



Faculté de médecine

Année 2017/2018

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Sylvain GARNIER**

Né le 27 octobre 1988 à ORLÉANS (45)

---

### **Les dysménorrhées, une surprenante complexité en 2018 : enquête qualitative aux urgences gynécologiques de TOURS.**

---

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation médicale, médecine d'urgence, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Théodora BEJAN-ANGOULVANT, Pharmacologie clinique, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Annie JACQUET, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

**Professeur Alain POTIER, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours**

# Résumé

## Titre

Les dysménorrhées, une surprenante complexité en 2018 : enquête qualitative aux urgences gynécologiques de TOURS.

## Contexte

En 2018 les femmes étaient-elles condamnées à souffrir de règles douloureuses? Ce problème de santé était fréquent et persistait.

L'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens était consensuelle et efficace dans 80 à 85 % des cas. L'automédication, le faible recours aux thérapeutiques et aux professionnels de santé, le rôle de la famille et le désintérêt des professionnels étaient des facteurs de mauvaise prise en charge.

## Objectif

Que disaient de leurs douleurs les femmes qui ont consulté aux urgences gynécologiques de TOURS pour dysménorrhées?

## Méthode

Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a utilisé la trame d'entretien du McGill Illness Narrative Interview. Les patientes qui ont consulté aux urgences gynécologiques de TOURS pour dysménorrhées ont reçu une invitation postale à participer. Les mineures et les patientes ayant une pathologie sous-jacente connue ont été exclues.

## Résultats

450 patientes ont été incluses. 411 courriers ont été envoyés dont 58 non reçus. 10 patientes nous ont contactés, 8 entretiens ont été réalisés.

Les femmes parlaient principalement de 6 choses : Avoir vécu un événement traumatisant, leurs recours à la famille, une interrogation sur leur normalité, la consultation de professionnels de santé, la résignation face aux douleurs et le handicap provoqué par les douleurs.

## Discussion

Un vécu traumatisant aggravant les douleurs a été systématiquement trouvé. Les dysménorrhées rebelles questionnent l'existence d'un état de stress post traumatique (ESPT). Des études futures pourraient explorer les dysménorrhées rebelles comme symptôme d'un ESPT et proposer ainsi une prise en charge adaptée.

## Mots Clefs

Dysménorrhée, Douleur chronique, Troubles de stress post-traumatique, Maladies de l'appareil génital féminin.

# Abstract

## Title

Dysmenorrhea, a striking complexity in 2018: qualitative survey in the gynecological emergencies of TOURS.

## Context

In 2018, were women condemned to suffer from painful menstruations? This health issue was frequent and persistent.

The use of non-steroidal anti-inflammatory drugs was consensual and effective in 80 to 85% of the cases. Auto medication, the rare use of therapy and rare recourse to healthcare professionals, the role of the family and the indifference of the professionals were factors of bad coverage.

## Objective

What did women, who consulted in the gynecological emergencies of TOURS for dysmenorrhea, say about their pains?

## Method

This qualitative study was conducted through semi-directed interviews and used the pattern of the McGill Illness Narrative interview. The patients who consulted in the gynecological emergencies of TOURS for dysmenorrhea received a mailed invitation to participate. Minor patients and those having a known underlying pathology were excluded.

## Results

450 patients were included. 411 mails were sent among which 58 were not delivered. 10 patients contacted us, 8 interviews were conducted.

Women mainly spoke about 6 topics: having experienced a traumatizing event, recourse to their family, interrogation on their normality, consultation of healthcare professionals, their own resignation facing pains and handicap caused by these pains.

## Discussion

A traumatizing experience aggravating pains was systematically observed. Intractable dysmenorrhea questions the existence of a posttraumatic stress disorder (PTSD). Future studies could explore intractable dysmenorrhea as symptom of a PTSD and thus suggest an adapted coverage.

## Keywords

Dysmenorrhea, Chronic pain, Posttraumatic stress disorders, Female genital diseases.

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESSEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Christian BONNARD

Pr Philippe BOUGNOUX

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr Alain GOUDEAU

Pr Noël HUTEN

Pr Olivier LE FLOCH

Pr Yvon LEBRANCHU

Pr Elisabeth LECA

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Alain ROBIER

Pr Elie SALIBA

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles .....	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie

MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

---

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

LEBEAU Jean-Pierre

---

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

MALLET Donatien .....	Soins palliatifs
POTIER Alain .....	Médecine Générale
ROBERT Jean .....	Médecine Générale

---

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

BAKHOS David .....	Physiologie
BARBIER Louise .....	Chirurgie digestive
BERHOUE Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine .....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLON Antoine .....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste .....	Radiologie pédiatrique
PIVER Eric .....	Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille.....Médecine légale  
 ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire  
 SAUTENET Bénédicte.....Néphrologie  
 TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
 ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences  
 BOREL Stéphanie.....Orthophonie  
 DIBAO-DINA Clarisse.....Médecine Générale  
 MONJAUZE Cécile.....Sciences du langage - orthophonie  
 PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire  
 RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

---

RUIZ Christophe.....Médecine Générale  
 SAMKO Boris.....Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

BOUAKAZ Ayache.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
 CHALON Sylvie.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
 COURT Y Yves.....Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100  
 DE ROCQUIGNY Hugues.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259  
 ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
 GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282  
 GOUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001  
 GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
 HEUZE-VOURCH Nathalie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
 KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
 LAUMONNIER Frédéric.....Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253  
 LE PAPE Alain.....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100  
 MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001  
 MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259  
 PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
 RAOUL William.....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001  
 SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
 WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire.....Orthophoniste  
 GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier  
 PERRIER Danièle.....Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

LALA Emmanuelle.....Praticien Hospitalier  
 MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.



# Remerciements

Aux femmes qui m'ont accordé leur confiance en participant à ce travail.

À Monsieur le Professeur Alain POTIER, nous avons réussi! Et en travaillant toujours avec plaisir.

À Monsieur le Professeur Henri MARRET, merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

À Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN, je suis heureux de pouvoir vous présenter une nouvelle fois mon travail et de recevoir votre jugement.

À Madame le Professeur Théodora BEJAN-ANGOULEVANT, merci d'avoir accepté de me donner votre avis.

À Madame le Docteur Annie JACQUET, vous m'avez transmis votre passion pour la gynécologie. Merci d'accepter de juger mon travail.

À Monsieur le Docteur Thierry BOUQUINET, pour le modèle que vous représentez et sans qui je ne serais surement pas médecin aujourd'hui.

À ceux qui m'ont aidé pour réaliser cette thèse. À Laurence pour le courrier. À Leslie pour la triangulation. Au personnel de la faculté de médecine et de la bibliothèque universitaire pour la mise à disposition de salle pour les entretiens.

À tous les professionnels qui ont rythmé mes études en guidant ma pratique. Par ces bons souvenirs vous exercez quotidiennement à mes côtés. En particulier mes maîtres de stage en médecine générale : les Docteurs Isabelle ROLIN, Bernard RICHON et Hicham EL GHERRAK. Et tant d'autres rencontres (Gilles, Momo, Madani, Hippolyte, Didier, Ferhat, Alain, Olivier, Fatma, Dr BARRAULT, Dr DEBAT, Dr MANKIKIAN, Dr GAROT, Dr LEGRAS, Dr RIPAULT, Dr COUSIN, Dr DOUSTIN, Dr JARRY, les équipes des urgences d'Amboise et des urgences gynécologiques de TOURS, Jojo, Marielle, Cécile, Véro...)

À ma famille, pour son soutien inconditionnel,

À Audrey et à mes amis, pour être vous-mêmes et pour votre présence des bons jours comme des autres. Éloïse, Marion, Tristanus, Valou...

# Table des matières

Résumé .....	2
Abstract.....	3
Liste des enseignants .....	4
Serment d’Hippocrate .....	8
Remerciements .....	9
Table des matières .....	10
Introduction.....	11
Matériel et méthode.....	12
Résultats .....	13
Discussion .....	19
Bibliographie.....	22
Annexes .....	24
Figure 1 - Flowchart .....	24
Figure 2.....	25
Autorisation CNIL .....	26
Autorisation CCTIRS .....	26
Lettre d’information .....	27
Trame d’entretien MINI .....	28

# Introduction

En 2018 l'acquisition de la sexualité condamnait-elle les femmes à souffrir?

Les dysménorrhées ont longtemps été mal comprises, ignorées et banalisées par le corps médical (1). L'étymologie, Dys-Méno-Rrhée, signifiant écoulement difficile des règles, expliquait l'étiologie mécanique retenue (2). Pour favoriser l'écoulement, il était recommandé de se tenir droite ou de faire de l'activité physique (3). Les dysménorrhées non expliquées étaient idiopathiques ou nerveuses et attribuées à l'hystérie (4).

En 2018 les dysménorrhées étaient définies par la douleur qui accompagnait l'expulsion du sang cataménial (5). Les prostaglandines participaient à cette douleur (6). L'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) était consensuelle en première intention avec un niveau de preuve de grade IA (7,8). Ce traitement était jugé efficace (9) et permettait un soulagement des douleurs dans 80 à 85 % des cas (6). En cas d'inefficacité des AINS il existait une escalade thérapeutique (10).

La douleur résistait à cette toute puissance thérapeutique. 25 % des femmes en âge de procréer souffraient de dysménorrhées (11). Cela était expliqué par l'automédication (1,11), l'usage de la douleur comme excuse (1), le désintérêt des médecins (11-13) et un faible recours aux thérapeutiques et aux médecins (8,11,12). Les dysménorrhées restaient dans le cercle familial ou amical et 52 % des femmes dysménorrhéiques désiraient être mieux informées (1,11). Ce manque de connaissance participait à la faible médicalisation (12,14). Une histoire familiale de dysménorrhées était un facteur de risque principal d'en souffrir (8,15). Les règles étaient synonymes de douleurs et les dysménorrhées vécues comme une fatalité (1,16). Le handicap et le retentissement socioprofessionnel des dysménorrhées étaient importants (1,16). Les urgences étaient un lieu de consultation habituel pour dysménorrhées (17).

Que disaient de leurs douleurs les femmes qui ont consulté aux urgences gynécologiques de TOURS pour dysménorrhées?

## Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Le questionnaire McGill Illness Narrative Interview (MINI) a été utilisé.

Les patientes majeures qui consultaient aux urgences gynécologiques de TOURS pour dysménorrhées ou toute notion de saignement génital douloureux étaient invitées à participer. N'ont pas été retenues les patientes qui se présentaient explicitement avec une pathologie connue telle que : endométriose, infection, kyste ovarien, grossesse compliquée ou suite de couche.

Les patientes éligibles recevaient une invitation postale incluant une notice d'information nominative. Cette notice à l'entête du CHRU de TOURS ne mentionnait pas leur consultation aux urgences. Elle expliquait les conditions d'une future rencontre et le caractère anonyme et volontaire de la participation. La notice d'information était signée par le département universitaire de médecine générale de TOURS. Elle a été précisée en cours de recrutement. Les patientes volontaires ou en demande d'information étaient invitées à contacter le chercheur par téléphone ou email.

Un entretien était fixé à la faculté de médecine de TOURS ou à sa bibliothèque universitaire. Les entretiens commençaient par une présentation mutuelle et le recueil du consentement écrit. Le terme à utiliser pour nommer le problème de santé était discuté au préalable. Une fois l'audio enregistrement débuté, la trame d'entretien en langue française du MINI était utilisée (18).

Les audio enregistrements étaient transcrits informatiquement avec le logiciel Pages 7.3. Les retranscriptions étaient imprimées pour permettre un codage thématique selon la méthode "des tables longues". Une analyse des verbatims par un chercheur indépendant a été réalisée.

Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration simplifiée à la CNIL numéro : 2025746v0. Cette étude qui s'intéressait à la sexualité, a reçu un avis favorable du CCTIRS numéro : 16-867.

# Résultats

## De manière liminaire

450 patientes ont consulté entre le 31/08/2016 et le 26/04/2017 pour leur dysménorrhée. Le diagramme conduisant aux 8 entretiens menés a été représenté en figure 1. Les entretiens ont duré entre 46 et 85 minutes et en moyenne 71 minutes. La suffisance des données a été obtenue au 5<sup>e</sup>.

## Résultats principaux

Les femmes interviewées sur leurs règles douloureuses parlaient principalement de 6 choses : Avoir vécu un événement traumatisant, leurs recours à la famille, une interrogation sur leur normalité, la consultation de professionnels de santé, leur résignation face aux douleurs et le handicap provoqué. Ces résultats ont été schématisés (figure 2).

### Un traumatisme aggravant les douleurs

Dans le vécu traumatisant, la plupart des femmes exprimaient une rupture avec l'attendu « *je ne voulais pas en arriver jusque là, ça m'avait fait très mal au cœur* » ; « *depuis le décès de mon compagnon c'est encore pire* » ; « *Donc là on met les deux pieds dans la vie d'adulte* ».

Une grande partie des femmes disaient ne pas avoir eu le choix « *Parce que je ne voulais pas! Et il était vivant et en bonne santé. [...] Il n'y avait pas besoin d'arrêter! Et on m'a forcée!* » ; « *Et après c'est mes parents qui ont choisi. Je n'ai pas eu le choix de dire quelque chose.* ».

La moitié des femmes parlaient de la violence qu'elles avaient ressentie lors de cette situation traumatisante « *ce jour où il a appuyé sur mon ventre. J'étais à 4 mois et demi de grossesse. Il a appuyé très fort, je n'ai jamais compris ce geste. Et c'était là que j'ai commencé à avoir ces douleurs.* » ; « *Du coup je prenais des antirétroviraux parce que je m'étais faite agressée! Je vous l'ai dit tout à l'heure je n'ai pas envie de rentrer dans les détails. Mais j'ai pris des antirétroviraux parce que je m'étais faite A-gré-ssée! [...] Je préfère ce terme!* » ; « *Parce que mon compagnon me tapait dessus. Et du coup... Les règles ont toujours été un peu... [...] En fait la douleur augmente au fil du temps où je vis des choses stressantes* » ; « *"Vous verrez ça ira mieux quand vous aurez fait des enfants."* [...] *Donc si je n'en fais pas ben démerdez vous!* »

La grossesse était quasi unanimement décrite comme un facteur fragilisant « *je me disais peut-être que c'est lié à la grossesse? Beaucoup de femmes après la grossesse ont ce genre de problèmes, mais après ça doit disparaître.* » ; « *Est-ce que ça a fragilisé quelque chose? [...] Après quand ça s'est remis en place ça s'est peut-être pas bien remis en place!* » ; « *Après je dirai que ça a toujours été plus ou moins douloureux... Et que ça l'est devenu après la première grossesse* ».

Quelques femmes utilisaient le terme de “grossesse difficile” « *Donc c’était une grossesse à la fois physiquement et moralement très difficile à vivre.* » et faisaient référence à la résignation d’une grossesse attendue comme thérapeutique « *Je m’attendais à ce que justement, peut-être... On m’avait dit “bon tu verras après un enfant ça change quand même” le corps change.* ».

Parfois “grossesse difficile” était utilisée pour parler d’une fausse couche. Les règles rappelaient mensuellement ce traumatisme et conduisaient à s’interroger sur la normalité du sang « *C’est encore plus difficile pour moi qui ai fait une fausse couche. [...] À chaque fois que j’ai mes règles maintenant j’y pense en fait* ».

Quelques femmes décrivaient un sentiment de vulnérabilité « *Je ne peux pas vraiment me défendre vu dans l’état dans lequel je me trouve* ».

Plusieurs femmes se plaignaient d’isolement ou du manque de leur conjoint en parlant du vécu traumatisant. Cela amplifiait le sentiment de fatigue et le handicap lié aux règles douloureuses « *Donc beaucoup de gens sur lesquels je comptais et qui étaient au courant de la situation avaient choisi de me tourner le dos. Voilà j’étais enceinte, [...] et lui j’avais décidé de m’en séparer.* » ; « *Je voulais voir mon ami. Et il n’était pas là. Donc c’est ça qui m’a foutu un peu dans le moral. Ce traumatisme on l’a toujours même si on l’a rangé.* »

Toutes les femmes décrivaient une aggravation des douleurs de règles après ce vécu traumatisant. Quelquefois l’existence d’un intervalle libre entre le traumatisme et l’amplification des douleurs était explicitée « *Je dirai, après ma grossesse, après mon accouchement. Quatre mois après mon accouchement. Après la douleur s’intensifiait tous les mois* » ; « *Je me suis faite agresser un mois avant* » .

## **Une famille toujours délétère**

Dans le recours familial, toutes les femmes expliquaient rechercher des informations sur les règles douloureuses « *je me renseignais soit à mes sœurs soit à ma mère* » ; « *Et du coup ma petite sœur quand elle a eu ses règles c’est moi qu’elle est venue voir* » ; « *Et puis j’en avais aussi discuté avec ma mère [...]* ».

Elles disaient systématiquement avoir appris par leur famille les règles comme un tabou « *c’était sale donc on en parlait pas* » ; « *Des enfants qui n’osent pas demander à leurs parents. Ils gèrent avec ce qu’ils peuvent.* »

Certaines femmes précisaient que ce tabou était encore plus fort vis à vis des hommes « *Ouais ma mère... C’était en cachette! Il ne fallait pas que mon frère le voit. [...] Il y avait un tabou! Donc une femme quand elle était réglée c’est comme si on était des pestiférées* ».

Le recours familial était toujours vecteur d’une transmission de mythes « *Il m’est arrivé un matin où j’ai bu beaucoup de thé sucré. [...] J’ai eu une douleur à me plier. [...]*

*c'est quand même un peu vrai ce que ma mère me disait » ; « Et j'ai ma mère qui m'a dit que ça arrive à beaucoup de jeunes filles sauf que ça peut partir dès la première grossesse » ; « J'ai malheureusement dans ma famille l'expérience des femmes avant moi! Qui ont toutes eu des règles douloureuses. Et qui m'ont dit "en soi c'est pas grave. C'est super gênant mais c'est pas grave. Et ça passera quand tu auras des enfants!" Je ne veux pas d'enfant! » et d'un apprentissage de remèdes sur les règles douloureuses « Ma mère me disait il faut boire beaucoup d'eau » ; « Elle m'a amenée chez une dame. Qui.. était guérisseur. Qui m'avait fait manger des herbes ».*

Quelques femmes décrivaient l'existence de rituels familiaux accompagnant l'arrivée des règles. Ces rituels participaient au vécu traumatisant *« Moi quand je les ai eu je me suis cachée. Je l'ai pas dit à ma mère. J'ai appelé mon beau père pour lui dire. Ce qui fait que le week-end d'après j'étais à une fête avec plein de gens. Et tout le monde m'a dit "alors ça y est tu es une petite femme maintenant!" Alors quand vous avez onze ans et demi vous aimez pas. »*.

Habituellement les femmes disaient que le recours familial leur avait appris qu'il allait falloir faire avec les douleurs de règles *« Ma mère me disait : "ce n'est pas la peine d'aller voir un médecin, je sais ce que tu as. Ça va passer." Donc je me soignais à la maison » ; « On ne peut pas faire grand chose de plus pour toi. Tu en as pour 50 ans. Il va falloir que tu apprennes à prendre sur toi. » ; « On apprend dès le début que ça va être compliqué. »*. Cela diminuait leurs interrogations sur la normalité des douleurs, donc le recours médical et favorisait la résignation *« Je l'ai vécu un peu comme une fatalité. Je me suis jamais posé de questions parce qu'on m'apportait des réponses et j'ai fait avec! »*.

Rares sont les femmes évoquant la place des hommes dans le recours familial.

### **Suis-je bien normale?**

Concernant le rapport à la norme, la majorité des femmes s'interrogeaient sur la normalité du sang menstruel *« Oui, ça m'a paru anormal. Et puis la quantité de sang, la couleur, les odeurs. » ; « Je suis arrivée aux urgences, parce que entre les règles douloureuses, les caillots, les pertes de sang qui sont de plus en plus abondantes! »*.

Elles disaient habituellement s'être comparées entre collègues ou amies *« beaucoup de femmes ont fait cette remarque [...] » ; « J'ai demandé à une amie qui est assistante médicale. [...] Aussi intense que ça, il n'y a pas! »*.

Il en résultait quelquefois un sentiment d'injustice si elles ne trouvaient pas de cas comparable *« Il y avait un sentiment d'injustice! De me dire, alors pourquoi moi déjà? [...] alors que toutes mes copines c'est cool »*.

Pour la plupart des femmes, le dépassement d'un seuil de douleur considéré comme acceptable était source de questionnements *« Je suis venue aux urgences, parce que la*



*douleur au bout d'un moment... Même avec les médicaments... Ça ne faisait plus effet... » ; « Et c'était de pire en pire et j'étais de plus en plus mal donc je me suis dit merde il y a un truc qui va pas ».*

Ces interrogations faisaient toujours craindre l'existence d'une pathologie sous-jacente *« Je craignais une torsion de kyste, ou bien une rupture. » ; « Si ça se trouve ça n'est pas juste des règles douloureuses... »* et produisaient de l'anxiété *« Quand ça arrivait je pouvais être n'importe où. » ; « Une douleur de règles ça peut engendrer tellement d'anxiété ».*

L'anxiété et la crainte d'une pathologie sous-jacente favorisaient la consultation de professionnels de santé.

### **Des professionnels de santé décevants**

Concernant les consultations médicales, les femmes évoquaient principalement 3 choses : la peur du jugement, leur recours à la médecine générale et l'inutilité des consultations.

Une femme sur deux avait d'autant plus peur d'être jugée lorsque le médecin était un homme et les consultations rapprochées *« c'est encore elle » ; « Il y a les hommes médecins qui non pas la banalisent, mais comme ils ne savent pas quoi en faire, la sacralisent presque. » « Sans mettre tous les hommes dans le même panier [...] n'étant pas une femme et ne vivant pas la chose. Ils ont pas conscience de l'état dans lequel on peut être dans ces moments là. ».*

La peur du jugement était plus importante si les règles étaient un tabou notamment dans l'éducation familiale *« C'était des choses qu'on ne parlait pas. [...] donc les gens souffrent en silence! »* .

Les freins à la consultation du généraliste ont toujours été abordés. L'absence de spécialité en gynécologie était habituellement citée *« Mais qu'est ce qu'il peut faire lui? Il n'est pas gynécologue? » « On sent bien la différence entre un médecin traitant et un gynécologue. ».*

Le manque de temps et d'écoute ont été exprimés par une grande partie des femmes *« Son médecin n'en avait rien à foutre » ; « En clair je ne peux rien pour vous. Donc je pense que là j'ai arrêté d'insister parce que j'avais l'impression de presque l'agacer. »*

Une femme a expliqué sa réticence à consulter son médecin traitant concernant la sphère gynécologique, préférant confier cette prise en charge à un médecin qui la connaît moins et qui la verra moins souvent *« Je préfère dissocier. C'est mon médecin traitant je suis appelée à le voir souvent. Je ne préfère pas qu'il s'occupe de cet aspect là. ».*

Au contraire, deux femmes soulignaient l'importance de leur généraliste dans la prise en charge de leurs douleurs et le justifiaient par l'implication et l'écoute du professionnel consulté *« Il m'a dit qu'il me comprenait. » ; « Il était très empathique. ».*



Habituellement les consultations étaient vécues comme inutiles surtout quand la réponse apportée était jugée inadaptée « *La dame était pressée de se débarrasser de moi. Elle m'a dit c'est des règles douloureuses, il n'y a rien!* » ; « *Vous me faites chier, vous avez mal au ventre je ne peux rien pour vous!* » ; « *J'étais dans l'idée pas d'accord de prendre une contraception. [...] Voilà pas adaptée.* ».

Plusieurs femmes disaient ne pas admettre que leurs douleurs de règles puissent être qualifiées de normales « *C'était normal d'avoir mal. C'était des règles douloureuses point* » ; « *Essayer de ne pas dire aux femmes que c'est rien. Que ça va passer. Il ne faut pas être méprisant.* ».

Une faible efficacité des thérapeutiques, la méfiance envers les médicaments et le manque d'écoute du praticien étaient cités par la majorité comme renforçant le sentiment d'inutilité des consultations « *tout est bon à essayer... Mais si ça ne marche pas!* » ; « *A long terme c'est mauvais pour la santé.* » ; « *Et puis les médecins les règles ça ne les passionnent pas! Ils s'en fichent!* ».

Le sentiment d'inutilité des consultations amplifiait la résignation face aux douleurs « *On va vivre comme ça toute notre vie et puis advienne que pourra.* ».

Cependant, deux femmes soulignaient leur expérience positive. Elles évoquaient l'importance d'une relation médecin malade de qualité « *Je me suis sentie effectivement soutenue...* ».

### **La douleur, une impasse**

Toutes les femmes interrogées exprimaient de la résignation face aux douleurs. “C’est comme ça” et “être une femme” étaient deux expressions rencontrées dans l’intégralité des discours « *C'était comme ça, je suis une femme donc je dois faire avec* » ; « *Les règles sont douloureuses c'est comme ça!* ».

Les femmes disaient habituellement attendre la ménopause « *Je m'étais fait une raison. J'attends la ménopause* ». ; « *Et ça sera comme ça jusqu'à ce que je sois ménopausée! Ménopause que j'attends avec impatience finalement.* ».

Une femme sur deux exprimait son sentiment d'avoir épuisé toutes les solutions « *On a tout essayé. [...] Et depuis, plus ça va pire c'est.* » ; « *J'étais blasée. Honnêtement j'en parlais même plus parce que vu qu'à chaque fois j'avais les mêmes réponses et les mêmes discours...* ».

La plupart des femmes ressentaient la déception d'une grossesse qu'elles avaient attendue comme thérapeutique « *Après vous verrez ça coule tout seul*” [...] *c'était pareil! Il n'y a pas eu de changement.* » .

Quelquefois les femmes se demandaient si elles n'étaient pas un cas à part « *J'ai même eu un implant. [...] Ma gynécologue m'avait donné un pourcentage pour lequel ça ne changeait rien. Et bien j'étais dedans* ».

### **Un retentissement quotidien**

Concernant le handicap provoqué par les règles douloureuses, une grande part des femmes rapportaient souffrir de sautes d'humeur et d'une dévalorisation de l'image de soi « *Ce côté un peu dépressif, on est toutes à le vivre. C'est l'hypersensibilité. C'est pleurer...* » ; « *Je me sens grosse tout ça. J'ai moins ce problème d'image en dehors des règles* ».

Certaines évoquaient la nécessité de cacher ce handicap qui pourrait leur porter préjudice « *Même quand elles ont besoin d'un arrêt parce qu'elles ont vraiment très très mal! Je pense qu'elles mettent une autre excuse d'arrêt maladie* », et souvent par rapport aux hommes « *Si c'est un homme on ne dit pas règle. Car aussi il y a le fait que les hommes vont s'en servir pour justifier je ne sais quoi.* » ; « *J'espère que mon compagnon va s'adapter. [...] Donc il faudrait du coup que j'essaie de ne pas gémir, de ne pas bouger dans tous les sens dans le lit* ».

Plusieurs femmes disaient ressentir une fatigue handicapante « *Pendant mes règles je suis très très fatiguée, je suis juste épuisée.* ».

Souvent, cette fatigue était en conflit avec les impératifs d'une femme active « *Je ne peux plus m'offrir le luxe d'être malade, de rester au lit [...].* » ; « *Et même dans mon travail je vais avoir tendance à... être moins disposée à être patiente.* ».

La plupart des femmes souhaitaient affirmer leur aptitude à endurer des douleurs intenses « *Enfin comme je suis migraineuse j'ai l'habitude de gérer de fortes douleurs. Et après l'accouchement donc, puisque j'ai accouché sans péridurale...* » ; « *Parce que franchement ça fait super mal et ayant déjà accouché je sais ce que ça fait.* » ; « *Je pense que ça se voit! Entre les tatouages et les piercing, je ne suis pas douillette!* ».

# Discussion

## À propos de la méthode

Le recrutement par courrier postal a été choisi pour son accessibilité et son éthique : les patientes étant contactées de façon nominative et donc confidentielle. Un recrutement prospectif aux urgences aurait nécessité plus de temps et l'investissement des équipes.

Un taux de réponse faible était a priori attendu et il n'y avait pas d'étude similaire pour comparer la participation.

Le caractère habituellement provisoire de la vie en foyer rendait la réception du courrier aléatoire. Il pouvait mettre en difficulté les destinataires qui ont de ce fait été écartées de l'étude.

Les mineures ont été exclues pour des raisons d'éthique et de faisabilité. Il n'y a pas eu de perte d'information car les femmes interviewées ont exprimé leur expérience d'adolescente.

La modification de la notice d'information (à partir du 153<sup>e</sup> envoi) pour préciser le caractère anonyme, n'a pas eu d'effet sur le taux de réponse : la déclaration d'anonymat n'était probablement pas responsable du faible taux de réponse.

Les freins à participer exprimés étaient : la nécessité d'un entretien physique (distance, absence de moyen de transport, contrainte de temps) et l'appréhension à s'entretenir avec un inconnu sur un sujet sensible.

L'étude s'intéressait aux femmes qui ont consulté aux urgences gynécologiques car c'est un lieu habituel de consultation pour dysménorrhée (17). A posteriori, ce choix est efficace car un nombre suffisant d'entretiens a été réalisé malgré un taux de réponse faible.

Le recrutement était varié sur les critères habituels (âge, catégorie socioprofessionnelle). Cet échantillon raisonné rend légitime la suffisance des données.

Le MINI a été utilisé conformément à la description faite par Groleau et al. Le positionnement social (religion, orientation sexuelle...) n'a pas été approfondi, car il ne correspond pas aux habitudes françaises. Ces questions inadéquates impliqueraient une perte d'information. De plus notre enquête tourangelle n'évoque aucun contexte ethnique ou politique particulier (18).

Le MINI est un outil validé dans le questionnement d'un symptôme (18). Contrairement au guide d'entretien d'une méthode qualitative habituelle, il n'autorise pas d'évolution de sa trame selon les réponses apportées (grounded theory). Ce questionnaire fixe, appliqué aux dysménorrhées, a produit des récits riches et nuancés. Les multiples axes de questionnement agissant comme un fin tamis, ont présenté l'avantage de révéler des expériences exhaustives et détaillées.

Malgré cette contrainte formelle les femmes interrogées ont exprimé des informations non attendues et surtout non demandées. Certaines n'étaient pas connues de la littérature. La suffisance précoce des données illustre l'efficacité du MINI. Bien que la trame d'entretien soit fixe, il était logique d'obtenir des réponses variées par l'utilisation de questions ouvertes. Le MINI simplifie la direction d'entretiens semi-dirigés pour un utilisateur peu entraîné : dans ses questions ouvertes il suggère les axes de questionnement utiles sans influencer le fond.

Une analyse indépendante des verbatims a été faite en parallèle par un autre chercheur. Cette triangulation a montré un haut niveau de congruence.

## À propos des résultats

La suffisance des données a été obtenue au cinquième entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer et affiner la conceptualisation.

D'autres études qualitatives évoquant le même sujet trouvent des résultats comparables (14,16). Exception faite du concept de traumatisme aggravant les douleurs qui n'est pas connu de la littérature.

Lors de l'analyse initiale des verbatims, deux groupes de femmes existaient : celles ayant vécu un traumatisme responsable d'une nette aggravation des dysménorrhées et celles ayant des douleurs constantes depuis l'adolescence.

Le travail du concept de "vécu traumatisant" a fait émerger des verbatims s'y rapportant dans les deux groupes. Toutes les femmes interrogées racontent la même histoire. Celle d'un avant et d'un après accompagné d'une majoration des douleurs. Par analogie des verbatims, l'existence d'un traumatisme non déclaré a été avancée dans le 2<sup>e</sup> groupe. Le traumatisme déclenchant reste parfois supposé voir inconnu du chercheur mais les verbatims laissent peu de place à l'interprétation (« *est-ce que ça a fragilisé quelque chose ?* » ; « *j'avais à peine mes règles que je rentrai dans la vie de femme...* » ).

La découverte du fait traumatisant dans chaque discours relie les participantes et crée un groupe unique homogène. Il est aussi un facteur explicatif de toutes ces histoires en échec de prise en charge. Cette découverte ouvre la possibilité intéressante d'une future prise en charge.

La notion d'un avant et d'un après avec intensification des douleurs conduit à faire un parallèle avec l'état de stress post traumatique (ESPT) tant sur le plan historique que séméiologique.

L'ESPT est construit par l'étude de patients présentant des états pathologiques non identifiés par rapport aux situations qu'ils ont vécues. Ses critères diagnostiques continuent d'évoluer avec les sociétés et les tableaux cliniques qui s'en rapprochent. Une prise en charge spécifique est rendue possible par son diagnostic.

Pour les femmes de l'étude, de nombreux éléments de définition du DSM-V sont présents : Le critère A est parfois explicite. Parfois le traumatisme est subjectif et fait référence au critère A2 du DSM-IV. Les critères B, D, F et G sont abondamment décrits.

Concernant le critère E, seules l'irritabilité et la colère ont été décrites.

La notion d'intervalle libre propre à la définition du DSM-IV a été exprimée par certaines femmes.

Les critères manquants peuvent être imputés à un défaut de la méthode. Le MINI n'est pas élaboré pour rechercher un ESPT. Ses différents axes d'exploration agissent comme un peigne fin qui a fait apparaître plusieurs éléments compatibles avec un ESPT. Cette donnée étant apparue après l'analyse des entretiens, le mode d'entretien n'a pas été conduit pour susciter les critères manquants.

## **Conclusion**

La définition de L'ESPT est récente et en changement permanent selon les présentations cliniques qui s'y rattachent. Faut-il dans une future version y inclure les dysménorrhées rebelles à part entière?

Les femmes souffrant de dysménorrhées rebelles à une prise en charge habituelle questionnent l'existence d'un ESPT. D'une situation de non-pathologie frustrant patientes et médecins, une pathologie identifiée et traitable pourrait apparaître.

## **Travaux futurs**

L'ESPT chez les patientes souffrant de dysménorrhées rebelles doit être exploré. L'étude d'une prise en charge du type TCC appliquée aux dysménorrhées réfractaires pourrait être intéressante.

# Bibliographie

1. Blondel Vendé P, Yrles J-C. La dysménorrhée de l'adolescente: à propos d'une enquête descriptive auprès de 907 lycéennes de l'agglomération rouennaise. France; 2015.
2. Littré - dysménorrhée - définition, citations, étymologie [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.littre.org/definition/dysm%C3%A9norrh%C3%A9e>
3. Walt Disney. The Story Of Menstruation [Internet]. 2009 [cité 23 avr 2016]. Disponible sur: [https://www.youtube.com/watch?v=eLhld\\_PI2zg](https://www.youtube.com/watch?v=eLhld_PI2zg)
4. Berthier P (1830-1877). Des névroses menstruelles, ou La menstruation dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales / par le Dr Berthier,... [Internet]. 1874 [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76899z>
5. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=dysmenorrhee>
6. CNGOF. Les dysménorrhées et leur traitement médical [Internet]. 2005 [cité 23 juin 2016]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2005\\_GM\\_137\\_pelissier.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GM_137_pelissier.pdf)
7. Prescrire. Prescrire - Tous les articles en Une: Archive Règles douloureuses : pas de flurbiprofène en automédication'', 1er mars 2012 [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/47773/0/2012/ArchiveNewsDetails.aspx>
8. SOGC. Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire [Internet]. 2005 [cité 2 avr 2016]. Disponible sur: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui169FCPG0512F.pdf>
9. Marjoribanks J, Proctor M, Farquhar C, Derks RS. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001751.pub2>
10. C. Duflos-Cohade. Dysménorrhées à l'adolescence. Rev Prat Médecine Générale. nov 2012;26(889):736-7.
11. Graz B, Savoy M, Buclin T, Bonvin E. Dysménorrhée: patience, pilules ou bouillotte? Rev Med Suisse. 2014;10:2285-2288.
12. Sultan C, Jeandel C, Paris F, Trimeche S. Adolescent dysmenorrhea. Endocr Dev. 2012;22:171-80.
13. France culture. Collection Témoignages : Maltraitance gynécologique [Internet]. France Culture. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>
14. Wong LP. Premenstrual syndrome and dysmenorrhea: urban-rural and multiethnic differences in perception, impacts, and treatment seeking. J Pediatr Adolesc Gynecol. oct 2011;24(5):272-7.

15. Aktaş D. Prevalence and Factors Affecting Dysmenorrhea in Female University Students: Effect on General Comfort Level. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. août 2015;16(4):534-43.
16. Mainguet A. L'adolescente et ses menstruations: vécu et représentation à travers le temps et les cultures [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2006.
17. Alouini S, Mesnard L, Coly S, Dolique M, Lemaire B. Urgences gynécologiques : nature et degré de gravité. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. févr 2012;41(1): 48-54.
18. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. *Transcult Psychiatry*. 12 janv 2006;43(4):671-91.

# Annexes

Figure 1 - Flowchart

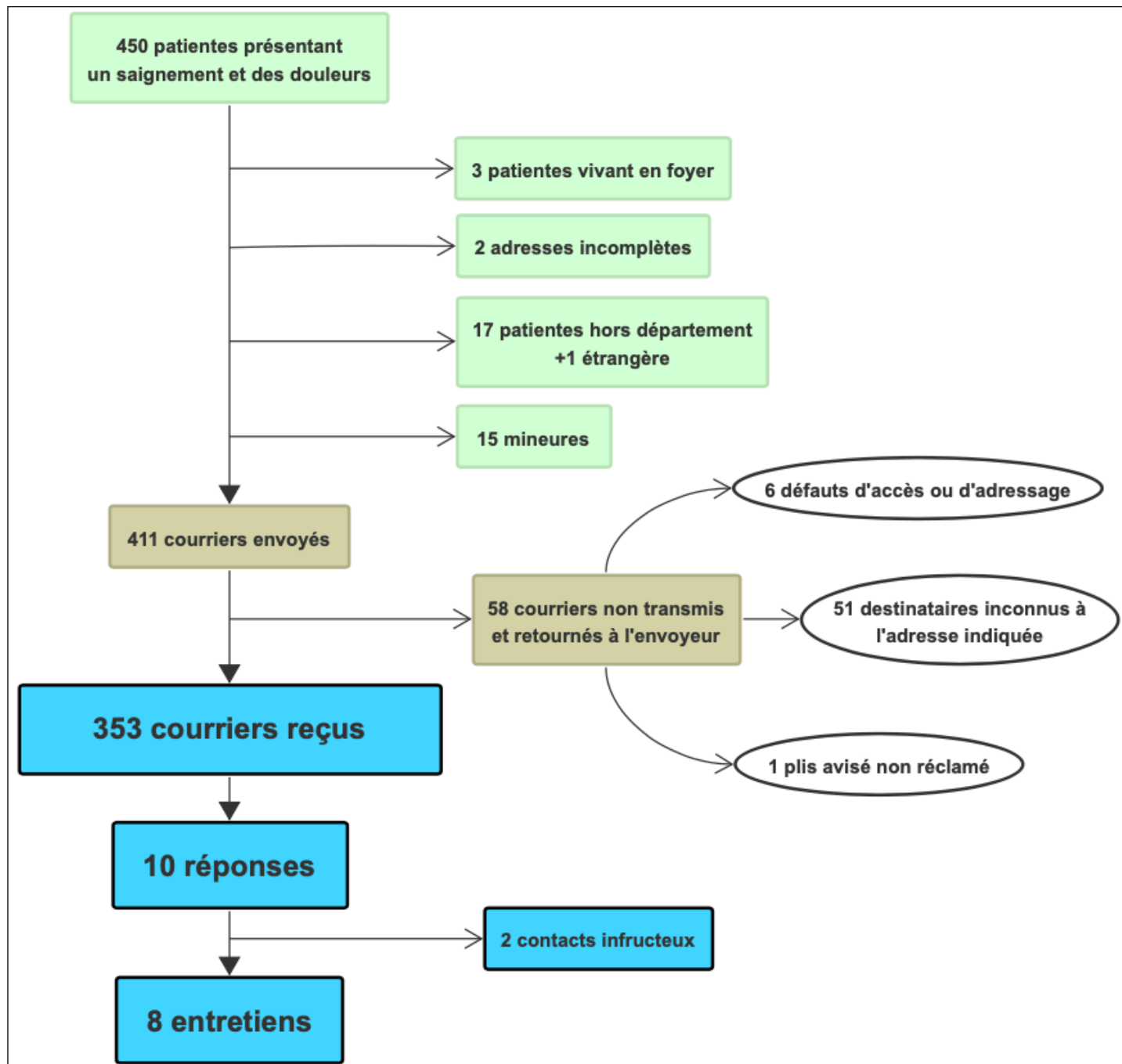
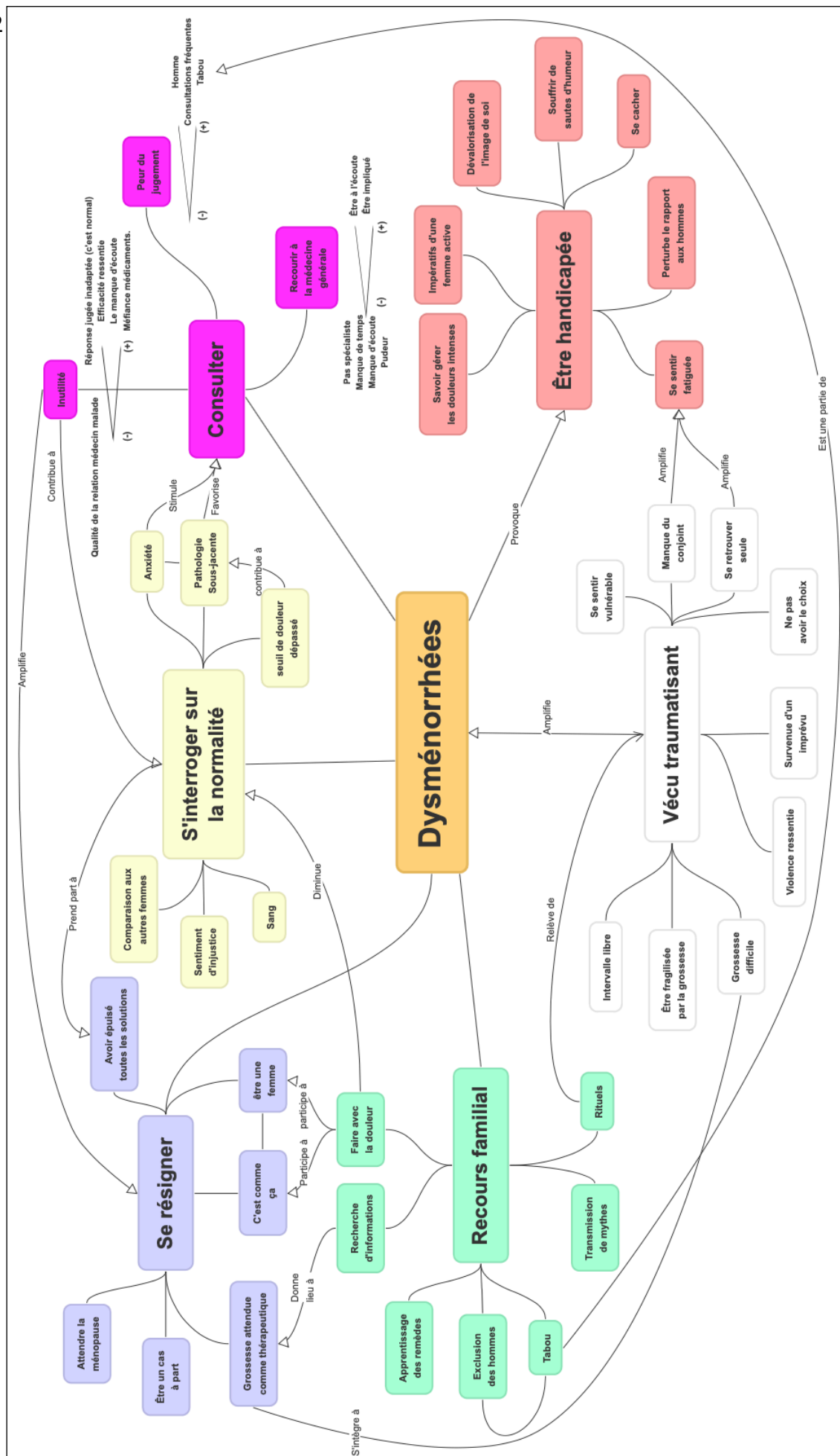




Figure 2



# Autorisation CNIL



Monsieur GARNIER Sylvain  
UNIVERSITE DE TOURS FRANCOIS RABELAIS  
60 RUE DU PLAT D'ETAIN  
37000 TOURS

RÉCÉPISSÉ

DECLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

2025746 v 0

du 17 janvier 2017

## A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

1) La définition et le respect de la finalité du traitement,

2) La pertinence des données traitées,

3) La conservation pendant une durée limitée des données,

4) La sécurité et la confidentialité des données,

5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés », consultez le site Internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

## Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE DE TOURS FRANCOIS RABELAIS

Service : FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

Adresse : 60 RUE DU PLAT D'ETAIN

Code postal : 37000

Ville : TOURS

N° SIREN ou SIRET :

193708005

Code NAF ou APE :

8542Z

Tél. : 02 47 36 66 00

Fax. :

## Traitement déclaré

Finalité : TRAVAIL DE THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE PORTANT SUR LES DOULEURS DE RÉGLES.

Fait à Paris, le 17 janvier 2017  
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

# Autorisation CCTIRS



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

## DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information  
en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 16-867

Intitulé de la demande : Thèse de médecine générale portant sur les dysménorrhées.

Responsable scientifique : Alain POTIER/Sylvain GARNIER

Faculté de Médecine  
Département universitaire de médecine générale  
10 boulevard Tonnellé - BP 3223  
37032 TOURS Cedex 1

Demandeur :

Patrice DIOT  
Université de Tours - François Rabelais  
60 rue du Plat d'Étain  
37000 Tours

Dossier reçu le :

27 octobre 2016

Dossier examiné le :

15 décembre 2016

## Avis du Comité consultatif :

### Avis favorable

Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :  
- Le courrier proposant l'étude aux femmes doit être envoyé par le service où elles ont consulté, et en mentionnant leur passage dans ce service, car c'est ce qui rend légitime pour les femmes que l'on dispose de leur adresse. A cette étape, vis-à-vis des femmes qui n'ont pas accepté formellement de rentrer dans l'étude, celle-ci n'est pas commencée.  
- Lettre d'information à compléter un peu, rajouter : « Vous pouvez refuser de participer sans avoir à vous justifier, et sans que ceci ait de conséquence sur la prise en charge de vos problèmes de santé ».

Fait à Paris, le 21 décembre 2016

Jean-Louis Serre  
Président du Comité consultatif

1, rue Descartes - 75231 Paris Cedex 05  
<http://cctirs.education.gouv.fr>

## Lettre d'information destinée aux patientes

### Recherche sur les règles douloureuses

Madame,

La faculté de médecine de TOURS vous propose de participer à une recherche universitaire portant sur les règles douloureuses. La présente lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Les médecins proposent de nombreux moyens réputés efficaces pour prendre en charge les règles douloureuses. Pourtant de nombreuses femmes continuent d'en souffrir. Le but de l'étude qui est une thèse de médecine générale, est de mieux comprendre ces douleurs pour mieux les prendre en charge.

Votre participation est anonyme, volontaire et consiste à participer à un entretien oral avec un médecin qui vous posera des questions sur vos douleurs de règles pour en retracer l'histoire la plus précise possible. La durée de cet entretien peut être d'environ une heure. Il aura lieu à la faculté de médecine de TOURS et sera enregistré avec un dictaphone puis retranscrit à l'écrit. Vous pourrez en rectifier le contenu. Vous pouvez refuser de participer sans vous justifier et sans conséquence sur la prise en charge de vos problèmes de santé.

Cette étude a reçu l'avis favorable du CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé) n° 16-867 le 15/12/2016.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude font l'objet d'un traitement numérique par le chercheur. Conformément à la loi Informatique et Liberté (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de retrait a exercer auprès du chercheur. Le retrait est un droit qui ne demande aucune justification de votre part.

La CNIL ( Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a donné un avis favorable n°2025746 le 17/01/2017.

Les résultats globaux de l'étude vous seront communiqués sur votre demande (Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique). Vous pourrez assister à la soutenance de cette thèse.

Pour confirmer votre souhait de participer ou pour plus de renseignements vous pouvez me contacter par :

- Téléphone **07 69 29 61 43**  
- Email: **14garnier@dumg-tours.fr**

LETTRE D'INFORMATION PATIENTS

RÈGLES DOULOUREUSES

1 SUR 2

Le chercheur:

Mr GARNIER Sylvain, interne en médecine générale à la faculté de médecine de TOURS.

Le directeur de thèse:

Mr POTIER Alain, professeur de médecine générale, membre du département universitaire de médecine générale de la faculté de médecine de TOURS.

Recevez madame l'expression de mes salutations respectueuses,

S.GARNIER, interne en 9<sup>e</sup> année de médecine générale à la faculté de médecine de TOURS.

Département universitaire de médecine générale

Faculté de médecine

10 boulevard Tonnelé

BP 3223

37032 Tours cedex 1

02.47.36.60.22

LETTRE D'INFORMATION PATIENTS

RÈGLES DOULOUREUSES

2 SUR 2

**TRAME DU MINI EN LANGUE FRANCAISE:**

## SECTION 1: L'ENCHAÎNEMENT DES ÉVÉNEMENTS LIÉS AU PROBLÈME DE SANTÉ

1. À quelle moment avez-vous commencé à avoir [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ]?
2. Nous aimerions connaître votre expérience, pourriez-vous svp nous raconter à quel moment vous vous êtes-vous rendu compte que vous aviez ce [PROBLÈME DE SANTÉ]?
3. Pouvez-vous nous raconter ce qui s'est passé à ce moment-là?
4. S'est-il passé autre chose ?
5. Si vous êtes allé voir un praticien de médecine alternative ou un guérisseur, pourriez-vous nous parler de la visite et de ce qui s'est passé ?
6. Si vous êtes allé voir un médecin, ou avez été hospitalisé, pourriez-vous nous raconter ce qui s'est passé lors de votre visite ? Et après ?

- 6.1. Si oui, avez-vous passé des tests ou subi des traitements pour [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ] ? Si oui, lesquels?

## SECTION 2: LE RÉCIT DES PROTOTYPES

7. Dans le passé, avez-vous déjà eu un problème de santé que vous considérez similaire à [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ] ? (Si oui, passez à la Q. 7.1. sinon passez à la Q. 8)

- ## PROBLÈME DE SANTÉ?

8. Est-ce qu'une personne de votre **famille** a déjà eu un problème similaire à [VOTRE

- PROBLÈME DE SANTÉ? (Si oui, passez à Q.8.1 sinon passez à la Q.9)

- 8.1. Si oui, dans quelle mesure considérez-vous ce problème similaire ou différent de VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ ?

9. Est-ce qu'une personne de votre **entourage** a déjà eu un problème similaire à [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ] ? (si oui, passez à la Q. 9.1 sinon passez à la Q.10)

- 9.1 Si oui, dans quelle mesure considérez-vous ce problème similaire ou différent de VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ?

10. Avez-vous déjà vu, lu ou entendu parlé à la télévision, la radio, dans un magazine, un livre ou encore sur l'internet d'une personne qui un même problème de santé similaire au votre ? (si oui, passez à O 10.) sinon passez à la O 11)

- 10.1. Si oui, dans quelle mesure le problème de cette personne est-il différent ou semblable au votre ?

### SECTION 3: LE RÉCIT DES MODÈLES EXPLICATIFS

- ### 11. Selon vous, qu'est-ce qui a causé [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ]?

*(Faire la liste des causes par importance)*

12. Y a-t-il d'autres causes à [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ]?

*(Faire la liste des causes secondaires)*

13. Selon vous, pourquoi [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ] a-t-il commencé au moment précis où il a commencé?

14. Que s'est-il produit à l'intérieur de votre corps qui expliquerait [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ] et les sensations que vous avez éprouvées ?

- 15.S' est-il passé quelque chose dans votre famille, au travail ou dans votre vie sociale qui pourrait expliquer [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ]? (Si oui passez à Q.15.I, sinon passez à la Q.16.)

- 15.1. Pouvez-vous m'expliquer de quelle façon cela expliquerait [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ]?

16. Avez-vous un autre mot ou une autre étiquette pour décrire [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ] ? (Si oui, écrivez l'ÉTIQUETTE ici \_\_\_\_\_) (Si non, passez tout de suite à la O. 22)

17. Si oui, qu'est-ce que [L'ÉTIQUETTE] veut dire pour vous?

18. Qu'est-ce qui arrive normalement au gens qui ont [L'ÉTIQUETTE] ?

19. Quel la meilleure façon de traiter les gens qui ont [L'ÉTIQUETTE] ?

20. Comment les gens réagissent généralement face à une personne qui a [L'ÉTIQUETTE] ?
21. Connaissez-vous quelqu'un qui a [L'ÉTIQUETTE] ? (Si oui demandez la Q. 21.1 ; sinon passez à la Q. 22)

- 21.1. Si oui, de quelle manière votre [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ] est-il différent ou similaire à [L'ÉTIQUETTE] de cette personne?

222. Est-ce que votre [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ] est lié d'une façon ou d'une autre à des événements qui se sont passés dans votre vie? (Si oui, passez à Q 22.1 sinon, passez à la Q. 23).

22. Pouvez-vous me parler un peu plus de ces événements et de la façon dont ils sont liés à votre [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ] ?

#### SECTION 4: RÉCIT DE L'UTILISATION DES SERVICES ET DE L'ADHÉSION AU

## TRAITEMENT

- Q23. Si vous avez consulté un médecin, OU un praticien de médecine alternative OU un guérisseur, pourriez-vous nous dire ce qu'il vous a dit au sujet de votre problème de santé? (Si le participant a consulté un médecin, passez à la Q. 24)

23.1 Si vous n'avez pas consulté de médecin pour votre problème, pourriez-vous nous expliquer pourquoi ?

24. Vous a-t-il donné un traitement/des médicaments ou des recommandations à suivre pour votre problème? (*Écrire la liste ici et répétez les Q.25 @ Q.28 pour chacun des médicaments ou des recommandations mentionnées par le participant:* \_\_\_\_\_)

25. Comment vous débrouillez-vous avec ce traitement (ou médicament ou recommandation)?

26. Arrivez-vous à suivre ce traitement (ou médicament ou recommandation)?

27. Qu'est-ce qui fait que ce traitement (ou médicament ou recommandation) fonctionne bien?

28. Qu'est-ce qui rend ce traitement (ou médicament ou recommandation) difficile à suivre ou qui l'empêche de fonctionner?

29. Quel autre traitement, thérapie, aide ou médicament avez-vous utilisé pour [VOTRE

PROBLÈME DE SANTÉ]?

30. Quel traitement, thérapie, aide ou médicament auriez-vous aimé avoir pour [VOTRE

PROBLÈME DE SANTÉ] mais n'avez pas reçu ?

#### SECTION 5. IMPACTS SUR LA VIE

31. Comment [VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ] a-t-il changé

31.1 votre mode de vie ?

31.2 la façon dont vous vous percevez ?

31.3 votre façon de regarder la vie ?

31.4 la façon dont les autres vous perçoivent ?

32. Qu'est-ce qui vous a le plus aidé durant cette période de votre vie ?

33. Comment votre famille ou vos amis vous ont-ils aidé ?

34. Comment votre vie spirituelle, votre foi, ou votre religion vous ont-ils aidé à traverser cette période ?

38. Avant de terminer l'entrevue aimeriez-vous ajouter autre chose ?

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE TEMPS ET DE VOTRE CONFIANCE, L'ENTREVUE EST MAINTENANT TERMINÉE.

## GARNIER Sylvain

29 pages – 2 figures – 7 annexes.

### Résumé :

**Contexte :** En 2018 les femmes étaient-elles condamnées à souffrir de règles douloureuses? Ce problème de santé était fréquent et persistait. L'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens était consensuelle et efficace dans 80 à 85 % des cas. L'automédication, le faible recours aux thérapeutiques et aux professionnels de santé, le rôle de la famille et le désintérêt des professionnels étaient des facteurs de mauvaise prise en charge.

**Objectif :** Que disaient de leurs douleurs les femmes qui ont consulté aux urgences gynécologiques de TOURS pour dysménorrhées?

**Méthode :** Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a utilisé la trame d'entretien du McGill Illness Narrative Interview. Les patientes qui ont consulté aux urgences gynécologiques de TOURS pour dysménorrhées ont reçu une invitation postale à participer. Les mineures et les patientes ayant une pathologie sous-jacente connue ont été exclues.

**Résultats :** 450 patientes ont été incluses. 411 courriers ont été envoyés dont 58 non reçus. 10 patientes nous ont contactés, 8 entretiens ont été réalisés.

Les femmes parlaient principalement de 6 choses : Avoir vécu un événement traumatisant, leurs recours à la famille, une interrogation sur leur normalité, la consultation de professionnels de santé, la résignation face aux douleurs et le handicap provoqué par les douleurs.

**Discussion :** Un vécu traumatisant aggravant les douleurs a été systématiquement trouvé. Les dysménorrhées rebelles questionnent l'existence d'un état de stress post traumatique (ESPT). Des études futures pourraient explorer les dysménorrhées rebelles comme symptôme d'un ESPT et proposer ainsi une prise en charge adaptée.

**Mots clés :** Dysménorrhée, Douleur chronique, Troubles de stress post-traumatique, Maladies de l'appareil génital féminin.

### Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directeur de thèse : Professeur Alain POTIER

Membres du Jury : Professeur Dominique PERROTIN  
Professeur Théodora BEJAN-ANGOULEVANT  
Docteur Annie JACQUET

Date de soutenance : 20 Décembre 2018