par la communauté scientifique internationale comme un syndrome à part entière, touchant environ 20 à 40 % des femmes en âge de procréer (61), dont 5 à 8 % présentent une forme sévère (PMDD) (62).

Par la fréquence de sa survenue, la diversité de ses manifestations et son caractère chronique et cyclique, le SPM constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique.

Le SPM est reconnu comme un facteur de baisse de productivité, d'absentéisme au travail (189), mais aussi comme un élément altérant la santé mentale et les relations interpersonnelles. À ce titre, il dépasse le cadre individuel pour devenir un problème collectif, engageant les systèmes de santé, les politiques sociales et le monde du travail.

En France, bien que le SPM ne soit pas encore inscrit dans les nomenclatures officielles de pathologies, il est largement reconnu dans la littérature médicale et par les autorités sanitaires, la "Haute Autorité de Santé (HAS)", comme facteur de vulnérabilité féminine (63).

Cette reconnaissance se traduit par une attention croissante portée aux troubles menstruels à travers les réflexions actuelles sur la prise en charge de la douleur, la santé mentale des femmes, l'endométriose et plus récemment le débat sur le congé menstruel.

Ces évolutions témoignent d'un changement de référentiel, passant d'une banalisation historique des symptômes à une approche complète intégrant prévention, dépistage, accompagnement et reconnaissance de l'impact psychosocial du SPM.

VI.2.2 Évolution du regard médiatique et social

Le discours médical contemporain tend à dépasser la dichotomie psychique versus biologique en adoptant une approche biopsychosociale du SPM.

Des études récentes, que nous verrons dans la seconde partie, soulignent l'importance du stress, du mode de vie, du sommeil dans la modulation de l'intensité et de l'expression des symptômes.

Parallèlement, un changement des médias et des institutions s'opère au XXI^e siècle. Les troubles menstruels font l'objet d'un débat public, en particulier autour de leurs répercussions sur la vie professionnelle.

L'article de La Voix du Nord (64) publié en avril 2023 illustre cette évolution en mettant en lumière les réflexions engagées en France autour de la création d'un congé menstruel, dans le sillage de son adoption en Espagne.

Des expérimentations locales et professionnelles sont rapportées au sein de certaines entreprises privées (par exemple, l'entreprise VEGA à Strasbourg en 2025, offrant six jours par an de congé pour le bien-être des femmes souffrant de règles douloureuses, d'endométriose ou de troubles menstruels sévères), témoignant d'une reconnaissance progressive du SPM comme enjeu de santé au travail et d'égalité (65,66).

Ce débat révèle toutefois les tensions persistantes autour de la reconnaissance du SPM: si certains acteurs politiques et associatifs défendent le congé menstruel comme un levier d'égalité et de santé au travail, d'autres craignent une stigmatisation accrue des femmes ou des discriminations à l'embauche.

Ces réserves témoignent de la complexité du sujet, situé entre santé publique, organisation du travail et représentations sociales du corps féminin.

Néanmoins, le simple fait que ces questions soient désormais discutées dans l'espace médiatique marque une rupture avec le silence et la minimisation qui entouraient historiquement les troubles menstruels.

VI.2.3 Le SPM comme indicateur de la santé féminine globale

Aujourd'hui, le SPM n'est plus seulement perçu comme un trouble isolé, mais comme un indicateur de la santé féminine globale.

Son étude permet de comprendre la manière dont les fluctuations hormonales interagissent avec la santé mentale, la productivité, les relations sociales et la perception de soi.

La recherche actuelle s'oriente vers des approches personnalisées, intégrant endocrinologie, psychiatrie et santé publique.

Ces évolutions témoignent d'une évolution: le SPM n'est plus perçu comme une fragilité individuelle ou psychologique, mais comme un phénomène de santé légitime, nécessitant des réponses médicales, sociales et organisationnelles adaptées.

Conclusion de la partie historique

L'histoire du SPM s'inscrit dans une évolution lente et complexe du regard porté sur le corps féminin et ses rythmes biologiques, mêlant savoirs médicaux, croyances religieuses et représentations sociales.

De l'Antiquité au XIX^e siècle, les menstruations ont été interprétées tour à tour comme un mécanisme de purge nécessaire, un signe d'impureté morale ou un

facteur de fragilité constitutionnelle, contribuant à une marginalisation durable de l'expérience menstruelle féminine.

Si la Renaissance et le Siècle des Lumières ont permis une progression des connaissances anatomiques et physiologiques, ils n'ont pas entraîné de rupture nette dans l'interprétation des troubles menstruels, longtemps influencés par des conceptions morales et naturalistes du féminin.

Le XIX^e siècle, avec l'essor de la médecine clinique et de la psychiatrie, constitue un tournant ambivalent: la femme devient un objet d'étude médicale, permettant une meilleure description des symptômes cycliques, mais au prix d'une pathologisation du corps féminin, à travers la notion d'hystérie.

Ce n'est qu'au XX^e siècle que s'opère une transformation décisive. Les avancées en endocrinologie et les travaux fondateurs de Frank, puis de Greene et Dalton, permettent d'identifier le syndrome prémenstruel comme une entité clinique spécifique, associant symptômes physiques, psychiques et comportementaux en lien avec les variations hormonales de la phase lutéale. Les recherches menées depuis les années 1980 ont contribué à objectiver ces manifestations et à affiner les critères diagnostiques, aboutissant à la reconnaissance du trouble dysphorique prémenstruel (PMDD) dans les classifications internationales.

Ainsi, le SPM apparaît aujourd'hui comme un phénomène médical scientifiquement légitime, à l'interface de l'endocrinologie, de la neurobiologie, de la gynécologie et des sciences humaines. Cette reconnaissance consacre le passage d'une vision moraliste et stigmatisante des menstruations à une compréhension physiologique, intégrative et individualisée du vécu menstruel.

Cependant, si cette évolution historique permet de mesurer le chemin parcouru, elle appelle désormais une analyse plus approfondie des mécanismes biologiques qui rythment le SPM.

En effet, la compréhension actuelle du SPM repose sur l'étude des bases anatomiques et physiologiques du cycle menstruel et sur l'analyse des fluctuations hormonales (notamment celles des œstrogènes et de la progestérone) et de leurs répercussions sur les différents systèmes de l'organisme.

Cette compréhension est essentielle pour distinguer le fonctionnement normal du cycle menstruel et des troubles qui en découlent, et qui affectent le bien-être et la qualité de vie des femmes.

La deuxième partie de ce travail sera consacrée à l'approche scientifique du SPM. Après un rappel anatomique de l'appareil génital féminin et des mécanismes de régulation hormonale rythmant le cycle menstruel, nous définirons cliniquement le SPM, ses manifestations physiques, psychiques et comportementales, ainsi que les méthodes de classification et de diagnostic.

Deuxième partie: Compréhension scientifique et médicale du SPM

I. Physiopathologie - l'appareil génital féminin

I.1 Rappel anatomique

L'appareil génital féminin se divise en organes génitaux externes et internes. Ensemble, ils forment l'appareil reproducteur féminin et permettent d'assurer les fonctions sexuelles et reproductives.

I.1.1 Organes génitaux externes

Les organes génitaux externes (la vulve) sont les organes de l'appareil reproducteur féminin situés dans le périnée, en dehors du pelvis. Ils comprennent les organes suivants :

- Le mont du pubis, masse de tissus adipeux sous-cutané, située en avant de la symphyse pubienne, la peau qui le recouvre est couverte de poils pubiens formant une zone triangulaire.
- Les grandes lèvres, replis cutanés riches en glandes sudoripares et sébacées, assurent une fonction protectrice. Elles sont recouvertes de poils pubiens. Elles constituent les extrémités latérales de la vulve, s'étendant du mont du pubis jusqu'au périnée. Le sillon situé entre les grandes lèvres est nommé fente vulvaire. Elles abritent les petites lèvres et le vestibule.
Les deux grandes lèvres se rejoignent antérieurement et postérieurement (commissures antérieures et postérieures).
- Les petites lèvres, plus minces et très vascularisées, délimitent le vestibule de la vulve et les orifices urétral et vaginal. Les petites lèvres contribuent à la formation du prépuce du clitoris (capuchon) et du frein du clitoris.
- Le clitoris, organe érectile responsable des sensations sexuelles. Il est analogue au pénis de l'homme. Situé au sommet du vestibule vulvaire, le clitoris est entouré par la portion antérieure des petites lèvres. Il est formé de trois parties : la racine, le corps et le gland. Le corps du clitoris est constitué de deux corps caverneux et deux points d'ancrage (les crura).
- Le vestibule vulvaire, c'est la région située entre les petites lèvres. Cette région du périnée contient l'orifice vaginal, le méat urinaire ainsi que les orifices des canaux excréteurs des glandes vestibulaires majeures (de Bartholin) et mineures.
- Les glandes vestibulaires, deux types de glandes s'ouvrent sur le vestibule :
 - Les glandes vestibulaires majeures (dites de Bartholin) qui se trouvent de chaque côté du vestibule. Elles sont homologues aux glandes bulbo-urétrales de l'homme et servent à lubrifier la vulve lors des rapports sexuels.

- Les glandes vestibulaires mineures, aussi appelées glandes de Skene ou péri-urétrales, sont situées entre le méat urétral et l'orifice vaginal. Ces glandes sont homologues à la prostate de l'homme.
- Les bulbes vestibulaires, sont des organes érectiles appariés analogues au bulbe du pénis et au corps spongieux chez l'homme. Ils s'étendent de part et d'autre du vestibule et se rejoignent face à l'orifice urétral.
- L'hymen, reliquat embryonnaire, le plus souvent perforé

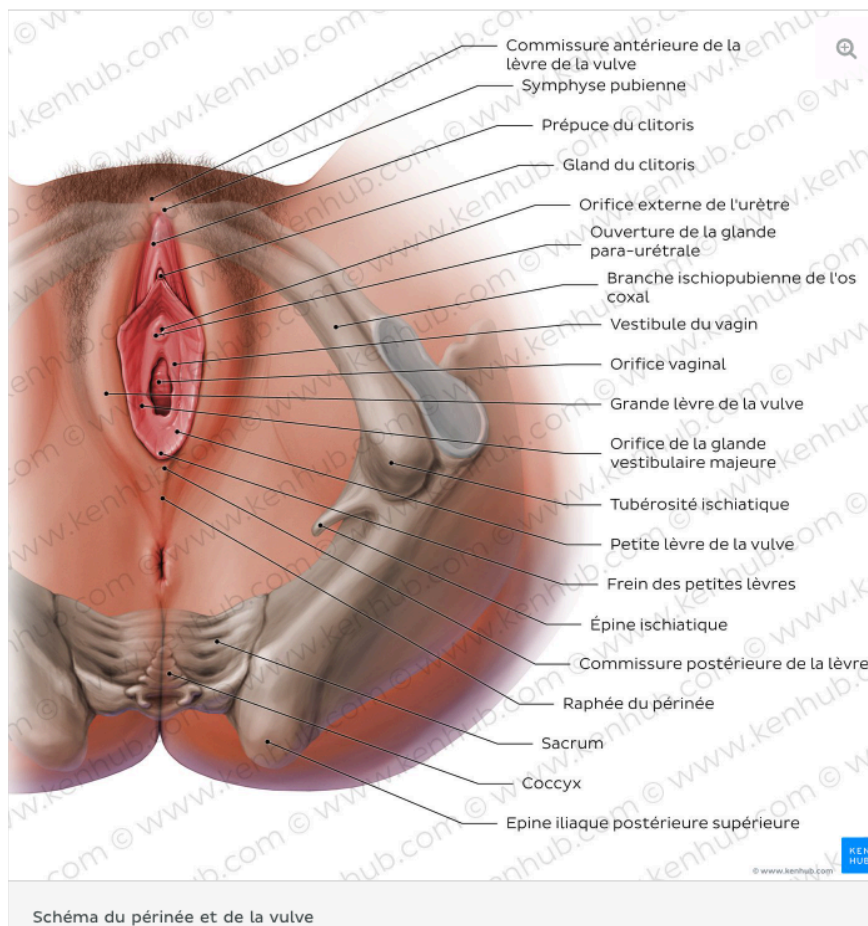


Figure 1: Schéma anatomique du périnée et de la vulve (66)

I.1.2 Organes génitaux internes

Les organes génitaux internes sont ceux situés au sein-même de la cavité pelvienne. Ils comprennent :

- Le vagin, le plus externe des organes sexuels internes de la femme. Il s'étend de l'utérus à la vulve (organe génital externe) et a pour fonction de permettre l'écoulement des menstruations, les rapports sexuels ainsi que le passage du nouveau-né lors de l'accouchement. Le vagin est situé postérieurement à la vessie urinaire et à l'urètre, antérieurement au rectum.

L'extrémité supérieure du vagin est reliée au cervix de l'utérus. Ces structures forment un cul-de-sac (le fornix vaginal) qui possède des régions antérieures, postérieures et latérales. L'extrémité inférieure du vagin (l'orifice vaginal) s'ouvre sur le vestibule vulvaire juste derrière l'orifice urétral. L'orifice vaginal est parfois partiellement couvert par l'hymen.

- L'utérus est un organe musculaire creux situé en profondeur dans la cavité pelvienne. En l'absence d'anomalies, l'utérus est situé en antéversion et antéflexion, antérieurement au rectum et postéro- supérieurement à la vessie urinaire. La muqueuse endométriale de l'utérus se développe chaque mois en prévision de l'implantation d'un embryon. En cas de fécondation, l'utérus abrite le fœtus en développement et son placenta. S'il n'y a pas de fécondation, la muqueuse se décompose : ce sont les menstruations.

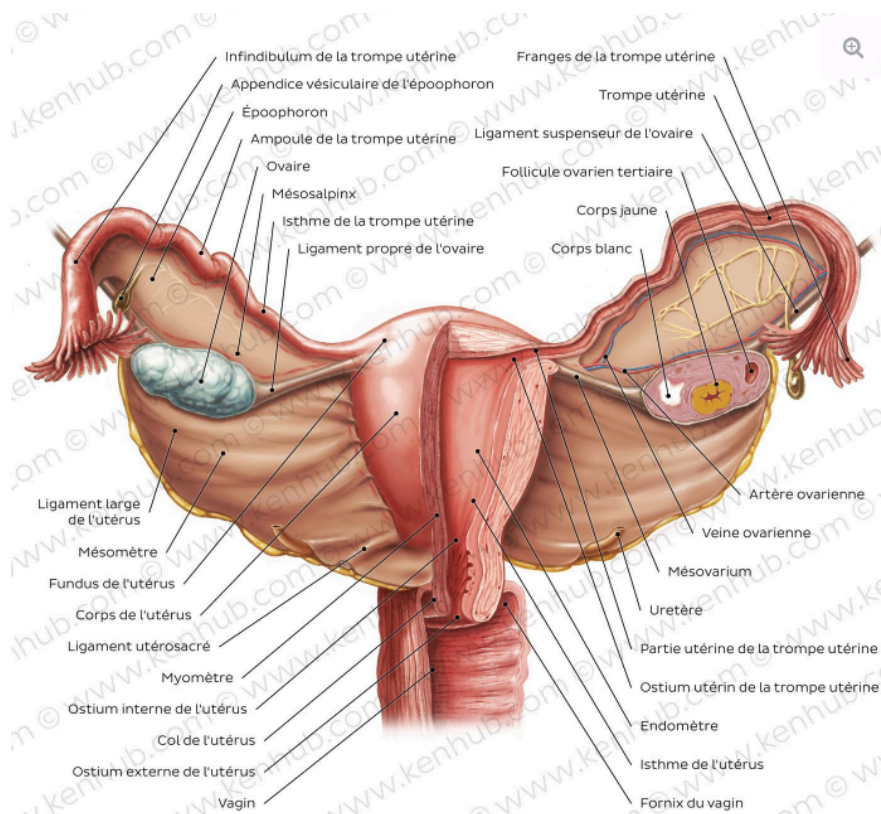


Figure 2: Schéma anatomique de la structure endogène de l'utérus (66)

L'utérus se compose de trois parties :

- Le corps: partie principale de l'utérus destinée à la nidation et au développement embryonnaire. Il est connecté aux trompes utérines (trompes de Fallope) par les cornes utérines. Le corps se compose d'une base (le fundus) et d'une chambre interne (la cavité utérine).
- L'isthme: portion resserrée de l'utérus située entre le corps et le cervix

- Cervix: portion inférieure de l'utérus qui se compose de deux parties (vaginale et supravaginale), de deux orifices (interne, externe) et d'un canal cervical.

L'utérus est couvert en partie par le péritoine. Il se reflète de l'utérus au rectum et à la vessie urinaire, formant ainsi deux replis : le cul de sac de Douglas et le cul-de-sac vésico-utérin, respectivement. Plusieurs ligaments péritonéaux soutiennent l'utérus et le maintiennent en place : le ligament large, le ligament rond, le ligament cardinal, le ligament utérosacré et le ligament pubocervical.

La paroi de l'utérus est constituée de trois couches: l'endomètre (muqueuse fonctionnelle), le myomètre (couche musculaire lisse), la séreuse/ adventice (le périmètre).

- Les trompes utérines (trompes de Fallope) sont des conduits reliant ovaires et utérus. C'est là que se produit la fécondation de l'ovule. Ils sont constitués de quatre parties; l'infundibulum (portion distale du tube utérin qui s'ouvre sur la cavité péritonéale via l'ostium abdominal), l'ampoule (partie la plus longue et large du tube utérin, c'est le site de fécondation le plus commun), l'isthme (partie la plus étroite), la portion intramurale, aussi nommée segment utérin (elle communique directement avec la cavité utérine par l'ostium utérin).
- Les ovaires sont les gonades féminines, l'équivalent des testicules chez l'homme. Ils sont situés de part et d'autre de l'utérus, responsables de l'ovogenèse (un ovule chaque mois en vue d'une éventuelle fécondation). Ils jouent aussi le rôle de glande endocrine en sécrétant différentes hormones nécessaires à la fertilité, aux menstruations, ainsi qu'à la maturité sexuelle de la femme (oestrogènes et progestérone). Ils sont maintenus en position normale par plusieurs ligaments appariés : le ligament suspenseur de l'ovaire, les ligaments propres de l'ovaire, et le mésovarium (extension du péritoine).

I.2 Le fonctionnement du cycle féminin

Le cycle menstruel est l'ensemble des phénomènes physiologiques chez la femme préparant son organisme à une éventuelle fécondation. Il commence à la puberté et se termine à la ménopause. Il débute le premier jour des règles et dure en moyenne 28 jours. Ces données sont des moyennes et les cycles peuvent être plus longs ou plus courts.

Ce cycle est le résultat d'interactions complexes entre le cerveau (hypothalamus et hypophyse) et les ovaires, formant ce qu'on appelle l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien.

Il se traduit par des modifications simultanées au niveau des ovaires, où se déroule l'ovulation; de l'utérus, où la muqueuse de l'endomètre se prépare à accueillir un embryon; et du système hormonal, qui orchestre ces événements cycliques.

I.2.1 Les phases du cycle menstruel

Le cycle menstruel comprend deux dynamiques complémentaires, qui se déroulent en même temps:

- le cycle ovarien, centré sur la maturation et l'ovulation du follicule,
- le cycle utérin, centré sur la préparation, puis la desquamation de l'endomètre

Ces deux cycles, intimement liés, sont régulés par un système hormonal précis que l'on peut décomposer en trois grands niveaux :

- l'hypothalamus, qui sécrète la "(GnRH) Gonadotrophin Releasing Hormone",
- l'hypophyse, qui libère la FSH (Follicle Stimulating Hormone) et la LH (Luteinizing Hormone),
- les ovaires, qui produisent les hormones stéroïdiennes ovariennes: les œstrogènes et la progestérone.

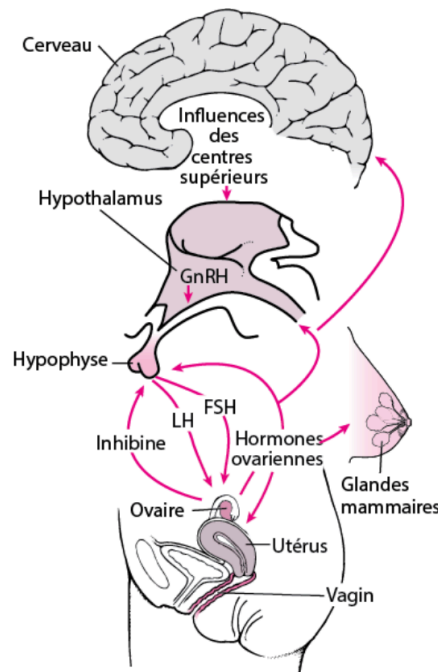


Figure 3: Schéma de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien (67)

Par exemple, pour un cycle de 30 jours:

- la phase folliculaire, du 1er au 15e jour.
- la phase ovulatoire ou période de fertilité, le 16e jour ($30-14=16$)
- la phase lutéale, du 17e au 30e jour, soit 14 jours;

Le 1er jour du cycle est donné par le premier jour des règles.

Il peut y avoir des variations de la date d'ovulation d'un cycle à l'autre et parfois même des cycles anovulatoires, qui se traduiront par des cycles sans règles.

La seule donnée constante est la phase lutéale qui dure entre 12 et 14 jours. Le reste du cycle varie en fonction de cette constante.

Par simplification, nous conviendrons que l'ovulation a lieu en moyenne autour du 14^e jour, et nous considérons ce jour comme le début de la seconde partie du cycle.

I.2.2 Le rôle des hormones

Le cycle ovarien et le cycle utérin sont intimement synchronisés par les hormones sexuelles:

- les œstrogènes dominent la première partie du cycle (phase folliculaire / phase proliférative),
- La progestérone domine la seconde partie (phase lutéale / phase sécrétoire).

L'équilibre entre ces deux hormones conditionne la régularité du cycle, la fécondité, mais aussi la survenue de symptômes prémenstruels lors des fluctuations hormonales de la phase lutéale.

Le premier niveau de sécrétion des hormones se situe dans l'hypothalamus avec la GnRH (Gonadotrophin Releasing Hormone) qui stimule au second niveau la libération de deux hormones par l'antéhypophyse:

- la FSH (Folliculo Stimulating Hormone ou hormone folliculostimulante)
- la LH (Luteinizing Hormone ou hormone lutéinisante)

La FSH déclenche la croissance des follicules en développement dans l'ovaire, en agissant sur les cellules de la granulosa. Elle stimule l'activité de l'aromatase, enzyme qui transforme les androgènes en œstrogènes (œstradiol). Il y aura ainsi sécrétion d'œstrogènes par ces follicules.

La LH "termine" le développement des follicules dans l'ovaire, déclenche la rupture du follicule et la libération de l'ovocyte (l'ovulation) après son pic le 13^e jour, stimule la formation du corps jaune dans l'ovaire et des hormones qu'il sécrète: les œstrogènes, la relaxine, l'inhibine et surtout la progestérone.

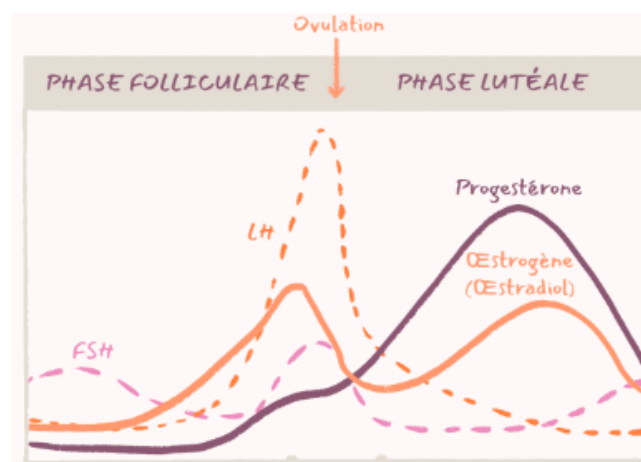


Figure 4: Schéma récapitulatif du pic d'ovulation avec les variations de sécrétion de LH, FSH et des hormones (68)

I.2.2.1 Les oestrogènes

Les oestrogènes (17 bêta-oestradiol majoritairement) sont synthétisés à partir du cholestérol et sécrétés par l'ovaire.

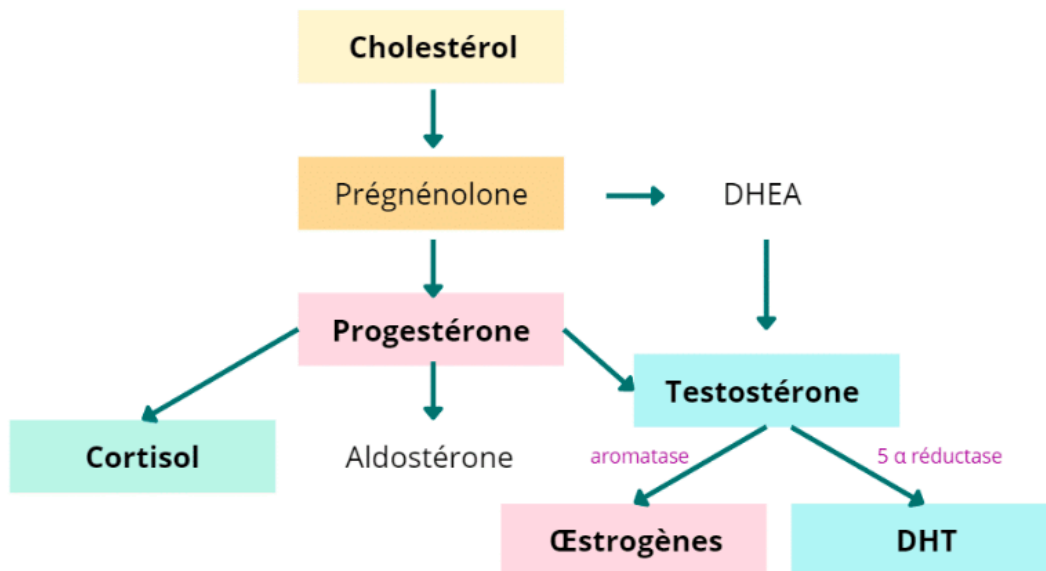


Figure 5: Schéma simplifié des hormones stéroïdes (69)

Les oestrogènes sont des hormones stéroïdiennes, donc leur structure ne leur permet pas de circuler librement dans le sang, mais presque toujours liées à des protéines plasmatiques. Elles ne sont biologiquement actives que sous forme libre.

Leur action principale s'exerce sur les follicules ovariens et sur la muqueuse utérine. En effet, ils participent au développement d'un follicule dit "dominant", agrégat de cellules contenant le futur ovule qui, au moment de l'ovulation, permettra la libération de cet ovule susceptible d'être fécondé dans la trompe par des spermatozoïdes. Le follicule dominant se transforme alors en glande sécrétrice, le corps jaune, située à la surface de l'ovaire.

Après l'ovulation, en cas de fécondation puis d'implantation de l'oeuf fécondé dans l'utérus, les oestrogènes et la progestérone, sécrétés par le corps jaune, permettent le maintien et le développement de la grossesse, jusqu'au deuxième mois de gestation, quand le placenta est en mesure de prendre le relais par ses propres sécrétions hormonales.

S'il n'y a pas de grossesse, le corps jaune, après 12 à 14 jours, régresse, les sécrétions d'oestrogènes et de progestérone se tarissent, induisant des modifications de la muqueuse utérine. Sous l'influence de divers facteurs, la muqueuse utérine s'évacue pour ses deux tiers, sous forme de règles (le tiers restant constitue la muqueuse utérine qui va à nouveau se transformer lors du cycle suivant).

De plus, les oestrogènes ont une action de développement cellulaire au niveau de diverses muqueuses du corps, notamment celles du vagin, de l'endomètre, du col de l'utérus et des trompes. Ils induisent l'ouverture du col de l'utérus en phase ovulatoire et préovulatoire pour aider à la montée des spermatozoïdes dans l'utérus et sécrètent une glaire dont les caractéristiques permettent aux spermatozoïdes émis dans le vagin d'échapper au milieu acide vaginal et favoriser la rencontre avec l'ovocyte, d'acquérir certaines propriétés et d'accéder à la cavité utérine, afin de rencontrer l'ovule dans la trompe.

Les rôles des oestrogènes sont aussi de permettre le développement et le maintien des caractères sexuels secondaires, tout ce qui fait la morphologie féminine, à savoir le développement des seins, l'élargissement des hanches, la répartition du tissu adipeux au niveau de l'abdomen, du pubis, le ton de la voix, la pilosité, etc.. Les oestrogènes ont un rôle nourricier fondamental (ils participent à la nutrition, la croissance et au renouvellement des tissus) au niveau de tout le système génital féminin.

Des récepteurs aux oestrogènes ont été mis en évidence dans deux régions du cerveau, l'hippocampe et l'amygdale, impliquées dans le contrôle des émotions et la régulation de l'humeur. Le sommeil, les rythmes circadiens (jour-nuit), le comportement sexuel sont sous la dépendance des hormones sexuelles (oestrogènes et progestérone).

Ils ont aussi une action sur le métabolisme et en particulier sur celui des protéines, en synergie avec "l'hormone de croissance (GH)" et sur la baisse du taux de cholestérol "Low Density Lipoprotein (LDL)" et des triglycérides et l'augmentation du cholestérol "High Density Lipoprotein (HDL)" sanguin.

Ils ont aussi un effet direct sur la paroi artérielle, empêchant l'apparition des premiers stades de l'athérosclérose, ce qui assure une meilleure protection des femmes contre les maladies cardiovasculaires avant la ménopause.

Ils permettent également un rôle de maintien osseux capital, en effet par l'intermédiaire de deux hormones: la calcitonine (sécrétée par la thyroïde) qui diminue le taux de calcium dans le sang, et la parathormone (sécrétée par les glandes parathyroïdes) qui maintient un taux de calcium suffisamment élevé dans le sang, en augmentant la constitution des os en protéines et en favorisant l'absorption intestinale du calcium.

Les oestrogènes agissent directement au niveau des ostéoblastes (cellules osseuse de construction), qui ont aussi des récepteurs à la progestérone, permettent la fixation du calcium sur la trame osseuse, ce qui protège de l'ostéoporose avant la ménopause.

Aussi ils assurent la rétention hydrosodée, ce qui permet de conserver une bonne hydratation des tissus, y compris ceux de la peau.

I.2.2.2 La progestérone

Elle est sécrétée par le corps jaune, sous la dépendance de LH, durant les 14 derniers jours du cycle, à partir du cholestérol. Elle n'est sécrétée que s'il y a eu ovulation (donc si suffisamment d'oestrogènes ont été produits).

Le taux chute en fin de cycle en l'absence de fécondation.

Elle n'agit que sur des tissus ayant déjà subi l'influence des oestrogènes et s'oppose à leurs actions de multiplication cellulaire.

Elle a un effet relaxant (sur le système nerveux, ce qui influence l'humeur).

Elle augmente la température corporelle après l'ovulation (elle est d'action hyperthermisante).

Elle induit une diminution de la perméabilité des vaisseaux sanguins et une augmentation de l'excrétion du sodium dans les urines (effet anti-oedème).

Elle agit en synergie avec les oestrogènes en vue de préparer le corps (après fécondation) à l'implantation de l'embryon et à la préparation de la muqueuse utérine à la nidation de l'embryon, mais aussi à la fermeture du col utérin en cas de fécondation afin de maintenir l'embryon en place, puis à l'épaississement de la glaire cervicale qui devient imperméable aux spermatozoïdes.

La progestérone agit sur la féminité et la fertilité par des effets antihormonaux, d'une part anti-androgènes en freinant la pousse de poils, l'acné, la chute de cheveux, d'autre part en bloquant l'action de l'hormone prolactine. En effet, la progestérone est aussi activée par la prolactine (PRL), qui a une action sur la croissance des glandes mammaires et le déclenchement de la sécrétion du lait. Ainsi, un taux de prolactine trop élevé entraîne des troubles de la fertilité, voire un arrêt des règles avec une sécrétion lactée mammaire.

C'est dans ce contexte hormonal que se produit le SPM, dans la deuxième moitié du cycle, en phase lutéale, alors que le taux d'oestrogène est en baisse et celui de progestérone en hausse.

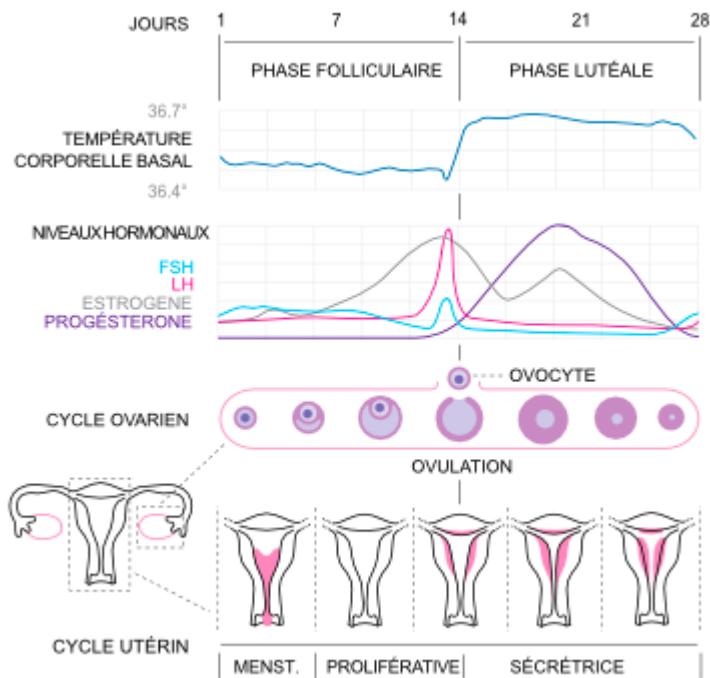


Figure 6: Schéma du cycle menstruel en fonction des sécrétions d'hormone (70)

I.2.3 Le cycle ovarien

Les premières règles (ménarches) ont lieu lors de la puberté. C'est lorsque la puberté est atteinte que les cycles menstruels débutent. Ils ont lieu une fois par mois, se suspendent durant la grossesse et se terminent définitivement lors de la ménopause.

La femme est donc fertile de la puberté à la ménopause, le cycle dure entre 20 et 35 jours en fonction des femmes mais dure en moyenne 28 jours. Le 1er jour du cycle est le 1er jour des règles (=menstruations) qui durent en moyenne 5 jours, correspondant aux jours des saignements de la femme.

Le 14ème jour du cycle a lieu l'ovulation. Cette première phase correspond à la pré-ovulation, c'est la phase "folliculaire", où se déroule la prolifération de l'endomètre. Passé cette ovulation on arrive à la phase post-ovulatoire, appelée phase "lutéale", où l'endomètre sera desquamé.

La durée de ces phases varie d'une personne à l'autre mais aussi d'un cycle à l'autre pour une même personne.

I.2.3.1 La phase folliculaire= phase pré-ovulatoire (avant la libération de l'ovule du 1er au 13ème jour du cycle)

Cette phase est contrôlée par l'axe hypothalamo-hypophysaire.

L'hypothalamus développe la GnRH (Gonadotrophine Releasing Hormone) qui va agir sur l'hypophyse antérieure afin de lui faire produire deux hormones: la FSH (Folliculo Stimulating Hormone) et la LH (Luteinizing Hormone).

Ces hormones vont exercer leurs actions auprès des ovaires où sont produits les ovocytes.

À partir de la puberté la sécrétion de GnRH devient pulsatile, c'est ce qui contrôle les cycles ovariens.

C'est par le biais des capillaires sanguins que les hormones vont arriver jusqu'aux ovaires.

Sous l'action de la FSH, plusieurs follicules primordiaux ovariens commencent à maturer, se développent dans l'ovaire, pour devenir des follicules primaires, puis secondaires puis tertiaires.

Seulement l'un d'entre eux deviendra un follicule dominant, ovulera et produira un embryon (s'il y a fécondation), ce follicule est appelé le follicule de Graaf.

Pendant la maturation, les follicules produisent une hormone: l'œstrogène.

L'œstrogène à faible concentration exerce un effet de rétrocontrôle négatif sur la libération de FSH et de LH par l'antéhypophyse durant les 10 premiers jours du cycle, elle inhibe donc leur sécrétion, ce qui va stopper le recrutement de nouveaux follicules et éviter leur maturation.

Vers la fin de cette phase, plus la maturation des follicules évolue, plus la concentration d'œstrogènes devient élevée. Aux alentours du 10ème jour, le taux d'œstrogènes étant devenu haut, il va avoir un effet inverse et va déclencher un rétrocontrôle positif sur l'hypophyse, ce qui signifie que l'œstrogène va stimuler la sécrétion de LH et aussi de FSH.

En résumé, à faible concentration, l'œstrogène a un effet de rétrocontrôle négatif sur l'antéhypophyse tandis qu'à forte concentration il exerce un rétrocontrôle positif, ce qui provoque un pic de sécrétion de LH, qui entraîne le pic ovulatoire, c'est à dire la libération de l'ovocyte contenu dans le follicule dominant (follicule de Graaf).

I.2.3.2 L'ovulation (libération de l'ovule, vers le 14ème jour)

Le pic de LH induit par le rétrocontrôle positif des œstrogènes termine le développement des follicules dans l'ovaire, et provoque la rupture du follicule mûr (De Graaf).

L'ovocyte est expulsé de l'ovaire et capté par les franges de la trompe de Fallope, le follicule rompu se transforme alors en corps jaune dans l'ovaire, c'est une sorte de follicule mort.

L'ovulation marque le passage entre la phase folliculaire et lutéale.

Le pic de LH est indispensable à l'ovulation. La sécrétion de FSH soutient la maturation finale du follicule avant sa rupture.

Cette phase est très courte (24 à 36h) mais décisive: c'est la fenêtre de fertilité maximale du cycle.

I.2.3.3 La phase lutéale (après libération de l'ovule du 15ème au 28ème jour)

Après l'ovulation, les cellules du follicule rompu se transforment en corps jaune, sous l'influence de la LH.

Ce corps jaune sécrète deux hormones principales: la progestérone (majoritaire), et les œstrogènes (en moindre quantité)

La progestérone va stabiliser et préparer l'endomètre à une éventuelle implantation embryonnaire en stimulant sa vascularisation et son épaissement et exerce un rétrocontrôle négatif sur la FSH et la LH pour empêcher le déclenchement d'une ovulation et donc d'un nouveau cycle.

En l'absence de fécondation, le corps jaune régresse vers le jour 26-28, les taux de progestérone et d'œstrogènes chutent et la muqueuse utérine se désagrège; ce sont les règles.

C'est l'émergence des différentes hormones qui génère les différentes phases du cycle.

I.2.4 Le cycle utérin

L'objectif de l'utérus est de préparer l'endomètre à l'implantation de l'embryon s'il y a fertilisation et de veiller au maintien de la grossesse. L'endomètre a donc ses propres phases.

I.2.4.1 La phase de desquamation de J1 à J4, la phase menstruelle

Cette phase menstruelle correspond au moment où l'ancienne couche fonctionnelle de l'endomètre du cycle précédent se détache, est détruite et éliminée par le vagin, ce qui produit le saignement périodique connu comme la période menstruelle des règles. Celles-ci durent entre deux et huit jours, en moyenne cinq jours.

Cette desquamation de l'endomètre est provoquée par une chute des taux plasmatiques d'œstrogènes et de progestérone.

Cette chute d'hormones est due à la dégénérescence du corps jaune qui provoque un affaissement de la zone fonctionnelle de l'endomètre et les artérioles spiralées se contractent, entraînant une ischémie locale puis une nécrose de la muqueuse. Cette destruction aboutit à l'écoulement sanguin, caractéristique des menstruations.

Après les menstruations, l'endomètre est fin, d'une épaisseur de 0,5 mm, les taux hormonaux sont bas, ce qui prépare la relance du cycle ovarien par sécrétion accrue de FSH.

I.2.4.2 La phase de régénération de J5 à J14, la phase proliférative

Sous l'effet croissant des œstrogènes sécrétés par les follicules en pleine maturation, la croissance de l'endomètre est stimulée et il s'épaissit.

On observe alors un allongement des glandes utérines endométriales, les artères spiralées se développent à partir de la couche basale pour nourrir l'endomètre fonctionnel en plein développement. La muqueuse endométriale atteint 3 à 5 mm d'épaisseur.

Cette augmentation d'œstrogènes aide également à changer la consistance du mucus cervical, afin de le rendre plus accueillant pour le sperme. La combinaison des effets de cette hausse d'œstrogènes sur l'utérus et le col cervical aide à optimiser les chances de fertilisation qui sont maximales entre le 11ème et le 15ème jour du cycle d'environ 28 jours. L'utérus devient ainsi réceptif à une future implantation.

Les œstrogènes durant le cycle menstruel participent à la régénération de la muqueuse après les menstruations, à l'augmentation de la vascularisation et de la sensibilité des récepteurs progestatifs, puis participent à la production de glaire cervicale fluide et filante (propice à la fécondation).

I.2.4.3 La phase sécrétoire de J15 à J28

L'ovulation se produit au début de la phase sécrétoire, au 14ème jour en général.

Après l'ovulation, les restes du follicule ovarien deviennent le corps jaune, qui est composé de cellules lutéinisées (ces cellules ont été exposées au fort taux de LH, juste avant l'ovulation). Ce corps jaune va se dégrader petit à petit tout en continuant de sécréter des hormones, comme l'œstrogène mais surtout la progestérone et l'inhibine.

L'inhibine va inhiber la sécrétion de FSH, car à ce stade il n'y a plus besoin de follicules, puisque le follicule dominant a déjà éjecté l'ovocyte.

La progestérone va inhiber la production de GnRH, ce qui va affecter la libération de FSH et LH qui vont baisser.

Ainsi, la baisse d'œstrogènes et l'augmentation de progestérone représente le signal que l'ovulation a eue lieu et aide à rendre l'endomètre réceptif à l'implantation d'un gamète fertilisé. c'est la phase sécrétoire du cycle endométrial.

Durant cette période, les artères spiralées se développent et les glandes utérines sécrètent plus de mucus. Après le 15ème jour du cycle, la fenêtre optimale de

fertilisation commence à se fermer. Le mucus cervical commence à s'épaissir et devient moins accueillant pour le sperme, avec le temps le corps lutéal dégénère graduellement vers le corps albicans qui est non fonctionnel. Ce dernier ne produit plus d'hormones, ce qui fait que le niveau d'oestrogènes et de progestérone diminue progressivement.

Quand la progestérone atteint son niveau le plus bas, les artères spiralées dégénèrent et la couche fonctionnelle de l'endomètre se prépare à se désagréger par les menstruations. Cette destruction marque le début d'un nouveau cycle menstruel et une autre opportunité pour une fertilisation.

La compréhension du cycle ovarien et utérin, ainsi que du rôle des principales hormones sexuelles, est indispensable pour appréhender les variations physiologiques qui rythment le cycle menstruel.

Les modifications cycliques des taux d'oestrogènes, de progestérone, de FSH et de LH influencent non seulement le fonctionnement des organes reproducteurs, mais également divers systèmes de l'organisme, tels que le système nerveux central et le métabolisme.

Chez certaines femmes, ces variations hormonales peuvent s'accompagner de manifestations physiques, psychiques ou comportementales plus marquées, traduisant une sensibilité particulière aux fluctuations hormonales.

Ces phénomènes constituent le point de départ du SPM, entité clinique caractérisée par la récurrence de symptômes spécifiques au cours de la phase lutéale du cycle.

II. Approche et définition du syndrome prémenstruel

II.1 Définition du SPM selon le manuel MSD

Le SPM est un ensemble de symptômes physiques, émotionnels et comportementaux récurrents survenant durant la phase lutéale du cycle menstruel, généralement dans les jours précédant les menstruations, et disparaissant peu après leur survenue (105).

Il se manifeste par une diversité de symptômes, parmi ces derniers on peut retrouver d'un point de vue physique: la fatigue, les céphalées, les maux de ventre, les douleurs mammaires, la rétention d'eau ou encore les ballonnements.

Au niveau psychique, on retrouve l'irritabilité, l'anxiété et la dépression.

Leur durée varie généralement de deux à quinze jours mais peut dans certains cas se prolonger jusqu'à trois semaines avant les règles.

Sa sévérité varie d'une femme à l'autre, et dans les formes les plus graves, il peut évoluer en "trouble dysphorique prémenstruel (TDPM)", nécessitant une prise en charge spécifique.

II.1.1 Différenciation avec le TDPM

L' "Association internationale pour les troubles prémenstruels (IAPMD)" donne une définition assez complète de ce trouble sur son site: "Le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) est un trouble de l'humeur cyclique, basé sur les hormones, avec des symptômes apparaissant pendant la phase prémenstruelle ou lutéale du cycle menstruel et s'atténuant quelques jours après la menstruation. Il affecte environ de 5,5 à 8% des femmes et des individus "Assigned Female At Birth (AFAB)" transgéniques en âge de procréer".

La grande problématique du TDPM est qu'il peut être confondu à tort avec un trouble bipolaire ou borderline. Dans une grande majorité des cas, il se distingue du SPM classique notamment par des pensées suicidaires omniprésentes et difficiles à contrôler, et cela tous les mois avant l'arrivée des règles.

L'association IAPMD explique sur son site, d'après une étude de 2017 et de DSM-5 (71) de 2013, que pour diagnostiquer un TDPM, il faut que la personne concernée souffre d'au moins cinq des symptômes ci-dessous, dont l'un des quatre premiers (dit "symptômes centraux émotionnels") au cours de la seconde partie de son cycle:

- changements d'humeur/émotionnels (ex: sautes d'humeur, sensation soudaine de tristesse, sensibilité accrue au rejet)
- pensées suicidaires récurrentes à l'approche des règles
- irritabilité, colère ou conflit interpersonnel accru
- humeur dépressive, sentiment de désespoir, sentiment d'inutilité ou de culpabilité
- anxiété, tension ou sentiment d'être excité, nerveux
- diminution de l'intérêt pour les activités habituelles (travail, école, amis, loisirs)
- difficulté à se concentrer ou à penser, brouillard cérébral
- fatigue ou manque d'énergie
- changements d'appétit, fringales, suralimentation ou frénésie alimentaire
- hypersomnie (sommolence excessive) ou insomnie (difficulté à s'endormir)
- se sentir dépassé(e) ou hors de contrôle
- symptômes physiques tels que sensibilité ou gonflement des seins, douleurs articulaires ou musculaires, ballonnements ou prise de poids

Dans le DSM-5, le TDPM est défini comme un trouble de l'humeur. Or, on retrouve une autre analyse dans d'autres ouvrages comme dans la Gazette des Femmes (72) de septembre 2020, où le psychiatre québécois Richard Bergeron, fondateur de la Clinique du SPM à Gatineau, précise: "Le TDPM est un problème neuroendocrinien. Ce n'est pas un problème psychologique, mais c'est un trouble dont les effets sont psychologiques".

II.2 Les symptômes du syndrome menstruel

Les symptômes du SPM sont multiples, soit isolés soit associés entre eux, et on en a répertorié jusqu'à cent cinquante différents. Aucune femme ne présente simultanément la totalité de ces signes.

Le SPM présente une symptomatologie polymorphe et variable (aussi bien dans la nature, la densité ou la durée) selon les individus et d'un cycle à l'autre.

Les manifestations peuvent être regroupées en deux grands ensembles: les symptômes physiques et les symptômes psychiques.

Près de 90% des femmes subiraient chaque mois quelques symptômes sans que cela ne soit considéré comme un vrai SPM. Mais quels sont ces symptômes ?

II.2.1 Les symptômes physiques (105)

Ils sont dominés par des gonflements et une sensation de compression liés à une rétention d'eau.

- Poitrine gonflée et douleurs mammaires (mastodynies): les seins sont congestionnés sans nodule palpable; parfois ils sont remplis de granulations, de kystes ou de nodules, avec une prédominance dans la partie supérieure externe. Ils sont douloureux au toucher, les veines superficielles sont plus apparentes. Les femmes présentant ces signes sont parfois contraintes de porter des soutiens-gorge différents dans les périodes précédant et suivant les règles.
- Troubles et douleurs abdominales: le ventre est ballonné au niveau de l'abdomen et du bas-ventre, occasionnant une simple gêne jusqu'à des douleurs importantes. Une impression de pesanteur pelvienne peut se manifester et devenir permanente et invalidante.
- Prise de poids: une sensation de gonflement général accompagnée d'une prise de poids transitoire (+3kg avec une augmentation réelle du tour de taille). Les extrémités des membres (doigts, chevilles), le visage, dont les paupières, ainsi que les jambes peuvent être gonflés et douloureux (ex: difficulté à enlever ses bagues, doigts boudinés, chevilles marquées le soir par le port des chaussures).
- Troubles veineux circulatoires: jambes lourdes, varices sensibles, poussées hémorroïdaires, congestion pelvienne à l'origine de douleurs, rétention d'eau
- Troubles neurologiques: céphalées, vertiges

De nombreux autres signes peuvent toucher tous les appareils, systèmes et/ou organes, on peut rencontrer:

- Des troubles généraux: comme la fatigue, de la faiblesse, une baisse d'endurance

- Des compulsions ou dégoûts alimentaires: boulimie ou perte d'appétit, envies de sucre, de chocolat, envie d'alcool, dégoût pour certains aliments ou certaines odeurs
- Des troubles digestifs: nausées, vomissements, constipation et/ ou diarrhées, digestion difficile, brûlures d'estomac, reflux gastrique, ballonnements, gaz, hémorroïdes, prurit anal (démangeaisons)
- Des problèmes articulaires: douleurs dorsales, dans les reins, rhumatismes, douleurs articulaires
- Des troubles de cycles menstruels: cycles plus courts, menstruations allongées, plus abondantes, caillots, douleurs de règles (algoménorrhée)
- Des troubles dermatologiques: acné, herpès buccal ou génital, eczéma, allergie
- Des troubles urinaires: envies fréquentes d'uriner; diminution du volume des urines, infections urinaires;
- Des troubles musculo-squelettiques: douleurs musculaires, tendineuses ou articulaires, contractures musculaires, raideurs;
- Des troubles vulvo-vaginaux: inflammations, sécheresse des muqueuses génitales, sensation de mycose;
- Des troubles pulmonaires: asthme, oppression du thorax, essoufflement
- Des troubles cardiovasculaires: palpitations;
- Des troubles ORL: maux de gorge, modification de la voix et des muqueuses nasales donc de l'odorat;
- Plus rarement, des troubles thyroïdiens (hyperthyroïdie plus souvent qu'hypothyroïdie);
- Des troubles oculaires (conjonctivite);
- Aggravation des allergies: certaines femmes constatent l'apparition ou l'aggravation de signes allergiques prémenstruels: oedème de Quincke, asthme, toux, rhinite, conjonctivite, urticaire, eczéma...

II.2.2 Les symptômes psychiques

Les manifestations psychiques sont très variables, pouvant aller de banals troubles de l'humeur à des troubles psycho-comportementaux graves imposant d'urgence une prise en charge spécialisée.

- Des troubles de l'humeur: il peut s'agir simplement de discrètes variations de l'humeur, succédant à une fréquente sensation de bien-être autour de la période d'ovulation, sans grande conséquence sur le quotidien et facilement reconnues et maîtrisables.

Cependant, la situation peut devenir plus invalidante menant à une humeur changeante, une irritabilité, de l'agressivité, de l'intolérance, de la susceptibilité, des mouvements de colère irraisonnée accompagnés ou non de violence physique, des crises de larmes, des attaques de panique, un état

dépressif, de la nervosité, de l'anxiété, du pessimisme, des idées noires, une perte de confiance en soi, ou encore un retrait social avec une perturbation du comportement social (tant au niveau famille que du travail et de manière générale de l'environnement).

- Des troubles de la libido: Fréquemment augmentée au moment de l'ovulation en raison du taux important d'oestrogènes, la libido diminue souvent en deuxième partie du cycle. Toutefois, certaines femmes connaissent, au contraire, un regain de désir avant les règles.
- Des troubles du sommeil: il peut s'agir d'insomnie ou d'hypersomnie, parfois même de cauchemars ou encore des phénomènes de somnolence.
- Des troubles cognitifs: ils regroupent l'ensemble des difficultés à fixer l'attention, à se concentrer, des troubles de la mémoire, une réduction générale des aptitudes cognitives.
- Des troubles du comportement: envie frénétique de faire du ménage, de ranger, réaménager, ou encore l'envie irrésistible de faire du shopping
- Des troubles du comportement plus graves/ importants: il s'agit le plus souvent de pathologies psychiatriques qui existaient déjà chez la femme et qui vont être majorées ou destabilisées en période prémenstruelle: dépression chronique aggravée, augmentation des tentatives de suicide chez des femmes prédisposées, augmentation des hospitalisations en urgence psychiatrique.

Le TDPM est la forme sévère du SPM, qui bouleverse totalement la vie de la personne qui en souffre par la gravité des symptômes psychiques. Il affecterait environ de 5,5 à 8% des femmes, selon IAPMD.

Un lien a été établi avec des antécédents familiaux et personnels de bipolarité (psychose maniaco-dépressive). Les troubles majeurs du comportement sont à leur apogée le premier jour des règles et les deux jours qui les précèdent.

Troubles divers	Troubles physiques	Troubles digestifs	Troubles de l'humeur
Acné		Acidité gastrique	Abus d'alcool
Allergies (cutanées, asthme..)		Alternance diarrhée/ constipation	Agressivité
Douleurs dans les reins		Aphtes	Baisse de la concentration
Douleurs dorsales		Ballonnements	Baisse d'efficacité
Douleurs abdominales		Compulsions alimentaires	Boulimie

	diverses	
Douleurs articulaires	Constipation	Colères
Eczéma	Crampes abdominales	Confusion
Fatigue physique	Diarrhée	Crise de larmes
Gonflement abdominal	Hémorroïdes	Déprime
Gonflement des seins	Nausée	Désir sexuel accru
Hémorroïdes	Perte d'appétit	Envie de café, chocolat, sucre
Herpès	Prurit anal	Fatigue intellectuelle
Jambes gonflées, oedèmes	Vomissements	Irritabilité
Peau grasse ou sèche		Manque de désir sexuel
Prise de poids		Manque d'intérêt
Problèmes circulatoires		Sauts d'humeur
Rétention d'eau		Sentiment de culpabilité
Rhumatisme		Sentiment de solitude
Rhume		Susceptibilité
Sensibilité accrue (au toucher)		Tristesse
Stase du petit bassin		
Tension mammaire		

Tableau 1: *Récapitulatif des symptômes du SPM les plus courants*

III. Diagnostic et outils d'évaluation concernant le SPM

III.1 Principes généraux d'évaluation

L'évaluation de la gravité du SPM repose sur l'observation systématique des symptômes, leur intensité, leur cyclicité et leur retentissement sur la vie quotidienne.

III.1.1 Le diagnostic

Selon les critères de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), le diagnostic de SPM repose sur la survenue d'au moins un symptôme affectif et un symptôme somatique entraînant un dysfonctionnement des performances sociales, scolaires ou au travail.

Ces symptômes sont cycliques (au moins deux cycles consécutifs), apparaissant après l'ovulation, dans les cinq jours précédant les règles et cessant dans les quatre jours suivant leur début, sans autre cause organique ou psychiatrique identifiée.

Ces symptômes doivent être présents en l'absence de traitement pharmacologique, d'ingestion hormonale, de consommation de drogues ou d'alcool (73).

III.1.2 Évaluation et mesure de la gravité du SPM

On peut retenir quatre critères qui définissent la gravité d'un SPM:

- la précocité de son apparition dans le cycle;
- le nombre de symptômes ressentis
- l'intensité des symptômes
- aussi, le retentissement fonctionnel, à savoir l'impact sur la vie familiale, sociale et professionnelle

Grâce à ces critères, on peut non seulement confirmer le diagnostic, mais également distinguer les formes légères des formes sévères, voire dysphoriques du SPM.

III.2 Outils d'évaluation validés

La mise en évidence d'un SPM ou d'un TDPM s'avère souvent difficile. En effet, il n'existe ni symptôme spécifique ni test de laboratoire permettant d'établir ce diagnostic.

Plusieurs outils standardisés ont été développés afin de qualifier la sévérité et l'évolution du SPM. Le SPM peut être confondu avec d'autres troubles non cycliques mais qui manifestent une aggravation des symptômes prémenstruels, comme un trouble dépressif, de l'endométriose, une anémie, des troubles de la thyroïde.

La présence de symptômes en dehors de la phase prémenstruelle évoque fortement une autre pathologie sous-jacente, qui doit être recherchée et prise en charge avant d'envisager un diagnostic de SPM.

Des examens complémentaires, qu'ils soient biologiques ou d'imagerie, ont pour objectif principal d'éliminer d'autres causes médicales susceptibles d'expliquer la symptomatologie.

L'utilisation de critères diagnostiques précis est essentielle : elle permet de différencier le SPM d'autres troubles, d'en estimer correctement la prévalence et, surtout, d'évaluer de manière fiable l'efficacité des traitements mis en place.

III.2.1 DSM 5

En 1980, l'American Psychiatric Association publie la troisième édition du DSM-III, marquant une étape majeure avec l'introduction de critères diagnostiques des formes sévères de troubles prémenstruels (74).

La version la plus récente, le DSM-5-TR, publiée en 2022, propose une classification fondée sur la description des symptômes et leur évolution clinique.

Par ailleurs, la CIM-11, publiée par l'Organisation mondiale de la santé en 2019, repose sur des catégories diagnostiques proches de celles du DSM-5-TR.

Cette convergence contribue à une standardisation progressive des diagnostics en santé mentale à l'échelle internationale (149).

Si le SPM n'y est pas reconnu comme trouble psychiatrique à part entière, le trouble dysphorique prémenstruel y est décrit en annexe comme entité nécessitant des recherches complémentaires.

Pour que le diagnostic soit posé, la patiente doit présenter au moins cinq symptômes (physiques ou émotionnels), dont au moins un en rapport avec la labilité émotionnelle. L'évaluation des symptômes doit être faite par la patiente, pendant au moins deux cycles successifs ; et ils doivent être présents pendant la majorité des cycles au cours de l'année.

Ces symptômes ne doivent pas être présents continuellement, mais doivent disparaître au moins pendant la phase folliculaire suivante.

Critères de diagnostic DSM-V pour le trouble dysphorique prémenstruel (75)

A. L'un des symptômes doit être:

- (1) Humeur dépressive marquée, sentiments de désespoir ou auto-dépréciation (dévalorisation).
- (2) Anxiété marquée, tensions et/ou sensation d'excitation, nervosité.
- (3) Labilité émotionnelle marquée (ex: sautes d'humeur, sentiment de tristesse soudaine, envie de pleurer, hypersensibilité au rejet).
- (4) Colère ou irritabilité marquée et persistance ou augmentation des conflits interpersonnels.
- (5) Diminution de l'intérêt pour les activités habituelles (ex: le travail, l'école, les amis, loisirs).
- (6) Difficultés subjectives à se concentrer.
- (7) Léthargie, fatigabilité excessive ou perte d'énergie marquée.
- (8) Modifications marquées de l'appétit: hyperphagie, envie impérieuse de certains aliments.
- (9) Hypersomnie ou insomnie.
- (10) Sentiment d'être débordée ou perte de contrôle.

(11) Autres symptômes physiques tels que tension ou gonflement des seins, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires, sensation de “ballonnements”, prise de poids.

B. La perturbation interfère nettement avec le travail ou l'activité scolaire, les activités sociales habituelles et les relations avec les autres (ex: diminution de la productivité et/ou de l'efficacité au travail ou à l'école).

C. La perturbation ne correspond pas seulement à l'exacerbation des symptômes d'un autre trouble tels qu'un trouble dépressif majeur, un trouble de panique, un trouble dysthymique ou un trouble de la personnalité (bien qu'elle puisse se surajouter à chacun de ces troubles).

Des évaluations quotidiennes prospectives réalisées pendant au moins 2 cycles symptomatiques consécutifs doivent confirmer la présence des critères A, B et C (avant cette confirmation, le diagnostic peut être porté à titre provisoire).

Cet outil diagnostique présente certaines limites. En effet, la dimension physique y est relativement sous-estimée, ce qui peut nuire à une compréhension globale de la pathologie. Une femme atteinte de trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) peut présenter des symptômes physiques marqués, tandis qu'une femme souffrant d'un SPM modéré à sévère peut manifester une composante émotionnelle importante et ainsi répondre aux critères diagnostiques du TDPM.

III.2.2 Daily Record of Severity of Problems (DRSP)

Le DRSP est un outil d'auto-évaluation prospective développé par Endicott (201) en 2006 pour renforcer l'évaluation des critères spécifiques du DSM-IV dans le diagnostic et le suivi du TDPM.

Il constitue aujourd'hui un outil de référence très utilisé en pratique clinique pour sa précision et sa reproductibilité.

Les onze symptômes psychologiques et physiques du critère A ont été décrits dans 21 éléments distincts. Trois éléments supplémentaires correspondant au critère B du DSM-IV décrivaient les différentes altérations fonctionnelles causées par les symptômes.

Les scores sur le DRSP doivent être remplis quotidiennement par le sujet tout au long de son cycle menstruel, sur des éléments avec des échelles de gravité de 6 points.

Les niveaux de gravité sur le DRSP sont: 1- Non sévère, 2 - Minime, 3 -Doux, 4- Modéré, 5-Sévère, 6-extrêmement sévère.

Les femmes doivent indiquer les jours de leurs menstruations ainsi que les éventuels spottings.

Cet outil peut se révéler contraignant pour la patiente, il est en effet assez long à remplir, et nécessite motivation et rigueur de la patiente, il peut comporter un risque de non-observance.

© pending. Jean Endicott, Ph. D. and Wilma Hartiam, M.D.

75

III.2.3 Visual Analog Scales (VAS)

Les échelles visuelles analogiques permettent aux patientes d'évaluer l'intensité de chaque symptôme sur une ligne graduée de 0 à 10 allant de "aucune douleur" à "pire douleur possible".

Cet outil, bien que non standardisé, est pratique pour le suivi individuel en officine ou en consultation.

Il permet de visualiser rapidement les variations d'un cycle à l'autre, mais son usage reste limité dans les contextes de recherche.

La VAS se présente sous la forme d'une ligne horizontale de 10 cm, dont les extrémités représentent les deux extrêmes d'un ressenti :

- 0 : absence totale de symptôme
- 10 : symptôme d'intensité maximale imaginable

La patiente indique l'intensité perçue d'un ou plusieurs symptômes spécifiques (ex: irritabilité, douleur, fatigue, anxiété, tension mammaire).

Le score est obtenu en mesurant la distance entre le point 0 et la marque indiquée, offrant une évaluation quantitative continue de la sévérité.

Cependant, la VAS ne permet pas d'identifier la nature des symptômes ni leur retentissement fonctionnel.

Aussi, son interprétation peut varier selon la compréhension et la subjectivité de la patiente. La VAS doit être associée à d'autres échelles multidimensionnelles afin de compléter l'évaluation du SPM.

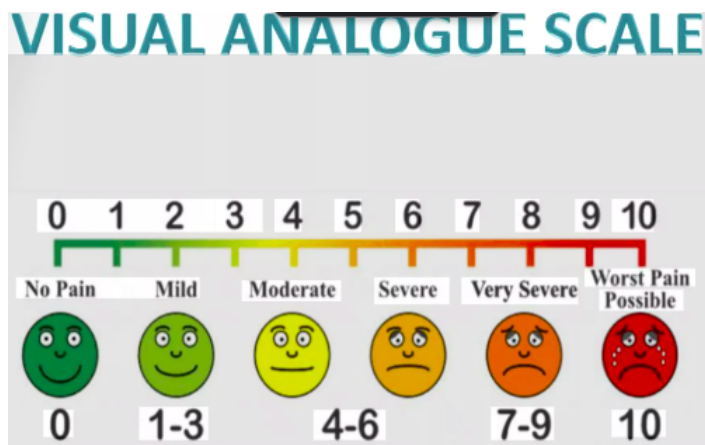


Figure 8: Schéma représentatif de l'échelle de la douleur

III.2.4 Menstrual Distress Questionnaire (MDQ)

Le MDQ (questionnaire de détresse menstruelle) a été développé par Rudolf H. Moos en 1968, c'est l'un des premiers outils d'évaluation du SPM, destiné à mesurer la nature, la fréquence et l'intensité des symptômes associés au cycle menstruel.

Il comporte 47 items répartis en 8 sous-groupes de symptômes, comme l'excitation (irritabilité, nervosité), la concentration (baisse de performance, confusion, oubli), le changement de comportement (changement d'attitude, isolement, altération de l'efficacité), les douleurs (menstruelle, céphalées, abdominales), la rétention d'eau (prise de poids, gonflement des chevilles, seins..), les changements d'humeur négative (dépression, solitude..), ou le contrôle (emballement du rythme cardiaque, sensation d'étouffement, vision floue..) (77).

Chacun de ces items est évalué par la patiente selon son ressenti, sur une échelle de 6 points, allant de "pas du tout" à "partiellement invalidant". Un score est établi en fonction des réponses.

Il permet d'analyser l'évolution du syndrome au cours du cycle menstruel, mais son usage actuel est surtout historique, car il ne distingue pas clairement les formes légères, modérées ou sévères.

Menstrual Distress Questionnaire (MDI-Q)

Cassoli, E., Rossi, E., Melani, G., Faldi, M., Rellini, A. H., Wyatt, R. B., Oester, C., Vannuccini, S., Petraglia, F., Ricca, V., & Castellini, G.

Instructions - Please carefully review the list of provided symptoms. Please answer question A, for each symptom that you have experienced during your periods in the last 12 months. If you did not experience a particular symptom, please answer "No" and skip to the next symptom on the list. However, if you did experience a symptom, please also answer questions B, C, and D regarding the impact of that symptom on your functioning and quality of life.

A. On average, in the past year on the days you had your period, did you...	If you had this symptom, to what degree it interfered with your quality of life, your recreational or work activities, or your social relationships...																
	B. ...on days when you were menstruating?			C. ...during the premenstrual phase (in the 7 days before the start of menstruation)?				D. ...during the other days (outside the menstrual/premenstrual phase)?									
	Yes, more than half of the times I've had my period	Yes, less than half of the times I've had my period	No (Skip to next item)	Not at all	A little	Moderately	Very much	Not at all	A little	Moderately	Very much	Never had this symptom during the premenstrual phase	Not at all	A little	Moderately	Very much	Never had this symptom during the other days
1. ...have pain in your lower abdomen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...have pain when urinating?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ...have pain during bowel movement?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ...have muscle/bone/joint pain?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ...feel bloated or did you experience breast tenderness?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ...experience nausea?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ...have headaches?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ...have digestive problems (heartburn, uncomfortable sense of fullness after meals ...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ...have diarrhea?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ...have constipation?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. ...have discomfort due to vaginal bleeding (fear of stains or odors, discomfort from the tampon, difficulty or embarrassment during sexual activities...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ...have the feeling of being dirty?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. ...feel excessively sad (easily crying, little drive to do things, loss of interest in usual activities ...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

A. On average, in the past year on the days you had your period, did you...				If you had this symptom, to what degree it interfered with your quality of life, your recreational or work activities, or your social relationships...													
				B. ...on days when you were menstruating?				C. ...during the premenstrual phase (in the 7 days before the start of menstruation)?				D. ...during the other days (outside the menstrual/premenstrual phase)?					
	Yes, more than half of the times I've had my period	Yes, less than half of the times I've had my period	No (Skip to next item)	Not at all	A little	Moderately	Very much	Not at all	A little	Moderately	Very much	Never had this symptom during the premenstrual phase	Not at all	A little	Moderately	Very much	Never had this symptom during the other days
14. ...feel emotionally unstable (fluctuating mood, rapid transition from one mood to another even in response to minimal stimuli...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. ...feel irritable or short-tempered (feeling nervous, not being able to bear unexpected events, people or situations, feeling angry easily...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. ...feel impulsive (driven to act without thinking or planning...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. ...feel anxious (agitated, tense, excessively insecure or indecisive, fearful that something bad could happen at any moment...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. ...excessively hungry (desire to overeat, loss of control over food...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. ...feel a lack of hunger?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. ...have insomnia (inability to fall or stay asleep)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ...experience excessive sleepiness (sleeping during the day, not being able to get up in the morning...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. ...feel excessively tired (sluggish, with little energy...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. ...have low sexual desire (reduced drive to have sexual activities, lack of sexual fantasies...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. ...have difficulty concentrating?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. Did you have sexual interactions that included vaginal penetration in the last year?	☐ Yes	☐ No (end the questionnaire) (0)
25A. On average, in the last year on the days you had your period, did you have pain during sexual interactions that included vaginal penetration?	☐ Yes, more than half of the times I've had my period I had pain during vaginal penetration (2) ☐ Yes, less than half of the times I've had my period I had pain during vaginal penetration (1) ☐ No, I never had pain during vaginal penetration (end the questionnaire) (0) ☐ I never had vaginal penetration on the days I had menstrual flow because I would have had too much pain (2) ☐ I never had vaginal penetration on days when I had menstrual flow for reasons other than pain (end the questionnaire) (0)	
25B. On days when you were menstruating, to what degree this pain (or avoiding vaginal penetration) interfered with your quality of life, your recreational or work activities and your social relationships?	☐ Not at all	☐ A little
25C. During the premenstrual phase (in the 7 days before the start of menstruation), if you had this symptom, to what degree it interfered with your quality of life, your recreational or work activities, or your social relationships?	☐ Not at all	☐ A little
25D. During the other days (outside the menstrual/premenstrual phase), if you had this symptom, to what degree it interfered with your quality of life, your recreational or work activities and your social relationships?	☐ Not at all	☐ A little

Figure 9: Grille d'évaluation du MDQ (78)

III.2.5 Auto-évaluation

Nul examen biologique ne peut caractériser un SPM. Un bilan sanguin hormonal n'a pas d'intérêt ici. L'examen clinique est suffisant. Il est possible de réaliser une auto-évaluation sur une grille pendant au moins trois cycles (202) en notant les divers symptômes:

- C pour céphalées
- S pour seins gonflés et/ou douloureux
- D pour dépression
- I pour irritabilité
- R pour rétention d'eau
- F pour fatigue

Il faudra alors quantifier ces symptômes (+ minime, ++ moyen, +++ sévère) en fonction des jours du cycle. En fonction de leur intensité et de leur nombre, le diagnostic du SPM pourra être confirmé et la mise en place d'un traitement ou non sera envisagée (selon le désir de la patiente) et la thérapeutique pourra être affinée sur plusieurs cycles.

IV. Classification du SPM

La classification permet d'une part de ne pas s'inquiéter face aux situations physiologiques de SPM, et d'autre part de faire le choix de la meilleure thérapeutique à mettre en place.

IV.1 Classification selon les conditions d'apparition

IV.1.1 Le SPM "physiologique": de la puberté et de la préménopause

Il est associé à un déséquilibre hormonal naturel qui a souvent lieu chez la jeune fille lorsque débutent les cycles et chez la femme mûre avant la ménopause.

À la puberté, l'ovaire commence par sécréter des oestrogènes pendant plusieurs cycles avant de mettre en place des cycles ovulatoires avec production de progestérone.

À la préménopause, l'ovaire cesse progressivement de sécréter de la progestérone sur une période de trois à cinq ans afin de ne plus produire d'oestrogènes, situation qui aboutit à l'arrêt des cycles, donc à la ménopause.

La jeune fille, comme la femme préménopausée, subit une situation dite physiologique d'hyperoestrogénie, relative par insuffisance de progestérone, ce qui, comme nous l'avons vu précédemment, peut induire un SPM.

Les signes prédominants sont: des oedèmes, des ballonnements, des douleurs mammaires, de l'agressivité. Ces symptômes s'aggravent avant les règles et s'améliorent après ces dernières.

	Sécrétion d'oestrogènes	Sécrétion de progestérone
Puberté	+ dominance	-
Préménopause	+ dominance	-

Tableau 2: Situations d'hyperoestrogénie durant la puberté et la préménopause

IV.1.2 Le SPM provoqué par une pilule ou un traitement hormonal mal dosé

Il est induit par la prise de divers traitements hormonaux mal dosés ou mal adaptés.

Il peut s'agir :

- d'une pilule oestro-progestative ou microprogestative,
- d'un traitement hormonal progestatif,
- d'un stérilet à la progestérone,
- d'un traitement hormonal oestro-progestatif de la ménopause.

Ces traitements génèrent le plus souvent une dominance en oestrogènes, cependant ils peuvent parfois entraîner une dominance en progestérone.

	Oestrogènes	Progestérone
Pilule oestro-progestative ou microprogestative mal dosée	+ dominance	
		+ dominance
Traitement hormonal progestatif mal dosé	+ dominance	
		+ dominance
Stérilet à la progestérone	+ dominance	
		+ dominance
Traitement hormonal oestro-progestatif de la ménopause mal dosé	+ dominance	
		+ dominance

Tableau 3: Dérèglement des traitements hormonaux sur les taux d'hormones

Ces phénomènes de dominance sont la conséquence d'un déséquilibre dans un sens ou dans un autre, provoqué par l'imprégnation hormonale médicamenteuse.

Les signes prédominants de l'hyperoestrogénie sont des oedèmes, des ballonnements, des douleurs des seins, de l'agressivité et des tensions psychiques. Les signes prédominants de l'hyperprogestéronémie sont les céphalées, les lombalgies, un syndrome dépressif, un repli sur soi.

IV.2 Classification selon l'intensité du syndrome

En fonction du nombre de symptômes ressentis, de leur durée et de leur intensité, le SPM sera qualifié de léger à sévère (202).

- Le SPM "léger"; le plus fréquent. Les femmes présentent quelques symptômes, variables, peu gênants, quelques jours dans le cycle.
- Le SPM dit "sérieux", touchant 10% des femmes. Elles présentent au moins cinq symptômes différents (parmi tous ceux cités précédemment). Un traitement s'impose car la situation perturbe le quotidien tant au niveau physique que psychique.
- Le SPM "sévere" affectant environ 5% des femmes et se caractérise par une intensité élevée des symptômes, souvent multiples et susceptibles d'altérer de manière significative la qualité de vie.

IV.3 Classification des 4 types de SPM selon le Dr Guy Abraham et leurs causes

Le Dr Abraham, médecin anglo-saxon, a proposé de diviser le SPM en quatre sous-groupes selon le type de symptômes (79).

IV.3.1 Le SPM de type A: comme Anxiété

On y décèle une prédominance d'irritabilité, d'anxiété, de troubles de l'humeur.

La cause de SPM serait due à une déficience en vitamine B6, substance nécessaire à la synthèse de la dopamine, ce qui perturberait la dégradation des oestrogènes par le foie, générant ainsi une hyperoestrogénie.

Cette dominance des oestrogènes serait responsable d'une activation des neurotransmetteurs excitateurs du cerveau (noradrénaline, adrénaline, sérotonine) et d'une diminution de la dopamine, neurotransmetteur modulateur.

Un manque de magnésium entraînerait une diminution de la dopamine. Cette situation serait favorisée en cas d'excès de produits laitiers (l'excès de calcium empêcherait l'absorption du magnésium) et de sucres raffinés, qui favoriseraient la fuite de magnésium dans les urines.

IV.3.2 Le SPM de type H: comme Hydratation

Ce SPM présente une prédominance de gonflements, de rétention d'eau. La rétention d'eau et de sel dans les tissus est sous l'influence d'un excès d'aldostérone elle-même stimulé par une hyperoestrogénie.

Une diminution de la dopamine serait aussi en cause, car elle stimule l'élimination de l'eau et du sel. Une déficience en vitamine B6, une carence en magnésium entreraient également en jeu.

IV.3.3 Le SPM de type C: comme Craving (fringales)

Ce SPM présente une prédominance de fringales, envies d'aliments sucrés avec malaises et faiblesses. L'envie irrésistible de consommation de sucres rapides (craving) pourrait s'expliquer par des fluctuations glycémiques, potentiellement liées à une modification de la sensibilité à l'insuline au cours de la phase prémenstruelle

Des carences en chrome, magnésium, vitamine B6 et prostaglandines E1 issues d'acides gras essentiels (PGE1) seraient des éléments essentiels de cette perturbation métabolique.

Cette situation est favorisée en cas d'excès de sucres raffinés (pain blanc, riz blanc, pâtes, etc...).

IV.3.4 Le SPM de type D: comme Dépression

Ce SPM comporte une prédominance de tristesse, d'envies de pleurer, de confusion et, dans le pire des cas, d'idées suicidaires.

Un taux élevé de progestérone (hyperprogestéronémie) aurait une action dépressive sur le système nerveux central.

Le plomb pourrait jouer un rôle, en générant une hypoestrogénie. On sait en effet qu'il existe une contamination par du plomb d'origine industrielle ou dans des habitations insalubres (peintures au plomb).

Cette situation serait favorisée en cas de déficience en magnésium et en vitamines C et B.

Les causes des 4 types de SPM selon Abraham et leurs signes en résumé	
Type A: tension nerveuse, sautes d'humeur, irritabilité, anxiété, insomnies	Niveau élevé d'oestrogènes
	Diminution de la dopamine
	Déficience en magnésium
	Déficience en vitamine B6
	Excès de produits laitiers (hypercalcémie)

	Excès de sucres raffinés (favorise la fuite de magnésium dans les urines)
Type H: gain de poids, gonflement des extrémités (mains, pieds), gonflement et sensibilité des seins, du ventre	Niveau d'aldostérone élevé
	Niveau élevé d'oestrogènes
	Diminution de la dopamine
	Déficiences en magnésium
	Déficiences en vitamine B6
	Excès de sucres raffinés (privilégier les glucides à index glycémique bas)
Type C: céphalées, fringales pour les sucreries, appétit augmenté, palpitations, fatigue, étourdissements, évanouissements	Sensibilité accrue des cellules à l'insuline
	Déficiences en prostaglandines E1
	Déficiences en magnésium
	Déficiences en vitamine B6
	Déficiences en chrome
	Excès de sucres raffinés
Type D: dépression, perte de mémoire, pleurs, confusion, troubles du sommeil	Niveau élevé de progestérone
	Niveau faible d'oestrogènes
	Excès de plomb
	Déficiences en vitamines B
	Déficiences en magnésium

Tableau 4: Causes et différents types de SPM selon Abraham

IV.4 Les causes du SPM

Nombre de symptômes du SPM peuvent s'expliquer par l'augmentation de la perméabilité capillaire qui entraîne un oedème tissulaire interstitiel dans différentes zones du corps: dans la poitrine, ce qui génère la mastodynie; dans le tissu cérébral avec toutes les manifestations neuropsychologiques; dans la zone péritonéo-colique, ce qui génère tous les troubles de la sphère abdomino-pelvienne.

Maintes théories ont été émises par maintes auteurs pour en expliquer les causes.

Néanmoins, le fait qu'elle se manifeste dans la deuxième moitié du cycle (phase lutéale) laisse à penser à une cause hormonale. Mais il semblerait qu'elle ne soit pas la seule en cause.

IV.4.1 Les différents niveaux de régulation hormonale

Nos hormones sont des messagers chimiques destinées aux organes périphériques. Nous avons plusieurs niveaux de régulation hormonale.

Nous avons expliqué plus haut, l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien, avec les gonadotrophines hypophysaires.

L'hypophyse à la base du cerveau est sous la dépendance de l'hypothalamus.

Il faut associer que l'hypothalamus fait un lien entre tous les neuromédiateurs du cortex cérébral, le système nerveux, et le système endocrinien.

Ainsi toutes les hormones sécrétées dans le sang par les glandes dites endocrines (thyroïde, ovaires, surrénales) ont la possibilité d'agir sur leur propre production hormonale, en la modulant par rétrocontrôle hormonal.

Dans la phase lutéale, la sécrétion d'oestrogènes (qui était en hausse en phase folliculaire), chute tandis que celle de la progestérone augmente.

En l'absence de conception, les taux d'oestrogènes et de progestérone s'écroulent et les règles se déclenchent.

Ces variations hormonales ne sont pas sans conséquences sur l'état physiologique de la femme car les oestrogènes et la progestérone ont des effets sur la rétention d'eau et sur l'humeur, mais ces effets sont antagonistes (80).

Les oestrogènes favorisent, via la stimulation d'aldostérone (hormone de la corticosurrénale, jouant un rôle dans la régulation de la pression artérielle et l'équilibre entre le sodium et le potassium), la rétention d'eau, par une augmentation de la perméabilité des vaisseaux.

La progestérone compense cet effet par une action inverse dite "anti oestrogène".

Au niveau du comportement, les oestrogènes favorisent l'excitation alors que la progestérone est relaxante.

On comprend ainsi qu'une anomalie de sécrétion de ces hormones ou du rapport oestrogènes/progestérone peut générer des oedèmes, des gonflements, de la congestion et des troubles de l'humeur (81).

IV.4.2 Les hormones sexuelles

IV.4.2.1 La théorie de l'hyperoestrogénie ou de la dominance en oestrogènes

Les oestrogènes et la progestérone sont normalement sécrétés de manière équilibrée.

Cependant il peut arriver que l'oestrogène prenne le dessus sur la progestérone.

On parle alors de l'hyperoestrogénie. Il existe deux types d'hyperoestrogénie: la relative et la vraie.

Si la sécrétion d'oestrogènes est normale et celle de progestérone insuffisante, on parle d'hyperoestrogénie relative.

Si la sécrétion d'oestrogènes est augmentée et celle de progestérone normale, on parle d'hyperoestrogénie vraie.

HYPEROESTROGÉNIE	SÉCRÉTION D'OESTROGÈNES	SÉCRÉTION DE PROGESTÉRONNE
Relative	normale	diminuée
Vraie	augmentée	normale

Tableau 5: Différenciation entre hyperoestrogénie relative et vraie

L'hyperoestrogénie peut avoir un impact profond et varié sur la santé générale et reproductive des femmes. Sur le plan gynécologique, cet excès d'oestrogènes favorise le développement de pathologies telles que l'endométriose, caractérisée par une prolifération excessive du tissu endométrial en dehors de l'utérus, provoquant douleurs et complications. De même, elle peut augmenter le risque d'apparition de fibromes utérins et de polypes, qui perturbent la santé de l'utérus et entraînent des règles abondantes et douloureuses (82).

Concernant la fertilité, l'hyperoestrogénie peut entraîner des cycles irréguliers, des ovulations absentes ou de mauvaise qualité, notamment en lien avec le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), compliquant ainsi la conception.

Ce déséquilibre hormonal, souvent lié à une insuffisance relative en progestérone, peut aussi perturber la préparation de l'endomètre à la nidation et altérer la régularité du cycle menstruel (82).

L'hyperoestrogénie peut être aussi la conséquence d'une insuffisance de détoxification au niveau du foie. Celui-ci joue un rôle important dans l'élimination des oestrogènes endogènes (sécrétés par l'organisme) et exogènes (provenant des pilules et autres traitements hormonaux ou de l'environnement).

Lorsque les systèmes enzymatiques de détoxification du foie sont débordés ou perturbés, il peut y avoir une accumulation de certaines molécules oestrogéniques (métabolites des oestrogènes 4 et 16 alpha-hydroxylés), qui augmentent les risques de hormono-dépendants, tels que ceux du sein et de l'utérus (82).

Les répercussions systémiques de l'hyperoestrogénie ne doivent pas être sous-estimées. Cet excès hormonal est fréquemment associé à une prise de poids,

en particulier au niveau du tissu adipeux abdominal et des cuisses, ainsi qu'à une rétention hydrique durable.

Par ailleurs, l'hyperœstrogénie peut également influencer la sphère émotionnelle en favorisant l'apparition de variations de l'humeur, d'irritabilité, d'une diminution de la libido ou encore de manifestations anxieuses ou dépressives, pouvant contribuer à une souffrance psychologique significative.

Afin d'évaluer le statut en œstrogènes, la réalisation d'un bilan hormonal est recommandée. Celui-ci est le plus souvent prescrit en début de cycle menstruel, entre le 2^e et le 5^e jour, avec un dosage associé d'autres hormones telles que la FSH, la prolactine.

Un dosage des œstrogènes peut également être effectué environ 7 jours après l'ovulation (idéalement confirmée par l'observation de la glaire cervicale et de la température) en même temps que celui de la progestérone, afin de déceler si l'hyperœstrogénie est vraie ou relative.

En théorie, la progestérone devrait être environ 100 fois plus élevée que les œstrogènes 7 jours après l'ovulation (83).

Des valeurs généralement considérées comme optimales se situent entre 15 et 20 ng/ml pour la progestérone et entre 50 et 200 pg/ml pour l'estradiol (soit environ 150 ng/l). Toutefois, ces repères restent indicatifs et leur interprétation doit tenir compte du contexte individuel, de l'âge, des symptômes ou du moment de vie.

IV.4.2.2 La théorie de l'hyperprogestéronémie

Le phénomène de dominance en progestérone est là aussi plus souvent relatif (avec une sécrétion d'œstrogènes diminuée et celle de progestérone normale) que vrai (sécrétion d'œstrogènes normale et sécrétion de progestérone augmentée).

Ceci permet d'expliquer pourquoi les traitements progestatifs ne soignent pas tous les SPM (nous le verrons dans la troisième partie).

HYPERPROGESTÉRONÉMIE	SÉCRÉTION D'OESTROGÈNES	SÉCRÉTION DE PROGESTÉRONE
Relative	diminuée	normale
Vraie	normale	augmentée

Tableau 6: Différenciation entre hyperprogestéronémie vraie et relative

IV.4.3 Les autres hormones

IV.4.3.1 Le rôle de la prolactine

Sécrétée par les cellules lactotropes de l'hypophyse, elle stimule la lactation et est sécrétée en quantité en période de grossesse et d'allaitement.

La prolactine régule la fréquence et l'amplitude de la production de GnRH, l'hormone hypothalamique, à l'origine de toute la cascade hormonale nécessaire à l'ovulation et au cycle menstruel.

Sans GnRH, l'hypothalamus ne commande pas à l'hypophyse de sécréter la FSH (nécessaire à la maturation des follicules ovariens). Sans maturation des follicules, pas d'oestrogènes et pas de pic de LH pour déclencher l'ovulation (84).

Les situations d'hyperprolactinémie peuvent être liées (en dehors d'une tumeur de l'hypophyse) au stress, à une hypothyroïdie ou à la prise de neuroleptiques, d'opioïdes ou à des déséquilibres hormonaux globaux (84).

Un excès de prolactine bloque le cycle menstruel et l'ovulation, entraînant un manque d'oestrogènes (baisse de libido, acné, bouffées de chaleur), ainsi qu'un déficit en progestérone, à l'origine d'un SPM plus marqué, d'aménorrhées.

L'augmentation de la prolactine peut être méconnue car son pic physiologique est nocturne, au cours du sommeil profond, on la dit latente. Elle est donc difficile à mettre en évidence sur le plan biologique.

Cependant, la prolactine se mesure le matin, à jeun, après environ 20 minutes de repos, en évitant l'alcool (bière) la veille car le malt, riche en bêta-glucanes, peut fausser les résultats. Le dosage peut être réalisé à n'importe quel moment du cycle, à mesurer en même temps que d'autres hormones (FSH, LH).

L'excès de prolactine entraîne également une rétention d'eau et de sodium générant des oedèmes, des congestions, des ballonnements, des migraines.

IV.4.3.2 Le rôle de l'aldostérone

Dans le foie, une enzyme: la rénine, dégrade l'angiotensinogène, pour former l'angiotensine I, qui sera transformée par l'enzyme de conversion en angiotensine II. Cette dernière stimule la sécrétion d'aldostérone, responsable de l'augmentation de la pression artérielle et de la diminution du diamètre des vaisseaux.

Sous l'influence du système rénine-angiotensine, l'aldostérone joue un rôle dans la réabsorption du sodium et l'excrétion du potassium au niveau du rein, ce qui entraîne une rétention hydrosodée (85).

L'aldostérone est impliquée dans le SPM par le biais d'une perturbation du rapport progestérone/aldostérone en deuxième partie de cycle.

La progestérone endogène a une action “anti-aldostérone”, alors que les œstrogènes stimulent sa sécrétion.

Ainsi, lorsque la progestérone est en insuffisance, l’effet antagoniste qu’elle exerce sur l’aldostérone ne se fait plus et la rétention d’eau est accentuée.

Une augmentation de la sécrétion d’aldostérone induit l’apparition d’un œdème qui peut concerner tous les tissus (mammaires, abdominaux), à l’origine des manifestations du SPM.

IV.4.3.3 Le rôle du cortisol

Il existe une compétition directe entre le cortisol et la progestérone au niveau de leurs récepteurs communs, au profit du cortisol.

Ainsi, dans des situations majeures de stress, les récepteurs sont occupés par le cortisol (produit par les surrénales), empêchant la progestérone de se fixer et d’entrer en action (86).

Ceci explique le lien direct entre le stress et l’insuffisance de progestérone lutéale, le cortisol étant “l’hormone du stress”. En cas de SPM, un pic de cortisol, plus élevé, a été observé, créant une dominance en œstrogènes (202). Ce déséquilibre est directement responsable de nombreux symptômes du SPM : anxiété, rétention d’eau, seins douloureux, irritabilité.

IV.4.3.4 Le rôle de la mélatonine

La mélatonine est une hormone qui contrôle le rythme du sommeil.

Un dérèglement du rythme de sécrétion de la mélatonine expliquerait les troubles du sommeil qui peuvent précéder les règles (202).

L’horloge biologique peut être perturbée plus particulièrement chez les femmes travaillant de nuit ou faisant des déplacements fréquents avec d’importants décalages horaires, et ceci concerne notamment le personnel aérien naviguant.

L’équipe dirigée par la Dre Diane B. Boivin, au sein du Centre d’étude et de traitement des rythmes circadiens de l’Institut Douglas, s’est intéressée aux fluctuations journalières du rythme de sécrétion de la mélatonine chez des femmes atteintes de trouble dysphorique prémenstruel (TDPM), en les comparant à celles observées chez des femmes témoins en bonne santé (87).

Il semble qu’il y ait un retard du pic nocturne de sécrétion de la mélatonine au cours de la phase lutéale avec une amplitude de la courbe plus resserrée: avec un début de sécrétion plus tardif et un arrêt plus précoce.

Le taux global de sécrétion de mélatonine est diminué. La phase folliculaire n’est pas affectée.

IV.4.4 Le rôle des perturbateurs endocriniens et des médicaments hormonaux

Selon l'OMS (88): *“un perturbateur endocrinien est une substance chimique d'origine naturelle ou synthétique, étrangère à l'organisme et susceptible d'interférer avec le fonctionnement du système endocrinien, c'est-à-dire des cellules et organes impliqués dans la production des hormones et leur action sur les cellules dites “cibles” via des récepteurs.”*

Ils peuvent être responsables d'une hyperœstrogénie vraie et participer à la survenue du SPM ou d'autres maladies causées par des modifications hormonales (89).

Les xénobiotiques de l'environnement sont des molécules industrielles (certains pesticides dont le DDT (dichlorodiphényltrichloroéthane), les dioxines, le bisphénol A, les parabènes, les colorants chimiques, certains additifs alimentaires, certains détergents, les hormones de synthèse, les conservateurs, ou certains résidus d'antibiotiques, d'engrais).

Ces perturbateurs endocriniens ont un fort pouvoir œstrogénique, majoré par leur multiplication et par l'accumulation de métaux lourds (plomb, mercure, etc.) dans l'organisme.

La National Academy of American Science a demandé récemment la tenue d'enquêtes et d'études sur les substances à potentiel hormonal dans l'environnement et les produits de consommation (90).

Les BPC (biphényles polychlorés) auraient un potentiel hormonal. On suspecte leur rôle déclenchant ou aggravant dans les cancers hormono-dépendants, les problèmes de fertilité et de la reproduction (baisse de la qualité du sperme, augmentation de la fréquence d'anomalies du développement des organes reproducteurs ou de la fonction de reproduction, abaissement de l'âge de la puberté) et le SPM (91).

Seuls les labels biologiques garantissent une totale absence de ces substances dans leurs produits, c'est pourquoi il est préférable de privilégier l'alimentation biologique dans la mesure du possible (104).

La présence dans l'environnement aquatique de résidus d'hormones œstro-progestatives de synthèse (contraception œstro-progestative ou microprogestative, stérilet à la progestérone, traitement hormonal de la ménopause), issus des contraceptifs oraux, ainsi que d'autres perturbateurs endocriniens, constitue aujourd'hui une préoccupation de santé environnementale. Après leur rejet dans les eaux usées et leur passage parfois incomplet en station d'épuration, ces substances peuvent être retrouvées dans les rivières, les lacs, les nappes phréatiques et, à de faibles concentrations, dans l'eau destinée à la consommation.

Chez les espèces aquatiques, leurs effets sont bien documentés: des phénomènes de féminisation des mâles, et des perturbations du comportement reproducteur ont été observés (92).

IV.4.5 Les neurotransmetteurs cérébraux

Ces molécules sont des messagers qui assurent la transmission des informations d'un neurone à l'autre. On sait que leurs effets sur les neurones peuvent être modulés par certaines hormones.

Les scientifiques ont observé qu'il existait un trouble de la régulation de certains neurotransmetteurs appelés opioïdes (comme la bêta-endorphine impliquée dans la modulation de la perception de la douleur) chez les femmes souffrant de SPM.

Dans cette étude (93), des échantillons de plasma ont été prélevés deux fois pendant la phase folliculaire et trois fois pendant la phase lutéale du cycle menstruel chez 12 femmes présentant un SPM et chez 14 femmes témoins asymptomatiques.

Les concentrations de bêta-endorphine (β -E), cortisol, œstradiol, progestérone et LH ont été mesurées.

Chez les femmes souffrant de SPM, les niveaux plasmatiques de bêta-endorphine sont significativement plus faibles au début de la phase lutéale que chez les femmes témoins, tandis que le cortisol, l'œstradiol, progestérone et la LH restent similaires. Cette observation suggère une diminution de la sécrétion d'endorphines chez les femmes présentant un SPM, pouvant ainsi favoriser une susceptibilité accrue à la perception et à l'intensité des symptômes du SPM.

Aussi, les peptides opioïdes endogènes régulent la sécrétion de LH via l'hypothalamus, avec une inhibition maximale pendant la phase lutéale sous l'effet combiné d'œstradiol et de progestérone (94). Cette modulation explique la diminution des pulsations de LH à ce moment du cycle et illustre le lien entre fonction reproductive et stress, avec des implications pour certaines formes d'aménorrhée.

D'autres neuromédiateurs comme la sérotonine pourraient être également impliqués dans le SPM (202). Ce neuromédiateur de l'humeur agit en effet en interdépendance avec les hormones ovariennes.

Sa synthèse dépend de l'apport en acide aminé appelé tryptophane, des signes de SPM apparaissent rapidement en cas de carence de ce dernier.

Une déficience en GABA, principal neurotransmetteur inhibiteur du cerveau qui régule son excitabilité, a également été observée dans le SPM (93).

IV.4.6 Autres causes

IV.4.6.1 Les facteurs nutritionnels

Les carences en vitamines, minéraux et oligoéléments peuvent générer de nombreux troubles ou, tout au moins, les accentuer.

Les vitamines du groupe B, la vitamine C, le zinc, le magnésium et le sélénium interviennent dans le métabolisme des prostaglandines, dont celles des séries de type I et de type II aux propriétés anti-inflammatoires.

La carence de ces éléments empêcherait la bonne synthèse de ces prostaglandines protectrices.

Le magnésium et la vitamine B6 sont indispensables à la synthèse de certains neurotransmetteurs comme la dopamine, la sérotonine, la noradrénaline, et à celle des acides gras essentiels (AGE) qui sont nécessaires à la constitution de certaines prostaglandines et des médiateurs chimiques ayant de multiples effets physiologiques, notamment sur les vaisseaux sanguins et l'utérus (95).

Les douleurs de SPM peuvent venir de l'inflammation qui s'installe sur des tissus déjà gonflés par la rétention d'eau.

Les prostaglandines de type II sont pro-inflammatoires.

La prostaglandine E1 (PgE1) est par exemple bénéfique par son action relaxante.

La prostaglandine E2 (PgE2), molécule pro-inflammatoire et les thromboxanes prothrombotiques sont responsables des douleurs de règles (95).

Les femmes souffrant de crampes douloureuses produisent plus de prostaglandine (essentiellement de type II) que la normale ou seraient plus sensibles à ses effets.

Une carence peut également être à l'origine de la formation d'œdèmes, car les prostaglandines agissent sur la perméabilité des petits vaisseaux sanguins, les vaisseaux capillaires, et sur la production de catécholamines (adrénaline, noradrénaline, dopamine) et de bêta-endorphines (202).

Le rapport magnésium/calcium est souvent abaissé dans le SPM (202).

Le calcium dont l'absorption intestinale est favorisée par la vitamine D joue un rôle dans le métabolisme des œstrogènes, donc dans l'équilibre œstrogènes-progestérone (95).

IV.4.6.2 Le tabac

L'aromatase est l'enzyme impliquée dans la production d'œstrogènes, qui agit en catalysant la conversion de la testostérone (androgènes) en estradiol (œstrogènes).

La nicotine a une action qui empêche la transformation naturelle des hormones androgènes en œstrogènes, ce qui pourrait jouer un rôle dans l'apparition d'un SPM (102).

Une seule dose de nicotine (une cigarette) réduirait modérément la quantité d'aromatase dans le cerveau (observée par IRM et TEP, afin de visualiser la quantité d'aromatase et son emplacement dans le cerveau), ce qui conduirait à une hypo-œstrogénie, selon des travaux présentés au congrès annuel de l'European College of Neuropsychopharmacology (ECNP), qui s'est tenu à Vienne, du 15 au 18 octobre 2022 (96).

Enfin, il semble beaucoup plus difficile pour les femmes de stopper le tabac en période prémenstruelle (anxiété, craving, irritabilité), le phénomène de manque étant majoré à ce moment-là (96).

Les femmes montrent une plus grande tendance à rechuter lorsqu'elles essaient d'arrêter de fumer (96).

Le cycle menstruel semble être influencé par les désordres hormonaux induits par le tabac.

IV.4.6.3 Les facteurs génétiques et familiaux: l'héritage du SPM

Le gène ESR1, qui code pour le récepteurs aux œstrogènes alpha, présente plusieurs polymorphismes associés à une susceptibilité accrue au SPM.

Les variants rs2234693 et rs9340799, modifient l'expression et la fonction du récepteur α , influençant la réponse tissulaire aux oestrogènes (95).

Ces mutations peuvent provoquer une hypersensibilité ou une résistance partielle aux œstrogènes, nécessitant des taux hormonaux plus élevés pour obtenir une réponse physiologique normale.

Cette dysrégulation hormonale se répercute sur les neurotransmissions associées, et explique en partie la variabilité inter-individuelle dans la sévérité des symptômes (95).

Aussi, les femmes ont davantage tendance à souffrir du SPM si leur mère ou leur sœur en souffre ou en a souffert aussi. On retrouve un fort pourcentage de SPM (70%) chez les jeunes femmes dont les mères en ont été affectées.

On observe davantage de SPM chez les vraies jumelles que chez les fausses, ce qui suggère qu'il existe probablement des facteurs génétiques (202).

Enfin, le TDPM (jusqu'à 8 % des femmes) présente une forte composante familiale: le risque chez les apparentées au premier degré est 2 à 3 fois plus élevé.

Plusieurs gènes agissent, notamment ceux impliquant les récepteurs aux hormones stéroïdiennes, les enzymes de métabolisme hormonal et les systèmes de neurotransmission (95).

Cette compréhension ouvre la voie à une médecine personnalisée, adaptée au profil génétique individuel.

Troisième partie: Prise en charge du syndrome prémenstruel

La prise en charge thérapeutique du SPM repose sur une approche globale et individualisée, adaptée à l'intensité des symptômes et à leur retentissement sur la qualité de vie.

Elle associe des mesures hygiéno-diététiques, des thérapeutiques naturelles, et des traitements médicamenteux ciblés selon les manifestations dominantes (douleurs, troubles de l'humeur, rétention hydrique).

L'objectif est de soulager les symptômes, d'améliorer le bien-être des patientes et de limiter l'impact du SPM sur leur quotidien.

I. Mesures hygiéno-diététiques

I.1 L'intérêt de l'exercice physique

La pratique d'un exercice physique pendant 30 minutes, minimum trois fois par semaine, est un bon moyen clef de lutter contre les symptômes du SPM (105).

Son intérêt dans nombre de pathologies graves allant du diabète aux maladies cardiovasculaires n'est plus à démontrer.

L'activité physique améliore le SPM par divers mécanismes:

- L'augmentation des endorphines, qui ont un effet antalgique naturel
- L'effet relaxant musculaire, diminuant les tensions, par diminution de l'activité du système nerveux sympathique (qui induit la contraction accrue du muscle utérin) et augmentation du parasympathique
- Sécrétion de sérotonine
- Diminution du cortisol (hormone du stress), engendrant une diminution de la synthèse de prostaglandines, impliquées dans les contractions utérines douloureuses
- Augmentation du flux sanguin pelvien, permettant une meilleure oxygénation des muscles (ici du myomètre), et donc de limiter les contractions utérines ;
- Evacuation et donc diminution plus rapide des prostaglandines de l'utérus si l'exercice est pratiqué en même temps que la douleur

Ces mécanismes suggèrent donc un effet favorable potentiel sur les douleurs menstruelles, avec une action non seulement sur le mental, en réduisant le stress et l'anxiété, mais aussi en agissant sur les neurotransmetteurs affectant l'humeur, la perception de la douleur et la concentration.

En stimulant la sécrétion d'endorphines, ainsi que de la sérotonine, le sport permet ainsi de vider la tête, libérer les tensions du corps et de l'esprit.

Les activités douces telles que le yoga, la gymnastique douce, le Taï Chi, le stretching, le pilates, la danse, les ballades en vélo sont particulièrement adaptées. À contrario, dès lors qu'il y a compétition ou recherche de performances, des tensions mentales se créent et il est difficile de se relaxer. Ainsi, toutes activités trop intenses ou compétitives, entraînant des montées d'adrénaline en stimulant les surrénales qui sont déjà en suractivité pendant cette période, sont à éviter (104).

Comme le montre cette étude (97), les symptômes physiques du SPM apparaissent plus marqués chez les athlètes japonaises que chez les non-athlètes.

Cela pourrait s'expliquer par le haut niveau des athlètes dans cette étude, subissant un stress important à cause de l'entraînement intensif et de la compétition, qui annulerait l'effet bénéfique de l'activité physique et affecterait aussi leurs performances.

Les symptômes prémenstruels semblent en effet être influencés par l'activité physique, étant plus fréquents chez les femmes qui ne pratiquent pas d'exercice régulièrement et qui consomment une alimentation déséquilibrée (98). Cela pourrait s'expliquer par la libération d'endorphines pendant l'activité physique, qui contribuerait à atténuer certains symptômes du SPM, notamment la douleur, l'anxiété et les troubles de l'humeur.

Une revue systématique récente (en novembre 2023) a examiné 15 essais contrôlés randomisés comparant des interventions d'exercice d'une durée minimale de 8 semaines avec des groupes n'ayant pas fait d'exercice chez les femmes atteintes du SPM, et cette étude a souligné que l'exercice peut être un traitement efficace pour le SPM (99).

Les résultats des différentes études démontrent bien une réduction des symptômes psychologiques, physiques et comportementaux.

Toutefois, aucun type d'exercice ne s'est clairement distingué comme supérieur aux autres, ce qui suggère que le choix peut être individualisé selon les préférences de la patiente. La régularité et l'inscription dans la durée apparaissent comme des facteurs déterminants de l'efficacité.

Aussi, le sport améliore la circulation veineuse et lymphatique : les liquides du corps comme le sang, la lymphe sont "brassés". La circulation des fluides est accélérée, cette eau en mouvement permet ainsi de désengorger les tissus, ce qui est en particulier utile durant cette période de rétention d'eau.

Le sport le plus indiqué pour obtenir cet effet est la natation qui, par la pression de l'eau sur le corps, accélère la circulation du sang et de la lymphe dans les vaisseaux et les tissus.

De même, les émonctoires sont sollicités: les poumons, par lesquels les acides volatils sont éliminés; les reins et la peau qui éliminent également les acides par les urines et la sueur (100).

Par la transpiration, sont éliminés un certain nombre de toxines liées à l'environnement (pesticides, colorants, etc...).

De plus, pendant l'exercice, les intestins sont massés par les muscles. L'exercice est un bon moyen de lutter contre la constipation (un des nombreux symptômes du SPM) (100).

Enfin, la période prémenstruelle est associée à une attention accrue portée aux sensations corporelles.

La pratique d'une activité physique, quelle qu'elle soit, favorise la perception du schéma corporel et permet de mobiliser des zones parfois peu sollicitées dans les activités quotidiennes (104).

Au-delà de ses bénéfices physiologiques, l'activité physique participe à la relation que la femme entretient avec son corps. Elle peut contribuer à renforcer l'estime de soi, à développer une attitude bienveillante envers soi-même et à améliorer les interactions avec autrui.

Dans un contexte d'inconfort prémenstruel, marqué par une tendance possible au repli sur soi, les approches corporelles représentent un moyen d'ouverture à soi et aux autres. Certaines pratiques, comme la danse ou la gymnastique, favorisent particulièrement cette dimension de conscience corporelle, tandis que les activités collectives peuvent offrir un espace d'échange et de soutien social bénéfique (104,202).

I.2 Gestion du stress: l'importance de la respiration et de l'aménagement de l'emploi du temps

Durant la période précédant les menstruations, la femme atteinte de SPM est plus sensible au stress, plus irritable.

En effet, on trouve une corrélation significative entre un stress perçu élevé et le SPM (101).

Le stress a une action sur le système endocrinien, avec des modifications dans le schéma classique des fluctuations hormonales, ce qui entraîne des troubles menstruels, parmi lesquels le SPM et le TDPM.

En effet, le stress inhibe la libération de FSH et de LH, ce qui perturbe le développement du follicule, ainsi que la synthèse de progestérone par la suite.

À côté de cela, les hormones associées au stress (adrénaline, mais surtout cortisol) peuvent augmenter la synthèse et influencer la liaison des prostaglandines au muscle utérin, responsable du syndrome inflammatoire.

Un lien entre l'importance du stress perçu et la gravité du SPM a été démontré par cette étude (102).

Enfin, plusieurs études ont démontré l'efficacité des stratégies de gestion du stress pour réduire les symptômes prémenstruels (103).

La respiration, et plus particulièrement la respiration abdominale, occupent une place importante dans la prise en charge naturelle du SPM.

En favorisant une ventilation profonde et une mobilisation du diaphragme, elle participe à la régulation du système nerveux autonome, en stimulant l'activité parasympathique et en limitant la réponse physiologique au stress.

L'apprentissage d'une respiration lente et consciente permet ainsi de diminuer l'hyperréactivité au stress, de favoriser la détente musculaire et d'améliorer la régulation émotionnelle.

Par ailleurs, ces pratiques respiratoires encouragent le recentrage attentionnel et la perception des sensations corporelles, contribuant à une meilleure compréhension des variations de symptômes, vécues au cours du cycle.

Dans ce contexte, la respiration abdominale apparaît comme un outil accessible pour accompagner les femmes dans la gestion des symptômes du SPM, en complément des autres mesures hygiéno-diététiques.

Exemple d'exercice de respiration abdominale à effectuer 5 à 10 minutes par jour (104):

Choisissez un endroit calme, allongez-vous sur le dos confortablement installé.

Fermez les yeux et prenez conscience des points de contact de votre corps avec le support (dos, tête, mains...).

1) Bouche fermée, inspirez par le nez en gonflant le ventre. L'air pénètre dans vos poumons, puis votre diaphragme s'abaisse pour laisser à la cage thoracique la place de s'ouvrir au maximum. Ne forcez rien.

Mettez votre main sur votre ventre pour vous assurer qu'il se soulève bien.

2) Bouche fermée, gardez l'air pendant quelques secondes, 3 à 10 secondes suffisent.

3) Expirez par la bouche en rentrant le ventre. Videz l'air qu'il contient. Lorsque vos poumons sont pleins, vos muscles abdominaux poussent votre diaphragme vers le haut, l'air est alors expulsé. L'air doit sortir tout seul, comme un ballon qui se dégonfle.

4) Bouche fermée, restez les poumons vides pendant quelques secondes, 3 à 5 secondes suffisent. Attendez calmement d'avoir envie d'inspirer.

Aussi, une étude menée auprès d'un échantillon de jeunes femmes infirmières en Jordanie, a révélé que, comparativement aux femmes présentant un SPM léger,

celles présentant un SPM intense rapportaient un stress beaucoup plus important et une qualité de vie moindre (101, 111).

De plus, l'enquête révèle que le SPM peut perturber de façon importante la vie sociale, l'activité professionnelle et les relations interpersonnelles: il est associé à une diminution de la productivité au travail, un risque accru d'anxiété, d'humeur dépressive et de comorbidités psychiatriques, générant des coûts médicaux directs et indirects, liés à l'absentéisme et à la baisse de productivité (101, 111).

L'enquête révèle que leurs performances cognitives sont affectées par les symptômes (101, 111). L'impact professionnel des troubles prémenstruels ne se limite donc pas à l'absentéisme: il inclut également une baisse de productivité. Il est important que les employeurs prennent en considération cette réalité et envisagent des mesures de soutien adaptées afin de préserver le bien-être et la productivité des salariées concernées.

Conformément à ces résultats, diverses études montrent que le SPM altère considérablement la qualité de vie des patientes et les empêche de mener à bien leurs activités et responsabilités quotidiennes.

Ainsi, afin de soulager le quotidien des femmes souffrant de SPM, il est conseillé de revoir son emploi du temps, mieux l'organiser, voire l'alléger afin d'éviter de se sentir déborder. Il est également conseillé aux patientes de consulter un sophrologue, de pratiquer la relaxation et la méditation (105).

I.3 Vers une alimentation adaptée

I.3.1 Lutter contre la rétention hydrosodée

Il convient de rappeler que le SPM s'accompagne fréquemment d'une rétention hydrosodée, à l'origine de plusieurs manifestations cliniques telles que les œdèmes, les tensions mammaires et la sensation de congestion pelvienne.

Afin de réduire ce phénomène, il convient de s'hydrater suffisamment en buvant 1,5 litre d'eau par jour minimum (surtout ne pas diminuer l'apport hydrique même en cas d'œdème) (106).

Aussi, il faut limiter la consommation de sel, le remplacer par des épices et des herbes aromatiques, utiliser du vinaigre, du jus de citron, éviter la sauce soja. Mais attention aussi aux sels "cachés" présents dans les plats tout préparés, le pain, les céréales du petit déjeuner vendues en grande surface et les charcuteries qui sont riches en sel.

De même, il est recommandé de consommer des aliments diurétiques tels que l'ail, l'oignon, la laitue, la tomate, la carotte, l'asperge, le céleri ou encore les infusions d'ortie.

I.3.2 Lutter contre l'inflammation: rééquilibrer sa consommation de graisses

Les tissus tendus par la rétention hydrosodée vont engendrer l'installation d'une inflammation locale.

C'est pourquoi pendant la période prémenstruelle, une zone gonflée devient douloureuse, notamment au niveau du ventre et des seins.

Cette inflammation peut être influencée par l'alimentation.

Les médiateurs chimiques de l'inflammation (prostaglandines) sont élaborés à partir des acides gras essentiels contenus dans les oméga-6 et oméga-3.

Pour rappel, les prostaglandines de type II sont pro-inflammatoires, favorisent l'agrégation plaquettaire, les réactions allergiques et l'hypertension artérielle. Elles sont métabolisées à partir des graisses saturées.

Au contraire, les prostaglandines de type I et de type III, protègent les artères et le cœur, sont anti-inflammatoires et antiallergiques. Elles sont élaborées à partir d'acides gras mono et polyinsaturés.

Les oméga 6 sont métabolisés en acide arachidonique (précurseur des prostaglandines de type II, pro-inflammatoires).

Les oméga 3 sont métabolisés en acide eicosapentaénoïque, précurseur de prostanoïdes de la série 3 et des leucotriènes de la série 5, aux propriétés anti-inflammatoires.

Les acides gras polyinsaturés, précurseurs des omégas 3 et 6 (acide linoléique et linolénique), sont dit essentiels, l'homme est donc incapable de les synthétiser: ils proviennent de l'alimentation.

L'acide linolénique et l'acide linoléique entrent en compétition dans les voies de biosynthèse de l'acide arachidonique et de l'acide eicosapentaénoïque.

En conséquence, un apport alimentaire excessif d'acide linoléique (oméga 6) inhibe par compétition la bioconversion de l'acide α -linolénique (oméga 3) en ses dérivés supérieurs (acides eicosapentaénoïque et docosahexaénoïque) et provoque une augmentation de la synthèse d'acide arachidonique.

Ce dernier va provoquer une augmentation des prostaglandines pro-inflammatoires et ce d'autant plus si l'apport alimentaire direct en oméga 3 est faible.

On recommande donc de limiter la consommation d'aliments riches en graisses saturées, d'éviter l'huile de tournesol, de limiter les produits transformés, de préférer la viande blanche à la viande rouge (106).

Les omégas 3 sont principalement retrouvés dans les huiles vierges de première pression à froid (à conserver au frigo pour les protéger de l'oxydation), de colza, de noix ainsi que dans des poissons gras comme le saumon, le maquereau, anchois, sardines et harengs.

I.3.3 Normaliser sa glycémie

Les sucres sont responsables de la rétention d'eau ainsi que de l'hypoglycémie.

L'hypoglycémie est un des problèmes majeurs de la période prémenstruelle.

Les envies de sucre, les accès de boulimie pendant cette période en sont les principaux désagréments.

Afin de corriger ce problème, il convient d'augmenter les aliments à index glycémique bas: jus de fruits frais, carottes crues, haricots rouges, céréales et pâtes complètes, lentilles, pois chiches, légumes verts, soja, oléagineux.

Aussi, il est recommandé de diminuer ou éviter les aliments à index glycémique élevé: sodas, confiseries, viennoiseries, sucre blanc, pains blancs, banane, maïs.

La sécrétion d'insuline suite à l'ingestion de ces aliments sera plus faible et l'hypoglycémie postprandiale sera réduite et retardée. Ce modèle d'alimentation évite la prise de poids et régule ce dernier.

Ainsi, il est recommandé de prendre au moins 3 repas équilibrés par jour, ajouter (si besoin) une collation à 10 h et 16 h en cas d'hypoglycémie et de ne sauter aucun repas.

I.3.4 Éviter les boissons excitantes et l'alcool

La caféine agit comme un stimulant du système nerveux central, qui renforce les tensions physiques et psychiques.

Boire du café peut provoquer des sensations similaires à celles ressenties lors d'un état de stress: une accélération du rythme cardiaque, une vasoconstriction, des tensions musculaires et une agitation intellectuelle.

Ces effets peuvent accentuer l'inconfort, perturber la relaxation et même altérer le sommeil, entretenant ainsi un cercle vicieux.

L'alcool, quant à lui, tend à aggraver les symptômes du SPM.

Il favorise la déshydratation et perturbe la circulation de l'eau dans les tissus.

Il peut également altérer le fonctionnement du foie, organe essentiel durant cette période puisqu'il participe à la régulation hormonale, au métabolisme des graisses, à la digestion et à la circulation veineuse.

En somme, il influence plusieurs mécanismes impliqués dans le SPM. De plus, l'alcool augmente la sensibilité émotionnelle, favorise les variations d'humeur et les états dépressifs, et intensifie les réactions émotionnelles, ce qui contribue à aggraver le SPM.

Il faut donc éviter le café, les boissons au cola et l'alcool pendant quelques jours.

I.4 Sommeil et rythme circadien

La qualité du sommeil joue un rôle crucial dans le bien-être général.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la mélatonine est diminuée au cours de la phase lutéale, créant des troubles du sommeil. Plusieurs études se sont intéressées au lien possible entre le sommeil et les troubles menstruels, notamment le SPM.

Le rapport révèle que ce sont les fluctuations hormonales qui seraient à l'origine de la mauvaise qualité du sommeil (108).

L'efficacité du sommeil semble diminuer au cours du cycle, avec un minimum pendant la semaine prémenstruelle lors de la phase lutéale et les premiers jours des règles, avec des troubles nocturnes (insomnie, réveils fréquents, sommeil non réparateur et de mauvaise qualité, cauchemars) ; et diurnes associés (sommolence, fatigue, altération de la vigilance et de la concentration).

Aussi, comme nous le montre cette étude (109) comparant les scores d'intensité des symptômes et de la qualité du sommeil, il est démontré que plus la qualité du sommeil est mauvaise, plus les symptômes prémenstruels sont sévères (stress, irritabilité, crampes menstruelles).

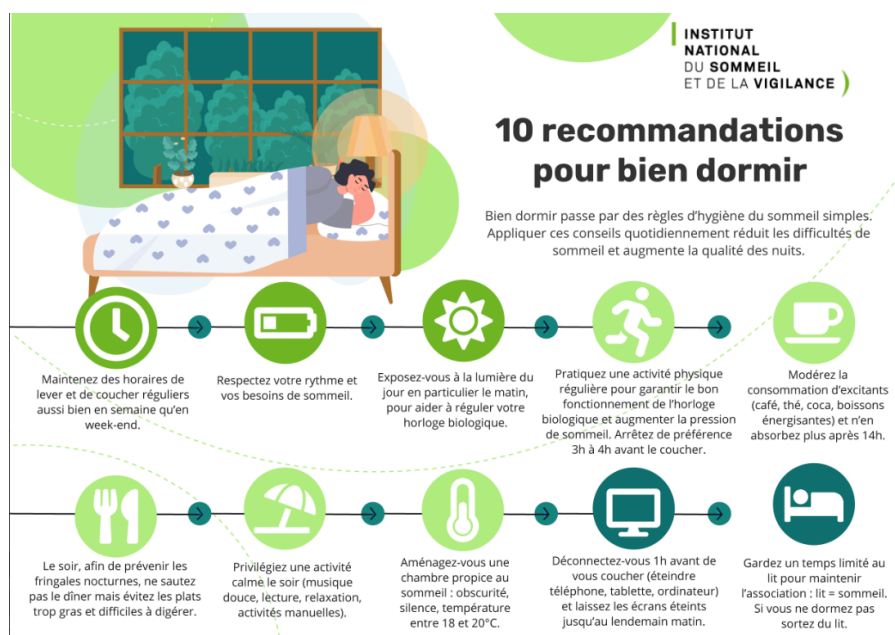
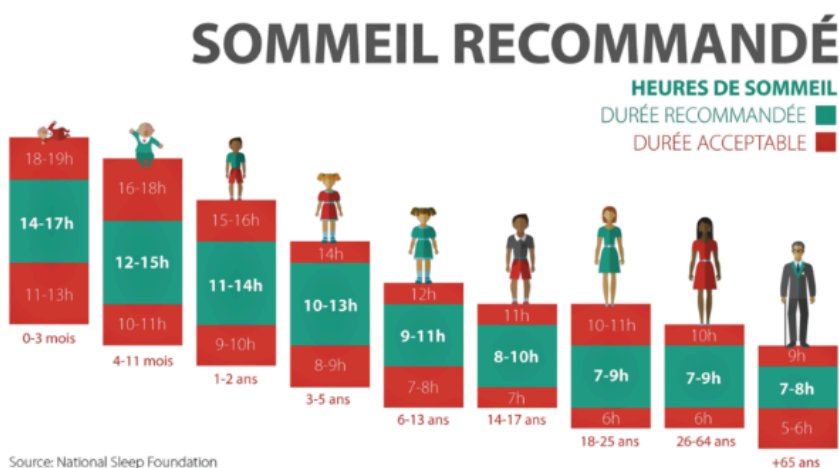


Figure 10: *Recommandations pour bien dormir par Institut National du Sommeil et de la Vigilance (107)*



Source : National Sleep Foundation

Figure 11: Histogramme des heures de sommeil recommandées par tranche d'âge (110)

On notera que :

- Les adolescents ont besoin d'un sommeil de 8 à 10h ;
- A partir de 18 ans, les adultes ont besoin d'un sommeil de 7 à 9h

Afin d'avoir un sommeil de qualité et des symptômes prémenstruels moindres; il est recommandé de se coucher et de se lever à des heures régulières, couper les écrans 1h avant le coucher, s'exposer à la lumière naturelle du soleil le matin pour réguler son horloge biologique, avoir un sommeil suffisant, limiter le stress et de privilégier une activité calme avant de se coucher.

I.5 Le tabac

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la nicotine peut être à l'origine d'un état d'hypo-oestrogénie, créant un déséquilibre avec la progestérone.

D'autres résultats d'études évoquent un lien entre le tabagisme et la prévalence du SPM.

Une méta-analyse incluant 24 études, a démontré que les fumeurs et les ex-fumeurs présentaient un risque accru de développer l'apparition d'un SPM et d'un trouble dysphorique prémenstruel (112).

Hashim et al. ont souligné que la consommation de tabac augmenterait particulièrement le risque de symptômes psychologiques et comportementaux du SPM (113), et il souligne également qu'une alimentation riche en graisses, sucre et sel est associée à plus de symptômes physiques, démontrant ainsi que le mode de vie a son importance dans l'apparition et l'intensité du SPM (113).

Par ailleurs, l'American Journal of Epidemiology (août 2008) rapporte que le risque de SPM pourrait être majoré chez les femmes présentant (114) :

- un nombre élevé de paquets-années consommés, avec une relation dose-réponse ;
- une durée prolongée de tabagisme ;
- un début de consommation avant l'âge de 15 ans.

En clair, il convient d'arrêter la consommation de tabac, car c'est un excitant pour le système nerveux central (perturbe les neurotransmetteurs comme la sérotonine, la dopamine et le GABA), ce qui favorise l'irritabilité, l'anxiété et les troubles de l'humeur.

Il augmente aussi l'inflammation et le stress oxydatif, contribuant ainsi à majorer les douleurs et la fatigue associées au SPM.

II. Micronutrition

La période menstruelle étant source de stress, fatigue et d'hypoglycémie, certains minéraux et vitamines sont d'une aide précieuse pour la traverser. Voici les plus adaptés du fait de leurs rôles sur les hormones, les tissus nerveux, l'immunité et la rétention d'eau.

II.1 La supplémentation

L' "Agence Nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)" définit différents types de références nutritionnelles (115):

- Le "Besoin Nutritionnel Moyen (BNM)" → Besoin moyen au sein de la population ;
- La "Référence Nutritionnelle pour la Population (RNP)" → Apport qui couvre en théorie le besoin de la majorité de la population considérée ;
- L' "Apport Satisfaisant (AS)" → Apport moyen d'une population ou d'un sous groupe pour lequel le statut nutritionnel est jugé satisfaisant (si BNP et RNP ne peuvent pas être estimés, ou non satisfaisants) ;
- La "Limite Supérieure de Sécurité (LSS)" → Apport maximal sécurisé par jour sur le long terme, peu susceptible de présenter des effets indésirables.

II.2 Magnésium et vitamine B6

Le magnésium est un minéral essentiel impliqué dans de nombreuses fonctions de l'organisme, notamment la gestion du stress et la régulation neuromusculaire.

La vitamine B6, appelée aussi pyridoxine, favorise son absorption et est indispensable au bon fonctionnement du système nerveux.

Ces deux nutriments étant souvent retrouvés dans les mêmes sources alimentaires et présentant une action synergique.

II.2.1 Recommandations nutritionnelles

Selon les recommandations de l'ANSES, les apports satisfaisants en magnésium varient selon l'âge :

- 265 mg/jour entre 11 et 14 ans,
- 225 mg/jour entre 15 et 17 ans et
- 300 mg/jour à partir de 18 ans.

La limite supérieure de sécurité est fixée à 250 mg/jour pour les apports issus de compléments alimentaires.

Les principales sources alimentaires sont les oléagineux (ex: noix du brésil), les légumes à feuilles vertes, les légumineuses, les céréales complètes, le chocolat noir, les fruits de mer et certaines eaux minérales (115).

Le magnésium est généralement bien toléré aux doses recommandées.

Toutefois, à fortes doses, il peut entraîner des effets indésirables digestifs (diarrhées avec un effet laxatif, nausées, douleurs abdominales), de la soif, de la fatigue, une hypotension, de la somnolence.

Une prudence particulière est requise chez les patients insuffisants rénaux (excrétion rénale du magnésium) ou en cas d'interactions médicamenteuses pouvant modifier son absorption ou son élimination.

Selon les recommandations de l'ANSES, les références nutritionnelles en vitamine B6 varient selon le genre (115):

- Chez l'enfant (de 4 à 10 ans) de 0,7 à 1 mg/j
- Chez l'adolescent(e), en moyenne 1,7 mg/j
- Chez la femme adulte 1,6 mg/j
- Femme allaitante/ enceinte 1,8 mg/j
- Homme adulte 1,7 mg/j
- Avec une LSS de 12 mg/j

II.2.2 Études

Plusieurs études ont démontré un rôle potentiel du magnésium dans la prise en charge du SPM.

Toutefois, les données disponibles restent hétérogènes et ne permettent pas d'établir avec certitude son efficacité, soulignant la nécessité d'études complémentaires.

La majorité des études ne mettent pas en évidence de différence significative des concentrations sériques de magnésium entre les patientes témoins, et celles atteintes de SPM.

Cependant une étude rapporte des taux légèrement plus faibles chez les patientes présentant un SPM, mais ces valeurs demeurent dans les normes biologiques (116).

Une revue systématique publiée en 2017 (117) et portant sur l'effet du magnésium sur le stress et l'anxiété. 18 études ont été incluses. Elles concernaient des populations présentant une vulnérabilité à l'anxiété: personnes anxieuses, atteintes de SPM, en post-partum ou souffrant d'hypertension.

Parmi celles-ci, aucune étude n'a mis en évidence d'amélioration significative de l'anxiété du post-partum.

Des effets bénéfiques ont été observés sur les symptômes anxieux prémenstruels, tels que l'irritabilité, l'anxiété ou les sautes d'humeur.

Un effet positif a été rapporté dans une étude chez les personnes hypertendues, en association avec la vitamine B6.

Ainsi, ces données suggèrent un effet potentiellement favorable de la supplémentation en magnésium sur les symptômes anxieux du SPM, qu'il soit administré seul ou en association avec la vitamine B6, cette dernière semblant potentialiser l'effet dans certaines études (117).

II.2.3 Mécanisme d'action

Concernant les troubles de l'humeur associés au SPM, le magnésium pourrait intervenir dans la régulation de l'anxiété par plusieurs mécanismes physiopathologiques.

D'une part, il agirait sur l'axe hypothalamo–hypophyso–surrénalien (HHS), impliqué dans la réponse au stress.

Le stress favorise l'augmentation de l'excrétion urinaire de magnésium, et une carence en magnésium peut, en retour, stimuler l'activation de cet axe endocrinien. Cette activation entraîne une majoration des sécrétions d'ACTH et de cortisol, participant à l'augmentation de l'anxiété et entretenant ainsi un cercle vicieux.

La supplémentation en magnésium pourrait limiter cette hyperactivation, modérer la réponse endocrinienne au stress et contribuer à une diminution des symptômes anxieux.

D'autre part, le magnésium intervient dans la modulation des neurotransmetteurs centraux impliqués dans les troubles anxieux, à savoir le glutamate (neurotransmetteur excitateur) et le GABA (neurotransmetteur inhibiteur).

Il participerait à la réduction de l'hyperexcitabilité neuronale en inhibant l'activité des récepteurs NMDA, limitant ainsi l'action du glutamate.

Il joue également un rôle dans le fonctionnement des récepteurs métabotropiques du glutamate (mGluR), impliqués dans la modulation de l'activité glutamatergique, la sécrétion et la libération présynaptique de glutamate, l'activité du système GABAergique.

Aussi, le magnésium favoriserait la disponibilité du GABA, contribuant ainsi à un meilleur équilibre entre excitation et inhibition au niveau du système nerveux central. Enfin, la prise de vitamine B6 apporte un net soulagement du SPM, en particulier si elle est associée au magnésium.

II.3 Vitamine D et calcium

II.3.1 Références nutritionnelles

II.3.1.1 La vitamine D

La vitamine D est une vitamine liposoluble (115).

Les apports quotidiens en vitamine D reposent sur deux sources principales :

- 80 % proviennent de la synthèse endogène des cellules profondes de l'épiderme à partir du cholestérol sous l'action directe du rayonnement ultraviolet (UV-B, en moyenne 15 à 20 minutes par jour suffisent).
Cette synthèse dépend de nombreux facteurs, comme la latitude du lieu de vie, la saison, l'âge, la pigmentation de la peau, les vêtements portés et l'utilisation de crème solaire,
- 20 % sont apportés de l'alimentation.

Les principales sources alimentaires de vitamine D sont les poissons gras (ex: harengs), l'huile de foie de morue, le jaune d'œuf, certains champignons, ainsi que les produits laitiers et les céréales enrichis. On en retrouve également, en moindre quantité, dans le chocolat noir, les abats et certaines viandes (115).

Selon les recommandations de l'ANSES, la référence nutritionnelle pour la population adulte est fixée à 15 µg par jour, soit 600 UI.

À titre indicatif, 1 mg de vitamine D correspond à 40 000 UI.

La limite supérieure de sécurité est établie à 100 µg par jour chez les adolescents et les adultes.

Toutefois, une proportion importante de la population française présenterait des apports insuffisants.

Une vigilance particulière est nécessaire en cas de supplémentation, car un excès de vitamine D peut entraîner une hypercalcémie, susceptible de provoquer des calcifications tissulaires avec des répercussions cardiaques et rénales. Des signes moins spécifiques peuvent également apparaître en cas de surdosage, tels que céphalées, nausées, vomissements, perte de poids ou fatigue (115).

II.3.1.2 Le calcium

Le calcium, minéral le plus abondant de l'organisme, joue un rôle fondamental dans de nombreux processus physiologiques: l'excitabilité neuromusculaire, la contraction musculaire, la coagulation sanguine, la sécrétion hormonale, l'activation enzymatique et la signalisation cellulaire.

Les principales sources alimentaires de calcium se retrouvent dans les produits laitiers, les légumineuses, les fruits à coque, les produits céréaliers, les fruits de mer, certains légumes-feuilles (ex: choux, blettes, épinards...) ainsi que certaines eaux minérales dures, riches en calcium et en magnésium (115).

Selon les données de l'ANSES, les références nutritionnelles varient légèrement en fonction de l'âge (115):

- 1 150 mg par jour chez les adolescents ;
- 1 000 mg par jour chez les femmes âgées de 18 à 24 ans ;
- 950 mg par jour après 25 ans.

La limite supérieure de sécurité est fixée à 2 500 mg par jour pour l'ensemble de la population.

Une réduction de la masse osseuse due à une insuffisance d'apport ou une malabsorption du calcium entraîne des atteintes squelettiques telles que l'ostéoporose ou l'ostéomalacie et augmente le risque de fractures.

À l'instar de la vitamine D, un apport excessif en calcium peut entraîner des effets indésirables dose-dépendants. Parmi ceux-ci figurent une calciurie avec la formation de calculs rénaux, ainsi que, dans les cas plus importants, des phénomènes de calcification tissulaire, notamment au niveau rénal et cardiaque.

II.3.2 Études

Certaines études suggèrent un lien entre les taux sériques de calcium et de vitamine D et la sévérité du SPM.

Une étude comparant les concentrations sériques de vitamine D chez des femmes atteintes ou non de SPM rapporte des taux significativement plus faibles dans le groupe présentant un SPM (118).

Dans le cadre du SPM, une revue regroupant 28 études a évalué l'effet de suppléments variés (de 200 UI/jour à 50 000 UI/semaine pour la vitamine D ; de 500 mg à 1 200 mg/jour pour le calcium), administrés seules ou en association durant la phase lutéale.

Les résultats mettent en évidence une diminution globale de la gravité moyenne et du nombre de symptômes après supplémentation (119).

Enfin, une autre revue systématique centrée uniquement sur l'effet du calcium. Sur les sept études interventionnelles (avec une supplémentation de 500 à 1 200 mg/jour), montre des résultats majoritairement favorables, une seule étude ne retrouvant pas d'effet significatif du calcium dans le SPM (120).

II.3.3 Mécanismes d'action

Une hypocalcémie favorise l'augmentation des spasmes et des contractions du muscle utérin, ce qui pourrait contribuer à l'intensification des douleurs menstruelles (121).

La vitamine D favorise l'absorption intestinale du calcium; ainsi, une carence en vitamine D entraîne une diminution de la biodisponibilité calcique.

Elle exerce un effet anti-inflammatoire en réduisant la synthèse des prostaglandines, via une diminution de l'expression de la COX-2 (122).

Néanmoins, les données scientifiques restent insuffisamment homogènes pour conclure de manière définitive sur l'efficacité clinique des supplémentations en vitamine D et en calcium. Les seuils sériques à partir desquels ces nutriments exercent un effet significatif sur le SPM ne sont pas clairement établis.

II.4 Autres vitamines et minéraux

II.4.1 La vitamine C et E

II.4.1.1 Recommandations

La vitamine C, ou acide ascorbique, est un nutriment hydrosoluble indispensable au bon fonctionnement de l'organisme.

Les apports journaliers recommandés chez l'adulte sont généralement d'environ 110 mg par jour (RNP) , jusqu'à 120 mg/j chez les femmes enceintes et 170 mg/j chez les femmes allaitantes (115). Ces besoins peuvent être plus élevés dans certaines situations, notamment chez les fumeur(se)s, chez qui le tabagisme augmente le stress oxydatif, ce qui diminue les réserves en vitamine C.

La vitamine E est une vitamine liposoluble essentielle, principalement représentée par les tocophérols, qui joue un rôle important dans la protection des cellules.

Les apports nutritionnels conseillés chez l'adulte sont d'environ 9 mg par jour (115) avec une LSS à 300 mg/j.

II.4.1.2 Sources alimentaires et rôles physiologiques

La vitamine C est présente dans les fruits (cassis, agrumes) et légumes (persil, poivron rouge) frais, avec des concentrations particulièrement élevées dans l'acérola, le kiwi, la papaye, ou encore le brocoli (115).

C'est un puissant antioxydant, qui participe à la protection des cellules contre le stress oxydatif et les effets de certaines substances toxiques ou polluantes.

Elle intervient également dans la synthèse du collagène, composant fondamental de nombreux tissus tels que les vaisseaux sanguins, la peau, les os, les tendons, les ligaments et les dents.

Par ailleurs, elle favorise l'absorption intestinale du fer, contribuant ainsi à prévenir certaines formes d'anémie et à limiter la fatigue. Elle soutient également les défenses immunitaires et participe à la régulation de certaines réactions inflammatoires ou allergiques en modulant la sécrétion d'histamine (123).

La vitamine E est principalement présente dans les huiles végétales (ex: les huiles de tournesol, de colza ou de germe de blé), mais aussi dans les oléagineux comme les amandes et les noisettes, ainsi que dans certaines céréales complètes (115).

Elle possède une action antioxydante, protégeant les membranes cellulaires contre les phénomènes d'oxydation induits par les radicaux libres. Elle participe ainsi au maintien de l'intégrité des cellules et au bon fonctionnement de nombreux tissus.

Elle joue également un rôle dans la protection des lipides et de certaines hormones contre l'oxydation et contribue au bon fonctionnement du système immunitaire.

II.4.1.3 Rôle dans le SPM

Dans le cadre du SPM, les vitamines C et E pourraient contribuer à améliorer certains symptômes grâce à leurs propriétés antioxydantes et à leurs effets complémentaires sur différents mécanismes biologiques.

La vitamine E pourrait moduler la synthèse des prostaglandines, substances impliquées dans les phénomènes inflammatoires et les douleurs menstruelles, ce qui pourrait aider à réduire les mastodynies et les douleurs pelviennes.

La vitamine C, quant à elle, pourrait intervenir lors des fluctuations hormonales de la phase lutéale en participant à certains processus métaboliques impliquant les neurotransmetteurs, contribuant ainsi à atténuer la fatigue et la baisse d'énergie.

Associées, ces deux vitamines pourraient donc s'inscrire dans une approche nutritionnelle visant à limiter le stress oxydatif et à améliorer le confort des femmes souffrant de SPM. Ensemble, ces micronutriments s'inscrivent dans une approche nutritionnelle visant à améliorer le confort des femmes souffrant de SPM.

II.4.2 Le chrome et L-tryptophane

II.4.2.1 Recommandations et rôles

Le chrome est un oligo-élément présent dans l'organisme en très faible quantité et pourtant impliqué dans de nombreux processus métaboliques (115).

Il participe à la régulation du métabolisme des glucides et des lipides, en complémentarité avec l'insuline. Il contribue à améliorer la sensibilité des cellules à cette hormone et participe ainsi à la régulation de la glycémie et pourrait influencer l'utilisation des glucides par l'organisme (126).

L'ANSES n'a pas établi de référence nutritionnelle spécifique pour les apports en chrome. Néanmoins, "(l'AFSSA) l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments" recommandait en 2001 un "(ANC) Apport Nutritionnel Conseillé" de 50 µg/jour pour un adulte (124).

La L-tryptophane est un acide aminé essentiel, ce qui signifie qu'il ne peut pas être synthétisé par l'organisme et doit donc être apporté par l'alimentation (127).

Sur le plan physiologique, il est le précurseur de la sérotonine (neurotransmetteur impliqué dans la régulation de l'humeur, de l'appétit et du sommeil).

La sérotonine peut ensuite être transformée en mélatonine (hormone régulatrice du rythme veille-sommeil). L'Anses recommande de ne pas dépasser 220 mg par jour.

II.4.2.2 Sources alimentaires

Le chrome est largement distribué dans l'alimentation. On en retrouve dans la viande (foie de veau), le poisson (moules, crevettes), la levure de bière, le germe de blé, les légumes (brocolis, haricots verts, pommes de terre, champignons), le poivre noir, ou les noix peuvent également en contenir des quantités intéressantes (126).

La L-tryptophane est présente dans de nombreux aliments riches en protéines, les viandes, le poisson, les œufs, les produits laitiers, mais également dans certaines sources végétales comme les légumineuses, le chocolat noir, les fruits à coque (127).

II.4.2.3 Rôle dans le SPM

La L-tryptophane et le chrome pourraient présenter un intérêt dans le SPM.

La L-tryptophane participe à la synthèse de la sérotonine et pourrait ainsi aider à réguler certaines humeurs, mais aussi le stress et le sommeil (en participant à la synthèse de mélatonine) (125).

Le chrome, en intervenant dans le métabolisme des glucides et des graisses, stabilise la glycémie et diminue les fringales sucrées et favorise une meilleure gestion de l'énergie (126).

Le picolinate de chrome a une très bonne biodisponibilité: il est absorbé plus efficacement, environ 15 fois mieux assimilé que le chlorure et 2,5 fois plus que le nicotinate (124).

II.4.3 L'huile d'onagre

II.4.3.1 Recommandations

L'huile d'onagre est extraite des graines de *Oenothera biennis*, une plante à fleurs jaunes, originaire d'Amérique du Nord. Elle est principalement utilisée en phytothérapie et en micronutrition en raison de sa richesse en acides gras polyinsaturés, en acide gamma-linolénique (GLA), un acide gras essentiel de la famille des oméga-6.

Elle contient aussi des antioxydants (vitamines E et F), des omégas 9 et de l'acide linoléique (LA).

Dans le cadre d'une supplémentation, on recommande de prendre 1500 mg soit 3 capsules de 500 mg par jour, soit seulement en phase ovulatoire, soit en post-ovulatoire jusqu'aux règles (en cas de spm), selon ce que l'on cherche à travailler: équilibre des hormones, qualité de la glaire cervicale ou apaisement des symptômes du SPM

La prise est souvent recommandée sur plusieurs cycles menstruels consécutifs, car les effets peuvent apparaître progressivement. L'huile d'onagre est généralement bien tolérée, mais son utilisation doit rester prudente chez les personnes présentant certains troubles de la coagulation (règles abondantes) ou sous traitement anticoagulant, l'onagre étant fluidifiante et pouvant augmenter le volume des saignements. Elle est à éviter en cas d'allergie à l'onagre (128).

II.4.3.2 Rôles physiologiques

L'huile d'onagre constitue une source importante de GLA, précurseur de certaines prostaglandines anti-inflammatoires (PGE-1). Celles-ci équilibrent les prostaglandines inflammatoires (PGE-2), ce qui permet de réduire l'inflammation, de soutenir l'équilibre hormonal et d'atténuer certains troubles du cycle menstruel, comme les douleurs liées aux règles, à l'ovulation ou à la phase **lutéale**.

Elle contribue à l'équilibre hormonal féminin en soutenant la production de progestérone durant la phase lutéale. Grâce à sa richesse en acides gras, elle participe également à la production des hormones, celles-ci étant synthétisées à partir de lipides (cholestérol).

Même si les oméga-6 de l'huile d'onagre ont des propriétés anti-inflammatoires, il peut être utile de compléter avec des oméga-3 afin de maintenir un bon ratio entre oméga-3 et oméga-6.

II.4.3.3 Rôle dans le SPM

Dans le cadre du SPM, l'huile d'onagre pourrait aider à soulager les symptômes en agissant à la fois sur l'inflammation et l'équilibre hormonal.

Son acide gamma-linolénique (GLA) pourrait contribuer à réduire la sévérité et la durée des symptômes physiques, psychiques et sociaux du SPM.

Comme le démontre cette étude de 2019, qui nous dit que “la sévérité et la durée du SPM (à la fois sur les plans physique, mental et social) ont été améliorées chez les femmes de l'étude ayant pris de l'acide gamma linolénique, en comparaison avec les femmes du groupe ayant pris un placebo” (129).

III. Les thérapeutiques complémentaires naturelles

Après avoir abordé les mesures hygiéno-diététiques ainsi que l'intérêt de la micronutrition dans la prise en charge du SPM, il apparaît pertinent de s'intéresser aux thérapies complémentaires naturelles.

En effet, certaines plantes médicinales et huiles essentielles sont traditionnellement utilisées pour atténuer les symptômes physiques et psychiques associés au SPM.

Sans prétendre à l'exhaustivité, nous présenterons quelques plantes et huiles essentielles dont l'utilisation est fréquemment rapportée dans la littérature et en pratique.

III.1 Phytothérapie

Un médicament à base de plantes est un médicament dont la substance active est exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparation à base de plantes ou une association de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes. (Art. L. 5121-1, 16° CSP).

Il peut se présenter sous la forme d'une spécialité pharmaceutique, d'une préparation pharmaceutique (magistrale ou officinale), ou de drogues végétales (130).

III.1.1 L'achillée millefeuille

L'achillée millefeuille (en latin *Achillea Millefolium*), fait partie de la famille des Astéracées.

Elle se reconnaît facilement à ses petites fleurs blanches regroupées en corymbes.

La partie utilisée correspond aux sommités fleuries, parties aériennes (131).

Sur le plan pharmacologique, elle est composée de flavonoïdes, de lactones sesquiterpéniques (dont l'azulène), qui lui confèrent une activité anti-inflammatoire et

antispasmodique. C'est une plante phyto oestrogène, qui mime l'action de la progestérone (133).

Cet essai clinique randomisé (132) montre que l'achillée millefeuille réduit significativement l'intensité des douleurs chez des patientes souffrant de dysménorrhée primaire par rapport au placebo. Ces résultats suggèrent son efficacité dans la prise en charge des douleurs menstruelles.

Selon les monographies de l'Agence européenne des médicaments (EMA), l'achillée millefeuille est traditionnellement utilisée pour les troubles spasmodiques menstruels, mais son usage est déconseillé pendant la grossesse et l'allaitement et nécessite des précautions en cas de traitement anticoagulant (133).

III.1.2 Le gattilier

Le gattilier (en latin *Vitex Agnus Castus*), appartient à la famille des Verbénacées. Originaire du bassin méditerranéen, cet arbuste porte de longues inflorescences mellifères en épis, de couleur bleue à violet qui mûrissent à la fin août, donnant des baies noires ou rouges, ressemblant à des grains de poivre. Ses fleurs et ses baies ont une odeur poivrée d'où son nom "arbre au poivre" et son utilisation en tant qu' épice, appelée "poivre des moines" (134).

Ces baies sont utilisées (séchées) pour leur composition riche en irdoïdes (agnuside, aucuboside) en flavonoïdes (lutéoline, casticine) et en diterpènes (rotundifurane).

Ces derniers régulent le cycle menstruel de plusieurs façons:

Il possède des propriétés anti-inflammatoires et antispasmodiques grâce aux flavonoïdes.

Il agit comme agoniste dopaminergique en stimulant les récepteurs de la dopamine au niveau de l'hypophyse, ce qui entraîne:

- une diminution de la sécrétion de prolactine (présente en excès dans le SPM). Très utile dans une situation de sevrage à l'allaitement.
- en réduisant la prolactine, le gattilier restaure une sécrétion hormonale de LH plus physiologique
- une augmentation de la sécrétion de progestérone par les ovaires (**action** progestérone-like), permettant un meilleur équilibre oestrogènes/progestérone
- une amélioration de la dépression, par la réduction de cycles irréguliers (134)

L'EMA reconnaît que le gattilier (*Vitex agnus-castus*) est une plante qui a été traditionnellement utilisée depuis des siècles pour soulager les symptômes du SPM. Cette reconnaissance est le résultat d'une longue histoire d'utilisation du gattilier dans la médecine traditionnelle, notamment en Europe, où il est souvent considéré comme un remède naturel pour les troubles liés aux menstruations (137).

Le gattilier a été intégré dans la pharmacopée européenne en tant que traitement traditionnel pour les symptômes du SPM, ce qui témoigne de son efficacité et de sa sécurité d'utilisation. Le gattilier est reconnu pour sa capacité à atténuer les douleurs abdominales, les gonflements mammaires, les troubles de l'humeur, réguler le cycle menstruel et d'autres manifestations du SPM (134).

Cette reconnaissance par l'EMA confirme non seulement l'efficacité du gattilier pour le SPM, mais elle permet également d'encourager la recherche scientifique continue sur cette plante médicinale. Les études cliniques modernes ont en effet confirmé les bienfaits du gattilier, offrant ainsi une base solide pour son utilisation dans le traitement du SPM (135,136).

En raison de ses effets hormonaux, l'utilisation du gattilier est déconseillée chez les femmes présentant des antécédents personnels ou familiaux de cancers hormono-dépendants, ainsi qu'en cas de troubles hypophysaires. Dans ces situations, un avis médical préalable est nécessaire (134).

Par ailleurs, son usage est également déconseillé pendant l'allaitement, en raison de son action sur la prolactine pouvant influencer la production de lait.

III.1.3 Autres plantes retrouvées dans la littérature

Il existe par ailleurs une liste non exhaustive d'autres plantes médicinales susceptibles de contribuer à la prise en charge de certains troubles menstruels.

On y retrouve:

- | | |
|--|--------------------|
| - Actées à grappes (<i>Actea racemosa</i>) | - Fenouil |
| - Alchémille | - Fumeterre |
| - Aubépine | - Ginseng |
| - Bourrache | - Grande ortie |
| - Bourse à pasteur | - Myrtille |
| - Grande Camomille | - Menthe poivrée |
| - Chardon-Marie | - Romarin |
| - Cassis | - Sauge officinale |
| - Curcuma | - Saule blanc |
| - Viorne obier | -Sauge sclérée |

III.2 Aromathérapie

Les huiles essentielles sont considérées comme des "préparations" à base de plantes. (Article R5121 du CSP)

Ce sont des "produits odorants, généralement de composition complexe, obtenus à partir d'une matière première végétale botaniquement définie, soit par entraînement par la vapeur d'eau, soit par distillation sèche, ou par un procédé mécanique approprié sans chauffage".

Selon leur utilisation et leur revendication, les huiles essentielles sont soumises à la réglementation des produits cosmétiques, des biocides (sprays assainissants), ou des médicaments à base de plantes.

Une huile essentielle est considérée comme un médicament si elle est présentée comme ayant des propriétés pour soigner ou prévenir des maladies humaines ou lorsqu'elle a une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

En pharmacie, les huiles essentielles peuvent être délivrées sous forme de préparations magistrales ou telles quelles (138).

III.2.1 La lavande officinale

La lavande officinale (*Lavandula angustifolia*) plante aromatique, appartenant à la famille des Lamiacées est principalement retrouvée dans le sud de la France (Provence). L'huile essentielle est obtenue par distillation à la vapeur d'eau des sommités fleuries (fleurs), période durant laquelle la concentration en composés aromatiques est maximale (139).

Elle contient principalement du linalol et de l'acétate de linalyle, aux propriétés anxiolytiques et antispasmodiques.

Elle peut être utilisée de différentes façons: en massage (par effleurages) ou en inhalation (diluée dans de l'eau) (140).

Cette étude (141) démontre que le massage à l'huile essentielle de lavande permet de réduire l'intensité de la douleur dans les cas de dysménorrhée primaire, suggérant ainsi son intérêt comme approche phytothérapeutique efficace.

Posologies d'utilisation:

- Voie cutanée (utilisation pure possible, plus souvent diluée): 2 à 5 gouttes 3 fois par jour chez l'adulte.
- En diffusion: quelques gouttes (3 à 4 gouttes), jusqu'à 15 minutes par heure

Son utilisation est contre-indiquée chez les femmes allaitantes ainsi qu'en cas d'allergie à l'un de ses composants.

Par ailleurs, elle doit être utilisée avec prudence, voire limitée, chez les femmes souffrant d'épilepsie ou d'asthme (140).

III.2.2 La camomille romaine

Appelée également la camomille noble (*Chamaemelum nobile*) est originaire d'Europe occidentale et du bassin méditerranéen.

Elle fait partie de la famille des Astéracées. Elle mesure entre 30 et 40 cm de haut et est reconnaissable à ses fleurs ligulées et tubulées blanches (142).

Décrite en Europe depuis le 17^{ème} siècle, la camomille romaine est historiquement utilisée en herboristerie pour des tisanes (143) sous forme de capitule sec.

Aujourd'hui, elle est aussi cultivée pour son huile essentielle (obtenue par distillation à la vapeur d'eau des fleurs) qui aurait des propriétés sédatives, anti dépressives et antispasmodiques, comme le démontre les résultats obtenus de cette étude (144), avec un effet global relaxant sur les muscles lisses pour l'huile essentielle de camomille.

La camomille est riche en flavonoïdes (apigénine), aux propriétés anxiolytiques et sédatives, qui agissent sur les récepteurs GABAergiques, impliqués dans la régulation de l'anxiété et du sommeil. Elle contient aussi des esters (esters d'isobutyle) aux propriétés antispasmodiques et calmantes.

La camomille est donc utilisée afin d'atténuer les spasmes abdominaux, la nervosité, l'anxiété et l'hypersensibilité émotionnelle qui peuvent se manifester dans le cadre du SPM.

Elle est utilisée en massage sur le bas du ventre, diluée dans une huile végétale (1 à 2 gouttes), une à deux fois par jour, pendant les jours précédant les règles.

On peut utiliser cette huile en inhalation (1 goutte sur un mouchoir) ou en diffusion atmosphérique (quelques gouttes dans un diffuseur pendant 10 minutes).

Elle est déconseillée chez les personnes présentant une allergie à la famille des Astéracées, chez la femme enceinte ou les personnes asthmatiques. En cas de surdosage, la camomille romaine peut occasionner des vertiges, des nausées ou des vomissements.

III.3 Homéopathie

L'homéopathie comprend deux types de médicaments, ceux à nom commun et ceux à nom de marques, ainsi que les préparations obtenues à partir de substance(s) active(s) appelée(s) souches. Les médicaments homéopathiques, comme les autres médicaments, ne peuvent être commercialisés sans avoir reçu une autorisation délivrée par l'ANSM, garante de leur qualité, de leur sécurité et de la reconnaissance de leur usage homéopathique (145).

Médicament homéopathique à nom commun:

Il s'agit de médicaments composés d'une seule souche ayant subi une (ou plusieurs) dilution(s) homéopathique(s), et fabriqués en série à l'avance par un laboratoire. Une souche à nom commun est définie par sa souche, sa dilution, sa forme et sa présentation. Ces médicaments, fabriqués par les laboratoires homéopathiques, répondent aux conditions de mise sur le marché fixées par la réglementation en vigueur et au respect des "Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF)".

Ils se présentent sous des formes pharmaceutiques diverses: granules à prises multiples en tube, à prise unique en dose, solutions buvables, pommades....

Ils sont vendus sous leur dénomination scientifique latine. L'étiquetage ne comporte pas d'indication thérapeutique, de posologie ou de notice, conformément au principe selon lequel une souche peut correspondre à plusieurs symptômes et être prescrite pour des pathologies différentes. Ainsi, c'est au professionnel de santé de déterminer l'indication du médicament et sa posologie en fonction du patient. Ces médicaments à nom commun font l'objet d'un enregistrement délivré par l'ANSM. Ils sont en vente libre, ou le plus souvent délivrés sur prescription médicale.

Médicament homéopathique à nom de marque:

Ces spécialités pharmaceutiques sont développées spécifiquement par les laboratoires homéopathiques, et distribuées sous un nom de marque (ex : Camilia®, Angipax®, Somnidoron®...). Elles associent généralement plusieurs substances actives homéopathiques.

Elles comportent une indication thérapeutique, une posologie et sont accompagnées d'une notice. Elles sont adaptées à l'automédication. Ces spécialités font l'objet d'une "autorisation de mise sur le marché (AMM)" délivrée par l'ANSM. Elles sont en vente libre dans le circuit pharmaceutique.

III.3.1 Souches utilisées

La création de ce tableau a été faite à l'aide du site internet [Homeoandcare](#) (146) disponible aux professionnels de santé. Ce site nous oriente en fonction de la pathologie ou du symptôme vers les souches les plus adaptées.

	Signes évocateurs	Souche et dilution adaptées
Mastodynies	Hyperoestrogénie, aggravation par les secousses	Lac caninum 9 CH: 5 granules 3 à 6 fois par jour
	Cycles courts, dysménorrhées	Phytolacca decandra 9 CH: 5 granules 3 à 6 fois par jour
	Syndrome prémenstruel aggravé pendant les règles	Actea Racemosa 9 CH: 5 granules 3 à 6 fois par jour
Migraines cataméniales	Céphalées ophtalmiques, vertiges	Cyclamen 15 CH: 5 granules par jour
	SPM, amélioration par le flux	Lachesis mutus 30 CH: 5 granules par jour ou 1 dose par semaine
Prise de poids	Rétention d'eau	Natrum sulfuricum 15 CH: 5 granules matin et soir
	Pesanteur pelvienne	Murex purpurea 9 CH: 5 granules matin et soir
Troubles du comportement	Hyperémotivité et spasmes	Ignatia amara 15 CH: 5 granules 3 à 6 fois par jour
	Tendance dépressive	Sepia officinalis 15 CH: 5 granules par jour
	Douleurs "atroces"	Moschus 15 CH: 5 granules 3 à 6 fois par jour
	Irritabilité et colères vives	Nux vomica 15 CH: 5 granules 3 à 6 fois par jour

Tableau 7: *Souches homéopathiques utilisées dans la prise en charge du syndrome prémenstruel (146)*

IV. Les thérapeutiques médicamenteuses

Lorsque les mesures hygiéno-diététiques ou les solutions naturelles ne suffisent pas à contrôler les symptômes, le recours aux traitements médicamenteux peut s'avérer nécessaire afin d'apporter un soulagement ciblé et adapté à la sévérité du SPM.

IV.1 Traitements symptomatiques de première intention

Les traitements symptomatiques constituent la première étape de la prise en charge médicamenteuse du SPM. Ils sont indiqués dans les formes légères à modérées, lorsque les symptômes sont principalement algiques et n'entraînent pas de retentissement psychique majeur. Leur objectif est de soulager les manifestations douloureuses liées aux variations hormonales du cycle menstruel, sans agir sur la cause hormonale sous-jacente.

IV.1.1 Les antalgiques

Le paracétamol est un antalgique non opioïde de palier I utilisé en première intention des douleurs menstruelles en raison de son bon profil de tolérance.

Il est indiqué dans les douleurs légères à modérées comme les céphalées, les douleurs pelviennes ou les mastodynies associées au SPM.

Il existe sous différentes formes galéniques: comprimés à avaler, gélules, effervescents, suppositoires, sachets poudre, sirops et est disponible sans ordonnance.

Son mécanisme d'action (pas encore bien établi) reposerait principalement sur l'inhibition de l'enzyme COX-3 (cyclo-oxygénase), bloquant ainsi la synthèse des prostaglandines (147).

Il présente l'avantage de ne pas entraîner d'irritation gastrique ni d'effet antiagrégant plaquettaire, contrairement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Pour les personnes de plus de 50 kg, la posologie recommandée est de 1000 mg par prise, toutes les 4 à 6 heures, sans dépasser 4 prises par jour, en raison d'un potentiel risque hépatique .

Pour les personnes de moins de 50 kg, la posologie est de 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 prises maximum, soit 15mg/kg/prise.

Le paracétamol entraîne de rares effets indésirables : allergies (réactions cutanées) ; troubles hématologiques très exceptionnels (147).

Une vigilance particulière est requise chez les patientes présentant une insuffisance hépatique, rénale ou consommant régulièrement de l'alcool.

Cependant, son efficacité peut être limitée en cas de douleurs d'origine inflammatoire marquée.

IV.1.2 Les AINS

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont particulièrement indiqués lorsque les douleurs sont plus intenses ou associées à une composante inflammatoire importante.

Mode d'action:

Ils agissent par inhibition des cyclo-oxygénases (COX-1 et COX-2), empêchant la transformation de l'acide arachidonique en prostaglandines, impliquées dans l'inflammation, les contractions utérines et la genèse de la douleur en général.

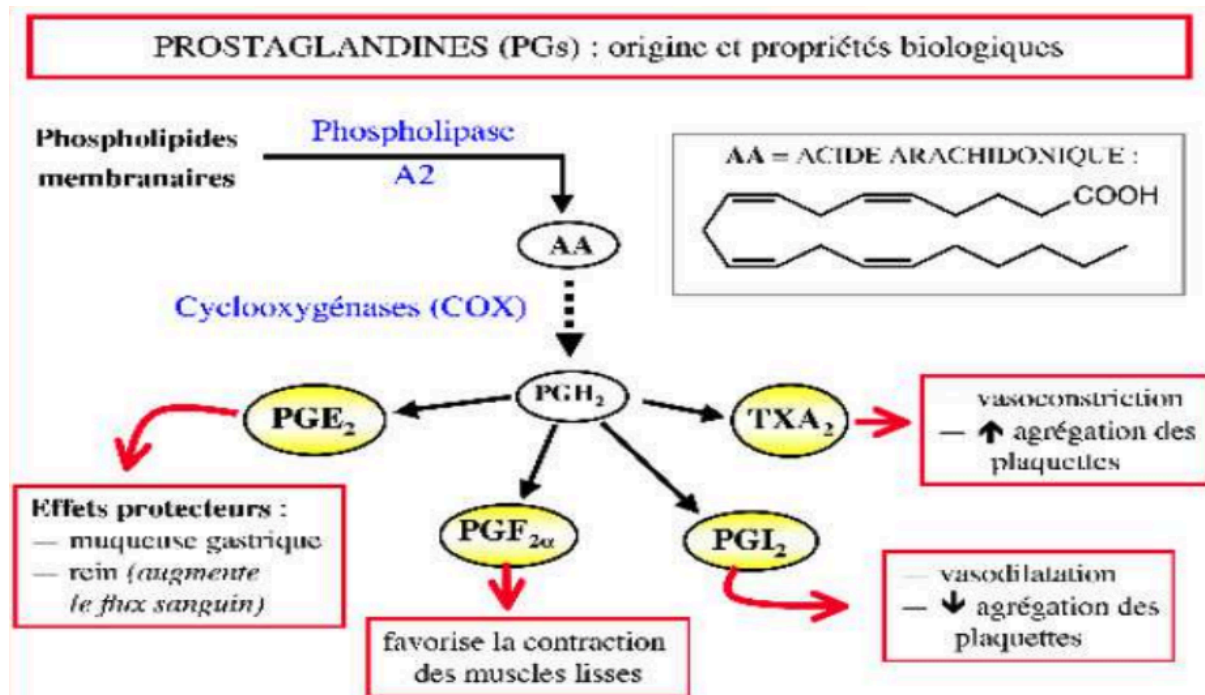


Figure 12: Synthèse et effets des prostaglandines (148)

La plupart des AINS inhibent à la fois COX-1 et 2. Cependant, les molécules de la famille des coxibs sont sélectives des enzymes COX-2. Ces dernières ne sont pourtant pas indiquées dans la dysménorrhée, ou le SPM.

Les effets indésirables liés à ces molécules ne sont pas négligeables (et dûs principalement à l'inhibition de COX-1):

- Les troubles digestifs sont fréquents: dyspepsies, gastralgies, brûlures d'estomac (COX-1 étant cytoprotecteur), nausées, diarrhées, inflammations du côlon (colites), ulcères gastro-duodénaux voir une perforation du tube digestif menant à une hémorragie;
- Des manifestations cutanées (prurit, urticaire), pouvant entraîner une réaction allergique 'pouvant aller jusqu'à la crise d'asthme, oedème Quincke, voir choc anaphylactique);
- Une possible toxicité rénale, vigilance sur l'association avec d'autres diurétiques, IEC, sartans
- Nécrolyse épidermique toxique (NET) telles que le syndrome de Lyell ou de Steve-johnson (plus rare)

La posologie varie selon la molécule, les AINS doivent être pris au cours d'un repas, à la dose minimale efficace et pour une durée de prise la plus courte possible (148). Dans le syndrome prémenstruel, il est néanmoins possible de débiter la prise 24h avant la date présumée des règles et de la débiter les deux premiers jours du cycle.

Molécules indiquées	Posologies maximales chez l'adulte
Acide tiaprofénique	200 mg 3x/jour
Ibuprofène 200, 400 mg	200 à 400 mg 3x/jour Max: 1200 mg/jour
Naproxène 550 mg	550 mg 2x/jour
Diclofénac LP 75 mg	Voltaire® : 75 mg 2x/jour Voltaire® : 100 mg 1x/jour Dose maximale: 150 mg/ jour
Acide méfénamique	500 mg 3x/jour

Tableau 8: *Récapitulatif des posologies des AINS indiquées dans le syndrome prémenstruel*

Les AINS présentent toutefois des contre-indications et des précautions d'emploi, à savoir des antécédents d'ulcère gastro-duodéal; une insuffisance rénale ou cardiaque grave, un asthme induit par les AINS, ou encore en association avec des anticoagulants ou autres anti-plaquettaires qui entraînerait un risque hémorragique.

IV.2 Autres traitement symptomatiques

IV.2.1 Les antispasmodiques

Disponibles sans ordonnance, les antispasmodiques peuvent être proposés lorsque les douleurs pelviennes du SPM présentent une composante spasmodique marquée, liée aux contractions utérines.

Le phloroglucinol (Spasfon ®), agit sans effet anticholinergique, ce qui semble lui conférer une toxicité moindre par rapport aux autres antispasmodiques.

C'est un spasmolytique musculotrope, agissant au niveau des fibres musculaires lisses du tube digestif, du système urinaire et du muscle utérin. Il permet ainsi de réduire les spasmes utérins responsables de crampes abdominales.

Il existe sous deux formes par voie orale: comprimés à avaler et lyophilisat oral (à dissoudre dans un verre d'eau ou à faire fondre sous la langue) mais aussi sous forme de suppositoire ou de solution injectable (rare, utilisé en voie IV ou IM).

La posologie est de deux comprimés 80 mg par prise, à prendre au moment de la crise, jusqu'à trois fois par jour, même chose pour le lyophilisat oral (80mg).

Le lyophilisat (160mg) est à renouveler en cas de spasmes importants en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 3 lyophilisats oraux par jour.

Les suppositoires (150mg par suppositoire) sont à administrer jusqu'à trois fois par jour. La voie parentérale (40mg par ampoule), est elle aussi à administrer jusqu'à trois fois par jour.

Cependant, le service médical rendu est indiqué comme faible par la HAS dans toutes ses indications, incluant le traitement symptomatique des manifestations spasmodiques douloureuses en gynécologie, en octobre 2014 (150).

En effet, selon le rapport de l'HAS, une étude ouverte randomisée a comparé l'efficacité antalgique du phloroglucinol versus du placebo chez 116 femmes dans le contexte d'un avortement au 1er trimestre de grossesse (151). Cette étude n'a pas mis en évidence de différence sur l'intensité de la douleur des contractions utérines à la fin de l'intervention et 30 minutes après la fin mesurée sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 100 mm.

Ainsi dans le cadre des manifestations spasmodiques douloureuses en gynécologie: aucune recommandation ne préconise l'utilisation d'antispasmodiques lors d'une douleur pelvienne quelle que soit son étiologie (dysménorrhées, endométriose, SPM...).

Le traitement symptomatique repose sur l'utilisation d'antalgique de palier I (152).

Les antispasmodiques représentent un traitement pharmacologique d'appoint dans la prise en charge des manifestations spasmodiques douloureuses en gynécologie.

Ainsi, les antispasmodiques présentent une bonne tolérance, peu de contre-indications et peuvent être associés au paracétamol ou aux AINS; toutefois, n'agissant pas sur la production de prostaglandines et se montrant moins efficaces en cas de douleur à composante inflammatoire marquée, ils sont le plus souvent utilisés en complément plutôt qu'en monothérapie.

IV.2.2 Les antihémorragiques

Les antihémorragiques, comme l'acide tranexamique (Exacyl ®), ou l'étamsylate (Dicynone), diminuent l'abondance des règles.

Leur mécanisme d'action empêche la destruction des caillots qui se forment naturellement lors d'une hémorragie.

Conjointement il est conseillé de prendre du fer la semaine des règles pour éviter la constitution d'une anémie au fil des cycles.

Ces molécules sont contre-indiquées en cas d'antécédents thromboemboliques veineux et artériels (phlébite, para phlébite, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral).

IV.2.3 Les diurétiques

Les diurétiques peuvent être envisagés chez les patientes présentant une rétention hydrosodée marquée au cours de la phase lutéale, se manifestant par des œdèmes périphériques, un gonflement abdominal, une prise de poids transitoire ou des mastodynies congestives.

Ils agissent en augmentant l'excrétion rénale de sodium et d'eau, permettant ainsi de réduire les phénomènes de congestion tissulaire liés aux variations hormonales, notamment à l'influence de la progestérone et du système rénine-angiotensine-aldostérone.

Ainsi, ils favorisent l'élimination des œdèmes tout en limitant la perte de potassium. Ils améliorent les tensions mammaires, favorisent la perte de poids et limitent la transpiration.

La spironolactone (Aldactone ®) est la molécule la plus étudiée dans cette indication, prescrite les deux semaines précédant les règles, à 100 mg par jour.

Au long cours, elle n'est pas dénuée d'effets secondaires hormonaux (modifications des taux de prolactine) (149).

Les diurétiques ne constituent pas un traitement de première intention systématique, mais plutôt une option ciblée chez les patientes dont la symptomatologie est dominée par la rétention hydrique. Leur prescription doit être raisonnée et adaptée au profil de la patiente.

IV.3 Les traitements à visée hormonale

Lorsque les traitements symptomatiques ne permettent pas un soulagement satisfaisant des manifestations du SPM, le recours à une prise en charge à visée hormonale peut être envisagé.

Cette stratégie thérapeutique repose sur la modulation ou la suppression des fluctuations hormonales cycliques, impliquées dans la physiopathologie du SPM.

Ils sont indiqués dans les formes modérées à sévères.

IV.3.1 La pilule oestro-progestative

Le mécanisme d'action principal de la pilule œstroprogestative repose sur l'inhibition de l'ovulation, induite conjointement par l'œstrogène et le progestatif. Elle agit pour cela en diminuant la sécrétion des gonadotrophines, ce qui empêche la maturation et la libération de l'ovocyte. La phase lutéale (responsable d'une grande partie des symptômes) est alors supprimée.

Par ailleurs, le progestatif provoque une modification de la glaire cervicale, la rendant moins perméable aux spermatozoïdes, ainsi qu'une transformation de l'endomètre, empêchant une éventuelle nidation.

L'amincissement de la muqueuse endométriale induit par le progestatif, associé à l'inhibition de l'ovulation, entraîne une diminution de l'expression des COX et donc de la production de prostaglandines, ce qui contribue à atténuer les douleurs liées au SPM.

Les pilules œstroprogestatives sont classées en quatre générations, selon leur dosage en œstrogènes (composition quantitative) et le type de progestatif utilisé (composition qualitative).

Classe	Estrogène	Progestatif	Spécialités	
C1G	EE (35 µg)	Noréthistérone	Triella®	
C2G	EE (20, 30 ou 40 µg)	Lévonorgestrel	Adepal®, Amarance®, Daily Gé®, Evanecia®, Leeloo®, Lovavulo®, Ludeal Gé®, Minidril®, Optidril®, Optilova®, Pacilia®, Trinordiol®, Zikiale®	
	EE (50 µg)	Norgestrel	Stediril®	
C3G	EE (20 ou 30 µg)	Désogestrel	Desobel®, Varnoline Continu® et EE/désogestrel Biogaran®	Cycleane®, Mercilon®, Varnoline®
	EE (15, 20, 30 ou 40 µg)	Gestodène	Carlin®, Efezia® et EE/gestodène Arrow®, Biogaran®, Ranbaxy®, Ratiopharm®, Sandoz®, Winthrop®	Harmonet®, Meliane®, Melodia®, Minesse®, Minulet®, Moneva®, Optinesse®, Phaeva®, Triminulet® et neuf génériques *
	EE(35 µg)	Norgestimate	–	Cilest®, Effiprev®, Triaferm®, Tricilest®

Classe	Estrogène	Progestatif	Spécialités	
Autres COEP	EE (30 µg)	Chlormadinone	Belara®	
	EE (20 ou 30 µg)	Drospirénone	Belanette®, Convuline®, Drospibel®, Jasmine®, Jasminelle®, Jasminelle Continu®, Rimendia®, Yaz®, EE/drospirénone Biogaran® et Biogaran Continu®	
	Estradiol (1,5 mg)	Nomégestrol	Zoely®	
	Valérate d'estradiol (3/2/1 mg)	Diénogest	Qlaira®	

Figure 13: Résumé des quatre générations de pilules oestro-progestatives existantes (153)

Les pilules œstroprogestatives se prennent par voie orale à raison d'un comprimé par jour, à heure fixe, généralement pendant 21 jours suivis d'un arrêt de 7 jours au cours duquel surviennent les règles. Certaines présentations comportent 28 comprimés (21 actifs et 7 placebo) permettant une prise continue sans interruption.

Les pilules œstroprogestatives peuvent entraîner des effets indésirables comme des céphalées, des troubles digestifs (nausées, vomissements), des modifications de l'humeur, des tensions mammaires, des spotting ou encore une rétention d'eau accompagnée d'une variation du poids.

Le risque le plus grave est thromboembolique, en particulier la thrombose veineuse pouvant évoluer vers une embolie pulmonaire.

Une surveillance clinique est donc recommandée, en particulier chez les patientes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire (tabagisme après 35 ans, hypertension non contrôlée, diabète compliqué). Ce risque reste plus faible avec les pilules de 2^e génération qu'avec celles de 3^e ou 4^e génération.

Ce type de "contraceptif oestro-progestatif (COEP)" est contre-indiqué en cas d'antécédents d'accidents thrombo embolique, de tumeur hormono-dépendante, d'hypertension artérielle non contrôlée, de migraines (avec aura) ou de maladie hépatique sévère (154).

IV.3.2 Les progestatifs

Nous retrouvons en première intention la progestérone dite naturelle car identique à celle sécrétée par l'ovaire (Utrogestan® 100, 200, 400 mg) (155).

C'est la molécule prescrite dans les cas d'insuffisance en progestérone (dans les cas de SPM, anovulations, préménopause) ou dans le cadre de supplémentation de la phase lutéale au cours de "(FIV) Fécondation In Vitro".

Il existe deux voies d'administration, orale et vaginale. Cette dernière est préférée car mieux tolérée, elle limite les effets secondaires à type d'hypersomnie (après absorption par voie orale).

La Dydrogestérone (Duphaston ® 10 mg) est indiquée dans les dysménorrhées ou le SPM, à raison de 20mg/jour du 16^{ème} au 25^{ème} jour en deux prises espacées.

Les posologies concernant l'endométriose ou les ménométrorragies diffèrent (156).

En seconde intention on retrouve la Medrogestone (Colprone ® 5 mg), qui empêche la synthèse et la libération de LH et FSH (157).

En raison du risque de méningiome, depuis juillet 2024, pour toute initiation ou au-delà de la première année de traitement, Colprone ® doit être prescrit et dispensé sous réserve du recueil de l'attestation d'information signée par le médecin et la patiente, avec remise au pharmacien; et qui devra être renouvelée une fois par an.

La nomégestrol (Lutenyl® 5 mg) a également fait l'objet d'un rappel en raison du risque accru de méningiome, lequel augmente avec la dose et la durée d'exposition.

La chlormadinone (Luteran®) a été retirée du marché en juin 2023 pour ce même risque.

Afin de limiter la survenue de ce risque fréquent avec les progestatifs, une surveillance accrue a été mise en place et l' "Agence Nationale de la Santé et du Médicament (ANSM)" a publié des recommandations.

Recommandations générales d'utilisation des progestatifs et de changement de traitement entre progestatifs

- **En cas d'antécédent de méningiome ou de méningiome existant**, la mise en place d'un traitement par l'un des 5 progestatifs (acétate de cyprotérone, acétate de chlormadinone, acétate de nomégestrol, médrogestone, acétate de médroxyprogestérone) à risque de méningiome est contre-indiquée.
Pour les autres progestatifs (seuls, en association dans un contraceptif ou un Traitement Hormonal Substitutif de la ménopause) il est recommandé de ne pas les utiliser.
Dans des situations exceptionnelles la prescription d'un traitement progestatif est possible après évaluation en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), constituée de gynécologue et/ou endocrinologue et neurochirurgien, sur la base du rapport bénéfice/risque individuel pour la patiente et de l'existence ou non d'alternatives thérapeutiques.
- **La prescription d'un nouveau progestatif en relai d'un traitement antérieur** par acétate de cyprotérone, acétate de chlormadinone, acétate de nomégestrol, médrogestone, médroxyprogestérone ou promégestone n'exclut pas le risque de méningiome, sans que l'on puisse actuellement le déterminer.
En cas d'utilisation supérieure à un an d'un de ces progestatifs et de changement de traitement vers un progestatif à risque ou vers un progestatif avec un risque de méningiome non connu à ce jour, une IRM cérébrale doit être réalisée à l'instauration du nouveau traitement progestatif.
- **En cas de changement de traitement** pour un progestatif non associé à un risque de méningiome (dispositif intra utérin - DIU - au lévonorgestrel, progestérone par voie orale, vaginale ou cutanée, dydrogestérone) une IRM sera réalisée si des signes évocateurs d'un méningiome apparaissent.
- Le traitement doit toujours être prescrit à la **dose minimale efficace** et pendant une durée d'utilisation la plus courte possible.
- L'intérêt de poursuivre le traitement doit être **réévalué chaque année**, notamment aux alentours de la ménopause, car le risque de méningiome augmente fortement avec l'âge.
- Une IRM cérébrale doit être réalisée en cas de signes évocateurs d'un méningiome.

Figure 14: *Recommandations sur l'utilisation des progestatifs publiées par l'ANSM (158)*

IV.4 Traitements des troubles psycho-émotionnels

IV.4.1 Les Inhibiteurs Sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont utilisés dans les formes invalidantes et récidivantes du syndrome prémenstruel et notamment le TDPM, souvent en phase lutéale.

La dépression s'explique par le déficit en sérotonine au niveau des synapses. Les ISRS empêchent donc la recapture par le neurone présynaptique de la sérotonine libérée par ce même neurone. Ce mécanisme induit l'augmentation de la quantité de sérotonine se fixant aux récepteurs post-synaptique.

Plusieurs molécules appartiennent à la famille des ISRS, comme:

- Le citalopram (SEROPRAM ®),
- L'escitalopram (SEROPLEX ®),
- La fluoxétine (PROZAC ®),
- La paroxétine (DEROXAT ®),
- La sertraline, (ZOLOFT ®).

La prise en charge du SPM/TDPM, est différente de la prise en charge de la dépression (dans le cadre de l'AMM). Les ISRS peuvent être administrées en intermittence, uniquement pendant la phase lutéale, ou en continue mais avec une augmentation de posologie pendant la phase lutéale (159).

Les effets indésirables rencontrés sont digestifs (nausées, vomissements). Des céphalées, une sudation excessive ou une baisse de libido sont également possibles.

Il faut faire attention à l'allongement de l'intervalle QT (citalopram et l'escitalopram). De plus, la mise en place du traitement est à surveiller, en raison du risque de désinhibition (passage à l'acte suicidaire) ainsi que son arrêt qui doit se faire progressivement pour limiter le syndrome de sevrage (160).

Cette étude (161) de 2024 évalue les bénéfices et les risques d'instauration des ISRS dans le traitement des femmes diagnostiquées avec un SPM et un TDPM.

En comparant les femmes traitées par ISRS avec un groupe de femmes sous placebo. Les résultats indiquent que les ISRS réduisent les symptômes prémenstruels chez les femmes souffrant de SPM et de TDPM et qu'ils sont plus efficaces administrés en traitement continu que seulement en phase lutéale.

Cependant il faut noter que les ISRS augmentent le risque d'effets indésirables, les plus fréquents étant les nausées, l'asthénie et la somnolence.

IV.4.2 Les anxiolytiques

Une proportion importante des symptômes du syndrome prémenstruel (SPM), et plus encore du trouble dysphorique prémenstruel (TDPM), est d'ordre psychologique, ce qui peut conduire à envisager le recours aux anxiolytiques.

Les benzodiazépines, comme l'alprazolam, peuvent réduire l'anxiété et l'irritabilité en phase lutéale (159). Toutefois, leur efficacité reste discutée et leur utilisation ne doit pas être systématique. En raison du risque d'accoutumance et de dépendance, elles sont recommandées uniquement en traitement d'appoint, à faibles doses, et idéalement limitées à la phase lutéale.

La buspirone, anxiolytique non benzodiazépinique, apparaît comme une alternative intéressante. Des données montrent une réduction significative des symptômes du SPM avec une posologie de 10 mg/jour, avec une efficacité comparable à celle de la fluoxétine à 20 mg/jour (162).

Ainsi, si les anxiolytiques peuvent avoir une place dans la prise en charge des formes à dominante anxieuse, leur prescription doit rester courte et individualisée, en tenant compte du profil symptomatique et du rapport bénéfice/risque.

IV.5 Traitements des formes sévères

IV.5.1 Les analogues de la GnRH

Plusieurs analogues de la GnRH, tels que la triptoréline (Decapeptyl ®), la goséréline (Zoladex®) ou la leuproréline (Enantone®), ont montré leur efficacité dans la prise en charge du SPM, avec une disparition complète des symptômes pendant le traitement (147).

Ils permettent de réduire les manifestations émotionnelles et physiques du SPM et du TDPM.

Leur mécanisme repose sur une inhibition du système endogène à l'origine du cycle menstruel. En mimant l'action de la GnRH, ils entraînent une désensibilisation hypophysaire, avec une diminution des gonadotrophines et des stéroïdes sexuels à des niveaux proches de ceux observés à la ménopause.

Cette hypo-œstrogénie expose toutefois à un risque accru d'ostéoporose et de risques cardiovasculaires en cas de traitement prolongé.

IV.5.2 La castration chirurgicale

La castration chirurgicale, correspondant à une ovariectomie bilatérale (ablation des deux ovaires), constitue une option thérapeutique exceptionnelle et radicale dans la prise en charge du syndrome prémenstruel.

Elle entraîne l'arrêt définitif de la fonction ovarienne, supprimant ainsi les variations hormonales cycliques impliquées dans l'apparition des symptômes du SPM.

Cette intervention n'est envisagée qu'en dernier recours, chez des patientes présentant un SPM sévère ou un trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) résistant à l'ensemble des traitements médicaux.

En raison de l'induction d'une ménopause précoce, elle nécessite généralement la mise en place d'un traitement hormonal substitutif afin de limiter les conséquences liées au déficit œstrogénique (bouffées de chaleur, ostéoporose, troubles cardiovasculaires) (159).

IV.6 Conclusion partie thérapeutique

En conclusion, la prise en charge du SPM repose sur une approche multimodale combinant activité physique, adaptations alimentaires, gestion du stress, thérapies cognitivo-comportementales et traitements médicamenteux adaptés aux symptômes. Les recommandations de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) privilégient les approches non pharmacologiques en première intention chez toutes les femmes présentant un SPM.

Quatrième partie: Étude clinique de l'impact du syndrome prémenstruel sur la qualité de vie des personnes en souffrant

I.1 Présentation de l'étude

Après avoir exploré les dimensions historiques et scientifiques du SPM, il a été choisi de compléter ce travail par une étude clinique visant à évaluer son impact sur la qualité de vie ainsi que le niveau de connaissance et de sensibilisation de la population.

L'étude repose sur un questionnaire en ligne élaboré via la plateforme LimeSurvey.

Les questions s'adressent à plusieurs profils :

- des personnes souffrant ou ayant souffert de SPM ;
- des professionnels de santé, issus du milieu pharmaceutique ;
- ainsi que la population générale, incluant également des répondants non concernés directement par le trouble (femmes ne présentant pas de SPM et hommes).

Cette diversité de profils permettait d'obtenir une vision globale à la fois clinique, professionnelle et sociétale du SPM.

Le questionnaire associait des questions fermées (échelles d'intensité, fréquence, retentissement sur la vie quotidienne) et des espaces de commentaires libres.

Cette enquête a été diffusée dans un premier temps sur les réseaux sociaux (Instagram et LinkedIn) puis auprès de collègues en pharmacie, au cours du stage de 6ème année, ainsi qu'auprès de confrères/consoeurs par le biais de notre groupe de promotion sur messenger.

Au bout de quatre mois, l'obtention des réponses était de 210 réponses complètes.

I.2 Objectifs de l'enquête

Concernant la population générale, l'enquête visait principalement à évaluer le niveau de connaissance et de sensibilisation au SPM.

Il s'agissait d'apprécier la familiarité des répondants avec le concept de SPM, leur capacité à le définir, ainsi que leur perception de l'ampleur et de l'impact de ce dernier sur la qualité de vie des personnes concernées.

L'étude avait également pour objectif d'analyser la représentation sociétale du SPM. À travers des questions évaluatives construites sur des échelles graduées de 1 à 5, les participants étaient invités à se positionner quant au degré de reconnaissance du SPM en tant que trouble légitime, à l'acceptabilité d'éventuels aménagements

spécifiques (dans le cadre professionnel) ainsi qu'à la place accordée à cette pathologie dans l'espace public.

Par ailleurs, l'enquête explorait les différentes sources d'information des répondants, leur exposition au sujet au cours de leur scolarité ou de leurs études supérieures, ainsi que le rôle perçu des médias dans la diffusion des connaissances relatives au SPM. Là encore, ces dimensions étaient appréciées au moyen d'échelles graduées permettant de nuancer les réponses au-delà d'une simple opposition binaire.

Certaines questions offraient la possibilité d'ajouter un commentaire libre, permettant aux participants de préciser leur positionnement, d'exprimer leur ressenti ou d'apporter des éléments d'interprétation personnels, contribuant ainsi à enrichir l'analyse quantitative par une dimension qualitative.

Dans son ensemble, cette partie de l'étude visait à dresser un état des lieux de la perception collective du SPM et à identifier les besoins potentiels en matière d'information, de reconnaissance et de sensibilisation.

Par ailleurs, l'enquête avait aussi pour objectif de quantifier la proportion de personnes déclarant souffrir du SPM, en identifiant les symptômes les plus fréquemment rapportés (physiques comme psychiques).

L'objectif était aussi d'évaluer l'impact de ces manifestations sur la qualité de vie, tant sur le plan professionnel que social et intime.

Aussi, il était important d'évaluer la qualité de la prise en charge perçue par les personnes souffrant du SPM au sein de l'officine.

Enfin, la dernière partie du questionnaire était destinée aux professionnels de santé issus du milieu pharmaceutique (les préparateurs/-rices, les pharmaciens (en milieu hospitalier, industriel, officinal), les internes et les étudiants en pharmacie (toutes années confondues). Cette section visait à évaluer à la fois leur niveau de connaissance et leurs prise en charge au comptoir.

L'objectif était d'estimer leur degré d'information et d'identifier d'éventuelles lacunes dans leur formation.

La seconde partie des questions portaient sur la pratique officinale: en évaluant la fréquence des consultations de patientes atteintes d'un SPM, l'aisance perçue par ces dernières à aborder ce sujet, les types de traitements ou de conseils proposés, et leur capacité à assurer une prise en charge adaptée.

Enfin, cette partie visait à recueillir leur intérêt pour le renforcement de la formation pharmaceutique sur le SPM.

I.3 Population étudiée

I.3.1 Questions de base

Une question préliminaire permettait d'identifier les personnes connaissant le SPM et capables d'en donner une définition.

Les participants ne sachant pas ce qu'était le SPM ont été exclus du reste du questionnaire afin de ne conserver que les réponses pertinentes pour l'étude.

Sur un total de 210 répondants, la majorité se définit comme femme (83%), contre 15% d'hommes, tandis qu'une seule personne (<1%) s'est identifiée sous une autre identité de genre. Cette répartition affirme la prédominance d'un échantillon féminin.

Parmi les 210 réponses au questionnaire, 9 personnes ont répondu "sans réponse" à cette question. Au sein de l'échantillon, nous obtenons un total de 170 personnes prétendant avoir une idée du SPM (81%) et 31 personnes affirmant n'avoir aucune idée du SPM (15%).

L'analyse qualitative des réponses à cette question met en évidence plusieurs axes majeurs de compréhension du SPM parmi les répondants :

1. Une temporalité commune du SPM

La grande majorité des participants identifient le SPM comme un ensemble de symptômes apparaissant quelques jours avant les menstruations, généralement dans la phase lutéale du cycle.

On relève quelques expressions fréquentes comme : *"ensemble des symptômes qui précèdent les règles", "quelques jours avant que les règles commencent", "en lien avec le cycle menstruel avant les règles"; "ensemble de symptômes qui se répètent de façon cyclique"; "symptômes pouvant déborder sur la période menstruelle".*

2. Une nature multifactorielle des symptômes

La plupart décrivent le SPM comme un phénomène combiné, englobant des symptômes physiques; beaucoup de personnes évoquent des *"douleurs abdominales", de la "fatigue", des "céphalées", de "tensions mammaires", des "ballonnements", des "nausées", des "troubles du transit", "modifications de l'appétit"*; et des symptômes psychiques: *"l'irritabilité", des "troubles de l'humeur", de "l'anxiété", de la "tristesse", de "l'hypersensibilité émotionnelle", une "baisse d'énergie" ou de "motivation".*

On distingue que plusieurs réponses soulignent également la variabilité interindividuelle des manifestations: *"cela dépend des femmes, certaines n'ont rien du tout tandis que d'autres le vivent très mal" ; "chaque femme le ressent et le vit différemment".*

3. Une origine hormonale perçue

Un grand nombre de répondants attribuent le SPM à des variations hormonales, notamment aux fluctuations d'œstrogènes et de progestérone, voire à une carence relative en progestérone.

Cette explication est fréquemment évoquée de façon intuitive par les répondants, qui associent le SPM à un déséquilibre hormonal. Plusieurs formulent cette idée en mentionnant, par exemple, une *“baisse de progestérone”*, une *“chute d’hormones avant les règles”* ou encore un *“dérèglement des hormones féminines”*; *“trop d’une certaine hormone et pas assez d’une autre”*.

4. Une dimension émotionnelle et sociale

De nombreuses réponses évoquent un retentissement psychologique important, se traduisant par des changements d'humeur, une irritabilité accrue, une fatigue morale ou encore un sentiment de tristesse ou de découragement dans les jours précédant les menstruations.

Plusieurs personnes mentionnent par exemple : *“de la mauvaise humeur”*, de *“la fatigue”*, *“une envie de pleurer sans raison”*, ou encore *“être à fleur de peau”* et *“je me fâche plus facilement avec mon entourage”*.

Certaines réponses soulignent aussi l'impact sur la vie quotidienne, en décrivant un repli social ou relationnel, voire une diminution de la productivité au travail *“un changement d’état émotionnel et physique provoquant de l’inconfort social”*.

5. Une perception du vécu individuel

De nombreuses réponses insistent sur le principe du caractère personnel, subjectif et variable du SPM, rappelant qu'il ne se manifeste pas de la même façon d'une femme à l'autre, ni avec la même intensité d'un cycle à l'autre.

Certaines descriptions renvoient à un syndrome discret, se limitant à une légère fatigue ou de l'irritabilité, tandis que d'autres relatent des symptômes plus marqués, invalidants, pouvant affecter l'humeur, la concentration ou les relations sociales, on évoque la *“dépression”*.

Plusieurs réponses illustrent bien cette diversité de vécus : *“certaines femmes le vivent très mal, d’autres pas du tout”*; *“pas présent de la même manière chez toutes les femmes”* ; *“il touche différemment les personnes menstruées, certaines le ressentent, d’autres non”* ou encore *“certaines personnes ont des symptômes plus invalidants que d’autres”*.

6. Niveau de connaissance et formulation des réponses

Enfin, l'analyse des définitions révèle une compréhension commune globale mais parfois partielle du SPM. Si plusieurs répondants en décrivent correctement les manifestations principales, d'autres témoignent d'une méconnaissance des mécanismes physiologiques sous-jacents ou d'un manque de précision scientifique.

Certaines personnes reconnaissent explicitement ce manque d'information, comme en témoignent les formulations: *“Je ne sais absolument pas ce que c'est et pourtant je suis une femme”, “je connais un peu le SPM, mais je pense que je ne saurais pas décrire tous les symptômes”* ou *“j'en ai entendu parler mais je ne connais pas les causes”*. Certaines personnes dénoncent un manque d'informations claires sur ce sujet *“manque d' informations facilement compréhensibles et accessibles”*.

I.3.2 Synthèse

L'échantillon analysé est donc majoritairement féminin et globalement sensibilisé au SPM (une grande majorité prétendant savoir ce que c'est).

Globalement, les répondants perçoivent le SPM comme un ensemble de manifestations physiques et psychologiques survenant avant les menstruations, en lien avec les fluctuations hormonales du cycle.

Les définitions témoignent d'une hétérogénéité dans le niveau de connaissance (certaines réponses relevant davantage d'une croyance que d'une source médicale sûre).

I.4 Présentation et analyse des résultats

I.4.1 Questions sociétale

L'étude a été filtrée sur les 170 personnes ayant répondu "oui" à la question "savez-vous ce qu'est le SPM?".

I.4.1.1 Perception et vécu sociétal du SPM

Les résultats mettent en évidence que le SPM s'inscrit dans une expérience à la fois individuelle et observable, marquée par une diversité de symptômes et un retentissement variable sur la vie quotidienne.

En effet, la majorité des répondants de la population générale reconnaît un impact significatif du SPM sur la qualité de vie:

- 37% estiment que l'impact du SPM est moyennement fort,
- 20 % le jugent très fort,
- 20 % le qualifient de modéré,
- Seuls 2 % le perçoivent comme faible, et <1% comme nul.

Les données recueillies suggèrent que le SPM est perceptible par l'entourage :

- 36 % déclarent observer régulièrement des changements d'humeur ou de comportement avant les menstruations,
- 20 % occasionnellement,
- 12 % systématiquement,
- <1% n'ont jamais rien remarqué.

L'analyse qualitative des réponses libres fait émerger une hiérarchisation des symptômes associés au SPM, certains étant largement évoqués par les répondants, tandis que d'autres apparaissent de manière plus marginale.

Concernant les symptômes physiques, certaines symptomatologies ressortent de manière prédominante dans les réponses. La mention de douleurs mammaires, "*seins durcis et douloureux*", de "*céphalées*" et de la "*fatigue*", fréquemment mentionnés par les répondants.

Les troubles digestifs, incluant les "*maux de ventre*", la "*constipation*", la "*diarrhée*", des "*flatulences*", des "*ballonnements*", des "*crampes*" sont également mentionnés dans une proportion non négligeable de réponses.

Par ailleurs, des symptômes "*rétention d'eau*", ou une "*prise de poids*" apparaissent de manière relativement fréquente.

À l'inverse, certaines manifestations restent plus rares, bien que ces symptômes apparaissent dans les réponses libres, comme "*l'acné, une peau grasse*", de l' "*anémie*", des "*douleurs anales*".

Concernant les symptômes psychiques et émotionnels, on retrouve la mention prédominante de *“l’irritabilité”*, des *“sautes d’humeur”*, de *“fatigue psychologique”*, *“d’hypersensibilité émotionnelle”*.

D’autres symptômes tels que la *“tristesse”*, *“l’anxiété”*, ou encore de *“dépression passagère”*, sont mentionnés avec une fréquence plus modérée.

Enfin, des manifestations comme la *“démotivation”*, ou encore la sensation d’*“être à fleur de peau”*, sont évoquées de manière plus ponctuelle par les répondants.

En ce qui concerne les symptômes comportementaux et sociaux, certains apparaissent de manière fréquemment rapportée, en particulier les troubles du sommeil comme les *“insomnies”*, ainsi que des *“fringales”*. La *“diminution de la concentration”*, et la *“baisse de performance au travail”* sont également évoquées, bien qu’avec une fréquence légèrement moindre.

Enfin, des manifestations évoquent un *“repli sur soi”*, une *“baisse de libido”*, ou encore un sentiment de culpabilité en lien avec l’irritabilité sont mentionnées de manière plus ponctuelle.

1.4.1.2 Reconnaissance sociétale et leviers d’amélioration

Nos résultats décrivent l’acceptabilité de mesures d’adaptation dans les sphères professionnelle et éducative. Ainsi, une large majorité de la population (près de 2/3) se montre ouvert à la mise en place de mesures d’adaptation (congrés spécifiques, flexibilité au travail, ou aménagement des emplois du temps) pour les femmes souffrant de SPM sévère:

- 39 % se déclarent favorables,
- 23 % relativement favorables,
- 10 % sont sans avis,
- 7 % défavorables ou relativement défavorables.

Nos données révèlent également qu’une proportion importante de répondants estime que le SPM n’est pas reconnu au sein de la société, avec une perception globalement faible de la reconnaissance sociale du SPM:

- 52 % des répondants estiment que le SPM n’est pas du tout reconnu (note 1/5),
- 26 % considèrent qu’il est peu pris en compte (note 2/5),
- Seuls 6 % et 5 % jugent qu’il est plutôt ou totalement reconnu.

Cette perception sociétale semble étroitement liée au niveau d’informations des répondants, ainsi qu’aux canaux de diffusion de connaissances, qu’ils soient institutionnels ou médiatiques. Nos données traduisent une carence éducative importante dans la diffusion de connaissances relatives au SPM:

- 52 % déclarent n'avoir reçu aucune information (note 1/5),
- 26 % en ont reçu très peu (note 2/5),
- Seules 8 % à 5 % estiment avoir été modérément informées, à bien informées (notes 4 et 5/5).

Nos résultats témoignent également d'un consensus fort en faveur d'une meilleure éducation menstruelle:

- 51% jugent qu'il serait extrêmement utile d'intégrer cette thématique dans les programmes scolaires,
- 33 % le jugent très utile,
- 14% trouvent cela utile,
- Seules 2,38 % considèrent cette initiative comme inutile.

Aussi, les résultats obtenus traduisent une perception ambivalente du rôle médiatique:

- 23 % estiment que les médias jouent un rôle important négatif,
- 4 % un rôle très négatif,
- 23 % perçoivent un rôle positif,
- < 2 % un rôle très positif,
- 22 % considèrent que les médias n'ont aucun rôle.

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que le SPM apparaît pour la population comme un syndrome mêlant symptômes physiques, psychiques et comportementaux, dont l'expression varie selon les individus, et pouvant avoir un impact notable sur la vie des personnes concernées. Une reconnaissance importante du SPM au sein de la population générale est mise en évidence.

Toutefois, cette reconnaissance apparaît contrastée, les répondants estimant majoritairement que le SPM reste insuffisamment pris en compte à l'échelle sociétale.

Cette perception s'accompagne d'une attente forte en matière d'informations et de sensibilisation, notamment dans les milieux éducatifs, révélant une carence éducative dans la diffusion des connaissances sur ce sujet.

I.4.2 Questions destinées aux personnes souffrant de SPM

L'échantillon a d'abord été restreint à 145 participantes, correspondant aux personnes ayant déclaré connaître le SPM, et ayant leurs menstruations.

Nos résultats traduisent une prépondérance de femmes jeunes en âge de procréer, la majorité des répondantes se situe dans les tranches d'âge jeunes à intermédiaires:

- 45 % ont moins de 25 ans,
- 39 % ont entre 25 et 40 ans,
- 11 % ont plus de 40 ans et ne sont pas ménopausées,
- 4 % ont plus de 40 ans et sont ménopausées.

Ces résultats sont en cohésion avec la période de vie la plus concernée par le SPM. Le profil de l'échantillon correspond à une population fertile et active, susceptible d'expérimenter des symptômes cycliques liés au cycle hormonal.

I.4.2.1 Apparition et degré d'impact des symptômes

Les données obtenues suggèrent une forte prévalence du SPM au sein de la population interrogée.

- 85 % des répondantes déclarent avoir déjà souffert du SPM,
- 5 % affirment ne jamais en avoir souffert,
- 8 % ne savent pas,
- Et, 78 % indiquent en souffrir encore actuellement, contre 19 % qui ne présentent plus de symptômes.

On constate que l'apparition des symptômes du SPM est précoce, souvent dès les premières années de cycles menstruels, indiquant que ce trouble s'installe tôt dans la vie reproductive. Les symptômes apparaissent majoritairement à l'adolescence :

- 49 % entre 15 et 19 ans,
- 22 % avant 15 ans,
- 20 % entre 20 et 25 ans,
- et quelques cas isolés après 25 ans (4% entre 26 et 30 ans; 2% entre 31 et 35 ans; 2% entre 36 et 40 ans; <1% après 40 ans).

La population étudiée est donc majoritairement jeune et en âge de procréer, avec une prévalence élevée du SPM au sein de l'échantillon.

Après avoir analysé l'âge d'apparition des premiers symptômes; il apparaît pertinent d'examiner la nature des manifestations rapportées par les patientes ainsi que leur intensité, afin d'appréhender plus finement l'impact clinique du SPM.

L'échantillon a ensuite été restreint à 96 participantes, correspondant aux personnes ayant déclaré connaître le SPM, ayant déjà souffert et en souffrant encore actuellement.

Plusieurs symptômes physiques ont été rapportés avec des niveaux d'intensité variables.

Symptômes physiques ressentis en fonction de leur intensité - sur un échantillon de 96 personnes	
Fatigue	- moyennement forte (29 %), - modérée (25 %), - très forte (23%)
Douleurs abdominales	- modérée (19%) - moyennement fort (25%), - très fort (25%)
Céphalées	- faible (25%) - modérée (18%) - très forte (17%)
Stress et anxiété	- moyennement forts (24%) - très forts (30%)
Ballonnements	- moyennement fortes (21%) - très fortes (21%)
Prise de poids temporaire	- faible (15%) - moyennement forte (17%) - très forte (12%)
Rétention d'eau	- faible (22%) - modérée (13%) - très forte (16%)
Crampes et douleurs musculaires	- faible (10%) - modérée (14%) - moyennement forte (14%)
Troubles du transit (constipation, diarrhées)	- faible (19%) - moyennement forte (26%) - très forte (15%)

Acné	- faible (18%) - modérée (26%) - très forte (14%)
Douleurs lombaires et tensions mammaires	- moyennement forte (23%) - très forte (29%)
Troubles du sommeil (insomnies, hypersomnolence)	- faible (16%) - modérée (12%) - très forte (18%)
Absence de symptômes <i>L'item "aucun symptôme" ne correspond pas à une absence totale de ressenti, mais plutôt à l'absence de symptômes physiques identifiables.</i>	- faible (9%) - moyennement impactant (2%) - fortement impactant (2%) Ainsi, une certaine proportion de participantes déclarent ressentir un impact du SPM sur leur qualité de vie, suggérant une perception d'inconfort global ou diffus, non rattaché forcément à une symptomatologie spécifique.
Autres symptômes	- faible (12%) - très fort (3%) Ainsi certains symptômes non listés peuvent être particulièrement invalidants pour certaines femmes.

Tableau 9: Récapitulatif des symptômes physiques ressentis en fonction de leur impact chez les femmes souffrant actuellement de SPM.

Parmi les femmes déclarant souffrir d'un SPM, plusieurs symptômes psychiques ont été rapportés avec des niveaux d'intensité variables.

Symptômes psychiques ressentis en fonction de leur intensité - sur un échantillon de 96 personnes	
Irritabilité / Irascibilité	- moyennement forte (38%), - très forte (30%)
Colère / Nervosité	- modérée (15%) - moyennement fort (25%), - très fort (22%)

Tristesse	- moyennement forte (23%) - très forte (29%)
Agitation	- faible (11%) - moyennement forts (12%) - très forts (9%)
Difficultés de concentration / Troubles de mémoire	- modérée (15%) - moyennement fortes (18%) - très fortes (17%)
Hypersensibilité émotionnelle	- faible (10%) - modérée (10%) - moyennement forte (23%) - très forte (38%)
Sautes d'humeur / Aggravation de troubles de l'humeur	- moyennement fort (17%) - très forte (25%)
Dépression	- faible (10%) - modérée (17%) - très forte (14%)
Hypersensibilité au bruit / à la lumière	- faible (13%) - très forte (14%)
Absence de symptômes <i>L'item "aucun symptôme" ne correspond pas à une absence totale de ressenti, mais plutôt à l'absence de symptômes psychiques identifiables.</i>	- faible (9%) - moyennement impactant (4%) - fortement impactant (4%) L'absence de symptômes psychiques identifiables n'exclut pas pour autant un retentissement du SPM sur la qualité de vie; certaines répondantes ont ainsi déclaré ne ressentir aucun symptôme spécifique tout en rapportant un impact, ce qui souligne la dimension multifactorielle et subjective du SPM
Autres symptômes	- faible (< 3%) Ainsi certains symptômes non listés peuvent être particulièrement invalidants pour certaines femmes.

Tableau 10: Récapitulatif des symptômes psychiques ressentis en fonction de leur impact chez les femmes souffrant actuellement de SPM

L'identification des symptômes physiques et psychiques rapportés par ces femmes conduit à s'interroger sur le degré d'impact de ces manifestations sur leur vie quotidienne.

I.4.2.2 Retentissement du SPM sur la qualité de vie

L'impact du SPM sur la vie sociale se situe majoritairement à un niveau modéré à moyennement fort selon les participantes:

- 11 % estiment que le SPM a un impact très fort sur leur vie sociale,
- 30 % un impact moyennement fort,
- 31 % modéré,
- 24 % faible.

L'impact du SPM sur la vie professionnelle est globalement modéré, avec:

- 21 % estiment que le SPM a un impact faible sur leur vie professionnelle,
- 32 % un impact modéré,
- 28 % moyennement fort,
- 15 % très fort.

Concernant l'impact du SPM sur la vie personnelle, nos résultats indiquent qu'il est globalement modéré, avec:

- 13 % qui estiment que le SPM a un impact faible sur leur vie personnelle,
- 28 % un impact modéré,
- 25 % moyennement fort,
- 26 % très fort.

L'absentéisme lié au SPM concerne une part non négligeable des participantes, avec près de 41% d'entre elles rapportant au moins un épisode d'absence au cours de l'année.

- 59 % déclarent n'avoir eu aucun absentéisme lié à leur SPM sur les deux dernières années,
- 24 % un à deux absentéismes par an,
- 8 % deux à quatre absentéismes par an,
- 7 % quatre à huit absentéismes par an.

Au regard du retentissement observé sur les différentes sphères de la vie quotidienne, il apparaît pertinent de s'intéresser aux modalités de prise en charge de ces patientes au comptoir.

I.4.2.3 Expérience officinale et perception de la prise en charge

L'échantillon a ensuite été restreint à 31 participants, correspondant aux personnes ayant déclaré se rendre ou s'être déjà rendu en pharmacie en raison de leur SPM.

L'analyse des réponses met en évidence que le recours à l'officine dans le cadre du SPM apparaît globalement peu fréquent, en effet parmi les femmes interrogées:

- la majorité (66%° rapporte ne jamais se rendre en pharmacie dans ce cadre,
- 6 % d'entre elles indiquent s'y rendre rarement,
- 9 % parfois
- 12 % souvent.

Ce faible recours peut être mis en relation avec le niveau de confort exprimé par les patientes. En effet, le sentiment d'aisance à aborder le SPM avec le pharmacien apparaît limité parmi les répondantes:

- 38 % déclarent se sentir à l'aise pour aborder leur syndrome prémenstruel avec leur pharmacien
- 62 % ne le sont pas.

Parmi ces dernières, certaines indiquent préférer en parler avec leur gynécologue, tandis que d'autres évoquent un manque de confort dans le cadre officinal, en lien avec un sentiment de ne pas être suffisamment écoutées.

Dans ce contexte, l'évaluation de la qualité de l'accueil, de l'écoute et de la prise en charge à l'officine permet d'apporter un éclairage complémentaire sur l'expérience des patientes.

L'accueil et l'écoute en pharmacie apparaissent contrastées, avec une perception partagée entre satisfaction et insatisfaction parmi les patientes interrogées:

- 48% les jugent "satisfaisantes"
- Bien qu'une proportion non négligeable les considère comme insatisfaisantes (29%).
- 16% les qualifient de très insatisfaisantes.

La prise en charge en pharmacie apparaît elle-aussi partagée, avec une proportion plus importante de réponses négatives que positives:

- 45% la jugent insatisfaisante
- 26% satisfaisante
- 9% à la fois satisfaisante ou très insatisfaisante

Dans cette continuité, il convient d'explorer les traitements proposés en officine et leur perception par les patientes.

Parmi les 31 répondantes (question à choix multiples):

- 70 % rapportent la proposition d'anti-inflammatoires non stéroïdiens,
- 41 % d'antalgiques de palier 1 (paracétamol),
- 9 % de compléments alimentaires (magnésium, vitamine B6),
- 6 % de phytothérapie;
- Aucune ne mentionne l'homéopathie.

Les traitements proposés en officine apparaissent majoritairement centrés sur des approches médicamenteuses symptomatiques, tandis que les thérapeutiques alternatives sont peu représentées.

L'étude des options thérapeutiques proposées s'accompagne de l'évaluation de leur efficacité perçue par les patientes.

Parmi les 31 répondantes:

- 48 % estiment que leurs symptômes ne se sont pas améliorés suite à leur prise en charge,
- 32 % rapportent une amélioration.

Par ailleurs:

- 38 % jugent les traitements proposés moyennement adaptés,
- 20 % faiblement adaptés,
- 16 % bien adaptés
- 3 % pas du tout adaptés.

Les résultats mettent en évidence une efficacité perçue des traitements globalement limitée, avec 32% des patientes ne rapportant pas d'amélioration et jugeant les thérapeutiques partiellement adaptées.

Le niveau d'efficacité perçue des traitements amène à explorer les attentes des patientes quant à l'amélioration de leur prise en charge à l'officine.

Plusieurs attentes se sont manifestées:

- 54 % expriment le besoin de propositions de traitement plus variées et personnalisées,
- 45 % souhaitent davantage d'informations sur les solutions naturelles et alternatives,
- 35 % attendent une meilleure écoute et une meilleure prise en considération de leurs symptômes,
- 20 % désirent un suivi plus régulier par le pharmacien.

Parmi les réponses libres, certaines participantes expriment le souhait d'un endroit plus intime et de bénéficier de plus de temps d'échange avec leur pharmacien.

D'autres soulignent la nécessité d'une prise en charge plus individualisée, adaptée à la variabilité des symptômes.

La difficulté à bénéficier d'un suivi régulier avec un même professionnel est également évoquée, notamment chez les jeunes étudiantes ou jeunes personnes actives, certaines suggérant la mise en place d'un suivi à distance. Enfin, plusieurs participantes indiquent ne pas avoir connaissance de la possibilité d'aborder le SPM en pharmacie, suggérant un besoin de sensibilisation sur ce sujet.

Les attentes des patientes portent principalement sur une diversification et une personnalisation des prises en charge, ainsi que sur un renforcement de l'information et de l'écoute en officine.

I.4.3 Questions destinées aux personnes ayant souffert de SPM

L'échantillon a été restreint à 23 participants, correspondant aux personnes ayant déclaré à la fois connaître le SPM, en avoir déjà souffert mais n'en souffrant plus actuellement.

Différents symptômes physiques ont été rapportés, avec des niveaux d'intensité globalement plus faibles que chez les femmes présentant un SPM encore actif.

Symptômes physiques ressentis en fonction de leur intensité - sur un échantillon de 23 personnes	
Fatigue	- faible (22%) - moyennement forte (22%), - modérée (30%)
Douleurs abdominales	- faible (26%) - modérée (22%) - moyennement fort (30%),
Céphalées	- faible (22%) - très forte (13%)
Stress et anxiété	- faible (17%) - modérés (13%) - moyennement forts (9%)
Ballonnements	- faible (26%) - modéré (17%) - très fortes (13%)

Prise de poids temporaire	- faible (13%)
Rétention d'eau	- faible (17%) - moyennement forte (9%)
Crampes et douleurs musculaires	- faible (9%) - moyennement forte (13%)
Troubles du transit (constipation, diarrhées)	- modéré (26%) - moyennement forte (9%)
Acné	- faible (22%)
Douleurs lombaires et tensions mammaires	- faible (35%) - modéré (17%) - moyennement forte (9%)
Troubles du sommeil (insomnies, hypersomnolence)	- faible (22%) - modérée (9%)
Absence de symptômes <i>L'item "aucun symptôme" ne correspond pas à une absence totale de ressenti, mais plutôt à l'absence de symptômes physiques identifiables.</i>	- faible (9%) Ainsi, une certaine proportion de participantes déclarent ressentir un impact du SPM sur leur qualité de vie, suggérant une perception d'inconfort global ou diffus, non rattaché forcément à une symptomatologie spécifique.
Autres symptômes	- faible (4%) Ainsi certains symptômes non listés peuvent être particulièrement invalidants pour certaines femmes.

Tableau 11: Récapitulatif des symptômes physiques ressentis en fonction de leur impact chez les femmes ayant souffert de SPM

Parmi les femmes déclarant ayant souffert d'un SPM, plusieurs symptômes psychiques ont été rapportés avec des niveaux d'intensité variables.

Symptômes psychiques ressentis en fonction de leur intensité - sur un échantillon de 23 personnes	
Irritabilité / Irascibilité	- modérée (26%), - très forte (26%)
Colère / Nervosité	- modérée (17%), - très forte (17%)
Tristesse	- modérée (17%) - très forte (17%)
Agitation	- faible (13%) - modérée (17%)
Difficultés de concentration / Troubles de mémoire	- modérée (9%) - moyennement fortes (10%)
Hypersensibilité émotionnelle	- faible (26%) - modérée (13%) - très forte (13%)
Sautes d'humeur / Aggravation de troubles de l'humeur	- faible (17%) - modéré (26%)
Dépression	- modérée (9%) - très forte (9%)
Hypersensibilité au bruit / à la lumière	- faible (13%) - très forte (8%)
Absence de symptômes <i>L'item "aucun symptôme" ne correspond pas à une absence totale de ressenti, mais plutôt à l'absence de symptômes psychiques identifiables.</i>	- faible (13%) Certaines répondantes ont ainsi déclaré ne ressentir aucun symptôme spécifique tout en rapportant un impact faible, ce qui souligne la dimension multifactorielle et subjective du SPM.
Autres symptômes	- faible (< 1%) Ainsi certains symptômes non listés peuvent être faiblement invalidants pour certaines femmes.

Tableau 12: Récapitulatif des symptômes psychiques ressentis en fonction de leur impact chez les femmes ayant souffert de SPM

I.4.4 Questions destinées aux professionnels de santé

L'échantillon a été restreint à 21 participants, correspondant aux personnes ayant déclaré appartenir au domaine pharmaceutique.

La proportion de professionnels de santé reste minoritaire dans l'enquête.

I.4.4.1 Profil des répondants et niveaux de formation

Dans cet échantillon, les professionnels se répartissent entre:

- pharmaciens thésés: 43 %,
- pharmaciens non thésés: 14 %,
- étudiants en filière officine: 19%, parmi ces étudiants, 2 personnes sont en 2^e année, 2 sont en 3^e année
- étudiants en filière internat ou industrie: 14 %.
- préparateur/préparatrice: 0%

Les répondants étaient ensuite invités à réaliser une auto-évaluation de leurs connaissances sur le sujet, en renseignant l'existence d'enseignements durant leur cursus universitaire, ou d'éventuelles participation à des formations complémentaires (hors cadre académique).

L'échantillon a par la suite été restreint à 12 participants, correspondant aux personnes ayant déclaré appartenir au domaine pharmaceutique officinal, soit en qualité d'étudiant, à partir de la 4^{ème} année de pharmacie, soit en qualité de pharmacien(-ne), thésé(e) ou non, ou en tant que préparateur(-rice).

Nos résultats mettent en évidence une faible existence de formation dédiée au SPM dans le cadre universitaire .

- Une seule personne (8 %) déclare avoir reçu une formation spécifique sur le SPM.
- 10 répondants (83 %) indiquent ne pas en avoir reçu.
- 1 personne n'a pas répondu à cette question (8%).

Ce constat se retrouve également au niveau des formations complémentaires. En effet, aucun participant n'a déclaré en avoir suivi (que ce soit en démarche personnelle ou dans le cadre professionnel), soit la totalité de l'échantillon.

Ainsi l'absence de formations initiales et complémentaires observées dans les réponses indique que le SPM semble peu abordé dans la formation universitaire, post-universitaire et peu présent dans les actions de formation en santé publique.

Nos résultats indiquent que très peu de professionnels se sentent suffisamment informés sur les solutions thérapeutiques du SPM, qu'elles soient médicamenteuses ou non.

- 27 % des répondants ont estimé être bien informés
- 64 % ont répondu par la négative.
- 1 personne n'a pas répondu (9%)

Concernant les raisons évoquées par ceux s'étant déclarés insuffisamment informés, les principales justifications mentionnées sont:

- un manque d'opportunité pour se former sur le sujet,
- une sensibilisation jugée insuffisante,
- l'absence de formations spécifiques ou de supports adaptés sur la gestion de cette pathologie,
- et le constat de recherches personnelles limitées à la curiosité individuelle.

Les réponses libres soulignent des difficultés récurrentes d'accès à l'information et de sensibilisation, ainsi qu'un manque de ressources formatives ciblées sur ce trouble au sein du milieu pharmaceutique.

I.4.4.2 Sollicitation officinale et prise en charge

Dans la continuité de l'évaluation des connaissances, l'analyse porte désormais sur la pratique officinale, en explorant la fréquence des sollicitations ainsi que les modalités de prise en charge proposées aux patientes.

Nos résultats suggèrent que la fréquence des sollicitations concernant le SPM demeure peu fréquente:

- 18 % déclarent des consultations très fréquentes (chaque semaine) ou régulières (plusieurs fois par mois),
- 36% évoquent des consultations occasionnelles (quelques fois par an).
- Une seule personne (<1%) affirme ne jamais avoir été consultée à ce sujet.

L'échantillon a ensuite été restreint à 8 personnes, à savoir les personnes qui ont répondu être sollicitées régulièrement à l'officine pour ce trouble.

Les données montrent une préférence pour des approches symptomatiques classiques, centrées sur le soulagement de la douleur et de l'inflammation.

Les thérapeutiques alternatives ou hormonales semblent peu citées.

Parmi les traitements proposés en première intention:

- les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont été cités chacun par 63 % des participants,
- les compléments alimentaires par 13 %,
- la phytothérapie par 25 %,
- Aucune réponse n'a mentionné l'homéopathie ou les contraceptifs hormonaux.

Parmi les répondants, 75 % (6 personnes sur 8) déclarent proposer des solutions non médicamenteuses aux patientes concernées, tandis que 25 % (2 personnes sur 8) indiquent ne pas le faire.

Les recommandations les plus citées incluent :

- la phytothérapie,
- une bouillotte ou l'application de chaleur,
- le repos, la sophrologie,
- l'acupuncture,
- l'hygiène de vie (alimentation riche en antioxydants, gingembre, boissons apaisantes comme du thé à la menthe).

L'analyse de ces dernières questions met en évidence une faible sollicitation des officines pour le SPM et une prise en charge essentiellement symptomatique, curative et non préventive, en recommandant majoritairement des antalgiques et AINS. Les solutions non médicamenteuses restent occasionnellement proposées.

Les données indiquent que la réorientation vers le médecin reste occasionnelle, mais motivée par des critères cliniques précis et pertinents.

Les professionnels semblent orienter les patientes en cas de symptômes persistants, atypiques ou invalidants:

- 63% des professionnels déclarent orienter leurs patientes vers un médecin dans certaines situations,
- 25 % affirment ne pas le faire.

Les motifs de réorientation mentionnés incluent :

- des douleurs persistantes malgré la prise d'AINS,
- une forte dépression associée ou une suspicion de TDAH,
- une suspicion de pathologies sous-jacentes telles que le SOPK ou l'endométriose,
- des douleurs intenses et invalidantes impactant la vie quotidienne,
- une fièvre ou une douleur prolongée de plus de 48 heures.

I.4.4.3 Ressenti professionnel et interaction avec les patientes

L'étude s'attache désormais à explorer le ressenti des professionnels de santé et la perspective de leur rôle dans la prise en charge du SPM, ainsi que leur perception de l'aisance des patientes à aborder le sujet:

- 38% (3 personnes sur 8) déclarent se sentir moyennement à l'aise
- 38% se disent tout à fait à l'aise lors du conseil d'une patiente souffrant de SPM.
- Aucun répondant n'a indiqué se sentir "pas du tout à l'aise".

Cependant, certaines difficultés rencontrées en officine ont été abordées, voici celles qui ont été évoquées:

- un manque de formation spécifique sur le sujet,
- des patients parfois sceptiques vis-à-vis des conseils non médicamenteux,
- et une faible demande de la part des patientes.

Les réponses libres complètent ces éléments en évoquant un manque de clarté sur les signes distinctifs entre le SPM et les autres pathologies gynécologiques, ainsi que la persistance d'un caractère encore tabou du sujet.

Ces résultats traduisent un niveau de confort globalement modéré mais non négatif dans le conseil officinal lié au SPM.

Les principales difficultés identifiées semblent davantage liées à des facteurs contextuels (tels que le manque de formation ou la faible sollicitation par les patientes) qu'à un malaise personnel.

Nos résultats révèlent que le dialogue sur le SPM en officine reste variable selon les patientes. Les réponses à cette question sont réparties de manière homogène:

- 22 % estiment que les patientes abordent le sujet sans difficulté,
- 11 % pensent qu'elles restent réservées,
- 22 % considèrent que le sujet demeure tabou,
- 22 % ne savent pas se prononcer.

Les données récoltées montrent que, pour les professionnels ayant répondu, le pharmacien occupe une place reconnue dans la prise en charge du SPM:

- 44 % des participants considèrent le rôle du pharmacien comme important,
- 33 % comme très important,
- 11 % comme moyennement important,
- Aucun ne l'a jugé "peu" ou "pas du tout important".

I.4.4.4 Ressources, reconnaissance et perspective d'amélioration

L'analyse s'oriente à présent vers les ressources disponibles et les perspectives d'amélioration de la prise en charge.

Ainsi, 63% (5 personnes sur 8) des répondants déclarent s'appuyer sur des supports ou sources d'information lors de la prise en charge du SPM.

Les ressources citées incluent :

- des lectures professionnelles ou articles spécialisés,
- un ouvrage dédié au SPM,
- des sources officielles telles que HAS, Ameli, ou Vidal,
- l'expérience personnelle ou celle de l'entourage.

Lorsqu'ils précisent les supports souhaités: 75% (soit 6 personnes sur 8) désirent avoir accès à d'autres supports pour gérer efficacement le SPM. Comme des fiches synthétiques ou des guides pratiques de prise en charge, ainsi que des sites explicatifs sur les troubles gynécologiques, à l'image des ressources existantes pour la psychiatrie (psycom) seraient souhaités.

Dans le prolongement de l'analyse des ressources mobilisées, l'étude s'intéresse désormais à la perception des professionnels de santé quant à la place du SPM dans les sphères médicales et sociétales.

Les réponses récoltées soulignent une perception de sous-reconnaissance à la fois sur le plan social et médical.

- 22 % jugent qu'il n'est pas du tout pris en compte,
- 33 % qu'il est assez peu pris en compte,
- 33 % qu'il est modérément pris en compte,
- Aucun ne considère qu'il est pleinement reconnu par la société ou le milieu médical.

Concernant l'intérêt pour des ateliers d'information ou des consultations spécialisées en officine:

- 44 % des répondants se disent assez intéressés,
- 33 % très intéressés.

Ces résultats traduisent une ouverture modérée mais réelle à des initiatives visant à renforcer la place du pharmacien dans la gestion du SPM.

Dans les propositions d'actions concrètes, plusieurs idées émergent comme:

- la mise en place d'éducation thérapeutique autour du SPM,
- la création de groupes de parole entre personnes souffrant de SPM,

- le développement d'outils numériques à destination des professionnels de santé et des patientes,
- l'élaboration d'un questionnaire spécifique à effectuer à l'officine, avec une échelle de la douleur incluse
- une meilleure valorisation du SPM dans la communication professionnelle, afin de comprendre l'impact de cette pathologie.

Ces propositions mettent en évidence l'identification d'un rôle potentiel du formateur dans la prévention et l'accompagnement du syndrome prémenstruel.

Dans l'ensemble, les données mettent en évidence une perception positive mais encore peu développée du rôle du pharmacien dans le SPM.

Le SPM reste perçu comme insuffisamment reconnu socialement et médicalement, mais les répondants expriment un intérêt pour des outils de formation, de sensibilisation et d'échange permettant dans le même temps d'améliorer la prise en charge officinale à l'avenir.

II. Discussion

II.1 Premier axe: Une évolution multifactorielle de la perception et de l'expression du SPM

II.1.1 Libération de la parole et médiatisation du SPM

Dans un premier temps, l'enquête met en évidence une différence notable dans l'expression et l'intensité des symptômes entre les femmes déclarant souffrir actuellement d'un SPM et celles rapportant en avoir souffert par le passé.

En effet, la fatigue est décrite comme très fortement présente par 23 % des femmes actuellement concernées, tandis qu'elle est rapportée comme modérée (22 %) par celles ayant souffert par le passé. Une tendance similaire est observée pour les douleurs abdominales, jugées très fortes par 25 % des femmes actuellement symptomatiques, contre une intensité principalement modérée (22 %) dans le groupe des femmes ayant présenté un SPM antérieurement.

Par ailleurs, les symptômes psychiques semblent également plus marqués dans le groupe actuel, le stress étant qualifié de très fort par 30 % des répondantes, contre seulement 9 % le décrivant comme moyennement fort dans le groupe rétrospectif.

Il en est de même pour l'irritabilité décrite comme très fortement présente (30% des femmes actuellement concernées) contre 26% chez celles rapportant des symptômes passés.

De manière générale, les femmes présentant un SPM actif décrivent une fréquence et une intensité symptomatique plus élevées, tant sur le plan physique que psychique.

Cette différence peut, en premier lieu, s'expliquer par une libération progressive de la parole autour du cycle menstruel. Comme nous l'avons développé dans la partie historique, les troubles menstruels ont longtemps été banalisés, voire tus et attribués à une supposée nature féminine, conduisant à leur psychologisation et à leur minimisation par le corps médical. Ainsi, le SPM, longtemps peu visible dans la sphère médicale et sociétale, tend à émerger plus récemment dans l'espace public, certains travaux soulignant qu'il "*s'invite timidement sur la scène médiatique depuis quelques années*" (163). Malgré une prévalence élevée, la santé gynécologique a longtemps été relativement peu investie par la recherche scientifique, ce qui témoigne d'un intérêt scientifique historiquement limité mais en progression (164).

À l'inverse, on observe aujourd'hui une médiatisation croissante du sujet, à travers des articles de presse, et des campagnes publicitaires visant à déstigmatiser les menstruations. L'analyse des comportements informationnels, via des outils tels que *Google Trends* (Annexe 4), permet d'objectiver l'évolution de l'intérêt du public pour certaines problématiques de santé, en suivant la fréquence des recherches effectuées pour un terme donné dans le temps. Ainsi, une augmentation des recherches associées au syndrome prémenstruel peut être interprétée comme le reflet d'un intérêt croissant, voire d'une préoccupation accrue au sein de la population.

Toutefois, cette visibilité accrue ne s'accompagne pas systématiquement d'une acceptation sociale homogène. À titre d'exemple, la campagne publicitaire "Viva la Vulva" (165), diffusée en 2019 par la marque Nana, qui proposait une représentation artistique et décomplexée des vulves, et le phénomène des règles par le biais de collages, de fruits ou de coquillages. Cette dernière a suscité de nombreuses critiques; des pétitions visant à son retrait et des signalements auprès du Conseil supérieur de l'audiovisuel, la jugeant inappropriée, ont été signalées.

Cette évolution s'illustre également par l'arrivée d'émissions télévisées dédiées à la santé de la femme. À l'image de l'intervention d'Andréanne Thériault, chroniqueuse québécoise, productrice d'une émission consacrée au SPM, (5 épisodes), et qui propose un véritable portrait de société (166).

Dans ce cadre, la parole est donnée à des femmes qui témoignent sans détour de leur vécu du SPM, évoquant des épisodes de tristesse, voire d'humeur dépressive, des tensions ou des disputes au sein de leur couple, ainsi qu'un sentiment de manque de compréhension de la part de leur entourage.

Certaines jeunes filles expriment de la gêne, voire de la honte, ressenties à l'idée de parler de leurs douleurs menstruelles, notamment dans un contexte scolaire, familial, ou en présence de figures masculines.

En valorisant ces témoignages dans une approche éducative et déculpabilisante, ce type de programme contribue à normaliser les symptômes du SPM et à encourager leur expression.

Elle invite des personnalités publiques (auteurs, humoristes, chanteurs...), dont la présence permet de rendre le sujet plus accessible et de participer à sa dé-stigmatisation auprès du grand public, ainsi que des professionnels de santé, permettant d'apporter un éclairage à la fois scientifique, culturel et sociétal sur le cycle menstruel.

Des personnalités publiques féminines sont également sollicitées afin de partager leur vécu, contribuant ainsi à une forme de légitimation de l'expérience menstruelle et à une identification plus large des spectatrices.

En s'appuyant également sur des références historiques, elle met en évidence l'existence de tabous anciens, où les menstruations étaient perçues comme impures, dangereuses voire démoniaques. En déconstruisant ces représentations héritées de plusieurs siècles, ce type de programme participe activement à une relecture contemporaine du cycle menstruel, plus positive, inclusive, et informée.

Enfin, l'émission propose une véritable pédagogie du cycle menstruel en sensibilisant l'entourage (partenaires, parents, employeurs) et en encourageant les femmes à se réapproprier leur cycle, dans une démarche visant à apaiser leur relation au corps malgré les symptômes et les représentations encore persistantes.

Autre exemple de cette médiatisation croissante du SPM, à l'échelle locale via le journal *La Voix du Nord* (167), qui a consacré durant l'été 2024, une série d'articles à cette thématique, mettant en lumière cette pathologie.

Cette série de témoignages (8 à 10 portraits différents) ne s'est pas limitée à une approche descriptive du SPM, mais a permis de donner à voir la réalité concrète du vécu des patientes.

Ainsi, celui d'Imane, 25 ans, illustre avec force l'intensité des symptômes qu'elle ressent. Elle décrit des douleurs abdominales, particulièrement intenses, qu'elle compare à une sensation de "*coups de couteaux*", rendant parfois difficile le simple fait de se lever.

À cela s'ajoutent des douleurs dorsales diffuses, irradiant jusqu'aux épaules, ainsi qu'une fatigue écrasante altérant significativement son quotidien.

Sur le plan psychique, elle évoque des épisodes de colère, suivis d'un sentiment de décalage avec elle-même, comme si ses réactions ne correspondaient pas à son état habituel.

En relayant ces vécus individuels dans l'espace public, cette démarche journalistique peut contribuer à rendre plus visible la diversité des manifestations du SPM et de son impact réel sur la qualité de vie, à en légitimer l'expérience et à sensibiliser un public plus large, participant ainsi à la dynamique actuelle de libération de la parole autour du cycle menstruel.

Les réseaux sociaux participent également à cette dynamique, en diffusant des contenus éducatifs et des témoignages favorisant une meilleure connaissance du syndrome prémenstruel et permettant aux femmes d'identifier plus aisément un éventuel caractère pathologique de leurs symptômes.

C'est le cas du compte "Mon.Gyneco", tenu par un gynécologue-obstétricien, qui propose des contenus pédagogiques sur diverses pathologies féminines, dont le syndrome prémenstruel.

À travers ses publications, il contribue à informer sur le SPM, à en préciser les critères diagnostiques et à distinguer les formes physiologiques des formes pathologiques nécessitant une consultation et une prise en charge adaptée, y compris médicamenteuse. Par ailleurs, la recherche de ce terme sur ces plateformes met en évidence une forte production de contenus, incluant notamment des espaces d'échanges entre patientes, au sein desquels les symptômes sont partagés et discutés, ces espaces d'échange en ligne s'apparentent à des formes de groupe de patientes, où le partage d'expériences et de symptômes rappelle le fonctionnement des thérapies de groupe.

II.1.2 Évolution des connaissances et reconnaissance médicale

Par ailleurs, cette évolution s'inscrit dans un contexte de reconnaissance médicale croissante: le syndrome prémenstruel fait désormais l'objet de nombreuses recherches, est clairement référencé dans les classifications médicales, avec le DSM-5 (71) les outils de diagnostic développés (ex: DRSP, MDQ), et le TDPM est reconnu comme une entité psychiatrique à part entière.

Le développement d'outils tels que les applications de suivi menstruel (ex: Flo, Émancipées), ainsi que l'élaboration de recommandations hygiéno-diététiques, témoignent également de cette meilleure prise en compte (105).

Enfin, cette transformation s'inscrit dans une dynamique sociétale plus large, portée par les mouvements féministes contemporains, qui cherchent à concilier reconnaissance de la souffrance et lutte contre les stéréotypes de genre (168).

Il ne s'agit plus de discréditer les femmes en les réduisant à une instabilité hormonale, mais de reconnaître la réalité de leurs symptômes sans les enfermer dans une vision pathologisante du corps féminin (169).

Dans ce contexte, l'augmentation apparente de la fréquence et de l'intensité des symptômes rapportés pourrait ainsi refléter non pas une aggravation intrinsèque du trouble, mais une meilleure identification, une verbalisation facilitée, ainsi qu'une plus grande légitimité en lien avec une reconnaissance médicale et sociale accrue (168).

II.1.3 Influence des facteurs environnementaux et du mode de vie

Une autre piste d'interprétation réside dans l'évolution environnementale et sociétale. En effet, les changements observés de nos modes de vie et de la composition de notre environnement pourraient également contribuer à une majoration des symptômes du syndrome prémenstruel observée aujourd'hui.

En particulier, l'exposition croissante aux perturbateurs endocriniens, qui constitue une piste explicative pertinente.

Ces substances, présentes dans de nombreux produits du quotidien (plastiques, pesticides, cosmétiques), sont capables d'interférer avec le système hormonal en mimant, bloquant ou modifiant l'action des hormones endogènes, au niveau de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien (88).

Parmi les perturbateurs endocriniens les plus fréquemment rencontrés figurent le bisphénol A, les phtalates ainsi que certains parabènes, et composés perfluorés (88). Leur présence généralisée dans l'environnement suscite des préoccupations croissantes concernant leurs effets potentiels sur la santé, en particulier sur la fonction reproductive féminine et la régulation du cycle menstruel.

Dans ce contexte, l'ANSES a ainsi été impliquée dans l'élaboration de stratégies nationales et européennes visant à identifier et évaluer ces composés, avec un objectif d'évaluation régulière de plusieurs substances chimiques chaque année dans le cadre du règlement REACH, ainsi que de substances biocides et phytopharmaceutiques (170). Cette dynamique d'évaluation continue témoigne des préoccupations croissantes quant à leurs effets potentiels sur la santé humaine et l'environnement, et de la nécessité de mieux encadrer leur utilisation.

Il est difficile d'établir de manière exhaustive l'ensemble des effets cliniques associés à ces expositions, tant ils sont nombreux et variables. Néanmoins, l'Inserm a mis en évidence des liens de causalité avec diverses pathologies chez la femme (171). Parmi elles, on constate des irrégularités ovulatoires, des troubles de la fertilité (notamment en lien avec certains composés comme les phtalates ou le bisphénol A), des dysménorrhées, des aménorrhées. Ainsi que des pathologies hormono dépendantes telles que des cancers, ou le syndrome des ovaires polykystiques (avec une augmentation d'androgènes) ou encore l'endométriose (à cause des dioxines, stimulant l'inflammation des prostaglandines). De plus, une tendance à la précocité pubère est également décrite, suggérant une exposition précoce et prolongée à ces substances, qui accélèrent la maturation de l'axe hypothalamo-hypophysaire (171,172). Ces expositions n'étant pas sans conséquence sur la santé physique et psychique des jeunes filles, en particulier en termes de croissance osseuse et de développement hormonal et émotionnel.

Au-delà des effets individuels de chaque composé, la problématique majeure réside dans l'effet "cocktail", correspondant à l'exposition simultanée et chronique à de multiples perturbateurs endocriniens à faibles doses, susceptibles d'interagir entre eux. Cette pluri-exposition participerait à un déséquilibre hormonal plus marqué, favorisant une exacerbation des symptômes du SPM, tant sur le plan physique que psychique.

Parallèlement, les évolutions du mode de vie contemporain constituent un autre facteur susceptible d'expliquer une majoration de ces symptômes.

Le rythme de vie actuel, caractérisé par des exigences professionnelles élevées, s'accompagne fréquemment de stress chronique, d'un sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité, ainsi que d'une augmentation de la sédentarité. À cela s'ajoute l'exposition prolongée aux écrans, notamment en soirée, dont la lumière bleue peut inhiber la sécrétion de mélatonine et désynchroniser les rythmes circadiens, impliqués dans la régulation hormonale et métabolique.

Ces déséquilibres sont souvent renforcés par des habitudes de vie inadaptées, telles qu'une alimentation riche en produits ultra-transformés, une consommation régulière de caféine ou d'alcool, ainsi que des horaires de repas irréguliers. L'ensemble de ces facteurs peut contribuer à des perturbations métaboliques et inflammatoires, susceptibles d'influencer les mécanismes physiopathologiques du SPM (173).

Par ailleurs, le stress chronique et le manque de sommeil modifient la régulation de neurotransmetteurs et d'hormones impliqués dans la réponse émotionnelle, notamment la sérotonine et le cortisol, dont la sécrétion suit un rythme circadien précis. La désynchronisation de ces systèmes biologiques peut ainsi favoriser une moindre tolérance au stress et accentuer les variations émotionnelles.

Enfin, la sédentarité limite les effets bénéfiques de l'activité physique sur la régulation des rythmes biologiques et du métabolisme, tandis que la consommation de caféine, d'alcool et l'exposition tardive à la lumière artificielle peuvent majorer les troubles du sommeil, l'irritabilité et l'anxiété, contribuant à l'intensification des manifestations du SPM.

II.1.4 Influence du biais générationnel

Une autre hypothèse pouvant expliquer les différences observées entre les femmes souffrant actuellement de SPM et celles en ayant souffert par le passé repose sur l'existence de biais de mémoire et de biais générationnels.

En effet, les données recueillies de manière rétrospective sont susceptibles d'être influencées par une altération du souvenir, les participantes peuvent ne pas se remémorer avec précision l'intensité ou la fréquence des symptômes initialement ressentis, tandis que celles actuellement symptomatiques sont davantage focalisées sur leur vécu présent, potentiellement perçu comme plus invalidant.

Ce phénomène peut conduire à une sous-estimation des symptômes passés, en particulier lorsque ceux-ci étaient perçus comme faisant partie d'une normalité à une époque où le SPM était moins reconnu (pour ne pas dire inconnu) et moins médiatisé.

Un effet générationnel peut également intervenir, les femmes issues de générations antérieures ayant pu intégrer davantage ces manifestations comme inhérentes au cycle menstruel, et donc moins enclines à les identifier ou à les rapporter comme pathologiques. Ainsi, la combinaison de ces biais pourrait contribuer à expliquer la moindre intensité et fréquence des symptômes déclarés dans le groupe des femmes ayant souffert de SPM par le passé.

II.1.5 Influence du niveau d'information et de sensibilisation

Une autre hypothèse explicative repose sur l'influence du niveau d'information et de sensibilisation au SPM au sein de la population. En effet, l'enquête met en évidence une hétérogénéité des connaissances, certains participants ne sachant ni définir précisément le SPM, ni en identifier les manifestations (15%). De ce fait, il est probable que, par le passé (encore actuellement), de nombreux symptômes aient été sous-identifiés ou attribués à tort à d'autres facteurs, tels que le stress, la fatigue ou des variations émotionnelles non spécifiques.

À l'inverse, le contexte actuel se caractérise par une meilleure information et une reconnaissance croissante du SPM, grâce au développement d'initiatives associatives, à une médiatisation accrue des troubles liés au cycle menstruel et à la diffusion de contenus de santé via les podcasts, la presse et les réseaux sociaux.

En France, des structures comme EndoFrance, Endomind, Association TDPM France ou encore Règles Élémentaires mènent des actions de sensibilisation, de plaidoyer et de soutien aux patientes. À l'échelle internationale, des organisations telles que l'International Association for Premenstrual Disorders participent à la diffusion d'informations scientifiques et à la reconnaissance du SPM et du trouble dysphorique prémenstruel.

Des contenus comme Émancipées, le podcast ou Psychologie et bien-être participent à la diffusion d'informations sur les fluctuations hormonales, la santé mentale et les symptômes prémenstruels, contribuant ainsi à une meilleure circulation de l'information et à une légitimation du vécu des patientes. Cette dynamique s'inscrit dans une diffusion des savoirs, dans laquelle les patientes occupent une place croissante dans le partage d'expériences et de connaissances.

Cette évolution favorise une identification plus précoce des symptômes par les femmes elles-mêmes, facilitant leur reconnaissance et leur expression. Ainsi, l'augmentation apparente de la fréquence ou de l'intensité des manifestations pourrait en partie traduire une amélioration de la sensibilisation plutôt qu'une véritable aggravation clinique.

II.1.6 Impact sociétal et reconnaissance du SPM

Enfin, l'analyse des perceptions du grand public met en lumière une évolution progressive de la reconnaissance du SPM au sein de la société.

Ce trouble tend aujourd'hui à être davantage pris en compte, tant sur le plan médical que sociétal.

Les résultats de l'enquête s'inscrivent dans ce contexte d'évolution, où les symptômes prémenstruels sont de plus en plus perçus comme ayant un réel impact sur la qualité de vie. En effet, au cumul 77 % des répondants estiment que le

syndrome prémenstruel a un impact modéré à très fort sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent, ce qui rejoint les données internationales indiquant qu'une proportion importante (60 à 70%) de femmes rapporte une altération de leur vie quotidienne liée à ces symptômes (174).

Au-delà de cette perception, plusieurs travaux montrent que les troubles menstruels et prémenstruels peuvent affecter différentes dimensions de la vie, comme le bien-être, la participation sociale et la vie professionnelle (175). Toutefois, cette reconnaissance est historiquement restée limitée, en partie en raison du stigmate associé aux menstruations, qui a longtemps contribué à invisibiliser ces symptômes, à freiner leur expression et à limiter leur prise en charge.

Aujourd'hui, cette dynamique évolue, portée par une meilleure information, des politiques de santé publique et une volonté de lever les tabous entourant la santé menstruelle, désormais considérée comme un enjeu de santé globale (176). Néanmoins, cette reconnaissance demeure encore inégale, certaines représentations culturelles continuant d'associer les menstruations à des perceptions négatives ou stigmatisantes: en octobre 2021, une marque de protections hygiéniques (*Dans ma culotte*) lance avec *OpinionWay* un sondage sur le sujet. 55% des français pensent que parler des règles en public est inapproprié, cela concerne 70% chez les plus de 65 ans; 1/3 personnes sondées n'en parlent pas dans leur quotidien (177).

Ainsi, ces évolutions sociétales participent à une meilleure reconnaissance du SPM, tout en contribuant à légitimer la parole des femmes, celle-ci reste encore incomplète comme en témoigne la persistance de tabous autour des menstruations.

II.1.7 Conclusion du premier axe

En conclusion, les différences observées entre les femmes souffrant actuellement de SPM et celles en ayant souffert par le passé semblent résulter d'une combinaison de facteurs multiples. Celles-ci peuvent s'expliquer, d'une part, par une amélioration de la reconnaissance du syndrome, tant sur le plan scientifique que sociétal, ainsi que par une évolution des mentalités et une libération progressive de la parole autour des troubles liés au cycle menstruel.

D'autre part, l'influence croissante de facteurs environnementaux et des modifications du mode de vie contemporain pourrait également contribuer à une majoration des symptômes. Enfin, ces résultats doivent être interprétés à la lumière de certains biais, en particulier celui de mémoire des participantes, susceptibles d'influencer la perception et la déclaration des symptômes.

II.2 Deuxième axe: La place du pharmacien dans la prise en charge du SPM

L'analyse des réponses recueillies auprès des professionnels de santé met en évidence leur implication dans la prise en charge du SPM, tout en soulignant certaines limites qui font écho aux perceptions exprimées par les patientes.

II.2.1 Un recours limité à l'officine malgré un rôle de proximité du pharmacien

Le pharmacien occupe une place centrale dans le parcours de soins en tant que professionnel de santé de proximité. Accessible sans rendez-vous, il constitue souvent le premier interlocuteur des patients en cas de symptômes, en particulier pour des pathologies courantes. Son rôle s'est par ailleurs élargi ces dernières années, avec le développement de nouvelles missions telles que la prescription et l'administration de vaccins, les entretiens pharmaceutiques, les bilans de prévention, les TROD angine et cystite, renforçant sa position au sein du système de santé.

Dans ce contexte, le pharmacien apparaît comme un acteur particulièrement pertinent dans l'accompagnement des patientes souffrant de SPM.

Pourtant, les résultats de l'enquête mettent en évidence un faible recours à l'officine pour la prise en charge de cette pathologie. En effet, les professionnels de santé rapportent une fréquence limitée des visites officinales en lien avec ce syndrome (36% des visites sont qualifiées d'occasionnelles).

Ce constat est confirmé par les données recueillies auprès des patientes, dont une majorité (66%) déclare ne jamais se rendre en pharmacie pour la gestion de leurs symptômes prémenstruels.

Plusieurs éléments peuvent être avancés pour expliquer ce faible recours.

En effet, une grande proportion de patientes indique ne pas se sentir à l'aise à l'idée d'évoquer leurs symptômes avec leur pharmacien (62%), certaines préférant s'adresser à leur gynécologue (perçu comme plus légitime pour aborder ces problématiques). D'autres personnes évoquent une gêne liée au caractère intime de ces symptômes, créant un obstacle à leur verbalisation au comptoir. Enfin, l'environnement officinal est parfois perçu comme peu propice à des échanges confidentiels, ce qui pourrait limiter l'expression de ces troubles.

Ces éléments suggèrent que des adaptations organisationnelles pourraient être envisagées afin de favoriser le dialogue, à travers la mise en place d'espaces de confidentialité ou d'entretiens individualisés. Ces dispositifs pourraient contribuer à améliorer le recueil des besoins des patientes, à renforcer la qualité de l'écoute et à valoriser le rôle du pharmacien dans une prise en charge plus individualisée.

II.2.2 Niveau de formations des professionnels de santé

L'analyse des réponses des professionnels de santé met en évidence un niveau de formation moyennement suffisant, 64% des répondants déclarant ne pas être bien informés à ce sujet.

Cette insuffisance semble trouver son origine dès la formation initiale, le sujet apparaissant peu abordé au cours des cursus universitaires pharmaceutiques, comme en témoigne le fait que 83 % des répondants déclarent ne pas avoir reçu de formation à ce sujet dans le cadre universitaire. Ce constat se prolonge en formation continue, où l'absence de formations dédiées au SPM est unanimement rapportée au sein de l'échantillon (100 %).

Les professionnels interrogés rapportent ainsi une connaissance variable de cette pathologie, en particulier en ce qui concerne les options thérapeutiques, qu'elles soient médicamenteuses ou non. Seuls 27 % estiment disposer d'un niveau d'information suffisant dans ce domaine. Cette situation pourrait s'expliquer par des difficultés d'accès à l'information, un manque de sensibilisation au sujet, ainsi que par l'absence de ressources formatives ciblées au sein du milieu officinal.

En l'absence de formation structurée, les connaissances semblent majoritairement acquises de manière autodidacte, à travers des lectures professionnelles ou des recherches personnelles, reposant ainsi largement sur l'initiative individuelle des pharmaciens. Il en résulte une hétérogénéité des pratiques et un niveau de sensibilisation globalement jugé insuffisant, 22 % des répondants estimant que le SPM n'est pas du tout pris en compte et 33 % qu'il l'est peu.

Par ailleurs, les professionnels interrogés déclarent un niveau d'aisance modéré dans la prise en charge de cette pathologie, 38 % d'entre eux se sentant moyennement à l'aise. Plusieurs difficultés sont rapportées au comptoir, notamment le scepticisme de certaines patientes vis-à-vis des approches non médicamenteuses, la faible demande spontanée autour du SPM, ainsi qu'un manque de clarté dans la distinction entre les symptômes du SPM et ceux d'autres pathologies gynécologiques.

À l'inverse de ces résultats, certaines études internationales rapportent un niveau satisfaisant des connaissances chez les pharmaciens d'officine (179). Cette étude menée en Malaisie, met en évidence des connaissances adéquates et une attitude positive vis-à-vis de la prise en charge du SPM. Ces éléments suggèrent que la formation constitue un levier déterminant dans l'appropriation de cette thématique par les pharmaciens.

Dans ce contexte, la réorientation vers un médecin ou un autre professionnel de santé apparaît fréquente, bien que non systématique (65% de réorientation). Elle intervient principalement dans des situations cliniques spécifiques, telles que des douleurs persistantes malgré la prise d'anti-inflammatoires, des troubles de l'humeur marqués, ou encore la suspicion de pathologies sous-jacentes comme le SOPK ou l'endométriose. D'autres critères, tels que des douleurs invalidantes, prolongées ou associées à des signes atypiques, peuvent également motiver cette orientation.

Ce résultat semble correspondre aux données de l'étude en Malaisie (179) où les pharmaciens d'officine déclarent intervenir principalement dans la prise en charge

des formes légères à modérées du SPM, et rapportent orienter les patientes vers un médecin ou un gynécologue lorsque la symptomatique apparaît plus sévère, persistante ou atypique, dépassant le cadre du conseil officinal.

La réorientation vers un autre professionnel de santé semble ainsi répondre à une double dynamique: d'une part, elle traduit une capacité des pharmaciens à identifier des situations nécessitant un avis médical, témoignant d'un discernement adapté quant aux limites du conseil officinal. D'autre part, elle peut également être influencée par un niveau d'aisance et de formation jugé insuffisant, conduisant certains professionnels à orienter par prudence face à une prise en charge perçue comme complexe.

Ainsi, l'ensemble de ces éléments peuvent contribuer à une prise en charge variable au comptoir, dépendante du niveau de connaissance, d'aisance et d'implication personnelle de chaque pharmacien. Il serait alors intéressant de renforcer les dispositifs de formation et de proposer des outils adaptés afin d'harmoniser les pratiques.

II.2.3 Évaluation de la qualité de la prise en charge officinale du SPM

L'analyse des réponses met en évidence une prise en charge officinale majoritairement centrée sur le soulagement des symptômes, en particulier la douleur et l'inflammation (63%).

Les thérapeutiques proposées par les professionnels de santé reposent principalement sur des traitements médicamenteux disponibles sans prescription, tels que les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, traduisant une approche essentiellement symptomatique plutôt que préventive ou globale.

Parallèlement, certaines approches non médicamenteuses sont évoquées: la phytothérapie, l'application de chaleur (bouillotte), le repos, ou encore quelques conseils d'hygiène de vie portant sur l'alimentation et la gestion du stress.

Toutefois, ces propositions apparaissent plus ponctuelles (25%) et s'inscrivent davantage dans une logique de confort que dans une stratégie thérapeutique structurée et spécifique du SPM.

Cette diversité de pratiques pourrait refléter l'absence de consensus clair ou de protocoles standardisés concernant la prise en charge du SPM.

Cette orientation majoritairement centrée sur les symptômes se retrouve également dans les thérapeutiques proposées aux femmes souffrant de SPM.

En effet, les réponses recueillies mettent en évidence une prédominance des traitements médicamenteux, avec une majorité d'entre elles rapportant la proposition d'antalgiques (41%) et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (70% des répondantes).

À l'inverse, les conseils relatifs aux approches complémentaires apparaissent peu fréquents: peu de patients mentionnent des recommandations concernant d'éventuels compléments alimentaires (9%), tels que le magnésium ou la vitamine B6, et encore moins concernant des conseils en phytothérapie (6%). Aucun recours à l'homéopathie n'a été rapporté.

Par ailleurs, malgré cette prise en charge officinale, une grande proportion importante de patientes estime que leurs symptômes ne se sont pas améliorés (48%).

L'évaluation de l'accueil et de l'écoute apparaît partagée, avec des perceptions hétérogènes, réparties entre satisfaction (48%) et insatisfaction (au cumul 45%).

En revanche, la prise en charge globale est majoritairement jugée insatisfaisante (45%), une appréciation qui semble cohérente avec la perception des traitements proposés, largement considérés comme moyennement à faiblement adaptés aux symptômes ressentis (58%).

II.2.4 Attente des patientes et perspectives d'amélioration de la prise en charge officinale

L'analyse des attentes des patientes met en évidence le besoin d'une meilleure écoute et d'une prise en considération accrue de leurs symptômes (à 35%), ainsi que de leur impact sur la vie quotidienne. Par ailleurs, 20% des patientes expriment le souhait de bénéficier d'un suivi plus régulier par le pharmacien. 54% des patientes attendent des propositions de traitements diversifiées et personnalisées en fonction des symptômes ressentis. Enfin, 45% d'entre elles souhaitent obtenir davantage d'informations sur les solutions naturelles et alternatives qui existent.

Ces attentes rejoignent celles exprimées par le corps pharmaceutique, qui identifie plusieurs axes d'amélioration dans la prise en charge du SPM.

Parmi ceux-ci figurent le développement d'actions d'éducation thérapeutique, visant à améliorer l'identification du SPM et sa distinction avec d'autres pathologies gynécologiques, ainsi que la mise à disposition d'outils diagnostique à l'officine.

L'élaboration de supports pratiques, tels que des questionnaires d'évaluation intégrant des échelles de la douleur est évoquée. Une meilleure valorisation du SPM dans la communication professionnelle apparaît comme un levier potentiel pour améliorer la compréhension de cette pathologie et de son impact.

Enfin, certaines propositions, telles que la mise en place de groupes de parole, témoignent d'une ouverture vers des approches complémentaires visant à renforcer l'accompagnement des patientes. L'ensemble de ces éléments met en évidence la nécessité de structurer la prise en charge officinale, en s'appuyant sur une meilleure information, des outils adaptés et une communication renforcée. Ils traduisent

également une prise de conscience progressive du rôle que peut jouer le pharmacien dans la prévention et l'accompagnement du SPM.

Dans ce contexte, l'amélioration de la prise en charge passe également par la capacité des professionnels à aborder ce sujet avec les patientes. En effet, la gêne exprimée par certaines d'entre elles, associée à une insatisfaction vis-à-vis des prises en charge antérieures ou à une méconnaissance des possibilités thérapeutiques, peut limiter le recours à l'officine.

Cette dynamique peut entretenir un faible niveau de sollicitation, ne favorisant ni l'expression des besoins des patientes ni le développement des compétences des pharmaciens.

À l'inverse, une meilleure sensibilisation et une communication facilitée pourraient encourager les échanges, améliorer la prise en charge et contribuer à renforcer l'implication des pharmaciens dans ce domaine, en lui permettant d'occuper pleinement son rôle d'acteur de proximité dans l'accompagnement des troubles prémenstruels.

Dans une perspective d'amélioration de la prise en charge officinale, certaines initiatives récentes témoignent d'un renforcement du rôle du pharmacien dans la santé des femmes. En avril 2025, un webinaire organisé par WellPharma, en collaboration avec le Dr Olivier Marpeau (@mon.gyneco), a abordé diverses thématiques telles que la contraception, les douleurs menstruelles, le SPM, la grossesse, l'endométriose ou la ménopause (180). Ce type d'initiative met en évidence l'importance de la place du pharmacien comme acteur de proximité dans l'information, l'orientation et l'accompagnement des patientes, et répond à une demande croissante de conseils personnalisés et de prise en charge globale.

II.2.5 Une perception parfois ambivalente du SPM au sein des professionnels de santé

Malgré leur rôle central dans l'identification et la prise en charge du SPM, les données de la littérature suggèrent une perception parfois ambivalente de ce trouble au sein du corps médical.

En effet, certains symptômes rapportés par les patientes peuvent être minimisés ou attribués à des variations émotionnelles considérées comme physiologiques dans le cadre du cycle menstruel.

Cette banalisation peut se traduire par des discours tels que "c'est simplement hormonal" ou "toutes les femmes passent par là", contribuant ainsi à une sous-estimation de l'impact réel du SPM sur la qualité de vie des femmes, une minimisation de la souffrance ressentie.

Cette perception s'inscrit en partie dans une évolution historique de la reconnaissance du syndrome prémenstruel, dont la légitimité médicale a longtemps été discutée. Longtemps appréhendé comme un phénomène davantage

psychosocial que comme une entité clinique à part entière, le SPM a fait l'objet de débats quant à sa reconnaissance. Bien que certaines formes sévères, telles que le TDPM, soient aujourd'hui clairement identifiées et classifiées, cette reconnaissance relativement récente peut encore influencer la manière dont ce syndrome est perçu par certains professionnels. Ainsi, le SPM peut être envisagé comme un phénomène fréquent mais peu pathologique, alors même qu'il peut entraîner un retentissement significatif sur la vie quotidienne de certaines patientes.

Par ailleurs, la prise en charge du SPM est complexifiée par des difficultés diagnostiques. La variabilité importante des symptômes d'une femme à l'autre, l'absence de marqueurs biologiques spécifiques et la nécessité d'une évaluation longitudinale sur plusieurs cycles constituent autant de facteurs susceptibles de compliquer l'identification du trouble. Cette complexité diagnostique peut contribuer à une sous-évaluation de sa sévérité, en particulier lorsque les manifestations sont majoritairement psychiques.

Cette complexité diagnostique s'inscrit également dans un contexte plus large de production des connaissances encore limitée autour du SPM.

Un article publié en juillet 2019 dans le journal *Le Monde* (178) souligne le manque de recherche consacré aux troubles menstruels et au SPM. Bien que ce syndrome ait été décrit en 1931, les données scientifiques disponibles restent encore aujourd'hui relativement restreintes, et les options thérapeutiques demeurent limitées. Ce constat s'explique par un manque d'intérêt et de financement pour ces thématiques, contribuant à un phénomène circulaire dans lequel la faible production de connaissances entretient une reconnaissance limitée du trouble, laquelle limite en retour le développement de nouvelles recherches. développement de nouvelles recherches (178). Ce constat s'inscrit également dans un contexte plus large de biais de genre en recherche et en médecine.

Le journaliste souligne ainsi que "les biais sexistes peuvent aussi expliquer pourquoi, au-delà du tabou qui persiste sur un processus biologique aussi fondamental que vital pour le corps féminin, les douleurs rapportées par les femmes sont minimisées, voire niées".

Ces observations sont corroborées par des travaux scientifiques. Une revue de littérature publiée en 2003 par deux chercheuses de l'Université de Maryland (États-Unis) met en évidence que les douleurs décrites par les femmes sont moins prises en compte par les professionnels de santé que celles rapportées par les hommes, alors même que les femmes présentent en moyenne une prévalence plus élevée de douleurs chroniques. Cette sous-considération s'expliquerait par une tendance à attribuer ces douleurs à des facteurs émotionnels, mais également par un biais historique dans la recherche clinique, longtemps majoritairement centré sur des populations masculines.

Ainsi, ces éléments permettent d'expliquer certaines limites observées dans la prise en charge du SPML, en lien avec une reconnaissance et une compréhension encore variables de cette pathologie au sein des professionnels de santé.

II.2.6 Une nécessité de renforcer la formation et la sensibilisation du SPM dans le milieu pharmaceutique

Dans cette perspective, l'intégration plus approfondie de cette thématique au sein des programmes universitaires en santé apparaît essentielle, afin de mieux préparer les futurs professionnels au repérage et à la prise en charge multiple de cette pathologie.

Le développement de formations continues en post-universitaire constituerait également un levier majeur, permettant d'actualiser les connaissances, d'améliorer l'identification des symptômes, la différenciation des autres pathologies gynécologiques et d'harmoniser les pratiques professionnelles.

Une meilleure sensibilisation des professionnels de santé à l'impact du SPM sur la qualité de vie des patientes pourrait ainsi favoriser une reconnaissance accrue de ce trouble, améliorer la qualité de l'écoute et de l'accompagnement, et permettre un repérage plus précoce des formes sévères.

Elle faciliterait également l'orientation vers des stratégies thérapeutiques plus adaptées, en tenant compte de la diversité des manifestations cliniques.

L'étude réalisée en Malaisie (179) souligne que les pharmaciens ayant bénéficié d'enseignements spécifiques en santé féminine présentent de meilleures connaissances, mettant en évidence l'intérêt de renforcer la formation initiale et continue sur ces pathologies féminines.

Par ailleurs, les ressources actuellement mobilisées par les professionnels de santé reposent sur des supports variés: incluant des ouvrages spécialisés, des lectures personnelles d'articles scientifiques, ainsi que des expériences personnelles ou issues de l'entourage. Cette hétérogénéité souligne l'intérêt de développer des outils structurés, tels que des fiches synthétiques ou des guides pratiques de prise en charge, accessibles et spécifiquement adaptés à l'exercice officinal, afin de soutenir les professionnels dans leur pratique quotidienne et de favoriser une prise en charge plus homogène.

Enfin, le renforcement de la place du SPM dans les actions de santé publique apparaît comme un enjeu complémentaire.

À ce titre, le service sanitaire, réalisé au cours de la formation universitaire des étudiants en 5ème année de pharmacie, constitue une première opportunité intéressante d'intervention auprès de la population, notamment dans les milieux scolaires (écoles maternelles, primaires, collèges et lycées).

Ces actions, portant sur des thématiques variées telles que le sommeil, les addictions, l'activité physique ou la santé sexuelle, représentent souvent les seules

occasions, au cours du cursus universitaire, d'aborder directement ces problématiques de santé avec le grand public.

Cependant, ces interventions restent limitées, tant dans leur durée que dans le choix des thématiques abordées. Des troubles fréquents et susceptibles d'avoir un impact significatif sur la qualité de vie, tels que le SPM, y sont généralement peu, voire pas, abordés.

Ainsi, le renforcement de ces actions, avec une intégration plus systématique du SPM dès le plus jeune âge, pourrait permettre une meilleure sensibilisation de la population, favoriser une reconnaissance plus précoce des symptômes et contribuer à lever certains tabous encore associés à cette pathologie.

II.2.7 Conclusion du second axe

En résumé, la prise en charge du SPM à l'officine apparaît encore limitée, marquée par une faible fréquence des visites des patientes, une communication parfois difficile et une approche majoritairement symptomatique. Ces constats s'expliquent par un niveau de formation et de sensibilisation insuffisant des professionnels de santé, ainsi que par une perception encore variable de cette pathologie.

Néanmoins, les attentes exprimées par les patientes et les professionnels mettent en évidence des perspectives d'amélioration, reposant sur une meilleure formation, une communication renforcée et une prise en charge plus globale et individualisée.

II.3 Troisième axe: Perception et sensibilisation de la population générale au SPM

II.3.1 Niveau de connaissance de la population sur le SPM

L'interrogation de la population générale visait à évaluer le niveau de connaissance et de compréhension du SPM. Il s'agissait de déterminer si les répondants étaient capables d'identifier ce trouble, d'en reconnaître les principaux symptômes, d'en comprendre la cyclicité, ainsi que d'en appréhender les répercussions sur la qualité de vie.

Les résultats mettent en évidence qu'une large majorité des participants (81 %), déclare savoir ce qu'est le SPM. L'analyse qualitative des réponses permet d'enrichir cette donnée.

En effet, une grande partie des répondants évoque une certaine temporalité dans la survenue du trouble, en associant son apparition ainsi que celle des symptômes durant la phase lutéale du cycle, généralement quelques jours avant la survenue des menstruations.

Par ailleurs, les réponses recueillies soulignent une bonne perception du caractère multifactoriel du SPM. Les participants évoquent à la fois des manifestations

physiques (ex: douleurs abdominales, fatigue, ballonnements ou encore des troubles du transit), et des symptômes psychiques (incluant l'irritabilité, la dépression et l'hypersensibilité émotionnelle). Enfin, un nombre important de répondants met en avant la variabilité interindividuelle des symptômes, témoignant d'une compréhension relativement nuancée et individualisée de ce trouble.

L'ensemble des réponses met en évidence une tendance à attribuer l'origine du SPM à des variations hormonales. De nombreux participants évoquent le rôle des œstrogènes et de la progestérone, certains mentionnant même l'hypothèse d'une carence relative en progestérone. Ces éléments témoignent, pour une partie des répondants, de connaissances médicales relativement précises concernant la physiopathologie du trouble.

Au-delà de ces aspects physiologiques, une dimension émotionnelle et sociale émerge également des réponses libres. De nombreux participants décrivent un retentissement psychologique marqué, se traduisant par des fluctuations de l'humeur, une fatigue morale, ainsi que des sentiments de tristesse, de découragement, voire des symptômes dépressifs dans les jours précédant les menstruations. Ces manifestations semblent par ailleurs avoir un impact sur la vie quotidienne, notamment à travers un repli social ou relationnel et une diminution de la productivité dans le cadre professionnel.

Ainsi, le SPM apparaît, pour une partie des répondants, comme une période émotionnellement éprouvante, susceptible d'altérer la qualité de vie et les interactions sociales.

Enfin, l'analyse des définitions proposées par les répondants met en évidence un niveau de compréhension globalement satisfaisant du SPM, bien que parfois incomplet. Si une proportion importante des participants parvient à en décrire correctement les manifestations principales, d'autres témoignent en revanche d'une méconnaissance des mécanismes physiopathologiques sous-jacents.

Ces résultats suggèrent ainsi que, malgré une certaine familiarité avec le trouble, des lacunes persistent. Ils soulignent la nécessité de renforcer l'information et la sensibilisation de la population générale, tant sur le plan social, biologique et médical, afin d'améliorer la compréhension globale de ce trouble et de ses enjeux.

II.3.2 Impact du SPM sur la qualité de vie des femmes

L'analyse des réponses des femmes souffrant de SPM met en évidence un retentissement notable sur la vie sociale (30%), qualifié de moyennement fort.

Certaines femmes rapportent une diminution des interactions sociales dans les jours précédant les menstruations. Une tendance à décliner les sorties, en raison d'une fatigue accrue, de douleurs abdominales, mammaires ou dorsales invalidantes.

D'autres évoquent une moindre tolérance à leur environnement social, avec une hypersensibilité émotionnelle, une irritabilité plus marquée pouvant entraîner des tensions relationnelles, que ce soit dans le cercle amical, familial ou conjugal.

Ces observations sont concordantes avec les données de la littérature, qui décrivent un retentissement fréquent du SPM sur les relations interpersonnelles, caractérisé par une irritabilité accrue, des conflits relationnels et un retrait social (183).

Aussi, un repli sur soi est fréquemment évoqué, traduisant un besoin de s'isoler temporairement afin de mieux gérer les symptômes ressentis.

Concernant la vie personnelle, les résultats mettent en évidence que près de 54% des répondantes estiment que l'impact du SPM est modéré à très fort, traduisant une altération significative du bien-être au quotidien.

Cet impact se manifeste par plusieurs dimensions: d'une part, une fatigue importante et les douleurs physiques peuvent limiter la réalisation des activités quotidiennes, telles que les tâches domestiques ou les loisirs habituels (sorties, séances de sport). D'autre part, les fluctuations de l'humeur, notamment l'anxiété ou la tristesse, peuvent altérer l'équilibre émotionnel et générer un sentiment de mal-être général.

Certaines femmes décrivent des difficultés dans la sphère relationnelle proche, en particulier au sein du couple ou de la famille, avec une augmentation des tensions ou des incompréhensions liées aux variations émotionnelles et comportementales.

Ces éléments sont corroborés par des études (187) associant un risque accru de difficultés ou de rupture relationnelle chez les femmes en couple.

Une diminution de la libido peut également être observée, pouvant contribuer à des déséquilibres dans la relation de couple et à l'émergence de conflits.

L'évocation d'un sentiment de ne pas se reconnaître, ou d'adopter des comportements inhabituels durant cette période est également rapportée.

L'impact du SPM sur la vie professionnelle est également marqué.

43% des répondantes estiment que celui-ci est moyennement fort à très fort, traduisant une altération notable du fonctionnement au travail ou dans le cadre des études.

Ce retentissement semble étroitement lié aux symptômes psychiques rapportés, les troubles de la concentration et de la mémoire, fréquemment décrits avec une intensité élevée.

Ces difficultés cognitives peuvent se traduire concrètement par une baisse de productivité, des erreurs plus fréquentes, une difficulté à maintenir l'attention sur des tâches prolongées ou encore un sentiment d'inefficacité professionnelle.

Les données de la littérature mettent en évidence une altération de la productivité professionnelle chez les femmes présentant un SPM, avec une diminution des performances et des capacités fonctionnelles au travail (188).

Ces manifestations peuvent également impacter les échanges au travail, à cause d'une irritabilité accrue ou d'une moindre tolérance au stress, susceptibles de générer des tensions dans les relations professionnelles.

De plus, l'ampleur de son impact se traduit aussi par un absentéisme non négligeable (démontré aussi par cette étude 189): plus d'un tiers des répondantes déclarent avoir déjà été absentes au travail ou dans le cadre de leurs études en raison de leur syndrome prémenstruel. Ce résultat souligne le poids réel de ce trouble sur la vie professionnelle, allant au-delà d'une simple gêne ponctuelle.

Lorsque nous comparons l'évaluation de l'impact du SPM auprès de la population générale, nous pouvons mettre en évidence des résultats globalement concordants avec le vécu rapporté par les femmes concernées.

En effet, au cumul 57% des répondants estime que le SPM exerce un impact moyennement fort à très fort sur la qualité de vie, rejoignant ainsi les données recueillies auprès des femmes souffrant de ce trouble.

Cette concordance suggère que, malgré certaines lacunes observées dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques, la population générale semble relativement consciente du retentissement du SPM sur le quotidien des femmes.

Cette perception apparaît d'autant plus pertinente qu'elle s'appuie, pour partie, sur des observations directes: en effet, plus d'un tiers des répondants déclarent observer régulièrement des changements d'humeur et de comportement chez les femmes de leur entourage souffrant de SPM, un quart rapporte les constater de manière systématique.

Ainsi, ces résultats mettent en évidence une certaine adéquation entre la perception sociétale du SPM et la réalité du vécu des femmes, suggérant une reconnaissance progressive, non plus perçue comme un simple inconfort mais comme un trouble réel pouvant altérer la qualité de vie.

Néanmoins, cette reconnaissance demeure essentiellement centrée sur les manifestations visibles, en particulier émotionnelles, et pourrait ne pas refléter pleinement l'ensemble des dimensions du trouble, notamment ses aspects plus intimes ou moins perceptibles.

II.3.3 Une prise de conscience progressive dans le monde du travail

Les résultats de l'enquête mettent en évidence une ouverture progressive de la population générale à la mise en place d'aménagements spécifiques pour les femmes souffrant de SPM.

En effet, plus de la moitié des répondants (62% au cumul) se déclarent favorables à relativement favorables à des dispositifs tels que l'instauration de congés menstruels ou l'adaptation des emplois du temps professionnels.

Ces résultats s'inscrivent dans un contexte plus large d'émergence de la question de l'impact des troubles menstruels et prémenstruels dans le débat public.

Longtemps considérée comme tabou, reléguée à la sphère privée, cette problématique fait désormais l'objet d'une reconnaissance croissante, notamment dans le monde du travail.

Certaines initiatives existent depuis plusieurs décennies à l'international. Au Japon, par exemple, le congé menstruel est inscrit dans le code du travail depuis 1947, permettant aux femmes de s'absenter plusieurs heures ou plusieurs jours par mois en cas de menstruations difficilement supportables. Toutefois, ce dispositif présente des limites, en raison de l'absence de précision concernant sa rémunération, laissée à l'appréciation de l'employeur. Cette incertitude pourrait contribuer à son faible recours, puisqu'une étude du ministère japonais du Travail en 2020 rapporte que moins de 1 % des femmes y ont recours (184).

De manière similaire, l'Indonésie accorde depuis 2003 un à deux jours de congé pour règles douloureuses aux salariées. Néanmoins, si cette disposition est saluée par certaines organisations non gouvernementales, elle est également critiquée en raison de son application inégale, certaines entreprises ne mettant pas en œuvre, ou partiellement, les dispositions prévues par la loi (184).

À l'échelle internationale, l'Espagne a ainsi marqué une avancée significative en instaurant en 2022 un congé menstruel pris en charge par la sécurité sociale (182), destiné aux personnes menstruées dont les douleurs sont invalidantes, reconnaissant officiellement l'impact de ces troubles sur la capacité de travail.

À une échelle plus locale, certaines initiatives émergent également en France. L'entreprise VEGA, basée à Nordhouse près de Strasbourg, a mis en place un dispositif permettant à ses salariées de bénéficier jusqu'à six jours de congé menstruel par an (181).

Cet aménagement cherche à aller au-delà du simple congé menstruel, se voulant plus inclusif et surtout orienté sur la santé globale des femmes, au-delà des menstruations. Ce congé peut être pris en cas de SPM sévère, migraine hormonale, endométriose, SOPK, post-partum ou encore période de ménopause. Des contraintes physiologiques qui rendent le quotidien de beaucoup de femmes très difficile, mais qui sont rarement prises en compte dans le milieu professionnel.

Ces différentes initiatives témoignent d'une prise de conscience progressive de l'impact des troubles prémenstruels et menstruels dans la sphère professionnelle. Bien que ces dispositifs demeurent encore marginaux, ils s'inscrivent dans une dynamique encourageante vers une meilleure reconnaissance et adaptation des conditions de travail aux réalités physiologiques des femmes

D'autres expérimentations ont également été menées en France, au sein de la Métropole de Lyon (186) et dans certaines universités. Toutefois, ces initiatives mettent en évidence un faible taux de recours, inférieur à 5 % des femmes éligibles au congés menstruel (185). Sur une année complète, il n'a été utilisé que 1 559 fois... Soit environ 5 demandes par jour, pour un pays comptant près de 10 millions de travailleuses (185).

Ce faible usage peut s'expliquer par la crainte d'un impact négatif sur la carrière (199), ainsi que la peur d'être jugée, suspectée d'en abuser ou exposer à des moqueries (199). De nombreuses salariées expriment en effet la peur que le recours à un congé menstruel puisse constituer un frein à leur évolution professionnelle, voire à leur embauche.

Certaines bénéficiaires préfèrent ainsi recourir à des alternatives plus discrètes, telles que la pose de congés classiques ou le télétravail, afin d'éviter d'être perçues comme moins résistantes ou moins productives.

Ces éléments font écho aux observations réalisées dans des pays où ces dispositifs sont pourtant légalement encadrés, comme en Espagne, suggérant que la mise en place de mesures institutionnelles ne suffit pas, à elle seule, à garantir leur appropriation. Ainsi, au-delà des avancées législatives, des freins d'ordre socioculturel et professionnel persistent, limitant l'utilisation effective de ces dispositifs.

II.3.4 Place de l'éducation dans la compréhension du SPM

L'enquête met en évidence un déficit notable d'information concernant le SPM au sein de la population générale.

En effet, 52% des répondants déclarent n'avoir reçu aucune information à ce sujet au cours de leur scolarité, tandis qu'environ 26% estiment en avoir reçu très peu.

En parallèle, une large majorité des participants souligne l'intérêt d'intégrer cette thématique dans les programmes scolaires: 51% jugent cette démarche extrêmement utile. Ces résultats traduisent une volonté claire de renforcer la sensibilisation du grand public à ce trouble.

Ces éléments soulignent ainsi la nécessité de développer des actions d'information et d'éducation à la santé, afin d'améliorer la compréhension des mécanismes, des manifestations et des répercussions de ce trouble.

L'intégration de ces notions dès le plus jeune âge apparaît d'autant plus pertinente que les données recueillies suggèrent une apparition parfois précoce du SPM, 49% des participantes ont déclaré leur SPM entre 15 et 19 ans.

Une sensibilisation précoce permettrait ainsi de favoriser une meilleure reconnaissance des symptômes, mais également de limiter les idées reçues et la banalisation de certaines manifestations.

Dans ce contexte, les professionnels de santé, et en particulier les pharmaciens, ont un rôle essentiel à jouer dans la diffusion d'informations scientifiques fiables et accessibles. Par leur position de proximité, ils constituent des acteurs privilégiés de l'éducation à la santé, notamment en ce qui concerne les troubles liés au cycle menstruel.

II.3.5 Le rôle ambivalent des médias dans la diffusion d'informations sur le SPM

L'analyse des réponses met en évidence une perception nuancée du rôle des médias dans la diffusion des connaissances relatives au SPM.

À proportions équivalentes (23%), les répondants considèrent leur influence comme à la fois positive et négative.

Les médias occupent aujourd'hui une place centrale dans l'accès à l'information en santé pour le grand public, leur rôle apparaît déterminant dans la construction des représentations collectives. La publication d'articles de presse et de témoignages contribue à exposer la réalité vécue par les femmes concernées, participant ainsi à une forme de légitimation de leur expérience.

À ce titre, certaines initiatives journalistiques, telles que la série de témoignages publiée dans le journal *La Voix du Nord* (167), a permis de libérer la parole autour de cette thématique et de favoriser une meilleure compréhension des répercussions du SPM sur la vie quotidienne.

L'essor des réseaux sociaux a aussi largement contribué à démocratiser l'accès à l'information en santé: par la diffusion de contenus variés visant à informer le public, et par la vulgarisation des notions médicales parfois complexes et la favorisation d'échanges d'expériences entre individus. Elles participent ainsi à une meilleure visibilité du SPM et à une reconnaissance progressive de ses impacts.

Toutefois, cette influence peut se révéler ambivalente dans la perception des troubles liés au cycle menstruel: si les médias peuvent constituer un levier important de sensibilisation et permettent une diffusion élargie des connaissances, ils peuvent aussi, dans certains cas, favoriser la circulation d'informations approximatives ou erronées.

Parmi celles-ci figure l'idée selon laquelle l'ensemble des femmes ayant un cycle menstruel présenteraient un SPM (192). Or, cette conception mérite d'être nuancée. La présence de symptômes survenant en phase prémenstruelle ne suffit pas, à elle seule, à définir un SPM. Celui-ci repose sur des critères diagnostiques précis, incluant la récurrence des manifestations et leur retentissement significatif sur la qualité de vie (194). Ainsi, certains symptômes isolés, tels qu'un mal de tête précédant les menstruations, peuvent relever de manifestations prémenstruelles sans pour autant constituer un syndrome. À l'inverse, des troubles plus marqués, tels qu'une fatigue intense, des troubles du sommeil ou des symptômes dépressifs récurrents, peuvent altérer le fonctionnement quotidien et s'inscrire dans le cadre d'un SPM, voire d'un TDPM.

Par ailleurs, une autre représentation associe la phase prémenstruelle à une altération de l'humeur, souvent décrite sous un angle exclusivement négatif (192). Cette vision, largement relayée dans les discours sociaux et médiatiques, tend à

réduire la diversité des expériences vécues. En effet, certaines personnes rapportent également des vécus positifs (193) au cours de cette période, tels qu'une sensibilité accrue à leur environnement avec: une meilleure perception des besoins d'autrui, une intensification de certaines perceptions sensorielles ou encore une augmentation de la libido ou de la confiance en soi (193).

Cette focalisation sur les aspects négatifs peut s'inscrire en partie dans une approche biomédicale ayant longtemps privilégié une lecture linéaire des relations entre fluctuations hormonales et manifestations émotionnelles.

Toutefois, certains travaux ont mis en évidence des limites méthodologiques (195) dans l'étude du SPM, notamment lorsque les outils d'évaluation proposés aux participantes ne prennent en compte que des affects négatifs. Une telle approche peut ainsi biaiser la représentation globale de l'expérience prémenstruelle.

Dans ce contexte, le SPM ne peut être envisagé comme une réalité homogène. L'expérience vécue varie d'un individu à l'autre, modulée à la fois par des facteurs biologiques et par des déterminants sociaux et culturels, qui influencent la perception, l'interprétation et l'expression des symptômes. Ainsi, la phase prémenstruelle ne se limite pas à une simple altération de l'humeur, mais s'inscrit dans une expérience complexe, nuancée et propre à chaque individu.

Aussi, les médias peuvent contribuer à véhiculer une vision simplifiée, réductrice, voire caricaturale de ces troubles.

Certaines expressions couramment utilisées dans le langage quotidien, telles que "tu as tes règles ou quoi ?", illustrent la banalisation des symptômes et par extension celle de la souffrance ressentie.

De même, le SPM est régulièrement mobilisé comme ressort humoristique dans certains sketches (ex: David Voinson), où il est utilisé pour expliquer de manière moqueuse, un comportement féminin perçu comme excessif ou émotionnel.

Ces représentations, largement relayées dans les médias et sur les réseaux sociaux, peuvent participer à une minimisation des symptômes réels du SPM en les réduisant à des clichés socialement répandus, banalisant ainsi leur dimension médicale et leurs répercussions concrètes sur la qualité de vie.

Par ailleurs, cette vision stéréotypée peut contribuer à entretenir des représentations sexistes, en renforçant l'idée d'une instabilité émotionnelle intrinsèque aux femmes.

D'autres productions médiatiques véhiculent des représentations caricaturales du corps féminin. À titre d'exemple, les illustrations satiriques chez *Charlie Hebdo* (Annexes 3 et 4) ont pu représenter de manière volontairement excessive et provocatrice les menstruations, en mobilisant des images ou des métaphores visant à choquer ou à faire réagir.

Si ces représentations s'inscrivent dans une logique satirique, elles peuvent néanmoins contribuer à une perception dégradée du corps féminin et à une forme de

stigmatisation du cycle menstruel. En mettant l'accent sur des images exagérées ou déformées, elles participent à renforcer une vision négative, voire repoussante, des menstruations.

Bien que ces représentations ne visent pas directement le SPM en tant que tel, elles influencent indirectement la manière dont les troubles liés au cycle sont perçus dans la société. Elles peuvent ainsi entretenir un climat de gêne, de tabou autour de ces thématiques, contribuant à invisibiliser leur dimension médicale et leur impact réel sur la qualité de vie des femmes.

Ainsi, si les médias peuvent jouer un rôle positif dans la diffusion d'informations et la sensibilisation du public, ils peuvent également, dans certains cas, entretenir des idées reçues qui nuisent à la reconnaissance du SPM comme un véritable problème de santé.

II.3.6 Reconnaissance sociétale du SPM: le biais de genre

Lorsqu'il a été demandé à la population générale à quel niveau le SPM était reconnu dans la société, 52 % des répondants ont estimé qu'il ne l'était pas du tout.

55% du corps pharmaceutique a jugé qu'il était peu, voire pas du tout pris en compte.

Ce résultat met en évidence un sentiment de manque de reconnaissance sociétale de ce trouble, malgré une visibilité croissante ces dernières années.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce constat.

Tout d'abord, l'influence d'un biais de genre dans la perception des symptômes féminins constitue un élément central. Historiquement, la médecine s'est construite autour d'un modèle majoritairement masculin, ce qui a pu conduire à une interprétation incomplète de certains symptômes spécifiquement féminins.

Dès l'Antiquité, la pensée médicale, notamment chez Aristote, considérait la femme comme un "mâle imparfait", traduisant une vision hiérarchisée et incomplète du corps féminin.

Dans ce contexte, les troubles liés au cycle menstruel ont longtemps été assimilés à des manifestations émotionnelles ou psychologiques, plutôt qu'à des problématiques médicales à part entière nécessitant une prise en charge adaptée.

Plusieurs travaux (191) ont montré que les douleurs ou les symptômes rapportés par les femmes pouvaient, dans certains cas, être moins rapidement reconnus ou pris en charge que ceux rapportés par les hommes.

Ce phénomène a été décrit dans l'étude de Mika Guzikovits (190): à symptômes douloureux équivalents, les femmes reçoivent moins souvent ou moins rapidement des antalgiques que les hommes aux urgences, suggérant l'existence d'un biais de perception conduisant à une sous-évaluation de leur douleur.

Cette vision a contribué à une banalisation des symptômes, parfois perçus comme “normaux” ou inhérents à la condition féminine, et donc insuffisamment considérés. Une telle banalisation entraîne une minimisation de leur retentissement réel sur la qualité de vie personnelle, familiale et professionnelle des femmes.

D'autres facteurs peuvent également participer à ce manque de reconnaissance. Le caractère cyclique et non visible du SPM, associé à une variabilité interindividuelle symptomatique importante, peut rendre sa compréhension plus difficile pour l'entourage comme pour certains professionnels. Par ailleurs, la persistance de tabous autour des menstruations limite encore aujourd'hui l'expression et la prise en compte de ces troubles dans l'espace public et professionnel.

Ainsi, l'ensemble de ces éléments contribue à expliquer pourquoi, malgré une prise de conscience progressive, le SPM demeure encore insuffisamment reconnu dans la société.

III. Limites de l'enquête

Certaines limites méthodologiques doivent être prises en compte dans l'interprétation de nos résultats. Tout d'abord le fait que l'échantillon des femmes ayant souffert de SPM par le passé est significativement plus restreint que celui des femmes en souffrant actuellement. Ce déséquilibre entre les effectifs peut entraîner une moins bonne représentativité et donc une moins bonne précision dans les estimations du premier groupe et accentuer les variations relatives observées. En conséquence, les pourcentages issus du groupe des femmes souffrant actuellement de SPM peuvent apparaître plus élevés et donner l'impression d'une majoration des symptômes, sans que cela ne reflète nécessairement une différence réelle d'intensité entre les deux populations.

Une autre limite de cette enquête réside dans la participation relativement faible des professionnels de santé issus du milieu pharmaceutique. En effet, le nombre de répondants parmi les pharmaciens, préparateurs et étudiants en pharmacie demeure limité, ce qui peut restreindre la portée des analyses les concernant.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette faible participation:

D'une part, la diffusion du questionnaire s'est faite majoritairement auprès du grand public, ce qui a pu limiter la visibilité de l'enquête auprès des professionnels de santé.

D'autre part, le manque de temps, ainsi que la longueur du questionnaire, ont pu constituer des freins à la participation. Enfin, un intérêt variable pour le sujet du SPM peut également être envisagé.

Néanmoins, les données recueillies auprès du corps pharmaceutique, bien que quantitativement restreintes, apportent un éclairage complémentaire et expert aux perceptions issues du grand public.

Par ailleurs, la faible participation des étudiants en pharmacie suggère l'intérêt de mener, à l'avenir, des enquêtes plus ciblées au sein des facultés, afin d'obtenir un échantillon plus représentatif de cette population. Ainsi, ces limites méthodologiques invitent à interpréter les résultats avec prudence et à envisager des pistes d'amélioration pour de futures études.

IV. Conclusion de l'enquête

L'analyse des données met en évidence le retentissement significatif du syndrome prémenstruel sur la qualité de vie des femmes, parfois plus marqué chez les femmes en souffrant actuellement que chez celles ayant rapporté des symptômes dans le passé.

Parallèlement, si les professionnels de santé apparaissent comme des acteurs clés de la prise en charge, des marges d'amélioration persistent en termes de formations, d'accompagnement et de reconnaissance du trouble.

Sur le plan sociétal, les résultats suggèrent une évolution progressive des perceptions, avec une meilleure visibilité et une prise de conscience croissante de l'impact du SPM, soutenues notamment par les médias et certaines initiatives professionnelles. Toutefois, cette reconnaissance demeure encore partielle, freinée par des représentations persistantes, un déficit d'information et des enjeux socioculturels.

Ainsi, le syndrome prémenstruel s'inscrit aujourd'hui à l'interface entre réalité clinique et construction sociale, soulignant la nécessité d'une approche globale intégrant à la fois les dimensions médicales, éducatives et sociétales.

Enfin, il convient de souligner que cette enquête a suscité des retours positifs de la part de certaines femmes souffrant de SPM, qui ont exprimé leur reconnaissance quant à la mise en lumière d'un trouble encore parfois peu pris au sérieux. Plusieurs d'entre elles ont également évoqué le sentiment de soulagement lié au fait d'en parler davantage, ainsi que le besoin de mieux situer leur expérience au regard de celle d'autres femmes.

V.Conclusion générale

Au fil des siècles, le regard porté sur le cycle menstruel et sur les troubles qui lui sont associés a profondément évolué.

Longtemps interprétés à travers des prismes culturels, religieux ou moraux, les symptômes aujourd'hui regroupés sous le terme de syndrome prémenstruel ont progressivement trouvé leur place dans le champ médical.

Pourtant, malgré les avancées scientifiques et la meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques impliqués, le SPM demeure encore insuffisamment reconnu, parfois encore minimisé, ou souvent mal compris.

Ce travail a permis de mettre en lumière la complexité de ce trouble multifactoriel, à l'interface entre facteurs hormonaux, neurobiologiques, psychologiques et environnementaux.

L'analyse des différentes stratégies de prise en charge montre qu'il n'existe pas de réponse unique, mais plutôt une approche globale reposant sur l'adaptation du mode de vie, le recours à certaines approches complémentaires et, lorsque cela est nécessaire, à des traitements médicamenteux.

Les résultats de l'enquête menée dans le cadre de cette thèse soulignent par ailleurs un enjeu majeur: celui de l'information et de la reconnaissance du SPM dans la société.

Si les femmes concernées décrivent un impact réel sur leur qualité de vie, les connaissances du grand public et même de certains professionnels de santé restent parfois limitées.

Ces constats rappellent l'importance de poursuivre les efforts de sensibilisation et de formation autour de ce sujet.

Dans ce contexte, le pharmacien d'officine occupe une place privilégiée.

Professionnel de santé de proximité, il joue un rôle clé dans l'écoute, l'orientation et l'accompagnement des femmes confrontées à ces symptômes, en proposant des conseils adaptés et en participant à une meilleure diffusion des connaissances.

Ainsi, au-delà de l'analyse historique, scientifique et thérapeutique du SPM, cette thèse invite à porter un regard renouvelé.

Un regard plus attentif, plus informé et plus bienveillant, afin de contribuer à une meilleure écoute et une prise en charge plus adaptée aux réalités vécues par les femmes.

Bibliographie

- (1) Medscape. L'OMS appelle à mieux considérer la santé menstruelle. Le 22 août 2022. Disponible sur: <https://francais.medscape.com/voirarticle/3608944>.
- (2) World Health Organization. WHO statement on menstrual health and rights. Geneva:WHO; le 22 juin 2022. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-who-statement-on-menstrual-health-and-rights>.
- (3) France 3 Région: "Le congé menstruel, c'était assez limitant" : cette entreprise propose six jours de repos à ses salariées, en cas de problème de santé féminine. Le 26 mars 2025.
- (4) Julie Hennegan, Inga T. Winkler, Chris Bobel, Danielle Keiser, Janie Hampton, Gerda Larsson, Venkatraman Chandra-Mouli, Marina Plesons & Thérèse Mahon (2021) Menstrual health: a definition for policy, practice, and research, Sexual and Reproductive Health Matters, 29:1, 31-38, DOI: 10.1080/26410397.2021.
- (5) Inserm. #PayeTonCycle : C'est quoi le syndrome prémenstruel ? Paris: Inserm, le 10 décembre 2021. La science pour la santé.
- (6) Ryu A, Kim T-H. Premenstrual syndrome: A mini review. Maturitas. déc 2015;82(4):436-40.
- (7) Hippocrate. Œuvres complètes d'Hippocrate. Traduction française par Littré E. Paris : J.-B. Baillière ; 1839-1861. Tome VII, p. 312 ; Tome VIII, p. 10-12.
- (8) Hippocrate. Maladies des femmes. In : Littré E (trad.). Œuvres complètes d'Hippocrate. Paris : Baillière ; t. VIII, p. 318-322. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6267166m/f65.item.texteImage>.
- (9) Hippocrate. Maladies des femmes. In : Littré E (trad.). Œuvres complètes d'Hippocrate. Paris : J.-B. Baillière; tome VIII, p. 32-34.
- (10) Platon. Timée (91c-92a), traduction française dirigée par Luc Brisson. Paris : Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1997.
- (11) Platon. Timée. Traduction. Chambry. Disponible sur: https://fr.wikisource.org/wiki/Tim%C3%A9e_%28trad._Chambry%29.
- (12) Aristote. De generatione animalium (La Génération des animaux). Traduction française par Victor Brochard. Paris : Vrin, 1891-1894. Livre I, Chapitre 3, 735b.
- (13) Aristote. De generatione animalium (La Génération des animaux). Traduction française par Victor Brochard. Paris : Vrin, 1891-1894. Livre IV, Chapitre 6.
- (14) Aristote. De generatione animalium (La Génération des animaux). Livre II, chapitre 4, 738a2-5. Traduction française par Luc Tricot. Paris : Vrin, 1988.
- (15) Aristote. De generatione animalium (La Génération des animaux). Livres I et II. Traduction française par Luc Tricot. Paris : Vrin, 1988. Passages : I, 20 ; II, 3, 737a.
- (16) Aristote. Historia animalium (Histoire des animaux). Livre VII, chapitre 2. Traduction française par Victor Brochard. Paris : Vrin, 1885-1888.

- (17) Aristote. De generatione animalium (La Génération des animaux). Livre IV, chapitre 2, 775a-b. Traduction française par Luc Tricot. Paris : Vrin, 1988.
- (18) Siraisi N. Medieval and Early Renaissance Medicine. Chicago: University of Chicago Press; 1990.
- (19) Jacquart D, Thomasset C. Sexualité et savoir médical au Moyen Âge. Paris: PUF; 1985.
- (20) Green M, éd. The Trotula: A Medieval Compendium of Women's Medicine. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2001.
- (21) Lemay HR. Albany: SUNY Press; 1992. Women's secrets: A translation of Pseudo-Albertus Magnus's De secretis mulierum.
- (22) Demaitre L. Medieval Medicine: The Art of Healing, from Head to Toe. Santa Barbara: ABC-CLIO; 2013.
- (23) Monica H. Green (éd. et trad.), The Trotula: A Medieval Compendium of Women's Medicine, University of Pennsylvania Press, 2001.
- (24) Lemay HR. Women's Secrets: A Translation of Pseudo-Albertus Magnus' De secretis mulierum. Albany : SUNY Press ; 1992.
- (25) Pierre Dorveaux (éd.). L'Antidotaire Nicolas. Deux traductions françaises de l'Antidotarium Nicolai. Paris : Champion, 1896.
- (26) Véronèse M. Le corps féminin au Moyen Âge : entre science et superstition. Paris : Presses universitaires de France (PUF), 2019.
- (27) Hildegard von Bingen. Causae et Curae. Ed. Monica Green. Turnhout: Brepols; 2006.
- (28) Burchard of Worms, Corrector sive Medicus, in Burchardi Canonum et Decretalium Libri VIII, ed. K. Wasserschleben (Hanoverae / Lipsiae : Bibliopolii Hahniani, 1843).
- (29) Isidore de Séville. Etymologiae (Origines). Édition critique, par W. M. Lindsay. Londres : Oxford University Press, 1911.
- (30) Gratien. Decretum. Édition Déchamps & Weigand. Corpus Iuris Canonici Series Antiqua. Farnborough: Gregg Press; 1959.
- (31) Green MH. The 'Trotula': A Medieval Compendium of Women's Medicine. Philadelphia : University of Pennsylvania Press; 2001.
- (32) Vésale A. De humani corporis fabrica. Basel: Oporinus; 1543.
- (33) L'anatomie physiologie de la génération chez Galien par C.Bonnet, 1997. Disponible sur: <https://numerabilis.u-paris.fr/medica/ressources/pdf>
- (34) Siraisi N. Medieval & Early Renaissance Medicine. University of Chicago Press; 1990.
- (35) S.Arnaud. Une maladie indéfinissable ? L'hystérie, de la métaphore au récit, au XVIIIe siècle* | Annales. Histoire, Sciences Sociales | Cambridge Core, le 4 mai 2017.
- (36) Portraits de médecins- François BOISSIER de SAUVAGES de LACROIX (1706-1767). Disponible sur: <https://www.medarus.org/Medecins.htm>
- (37) Vocabulaire de la Nosologie de M. de Sauvages (1775). Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148.vertical>.

- (38) Micale Mark S. *Approaching Hysteria: Disease and Its Interpretations*. Princeton: Princeton University Press; 1995.
- (39) Briquet J. (1796-1881) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: Baillière; 1859. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148>.
- (40) Didi-Huberman G. *Invention de l'hystérie: Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*. Paris: Macula;1982. Disponible sur: <https://seminairepsy.fr/2019/05/jean-martin-charcot.pdf>.
- (41) Icard.S. *La femme pendant la période menstruelle*. Paris: 1890. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148>.
- (42) Moscucci O. *The Science of Woman: Gynaecology and Gender in England, 1800–1929*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
- (43) Laqueur T. *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press; 1990.
- (44) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1895 par G. De la Tourette. <https://dn790006.ca.archive.org/0/items/traitcliniquee002gill.pdf>.
- (45) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1809), par Ph.Pinel. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k65654178?rk=42918;4>.
- (46) *Maladies mentales* par E.Esquirol (1838). Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k765874>.
- (47) Freud Museum London. *Introducing Freud: Hysteria and the traumatic neuroses*; septembre 2021.
- (48) *Le fil rouge du sang de la femme – Société Psychanalytique de Paris* - par Jacqueline Schaeffer.
- (49) *Physiologie du cycle sexuel et fonction ovarienne*. Dr Hireche, disponible sur:https://fac.umc.edu.dz/vet/Cours_Ligne/Physio_rep_A3/Chapitre_VI.pdf.
- (50) Kyank H, Dässler CG. *Ablauf und Regulation des mensuellen Zyklus seit Robert Schröder bis zur Gegenwart [Course and regulation of the menstrual cycle from Robert Schröder to the present]*. Zentralbl Gynakol. 1985;107(22):1337-44. German. PMID: 3004066.
- (51) Frobenius W. Ludwig Fraenkel: 'spiritus rector' of the early progesterone research. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1999 Mar;83(1):115-9. DOI: 10.1016/s0301-2115(98)00297-8. PMID: 10221621.
- (52) Allen E, Doisy EA. Landmark article Sept 8, 1923. An ovarian hormone. Preliminary report on its localization, extraction and partial purification, and action in test animals. By Edgar Allen and Edward A. Doisy. *JAMA*. 1983 Nov 18;250(19):2681-3. doi: 10.1001/jama.250.19.2681. PMID: 6355545.
- (53) *Medecine in the Americas: The oestrous cycle in the rat and its associated phenomena* (1922), par Long, JA; University of California. <https://collections.nlm.nih.gov/PID.nlm:nlmuid-06120800R-bk>.
- (54) *Menstruation et éducation physique* (1932) - Docteur H.Druost - page 17. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bd6t5255917r/f20>.
- (55) Corner: Corner GW, Allen WM. *Physiology of the corpus luteum. II. Production of a hormone, "progestin"*. *Am J Physiol*. 1934;107(2):216–229.

- (56) Menstruation et éducation physique (1932) - Docteur H.Druost - page 21.
Disponible sur : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148>.
- (57) Frank RT. The hormonal causes of premenstrual tension. *Arch Neurol Psychiatry*. 1931;26(5):1053–1057.
- (58) Greene R, Dalton K. The premenstrual syndrome. *BMJ*. 1953;1(4818):1007–1014.
- (59) Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2009;9(2):157–170.
- (60) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: APA; 2013.
- (61) Inserm. #PayeTonCycle : C'est quoi le syndrome prémenstruel ? Paris: Inserm, le 10 décembre 2021. La science pour la santé.
- (62) Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavandi S. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS): a systematic review and meta-analysis study. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(2):106–109.
- (63) Haute Autorité de Santé. Santé des femmes : douleurs pelviennes et syndromes menstruels. Rapport thématique. Paris: HAS; 2022.
- (64) La Voix du Nord - “Congé menstruel: la France permettra-t-elle un jour aux femmes de s'abstenir pour des règles douloureuses?” le 10 avril 2023.
- (65) Le Monde - “À Strasbourg, l'entreprise Vega met en place un congé menstruel pour ses salariées”, le 6 mars 2025.
- (66) Appareil génital féminin: Anatomie et fonctions | Kenhub. Disponible sur: <https://www.kenhub.com/fr/library/anatomie/appareil-genital-feminin>.
- (67) Endocrinologie de la reproduction féminine - Gynécologie et obstétrique - Édition professionnelle du Manuel MSD. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com>.
- (68) Induction de l'ovulation - Service de fertilité | Fertily. Disponible sur: <https://www.fertily.org/services-offerts/induction-de-lovulation-service-fertilite>.
- (69) La progestérone : comprendre son rôle dans la santé de la femme. Disponible sur: <https://eliserouvrais.com/la-progesterone>.
- (70) LE CYCLE MENSTRUEL- CNGOF. Disponible sur: <https://cngof.fr>.
- (71) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed (2013)* - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- (72) Le trouble dysphorique prémenstruel: une souffrance méconnue. Disponible sur: <https://gazettedesfemmes.ca/20081>.
- (73) American College of Obstetricians and Gynecologists. Premenstrual Syndrome (PMS). *ACOG Practice Bulletin No. 15*. *Obstet Gynecol*. 2000;95(4):1-9.
- (74) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR
- (75) Critères DSM V du trouble dysphorique prémenstruel. Disponible sur: <https://www.depression-bipolarite-pratique.com/wp-content/uploads/2024/12/DSM-SPM.pdf>

- (76) Daily Record of Severity of Problems. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/652182718/Daily-Record-of-Severity-of-Problems-PMDD>
- (77) The Development of a Menstrual Distress Questionnaire Moos RH. *Psychosom Med.* 1968;30(6):853-67.
- (78) MEDI-Q Menstrual Distress Questionnaire | PDF | Menstruation | Vagina
- (79) Syndrome prémenstruel : 4 programmes naturels selon vos symptômes | Thierry Souccar Éditions (2014).
- (80) Les hormones du cycle menstruel - Elle en Sens. Disponible sur: <https://www.ellensens.com/les-hormones-du-cycle-menstruel/>
- (81) Hormones femme : leur rôle dans le cycle menstruel et la santé des femmes. Disponible sur: <https://www.emancipees.com/hormones-femme>.
- (82) Gérer l'hyperoestrogénie et rééquilibrer les hormones. Disponible sur <https://www.miye.care/blogs/le-blog-miye/hyperoestrogenie>.
- (83) Hyperoestrogénie : symptômes, causes et solutions. Disponible sur: <https://www.emancipees.com/trop-oestrogenes-symptomes>.
- (84) La prolactine et son impact sur la fertilité. Disponible sur: <https://www.emancipees.com/prolactine>.
- (85) Syndrome prémenstruel (SPM)
- (86) <https://www.training-neuro-sensoriel.ch/blog/spm-cycles-irreguliers-limpact-systeme-nerveux><https://www.training-neuro-sensoriel.ch/blog/spm-cycles-irreguliers-limpact-systeme-nerveux>
- (87) Mc Gill - Health e News - Un trouble de sécrétion de la mélatonine serait en cause dans le syndrome prémenstruel. Disponible sur: <https://healthnews.mcgill.ca>
- (88) Perturbateurs endocriniens - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/substances-chimiques>
- (89) L'impact inquiétant des perturbateurs endocriniens sur le cycle menstruel. Disponible sur: <https://www.endosuisse.ch/troubles-menstruels>.
- (90) Read "Hormonally Active Agents in the Environment" at NAP.edu
- (91) Les perturbateurs endocriniens, un défi scientifique | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Disponible sur : <https://www.anses.fr>
- (92) Springer Nature - Fish populations surviving estrogen pollution. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1186/1741-7007-12-10>
- (93) Tulenheimo A, Laatikainen T, Salminen K. Plasma beta-endorphin immunoreactivity in premenstrual tension. *Br J Obstet Gynaecol.* 1987 Jan;94(1):26-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.1987.tb02247.x. PMID: 2949774.
- (94) Ferin M, Vande Wiele R. Endogenous opioid peptides and the control of the menstrual cycle. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1984 Dec;18(5-6):365-73. doi: 10.1016/0028-2243(84)90059-5. PMID: 6098492.
- (95) Pôles santé services - le syndrome prémenstruel : comprendre ses causes pour mieux le vivre. Disponible sur: <https://www.polesanteservices.fr>

- (96) Tabac : la nicotine bloque les oestrogènes chez la femme, rendant l'arrêt plus difficile. Disponible sur: <https://www.doctissimo.fr>
- (97) Fish Consumption and Premenstrual Syndrome and Dysphoric Disorder in Japanese Collegiate Athletes - Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology
- (98) Vani KR, KS V, LS, Kumar V R H, A B. Menstrual abnormalities in school going girls - are they related to dietary and exercise pattern. J Clin Diagn Res. 2013 Nov;7(11):2537-40. doi: 10.7860/JCDR/2013/6464.3603. Epub 2013 Oct 10. PMID: 24392394; PMCID: PMC3879880.
- (99) Liguori F, Saraiello E, Calella P. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder's Impact on Quality of Life, and the Role of Physical Activity. Medicina (Kaunas). 2023 Nov 20;59(11):2044. doi: 10.3390/medicina59112044. PMID: 38004093; PMCID: PMC10673441.
- (100) Santé Magazine - Les bénéfices de l'activité physique sur chaque organe (cœur, cerveau, poumon...). Disponible sur: <https://www.santemagazine.fr>
- (101) Mitsunashi R, Sawai A, Kiyohara K, Shiraki H, Nakata Y. Factors Associated with the Prevalence and Severity of Menstrual-Related Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 29;20(1):569. doi: 10.3390/ijerph20010569. PMID: 36612891; PMCID: PMC9819475.
- (102) Matsumoto T, Egawa M, Kimura T, Hayashi T. A potential relation between premenstrual symptoms and subjective perception of health and stress among college students: a cross-sectional study. Biopsychosoc Med. 2019 Oct 31;13:26. doi: 10.1186/s13030-019-0167-y. PMID: 31695730; PMCID: PMC6822352.
- (103) Mohebbi M, Akbari SAA, Mahmodi Z, Nasiri M. Comparison between the lifestyles of university students with and without premenstrual syndromes. Electron Physician. 2017 Jun 25;9(6):4489-4496. doi: 10.19082/4489. PMID: 28848621; PMCID: PMC5557126.
- (104) Livre "Soulager son syndrome prémenstruel - des solutions naturelles" par Karine Ravier-Wrobel (2023).
- (105) Syndrome prémenstruel - Gynécologie et obstétrique - Édition professionnelle du Manuel MSD. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr>
- (106) Alimentation pour limiter le SPM. Disponible sur: <https://www.makemehealthy.fr/post/alimentation-syndrome-premenstruel>.
- (107) INSV (Institut National du Sommeil et de la Vigilance) - 10 recommandations de nos médecins du sommeil pour bien dormir. Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org>
- (108) Nowakowski S, Meers J, Heimbach E. Sleep and Women's Health. Sleep Med Res. 2013;4(1):1-22.
- (109) Aşçı Ö, Gökdemir F, Kahyaoğlu Süt H, Payam F. The Relationship of Premenstrual Syndrome Symptoms with Menstrual Attitude and Sleep Quality in Turkish Nursing Student. J Caring Sci. 1 sept 2015;4(3):179-87.

- (110) Sleepie - Quel temps de sommeil en fonction de l'âge. Disponible sur: <https://www.sleepie.fr/sommeil/temps-sommeil-age>
- (111) Al-Hmaid Y, Beni Yonis O, Alkhalili M, Kheirallah K. Premenstrual Syndrome's Impact on Work-Related Quality of Life Among Jordanian Nurses. *Cureus*. 2024 Feb 1;16(2):e53427. doi: 10.7759/cureus.53427. PMID: 38435204; PMCID: PMC10909070.
- (112) Choi SH, Hamidovic A. Association Between Smoking and Premenstrual Syndrome: A Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 26;11:575526. doi: 10.3389/fpsyt.2020.575526. PMID: 33324253; PMCID: PMC7725748.
- (113) Hashim MS, Obaideen AA, Jahrami HA, Radwan H, Hamad HJ, Owais AA, Alardah LG, Qiblawi S, Al-Yateem N, Faris MAE. Premenstrual Syndrome Is Associated with Dietary and Lifestyle Behaviors among University Students: A Cross-Sectional Study from Sharjah, UAE. *Nutrients*. 2019 Aug 17;11(8):1939. doi: 10.3390/nu11081939. PMID: 31426498; PMCID: PMC6723319.
- (114) Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. *Am J Epidemiol*. 2008 Oct 15;168(8):938-45. doi: 10.1093/aje/kwn194. Epub 2008 Aug 13. PMID: 18701443; PMCID: PMC2727205.
- (115) Les références nutritionnelles en vitamines et minéraux | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Disponible sur: <https://www.anses.fr>.
- (116) Saeedian Kia A, Amani R, Cheraghian B. The Association between the Risk of Premenstrual Syndrome and Vitamin D, Calcium, and Magnesium Status among University Students: A Case Control Study. *Health Promot Perspect*. 25 oct 2015;5(3):225-30.
- (117) Boyle NB, Lawton C, Dye L. The Effects of Magnesium Supplementation on Subjective Anxiety and Stress—A Systematic Review. *Nutrients*. 26 avr 2017;9(5):429
- (118) Fatemi M, Allahdadian M, Bahadorani M. Comparison of serum level of some trace elements and vitamin D between patients with premenstrual syndrome and normal controls: A cross-sectional study. *Int J Reprod Biomed*. 22 sept 2019;17(9):647-52.
- (119) Abdi F, Ozgoli G, Rahnemaie FS. A systematic review of the role of vitamin D and calcium in premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol Sci*. mars 2019;62(2):73-86.
- (120) Arab A, Rafie N, Askari G, Taghiabadi M. Beneficial Role of Calcium in Premenstrual Syndrome: A Systematic Review of Current Literature. *Int J Prev Med*. 2020 Sep 22;11:156. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_243_19. PMID: 33312465; PMCID: PMC7716601.
- (121) Abdi F, Amjadi MA, Zaheri F, Rahnemaei FA. Role of vitamin D and calcium in the relief of primary dysmenorrhea: a systematic review. *Obstet Gynecol Sci*. janv 2021;64(1):13-26.
- (122) Bahrami, A., Avan, A., Sadeghnia, H. R., Esmaeili, H., Tayefi, M., Ghasemi, F., ... Ghayour-Mobarhan, M. (2018). High dose vitamin D

- supplementation can improve menstrual problems, dysmenorrhea, and premenstrual syndrome in adolescents. *Gynecological Endocrinology*, 34(8), 659–663. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1423466>
- (123) Vidal - Complément alimentaire : Vitamine C. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/vitamine-c-acide-ascorbique.html>
- (124) Dynveo - Chrome : Bienfaits validés par la science et les dangers connus. Disponible sur: <https://www.dynveo.fr>
- (125) Steinberg S, Annable L, Young SN, Liyanage N. A placebo-controlled clinical trial of L-tryptophan in premenstrual dysphoria. *Biol Psychiatry*. 1999 Feb 1;45(3):313-20. doi: 10.1016/s0006-3223(98)00005-5. PMID: 10023508.
- (126) Vidal - Complément alimentaire : Chrome. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/chrome.html>
- (127) Santé Magazine - Tryptophane : définition, rôle, où en trouver, se supplémenter. Disponible sur: <https://www.santemagazine.fr>
- (128) Chapitre 13. HE en gynécologie, du livre Aromathérapie pour les soignants, par Anne-Laure Jaffrelo (2019) page 302-317. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/aromatherapie-pour-les-soignants>.
- (129) Mahboubi M. Evening Primrose (*Oenothera biennis*) Oil in Management of Female Ailments. *J Menopausal Med*. 2019 Aug;25(2):74-82. doi: 10.6118/jmm.18190. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31497576; PMCID: PMC6718646.
- (130) Nos missions - Médicaments à base de plantes et huiles essentielles - ANSM. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr>
- (131) Achillée — Le dictionnaire. Disponible sur: <https://dictionnaire.acadpharm.org>
- (132) Jenabi E, Fereidoony B. Effect of *Achillea Millefolium* on Relief of Primary Dysmenorrhea: A Double-Blind Randomized Clinical Trial. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015 Oct;28(5):402-4. doi: 10.1016/j.jpog.2014.12.008. Epub 2014 Dec 23. PMID: 26238568.
- (133) Achillée millefeuille –Règles irrégulières, abondantes et douloureuses. Disponible sur: <https://www.pharma-gdd.com>
- (134) Gattilier : bienfaits – Fertilité, SPM, endométriose et ménopause. Disponible sur: <https://www.pharma-gdd.com/fr/les-bienfaits-du-gattilier>.
- (135) Zamani M, Neghab N, Torabian S. Therapeutic effect of *Vitex agnus castus* in patients with premenstrual syndrome. *Acta Med Iran*. 2012;50(2):101-6. PMID: 22359078.
- (136) Verkaik S, Kamperman AM, van Westrhenen R, Schulte PFJ. The treatment of premenstrual syndrome with preparations of *Vitex agnus castus*: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Aug;217(2):150-166. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.028. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28237870.
- (137) European Medicines Agency - *Agni casti fructus* - herbal medicinal product. Disponible sur: <https://www.ema.europa.eu>

- (138) Nos missions - Médicaments à base de plantes et huiles essentielles - ANSM. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr>
- (139) Lavande — Le dictionnaire. Disponible sur: <https://dictionnaire.acadpharm.org/w/Lavande>
- (140) Goëb P, Pesoni D. Huiles essentielles: guide d'utilisation : 170 conseils pratiques, 50 huiles essentielles, 10 huiles végétales. Issy-les-Moulineaux: Éditions Ravintsara; 2010.
- (141) Bakhtshirin F, Abedi S, YusefiZoj P, Razmjooee D. The effect of aromatherapy massage with lavender oil on severity of primary dysmenorrhea in Arsanjan students. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015 Jan-Feb;20(1):156-60. PMID: 25709705; PMCID: PMC4325408.
- (142) Camomille romaine: les ressources génétiques françaises. Disponible sur: <https://www.iteipmai.fr/wp-content/uploads/2025/08/RG-CamoRomaine-2023.pdf>
- (143) Stroh, P.A. (2015). *Chamaemelum nobile* (L.) All. Chamomile. Bot. Soc. Br. Irel.
- (144) Sándor Z, Mottaghipisheh J, Veres K, Hohmann J, Bencsik T, Horváth A, Kelemen D, Papp R, Barthó L, Csupor D. Evidence Supports Tradition: The In Vitro Effects of Roman Chamomile on Smooth Muscles. Front Pharmacol. 2018 Apr 6;9:323. doi: 10.3389/fphar.2018.00323. PMID: 29681854; PMCID: PMC5897738.
- (145) Nos missions - Homéopathie - ANSM. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr>
- (146) Traitements homéopathiques du SPM. Disponible sur: https://www.homeoandcare.com/fr_fr/treatment/mastodynie
- (147) Bianchi V, El Anbassi S. Médicaments. 2e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2018.
- (148) Anti-inflammatoires non stéroïdiens. Disponible sur: https://facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits.pdf
- (149) Présentation des maladies mentales - Troubles mentaux - Manuels MSD pour le grand public. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com>
- (150) Haute Autorité de Santé - SPASFON. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
- (151) Zhuang Y, Zhu X, Huang LL. The effect of phloroglucinol on pain in first-trimester surgical abortion: a double-blind randomized controlled study. Contraception. 2010;81:157-60
- (152) AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique. Les traitements médicamenteux des troubles génitaux (en dehors de l'adénomyose), décembre 2005
- (153) HAS - Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1re ou 2e génération. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
- (154) Haute Autorité de Santé - Contraception hormonale orale : dispensation en officine. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
- (155) Vidal - UTROGESTAN. Disponible sur: <https://www.vidal.fr>
- (156) Vidal - DUPHASTON. Disponible sur: <https://www.vidal.fr>

- (157) COLPRONE | Posologie, effets secondaires
- (158) ANSM - Progestatifs et risque de méningiome : recommandations pour limiter ce risque. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr>
- (159) Syndrome prémenstruel - Gynécologie et obstétrique - Édition professionnelle du Manuel MSD
- (160) Pharmaco médicale - Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments>
- (161) Jespersen C, Lauritsen MP, Frokjaer VG, Schroll JB. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Aug 14;8(8):CD001396. doi: 10.1002/14651858.CD001396.pub4. PMID: 39140320; PMCID: PMC11323276.
- (162) Carlini SV, Lanza di Scalea T, McNally ST, Lester J, Deligiannidis KM. Management of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Scoping Review. Int J Womens Health. 21 déc 2022;14:1783-801.
- (163) Espace des sciences - Syndrome prémenstruel : un ennemi intime. Disponible sur: <https://www.espace-sciences.org>
- (164) Madmoizelle - Une étude mondiale se penche enfin sur le syndrome prémenstruel et ses conséquences (2022). Disponible sur: <https://www.madmoizelle.com>
- (165) Viva la Vulva - Nana France. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch>
- (166) SPM: splendeurs, peines et mystères du cycle menstruel. Disponible sur: <https://ici.tou.tv/spm-splendeurs-peines-et-mysteres-du-cycle-menstruel>
- (167) La Voix du Nord - "C'est comme si je me prenais des coups de couteaux dans le ventre" (2024). Disponible sur: <https://www.lavoixdunord.fr>
- (168) Johnston-Robledo I, Chrisler JC. The Menstrual Mark: Menstruation as Social Stigma. 2020 Jul 25. In: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson KA, Kissling EA, Roberts TA, editors. The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies. Singapore: Palgrave Macmillan; 2020. Chapter 17. PMID: 33347160.
- (169) Figert AE. Women and the ownership of PMS: the structuring of a psychiatric disorder. Soc Sci Med: 1996
- (170) Les travaux de l'Anses pour mieux connaître les perturbateurs endocriniens (2024). Disponible sur: <https://www.anses.fr>
- (171) Inserm - Perturbateurs endocriniens: des risques potentiels pour la santé humaine. Disponible sur: <https://www.inserm.fr>
- (172) Mpedia - Perturbateurs endocriniens : préserver les enfants. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/art-perturbateurs-endocriniens/>
- (173) Emergent life sciences research - Effect of modern food and lifestyle on human biological clocks and health: a review. Disponible sur: <https://www.emergentresearch.org.pdf>
- (174) Le Monde - Les troubles prémenstruels, enjeu négligé de santé publique, octobre 2022. Disponible sur: <https://www.lemonde.fr>

- (175) Åkerman E, Wängborg A, Persson M, Sörensdotter R, Klingberg-Allvin M. Navigating menstrual stigma and norms: a qualitative study on young people's menstrual experiences and strategies for improving menstrual health. *BMC Public Health*. 2024 Dec 17;24(1):3401. doi: 10.1186/s12889-024-20936-5. Erratum in: *BMC Public Health*. 2025 Mar 31;25(1):1212. doi: 10.1186/s12889-025-22328-9. PMID: 39690406; PMCID: PMC11654398.
- (176) Bulletin of the World Health Organization. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/53a2c124-1c06-4398-bb20-00a952503145/content>
- (177) Enquête "Dans ma culotte" (2021). Disponible sur: https://uploads-ssl.webflow.com/611bc4b42b945d20ab718407/615eceb70e6298852ebdf3c3_Enquete2021-Perception-grand-public-des-regles
- (178) Le Monde - Pourquoi la science tarde encore à s'intéresser aux règles, juillet 2019. Disponible sur: <https://www.lemonde.fr>
- (179) Suaidi, M.T.; Wong, P.K.; Mohd Tahir, N.A.; Chua, E.W. Community Pharmacists' Knowledge, Attitude, and Practice in Providing Self-Care Recommendations for the Management of Premenstrual Syndrome. *Medicina* 2020, 56, 181. <https://doi.org/10.3390/medicina56040181>
- (180) Well Conference: votre pharmacien au cœur de la santé des femmes avec @mon.gyneco. Le 01 avril 2025. Disponible sur: <https://app.livestorm.co/wellpharma/wellconference-4-votre-pharmacien-au-coeur-de-la-sante-des-femmes>
- (181) France 3 régions - "Le congé menstruel, c'était assez limitant" - mars 2025. Disponible sur: <https://france3-regions.franceinfo.fr>
- (182) France info - L'Espagne adopte une loi créant un "congé menstruel", une première en Europe, février 2023. Disponible sur: <https://www.franceinfo.fr>
- (183) Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2009 Apr;9(2):157-70. doi: 10.1586/erp.09.14. PMID: 19402804.
- (184) Où en est le congé menstruel en France et dans le monde ? – ohlesfemmes. Disponible sur: <https://www.ohlesfemmes.com/blogs/news>
- (185) Wojo blog. Congé menstruel en entreprise : où en est la France en 2026. Disponible sur: <https://www.wojo.com>
- (186) Le petit bulletin Lyon. Congé menstruel: l'État intime à Lyon et sa Métropole de suspendre le dispositif, publié en mars 2025. Disponible sur: <https://www.petit-bulletin.fr/>
- (187) Association between severe premenstrual disorders and change of romantic relationship, november 2024. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.032>
- (188) Loukzadeh Z, Eslamy N, Dehghan M, Houshang Mehrparvar A. The impact of premenstrual disorders on work disruptions among working women: A cross-sectional study. *Int J Reprod Biomed*. 2024 Mar 25;22(2):149-156. doi: 10.18502/ijrm.v22i2.15712. PMID: 38628782; PMCID: PMC11017212.

- (189) ScienceDirect - Explorative Evaluation of the Impact of Severe Premenstrual Disorders on Work Absenteeism and Productivity (2009). Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com>
- (190) Sex bias in pain management decisions | PNAS (2024). Disponible sur: <https://www.pnas.org/doi/10.1073>
- (191) Doctissimi - Inégalité choquante : les femmes moins bien traitées contre la douleur que les hommes selon une nouvelle étude. Disponible sur: <https://www.doctissimo.fr/sante>
- (192) Clue - Top 3 des mythes sur le SPM. Disponible sur: <https://helloc clue.com/fr/articles/spm-et-tdpm/top-3-des-mythes-sur-le-spm>
- (193) Clue - Les symptômes positifs du SPM. Disponible: <https://helloc clue.com/fr/articles/spm-et-tdpm/les-symptomes-positifs-du-spm>
- (194) Johnson SR. The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 1987 Jun;30(2):367–76
- (195) Romans S, Clarkson R, Einstein G, Petrovic M, Stewart D. Mood and the menstrual cycle: a review of prospective data studies. *Gend Med*. 2012;9(5):361–84.
- (196) Menstruations: le sang maudit - Charlie Hebdo (2025). Disponible sur: <https://charliehebdo.fr/2025/07/sciences/menstruations-le-sang-maudit/>
- (197) Le sexe féminin à la loupe (déformante) - Charlie Hebdo. Disponible sur: <https://charliehebdo.fr/2025/08/le-sexe-feminin-a-la-loupe-deformante/>
- (198) La femme chez Elle (1932). Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k992957q/f349.item.r=femme%20vaporeu se.zoom>
- (199) Le congé menstruel, vraie ou fausse bonne idée ? Enquête sur les difficultés à vivre ses règles au travail et l'attrait des salariées pour le congé menstruel - Ifop Group
- (200) Radio France - Dans l'oeil de Jean-Martin Charcot | France Culture (2014). Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture>
- (201) Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health*. 2006 Jan;9(1):41-9. doi: 10.1007/s00737-005-0103-y. Epub 2005 Sep 20. PMID: 16172836.
- (202) Livre Syndrome Prémenstruel: les solutions naturelles, du Docteur Bérengère Arnal, 2014. Éditions Thierry Souccar.

Liste des annexes

I. Annexe 1: Extrait d'une publicité du journal *La femme chez ELLE*, 1er janvier 1932 (198)

MALADIES DE LA FEMME



La Femme qui voudra éviter les Maux de tête, les Migraines, les Vertiges, les Maux de reins et autres maux qui accompagnent les règles, s'assurer des époques régulières, sans avance ni retard, devra faire un usage constant et régulier de la

JOUVENCE DE L'ABBÉ SOURY

De par sa constitution, la Femme est sujette à un grand nombre de maladies qui proviennent de la mauvaise circulation du sang. Malheur à celle qui ne se sera pas soignée en temps utile, car les pires maux l'attendent.

La JOUVENCE DE L'ABBÉ SOURY est composée de plantes inoffensives sans aucun poison, et toute femme soucieuse de sa santé doit, au moindre malaise, en faire usage. Son rôle est de rétablir la parfaite circulation du sang et de décongestionner les différents organes. Elle fait disparaître et empêche du même coup les Maladies intérieures, les Métrites, Fibromes, Tumeurs, Mauvaises suites de couches, Hémorragies, Pertes blanches, les Varices, Phlébites, Hémorroïdes, sans compter les Maladies de l'Estomac, de l'Intestin et des Nerfs qui en sont toujours la conséquence.

Au moment du retour d'âge, la femme devra encore faire usage de la JOUVENCE DE L'ABBÉ SOURY pour se débarrasser des Chaleurs, Vapeurs, Engorgements et éviter les accidents et les infirmités qui sont la suite de la disparition d'une formation qui a duré si longtemps.

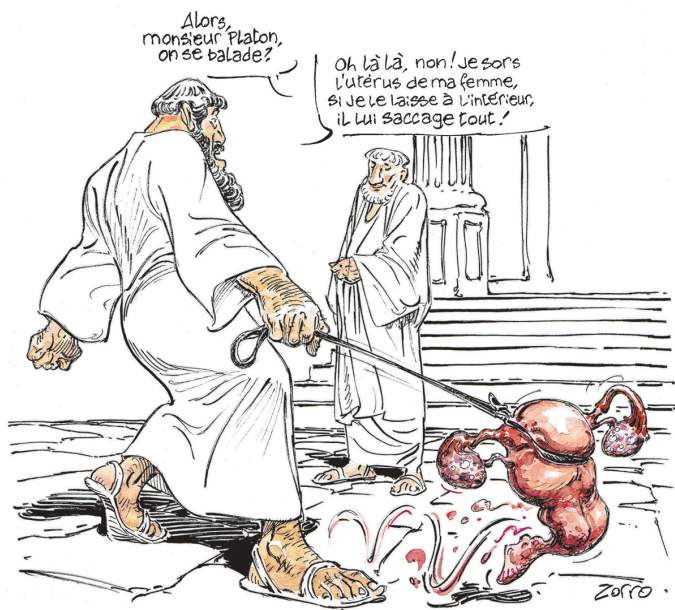
La JOUVENCE DE L'ABBÉ SOURY, préparée aux Laboratoires Mag. Dumontier, à Rouen, se trouve dans toutes les pharmacies.

PRIX : Liquide : 10 fr. 60 impôt compris, Le flacon ; Pilules : 10 fr. 60 impôt compris.

Bien exiger la véritable JOUVENCE DE L'ABBÉ SOURY qui doit porter le portrait de l'Abbé Soury et la signature Mag. Dumontier en rouge.

Aucun autre produit ne peut la remplacer.

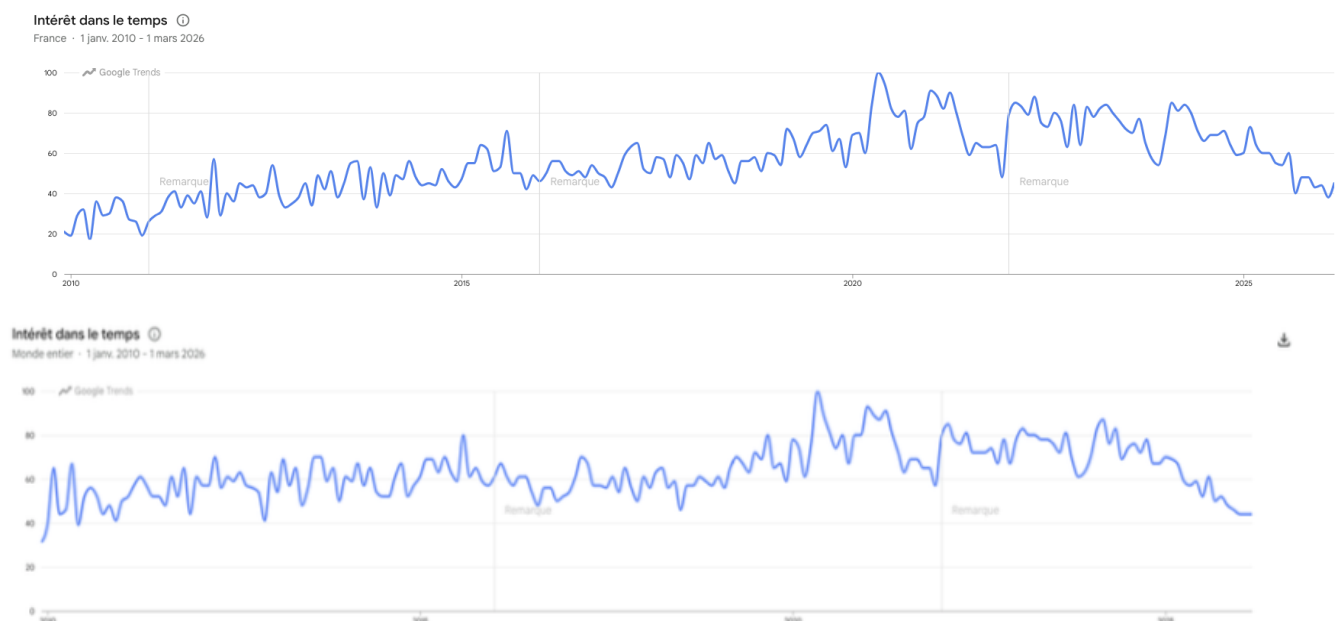
II. Annexe 2: Le sexe féminin à la loupe (débordante), par le journal Charlie Hebdo. Édition 1724 du 6 août 2025 (197).



**III. Annexe 3: Menstruations: le sang maudit, par le journal Charlie Hebdo.
Édition 1722 du 23 juillet 2025 (196).**



IV. Annexe 4: Évolution de la tendance des recherches du terme “syndrome prémenstruel” du 01/01/2010 au 01/03/2026 en France (en haut) et dans le monde entier (en bas) par Google trends



Université de Lille
UFR3S- Pharmacie
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2025/2026

Nom: Domenighetti

Prénom: Victoire

Titre de la thèse: Impact du syndrome prémenstruel sur la qualité de vie des femmes : vers une meilleure compréhension et prise en charge à l'officine

Mots-clés: cycle menstruel - prise en charge thérapeutique - rôle du pharmacien - santé des femmes

Résumé:

Longtemps relégué au rang de désagrément banal ou réduit à des clichés persistants, le syndrome prémenstruel demeure encore aujourd'hui un phénomène largement sous-estimé. Pourtant, pour de nombreuses femmes, ces manifestations peuvent profondément impacter le quotidien, les relations sociales et la qualité de vie.

Entre héritage historique, représentations culturelles et avancées scientifiques, la compréhension du cycle menstruel et de ses troubles a évolué au fil des siècles, révélant peu à peu la complexité d'un phénomène longtemps entouré de silence.

À la croisée de la médecine, des représentations sociales et de l'expérience vécue, ce travail invite à porter un regard nouveau sur le SPM, visant à améliorer la compréhension, la reconnaissance et à favoriser une prise en charge davantage adaptée aux réalités des femmes.

Membres du jury:

Maître de thèse: Mme Claire PINÇON,
Maître des Conférences des Universités (MCU) en
Biomathématiques, au sein de L'Université de Lille

Président: M. Benoit DEPREZ,
Professeur des Universités en Chimie bio-inorganique, au
sein de L'Université de Lille

Membre extérieur: Mme Sophie SERGENT-DECHERF,
Docteur en pharmacie. Pharmacienne adjointe au sein de
La pharmacie des 4 saisons au Touquet-Paris-Plage.