

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2024

SYNDROME PRÉMENSTRUEL ET TROUBLE DYSPHORIQUE PRÉMENSTRUEL
ÉTUDE QUANTITATIVE AUPRÈS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**SYNDROME PRÉMENSTRUEL ET
TROUBLE DYSPHORIQUE PRÉMENSTRUEL
ÉTUDE QUANTITATIVE AUPRÈS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. REVUE DE LA LITTÉRATURE	3
1.1. Définitions, symptômes et prévalences	3
1.1.1. Syndrome prémenstruel	3
1.1.2. Trouble dysphorique prémenstruel	4
1.1.3. Aspect culturel et sociétal	5
1.2. Risques de complications	6
1.2.1. Versant psychologique	6
1.2.2. Versant physique	7
1.2.3. Vie sociale et professionnelle	8
1.2.4. Atteinte à sa propre vie	9
1.3. Facteurs de risque	9
1.3.1. Événements traumatiques et État de Stress Post-Traumatique	9
1.3.2. Obésité	10
1.3.3. Tabagisme	11
1.4. Étiologies	12
1.4.1. Rôle des hormones : progestérone, allopregnanolone et œstradiol	12
1.4.2. Neurotransmetteurs	13
1.4.3. Génétique	14
1.5. Dépistage et diagnostic	15
1.5.1. Analyse prospective des symptômes énoncés dans le DSM-5	15
1.5.2. Calendrier quotidien de suivi des symptômes	16
1.5.3. Menstrual Distress Questionnaire (MEDI-Q)	16
1.5.4. Élimination des diagnostics différentiels	17
1.6. Prise en charge	18
1.6.1. Travail en interdisciplinarité	18
1.6.2. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	20
1.6.3. Contraception orale	21
1.6.4. Sepranolone	22
1.6.5. Suivi psychologique et thérapie cognitivo-comportementale	22
1.6.6. Soutien et groupes de parole	23
1.6.7. Règles hygiéno-diététiques	24
1.6.8. Médecines alternatives	25
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	27
2.1. Problématique et hypothèses	27

2.2.	Objectifs de l'étude.....	27
2.3.	Type d'étude	28
2.4.	Population étudiée	28
2.5.	Critères d'inclusion	28
2.6.	Faisabilité de l'étude.....	28
2.7.	Outils employés	29
2.8.	Mise en œuvre de l'étude.....	29
2.9.	Analyse des résultats	30
2.10.	Éthique scientifique	30
3.	RÉSULTATS	31
3.1.	Caractéristiques de la population.....	31
3.1.1.	La population.....	31
3.1.2.	Formations de la population	32
3.1.3.	Mode d'exercice de la population	36
3.2.	Connaissances de la population.....	38
3.2.1.	Connaissance du SPM	38
3.2.2.	Connaissance du TDPM	38
3.2.3.	Connaissance des facteurs de risque.....	39
3.3.	Pratiques professionnelles de la population.....	40
3.3.1.	Diagnostic du SPM ou du TDPM.....	40
3.3.2.	Prise en charge du SPM.....	44
3.3.3.	Prise en charge du TDPM.....	47
3.3.4.	Auto-médication des patientes.....	51
3.3.5.	Impact du SPM et TDPM sur la vie quotidienne des patientes.....	51
3.3.6.	Amélioration des symptômes	52
3.4.	Commentaires des participants.....	52
4.	DISCUSSION.....	54
4.1.	Validation des hypothèses et réponses à la problématique.....	54
4.1.1.	Dépistage des troubles prémenstruels	54
4.1.2.	Diagnostic des troubles prémenstruels	55
4.1.3.	Prise en charge des troubles prémenstruels	56
4.1.4.	Formations complémentaires des répondants.....	58
4.2.	Forces et faiblesses, biais de l'étude, critique de la méthodologie.....	58
4.2.1.	Formulation du questionnaire	58
4.2.2.	Critères d'inclusion	59
4.3.	Perspectives et ouverture	60

5. CONCLUSION.....	62
---------------------------	-----------

LISTE DES ACRONYMES

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM : Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

MEDI-Q : Menstrual Distress Questionnaire

SPM : Syndrome PréMenstruel

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TDPM : Trouble Dysphorique PréMenstruel

INTRODUCTION

« Ils [les gouvernements] devraient faire en sorte que les écoles, les lieux de travail et les institutions publiques soutiennent la gestion des menstruations avec confort et dignité. Plus important encore, ils devraient normaliser les menstruations et briser le silence qui les entoure ». Voici la déclaration faite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors d'une table ronde sur la gestion de l'hygiène menstruelle, les droits de l'homme et l'égalité des sexes au cours de la cinquantième session du Conseil des droits de l'homme (1). Le sujet des menstruations reste encore aujourd'hui un sujet tabou dans de nombreux pays et dont les pouvoirs publics se saisissent peu. L'OMS met en garde contre les obstacles que peuvent rencontrer les femmes face à la gestion de leur menstruation que ce soit par manque de moyens, d'informations, d'éducation ou de soins.

Le sujet de ce mémoire concerne le dépistage et la prise en charge des troubles prémenstruels. Les troubles prémenstruels comprennent deux types : le Syndrome PréMenstruel (SPM) et le Trouble Dysphorique PréMenstruel (TDPM). Ce dernier peut s'apparenter à une manifestation aiguë du SPM et handicaper la vie quotidienne. Ces troubles touchent de nombreuses femmes en âge de procréer et se manifestent de manière régulière en étant influencés par les différentes phases du cycle menstruel.

Les troubles prémenstruels sont sous-estimés. Ceci entraîne dans de nombreux cas un isolement des patientes, augmentant leur mal-être et justifiant la nécessité d'une prise en charge. Ces propos sont illustrés dans une étude qualitative néerlandaise, publiée en janvier 2023, réalisée auprès d'une vingtaine de femmes âgées de 27 à 49 ans. Dans cette étude, les patientes décrivent majoritairement des TDPM. Les patientes interrogées affirment ressentir deux identités différentes, gouvernées l'une par les troubles prémenstruels et l'autre par leur vraie personnalité. Cela met en lumière combien ces troubles ont une influence sur la vie des femmes, qui se sentent « prises au piège ». Nous découvrons que beaucoup de femmes mettent en place d'elles-mêmes des stratégies d'adaptation face à ces troubles. Elles ne trouvent pas de palliatif après une consultation chez leur professionnel de santé (2).

Il est donc important de dépister le SPM afin de mettre en place une prise en charge et un accompagnement adaptés. Ces troubles sont sources d'altération de la qualité de vie, à des niveaux plus ou moins importants en fonction des patientes et de

leurs symptômes. La non prise en compte de la souffrance de ces patientes peut se solder par une aggravation à long terme de leurs troubles.

Une des compétences de la sage-femme englobe le suivi gynécologique de prévention chez la femme en bonne santé, ainsi que le dépistage et l'orientation lorsque la patiente présente des pathologies. La sage-femme est un professionnel de santé de premier recours dans les soins de la femme. Elle est à proximité de la famille et est donc un acteur privilégié dans le parcours de soin des femmes.

Afin de traiter ce sujet, nous allons, dans un premier temps, constituer une revue de la littérature en abordant les définitions du SPM et du TDPM et les symptômes associés. Quelques chiffres serviront à illustrer la prévalence de ces syndromes. Puis nous nous consacrerons à la présentation des risques de complications, des facteurs de risque et des étiologies du SPM et du TDPM. Nous finirons par présenter les méthodes de dépistage, de diagnostic et les pistes de prise en charge.

Grâce à une étude quantitative descriptive, nous évaluerons la prise en charge des sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux en nous appuyant sur les données recueillies dans notre revue de la littérature.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1. Définitions, symptômes et prévalences

1.1.1. Syndrome prémenstruel

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), le SPM débute, au plus tôt, une dizaine de jours avant les menstruations et se termine à l'arrivée de celles-ci. Il se caractérise par des céphalées, un gonflement et des douleurs aux seins, un ballonnement abdominal, des œdèmes des extrémités et une irritabilité. Toujours selon le CNGOF, l'âge, la parité et l'ovulation n'interfèrent pas avec sa survenue (3). Ce sont essentiellement des symptômes physiques qui caractérisent le SPM. Il peut être plus ou moins sévère en fonction des femmes. Il peut être qualifié de mineur, ne causant pas de troubles fonctionnels, ou de modéré à sévère, comprenant les symptômes les plus désagréables.

Le SPM touche chaque mois de nombreuses femmes. Selon un article de novembre 2021 de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), un tiers des femmes sont concernées (4). Une étude rétrospective de 2004, possédant une cohorte de 1 587 femmes françaises, montre que 12,2 % des femmes présentent un SPM. Parmi ces femmes, 4,1 % ont un SPM sévère, c'est-à-dire qu'elles sont touchées par les six symptômes décrits précédemment, et 8,1 % ont un SPM modéré (présence d'un à cinq symptômes). Cette étude met également en avant les variations de l'état du SPM au fil des années. Ainsi, 72 % des femmes ont subi un changement dans leur vécu du trouble. Elles ont vu celui-ci diminuer ou augmenter au fil du temps. Ce phénomène étant moins marqué chez les femmes avec un SPM qualifié de sévère ; il reste donc stable (5).

Une méta-analyse, dirigée par Sattar en Iran, a été réalisée en 2014 dans le but d'étudier la prévalence du SPM. Elle estime que 47,8 % des femmes en âge de procréer sont touchées par le SPM. Cette analyse regroupait des études de différents pays mettant en lumière des disparités en fonction des territoires. Nous pouvons constater que 12 % des femmes en France manifestent un SPM, alors qu'en Espagne, par exemple, cela concerne 73 % des femmes (6). La disparité de prévalence entre les différentes études présentées se justifie par la diversité des critères d'inclusion en fonction des études.

Pour faire le lien avec le paragraphe qui suit traitant la définition du TDPM, nous souhaitons rappeler que la douleur est une sensation propre à chacun. Elle est

subjective mais il existe des outils pour la caractériser et l'évaluer (échelle numérique, échelle visuelle analogique...). Le vécu et le ressenti de la douleur sont propres à chaque individu en fonction de son environnement. Ils sont influencés par le contexte psychosocial (affectif, socio-culturel, ethnologique ou religieux...) (7). Nous retrouvons ces propos dans un article sur la douleur publié par l'INSERM en 2017. Dans cet article, nous constatons que deux tiers des consultations médicales ont pour motif la douleur. Pour rappel, la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée, ou ressemblant, à celle liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ». Les douleurs chroniques concernent 30 % des adultes et touchent davantage les femmes et les catégories socio-professionnelles défavorisées (7).

Les patientes présentant un SPM ou un TDPM n'échappent pas à cette règle. Leur douleur et leurs ressentis sont également personnels et influencés par différents facteurs. Une revue réalisée par De Tommaso en mai 2011, s'est concentrée sur la perception de la douleur lors du cycle menstruel. La revue visait à analyser l'influence des hormones sexuelles, et donc des variations hormonales au cours du cycle menstruel, sur la perception de la douleur. Comme nous le verrons par la suite, les hormones gonadiques modulent le système nerveux central. Il n'est donc pas dénué de sens qu'elles jouent également un rôle sur la perception douloureuse. Cependant, les études citées dans la revue ne montrent pas de manière significative l'effet des hormones gonadiques sur la perception de la douleur. Mais il est confirmé, que certains symptômes : migraines, syndrome du côlon irritable, douleurs chroniques au dos ou au cou ; sont bien amplifiés en période prémenstruelle (8).

1.1.2. Trouble dysphorique prémenstruel

Le TDPM est aujourd'hui inscrit dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM), 5^{ème} édition de 2015, dans la catégorie trouble dépressif (9). Il fait également partie de la Classification Internationale des Maladies (CIM), 10^{ème} édition. Nous le retrouvons également dans la réédition, CIM-11, dans la catégorie des maladies de l'appareil génito-urinaire (10).

Tout comme le SPM, le TDPM est caractéristique de la seconde phase du cycle menstruel, la phase lutéale. Il peut cependant durer plus longtemps. Il débute en général dès l'ovulation et disparaît une semaine après le début des menstruations. Les

symptômes caractéristiques du TDPM sont physiques, psychiques et affectifs. Les troubles psychiques et affectifs sont très extrêmes chez certaines femmes induisant un handicap au quotidien. Leur vie familiale et sociale s'en retrouvent impactées. Nous reviendrons sur ces différents points dans la prochaine partie consacrée aux risques de complications.

Les symptômes physiques sont majoritairement semblables à ceux du SPM. Ils englobent les ballonnements, douleurs mammaires, céphalées et troubles alimentaires. Quant aux symptômes émotionnels, ils regroupent les « sautes d'humeur », l'irritabilité et l'anxiété. Ces symptômes ne sont pas à prendre à la légère. Un point essentiel concerne la régularité de survenue de ce trouble. Selon le DSM-5, le diagnostic doit être posé après l'observation des symptômes sur deux cycles consécutifs (9). Nous y reviendrons dans une autre partie. Les troubles prémenstruels, que ce soit le SPM ou le TDPM, concernent les femmes en âge de procréer.

Contrairement au SPM, le TDPM est moins fréquent mais plus extrême et nécessite une prise en charge plus attentive. Il peut être qualifié de « forme grave du SPM ». Toujours selon l'article de novembre 2021, l'INSERM estime que 5 % des femmes sont touchées par le TDPM (4).

1.1.3. Aspect culturel et sociétal

Le syndrome prémenstruel est un sujet peu étudié mais qui tend à l'être de plus en plus. Comme de nombreux sujets concernant la santé des femmes, il a longtemps été minimisé ou rendu tabou. A titre d'exemple comparatif, nous pouvons citer les dysménorrhées présentes dans l'endométriose. Cette dernière bénéficie aujourd'hui d'une stratégie nationale, lancée en janvier 2022 et pilotée par la gynécologue et députée européenne Chrysoula Zacharopoulou (11). Rappelons qu'une femme sur dix est concernée par l'endométriose en France.

Une enquête transversale réalisée en ligne, de décembre 2018 à janvier 2019 auprès de 3 001 femmes françaises a mis en avant que la moitié des femmes étaient, au moment de l'enquête, concernées par des dysménorrhées. Chez les moins de 24 ans, 66 % des répondantes étaient touchées par des dysménorrhées (12). Ces sujets, dont nous ne parlions pas ou très peu, sont aujourd'hui mis en avant et investis par les

instances gouvernementales. Ce n'est cependant pas le cas pour toutes les problématiques féminines.

Beaucoup d'éléments sont à prendre en compte pour comprendre l'investissement et l'intérêt portés ou non aux maux féminins. Nous venons de le voir, les plans mis en place par le gouvernement ont pour objectif de sensibiliser la population et les soignants. Mais, il y a un autre paramètre à prendre en compte ; il s'agit de la culture. Le vécu et la gestion des troubles prémenstruels sont certainement influencés par le reflet d'une population et de sa culture. Comme nous le verrons par la suite, beaucoup d'études citées dans ce travail proviennent de pays asiatiques ou orientaux. Au contraire, dans les pays occidentaux peu d'études sont mises en avant. Nous pouvons alors nous questionner. Est-ce que ce constat est lié au fait qu'il s'agit d'un sujet minimisé ou bien au contraire ces populations considèrent qu'il s'agit d'un sujet normal et donc ancré dans l'inconscient collectif ?

L'Espagne a été le premier pays européen à mettre en place un « congé menstruel » en février 2023 par modification de la loi organique sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse. Le texte stipule : « [...] il reconnaît la prise en compte d'une incapacité temporaire due à "des éventualités courantes telles qu'un arrêt de maladie en cas de menstruations invalidantes" » (13).

1.2. Risques de complications

Les complications qui peuvent survenir lorsqu'une patiente manifeste un SPM ou un TDPM sont diverses et variées. Nous allons voir dans ce chapitre que ces syndromes peuvent avoir des retentissements tant sur le plan physique que psychologique. Ils exercent également une forte influence sur la vie sociale, affective et professionnelle. Enfin, un risque plus faible mais plus grave et important à prendre en compte, constitue le risque suicidaire pour ces patientes.

1.2.1. Versant psychologique

Nous abordons en introduction une étude qualitative néerlandaise datant de janvier 2023, auprès de femmes atteintes de SPM et de TDPM. Cette étude met en avant l'influence des troubles prémenstruels sur la qualité de vie. Elle montre que les femmes

ont une mauvaise estime d'elles-mêmes. Ceci induit une dévalorisation et une perte de confiance. Ces femmes se retrouvent victimes de leurs symptômes qu'elles ne peuvent contrôler. Elles se sentent coupables de faire subir cela à leur famille, leur entourage proche, personnel comme professionnel. Ces symptômes : « sautes d'humeur », colère, anxiété et perte d'intérêt pour les activités du quotidien, pèsent dans leur quotidien. L'article fait un parallèle sur les normes et les stéréotypes de genre qui sont inculqués aux femmes. Il persiste encore aujourd'hui l'image de la femme empathique, attentionnée, gentille. Cette construction sociale accentue le sentiment de culpabilité chez les femmes concernées par des troubles prémenstruels car elles ne se retrouvent pas dans ce modèle féminin et maternel (2).

1.2.2. Versant physique

Les variations hormonales présentes dans le cycle menstruel peuvent être à l'origine de fatigue. Chez les femmes atteintes de TDPM, ces variations sont tellement importantes que les effets néfastes sont exacerbés en période prémenstruelle. Une fatigue plus importante est montrée chez ces femmes. Le TDPM serait aussi responsable d'insomnies, dont la fréquence augmenterait en période prémenstruelle. Les insomnies et la fatigue liées au TDPM sont elles-mêmes la source d'un manque d'attention pouvant générer des oublis, des erreurs et des accidents. Ces propos sont illustrés dans une étude comparative publiée en 2021 par Lin et al. confrontant la survenue de ces désagréments chez 100 femmes atteintes de TDPM et chez 96 femmes non atteintes. Les femmes atteintes de TDPM étaient plus touchées par la fatigue et l'insomnie ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. Il est important de souligner que ces phénomènes sont accentués en phase lutéale du cycle menstruel chez ces mêmes femmes. Le recrutement des femmes atteintes de TDPM a été validé par entretiens psychiatriques afin d'éliminer d'autres troubles éventuels et par enquêtes prospectives sur trois cycles menstruels. Malgré cela, il s'agit tout de même d'une étude transversale avec un faible effectif (14).

Nous allons voir à présent que d'autres aspects de la vie des patientes sont influencés par ces syndromes. Les deux points vus précédemment peuvent eux-mêmes être à l'origine de ces chamboulements en venant s'ajouter les uns aux autres.

1.2.3. Vie sociale et professionnelle

Les troubles prémenstruels ont pour conséquence une altération de la qualité de vie. Ils peuvent rendre les interactions sociales difficiles et induire un isolement social chez ces femmes. Les femmes touchées par les troubles prémenstruels sont plus susceptibles d'être sujettes à de l'absentéisme au travail ou en cours. Par répercussion, cela entraîne des conséquences socio-économiques et éducatives défavorables. Une revue systématique et méta-analyse publiée en 2022 par Maity et al. a mis en avant l'impact académique et social des troubles prémenstruels chez des étudiantes en médecine. Au travers de 26 études, il est montré que les étudiantes atteintes de SPM manquent les cours et ont des notes inférieures aux autres étudiantes. Elles déclarent que leurs relations sociales sont touchées lors de la manifestation du syndrome, que ce soit avec des amis, des collègues, leurs familles ou partenaires. Cette étude concentre des données provenant de pays du Moyen-Orient et d'Asie, ce qui constitue un manque de représentativité mondiale (15).

En Turquie, une étude transversale publiée en 2020 par Bilir et al. a voulu montrer le rôle des dysménorrhées et SPM sur les performances scolaires. Sur un total de 352 étudiantes, 71,3 % avaient un SPM seul et 65,9 % présentaient un SPM et des dysménorrhées. 56,2 % des étudiantes avec un SPM déclaraient des symptômes dépressifs en période prémenstruelle. Elles ont ensuite été interrogées sur les symptômes affectant le plus leurs rendements scolaires. Dans 27,5 % des cas leur efficacité scolaire était altérée par la dépression. D'autre part, le SPM avait un retentissement relationnel et social puisque 36,7 % déclaraient un retrait social en période prémenstruelle. Pour finir, 122 élèves déclaraient un absentéisme scolaire à cause du SPM. Cependant, nous devons être vigilant sur l'analyse de ces chiffres puisque le diagnostic de SPM a été fait de manière rétrospective. Comme nous le verrons dans le chapitre concernant le diagnostic des troubles prémenstruels, celui-ci doit normalement être prospectif (16).

Nous ne retrouvons pas, dans la littérature, d'études menées en Europe et plus précisément en France sur cette problématique. Il serait intéressant d'avoir un aperçu de ce phénomène chez les adolescentes et jeunes femmes françaises.

Comme nous venons de le voir, les complications liées au SPM et au TDPM sont nombreuses et surtout très handicapantes dans la vie quotidienne. Cependant, elles peuvent également être source de danger pour la patiente.

1.2.4. Atteinte à sa propre vie

Chez certaines femmes, les symptômes sont extrêmement présents et pesants au quotidien. Chaque jour est rythmé par ce trouble. Ces derniers sont essentiels à aborder en consultation et à ne pas banaliser car des études ont mis en évidence le risque suicidaire chez les femmes atteintes de SPM et TDPM. Il est montré que les femmes souffrant de TDPM sont sept fois plus à risque d'attenter à leur vie et ont un risque supérieur à quatre fois la normale d'avoir des idées suicidaires. Chez les patientes ayant un SPM, le risque d'avoir des idées suicidaires est élevé mais le risque de faire une tentative de suicide est moins important (17).

Nous voyons ici, à quel point un SPM ou un TDPM peut être lourd à porter au quotidien. Chez certaines femmes, il constitue un frein permanent, nécessitant sans cesse un aménagement de la vie courante. Ce chapitre étant clos, nous allons à présent examiner les trois grands facteurs de risque pouvant être en lien avec la survenue d'un trouble prémenstruel.

1.3. Facteurs de risque

Il existe trois grands facteurs de risque évoqués à l'heure actuelle face aux troubles prémenstruels. Il s'agit des événements traumatiques vécus dans le passé, du tabagisme et de l'obésité (18).

1.3.1. Événements traumatiques et État de Stress Post-Traumatique

L'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) et le TDPM peuvent se retrouver en relation. Une question persiste tout de même : est-ce l'ESPT qui favorise l'apparition du TDPM ou sont-ils simplement associés ? Cela a été étudié par Pilver et al. dans une revue parue en novembre 2011 (19). Sur un total de 3 968 participantes, âgées de 18 à 40 ans, il a été montré de manière significative que les femmes ayant vécues un ESPT étaient plus sujettes à développer un TDPM que les femmes sans antécédents similaires. Cela a également été observé avec le SPM. 3,87 % des femmes de l'échantillon ont été diagnostiquées comme atteintes d'un TDPM. Cela correspond aux prévalences

retrouvées dans d'autres études (3, 14). Il est nécessaire en cas de SPM et TDPM de dépister et prendre en charge un ESPT.

Une étude publiée en décembre 2022 par Morishita et al. a analysé le lien potentiel entre la maltraitance infantile, les traits de personnalité et le stress quotidien dans la survenue des troubles prémenstruels. Il s'agit d'une piste peu étudiée mais l'étude présente a confirmé ces liens. Toutefois, l'étude se composait d'un très faible échantillon, 240 femmes japonaises, et les questionnaires de diagnostic du TDPM ont été réalisés de manière rétrospective (21).

Parmi les événements traumatiques, qui fragilisent la santé psychique des femmes, nous pouvons citer à titre d'exemple le harcèlement au travail et les violences conjugales. 295 mille personnes sont victimes de violences conjugales chaque année en France, dont 72 % sont des femmes. Ces violences physiques ou sexuelles sont perpétrées par le conjoint ou l'ex-conjoint. Ces chiffres proviennent de l'enquête dite de « victimation » Cadre de vie et sécurité (CVS) publiée par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) réalisée de 2011 à 2018 (22). Selon une enquête de 2018 de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) menée par questionnaire en ligne auprès de 2 008 femmes françaises âgées de 15 ans et plus, 32 % des femmes ont déjà été victimes de harcèlement au travail. Plus précisément, 22 % des répondantes ont déclaré avoir été victimes de harcèlement sexuel au cours de leur activité professionnelle (23).

1.3.2. Obésité

L'obésité apparaît comme un facteur de risque de la survenue des troubles prémenstruels. La surcharge pondérale augmente les risques cardiovasculaires, endocriniens, hépatobiliaires et musculo-squelettiques. Il a été observé chez les jeunes filles présentant une obésité, une apparition plus précoce de la puberté et des ménarches. À l'adolescence, l'obésité est associée à un risque plus important d'irrégularité des cycles menstruels et à l'apparition du Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK). Ces propos sont vérifiés par une revue systématique publiée en août 2022 par Itriyeva. Il est mis en avant l'association entre l'obésité et une prévalence plus élevée de dysménorrhée, de troubles prémenstruels ainsi que des saignements menstruels plus abondants (24). Une étude transversale publiée en juillet 2009 par Masho et al. a mis en

avant que les femmes avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 présentaient un risque trois fois plus élevé de SPM que les femmes non obèses (25).

Une étude publiée en février 2023 à l'initiative de la Ligue contre l'obésité, a réuni des chercheurs de l'INSERM et du centre hospitalier universitaire de Montpellier afin d'étudier la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. L'échantillon regroupait 9 598 citoyens français âgés de plus de 18 ans. Si nous nous concentrons sur la population féminine, l'obésité concerne 17,4 % des femmes (plus que chez les hommes, 16,7 %). 41,3 % des femmes sont en situation de surpoids et l'article souligne qu'il y a une relation négative entre le poids et la qualification professionnelle. Le poids est donc directement influencé par les facteurs socioprofessionnels (26).

1.3.3. Tabagisme

Une association significative entre la consommation de tabac et l'apparition des troubles prémenstruels a été démontrée dans une méta-analyse publiée par Choi et Hamidovic en novembre 2020. Elle comprenait 13 études et concernait 25 828 femmes. En plus d'induire l'apparition du SPM et du TDPM, le tabac aggrave un trouble prémenstruel déjà présent chez une patiente. La nicotine jouerait un rôle défavorable sur le système neurologique. Ce qui augmente les symptômes affectifs ressentis par les patientes et augmente la sensibilité aux facteurs de stress environnementaux (27).

Selon Santé Publique France, 31,8 % des Français âgés de 18 à 75 ans se déclarent fumeurs. Les femmes sont moins consommatrices que les hommes avec 21,7 % des Françaises se déclarant fumeuses. Le tabagisme est plus présent chez les personnes ayant un niveau de formation moins élevé et des revenus moins importants. Il existe une prédominance de la consommation chez les personnes au chômage (28).

Comme nous l'avons vu en introduction il est difficile de chiffrer précisément le nombre de femmes présentant un SPM ou un TDPM. Cette difficulté peut se justifier pour une part par le fait que ces troubles sont en lien avec les trois facteurs de risque cités plus haut, eux-mêmes difficiles à chiffrer et étudier. Les chiffres sont souvent sous-estimés car liés à des tabous. Les données collectées ne permettent pas d'avoir une représentativité exacte de la population. Les événements traumatiques, le tabac et l'obésité semblent concerner majoritairement des populations plus précaires et sont en

lien avec les conditions socio-économiques et culturelles des populations. Ces trois cofacteurs peuvent influencer la survenue du SPM et du TDPM ou à l'inverse entretenir ces syndromes.

1.4. Étiologies

Intéressons-nous maintenant aux étiologies des troubles prémenstruels. C'est un sujet encore mal connu malgré de nombreux questionnements de la part des scientifiques. Le mécanisme semble complexe et plusieurs hypothèses sont soulevées par les chercheurs. Ce chapitre, dédié aux étiologies, présente le rôle des hormones (progestérone, allopregnanolone et œstradiol), des neurotransmetteurs, ainsi que de la génétique dans l'apparition du SPM et du TDPM.

1.4.1. Rôle des hormones : progestérone, allopregnanolone et œstradiol

Les recherches se sont intéressées aux rôles des hormones dans la survenue des troubles prémenstruels. La progestérone serait incriminée dans leur survenue. Dans une revue systématique publiée en octobre 2020 par Sundström-Poromaa et al., il est indiqué que la progestérone influence les émotions et engendre les symptômes spécifiques du TDPM. La progestérone est produite par le corps jaune, mais elle est également sécrétée par les surrénales, le placenta et le cerveau. Elle est métabolisée en allopregnanolone. L'article met en lumière qu'un stress aigu peut augmenter la production d'allopregnanolone au niveau surrénalien et localement au niveau cérébral. Cette augmentation peut être multipliée par deux. À l'inverse, un stress chronique a des effets plus subtils sur ces taux. Les variations hormonales de progestérone et d'allopregnanolone seraient à l'origine des symptômes caractéristiques du SPM et du TDPM (29).

Une des limites à cette hypothèse est que chaque femme a un niveau de dosage propre en progestérone. Il est par conséquent impossible de définir une norme qui permette de détecter un éventuel seuil où les symptômes des troubles prémenstruels apparaîtraient. Fait intéressant, les femmes atteintes de TDPM montrent des symptômes plus intenses en fin de phase lutéale. À ce moment du cycle menstruel, il est observé une chute des taux en progestérone et allopregnanolone. Or, certaines femmes présentent des troubles prémenstruels dès l'ovulation et ce jusqu'à l'arrivée des

menstruations. Dans ce même temps le taux de progestérone augmente pour atteindre un pic puis diminuer et retrouver son état de base en fin de phase lutéale (29).

L'article aborde également l'estradiol comme responsable des troubles prémenstruels. Le fait d'associer la progestérone à une forte dose d'œstrogènes augmenterait l'intensité des symptômes du TDPM. L'œstrogène ayant une action positive sur les récepteurs progestatifs, elle augmente le nombre de récepteurs auxquels la progestérone se fixe et par conséquent, cela pourrait être à l'origine d'une majoration des symptômes relatifs au TDPM (29).

1.4.2. Neurotransmetteurs

La progestérone, l'œstrogène et l'allopregnanolone (ALLO) influencent les neurotransmetteurs du Système Nerveux Central (SNC). Cette hypothèse explique notamment les changements d'humeur et les symptômes comportementaux du SPM et TDPM. Les neurostéroïdes sexuels agissent sur les émotions et le comportement lorsqu'ils passent la barrière hémato-encéphalique. Ils influent sur la sérotonine, l'Acide Gamma AminoButyrique (GABA), le glutamate et les bêta-endorphines. Nous ne détaillerons pas l'intervention du glutamate et des bêta-endorphines, car les données actuelles sont insuffisantes (30).

Sérotonine

La sérotonine serait responsable de l'augmentation de l'agressivité chez les patientes lorsque ses concentrations diminuent. Cela serait lié aux hormones gonadiques (progestérone, œstrogènes) qui jouent un rôle dans la transmission sérotoninergique. Ce mécanisme semble probable puisque les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) ainsi que les traitements qui augmentent les taux de sérotonine atténuent les symptômes du SPM. Nous y reviendrons dans le chapitre consacré à la prise en charge des troubles prémenstruels. Il est notifié qu'un régime sans tryptophane et des antagonistes des récepteurs de la sérotonine peuvent provoquer des symptômes évoquant un SPM. Le tryptophane est l'acide aminé essentiel précurseur de la sérotonine et de la mélatonine. Il est majoritairement retrouvé dans le riz complet, les produits laitiers, les œufs, les fruits à coque, la viande et le poisson (31). Chez les femmes atteintes de troubles prémenstruels, il a été retrouvé une anomalie dans la

transmission sérotoninergique. Elles se retrouvent avec un nombre plus important de récepteurs transporteurs de la sérotonine contrairement aux femmes non atteintes (30).

Acide gamma-aminobutyrique (GABA)

Les hormones gonadiques et leurs précurseurs joueraient également un rôle sur les récepteurs de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA_A-R). Le GABA est le principal neurotransmetteur inhibiteur du SNC (30). Une revue publiée par Hantsoo et Epperson en mai 2020 se concentre sur le rôle de l'allopregnanolone dans le système GABAergique et son rôle dans la physiopathologie du TDPM. L'ALLO potentialise l'effet du GABA en agissant comme un modulateur allostérique du GABA_A-R. L'ALLO est décrit comme un puissant modulateur allostérique positif du GABA_A-R. De plus, l'ALLO possède des propriétés anxiolytiques, anesthésiques et sédatives proches des barbituriques ou des benzodiazépines. Les concentrations en allopregnanolone sont considérablement les mêmes que celles en progestérone. Elles se retrouvent superposées en phase lutéale et suivent le même schéma. L'exposition à l'ALLO puis le sevrage brutal en fin de phase lutéale pourraient expliquer le mécanisme de survenue du TDPM. L'article suggère également que la fonction des GABA_A-R serait altérée chez ces patientes (32).

1.4.3. Génétique

La génétique aurait elle aussi une part de responsabilité dans l'apparition de ces troubles. Ceci est illustré dans un article publié en juin 2007 par Huo et al. Il a été retrouvé une association entre le risque de TDPM et une variation génétique dans Estrogen Receptor 1 (ESR1), qui est le gène alpha du récepteur des œstrogènes. L'étude a réalisé des analyses d'haplotypes des récepteurs alpha et bêta des œstrogènes (ESR1 et ESR2) chez 91 femmes avec un TDPM diagnostiqué de manière prospective. En comparaison, 56 témoins ont été recrutés. Ainsi sur les 16 polymorphismes nucléotidiques (ou Single Nucleotide Polymorphism (SNP)) étudiés, quatre situés sur l'intron quatre d'ESR1 ont montré des fréquences d'allèles et de génotypes significativement différentes chez les patientes atteintes de TDPM (33).

Nous pouvons donc voir que plusieurs hypothèses ont été mises en lumière par les différentes recherches menées jusqu'à aujourd'hui. Ce début de réponse apportée à

l'origine des troubles prémenstruels permettra de mieux les comprendre et par la suite de faciliter le dépistage, le diagnostic et la prise en charge du syndrome prémenstruel et du trouble dysphorique prémenstruel. La partie qui suit vient illustrer les moyens actuels permettant de dépister et diagnostiquer ces troubles.

1.5. Dépistage et diagnostic

La consultation gynécologique chez une femme en âge de procréer doit amener le professionnel de santé à questionner la patiente sur le vécu de ses menstruations tant sur le plan physique que psychique. L'interrogatoire doit également permettre au professionnel de repérer les symptômes caractéristiques du SPM et du TDPM. Il est important que les patientes se sentent en confiance et qu'elles soient écoutées pour bénéficier d'une prise en charge optimale. Nous pouvons facilement imaginer que certaines femmes se retrouvent en difficulté pour verbaliser ce qu'elles ressentent et vivent. Elles n'arrivent pas à faire de lien entre leur cycle menstruel et les symptômes qu'elles peuvent ressentir. Il est important que le professionnel de santé puisse mettre des mots sur ce que vit la patiente et poser un diagnostic. Comme nous l'avons cité, l'interrogatoire est très important. Il va permettre rétrospectivement d'identifier les symptômes perçus par la patiente.

1.5.1. Analyse prospective des symptômes énoncés dans le DSM-5

Selon le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) du Royaume-Uni, le diagnostic de SPM doit se baser avant tout sur des questionnaires prospectifs durant deux cycles à l'aide d'un calendrier des symptômes. L'analyse des symptômes de manière rétrospective apparaît peu fiable (34).

Ces symptômes sont répertoriés dans le DSM-5. Ce dernier met en avant quatre critères de diagnostic du TDPM :

- « Premièrement, nous devons retrouver la présence d'au moins cinq des onze symptômes suivants : humeur nettement déprimée, anxiété marquée/tension, labilité affective marquée, colère et irritabilité persistantes et marquées ou augmentation des conflits interpersonnels, diminution de l'intérêt pour les activités habituelles (travail, école, amis, loisirs), sentiment subjectif de difficulté à se concentrer, léthargie et

fatigabilité faciles ou manque d'énergie marqué, changement notable de l'appétit ou suralimentation ou envies alimentaires spécifiques, hypersomnie/insomnie, sentiment subjectif d'être submergé/hors de contrôle, autres symptômes physiques (sensibilité ou gonflement des seins, maux de tête, douleurs articulaires ou musculaires, sensation de ballonnement ou prise de poids).

- Deuxièmement, ces symptômes doivent avoir un impact significatif sur le fonctionnement social, professionnel, sexuel ou scolaire.
- Troisièmement, ils doivent être spécifiquement en lien avec le cycle menstruel et donc ne pas être une manifestation d'un autre trouble (dépression, panique, dysthymie, trouble de la personnalité).
- Pour finir, ces symptômes doivent être observés pendant deux cycles menstruels consécutifs » (18).

1.5.2. Calendrier quotidien de suivi des symptômes

Si la patiente se plaint de symptômes caractéristiques, le professionnel peut lui proposer de remplir un calendrier quotidien de suivi de ses symptômes sur deux cycles menstruels consécutifs en s'appuyant sur les symptômes énoncés ci-dessus dans le DSM-5 (35). Celui-ci permettra de diagnostiquer prospectivement le TDPM qui est la forme la plus sûre de diagnostic. Au contraire, si le diagnostic de SPM et/ou TDPM est éliminé, le professionnel pourra se concentrer sur le diagnostic d'une autre affection, qu'elle soit psychologique voire psychiatrique. Si cela ne rentre pas dans ces compétences, l'orientation de la patiente vers un professionnel de santé adapté est préconisée.

1.5.3. Menstrual Distress Questionnaire (MEDI-Q)

Les critères énoncés dans le DSM-5 apparaissent comme un outil indispensable au diagnostic de TDPM (18). Un autre moyen vient compléter le DSM-5, il s'agit du Menstrual Distress Questionnaire (MEDI-Q) évaluant la détresse globale ressentie chez les femmes lors de leurs menstruations. Ce questionnaire se répartit en 25 items abordant les saignements, les douleurs, l'inconfort, les symptômes gastro-intestinaux pouvant être perçus au moment des règles (Annexe 1). Il semble pertinent de le

proposer aux femmes atteintes de SPM et de TDPM car il s'intéresse également à l'évaluation de l'humeur, de l'énergie, des modifications psychiques et cognitives, de la nutrition, du sommeil ainsi que de la sexualité chez les femmes au moment des menstruations. Une étude transversale observationnelle italienne publiée en décembre 2021 par Vannuccini et al. s'est concentrée sur l'évaluation de cette méthode auprès de 418 femmes âgées de 18 à 50 ans. Il a été mis en avant que cet outil est fiable et offre un score représentatif de la perception du stress chez les femmes au moment des règles (18).

1.5.4. Élimination des diagnostics différentiels

L'élimination des diagnostics différentiels est également un point clef du diagnostic. Ils peuvent constituer une difficulté lors de l'évaluation et de l'interprétation des symptômes perçus par la patiente. Une des premières difficultés lors du diagnostic est que les symptômes du SPM et du TDPM peuvent s'apparenter à, ou se trouver majorés par, une pathologie psychologique ou psychiatrique sous-jacente. Cela peut venir fausser le diagnostic engendrant un retard dans la prise en charge des patientes. Par exemple, la dépression peut se retrouver majorée lors des périodes prémenstruelles, tout comme le trouble bipolaire, qui sont majoritairement cités dans la littérature. L'article de Kuehner et Nayman publié en novembre 2021, rappelle l'importance d'une évaluation prospective des symptômes afin d'évaluer lesquels se manifestent en prémenstruel et en post-menstruel permettant de distinguer ces différentes pathologies (36).

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), la France se situe dans la moyenne basse des 28 pays étudiés pour leur consommation d'antidépresseurs. Cinq cachets et demi pour 100 habitants sont consommés chaque jour en 2020 en France (37). Selon Santé Publique France, 16 millions de français âgés de 11 à 75 ans ont déjà consommé des médicaments psychotropes. Les anxiolytiques sont en tête devant les hypnotiques et les antidépresseurs. Les femmes sont majoritaires à en consommer face aux hommes (42,4 % versus 27,1 %) (38). Ceci montre l'intérêt du rôle de la sage-femme comme acteur principal de la prévention dans l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS) (39). Cela passe par une éducation scientifique exacte du fonctionnement physiologique du cycle menstruel. Il est important d'aider la patiente à

reconnaitre les phases du cycle et lui délivrer des conseils hygiéno-diététiques en première intention. Si besoin, la sage-femme adressera la patiente vers un autre professionnel de santé pour une prise en charge psychiatrique.

Une autre source de diagnostic différentiel renvoie aux effets indésirables liés à la prise d'une contraception orale combinée (COC) ou contraception œstroprogestative (COP). Nous le verrons dans la partie consacrée à la prise en charge des troubles prémenstruels, certaines COP spécifiques sont un moyen efficace afin de soulager les symptômes prémenstruels. En revanche, chez certaines patientes sous COC, il arrive que les effets indésirables s'apparentent à un SPM voire un TDPM. Il est retrouvé comme effets secondaires une légère augmentation de l'anxiété, de l'irritabilité et des « sautes d'humeur ». Ces désagréments constituent un des principaux motifs de changement de contraception chez les femmes sous COC. Une étude suédoise publiée en février 2017 par Lundin et al. a évalué, de manière randomisée prospective en double aveugle et contrôlée par placebo, les effets des COC sur l'humeur chez des femmes en bonne santé. L'étude a mis en exergue une aggravation significative de l'humeur en phase intermenstruelle, vers la moitié du cycle. Une amélioration de celle-ci fut observée en période prémenstruelle (40). Cette étude permet de constater que les effets indésirables peuvent s'apparenter aux symptômes des SPM et TDPM. Cependant, le moment de survenue de ces désagréments permet d'aiguiller le professionnel vers l'origine des troubles. Il est important que le diagnostic de SPM et TDPM soit réalisé de manière prospective afin de mettre en avant la survenue des symptômes en phase lutéale et non intermenstruelle comme le cas des effets indésirables liés aux pilules hormonales.

Nous venons donc de voir que plusieurs pistes étiologiques ont été envisagées et étudiées. Pour l'heure aucune ne se démarque et ne semble faire un consensus auprès des scientifiques et professionnels de santé. Nous allons à présent aborder les différents axes de prise en charge que peut mettre en place un professionnel pour les patientes présentant un SPM ou TDPM.

1.6. Prise en charge

1.6.1. Travail en interdisciplinarité

Les principaux professionnels de santé intervenant dans le suivi de la femme en âge de procréer, en matière de santé sexuelle et reproductive, sont les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les gynécologues médicaux et les sages-

femmes. Le rapport de mai 2021 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) rappelle que les relations entre ces différents professionnels n'ont pas toujours été fluides et qu'il perdure encore aujourd'hui des tensions. Cela s'explique notamment par la superposition de certaines de leurs compétences et par les relations historiques liant les sages-femmes aux médecins (41). Les sages-femmes libérales sont présentes sur une grande partie du territoire français (61,4 %) que ce soit en cabinet libéral ou en maison médicale (voir le site internet CartoSanté indiquant le zonage conventionnel des sages-femmes – Annexe 2) (42).

Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (43) et le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes (44), « La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant [...] les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception [...] ». Selon les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), au premier janvier 2013, 3 112 sages-femmes exerçaient en libéral exclusivement contre 6 219 au premier janvier 2023 (45). La collaboration du suivi médical a contribué à renforcer les relations entre médecins et sages-femmes. Nous pouvons supposer que l'augmentation du nombre de sages-femmes exerçant en libéral et en maison de santé pluridisciplinaire a renforcé les prises en charge multi- et interdisciplinaires.

Dans le rapport de l'ONDPS, il est suggéré que : « l'établissement d'un contact entre médecins et sages-femmes de ville, ainsi que la présentation des compétences de chacun permettraient d'apaiser les tensions qui peuvent parfois survenir (notamment une concurrence ressentie chez les médecins traitants) ». Il conviendrait de continuer à renforcer les relations entre ces professionnels de santé. Ces deux éléments de communication consolideraient le suivi en collaboration de certaines patientes. De nombreux professionnels viennent aujourd'hui à se « spécialiser ». Nous retrouvons, par exemple, la pratique de la sexologie chez les sages-femmes ou bien la pratique exclusive d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) chez les gynécologues-obstétriciens. Chaque professionnel a alors un rôle à part entière dans le suivi de la patiente. Pour finir, le rapport met en avant deux éléments qui participent au renforcement des relations entre médecins et sages-femmes : l'expérience personnelle

(médecins ayant des amis sages-femmes ou ayant été formés par des sages-femmes) et les jeunes générations plus disposées à travailler ensemble contrairement aux médecins en fin de carrière qui sont habitués à pratiquer la gynécologie. Le renforcement de ces relations permet un meilleur soutien pour la patiente et une prise en charge plus large et sécurisée (41). Les soins de ces quatre acteurs de santé peuvent être complétés par l'accompagnement et les conseils des pharmaciens, des psychologues ou des psychiatres. Une étude malaisienne de 2018 observe l'importance du rôle des pharmaciens chez les patientes potentiellement atteintes d'un SPM et d'un TDPM qui ont recours à l'automédication. Les conseils délivrés par les pharmaciens étaient sécurisant concernant la prise de compléments alimentaires ou de produits naturels. Ils veillaient également à orienter la patiente vers un médecin (46).

Comme nous l'avons évoqué de nombreuses fois, il est important que la patiente soit suivie en collaboration par les professionnels de santé qu'elle rencontre. La patiente peut être amenée à consulter dans un premier temps une sage-femme ou un médecin traitant, voire un gynécologue de ville. Le professionnel mettra en place une prise en charge et se devra d'en informer les autres professionnels référents de la patiente. Il peut également orienter la patiente vers des confrères spécialisés. Une étude publiée en janvier 2022 par Hantsoo et al. a interrogé un échantillon de 2 512 patientes atteintes de TDPM sur la prise en charge initiée par différents professionnels de santé (médecins généralistes, psychologues/psychothérapeutes et gynécologues). Cette étude a mis en exergue que les gynécologues proposaient en majorité le suivi des symptômes grâce à un calendrier journalier et que les thérapeutes faisaient preuve d'une plus grande compassion (47).

1.6.2. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Un des premiers traitements mis en place à la suite du diagnostic d'un SPM sévère ou TDPM sont les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS). De nombreuses études relatent leur efficacité sur les symptômes des troubles prémenstruels. Ils peuvent aussi bien être pris en continu qu'uniquement lors de la période prémenstruelle en phase lutéale. Ils interviennent comme traitement de première intention. Une méta-analyse publiée en 2007 par Marjoribanks et al. a comparé les effets d'ISRS (fluoxétine, parotéxine, sertraline, escitaloprame et citalopram) à un placebo. Les auteurs ont observé une efficacité de ces traitements dans le SPM, au

travers de 31 essais contrôlés randomisés, incluant 4 372 femmes diagnostiquées avec un SPM. Ils agissent sur les symptômes psychiques, physiques, fonctionnels et sur l'irritabilité. L'étude mettait en garde contre les effets indésirables liés au dosage pouvant engendrer nausées, asthénie, baisse d'énergie, somnolence, fatigue, transpiration et baisse de la libido. Ces désagréments sont source d'arrêt du traitement chez les femmes (48). Une autre étude évoquée plus tôt est en faveur de l'efficacité des ISRS dans le traitement des troubles prémenstruels, tout comme les thérapeutiques augmentant le taux de sérotonine (30). Le RCOG préconise en première intention une contraception orale combinée, une supplémentation en vitamine B6 et un traitement par ISRS (34).

1.6.3. Contraception orale

La prise en charge du SPM peut se faire grâce à la contraception orale. Certaines COP peuvent être responsables d'effets indésirables se rapprochant des symptômes du SPM et du TDPM, comme nous l'avons abordé précédemment. Cependant, une COP, contenant trois milligrammes (mg) de drospirénone et 20 microgrammes (μ g) d'éthinylestradiol, a été étudiée afin de déterminer si elle entraînait des répercussions positives sur les symptômes du TDPM. Il s'agit d'une étude croisée multicentrique, en double aveugle et contrôlée par placebo publiée en 2005 par Pearlstein et al. incluant 64 femmes, âgées de 18 à 40 ans, diagnostiquées de manière fiable avec un TDPM. Cette étude a observé de manière significative une évolution positive sur l'expression du TDPM chez les patientes malgré une réaction substantielle au placebo. La contraception hormonale a été administrée par schéma 24/4 jours, contrairement au schéma habituel de 21/7 jours, sur trois cycles coupés d'une période d'un cycle de sevrage et se finissant par de nouveaux trois cycles avec l'autre traitement (placebo ou CO si placebo administré en première partie). Il est également rapporté que la drospirénone est un analogue de la spironolactone qui est un antagoniste de l'aldostérone. L'aldostérone intervient dans la réduction des ballonnements menstruels, douleurs mammaires, dépression et irritabilité (49). Une autre étude coréenne menée par Kim et al. publiée en 2015, a étudié l'effet de la drospirénone trois mg associée à l'éthinylestradiol 20 μ g délivrés sur 24 jours durant six cycles menstruels consécutifs. L'étude observe une amélioration des symptômes du TDPM ainsi qu'une diminution de l'acné (50). Mais il n'existe pas de recommandations officielles du CNGOF sur un cadrage des posologies

permettant de réduire les symptômes du SPM et du TDPM. Le CNGOF recommande : la progestérone naturelle du 15^{ème} au 25^{ème} jour du cycle, l'utilisation de progestatifs en cas de SPM congestif ou œdémateux, les oestroprogestatifs pour la suppression de l'ovulation lors d'une demande de contraception (51). De la même façon, le RCOG préconise une contraception orale combinée en première intention (34).

1.6.4. Sepranolone

Une autre piste de thérapeutique a été étudiée en 2017 par Bixo et al. au travers d'un essai randomisé, en double aveugle, contrôlé par placebo. Il s'agit de la sepranolone (UC1010), un antagoniste stéroïde modulant le GABA_A de l'allopregnanolone. Elle a été administrée chez des femmes atteintes de TDPM et chez des témoins, lors de la phase lutéale par injection sous-cutanée (10 ou 16 mg) tous les deux jours. L'autre groupe recevait un placebo. L'évaluation de la survenue et de l'intensité des symptômes s'est faite grâce à un score quotidien de gravité des symptômes. Le traitement par sepranolone a montré une efficacité sur les symptômes du TDPM par observation de la baisse des résultats du score (52).

Cependant, il existe un frein à recourir à cette méthode. Il s'agit de la voie d'administration. Pour expliquer ces propos, nous pouvons faire un parallèle avec le nombre de patientes utilisant une méthode contraceptive par injection. Pour rappel, cette méthode consiste à injecter par voie intra musculaire un macroprogestatif (médroxyprogestérone acétate, 150 mg/3 ml) à action prolongée, tous les trois mois. Une étude descriptive nationale basée sur les données issues de la base Open Data de l'Assurance Maladie, réalisée de 2014 à 2019 et publiée en 2022 dans la revue Gynécologie, Obstétrique, Fertilité et Sénologie, s'est concentrée sur l'évolution de l'utilisation des méthodes contraceptives remboursées en France. Malgré une hausse de l'utilisation de cette méthode (+ 7,3 %) depuis 2014, seulement 4 836 femmes françaises y avaient recours en 2019. A titre comparatif, 5,9 millions de femmes ont eu recours à une contraception orale (53).

1.6.5. Suivi psychologique et thérapie cognitivo-comportementale

La mise en place d'un suivi psychologique peut être proposée aux patientes présentant un SPM ou TDPM. Celle-ci viendra soutenir et compléter la prise en charge

débutée en parallèle. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été peu étudiée et les données disponibles ne permettent pas de statuer sur son efficacité isolée. En revanche, comme abordé précédemment, les troubles prémenstruels ont une influence sur la vie quotidienne. La TCC permettra d'apporter un soutien aux femmes. L'amélioration de la gestion de leur stress et du vécu des événements traumatiques subis par le passé via une TCC est une hypothèse de solution pour réduire la survenue des SPM et TDPM. Elle vient ainsi renforcer l'accompagnement amorcé par la sage-femme, le généraliste ou le gynécologue (54).

Le CNGOF recommande aux professionnels d'interroger et d'évaluer l'état psychologique de la patiente. Comme nous l'avons vu en amont, les troubles prémenstruels étant influencés par l'environnement, il est judicieux de s'intéresser au contexte conjugal, familial et socioprofessionnel de la patiente pouvant être source de stress et nécessitant une prise en charge psychologique. Le CNGOF recommande également de limiter le stress par des conseils tels que : « supprimer les sorties, les déplacements non indispensables, les tâches ménagères fatigantes, les démarches difficiles » (51).

1.6.6. Soutien et groupes de parole

Nous abordions, en introduction, le besoin de reconnaissance des patientes présentant un SPM et un TDPM. Le fait d'être prises au sérieux et écoutées permet aux patientes d'adhérer plus facilement à la prise en charge proposée par le soignant. Le degré de connaissance des professionnels de santé va renforcer la confiance de la patiente et lui permettre de suivre le traitement sans appréhension (2). Orienter la patiente vers des groupes de paroles ou mettre en place ce type d'entretien pour que chaque patiente partage son expérience au quotidien est également un outil à discuter. Il existe aujourd'hui de nombreux témoignages « fleurissants » sur les réseaux sociaux avec la création de contenus dédiés au SPM et au TDPM. Il faut cependant mettre en garde les patientes sur les informations délivrées qui ne relèvent pas toujours de sources fiables.

Nous n'avons trouvé aucune information au niveau national sur l'existence de groupes de parole encadrés ou d'ateliers d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour le soutien et l'accompagnement des patientes présentant un SPM ou un TDPM.

En 2013, plusieurs femmes ont décidé de créer une association dans le but de se soutenir entre femmes atteintes de TDPM. Il s'agit de l'Association Internationale pour les Troubles Prémenstruels (IAPMD). Aujourd'hui l'association a pris de l'ampleur et constitue une source d'informations et de ressources pour les personnes atteintes de TDPM ou d'exacerbation prémenstruelle des troubles sous-jacents. L'association se compose de différents professionnels dont des psychiatres, psychologues, obstétriciens et gynécologues mais pas de sages-femmes et médecins généralistes. L'association déclare avoir aidé un demi-million de personnes menstruées à travers une centaine de pays, à ce jour (55).

1.6.7. Règles hygiéno-diététiques

L'hygiène de vie de la patiente devra être évaluée. L'obésité et la consommation de tabac apparaissant comme des facteurs de risque, il conviendra de les contrôler. Une activité physique régulière et une alimentation équilibrée sont d'autant plus importantes chez les patientes souffrant de SPM et de TDPM. De plus, une activité physique régulière permet de réduire le stress responsable de l'augmentation des symptômes prémenstruels. Nous pouvons proposer aux patientes de consulter un diététicien voire un nutritionniste et pour les patientes fumeuses, une aide au sevrage tabagique (27). Ravichandran et Janakiraman se sont intéressés à l'effet des exercices aérobies sur l'amélioration du SPM. Au travers de cinq essais contrôlés randomisés, ils ont observé que l'exercice aérobique (marche, natation, course) améliore les symptômes physiques et psychologiques du SPM. Seulement, la qualité méthodologique des études était modérée et deux essais ne mettaient pas en valeur l'amélioration du SPM avec l'exercice, en cause un panel trop large d'exercices évalués (56).

Une revue systématique et méta-analyse de mars 2018 à l'initiative de Fernández et al., basée sur 19 études, suggère que l'alcool a une influence sur le SPM. Cette consommation semble en lien avec une augmentation modérée du risque de SPM. Les auteurs déclarent que « 11 % des cas de SPM pourraient être associés à la consommation d'alcool dans le monde et 21 % en Europe ». Or, des questions viennent se greffer à cette étude : est-ce la consommation d'alcool qui influence le SPM ou est-ce que les femmes atteintes de SPM consomment de l'alcool pour pallier leurs symptômes prémenstruels ? L'alcool a-t-elle une influence sur les hormones sexuelles, les systèmes sérotoninergiques et GABAergiques ? Ou au contraire est-ce que les femmes présentant

un SPM et ayant potentiellement une atteinte de ces systèmes, sont plus sensibles à la consommation d'alcool ? Ce sujet peu étudié à l'heure actuelle mérite un plus grand intérêt. Nous ne pouvons pas affirmer que la consommation d'alcool influence réellement le SPM. Néanmoins, la consommation d'alcool chez les femmes atteintes de SPM et de TDPM doit être interrogée dans un but préventif (57).

Sur ce point, les recommandations du CNGOF sont les suivantes : « supprimer les excitants (café, tabac, alcool), évacuer la tension nerveuse par la relaxation, le yoga, un exercice physique régulier (si possible en piscine), en se réservant un temps de repos dans la journée » (51).

1.6.8. Médecines alternatives

D'autres solutions naturelles existent mais sont controversées car peu étudiées et les quelques analyses existantes ne sont pas concluantes. Il s'agit de l'acupuncture, la sophrologie, l'aromathérapie, l'huile d'onagre, le gattilier (58), les compléments alimentaires et suppléments vitaminiques (calcium, magnésium, vitamine D) (59, 60). Nous ne détaillerons pas ces études qui n'ont pas montré de résultats significatifs ou qui présentaient de forts biais. Il serait tout de même intéressant pour les patientes présentant un SPM modéré et désireuses de solutions naturelles de mieux évaluer ces méthodes. Le CGOF recommande tout de même l'utilisation de vitamine B6, 50 mg une ou deux fois par jour, le magnésium et l'huile d'onagre pour soulager les symptômes du SPM si les conseils hygiéno-diététiques ne sont pas suffisants (51).

Les études évaluant l'effet de l'acupuncture et l'acupression ont des avis divergents. Ces effets ont été étudiés par Armour et al. en 2018. L'étude n'a pas montré de résultats concluants car le nombre d'essais inclus était trop faible (cinq essais pour 277 femmes) (61). En 2019, Zhang et al. ont également évalué l'acupuncture chez des femmes atteintes de SPM. Les auteurs se sont basés sur 15 études, incluant 1 103 patientes. Cependant les résultats sont très discutables par manque d'homogénéité entre les études. De plus, il n'y avait pas de limite d'âge chez les patientes, ce qui constitue un biais de sélection car des femmes peuvent être en période de préménopause. Beaucoup de patientes ont également abandonné l'étude en cours (62). L'aromathérapie a été étudiée par essai contrôlé randomisé sur un faible effectif (40 cas et 37 témoins) durant trois cycles à raison de cinq séances d'aromathérapie par inhalations d'huile de lavande sur chaque cycle. Les résultats ont montré une légère diminution des

symptômes psychologiques. Cependant, pour affirmer l'efficacité de cette technique, il aurait fallu un effectif plus conséquent (63).

Le CNGOF déclare que : « Les médecines « douces » comme l'homéopathie, l'acupuncture, la phytothérapie, la mésothérapie peuvent être utilisées, d'autant plus que les patientes sont souvent réticentes vis-à-vis des autres formules thérapeutiques, en particulier hormonales » (51).

Il existe de multiples manières de prendre en charge une patiente touchée par un SPM ou un TDPM. Malheureusement, le professionnel de santé doit faire son propre jugement afin de proposer la meilleure prise en charge pour sa patiente. En effet, il existe peu de recommandations françaises concernant le SPM ou le TDPM. Le professionnel de santé doit s'adapter à chaque cas et être vigilant. Il doit veiller à la protection de la patiente. Comme nous l'avons vu, il existe des méthodes « naturelles » pour soulager les patientes mais attention à ce que cela ne dérive pas vers une forme de charlatanisme. L'automédication est à anticiper et contrôler. Il faut également être vigilant aux dérives sectaires. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) a signé en novembre 2023 une convention de partenariat avec la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES). Cette convention a pour objectifs l'échanges d'informations des signalements de situations à risque de dérives thérapeutiques à caractère sectaire, l'information et la diffusion de supports d'aide au repérage des risques d'emprise sectaire et des actions de formation pour renforcer la prévention et la lutte contre les dérives thérapeutiques à caractère sectaires (64). Il faut conseiller les patientes pour qu'elles soient le mieux encadrées. Que ce soit la sage-femme, le médecin généraliste, le gynécologue, le pharmacien chacun a une place dans le parcours de soin de ces patientes.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Problématique et hypothèses

Comme nous venons de le voir, les troubles prémenstruels, SPM et TDPM, concernent un grand nombre de femmes. Cependant, les recherches fournies à ce jour ne permettent pas d'expliquer pleinement l'étiologie de ces troubles. De plus, le calendrier prospectif est l'outil diagnostique le plus adapté mais très peu de données issues de la littérature scientifique sont fournies sur son utilisation et son évaluation en pratique. La prise en charge du SPM et du TDPM s'avère multiple et variée. Il est naturel de s'intéresser aux méthodes de diagnostic et de prise en charge utilisées en pratique par les professionnels de santé. Cela permettra de confronter la réalité avec les données de la littérature scientifique et d'interroger les professionnels de santé sur ce qui leur semble efficace chez leurs patientes.

Ainsi, notre question de recherche est la suivante : « Quelles sont les pratiques professionnelles concernant la prise en charge des patientes touchées par les troubles prémenstruels ? ».

Nous formulons plusieurs hypothèses :

- Les professionnels de santé réalisant des consultations de gynécologie interrogent systématiquement leurs patientes sur la présence de signes fonctionnels caractéristiques du SPM et du TDPM.
- Les professionnels de santé diagnostiquent un TDPM en utilisant un questionnaire prospectif à l'aide d'un calendrier quotidien de suivi des symptômes et des recommandations énoncées dans le DSM-5.
- La présence d'un syndrome prémenstruel ou d'un trouble dysphorique prémenstruel chez une patiente, conduit le professionnel de santé à mettre en place une prise en charge adaptée contribuant à soulager les symptômes et diminuer les manifestations du trouble présent chez cette patiente.

2.2. Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude étaient d'apprécier les pratiques professionnelles en matière de dépistage, de méthodes diagnostiques et de prises en charge de ces troubles

préménstruels. Cela nous a conduit à interroger les professionnels sur leurs connaissances concernant le SPM et le TDPM.

Nous souhaitions en parallèle analyser le profil des soignants ; à savoir leur environnement d'exercice, leur mode d'exercice, leur formation et leur développement professionnel continu par la formation.

2.3. Type d'étude

Notre méthodologie de recherche reposait sur une étude quantitative descriptive par questionnaire en ligne auprès des professionnels de santé. Cela nous a permis de chiffrer et analyser leur pratique en matière de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des troubles préménstruels.

2.4. Population étudiée

Nous avons choisi de nous concentrer sur l'étude des pratiques professionnelles des sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens.

2.5. Critères d'inclusion

Pour participer à l'étude, le professionnel de santé devait faire partie des quatre catégories de professionnels de santé citées (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue médical, gynécologue-obstétricien). Le mode d'exercice du professionnel ne constitue pas un critère d'exclusion à sa participation.

2.6. Faisabilité de l'étude

La faisabilité de l'étude reposait essentiellement sur la diffusion et le nombre de répondants au questionnaire. Nous souhaitions avoir un nombre de répondants compris entre 150 et 200. Les limites de la méthode pouvaient s'illustrer par un risque de recevoir un faible nombre de participations à l'enquête et par la même occasion un manque de représentativité.

2.7. Outils employés

Nous avons réalisé et diffusé le questionnaire en ligne grâce à la plateforme Lime Survey permettant d’anonymiser les réponses et de recueillir le consentement des répondants pour leur participation à l’enquête. Le questionnaire a été construit en cohérence avec la revue de la littérature et la question de recherche. Afin de s’assurer de la compréhension et de la pertinence des questions nous l’avons fait tester par un échantillon de professionnels de santé avant de le diffuser.

Le questionnaire se découpait en trois grandes parties. Tout d’abord, les professionnels devaient répondre à la partie « Renseignements généraux » les interrogeant sur leurs formations initiales et complémentaires, les différentes modalités de leur exercice professionnel et la part de leur activité dédiée au suivi gynécologique de patientes en âge de procréer. La deuxième partie se concentrait sur leurs connaissances du SPM et du TDPM. Enfin, une dernière partie était consacrée à leurs prises en charge du SPM et du TDPM.

2.8. Mise en œuvre de l’étude

Le questionnaire a été diffusé du 6 décembre 2023 au 9 janvier 2024 via les réseaux de santé en périnatalité. Nous avons contacté en amont 22 réseaux de santé en périnatalité. Nous avons reçu cinq refus. Onze réseaux n’ont pas donné de réponse après plusieurs tentatives de contact. Six réseaux de santé en périnatalité ont accepté de diffuser notre questionnaire aux professionnels adhérents. Ils ont procédé à l’envoi par messagerie en ligne ou sur leur site internet. Les réseaux de périnatalité ayant partagés notre questionnaire sont les suivants : Réseau de Périnatalité de Normandie, Réseau Sécurité Naissance – Naitre Ensemble (Pays de la Loire), Réseau de Santé Périnatal Parisien, Réseau ELENA (Loire Nord-Ardèche), Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne et Réseau Périnat Centre-Val de Loire. L’annexe 3 présente le nombre de professionnels adhérents par réseaux. Nous comptons 7 443 professionnels (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues) parmi les six réseaux ayant acceptés de diffuser notre questionnaire.

2.9. Analyse des résultats

L'analyse des résultats a été effectuée avec le logiciel tableur Microsoft Excel et les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de l'outil de calcul BiostaTGV (site de biostatistiques en ligne).

2.10. Éthique scientifique

Nous avons saisi en amont la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du Centre Hospitalier Universitaire pour un avis consultatif concernant notre recherche. Le comité a statué que notre recherche ne rentrait pas dans le champ d'application de la Loi Jardé (Annexe 4). Les données recueillies ont été sécurisées et anonymisées conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD).

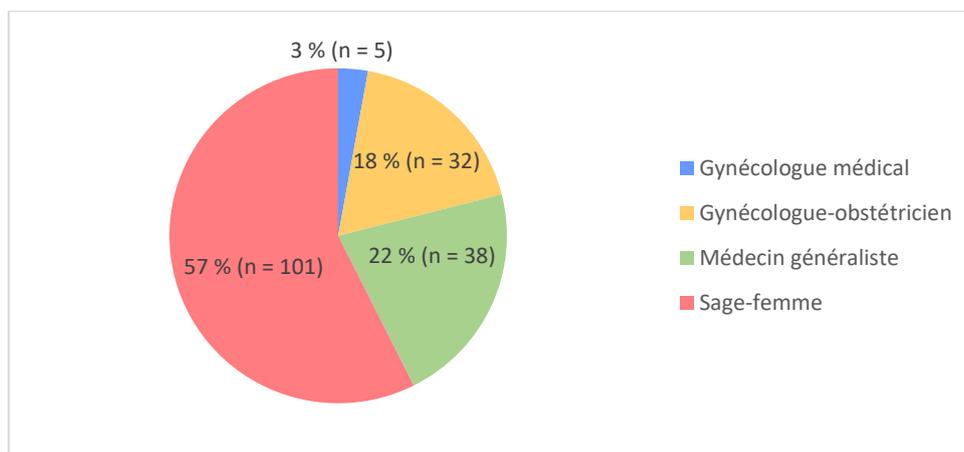
3. RÉSULTATS

Nous allons vous présenter les résultats du questionnaire diffusé. Nous avons reçu un total de 269 réponses dont 176 exploitables (soit 65 %) et 93 réponses non exploitables (35 %). Seules les réponses complètes sont exploitables et seront exposées ci-dessous. Nous vous présenterons dans un premier temps les renseignements généraux concernant la population étudiée. Dans un second temps, nous aborderons la connaissance de la population concernant le SPM et le TDPM. Et pour finir, nous analyserons les pratiques professionnelles de la population répondante.

3.1. Caractéristiques de la population

3.1.1. La population

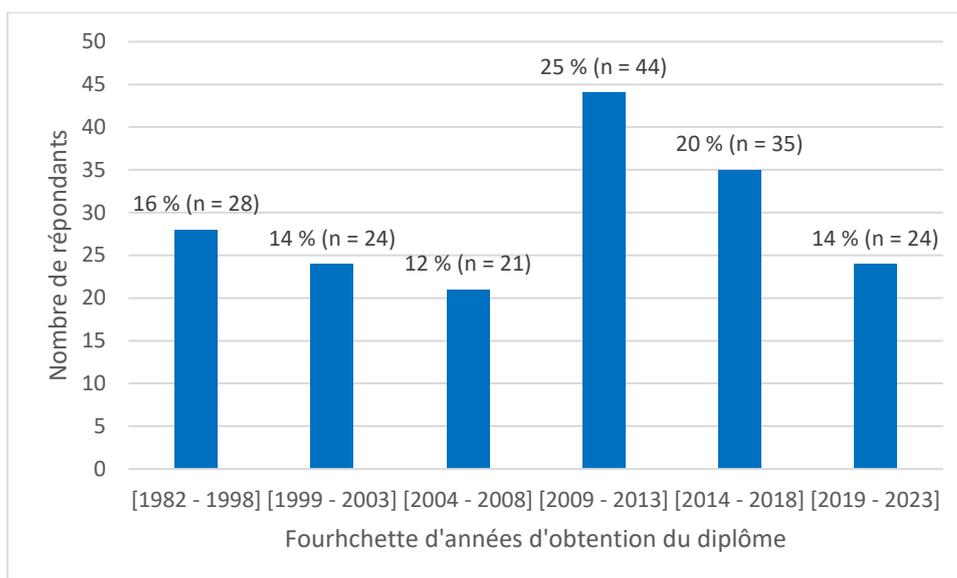
Figure 1 : Profession des répondants (n = 176)



Nous pouvons voir que la majorité des répondants (57 %) est des sages-femmes. Les médecins généralistes (22 %) et les gynécologues-obstétriciens (18 %) représentent une part moins importante des répondants. Les gynécologues médicaux sont en très faible minorité (3 %).

3.1.2. Formations de la population

Figure 2 : Année d'obtention du diplôme (n = 176)



Profession	Années
Sage-femme	17,3
Médecin généraliste	13,7
Gynécologue obstétricien	14,6
Gynécologue médical	6

Tableau 1 : Moyenne du nombre d'années d'exercice en fonction de la profession

Ici nous voyons que la majorité des répondants a obtenu leur diplôme entre 2009 et 2013, toutes professions confondues. Si l'on regarde en détail, l'échantillon de sages-femmes interrogées a en moyenne 17,3 années d'exercice ce qui fait une moyenne d'âge d'environ 40,3 ans. Ceci est représentatif de la population de sages-femmes françaises, qui a en moyenne 41 ans (données 2023 de la DREES). Chez les médecins toutes spécialités confondues, l'âge moyen est de 50,3 ans (données 2023 de la DREES). Dans notre échantillon, les médecins généralistes ont en moyenne 13,7 années d'exercice (soit 40,7 ans), les gynécologues-obstétriciens ont 14,6 années d'exercice (soit 43,6 ans) et les gynécologues médicaux ont 6 années d'exercice (soit 34 ans). Notre échantillon de médecins répondants est plus jeune que la population générale (45).

Figure 3 : Nombre de professionnels ayant réalisé des formations complémentaires (n = 176)

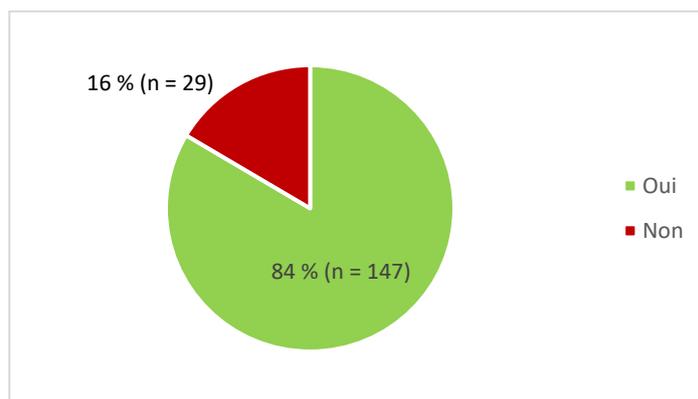
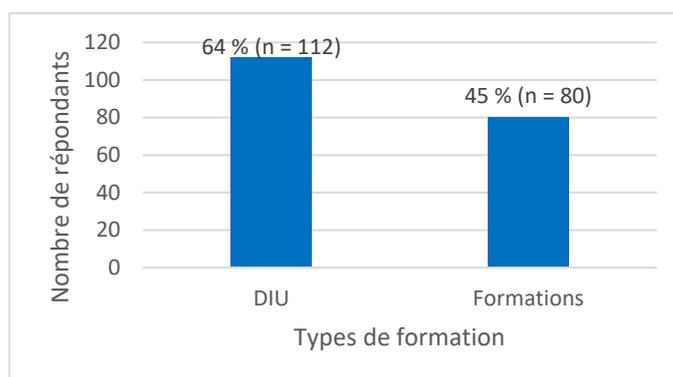


Figure 4 : Types de formations complémentaires réalisées (n = 147)



Sur les 176 répondants, 147 ont réalisé des formations complémentaires à leur diplôme. Cela représente 84 % des professionnels répondants. Parmi les 147 professionnels avec une formation complémentaire, nous retrouvons 112 répondants (soit 76 %) ayant obtenus un ou plusieurs diplôme(s) inter-universitaire(s) (DIU) et 80 (soit 54 %) ayant réalisés une ou plusieurs formation(s) complémentaire(s), autres qu'un DIU.

Tableau 2 : Types de formations complémentaires réalisées par les répondants (n = 147)

Gynécologues médicaux (n = 5)	
DIU (n = 5)	Formations (n = 3)
Echographie (3)	Médecine de la reproduction (1)
Endocrinologie de la reproduction (1)	Perturbateurs endocriniens (1)
Gynécologie de l'enfance et de l'adolescence (2)	Santé sexuelle (1)
Sexologie (1)	Accueil et communication auprès des personnes en situation de handicap (1)
IVG et contraception (2)	

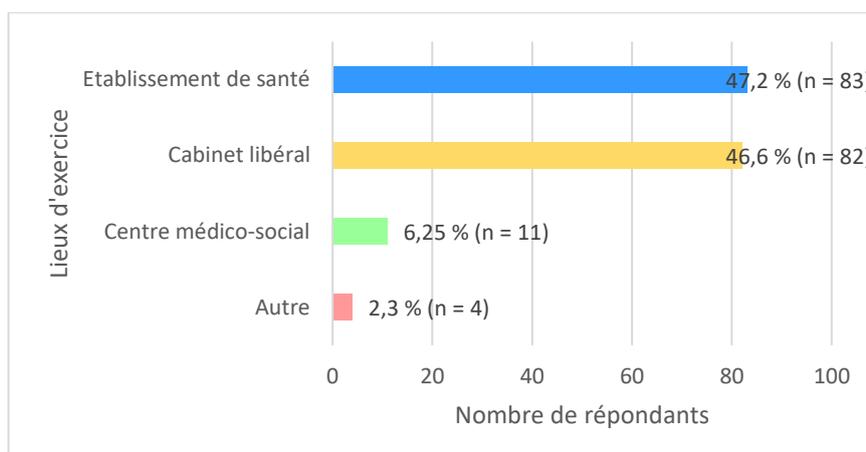
Autres : colposcopie (3), assistance médicale à la procréation (AMP) (1), ménopause (1)	
Gynécologues obstétriciens (n = 25)	
DIU (n = 25)	Formations (n = 9)
Médecine traditionnelle orientale (4)	AMP (3)
Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) Fertilité (2)	Homéopathie (2)
Douleur pelvienne chronique (1)	Colposcopie (7)
Psychiatrie périnatale (2)	
Autres : AMP (1), pathologies maternelles et grossesse (5), Médecine fœtale (5), Echographie (16), Sénologie (5)	Médecine chinoise (1)
Médecins généralistes (n = 26)	
DIU (n = 20)	Formations (n = 8)
Homéopathie (1)	IVG médicamenteuse (2)
Santé sexuelle et droits humains (1)	
Gynécologie (5)	
Gynécologie et obstétrique (3)	Autres
Sexologie (1)	
Autres : pédiatrie, soins palliatifs, Echographie (1)	
Sages-femmes (n = 91)	
DIU (n = 62)	Formations (n = 60)
Psycho-périnatalité (2)	Gynécologie et contraception (26)
Contraception et gynécologie (33), Contraception et orthogénie (1)	Addictologie (2) et tabacologie (1)
Acupuncture obstétricale (14)	Hypnose (3), Réflexologie (1), Sophrologie (2), Physiologie du sommeil (1)
Echographie obstétricale (15)	Yoga (9), Ostéopathie (3)
Phytothérapie (1)	Prise en charge des douleurs pelvi-périnéales (1), Téquithérapie (1),

	Rééducation périnéale (11)
Hypnose médicale (3)	Endométriose (7)
Etude de la sexualité humaine (2), Sexologie (1)	Dysménorrhée (1), Vulvodynies (2)
Infertilité, PMA et endocrinologie de la reproduction (1)	Aromathérapie (1), Homéopathie (4), Micronutrition (2)
Homéopathie (1)	Physiologie du cycle et de la fertilité (3) et Troubles du cycle menstruel (2)
Prise en charge des violences faites aux femmes, vers la bientraitance (1)	Violences (3)
Tabacologie et aide au sevrage tabagique (1)	Autre : Suivi des femmes ménopausées (4), Reiki (1), Allaitement maternel (6), Syndrome des ovaires polykystiques (2), Haptonomie (1), IVG (5), Sexologie (3)
Sophrologie (1)	
Autres : Pathologies maternelles et grossesse (1), Médecine tropicale (1), Droit médical (1), Pédiatrie en maternité (1), Pelvipérinéologie (1)	

Nous observons ici que les sages-femmes réalisent des formations diversifiées et dont beaucoup sont des formations de médecines alternatives. Ce large choix de formation, offre une multitude de possibilités de prises en charge à leurs patientes. Les médecins se forment moins à ce type de pratique, toutefois quatre gynécologues-obstétriciens sont formés à la médecine traditionnelle orientale et un est formé à la médecine chinoise.

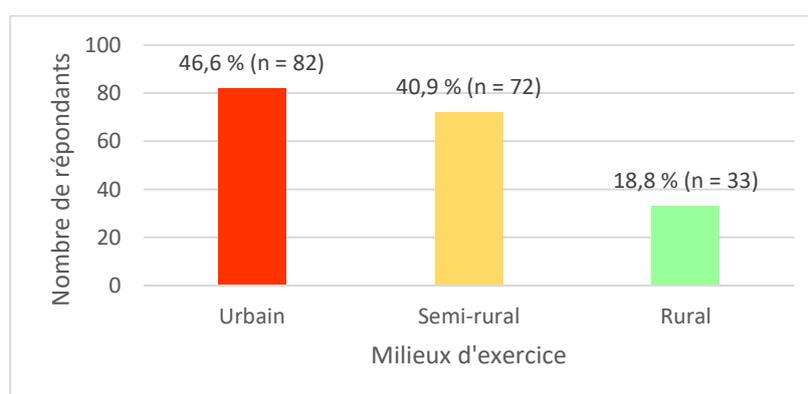
3.1.3. Mode d'exercice de la population

Figure 5 : Lieu(x) d'exercice des répondants (n = 176)



A la question « Quel(s) est/sont votre/vos lieu(x) d'exercice ? », 47,2 % (n = 83) des répondants déclarent travailler en établissement de santé et 46,6 % (n = 82) déclarent avoir un exercice libéral. Nous avons obtenu 180 réponses et non 176, car 4 professionnels ont déclaré avoir une activité mixte, en établissement de santé et en cabinet libéral. Les professionnels travaillant en Centres Médico-Sociaux (CMS) représentent 6,25 % (n = 11) des répondants. Enfin, 2,3 % (n = 4) ont une activité « autre ». Ces professionnels travaillent en Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), Comité de Protection des Personnes (CPP), en Prévention Maternelle et Centre de Santé Sexuelle et en Centre de santé polyvalent.

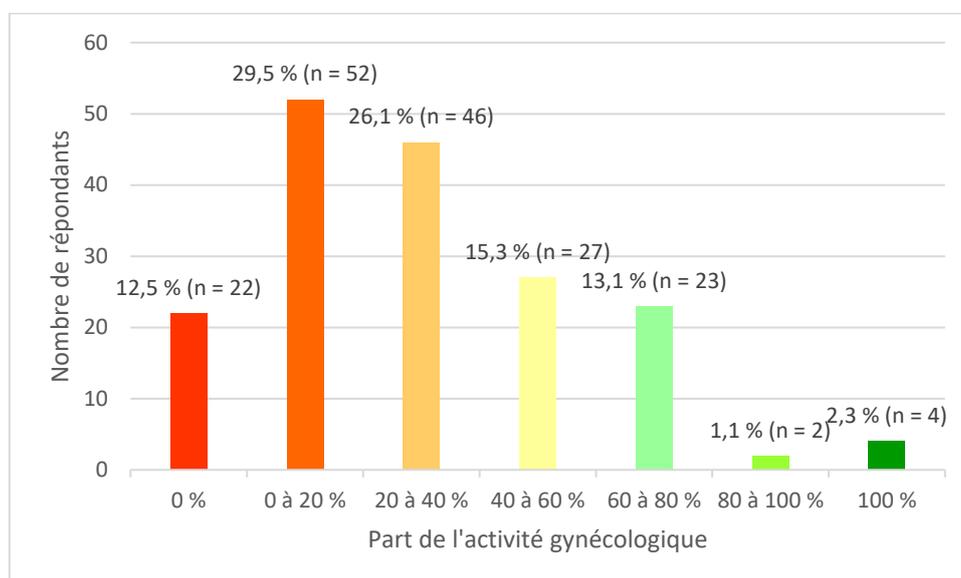
Figure 6 : Milieux d'exercice des répondants (n = 176)



Ici nous pouvons voir que 82 (46,6 %) répondants exercent en milieu urbain, 72 (40,9 %) en milieu semi-rural et 33 (18,8 %) en milieu rural. Certains répondants ont une activité mixte : trois déclarent avoir une activité en milieu rural et semi-rural, six en milieu semi-rural et urbain et un dans les trois zones. Nous pouvons donc voir que

l'activité des répondants est majoritaire en zone urbaine et semi-rurale. Le secteur rural est quant à lui peu représenté.

Figure 7 : Part de l'activité des répondants dédiée au suivi gynécologique de patientes en âge de procréer (n = 176)

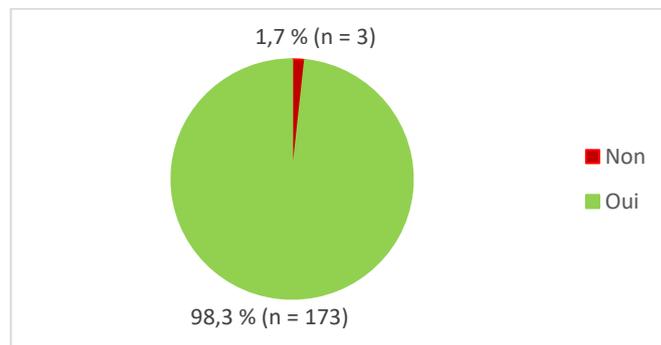


Ce graphique montre la part de l'activité des répondants correspondante au suivi gynécologique chez des femmes en âge de procréer. Nous voyons que la majorité des répondants, 52 (soit 29,5 %), réalise entre 0 à 20 % d'activité de gynécologie. Ensuite, presque un quart des répondants (n = 46, soit 26,1 %) réalise entre 20 à 40 % de suivi gynécologique. Nous retrouvons presque à proportions égales les répondants réalisant 0 % d'activité gynécologique chez des femmes en âge de procréer (n = 22, 12,5 %), ceux réalisant entre 40 à 60 % (n = 27, 15,3 %) et ceux entre 60 et 80 % (n = 23, 13,1 %). Pour finir, seulement 1,1 % (n = 2) réalise entre 80 à 100 % de suivi gynécologique et 2,3 % (n = 4) réalisent 100 % de suivi gynécologique chez des femmes en âge de procréer.

3.2. Connaissances de la population

3.2.1. Connaissance du SPM

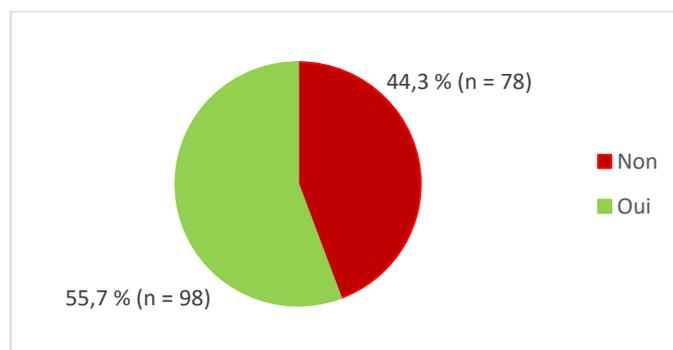
Figure 8 : Connaissance du SPM (n = 176)



173 répondants sur les 176 interrogés déclarent avoir connaissance du SPM. Cela représente 98,3 % des répondants, soit pratiquement la totalité des personnes interrogées. 1,7 % des répondants (n = 3) déclarent ne pas connaître le SPM.

3.2.2. Connaissance du TDPM

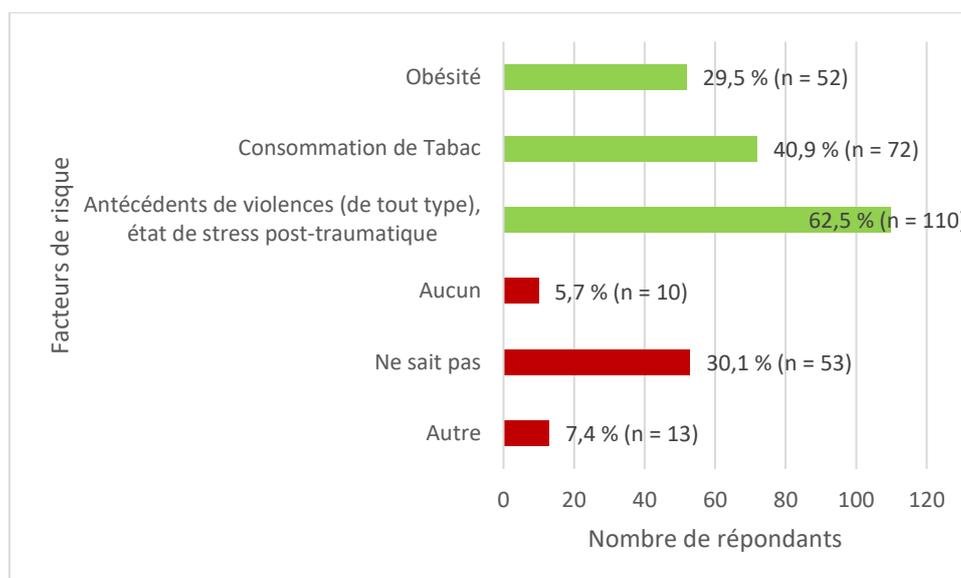
Figure 9 : Connaissance du TDPM (n = 176)



Contrairement au SPM, à la question « Connaissez-vous le Trouble Dysphorique PréMenstruel ? », 98 répondants (soit 55,7 %) ont répondu « Oui » et 44,3 % (n = 78) ont répondu « Non ». Nous voyons ici que les réponses sont plus hétérogènes. Il y a une majorité de répondants connaissant ce trouble mais tout de même une part importante des répondants ne le connaissant pas.

3.2.3. Connaissance des facteurs de risque

Figure 10 : Connaissance des facteurs de risque de présenter un SPM ou un TDPM (n = 176)

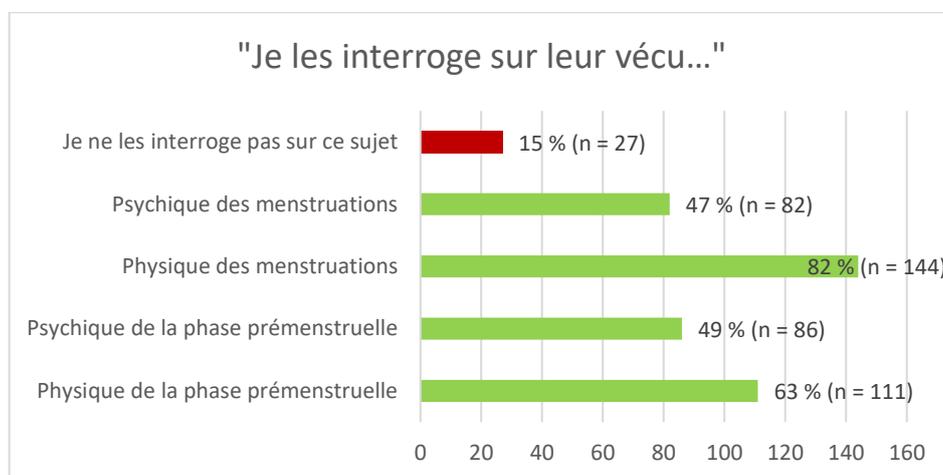


La dernière question posée à la population concernant leur connaissance sur le SPM et le TDPM était : « Selon vous, quels sont les facteurs de risque de développer un SPM ou un TDPM ? ». L’item « antécédents de violences (de tout type), état de stress post-traumatique » a recueilli un total de 110 réponses, soit 62,5 % de bonnes réponses. Ensuite, vient la proposition « consommation de tabac » avec 40,9 % de validation de la part des répondants (n = 72). 30,1 % des répondants (n = 53) ne savent pas quels sont les facteurs de risque de présenter un SPM ou un TDPM et 5,7 % (n = 10) déclarent qu’il n’y a aucun facteur de risque de développer un SPM ou un TDPM. 52 répondants (soit 29,5 %) ont déclaré l’obésité comme facteur de risque. Pour finir, 7,4 % des répondants (n = 13), pensent que d’autres facteurs de risque existent, tels que : les « antécédents familiaux de SPM ou TDPM », l’« alimentation », « ce que l’on appelle en Médecine traditionnelle chinoise : le vide de Yin », des « antécédents psychologiques », l’« hypothyroïdie », la « contraception hormonale », les « carences calciques, vitamine D, magnésium, oméga 3 », les « hormones », le « manque d’activité physique » et l’« âge ».

3.3. Pratiques professionnelles de la population

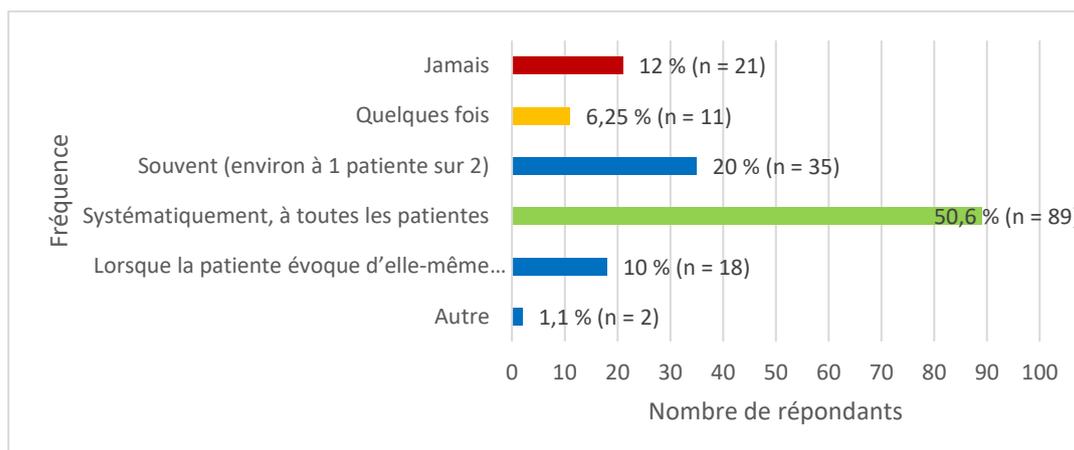
3.3.1. Diagnostic du SPM ou du TDPM

Figure 11 : Interrogatoire sur le vécu physique et/ou psychique en phase prémenstruelle et menstruelle (n = 176)



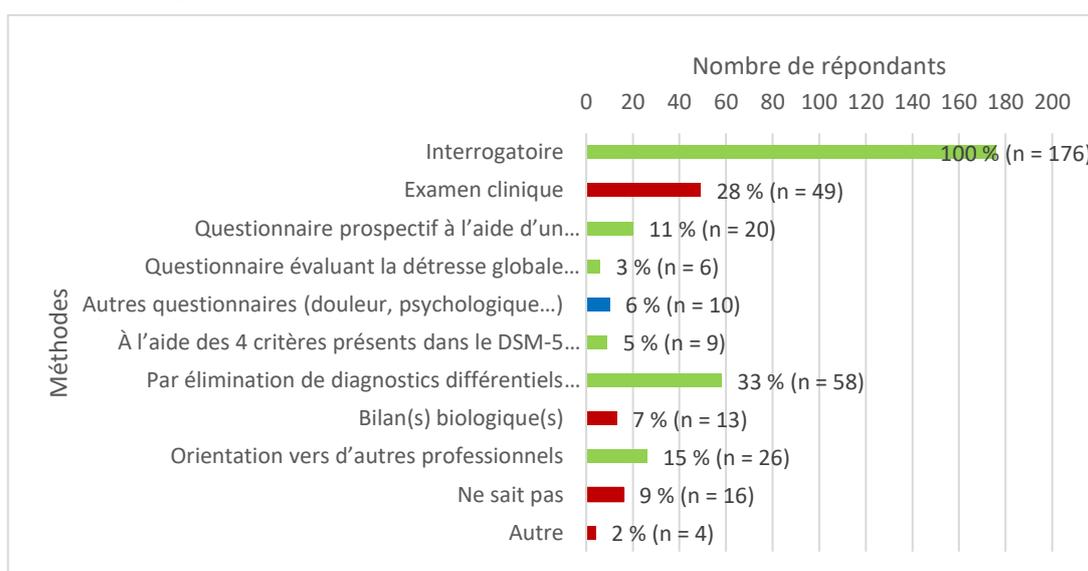
Les premières questions concernant la prise en charge des patientes par la population étaient portées sur l'interrogatoire. Nous leur avons tout d'abord demandé s'ils interrogent les femmes sur leur vécu des menstruations, que celui-ci soit physique ou psychique pour la période prémenstruelle et menstruelle. Plusieurs choix de réponses étaient possibles. Puis nous leur avons demandé à quelle fréquence. À la question : « Dans votre pratique quotidienne, interrogez-vous les femmes sur leur vécu physique et/ou psychique en phase prémenstruelle et/ou menstruelle ? », la majorité des répondants (82 %, n = 144) ont signalé qu'ils interrogent les patientes sur leur vécu « physique des menstruations ». Une très grande partie des répondants interrogent également les femmes sur leur vécu physique de la phase prémenstruelle (63 %, n = 111). Ensuite, à proportion presque égale, 82 répondants (soit 47 %) interrogent les femmes sur leur vécu psychique des menstruations et 86 (soit 49 %) les interrogent sur leur vécu psychique de la phase prémenstruelle. Enfin, 27 répondants (soit 15 %) ont déclaré ne pas interroger les femmes sur leur vécu physique ou psychique des menstruations.

Figure 12 : Fréquence de l'interrogatoire (n = 176)



À la question « À quelle fréquence ? » les professionnels interrogent-ils les patientes sur leur vécu des menstruations, la majorité des répondants (n = 89, soit 50,6 %) ont validé la réponse « systématiquement, à toutes les patientes ». 20 % des répondants (n = 35) ont déclaré interroger les femmes souvent (soit environ 1 patiente sur 2). 11 répondants interrogent « quelques fois » les patientes sur leur vécu, soit 6,25 %. Nous voyons que 18 répondants (soit 10 %) ont déclaré interroger la patiente quand celle-ci évoque des symptômes et 21 répondants (soit 12 %) n'interrogent jamais leur patiente sur le sujet. Enfin, deux répondants ont coché la réponse « autre » et déclarent interroger leurs patientes « adolescentes » et « aux renouvellements de contraception et lors des frottis ».

Figure 13 : Méthodes de diagnostic du SPM et du TDPM (n = 176)



Afin d'évaluer les méthodes de diagnostic des répondants, nous leur avons posé la question suivante : « Lorsque vous décelez des symptômes s'apparentant au SPM ou TDPM, comment procédez-vous au diagnostic ? ». De nombreuses possibilités de réponses étaient possibles parmi lesquelles nous retrouvons l'« interrogatoire » que 100 % (n = 176) des répondants réalisent pour diagnostiquer un SPM ou un TDPM. En 2^{ème} méthode la plus utilisée, nous retrouvons l'« élimination de diagnostics différentiels (affections psychiatriques, effets indésirables de certains traitements...) » que 58 répondants mettent en place, soit 33 %. Ensuite l'« examen clinique » est pratiqué par 49 répondants (soit 28 %) pour permettre d'affiner le diagnostic de SPM ou TDPM.

26 répondants (15 %) orientent leurs patientes vers d'autres professionnels. Parmi ces 26 professionnels, 23 sont des sages-femmes (88 %). Elles orientent leurs patientes vers un psychologue et/ou psychiatre, le médecin traitant, un gynécologue, vers un centre hospitalier pour une prise en charge par un gynécologue et une psychologue ou, un centre de référence en endométriose, mais également vers un ostéopathe, un naturopathe, un acupuncteur et un hypnothérapeute. Les trois autres répondants sont des gynécologues-obstétriciens (n = 3, 12 %). Ils orientent leurs patientes vers un endocrinologue ou un centre de référence en endométriose.

Certains répondants soumettent leurs patientes à un « questionnaire prospectif à l'aide d'un calendrier quotidien de suivi des symptômes (évaluation quotidienne par la patiente de ses symptômes avec réévaluation et analyse des symptômes notés par la patiente) » (n = 20, soit 11 %), à un « questionnaire évaluant la détresse globale ressentie chez les femmes lors de leurs menstruations (Menstrual Distress Questionnaire (MEDI-Q) qui évalue les différents symptômes physiques et psychiques ressentis par la patiente au cours des différentes phases du cycle menstruel) » (n = 6, soit 3 %) ou encore d' « autres questionnaires (douleur, psychologique...) » (n = 10, soit 6 %). 5 % des répondants (n = 9) déclarent orienter leur diagnostic « à l'aide des quatre critères présents dans le DSM-5 pour le TDPM (présence de cinq symptômes sur les 11 décrits, avec un retentissement significatif sur le fonctionnement social, professionnel, sexuel ou scolaire, en lien strict avec le cycle menstruel et observés au cours de deux cycles consécutifs) ».

13 répondants prescrivent des « bilan(s) biologique(s) » à leurs patientes (soit 7 %). Parmi ces bilans biologiques complémentaires, les professionnels recherchent un

déséquilibre hormonal ou thyroïdien ainsi que la présence d'une anémie en cas de règles abondantes. Pour finir, 16 répondants (soit 9 %) ne savent pas comment diagnostiquer le SPM ou le TDPM et quatre répondants (soit 2 %) déclarent utiliser d'autres moyens pour diagnostiquer un SPM ou un TDPM tels qu'un « bilan radiologique pour certains symptômes physiques afin d'éliminer des diagnostics différentiels » ou une « échographie pelvienne ».

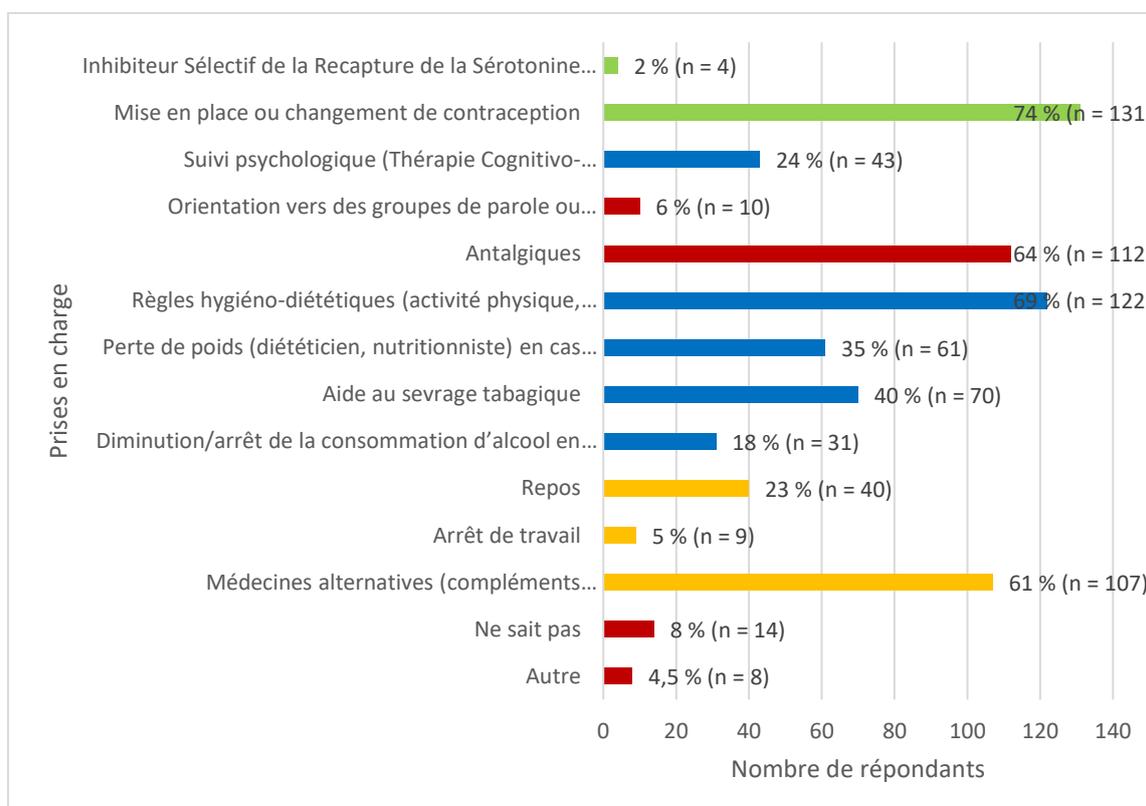
Tableau 3 : Comparaison du dépistage et du diagnostic de SPM et TDPM par les sages-femmes (n = 101) et les médecins (généralistes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux) (n = 75)

	Sages-femmes (n = 101)	Médecins (n = 75)	p-value
Dépistage du SPM et du TDPM à l'interrogatoire, n (%)			
Evaluation des symptômes :			
Physique de la phase prémenstruelle	61 (60)	50 (66,7)	0,39
Psychique de la phase prémenstruelle	50 (49,5)	36 (48)	0,84
Physique des menstruations	80 (78,2)	64 (85,3)	0,30
Psychique des menstruations	48 (47,5)	34 (45,3)	0,77
Pas d'évaluation	18 (1,78)	9 (12)	0,30
Méthodes de diagnostic du SPM et du TDPM, n (%)			
Interrogatoire	101 (100)	75 (100)	1
Examen clinique	19 (18,8)	30 (40)	0,002
Questionnaire prospectif à l'aide d'un calendrier quotidien de suivi des symptômes	12 (11,9)	8 (10,7)	0,80
Questionnaire MEDI-Q	5 (5)	1 (1,3)	0,19
Autres questionnaires	7 (6,9)	3 (4)	0,41
Critères du DSM-5 (TDPM)	6 (5,9)	3 (4)	0,56
Elimination des diagnostics différentiels	26 (25,7)	32 (42,7)	0,018
Bilan(s) biologique(s)	8 (7,9)	5 (6,7)	0,75
Orientation vers d'autres professionnels	23 (22,8)	3 (4)	0,0005
Ne sait pas	13 (12,9)	3 (4)	0,043

Nous avons émis l'hypothèse que les méthodes de diagnostic du SPM et du TDPM étaient indépendantes du professionnel consulté (sage-femme ou médecin). Nous avons observé une différence significative concernant les méthodes suivantes : l'examen clinique (majoritaire chez les médecins) qui n'est pas une des méthodes valides de diagnostic du SPM et du TDPM, l'élimination des diagnostics différentiels (majoritaire chez les médecins) qui participe favorablement à l'élaboration d'un diagnostic fiable, l'orientation vers d'autres professionnels de santé (majoritairement chez les sages-femmes qui orientent principalement vers un médecin généraliste ou un gynécologue, nous y reviendrons) et enfin, une majorité de sages-femmes ne sait pas comment diagnostiquer le SPM ou le TDPM engendrant une différence significative. En revanche, nous ne pouvons pas conclure pour l'évaluation des symptômes. Il n'a pas été mis en avant de différence significative entre l'évaluation des symptômes par les sages-femmes et les médecins.

3.3.2. Prise en charge du SPM

Figure 14 : Prescriptions et/ou conseils lors de la prise en charge d'un SPM (n = 176)



Ici nous pouvons voir que la grande majorité des réponses sont :

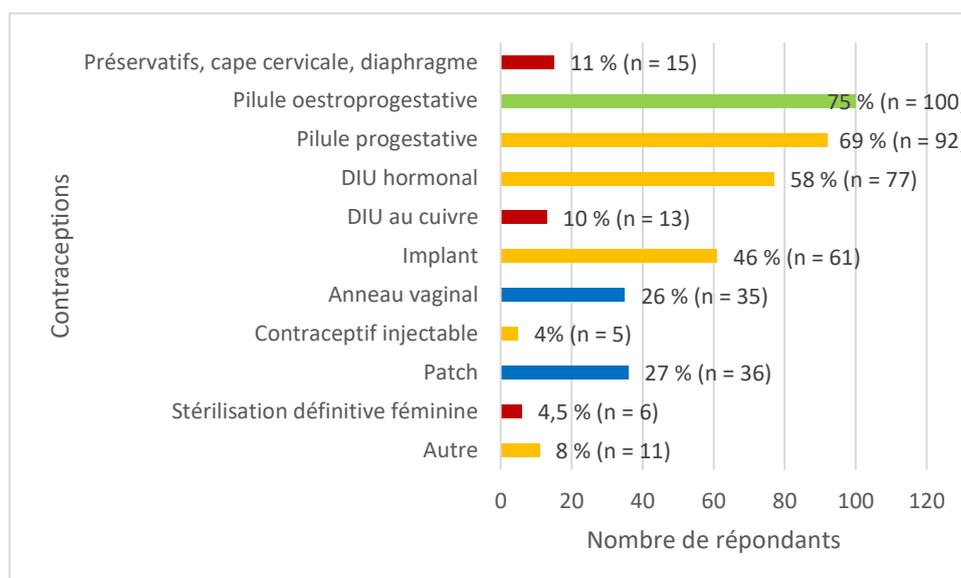
- « Mise en place ou changement de contraception » pour 131 répondants (soit 74 %), cette solution va dépendre de la contraception introduite ;
- « Antalgiques » pour 112 répondants (soit 64 %), il s'agit d'une réponse partielle à la prise en charge du SPM car ils ne vont traiter que les symptômes physiques douloureux ;
- « Règles hygiéno-diététiques (activité physique, équilibre alimentaire...) » pour 122 répondants (soit 69 %), cette solution est une aide positive pour la prise en charge de la patiente permettant, entre autres, de soulager le stress responsable de l'augmentation des symptômes du SPM ;
- « Médecines alternatives (compléments alimentaires, sophrologie, acupuncture, aromathérapie, homéopathie...) » pour 107 répondants (soit 61 %), cette réponse est discutable puisque peu d'études montrent des résultats significatifs pour ces solutions, mais elle peut être envisagée en complément chez des patientes ne souhaitant pas de prises en charge thérapeutiques.

Nous remarquons que dix répondants (soit 6 %) ont répondu « Orientation vers des groupes de parole ou associations », cependant nous n'avons pas retrouvé à l'échelle nationale de groupes de soutien ou d'ETP encadrés sur la thématique du SPM. Il faut également être vigilant aux informations qui peuvent être délivrées aux patientes dans un cadre non sécurisé.

Seulement quatre répondants (soit 2 %) prescrivent des ISRS aux patientes, alors qu'il a été démontré un effet positif de ces traitements sur le SPM et le TDPM. Parmi ces quatre répondants, nous retrouvons un médecin généraliste, deux gynécologues-obstétriciens et une sage-femme. Les ISRS ne font pas partie du droit de prescription des sages-femmes. S'agit-il d'une erreur par mauvaise interprétation de la question engendrant un biais de réponse ou un non-respect du droit de prescription ?

Enfin, huit répondants (soit 4,5 %) ont répondu « autre ». Ils déclarent compléter leurs patientes en « vitamine E - Toco 500 mg® », en « progestérone », en « griffonia » ou en « huile d'onagre » ou avoir recours à la « phytothérapie » et la « kinésithérapie » tout en privilégiant « l'écoute ».

Figure 15 : Contraceptions pour la prise en charge d'un SPM (n= 133)



La majorité des réponses va à la mise en place ou le changement de contraception par une pilule oestroprogestative (n = 100, soit 75 %). Nous savons que l'introduction de drospirénone couplée à l'éthinylestradiol a des effets positifs sur les symptômes du SPM et du TDPM. 13 répondants (soit 10 %) préconisent la pose d'un DIU au cuivre. Nous pouvons émettre l'hypothèse que celui-ci a des répercussions positives sur les symptômes des patientes car il contourne les effets indésirables retrouvés dans les contraceptions hormonales. Mais il pourrait aussi les augmenter. En créant un climat inflammatoire, il peut augmenter les douleurs et les saignements, pouvant majorer la manifestation des troubles prémenstruels.

Onze répondants (soit 8 %) ont répondu « autres » justifiant leur choix par : « variable selon le profil de la patiente », « choix en fonction des contraceptions déjà essayées par la patiente », « selon choix de la patiente », « pilule oestroprogestative en continu », « drospirénone » et « Duphaston® » qui nous le rappelons contient de la dydrogestérone. Il a pour indications principales l'irrégularité menstruelle/l'aménorrhée et l'hypofertilité. Il a également pour indication le traitement du SPM.

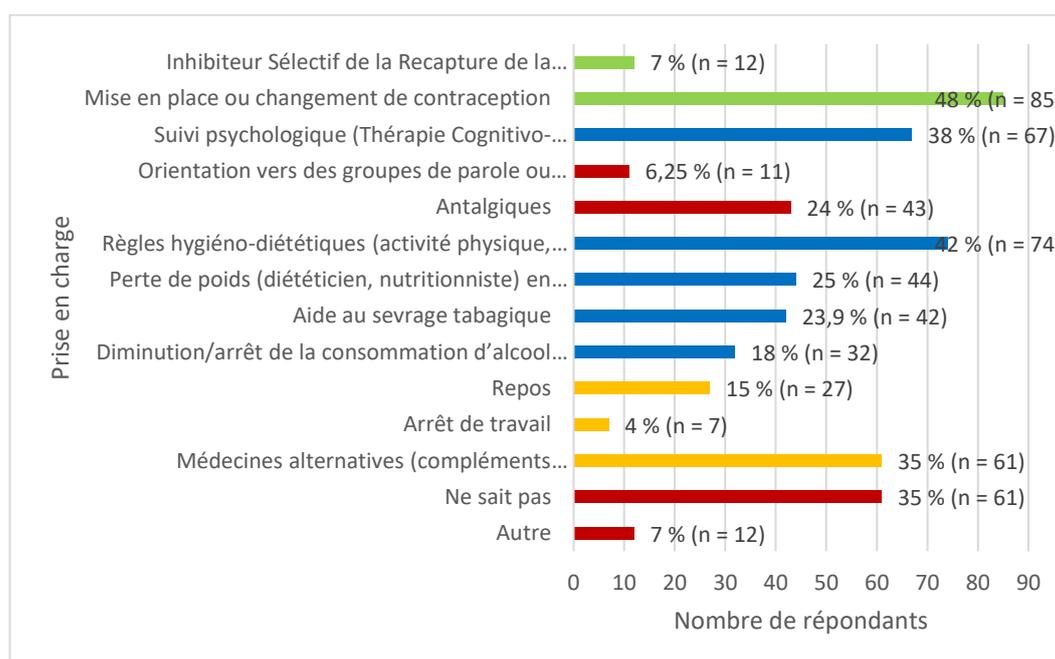
Nous leur avons ensuite demandée des précisions, présentées dans le tableau 3, en fonction des réponses sélectionnées : « orientation vers des groupes de parole ou associations » (n = 10, soit 6 %) et « médecines alternatives (compléments alimentaires, sophrologie, acupuncture, aromathérapie, homéopathie...) » (n = 107, soit 61 %). Nous voyons une prévalence élevée de recours à l'acupuncture (n = 41) et aux compléments alimentaires (n = 22).

Tableau 4 : Précisions apportées concernant la prise en charge par les médecines alternatives ou orientation

Types de médecines alternatives ou orientation	Nombre de répondants
Acupuncture	41
Compléments alimentaires (SPM 600® ou Oligobs® SPM, Sérélys® SPM, magnésium, vitamines, sauge, huile d'onagre, Endomelia®)	22
Homéopathie	13
Sophrologie	10
Ostéopathie	9
Hypnose	9
Phytothérapie	9
Yoga	6
Aromathérapie	5
Autre : gingembre (n = 3), naturopathie (n = 3), méditation/relaxation (n = 2), gemmothérapie (n = 2), marche (n = 1), reiki (n = 1), luminothérapie (n = 1), kinésiologie (n = 1)	
Orientation vers la maison des femmes	1

3.3.3. Prise en charge du TDPM

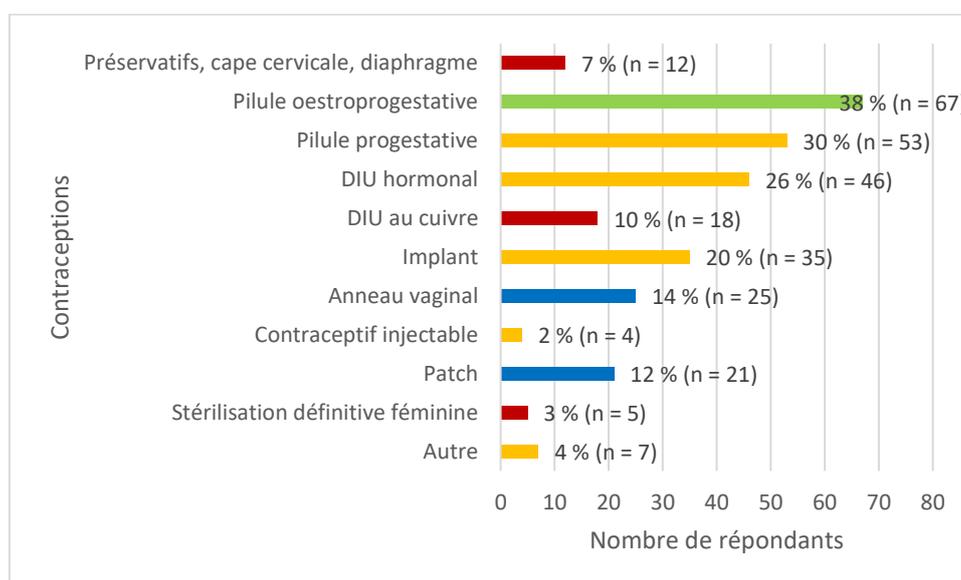
Figure 16 : Prescriptions et/ou conseils lors de la prise en charge d'un TDPM (n = 176)



Ici nous voyons que pour la prise en charge du TDPM 12 répondants (soit 7 %) prescrivent des ISRS. Pratiquement la moitié des répondants (n = 85, soit 48 %) préconise la mise en place ou le changement de contraception mais tout de même moins que pour la prise en charge du SPM, où trois quarts des répondants optaient pour cette prise en charge. Une plus grande proportion de répondants (n = 67, soit 38 %) propose un suivi psychologique à leurs patientes (n = 43, soit 24 % pour le SPM) mais moins de répondants délivrent des conseils hygiéno-diététiques (n = 74, soit 42 % versus n = 122, soit 69 % pour le SPM). La perte de poids (n = 44, soit 25 %), l'aide au sevrage tabagique (n = 42, soit 23,9 %) et la diminution voire l'arrêt de la consommation d'alcool en période prémenstruelle (n = 32, soit 18 %) sont également moins mis en place chez les répondants que pour la prise en charge du SPM.

12 répondants (soit 7 %) ont répondu mettre en place d'autres prises en charge telles que : « orientation vers médecin traitant ou gynécologue pour ISRS », « orientation vers gynécologues pour avis » et « orientation vers psychiatre ». Parmi ces répondants, nous retrouvons 11 sages-femmes et un médecin traitant qui orientent majoritairement vers un gynécologue pour avis.

Figure 17 : Contraceptions pour la prise en charge d'un TDPM (n= 176)



Comme pour le SPM, une grande proportion de répondants (n = 100, soit 75 %) met en place une contraception par pilule oestroprogestative pour la prise en charge du TDPM. Nous retrouvons le même schéma de réponse pour la mise en place ou le changement de contraception en cas de TDPM. Pour les sept répondants (soit 4 %) qui

ont déclaré mettre en place une « autre » contraception, nous retrouvons des réponses similaires au SPM.

Concernant les précisions demandées au choix d'orienter la patiente vers des groupes de parole ou associations ou de mettre en place des « médecines alternatives (compléments alimentaires, sophrologie, acupuncture, aromathérapie, homéopathie...) », les réponses sont également très proches de celles observées pour le SPM.

Nous observons donc que la prise en charge du SPM et du TDPM est proche et suit le même fil conducteur.

Tableau 5 : Comparaison des connaissances et de la prise en charge du SPM et du TDPM par les sages-femmes (n = 101) en fonction de la période d'obtention du diplôme d'état de sage-femme (test du Chi 2)

	Sages-femmes diplômées avant 2013 (n = 76)	Sages-femmes diplômées à partir de 2014 (n = 25)	p- value
Connaissance du SPM, n (%)	74 (97,4)	25 (100)	1
Connaissance du TDPM, n (%)	38 (50)	17 (68)	0,12
Prise en charge du SPM, n (%)			
ISRS	0 (0)	1 (4)	0,25
Mise en place ou changement de contraception	51 (67,1)	17 (68)	0,93
Suivi psychologique	15 (19,7)	8 (32)	0,20
Orientation vers des groupes de parole ou associations	3 (3,9)	2 (8)	0,60
Antalgiques	49 (64,5)	15 (60)	0,69
Règles hygiéno-diététiques	52 (68,4)	18 (72)	0,74
Perte de poids	23 (30,3)	6 (24)	0,55
Aide au sevrage tabagique	27 (35,5)	11 (44)	0,45
Diminution/arrêt de la consommation d'alcool en période prémenstruelle	11 (14,5)	7 (28)	0,14

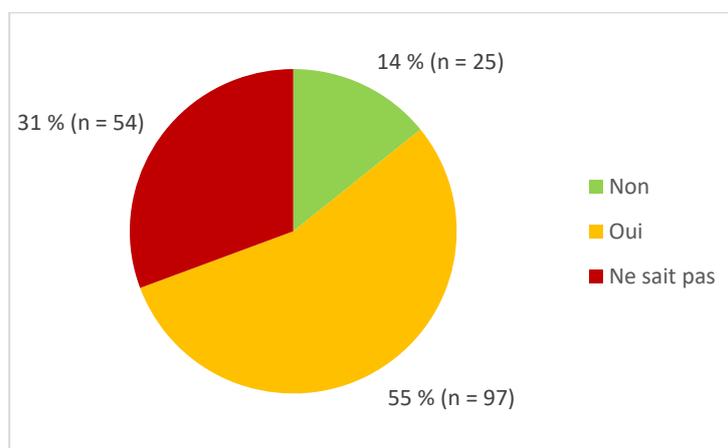
Repos	17 (22,4)	9 (36)	0,18
Arrêt de travail	2 (2,6)	0 (0)	1
Médecines alternatives	48 (63,2)	19 (76)	0,24
Ne sait pas	10 (13,2)	4 (16)	0,74
Prise en charge du TDPM, n (%)			
ISRS	1 (1,3)	1 (4)	0,44
Mise en place ou changement de contraception	30 (39,5)	13 (52)	0,27
Suivi psychologique	21 (27,6)	13 (52)	0,03
Orientation vers des groupes de parole ou associations	2 (2,6)	2 (8)	0,26
Antalgiques	15 (19,7)	7 (28)	0,39
Règles hygiéno-diététiques	28 (36,8)	11 (44)	0,53
Perte de poids	15 (19,7)	6 (24)	0,65
Aide au sevrage tabagique	14 (18,4)	7 (28)	0,31
Diminution/arrêt de la consommation d'alcool en période prémenstruelle	11 (14,5)	7 (28)	0,14
Repos	8 (10,5)	7 (28)	0,050
Arrêt de travail	1 (1,3)	0 (0)	1
Médecines alternatives	27 (35,5)	13 (52)	0,14
Ne sait pas	31 (40,8)	9 (36)	0,67

Nous nous sommes demandée si la prise en charge des sages-femmes diplômées avant 2013 et ayant un enseignement de gynécologie moins développé était différente de celle des sages-femmes diplômées à partir de 2014 ayant des compétences en gynécologie introduites dans la formation. Nous voyons ici que de manière très majoritaire, il n'a pas été mis en évidence de différence significative. Cela ne nous permet pas de conclure sur l'association entre l'année d'obtention du diplôme de sage-femme et les propositions de prise en charge. Il est à noter que parmi les 76 sages-femmes diplômées en 2013 et avant, 71 (soit 93 %) ont réalisé des formations complémentaires. 48 sages-femmes ont réalisé un diplôme inter-universitaire (DIU), dont 28 DIU de gynécologie, et 48 sages-femmes ont réalisé des formations

complémentaires autres, dont 16 en gynécologie. Nous voyons donc qu'un grand nombre de sages-femmes diplômées avant 2013 a souhaité acquérir des compétences gynécologiques. Ceci pourrait peut-être expliquer l'impossibilité de conclure notre hypothèse nulle selon laquelle la prise en charge du SPM et du TDPM est indépendante du fait que la sage-femme ait obtenu son diplôme avant ou après 2013 (et donc l'acquisition de compétences en gynécologie en formation initiale).

3.3.4. Auto-médication des patientes

Figure 18 : Auto-médication des patientes souffrant de SPM ou TDPM (n = 176)



Il semble qu'une grande majorité des patientes se tourne vers l'automédication (n = 97, soit 55 %). Nous avons demandé des précisions sur le type d'automédication que choisissait les patientes. Les propositions étaient : « Complément alimentaire », « Sophrologie », « Hypnose », « Méditation », « Acupuncture », « Ostéopathie », « Naturopathie », « Chiropraxie », « CBD » et « Autre ». Mais aucun répondant n'a apporté de réponses à cette question.

3.3.5. Impact du SPM et TDPM sur la vie quotidienne des patientes

Tableau 6 : Impact du SPM et du TDM sur la vie quotidienne des patientes (0 = pas d'impact, 10 = impact handicapant au quotidien) (n = 176)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP*
SPM	0	1	1	17	14	22	25	37	30	7	2	20
TDPM	0	1	1	2	8	15	9	19	28	19	15	59

*NSP = Ne sait pas

Nous avons demandé aux professionnels de santé d'évaluer le retentissement du SPM et du TDPM sur la vie quotidienne des patientes avec une échelle croissante de zéro à dix où zéro correspond à l'absence de complications et dix correspond à un impact handicapant au quotidien que ce soit sur la vie familiale, sociale et professionnelle. C'est une question très subjective mais nous voyons tout de même que pour le SPM un soignant sur cinq évalue à sept le retentissement sur la vie quotidienne (n = 37, soit 21 %) et pour le TDPM, l'évaluation est majoritairement à huit (n = 28, soit 16 %).

3.3.6. Amélioration des symptômes

Tableau 7 : Fréquence de l'amélioration des symptômes chez les patientes (n = 176)

	Jamais	Quelque fois	Souvent (1 patiente sur 2)	Systematiquement	Ne sait pas
Nombre de répondants	0,6 % (n = 1)	28,4 % (n = 50)	42,6 % (n = 75)	5,7 % (n = 10)	22,7 % (n = 40)

42,6 % des répondants observent souvent (pour une patiente sur deux) une amélioration des symptômes du SPM et du TDPM chez leurs patientes après prise en charge (n = 75) et 28,4 % quelques fois. Une part importante, 22,7 % (n = 40) ne sait pas s'il y a une amélioration des symptômes chez leurs patientes. Notons qu'il est important de suivre la patiente sur le long terme afin d'évaluer la prise en charge et pouvoir l'adapter.

3.4. Commentaires des participants

Nous avons créé un espace de commentaires libres pour les répondants, voici des exemples de commentaires que nous avons pu recevoir :

- « Merci de mettre en lumière le TDPM, je n'en avais JAMAIS entendu parler avant qu'une de mes patientes m'en parle ! Je n'ai pas énormément d'informations dessus. Merci de nous donner des pistes. » - Sage-femme diplômé.e en 2013
- « Difficile de coter l'impact de manière générale car il peut être très variable d'une patiente à l'autre, certaines sont peu impactées d'autres extrêmement » - Gynécologue médical diplômé.e en 2012

- « J'ai découvert depuis peu ce sujet. J'en découvre l'impact. Merci pour votre intérêt à ce sujet » - Sage-femme diplômé.e en 1997
- « J'ai souvent cherché des articles ou des recommandations sur la prise en charge et trouvé peu d'articles validés ou pertinents. » - Médecin généraliste diplômé.e en 2001
- « Je n'avais jamais entendu parler du terme « trouble dysphorique prémenstruel » avant ce questionnaire » - Sage-femme diplômé.e en 2019
- « L'écoute est déjà importante. Leur donner le choix entre différentes options contraceptives ou thérapeutiques. Les rassurer. » - Gynécologue-obstétricien diplômé.e en 1990
- « Leur expliquer, elles sont soulagées » - Gynécologue-obstétricien diplômé.e en 2001
- « Pas de formation ou sensibilisation à cette problématique au cours de l'internat de gynécologie-obstétrique pour ma part. » - Gynécologue-obstétricien diplômé.e en 2014

Nous voyons donc qu'il s'agit d'un sujet peu connu pour les quatre professions médicales étudiées, que ce soit chez des jeunes diplômés ou plus anciens.

4. DISCUSSION

4.1. Validation des hypothèses et réponses à la problématique

Pour rappel, notre étude avait pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles concernant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge du SPM et du TDPM par les sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux.

Nous avons formulé la problématique suivante : « **Quelles sont les pratiques professionnelles concernant la prise en charge des patientes touchées par les troubles prémenstruels ?** » et trois hypothèses :

- Les professionnels de santé réalisant des consultations de gynécologie interrogent systématiquement leurs patientes sur la présence de signes fonctionnels caractéristiques du SPM et du TDPM.
- Les professionnels de santé diagnostiquent un TDPM en utilisant un questionnaire prospectif à l'aide d'un calendrier quotidien de suivi des symptômes et des recommandations énoncées dans le DSM-5.
- La présence d'un syndrome prémenstruel ou d'un trouble dysphorique prémenstruel chez une patiente, conduit le professionnel de santé à mettre en place une prise en charge adaptée contribuant à soulager les symptômes et diminuer les manifestations du trouble présent chez cette patiente.

4.1.1. Dépistage des troubles prémenstruels

Dans la revue de la littérature nous avons vu que la prévalence du SPM est très variable allant de **12 %** (5) à quasiment **une femme sur deux** (6). Celle du TDPM est de **5 %** (4). Nous avons vu que ces troubles prémenstruels conduisent à diverses complications : psychologiques, physiques, sociales et professionnelles. Le SPM et le TDPM sont également influencés par les événements traumatiques, le tabagisme et l'obésité. L'ensemble de ces éléments nous amène à affirmer qu'il est important que le professionnel de santé dépiste ces troubles.

Nous avons interrogé les professionnels de santé sur leurs connaissances du SPM et du TDPM ainsi que sur leurs connaissances des facteurs de risque de développer ces troubles. **98,3 % (n = 173)** des répondants connaissent le SPM. Ces

chiffres sont très satisfaisants. Il est donc plus facile pour les professionnels de dépister et diagnostiquer un SPM en population générale. En revanche, **55,7 % (n = 98)** seulement connaissent le TDPM. Ceci constitue un obstacle aux dépistages et diagnostics du TDPM en population générale. Concernant la connaissance des facteurs de risque (antécédents d'événements traumatiques, consommation de tabac et obésité), très peu de professionnels connaissent les trois facteurs. Ils sont donc susceptibles de ne pas rechercher un SPM ou un TDPM chez les patientes présentant ces antécédents. Ces données nous montrent que la formation initiale des soignants sur les thématiques prémenstruelles doit être élargie.

Nous leur avons ensuite demandé s'ils interrogeaient leurs patientes sur le vécu physique et psychique de la phase prémenstruelle et menstruelle. Nous remarquons que les répondants se focalisent davantage sur le **vécu physique des menstruations (n = 114, soit 82 %)** et **de la phase prémenstruelle (n = 111, soit 63 %)** que sur le vécu psychique. 27 répondants (**soit 15 %**) n'interrogent pas leurs patientes sur ce sujet. Cependant, nous savons que pour le SPM et le TDPM, il est tout aussi essentiel de s'intéresser au vécu physique que psychique des menstruations et de la phase prémenstruelle.

Seulement la moitié des répondants (**n = 89, soit 50,6 %**) interroge systématiquement toutes leurs patientes sur leur vécu des menstruations. Une consultation de gynécologie doit intégrer l'évaluation du vécu des menstruations chez toutes les patientes en âge de procréer. Nous voyons que 21 répondants (**soit 12 %**) n'interrogent jamais les femmes sur leur vécu. Nous pouvons donc conclure que notre première hypothèse « Les professionnels de santé réalisant des consultations de gynécologie interrogent systématiquement leurs patientes sur la présence de signes fonctionnels caractéristiques du SPM et du TDPM » est erronée.

4.1.2. Diagnostic des troubles prémenstruels

Notre seconde hypothèse était la suivante : « Les professionnels de santé diagnostiquent un TDPM en utilisant un questionnaire prospectif à l'aide d'un calendrier quotidien de suivi des symptômes et des recommandations énoncées dans le DSM-5 ». Nous voyons grâce aux résultats obtenus que cette hypothèse ne peut pas, non plus, être validée. Nous savons que la forme la plus sûre de diagnostic est celle énoncée dans l'hypothèse (18, 36). Cependant, ce diagnostic peut être difficile à obtenir.

D'autres affections peuvent venir fausser le diagnostic, tout comme la présence d'une contraception influençant les symptômes de la patiente. Très peu de répondants ont sélectionné le questionnaire prospectif (**n = 20, soit 11 %**) et les critères du DSM-5 (**n = 9, soit 5 %**) comme méthodes de diagnostic. Nous pouvons alors nous questionner sur la fiabilité du diagnostic posé par les soignants.

Un faible nombre (**n = 16, soit 9 %**) **ne sait pas comment diagnostiquer** le SPM et le TDPM. Parmi ces professionnels, nous retrouvons 13 sages-femmes, deux médecins généralistes et un gynécologue-obstétricien. Nous nous sommes donc demandée si ces professionnels orientaient leurs patientes vers d'autres professionnels pour un diagnostic mais aucun n'a sélectionné cette réponse. Comme nous l'avions évoqué dans notre revue de la littérature, le travail en interdisciplinarité est très important (41, 46, 47). Il est du devoir du soignant de repérer quand orienter les patientes en cas de doute sur le diagnostic et la prise en charge. Il peut également se rapprocher de ses confrères pour discuter du dossier médical de la patiente.

4.1.3. Prise en charge des troubles prémenstruels

Rappelons que dans notre revue de la littérature nous avons évoqué plusieurs pistes de prises en charge. Selon les données de la littérature scientifique, les prises en charge suivantes étaient les plus adaptées et vérifiées scientifiquement : ISRS (30, 34, 46), contraception oestroprogestative à base de drospirénone (34, 47, 48, 49) et sepranolone (52) ; contrairement aux autres prises en charge qui restent discutables à ce jour. Il est intéressant de continuer à les étudier. Nous retrouvons : les TCC (49, 52), les règles hygiéno-diététiques (27, 49, 54, 55) et les médecines douces (49, 56, 57, 58, 60, 61). La mise en place de groupes de parole et de soutien encadrés serait intéressante mais nous n'en avons pas retrouvé à l'échelle nationale (2).

Notre troisième et dernière hypothèse est la suivante : « La présence d'un syndrome prémenstruel ou d'un trouble dysphorique prémenstruel chez une patiente, conduit le professionnel de santé à mettre en place une prise en charge adaptée contribuant à soulager les symptômes et diminuer les manifestations du trouble présent chez cette patiente ». Cette hypothèse est partiellement vraie puisque la majorité des répondants opte pour **la mise en place ou le changement de contraception (n = 131, soit 74 % pour le SPM et n = 85, soit 48 % pour le TDPM)** en introduisant en première intention une **pilule oestroprogestative (n = 100, soit 75 % pour le SPM et**

n = 67, soit 38 % pour le TDPM). En revanche très peu de professionnels prescrivent des **ISRS (n = 4, soit 2 % pour le SPM et n = 12, soit 7 % pour le TDPM).**

Nous avons également constaté que **13 répondants (soit 10 %) préconisent la pose d'un DIU au cuivre.** Nous pouvons émettre l'hypothèse que celui-ci a des répercussions positives sur les symptômes des patientes car il contourne les effets indésirables retrouvés dans les contraceptions hormonales ; mais il pourrait aussi les augmenter. En créant un climat inflammatoire, il peut augmenter les douleurs et les saignements, pouvant majorer la manifestation des troubles prémenstruels.

Beaucoup préconisent et conseillent à leurs patientes les prises en charge peu étudiées et validées citées plus tôt. Nous avons également pu observer qu'une grande majorité de sages-femmes est formée aux médecines alternatives ; attention tout de même à la fiabilité de ces méthodes et leurs efficacités sur les symptômes prémenstruels. Ceci nous montre bien que ces prises en charges non médicamenteuses et dénuées d'effets indésirables doivent être plus étudiées afin de juger leur efficacité. Elles constituent surtout une aide pour les patientes souffrant d'un SPM léger et ne voulant pas se tourner vers des solutions médicamenteuses. Elles peuvent venir en complément des solutions thérapeutiques pour les patientes présentant un TDPM, mais seules, elles ne constitueront pas une solution à long terme.

Nous avons pu constater qu'un plus grand nombre de répondants **ne savait pas comment prendre en charge le TDPM (n = 61, soit 35 %)** contrairement au **SPM (n = 14, soit 8 %).** Nous voyons bien que le TDPM dans sa globalité est moins connu des professionnels de santé. Comme nous l'avons notifié dans la revue de littérature, la méconnaissance de ce trouble entraîne chez les patientes un isolement et une augmentation de leur mal-être. Il est donc important d'intégrer l'apprentissage de ces troubles aux formations initiales des professionnels de santé réalisant du suivi gynécologique.

Concernant l'amélioration des symptômes chez les patientes suite à la prise en charge d'un SPM ou TDPM, les résultats obtenus sont très hétérogènes. Il y a tout de même une prédominance d'**amélioration chez une patiente sur deux d'après les déclarations de 75 répondants (soit 42,6 %).** Ces résultats ne nous permettent pas de conclure la seconde partie de l'hypothèse puisque l'amélioration des symptômes n'est pas majoritaire chez les patientes. Un grand nombre de répondants (**n = 40, soit 22,7 %**) ne sait pas s'il y a amélioration des symptômes chez leurs patientes, après prise en

charge. Nous pouvons nous demander quelles sont les raisons de ce choix de réponse. Est-ce que le professionnel n'évalue pas les effets de sa prise en charge ou est-ce que la patiente ne revient pas consulter ? Il peut y avoir plusieurs hypothèses : la patiente voit une amélioration de ses symptômes et ne consulte pas de nouveau ou elle ne voit pas d'amélioration et se tourne vers l'automédication, d'autres professionnels ou des médecines alternatives. Il serait intéressant d'étudier l'appréciation des patientes concernant la prise en charge de ces troubles prémenstruels.

4.1.4. Formations complémentaires des répondants

Nous avons constaté que **147 répondants (soit 84 %) ont réalisé des formations complémentaires** dont **112 (soit 64 %) ont réalisé des DIU**. Nous avons cherché à comparer les DIU de gynécologie pour les médecins généralistes et ceux pour les sages-femmes. Si nous prenons le « DIU – Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour médecins généralistes » dispensé à l'université de la Sorbonne, la formation est de 100 heures avec divers objectifs dont la « Prise en charge de symptômes et syndromes les plus fréquents et les plus courants dans le domaine de gynécologie et obstétrique ». Nous ne savons pas si cela comprend le SPM et le TDPM. Au sein de la même université est proposé le « Diplôme Universitaire (DU) – Contraception et prévention en santé des femmes » pour les sages-femmes. Il comprend 120 heures de formation et un des objectifs est d'« Assurer les consultations de gynécologie préventive auprès de toute femme en bonne santé ». Le SPM et le TDPM n'ont sûrement pas leur place dans cette formation. (62) Il en va de même pour le « DU - Prévention et suivi en Gynécologie et Orthogénie pour les Sages-Femmes » dispensé à l'université de Montpellier qui permet aux sages-femmes formées de « Savoir assurer le suivi gynécologique de prévention et la prescription de contraception ». Il comprend un total de 79 heures de formations dont 14 à 28 heures de stage. (65)

4.2. Forces et faiblesses, biais de l'étude, critique de la méthodologie

4.2.1. Formulation du questionnaire

Lors de l'analyse des résultats, nous avons constaté qu'**une sage-femme prescrit ou conseille des ISRS** pour la prise en charge des patientes. Cela ne fait pas partie du droit de prescription des sages-femmes. Seuls les médecins sont habilités à prescrire ces traitements. La question « Lors de la prise en charge de patientes

présentant un SPM/TDPM, que leur prescrivez-vous ou conseillez-vous ? » était peut-être mal formulée. Les professionnels de santé ont peut-être répondu ce qu'ils pensaient être une bonne prise en charge et non ce qu'ils prescrivent ou conseillent en pratique. Nous aurions peut-être dû séparer la question en deux avec une partie « prescription » et une partie « conseils » pour plus de clarté.

Nous avons demandé aux professionnels quelle automédication leurs patientes mettent en place. Parmi les **97 répondants (soit 55 %)** affirmant que leurs patientes ont recours à l'automédication, aucun n'a donné de précision sur le type d'automédication. Il existe sûrement un biais avec les réponses apportées à la question concernant la prise en charge du SPM et du TDPM. Les professionnels ont peut-être répondu à la question de l'automédication dans l'espace commentaire « Autre » et n'ont pas reporté leur réponse. Ou alors, ils ne savent pas ce que mettent en place leurs patientes comme automédication.

Nous avons obtenu 269 réponses à notre questionnaire dont **93 non exploitables** car incomplètes ou non soumises. Nous avons cherché à comprendre pourquoi 93 répondants n'ont pas soumis leur questionnaire. Nous avons évoqué l'idée que le questionnaire était trop long mais il s'est avéré que **39 questionnaires étaient pratiquement complets (soit 42 %)** ce qui remet en question cette hypothèse. L'autre hypothèse est l'absence d'activité de gynécologie ou le manque de connaissances sur la thématique. En effet, **54 répondants (soit 58 %)** ont arrêté leurs réponses en première partie (sur les renseignements généraux) et deuxième partie (concernant les connaissances sur le SPM et le TDPM) du questionnaire.

4.2.2. Critères d'inclusion

Nous avons choisi d'interroger des sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux car ce sont des professionnels pouvant réaliser des consultations de gynécologie. En revanche, nous n'avons pas exclu les professionnels ne réalisant pas ou peu de gynécologie. Ce faisant, la majorité des répondants **29,5 % réalisent peu de gynécologie (0 à 20 %)**. Ce sont des professionnels peu confrontés à ces problématiques. Nous pouvons alors nous demander s'il aurait été plus pertinent de fixer un seuil d'activité gynécologique pour inclure les professionnels. Cela nous aurait peut-être permis d'avoir des réponses au plus proche de la réalité.

Nous avons également inclus les professionnels **ne réalisant pas de suivi gynécologique (n = 22, soit 12,5 %)**. Il s'agit d'une erreur d'inclusion. Nous aurions dû les exclure. Ils ne peuvent pas apporter de réponses fiables à l'enquête car ils ne sont pas confrontés à ces problématiques. Ils ne peuvent que supposer ce qu'ils auraient fait en pratique.

Afin de recruter un maximum de professionnels nous avons contacté les réseaux de périnatalité en santé pour leur demander de diffuser notre questionnaire. Parmi les 7 443 questionnaires diffusés, seulement 176 professionnels ont répondu. Nous pouvons supposer que ces professionnels ont souhaité répondre à notre questionnaire car ils sont davantage confrontés aux troubles prémenstruels. Ils sont plus sensibles à cette thématique. Il est apparu plus difficile d'obtenir des réponses de la part des gynécologues médicaux. Ces professionnels adhèrent peu aux réseaux de périnatalité car ils interviennent moins auprès des couples et nouveau-nés. Nous avons donc obtenu un très faible nombre de répondants (**n = 5, soit 3 %**) responsable d'un manque de représentation de leurs pratiques professionnelles. Il existe donc un biais de sélection. Nous savons également que cette spécialité est moins représentée à la suite de sa suppression entre 1987 et 2003. 52,5 % des gynécologues médicaux français (1 022 médecins) ont arrêté leur activité entre 2007 et 2020. Cette perte d'effectifs a engendré de grandes inégalités territoriales en santé sexuelle et reproductive (66). 1 936 gynécologues médicaux exerçaient une activité au premier janvier 2023 contre 5 773 gynécologues obstétriciens à la même date selon les données de la DREES. Nous aurions peut-être dû contacter la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) afin d'obtenir un plus grand nombre de répondants.

4.3. Perspectives et ouverture

Comme l'illustrent Paperman et Molinier, culturellement et socialement les femmes ont toujours été dans le *care* (67, 68). Elles prennent soin de la famille, du foyer en priorité et finissent pas s'oublier et ne plus prendre soin d'elles, de leur santé. Ceci les amène parfois à consulter tardivement. La société évolue et certaines femmes prennent conscience qu'il est important de se remettre au centre et d'être bien soi-même avant de prioriser le bien-être des autres.

Nous avons abordé lors de notre revue de la littérature l'endométriose qui est de plus en plus étudiée et mise en avant afin d'optimiser sa prise en charge. Nous parlons aujourd'hui de plus en plus des sujets tabous autour de la santé féminine que ce soient les dysménorrhées, les dyspareunies, la santé menstruelle. Il existe déjà aujourd'hui des groupes d'ETP pour l'endométriose mais peut-être qu'à l'avenir nous verrons se créer des groupes d'ETP ou des réunions de parole et de soutien encadrées pour le SPM sévère et le TDPM, ainsi que d'autres thématiques féminines.

Nous ne pouvons qu'espérer que ces sujets soient davantage étudiés par les scientifiques à l'avenir, que ce soient les mécanismes physiopathologiques ou les méthodes de prises en charge. L'évaluation du ressenti des patientes et de leur vécu lors de la prise en charge, par une enquête empirique permettrait également de faire avancer les recommandations sur le sujet.

Sur ce dernier point, nous avons remarqué que le CNGOF a émis des recommandations (51). Celles-ci restent encore vagues et succinctes à ce jour. Il peut être envisagé un travail collaboratif entre médecins gynécologues, généralistes, psychiatres et sages-femmes afin d'élaborer des recommandations plus précises sur le sujet. Des outils diagnostiques pourront par la même occasion être standardisés, tels qu'un calendrier de suivi quotidien des symptômes disponible pour tous les professionnels de santé et leurs patientes.

5. CONCLUSION

L'objectif de notre étude était d'évaluer les pratiques professionnelles concernant la prise en charge des patientes présentant un SPM ou un TDPM. Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude quantitative par questionnaires auprès de sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux.

Nous avons obtenu un grand nombre de réponses de la part des sages-femmes. Les professionnels exercent majoritairement en établissement de santé ou en cabinet libéral et essentiellement en milieu urbain ou semi-rural. Il y a donc une moindre représentation des professionnels en milieu rural.

Nous avons pu observer que les méthodes de dépistage et de diagnostic des troubles prémenstruels étaient très diversifiées. Le SPM est connu par une grande majorité des soignants contrairement au TDPM. Cela peut mener à une absence ou des erreurs de diagnostic. L'évaluation de la santé menstruelle des femmes n'est pas systématique ; or pour améliorer le quotidien des femmes, chaque consultation de gynécologie doit questionner la patiente sur son ressenti.

Le peu de connaissances scientifiques valides sur le sujet fait qu'il n'existe pour l'heure pas ou peu de recommandations de prise en charge clairement définies. Nous avons donc pu observer que les prises en charge étaient variées et que les patientes ont souvent recours à l'automédication. Une homogénéisation des conduites à tenir en cas de SPM sévère et TDPM permettrait à chaque professionnel d'assurer une prise en charge adaptée et sécuritaire pour la patiente. Définir le rôle et les compétences de chacun dans le parcours de soin de la patiente en cas de troubles prémenstruels permettrait d'harmoniser le suivi de la patiente et de contribuer à l'amélioration de ses symptômes.

Afin de mieux évaluer le retentissement de ces troubles sur le quotidien des patientes, il serait intéressant d'étudier plus particulièrement le profil des patientes présentant un SPM sévère ou un TDPM (leur mode de vie, leur vécu...). Il serait également pertinent de continuer à évaluer la validité des prises en charge et outils proposés aux patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. WHO statement on menstrual health and rights [Internet]. [cité 28 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-who-statement-on-menstrual-health-and-rights>
2. Labots-Vogeleang MS, Kooiman-Andringa R, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Perspectives of Dutch women on premenstrual disorder. A qualitative study exploring women's experiences. *Eur J Gen Pract*. 30 janv 2023;29(1):2166033.
3. Le syndrome prémenstruel [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/maladies/340-le-syndrome-premenstruel>
4. calameo.com [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Magazine de l'Inserm n°51 - Santé gynécologique La fin des tabous ? Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0051544506c14f81c4014>
5. Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual Syndrome Prevalence and Fluctuation over Time: Results from a French Population-Based Survey. *J Womens Health*. janv 2009;18(1):31-9.
6. Sattar K. Epidemiology of Premenstrual Syndrome, A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2014 [cité 22 févr 2023]; Disponible sur: http://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2014&volume=8&issue=2&page=106&issn=0973-709x&id=4021
7. Inserm [Internet]. [cité 27 mars 2024]. Douleur · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>
8. Tommaso M. Pain Perception during Menstrual Cycle. *Curr Pain Headache Rep*. oct 2011;15(5):400-6.
9. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
10. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1526774088>
11. Lancement de la stratégie nationale de lutte contre l'endométriose. | Élysée [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2022/01/11/strategie-nationale-endometriose>
12. Fernandez H, Barea A, Chanavaz-Lacheray I. Prevalence, intensity, impact on quality of life and insights of dysmenorrhea among French women: A cross-sectional web survey. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. déc 2020;49(10):101889.
13. Communiqués de presse - Congrès des députés [Internet]. [cité 27 mars 2024]. Disponible sur: https://www.congreso.es/es/notas-de-prensa?p_p_id=notasprensa&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view¬asprensa_mvcPath=detalle¬asprensa_notaid=44329

14. Lin PC, Ko CH, Lin YJ, Yen JY. Insomnia, Inattention and Fatigue Symptoms of Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 8 juin 2021;18(12):6192.
15. Maity S, Wray J, Coffin T, Nath R, Nauhria S, Sah R, et al. Academic and Social Impact of Menstrual Disturbances in Female Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med*. 15 févr 2022;9:821908.
16. Bilir E, Yıldız Ş, Yakın K, Ata B. The impact of dysmenorrhea and premenstrual syndrome on academic performance of college students, and their willingness to seek help. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 2 oct 2020;17(3):196-201.
17. Prasad D, Wollenhaupt-Aguiar B, Kidd KN, de Azevedo Cardoso T, Frey BN. Suicidal Risk in Women with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health*. 1 déc 2021;30(12):1693-707.
18. Mishra S, Elliott H, Marwaha R. Premenstrual Dysphoric Disorder. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532307/>
19. Pilver CE, Levy BR, Libby DJ, Desai RA. Posttraumatic stress disorder and trauma characteristics are correlates of premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health*. oct 2011;14(5):383-93.
20. Bhuvanewari K, Rabindran P, Bharadwaj B. Prevalence of premenstrual syndrome and its impact on quality of life among selected college students in Puducherry. *Natl Med J India*. 2019;32(1):17.
21. Morishita C, Inoue T, Honyashiki M, Ono M, Iwata Y, Tanabe H, et al. Roles of childhood maltreatment, personality traits, and life stress in the prediction of severe premenstrual symptoms. *Biopsychosoc Med*. déc 2022;16(1):11.
22. Les femmes, premières victimes des violences conjugales – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047799?sommaire=6047805>
23. IFOP [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Les Françaises face au harcèlement sexuel au travail, entre méconnaissance et résignation. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francaises-face-au-harcelement-sexuel-au-travail-entre-meconnaissance-et-resignation/>
24. Itriyeva K. The effects of obesity on the menstrual cycle. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. août 2022;52(8):101241.
25. Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol*. mars 2005;26(1):33-9.
26. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the “Ligue Contre l’Obésité”. *J Clin Med*. 25 janv 2023;12(3):925.
27. Choi SH, Hamidovic A. Association Between Smoking and Premenstrual Syndrome: A Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 26 nov 2020;11:575526.

28. En 2022, la France compte toujours près de 12 millions de fumeurs quotidiens [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/en-2022-la-france-compte-toujours-pres-de-12-millions-de-fumeurs-quotidiens>
29. Sundström-Poromaa I, Comasco E, Sumner R, Luders E. Progesterone – Friend or foe? *Front Neuroendocrinol.* oct 2020;59:100856.
30. Cunningham J, Yonkers KA, O'Brien S, Eriksson E. Update on Research and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Harv Rev Psychiatry.* avr 2009;17(2):120-37.
31. Zamoscik V, Schmidt SNL, Bravo R, Ugartemendia L, Plieger T, Rodríguez AB, et al. Tryptophan-enriched diet or 5-hydroxytryptophan supplementation given in a randomized controlled trial impacts social cognition on a neural and behavioral level. *Sci Rep.* 4 nov 2021;11(1):21637.
32. Hantsoo L, Epperson CN. Allopregnanolone in premenstrual dysphoric disorder (PMDD): Evidence for dysregulated sensitivity to GABA-A receptor modulating neuroactive steroids across the menstrual cycle. *Neurobiol Stress.* mai 2020;12:100213.
33. Huo L, Straub RE, Roca C, Schmidt PJ, Shi K, Vakkalanka R, et al. Risk for Premenstrual Dysphoric Disorder Is Associated with Genetic Variation in ESR1, the Estrogen Receptor Alpha Gene. *Biol Psychiatry.* oct 2007;62(8):925-33.
34. Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* févr 2017;124(3):e73-105.
35. Frackiewicz EJ, Shiovitz TM. Evaluation and Management of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Am Pharm Assoc* 1996. mai 2001;41(3):437-47.
36. Kuehner C, Nayman S. Premenstrual Exacerbations of Mood Disorders: Findings and Knowledge Gaps. *Curr Psychiatry Rep.* nov 2021;23(11):78.
37. Graphique: Qui sont les plus gros consommateurs d'antidépresseurs ? | Statista [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/infographie/4032/plus-gros-consommateurs-dantidepresseurs-au-monde/>
38. Les consommations de médicaments psychotropes en France. [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-consommations-de-medicaments-psychotropes-en-france>
39. Le Conseil économique social et environnemental [Internet]. 2023 [cité 9 avr 2024]. L'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, nouvelle réflexion au CESE. Disponible sur: <http://www.lecese.fr/actualites/leducation-la-vie-affective-relationnelle-et-sexuelle-nouvelle-reflexion-au-cese>
40. Lundin C, Danielsson KG, Bixo M, Moby L, Bengtsdotter H, Jawad I, et al. Combined oral contraceptive use is associated with both improvement and worsening of mood in the different phases of the treatment cycle—A double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Psychoneuroendocrinology.* févr 2017;76:135-43.

41. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>
42. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=-271570,6996016,2196544,1111757&c=indicateur&i=zonage_conv.z_sf&t=A01&view=map12
43. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
44. Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes. 2012-881 juill 17, 2012.
45. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
46. Suaidi MT, Wong PK, Mohd Tahir NA, Chua EW. Community Pharmacists' Knowledge, Attitude, and Practice in Providing Self-Care Recommendations for the Management of Premenstrual Syndrome. *Medicina (Mex)*. 15 avr 2020;56(4):181.
47. Hantsoo L, Sajid H, Murphy L, Buchert B, Barone J, Raja S, et al. Patient Experiences of Health Care Providers in Premenstrual Dysphoric Disorder: Examining the Role of Provider Specialty. *J Womens Health*. 1 janv 2022;31(1):100-9.
48. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Gynaecology and Fertility Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 7 juin 2013 [cité 21 févr 2023]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001396.pub3>
49. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception*. déc 2005;72(6):414-21.
50. Kim N, Yoo HN, Hyun HS, Lee DY, Yoon BK, Choi DS. Efficacy and safety of a 24-day regimen of drospirenone-containing combined oral contraceptive in Korean women. *Obstet Gynecol Sci*. 2015;58(5):397.
51. LES ENNUIS ET MALADIES GYNÉCOLOGIQUES [Internet]. CNGOF. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://cngof.fr/espace-grand-public/les-ennuis-et-maladies-gynecologiques/>
52. Bixo M, Ekberg K, Poromaa IS, Hirschberg AL, Jonasson AF, Andréen L, et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with the GABA A receptor modulating steroid antagonist Sepranolone (UC1010)—A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*. juin 2017;80:46-55.
53. Donval L, Oufkir N, Bondu D, Daoud E, Dumas E, Reyal F, et al. Évolution des pratiques contraceptives en France : un état des lieux de 2014 à 2019. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. juill 2022;50(7-8):535-41.

54. Hantsoo L, Epperson CN. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep.* nov 2015;17(11):87.
55. Notre histoire | IAPMD [Internet]. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://iapmd.org/about>
56. Ravichandran H, Janakiraman B. Effect of Aerobic Exercises in Improving Premenstrual Symptoms Among Healthy Women: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Int J Womens Health.* août 2022;Volume 14:1105-14.
57. Fernández M del M, Saulyte J, Inskip HM, Takkouche B. Premenstrual syndrome and alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* mars 2018;8(3):e019490.
58. 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.* août 2017;217(2):150-66.
59. Boyle N, Lawton C, Dye L. The Effects of Magnesium Supplementation on Subjective Anxiety and Stress—A Systematic Review. *Nutrients.* 26 avr 2017;9(5):429.
60. Abdollahi R, Abiri B, Sarbakhsh P, Kashanian M, Vafa M. The Effect of Vitamin D Supplement Consumption on Premenstrual Syndrome in Vitamin D-Deficient Young Girls: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Complement Med Res.* 2019;26(5):336-42.
61. Armour M, Ee CC, Hao J, Wilson TM, Yao SS, Smith CA. Acupuncture and acupressure for premenstrual syndrome. *Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 14 août 2018 [cité 14 nov 2022];2018(8). Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005290.pub2>
62. Zhang J, Cao L, Wang Y, Jin Y, Xiao X, Zhang Q. Acupuncture for Premenstrual Syndrome at Different Intervention Time: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 25 juin 2019;2019:1-9.
63. Uzunçakmak T, Ayaz Alkaya S. Effect of aromatherapy on coping with premenstrual syndrome: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* févr 2018;36:63-7.
64. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Signature d'une convention avec la MIVILUDES. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/signature-dune-convention-avec-la-miviludes/>
65. DU Prévention et suivi en Gynécologie et Orthogénie pour les Sages-Femmes - DU DIU Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes [Internet]. [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://du-diu-facmedecine.umontpellier.fr/diplome-prevention-et-suivi-en-gynecologie-pour-les-sages-femmes-247>
66. Sénat [Internet]. 2021 [cité 19 avr 2024]. Démographie inquiétante des gynécologues médicaux en France. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210824116.html>

67. Paperman P. Care et sentiments [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013. 72 p. (Care studies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/care-et-sentiments--9782130608912.htm>

68. Modak M. Pascale Molinier : Le travail du care: *Nouv Quest Féministes*. 29 mai 2015;Vol. 34(1):126-30.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Vannuccini S, Rossi E, Cassioli E, Cirone D, Castellini G, Ricca V, et al. (2021). Menstrual Distress Questionnaire (MEDI-Q): a new tool to assess menstruation-related distress. *Reprod Biomed Online*.

TABLE 1 SUB-ITEMS GENERATED FOR EACH ITEM: EACH SUB-ITEM REFERS TO THE PREVIOUS 12 MONTHS

	Sub-item	Aim	Likert scale
A	Frequency score	To indicate the presence of the symptom exclusively during the days of menstruation.	0: the symptom never occurred in any of the menstruations. 1: the symptom occurred in less than half of the menstruations. 2: the symptom occurred in more than half of the menstruations.
B	Menstruation distress score	To evaluate the level of distress associated with the symptom, exclusively during menstruation.	0: no distress. 1: slight distress. 2: moderate distress. 3: severe distress.
C	Premenstrual phase distress score	To evaluate the level of distress associated with the symptom, exclusively during the premenstrual phase. ^a	0: no distress (or the symptom never occurred during the premenstrual phase). 1: slight distress. 2: moderate distress. 3: severe distress.
D	Intermenstrual phase distress score	To evaluate the level of distress associated with the symptom during the days between the end of menstruation and the premenstrual phase.	0: no distress (or the symptom never occurred during the intermenstrual phase). 1: slight distress. 2: moderate distress. 3: severe distress.

^a The period immediately preceding menstruation, lasting up to 7 days.

TABLE 2 MENSTRUAL DISTRESS QUESTIONNAIRE ITEM SCORING TABLE

		Frequency score (sub-item A)		
		0	1	2
Δ Distress score (B-D)	0	0	0	0
	1	0	1	2
	2	0	2	4
	3	0	3	5

If B is less than D, i.e. B-D is less than 0, the item score is 0.

B, menstruation distress score; D, intermenstrual distress score.

TABLE 4 AVERAGE DISTRESS SCORES REPRESENTING THE FINAL COMPOSITE SCORES FOR EACH ITEM IN THE QUESTIONNAIRE, COMPUTED USING THE SCORING TABLE (TABLE 2)

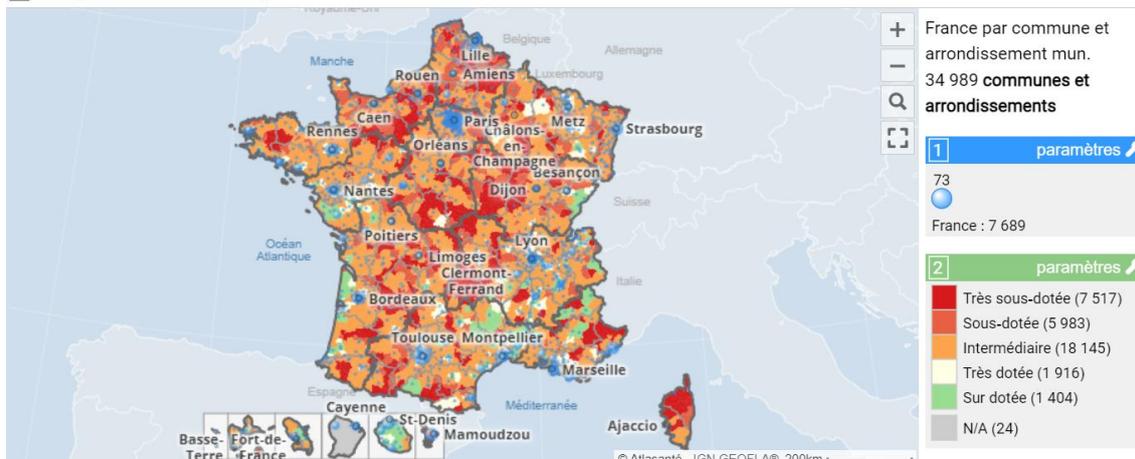
Item number	Item description	Mean	SD
1	Lower abdominal pain	1.77	1.71
2	Urinary pain	0.05	0.35
3	Pain at defecation	0.15	0.59
4	Muscle or osteoarticular pain	0.86	1.3
5	Breast tenderness or widespread swelling sensation	0.8	1.19
6	Nausea	0.37	0.93
7	Headache	0.86	1.3
8	Pain during sexual intercourse	0.09	0.47
9	Digestive problems	0.36	0.88
10	Diarrhoea	0.56	1.03
11	Constipation	0.17	0.6
12	Feeling uncomfortable about vaginal blood loss	0.98	1.46
13	Feeling of being impure	0.12	0.58
14	Sadness	1.1	1.46
15	Emotional lability	1.31	1.51
16	Irritability or anger	1.19	1.4
17	Impulsiveness	0.24	0.76
18	Anxiety	0.52	1.1
19	Increased appetite	0.76	1.2
20	Decreased appetite	0.1	0.49
21	Insomnia	0.17	0.73
22	Hypersomnia	0.45	1.04
23	Fatigue	1.31	1.53
24	Decreased sexual drive	0.3	0.84
25	Concentration impairment	0.37	0.92

ANNEXE 2 :

1 Nombre de sages-femmes libérales actives toute l'année 2022 ▼

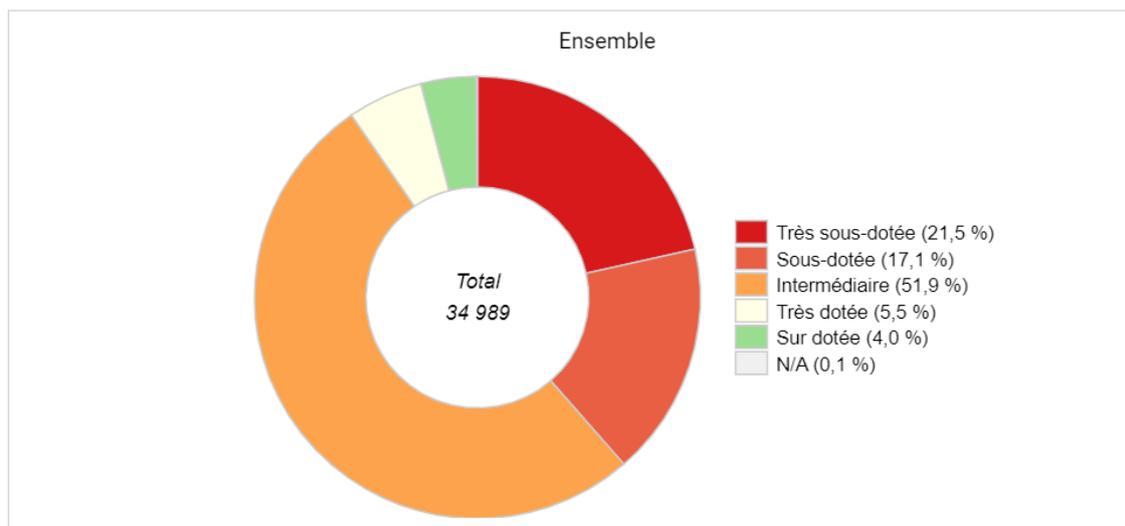
ACTIONS ⚙

2 Zonage conventionnel des sages-femmes



Zonage conventionnel des sages-femmes

Répartition - Ensemble



Données obtenues via le site internet C@rto Santé :

<https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>

ANNEXE 3 :

Ensemble des réseaux	Sages-femmes	Médecins généralistes	Gynécologues	Total
Normandie	726	553	GO = 284 GM = 16	1 579
Hauts de France (Oréthane)	NC			
Bretagne	NC			
Pays de la Loire	NC			2 171
Ile de France	NC			1 300
Bourgogne	NC			
Franche-Comté	NC			
Nouvelle-Aquitaine	NC			2 350
RSPA	NC			
RP2S	383	93	121	597
ELENA	558	987	185	1 730
PACA + Corse + Monaco	1 287	294	570	2 151
Lorraine	NC			
Champagne-Ardenne	13 maternités, 3 centres périnataux de proximité, URPS médecins et sages-femmes libéraux			
Guadeloupe	NC			
Centre Val de Loire	469	117	GO = 67 GM = 10	663
Occitanie	NC			
RPAI (Alpes-Isère)	268	32	GO = 32 GM = 18	350
AURORE	NC			
Alsace (Grande Est)	NC			
Guyane	NC			
TOTAL	3 691 + NC	2 076 + NC	1 303 + NC	12 891
TOTAL DE QUESTIONNAIRES DIFFUSÉS	1 753 + NC	1 657 + NC	562 + NC	7 443 + NC
NOMBRE DE RÉPONSES OBTENUES	101	38	GO = 32 GM = 5	176

Légende :

- Diffusion du questionnaire : *en vert*
- Non diffusion du questionnaire : *en rouge*
- Pas de réponse pour la diffusion du questionnaire : *en blanc*
- NC = non communiqué
- GO = gynécologues-obstétriciens
- GM = gynécologues médicaux

ANNEXE 4 : Fiche DRCI du CHU (anonymisation)

SYNDROME PRÉMENSTRUEL ET TROUBLE DYSPHORIQUE PRÉMENSTRUEL

ÉTUDE QUANTITATIVE AUPRÈS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

RÉSUMÉ :

De nombreuses femmes présentent un syndrome prémenstruel (SPM) ou un trouble dysphorique prémenstruel (TDPM). Face aux manques de recommandations et de recherches pour la prise en charge de ces troubles, elles se retrouvent parfois sans solution engendrant une augmentation de leurs symptômes et de leur solitude. L'objectif de notre étude était d'évaluer les pratiques professionnelles concernant la prise en charge du SPM et du TDPM.

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive auprès de sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux. Nous avons contacté les réseaux de santé en périnatalité afin de diffuser notre questionnaire en ligne.

Le SPM est très connu des professionnels contrairement au TDPM. Les méthodes de dépistage et diagnostics utilisées par les professionnels de santé sont insuffisantes. Les propositions de prises en charge sont très diversifiées et partiellement adaptées. Nous ne pouvons pas affirmer l'amélioration systématique des symptômes après une prise en charge. Un grand nombre de patientes a recours à l'automédication. Le SPM et le TDPM ont un impact important sur la qualité de vie des patientes au quotidien.

La prise en charge des professionnels de santé est très hétérogène et s'appuie sur des données scientifiques insuffisamment étudiées et validées.

MOTS-CLÉS : syndrome prémenstruel, trouble dysphorique prémenstruel, symptômes prémenstruels, prise en charge