



**HAL**  
open science

## Dysménorrhées de l'adolescence : vécu des jeunes patientes et des médecins généralistes

Mathilde Guigue, Fanny Coustoullier

### ► To cite this version:

Mathilde Guigue, Fanny Coustoullier. Dysménorrhées de l'adolescence : vécu des jeunes patientes et des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02393313

**HAL Id: dumas-02393313**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02393313>**

Submitted on 4 Dec 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Dysménorrhées de l'adolescence :  
vécu des jeunes patientes et des médecins généralistes**

# **T H È S E A R T I C L E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 22 Octobre 2019**

**Par Madame Fanny COUSTOULLIER**

**Née le 24 décembre 1991 à Aix-En-Provence (13)**

**Et Par Madame Mathilde GUIGUE**

**Née le 10 juillet 1991 à Marseille (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur BOUBLI Léon**

**Président**

**Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier**

**Assesseur**

**Madame le Professeur COURBIERE Blandine**

**Assesseur**

**Madame le Docteur PICLET Hélène**

**Directeur**





Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Dysménorrhées de l'adolescence :  
vécu des jeunes patientes et des médecins généralistes**

# **T H È S E A R T I C L E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 22 Octobre 2019**

**Par Madame Fanny COUSTOULLIER**

**Née le 24 décembre 1991 à Aix-En-Provence (13)**

**Et Par Madame Mathilde GUIGUE**

**Née le 10 juillet 1991 à Marseille (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur BOUBLI Léon**

**Président**

**Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier**

**Assesseur**

**Madame le Professeur COURBIERE Blandine**

**Assesseur**

**Madame le Docteur PICLET Hélène**

**Directeur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

**Administrateur provisoire**: Georges LEONETTI

**Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Asseseurs** :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission** :

- 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service** :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)



**1990**

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)  
J. PORTER (U.S.A.)

**1991**

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)  
W. BURGDORFER (U.S.A.)

**1992**

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)  
D. CARSON (U.S.A.)  
T. YAMAMURO (Japon)

**1994**

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)  
W.J. KOLFF (U.S.A.)

**1995**

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)  
M. MULLER (Suisse)  
V. BONOMINI (Italie)

**1997**

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)  
D. STULBERG (U.S.A.)  
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)  
P.I. BRANEMARK (Suède)

**1998**

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

**1999**

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)  
D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS EMERITE

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
 AGHABABIAN Valérie  
 BELIN Pascal  
 CHABANNON Christian  
 CHABRIERE Eric  
 FERON François  
 LE COZ Pierre  
 LEVASSEUR Anthony  
 RANJEVA Jean-Philippe  
 SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>dispo oct 2018</i> )	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic  
GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion  
REVIS Joana

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
*PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

*ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité*  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
*SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 MONCLA Anne (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH)  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)



**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH)  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
 RACCAH Denis (PU-PH)  
 VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
 BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
 MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
 FUENTES Stéphane (PU-PH)  
 REGIS Jean (PU-PH)  
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
 FELICIAN Olivier (PU-PH)  
 PELLETIER Jean (PU-PH)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*  
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

**PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
 POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 MICHEL Justin (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)  
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*  
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)  
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)  
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*  
 GREILLIER Laurent (PU PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)  
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

## Remerciements communs

**A notre Président de Jury, Monsieur le Professeur Léon BOUBLI.** Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Merci de votre disponibilité. Nous vous témoignons notre respectueuse reconnaissance.

**A notre directrice de thèse, Madame le Docteur Hélène PICLET.** Merci de nous avoir accompagnées tout au long de ce travail, de nous avoir accordé ta confiance et d'avoir été toujours disponible. Merci d'avoir partagé cette épreuve avec nous, nous te sommes reconnaissante de ton aide.

**A monsieur le Professeur Xavier CARCOPINO.** Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Veuillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements et notre profond respect.

**A madame le Professeur Blandine COURBIERE.** Merci d'avoir accepté d'être membre de notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

**Aux médecins et aux patientes.** Merci de nous avoir donné de votre temps et de nous avoir permis de réaliser ce travail.

## Remerciements de Mathilde

**A ma maman et à Philippe.** Merci d'être là depuis le début, d'avoir cru en moi, de m'avoir permis de vivre paisiblement mes études, d'avoir permis que les mauvais moments soient moins douloureux et que les bons moments soient encore meilleurs. Je ne serai pas là sans vous.

**A Florent.** Merci d'être toujours là depuis plus de 4 ans. Nous avons grandi ensemble, de bébés médecins à docteur, je vous souhaite encore une longue route.

**A mes frères, mes grand-mères, ma marraine, mon oncle et mes cousins.** Merci de m'avoir toujours soutenue. Vous êtes mes piliers.

**A mes grands-pères.** Je sais que vous êtes près de moi en ce jour et que vous êtes fiers.

**A Fanny,** ma co-thésarde mais avant tout mon amie. Dix ans plus tard nous y voilà, la P2, la D1, l'externat et maintenant la thèse. Nous n'aurions pas pu rêver mieux.

**A mamanton, grabuge et momo.** Merci pour ces vendredis soir où nous mangions plus ce que nous travaillions. Je suis fière de ce que nous sommes devenues.

**A Julie** avec qui j'ai passé six mois de rêve. Merci d'avoir permis de confirmer que je suis faite pour ce métier. Merci de m'avoir transmis les valeurs auxquelles tu es attachée, merci de m'avoir fait confiance.

**Au Dr Plantin** qui m'a inspirée dans ma jeunesse, **au Dr Laynet** qui m'a fait découvrir la médecine générale.

**A l'UMAP : El Professor, Jeanne et Claire**, merci pour tous les bons moments que nous avons passés pendant 6 mois. **A Véro**, qui nous a appris la rigueur, **à Estelle** pour sa gentillesse, **à Jacques** pour sa folie.

**A tous mes co internes de ces trois ans, à toutes les équipes paramédicales, à tous les chefs** que j'ai croisés. Merci, je garde un peu de chacun de vous.

**A Manon, Xavier et Mael**. Merci mon binôme pour toutes ces années, je me souviens encore le résultat du premier quadrimestre de ma P1 et la joie dans tes yeux.

**A Aurélie, mon escalope**. Merci pour nos bons moments en P1, nos routes se sont séparées mais notre amitié dure toujours.

**A ma belle-famille : Anne-Marie, Philippe, Mina, Mathieu et Audrey**. Merci de nous soutenir.

**A Dany, Julie, Aurélie B, Pierre, Laurine, Carole, Jay, Virginie, Sylvain, Elo, Romain, Maxime, Cassandre, Florent M, Lisa, Johann, Eddy, Vita, Tano, à tout le pas des lanciers**. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ces dix longues années, et d'avoir toujours été présents

A tous ceux que j'oublie de citer, pardonnez-moi d'avance, il est difficile d'exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'entourent.

### **Remerciements de Fanny**

**A ma maman et mon papa**, merci de m'avoir toujours soutenue et tirée vers le haut depuis le début. Cela n'a pas toujours été facile mais vous étiez toujours là et vous avez su me montrer que tout n'était pas si compliqué.

**A Séverine et Marcel**, mes beaux-parents, quelle chance de vous avoir vous êtes formidables.

Tous les 4 vous avez toujours cru en moi et vous avez été alliés pour me mener jusqu'ici. Vous avez soutenu chacun de mes choix et même aidé à prendre les plus difficiles. Je ne vous remercierai jamais assez d'être une famille aussi bienveillante.

**A mes frères, mes tous petits**. Vous avez grandi si vite, je suis fière de vous et vous souhaitez de trouver votre chemin comme j'ai trouvé le mien.

**A mes grand-parents**, ceux qui sont là et ceux qui ne le sont plus. J'aurais aimé que vous soyez tous réunis ici pour voir l'aboutissement de ces dix longues années. Je sais que vous êtes fiers de moi, vous me l'avez suffisamment dit et je suis reconnaissante de tout ce soutien que vous m'avez donné.

**A toutes mes tantes, oncles, mes cousins, petits cousins, la famille Besson, Garcia et Coustoullier**, tant de personnes qui m'entourent, je suis si chanceuse. Chacun y a mis du sien depuis ces dix années. Merci d'avoir été là pour moi.

**A Mathilde**, ma co thésarde et bien plus encore, avec qui j'ai eu la chance de partager toutes ces années. Merci de m'avoir ouvert ta porte quand j'avais besoin de toi et merci pour tous ces merveilleux moments que l'on a passés. On en parlait en rigolant il y a quelques années mais nous voilà sérieusement à présenter notre thèse ensemble. Je nous souhaite encore tellement de moments ensemble.

**A Romain, Johanna, Pierrick et maintenant mon petit Tom**, vous êtes ma deuxième famille. Et j'espère que la vie nous réserve encore de belles choses.

**A mes amis Arnaud, Anaïs, Aurélien, Manon, Cyril**, tellement d'années passées ensemble nous grandissons et avons tous pris des routes différentes. Pourtant vous répondez toujours présents, merci d'avoir été là dans mes moments de doutes et merci d'avoir partagé aussi les meilleurs.

**A Barbara, Emma et Morgane**. Je n'ose pas me rappeler comment tout a commencé. Merci pour tous ces moments de rires et ces repas autour des dossiers. Nous avons grandi ensemble depuis la P2 et nous voilà enfin médecins.

**A Rémi**, Dr M. qui aurait pu croire que mon tout premier co interne serait présent aujourd'hui ? Merci de m'avoir accompagnée dans quelques aventures et d'avoir été une oreille attentive quand j'en avais besoin. Merci d'être là aujourd'hui on en a tellement parlé, je serai là quand ce sera ton tour.

**Aux Dr Dugas Le Guyader et Dr Terrasson**, les maitres de stage que je n'aurais osé espérer. Je suis allée vous chercher bien loin et vous avez su me montrer que la médecine générale telle que je la voyais était possible. J'ai appris tellement de choses à vos côtés, merci de m'avoir donné de l'assurance dans ma pratique et dans mes projets. Vous m'avez permis de trouver ma voie.

**A Pauline, Diego et Joris**, mes colocataires préférés. Je ne pensais pas faire de si belles rencontres en prenant un appartement ! Vous étiez là au commencement et vous m'avez soutenue chaque jour tout le long de ce travail.

**A tous mes co internes** des 6 semestres que j'ai passés, dans les quatre coins de la région. Vous êtes formidables, merci d'avoir fait de chaque semestre un stage exceptionnel !

**A toutes les équipes médicales et paramédicales** que j'ai pu rencontrer ces trois dernières années. Merci de m'avoir appris tant de choses, vous avez tous contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

A toutes les personnes que je n'ai pas citées, je m'en excuse mais si vous saviez comme il est difficile d'exprimer autant de gratitude en un seul jour. Merci à chacun d'entre vous.

## Table des matières

I.Introduction.....	7
A. Généralités de l'adolescence .....	7
B. Les dysménorrhées.....	7
C. Endométriose juvénile .....	8
D. Prise en charge diagnostique et thérapeutique .....	9
E. Conséquences individuelles, médicales et économiques .....	10
F. Intérêts et objectifs de notre thèse .....	13
II.Matériel et méthodes.....	13
A. Le choix de la méthode de recherche .....	13
B. Le recueil de données .....	13
1. Les entretiens .....	13
2. Le guide d'entretien .....	14
3. Les acteurs des entretiens .....	14
4. L'organisation des entretiens.....	15
C. La transcription des données .....	15
D. L'analyse des données .....	16
E. L'éthique .....	16
III.Résultats.....	16
A. Résultats des médecins généralistes .....	16
1. Description échantillons.....	16
2. Consultations de dysménorrhées chez les généralistes.....	17
3. Connaissances de l'endométriose en médecine générale .....	22
B. Résultats des patientes.....	24
1. Description de l'échantillon .....	24
2. Dysménorrhées des adolescentes .....	24
3. Endométriose des adolescentes.....	31
IV.Discussion.....	33
A. Forces et limites de l'étude .....	33
1. Choix de la méthode.....	33
2. Biais.....	33
B. Analyses des résultats .....	34
1. Communication.....	34
2. Place du médecin généraliste .....	35

3. Information de la patientèle .....	36
4. Formation médicale .....	37
5. Dysménorrhées essentielles et organiques .....	37
6. Prise en charge et suivi .....	38
7. Conséquences socio professionnelles .....	40
8. Représentation de l'endométriose .....	41
V.Conclusion .....	43
V.Bibliographie.....	45
Annexe 1 .....	50
Annexe 2 .....	51
Annexe 3 .....	52
Annexe 4 .....	53
Annexe 5 .....	54
Annexe 6 .....	56
Annexe 7 .....	57
Annexe 8 .....	59
Annexe 9 .....	60
Abréviations .....	61

## I. Introduction

### A. Généralités de l'adolescence

L'organisation mondiale de la santé considère que l'adolescence se situe entre 10 et 19 ans, période de croissance et du développement humain permettant la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est caractérisée par un rythme important de croissance et de changements, de maturations physique, comportementale et sexuelle. La puberté est considérée comme une période critique du fait de toutes ces modifications physiologiques pour les jeunes filles, vécues pour la plupart dans le silence, les rendant vulnérables et nécessitant une acceptation du nouveau soi. (1)

La ménarche se définit par l'apparition des premières règles. Elle fait partie de l'acquisition des fonctions de reproduction et du développement des caractères sexuels secondaires qu'implique la puberté. Elle apparaît entre 9 et 16 ans, en moyenne à 12,6 ans. Biologiquement, elle correspond à l'accélération de l'axe gonadotrope, alternant inhibition et stimulation hormonales. La sécrétion pulsatile de GnRH par l'hypothalamus va permettre d'augmenter la synthèse et excrétion des gonadotrophines hypophysaires (FSH et LH). A leur tour, elles vont stimuler la production d'estrogènes et androgènes par les ovaires, permettant le développement des caractères sexuels secondaires. Les cycles réguliers ovulatoires se mettent alors en place entre un et cinq ans après la ménarche, selon le degré de maturation de cet axe hypothalamo-hypophyso-ovarien. (2)

### B. Les dysménorrhées

La dysménorrhée est caractérisée par des douleurs pelviennes d'intensité variable à type de crampes pouvant irradier dans les cuisses et le dos. Elle est parfois associée à d'autres symptômes tels que des nausées, des vomissements, des troubles du transit ou encore des céphalées. Elle débute généralement la veille ou le premier jour des règles et dure en moyenne un à trois jours. Sa sévérité est variable selon les individus. (2) (3)

La dysménorrhée est la plainte gynécologique la plus fréquente chez les adolescentes. Selon une étude suisse de 2011 qui a été menée sur des adolescentes de 16 à 20



ans, 86.6% des jeunes filles étaient atteintes de dysménorrhées, dont 12.4% de dysménorrhées sévères.(3) La prévalence exacte reste cependant difficile à établir de façon formelle du fait de la subjectivité des symptômes. On note également que les dysménorrhées se déclarent environ deux à trois ans après la ménarche.

Les menstruations surviennent quelques jours après la chute brutale de progestérone au cours du cycle menstruel. Des modifications cellulaires locales entraînent une production et une sécrétion de médiateurs de l'inflammation dans l'utérus (prostaglandines et leucotriènes). Cette réponse inflammatoire locale est responsable de contractions utérines, de vasoconstrictions et d'irritations des terminaisons nerveuses locales. Ces médiateurs inflammatoires sont également impliqués dans certains symptômes associés aux dysménorrhées, tels que les céphalées ou les nausées.(2) (3) En outre, un taux de prostaglandines a été mesuré jusqu'à trois fois plus élevé chez les patientes atteintes de dysménorrhées comparées à celles asymptomatiques. (4)

Les dysménorrhées sont le plus souvent essentielles, cela signifie qu'il n'y a pas d'anomalie clinique ni échographique. Moins fréquemment, les dysménorrhées peuvent être organiques. Elles se définissent par la présence d'anomalies pelviennes retrouvées lors des examens complémentaires.

### C. Endométriose juvénile

Lorsque les dysménorrhées deviennent invalidantes ou dépassent les périodes des règles, il est nécessaire de savoir évoquer une endométriose juvénile. Il s'agit en effet d'une pathologie fréquente et handicapante, qui touche environ 10% à 15% des femmes en âge de procréer soit 2,1 à 4,2 millions de femmes en France. L'endométriose est la cause de 25 à 50% des cas d'infertilité, de 25% des cas de douleurs pelviennes et de 20% des cas de dysménorrhées. (5) (6) (7)

Sur le plan histologique, l'endométriose est définie par la présence de tissu endométrial hormono-dépendant (à la fois glandulaire et du stroma) en dehors de la cavité utérine. De par ses atteintes extra utérines, les symptômes de la maladie peuvent être très variés et parfois trompeurs.

C'est une maladie hétérogène qui peut prendre trois formes différentes, ces dernières étant souvent associées : l'endométriose superficielle (péritonéale), l'endométriose ovarien, et l'endométriose pelvienne profonde (sous-péritonéale). (8) (9)

On différencie également l'endométriose de l'adénomyose, qui correspond à la prolifération de tissu endométrial au niveau du myomètre et aura donc une présentation exclusivement utérine. (9) (10)

La plupart des symptômes d'endométriose sont non spécifiques, et varient selon la localisation des zones de prolifération. (9) (11) De même la sévérité de cette pathologie varie selon les individus. On en distingue quatre stades, allant de l'absence de symptômes aux douleurs intenses. (12) (13)

Malgré cela, certains symptômes sont fréquents au cours de l'endométriose et feront évoquer le diagnostic en leur présence. Il s'agit des dysménorrhées sévères (définies par une intensité de la douleur supérieure à 8/10, un absentéisme secondaire aux symptômes, ou une résistance au traitement médical bien conduit) (14), des dyspareunies profondes et des douleurs pelviennes chroniques. D'autres symptômes doivent faire évoquer une endométriose profonde : des douleurs à la défécation et/ou des signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale. On peut également évoquer l'endométriose au cours des bilans d'infertilité. (12) (13) (15) (16) (17)

#### D. Prise en charge diagnostique et thérapeutique

Le paracétamol et les antispasmodiques sont donnés en première intention devant des dysménorrhées modérées. Si cela s'avère être insuffisant, les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont le traitement de choix dans les dysménorrhées primaires. (2) (18) (19) Ils ont une action sur les prostaglandines. Il n'y a pas de supériorité entre tous les AINS sur le plan de l'efficacité (20), cependant d'après une méta analyse de 2018, le flurbiprofène et l'acide tiaprofénique seraient à privilégier compte tenu de leur efficacité corrélée aux effets secondaires éventuels dans cette indication. (21)

En cas d'inefficacité des AINS ou de nécessité de contraception, les oestroprogestatifs et les macroprogestatifs sont recommandés dans cette indication. Les

microprogestatifs peuvent suffire dans certains cas mais peuvent, à certains cycles, laisser persister une ovulation rendant leur efficacité fluctuante. (2) (20)

Le traitement de l'endométriose est médico-chirurgical. Il dépend des symptômes et donc de la localisation de la pathologie. (22) L'objectif du traitement médical est de soulager les douleurs. La contraception par oestroprogestatifs et le dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel sont les deux traitements de première intention à utiliser selon les recommandations de bonne pratique de l'HAS de décembre 2017. (23)

Les adolescentes ont également recours à des thérapeutiques non médicamenteuses. Par exemple, l'application de chaleur sur le bas ventre aurait un effet bénéfique sur les dysménorrhées. (24) (25)

Si les AINS et la contraception s'avèrent être inefficaces, la prescription d'exams complémentaires se justifie, à la recherche d'une dysménorrhée organique. D'après les recommandations de l'HAS de 2017, devant des signes évocateurs d'endométriose, l'examen clinique avec un examen pelvien et l'échographie pelvienne sont indiqués en première intention. L'IRM pelvienne sera à réaliser devant une masse ovarienne indéterminée. La coelioscopie diagnostique a une place très limitée : en cas de suspicion d'endométriose si tous les exams non invasifs se sont révélés négatifs et dans le cadre d'une prise en charge des douleurs et/ou de l'infertilité. (26) (27) (28) (29)

Il n'y a pas d'indication de dépistage d'endométriose dans la population générale. Il n'existe pas encore non plus d'échelle de dépistage validée. (30)

#### E. Conséquences individuelles, médicales et économiques

Dans une étude de 2018, qui a été réalisée dans une université, les douleurs chroniques ou l'infertilité avaient un retentissement à la fois physique, psychique et social (réduction des activités sportives, absentéisme scolaire ou professionnel, diminution de la productivité ou limitation des tâches du quotidien. (31) (32) (33) Déjà en 1996, une autre étude avait permis de mettre en évidence ces conséquences non négligeables. (34)

Les dysménorrhées et l'endométriose sont responsables d'une altération de la qualité de vie des jeunes filles. (35) (36) (37) (38).

Seulement vingt ans auparavant, les dysménorrhées étaient peu connues de la population générale restant souvent sans étiologie. Elles rentraient dans les mœurs et il était normal pour les femmes de souffrir, qu'elles soient adolescentes ou non. En 1996, les dysménorrhées étaient un problème de santé et entraînaient des conséquences sur l'économie. L'estimation des visites médicales pour douleurs pelviennes étaient évaluées, aux Etats-Unis, pour une population de 18 à 50 ans, à environ huit cents millions de dollars par an. (39) Vingt ans plus tard, ce motif reste toujours aussi fréquent et le retard diagnostique de l'endométriose en France, bien que semblant en diminution, reste toujours évalué entre sept et dix ans. (40) (41). L'impact économique de l'endométriose est également majeur puisqu'elle coûterait, en France, neuf milliards d'euros par an (coûts directs liés aux soins et indirects par défaut de productivité). De plus, ces coûts sont probablement sous-estimés du fait du retard diagnostique important. (5) (32) (42).

Plusieurs causes sont évoquées pour l'expliquer : un diagnostic initial erroné, une banalisation des dysménorrhées par la patiente et/ou son entourage, allongeant le délai avant une première consultation, une banalisation par le médecin, une mauvaise connaissance de la pathologie par les médecins ou bien encore une apparition précoce des premiers symptômes (41) (43).

Le médecin généraliste représente le premier interlocuteur de la population dans le parcours de soins et assure le suivi gynécologique d'un tiers de la population féminine française. La carence démographique des gynécologues étant supérieure à celle des généralistes, ces derniers seront de plus en plus amenés à assurer ce suivi. Il est donc le premier professionnel de santé pouvant être sollicité par les adolescentes et jeunes filles, au sujet des dysménorrhées. Son dépistage est primordial, permettant un diagnostic précoce et une orientation optimale, limitant ainsi le plus possible les retentissements sur leur vie et le retard diagnostique de dysménorrhées organiques. (44)

Devant ces conséquences à la fois médicales et socio-économiques, associées au manque de connaissances sur cette maladie de la part des professionnels et des

patientes, il est apparu comme indispensable de développer des mesures nationales afin d'améliorer le délai diagnostique et la prise en charge de cette maladie.

Durant ces dernières années, des campagnes médiatiques ont été menées en France. En mars 2016, une campagne nationale d'informations sur l'endométriose a été réalisée via une affiche ; en 2017, le premier spot de sensibilisation à l'endométriose a été diffusé sur les écrans de télévision. (45)

En juin 2016, Madame Najat Vallaud-Belkacem, ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, avait permis la diffusion d'informations par des brochures, affiches dans les établissements scolaires, ainsi que la mise en place de formations pour le personnel d'éducation nationale, permettant une sensibilisation à cette maladie dans le parcours éducatif. (46)

De plus, les associations de malades, comme EndoFrance créée en 2001, multiplient les actions de soutiens et d'informations pour le grand public et les patientes. Elles participent activement à une prise de conscience collective sur cette pathologie. (47)

Le parcours de soins s'est vu, lui aussi, amélioré par la création de centres de compétences et de réunions de concertation pluridisciplinaire. En mars 2016, l'ARS de Normandie accorde au pôle national « Rouendométrieose » du CHU-Hôpitaux de Rouen la première labellisation de centre d'expertise sur l'endométriose. (7) (48)

En décembre 2016, un groupe constitué par le CNGOF et la HAS a initié des réunions de travail pour mettre à jour les recommandations de 2006, concernant la prise en charge de l'endométriose. L'objectif des recommandations : faciliter le diagnostic et clarifier la prise en charge pour tous les médecins (généralistes, gynécologues, chirurgiens). (49)

En mars 2019, Madame Agnès Buzyn, ministre de la santé, a annoncé un volet spécifique, qui sera intégré dans les nouvelles consultations obligatoires du calendrier du suivi médical de l'enfant et de l'adolescent (11-13, 15-16 et 15-18 ans), pour favoriser le dépistage précoce préventif. (50) (51)

Enfin, un diplôme inter universitaire (Lille, Bordeaux et Lyon) sur la prise en charge de l'endométriose et de l'adénomyose, à disposition des gynécologues mais aussi des médecins généralistes, va être disponible dans quelques mois. (52)

## F. Intérêts et objectifs de notre thèse

Devant l'importante prévalence des dysménorrhées et les conséquences qu'elles peuvent avoir, l'objectif de notre thèse sera d'observer l'approche des médecins généralistes et de comprendre également le point de vue des adolescentes devant ces symptômes. En vue de cette prise de conscience globale concernant l'endométriose, nous nous intéresserons aux connaissances des patientes et des médecins sur ce sujet, afin de mieux définir les causes du retard diagnostique et d'améliorer la prise en charge des patientes.

Nous essaierons d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, les moyens mis en œuvre pour y faire face en consultation, ainsi que la demande et le recours aux soins des jeunes filles.

## II. Matériel et méthodes

### A. Le choix de la méthode de recherche

Le vécu des dysménorrhées et la représentation de l'endométriose par les adolescentes et par les médecins généralistes ont été analysés par deux études qualitatives. Cette méthode permet d'expliquer la différence entre la théorie, fondée sur des preuves scientifiques, et les comportements des acteurs de soins comprenant la pratique en médecine générale.(53) Elle a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. (54)

Le recueil des données permet alors de générer des hypothèses. (55)

### B. Le recueil de données

#### 1. Les entretiens

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-structurés individuels, afin que les médecins et les patientes puissent parler librement. En moyenne, les entretiens des

médecins ont duré environ quinze à vingt minutes et ceux des patientes dix à quinze minutes.

## 2. Le guide d'entretien

Après analyse des données de la littérature, nous avons élaboré un guide d'entretien constitué de questions ouvertes, afin de s'assurer que les thèmes nous paraissant indispensables soient abordés.

Les questions n'étaient pas exhaustives, et au fil des entretiens, le guide a été remanié afin d'y inclure les nouvelles idées proposées par les participants ou les nôtres. Les questions devaient être les plus neutres possibles, pour ne pas influencer les réponses des participants.

Avant de débiter l'étude, nous avons réalisé un entretien test sur nous-mêmes afin d'être sûres de la technique. Cet entretien n'a pas été comptabilisé.

Les guides d'entretien sont fournis en annexes. (Annexes 1 et 2)

## 3. Les acteurs des entretiens

Nous avons deux populations cibles : les adolescentes et les médecins. Le critère choisi pour arrêter les entretiens était la saturation des données.

Par souci géographique, les entretiens avec les médecins qui étaient réalisés par Fanny ont été faits à Gap et ses alentours. Ceux avec les patientes, réalisés par Mathilde, ont été faits à Marseille et en périphéries proches.

Fanny a contacté les médecins par téléphone pour leur expliquer le projet, quinze médecins ont été contactés initialement. Nous voulions une diversité des profils. Les deux genres devaient être représentés : femmes et hommes. L'âge et l'année d'installation ont également été demandés car la formation varie en fonction des périodes. Enfin, la pratique de gynécologie ou non était également un critère de sélection.

Mathilde a interrogé des jeunes filles entre 13 et 22 ans. Au cours de l'étude, nous avons décidé de nous concentrer plutôt sur des jeunes filles jusqu'à 19 ans. Elles ont

été sélectionnées dans l'entourage de Mathilde ainsi qu'au cabinet de son maître de stage universitaire. Le projet leur a été présenté à l'oral ainsi qu'à leur représentant légal pour les participantes mineures. Ces dernières ont eu le choix de faire l'entretien en présence ou non de leurs parents. Des profils variés ont également été recherchés, en choisissant des filles venant d'horizons différents (étudiantes, lycéennes, en activité professionnelle). Une seule avait déjà été diagnostiquée comme atteinte d'endométriose en août 2018.

#### 4. L'organisation des entretiens

Nous avons réalisé nos entretiens entre janvier et avril 2019.

Fanny s'est déplacée dans les cabinets des médecins, en fonction de l'horaire qui leur convenait. Mathilde s'est déplacée au domicile des adolescentes de son entourage et a réalisé les autres entretiens dans le cabinet de son maître de stage.

Avant de commencer l'enregistrement, une fiche d'informations rappelant le projet a été distribuée. (Annexe 5) Le représentant légal des mineures l'a également reçue. Une fiche profil a été remplie et un consentement écrit a été signé par les médecins, les patientes et les représentants légaux.

Une lettre (M pour les médecins, P pour les patientes) et un numéro en fonction de l'ordre des entretiens ont été attribués à chaque participant, afin de préserver leur anonymat.

Les données verbales ont été recueillies par enregistrement audio via nos téléphones portables et les données non verbales (attitudes, émotions, gestuelles) notées sur des feuilles.

#### C. La transcription des données

La transcription des entretiens a été faite verbatim sans correction ni reformulation, afin d'être la plus fidèle possible. Les données non verbales (expressions, mimiques, émotions, temps de réflexion) ont également été retranscrites.



#### D. L'analyse des données

Nous avons analysé les données avec le logiciel NVivo®.

Des nœuds ont été dégagés du verbatim et ont ensuite été regroupés en catégories, elles-mêmes divisées parfois en sous catégories.

Le codage et l'analyse des entretiens a été progressif, et une amélioration du guide d'entretien a été faite tout au long de l'analyse.

L'analyse des catégories a permis de faire ressortir des thèmes.

Nous avons, toutes les deux ainsi que notre directrice de thèse, codé et analysé tous les entretiens, ce qui permet d'assurer une triangulation des données.

#### E. L'éthique

Une feuille de consentement a été signée par les médecins, les patientes et leur représentant légal si elles étaient mineures, avant de débiter les entretiens. Il leur a été précisé qu'ils pouvaient à tout moment se retirer de l'étude. Les feuilles de consentement sont fournies en annexes. (Annexes 6, 7)

### **III. Résultats**

#### A. Résultats des médecins généralistes

##### 1. Description échantillons

Les caractéristiques des médecins de l'échantillon sont résumées dans le tableau en annexe (Annexe 8). Les entretiens ont duré en moyenne quinze à vingt minutes.

La saturation des données a été atteinte après treize entretiens.

## 2. Consultations de dysménorrhées chez les généralistes

### a) *Fréquence des consultations*

La majorité des médecins (environ deux tiers) estime que les dysménorrhées sont un motif de consultation fréquent. M4 déclare que c'est un motif qui revient assez régulièrement et M1 insiste en disant que « C'est un motif qui revient toutes les semaines ! ».

En revanche pour environ un tiers, ces consultations ne font pas partie du quotidien de la médecine générale : pour M6, « Il ne fait pas partie des motifs les plus rencontrés ».

### b) *Recherche systématique*

Quasiment deux tiers des médecins de l'échantillon ne recherchent pas systématiquement les dysménorrhées dans leur patientèle. M1 déclare ne pas rechercher de douleurs si les patientes ne s'en plaignent pas spontanément. M6 et M12 également ne les cherchent pas si le motif de consultation n'est pas celui-ci.

L'examen clinique et gynécologique n'est également pas une pratique systématique, pour la majorité, dans ce type de consultation.

### c) *Prise en charge en cabinet*

#### • **Place des bilans complémentaires**

Aucun examen complémentaire n'est réalisé en première intention dans la prise en charge des dysménorrhées des adolescentes (M10 « Pas en première intention, j'essaie d'abord de rester symptomatique. »).

En revanche, tous s'accordent à dire que l'échographie pelvienne serait l'examen de choix en cas d'exploration envisagée. La biologie aurait également un rôle secondaire à jouer pour la majorité.

M1 dit « S'il n'y a que la douleur, je ne fais pas forcément de bilan complémentaire.

S'il y a douleurs et saignements abondants, je fais au moins une ferritine. Et si cela perdure, je fais une échographie abdominale ». M4 souligne en disant « Il m'arrive de demander une échographie pelvienne oui. Ou une prise de sang, si les règles sont abondantes par ailleurs pour vérifier l'absence d'anémie ».

- **Prise en charge thérapeutique**

A l'unanimité, les médecins généralistes utilisent différents AINS en première intention dans la prise en charge des douleurs pelviennes, plus ou moins en association avec des antispasmodiques. La contraception hormonale a également sa place, mais est le plus souvent utilisée en cas d'échec thérapeutique avec les AINS.

M2 confirme « je la mets sous anti-inflammatoires en premier type *ANTADYS* et après vraiment, si on est dans le cas d'une jeune fille qui n'a pas de contraception et qui malgré l'*ANTADYS* a toujours mal, je vais plutôt lui proposer une contraception pour la calmer ».

Du même avis, M3 « En premier lieu, c'est du *SPASFON*, *PARACETAMOL* ...et après c'est *ANTADYS*, *PONSTYL* aussi qui marchent bien. Et après, si cela ne marche toujours pas, alors je m'oriente plutôt vers une contraception ». M7 également, « Je traite dans tous les cas par des AINS, anti spasmodiques et contraception s'il le faut, c'est trop pénible ou pas bien jugulé par les traitements classiques ».

- **Aucune réévaluation systématique**

Seulement deux médecins de l'échantillon cherchent à réévaluer l'efficacité de leur prise en charge à distance. Pour tous les autres, c'est aux patientes de reconsulter en cas d'inefficacité des traitements prescrits. A noter cependant que la prescription de contraception hormonale est systématiquement suivie d'une consultation de contrôle entre trois et six mois après son introduction.

M1 « Si je mets une pilule, je la revois à 6 mois puis tous les ans et avec les traitements de dysménorrhées, elles reviennent quand elles veulent, je ne leurs dis pas forcément de revenir. Je leurs dis "Si ça ne fonctionne pas, vous revenez me voir" sinon non pas

« systématiquement ». M8 propose la même prise en charge, « Non en général je les laisse revenir. Pour la pilule je les revois oui systématiquement, par contre pour les antalgiques je leur dis seulement si ça ne va pas. »

#### d) *Conséquences médico-sociales chez les patientes*

Les médecins généralistes sont relativement conscients des conséquences sociales et professionnelles que peuvent avoir les dysménorrhées chez les jeunes filles. Pour M2 et M3, les dysménorrhées entraînent un absentéisme scolaire et une non-participation aux activités sportives. Pour M4, il y aurait également un risque d'isolement social à ne pas négliger.

Pour autant, M5 M11 et M13 sont convaincus qu'il n'y pas vraiment d'impact sur la vie quotidienne des jeunes filles :

- « Non je ne pense pas. Cela rentre dans les mœurs, elles en parlent beaucoup entre elles. Puis avec les cours d'éducation sexuelle au lycée elles sont un peu au courant »
- « Non pas à ce point-là. Des douleurs qui rendent les choses difficiles mais pas au point d'avoir des conséquences sur le sport et tout cela. »
- « Je ne pense pas. Enfin ce n'est pas le sentiment que j'ai. Si c'est le cas, en tout cas moi elles ne m'en parlent pas, elles ne me l'expriment pas. »

Mais comme le souligne M7, le retentissement n'est peut-être pas suffisamment recherché par les médecins « Je ne suis pas sûr de chercher systématiquement des conséquences non. Je pense que de temps en temps on m'en parle, mais assez souvent je n'analyse pas le retentissement que cela peut avoir ».

#### e) *Difficultés rencontrées dans la prise en charge*

##### • **Ressentis face aux dysménorrhées**

A peine plus de la moitié des médecins interrogés se sentent à l'aise avec les dysménorrhées. Pour M11, ce n'est pas « un domaine qu'il maîtrise », M12 déclare que « ce ne sont pas les consultations les plus simples » de son point de vue. En revanche M1 pense ne jamais avoir eu besoin d'adresser en gynécologie pour des dysménorrhées.

- **Formation insuffisante**

La moitié de l'échantillon pense avoir reçu une formation moyenne pour la prise en charge des dysménorrhées en ville. M9 déclare « Oh oui je pense qu'il faut davantage de formations. Il faut toujours se former sur les dysménorrhées. J'en ai eu et il y a encore des cas où on ne sait pas quoi faire donc c'est sûrement qu'on a besoin de se former un peu plus. ». Cependant, la majorité estime que leur formation a été suffisante pour leur pratique actuelle. M12 répond avoir une formation suffisante pour sa pratique quotidienne car il a tendance à passer la main rapidement à un gynécologue dès qu'il est en difficulté.

Il y a également parmi les médecins interrogés, M7 qui déclare ne pas ressentir le besoin d'aller se former ou encore M11, qui avoue ne pas être si intéressé par la gynécologie pour aller se former davantage sur le sujet.

- **Particularités de la population adolescente**

Plus de la moitié des médecins généralistes de l'échantillon reconnaît se sentir plus en difficulté face à des adolescentes plutôt que face à des femmes plus âgées, pour les mêmes motifs de consultation.

Les raisons sont cependant variées :

- M12 trouve que les adolescentes ont des difficultés dans la relation de confiance  
« Bien oui clairement la population adolescente est une population compliquée, quand vous leur posez une question c'est jamais oui ou non, c'est toujours je ne sais pas, peut-être. Après avec mes patientes adolescentes j'ai quand même un bon contact, mais dans la majorité des cas ils ont le regard fuyant, ils se cherchent un peu et ne font pas confiance à tout le monde. »
- Pour M5, c'est plutôt l'échange qui reste compliqué.  
« Je ne me sens pas super à l'aise. Pourtant je fais de la gynéco. Mais globalement soigner les adolescents j'ai vraiment du mal. L'abord est compliqué je trouve, parce qu'ils ne parlent pas, il suffit d'un mot et ils se renferment. »
- M6 pense que les dysménorrhées font partie des sujets sensibles à aborder

avec les adolescentes « Oui oui clairement oui. C'est un sujet difficile à aborder déjà par la présence des parents puis aussi parce ce sont des sujets un peu tabous. Une jeune femme [...] les sujets sont plus assumés donc la consultation est bien plus efficiente ».

- Pour M9, la difficulté est plutôt au niveau de l'observance, mais pas au niveau du relationnel.

Également, à peine moins de la moitié ne voit pas vraiment de différences dans la prise en charge entre la population adolescente et les femmes plus âgées. M3 « Non, non. Pour moi c'est la même démarche. »

M13 relève aussi un point important en disant que le problème viendrait peut-être du fait que les jeunes femmes de 13 à 15 ans communiquent très peu, voire pas du tout sur leur souffrance.

#### *f) Améliorations proposées*

La demande des médecins interrogés se trouve alors dans un besoin de formation complémentaire sur les dysménorrhées. Chacun cherche à trouver quelle serait la solution la plus pratique et la plus rapide pour aider un médecin généraliste dans une situation de doute.

M9 propose des supports synthétiques interactifs à portée de main, avec la patiente en consultation, plutôt que des feuilles que l'on entasse dans un coin. M6 s'est déjà retrouvé en difficulté et a préféré consulter les sites internet (sites des collègues français et associations) dédiés à cette pathologie, pendant sa consultation. M7 pense qu'il devrait bouquiner pour répondre à ses questions. M2, M11 et M12 sont d'accord sur le fait que, de participer à des formations médicales continues de gynécologie les aiderait à se sentir plus à l'aise, mais ils se sentent peu concernés sur ce sujet dans leur activité.

### 3. Connaissances de l'endométriose en médecine générale

#### a) *Différence entre dysménorrhées primaires et secondaires*

Dans leurs consultations quotidiennes, à peine plus de la moitié des médecins pourrait, d'après leurs connaissances théoriques sur la pathologie, se poser la question d'une endométriose éventuelle. La différence entre dysménorrhées primaires et secondaires, au cours d'une consultation, se fait généralement sur un faisceau d'arguments entre l'interrogatoire et l'examen clinique. La moitié seulement des médecins se sent capable de dépister des dysménorrhées pouvant avoir un caractère secondaire. Pour M1 comme pour M3 et M4, les symptômes profonds, telle qu'une colopathie, ou des douleurs hautes pourraient les orienter vers un caractère secondaire. Les dyspareunies également sont à rechercher ainsi que d'autres symptômes qui se révéleraient être cycliques. L'interrogatoire a un rôle majeur dans ces cas-là.

Comme M10 le souligne, la théorie veut qu'il y ait une association de signes typiques, mais la clinique peut piéger les médecins et ne pas se révéler de façon aussi franche. La solution pour lui, est alors de se fier plutôt à la réponse au traitement hormonal.

#### b) *Bonnes connaissances théoriques de la maladie*

Pendant les entretiens, les médecins ont pu développer librement leurs connaissances sur le sujet de l'endométriose. Majoritairement, les médecins généralistes connaissent bien cette pathologie : les signes cliniques qui pourraient les orienter, les examens complémentaires à effectuer et les connaissances générales sur les traitements. M4, M5, M7 et M11 en revanche considèrent ne pas avoir suffisamment de connaissances.

#### c) *Démarche diagnostique devant une suspicion d'endométriose*

Parmi les médecins ayant des bonnes connaissances théoriques (cf. paragraphe précédent), tous mettent en premier plan les dysménorrhées « rebelles » aux traitements symptomatiques comme signe évocateur. Les signes associés à

rechercher sont fonction de l'étendue de la pathologie sur les organes (dyspareunie, douleurs à la défécation, ...). Concernant les examens complémentaires, tous prescriraient en première intention une échographie pelvienne, même s'ils s'accordent à dire qu'elle ne suffira pas à faire le diagnostic, puis une IRM pelvienne. Selon les cas, la coelioscopie aurait également sa place.

*d) A l'aise pour en parler avec leurs patientes*

Quasiment tous les médecins interrogés se sentent peu à l'aise avec l'endométriose. Durant les entretiens, ils manifestent leurs hésitations soit directement, soit par des expressions non verbales. M5 « Etant donné que je ne suis vraiment pas à l'aise avec ça, j'en parle pas non ». M13 « Avec les femmes je suis à l'aise, avec l'endométriose non ».

Pendant les entretiens, M10 M2 ont exprimé leur malaise par des mouvements de recul ou des longs silences de réflexion. M10 « A l'aise euh ... (recule au fond de son fauteuil) »

M2 « Alors ouais ... (rires, réfléchit, mouvements de recul dans son fauteuil et croise ses mains). Les ovaires, les intestins principalement euh... (Silence, malaise).

*e) Organisation du suivi*

Le spécialiste paraît indispensable au suivi des endométrioses pour les généralistes. Pour certains (M12, M8 par exemple), ils décident de suivre conjointement leurs patientes avec un gynécologue et se contentent de renouveler leurs traitements. « Elles ont vu le spécialiste donc moi je renouvelle ce qui a été proposé, oui elles vont voir le spécialiste. Sauf si ça fait dix ans, que la patiente elle est sous progestatifs et que tout va bien, je m'en occupe, pas besoin qu'elle retourne voir un gynécologue ». Pour les autres (comme pour M5), ils laissent le soin aux spécialistes de gérer la totalité du suivi de cette pathologie.



## f) *Spécificités de l'endométriose chez les adolescentes*

Au cours des entretiens, nous leur avons demandé s'ils pensaient qu'il y avait une différence entre l'endométriose des adolescentes et celle des femmes mûres. Huit d'entre eux ne savent pas du tout répondre à cette question. Parmi eux, M5 déclare qu'il pensait que l'endométriose ne touchait pas les adolescentes.

Deux médecins ont répondu formellement qu'il n'y avait pas de différence d'après eux et enfin trois médecins pensent qu'il y a des différences seulement sur certains points : Pour M6, ce sont les traitements qui diffèrent ; pour M11, le vécu de la pathologie n'est pas ressenti de la même façon ; concernant M12, ce sont surtout des difficultés diagnostiques qu'il met en évidence.

### B. Résultats des patientes

#### 1. Description de l'échantillon

Les caractéristiques des adolescentes de l'échantillon sont résumées dans le tableau en annexe. Toutes les participantes ont réalisé l'entretien sans leur parent. Après treize entretiens avec des adolescentes et jeunes femmes, nous sommes arrivées à saturation des données. (Annexe 9)

#### 2. Dysménorrhées des adolescentes

##### a) *Symptômes*

Quand on leur demande de décrire leurs symptômes pendant leurs règles, toutes sont unanimes sur l'intensité de la douleur.

Par exemple, pour P3 : « C'est vraiment très intense comme si on me tordait les boyaux » et pour P7 : « J'ai très très mal au ventre, des fois je peux plus marcher tellement »

Elles décrivent également des symptômes variés tels que douleurs lombaires et des céphalées. P2 : « J'ai mal aux reins », P11 « J'ai mal au dos aussi », P6 « J'ai mal à la tête »

Seule P4 rapporte des signes digestifs associés : « J'avais du mal à aller à la selle les deux premiers jours de mes règles. En fait ça me faisait trop mal, je pouvais pas faire, fallait vraiment que j'y aille quand j'avais très très envie pour que ça aille tout seul. » « Si je poussais ça me faisait très très mal, je pouvais pas expulser ni rien.

### *b) Consultations*

Neuf patientes sur les treize ont déjà consulté un médecin mais seulement six consultations étaient dédiées aux dysménorrhées. Huit ont vu leur généraliste.

P8 : « J'y suis allée exprès pour ça parce que je me suis dit si ça continue à me faire de plus en plus mal je vais pas pouvoir quoi »

P7 : « T'as déjà consulté un médecin ?

- Ouais j'avais vu ma médecin généraliste »

Parmi elles, P1 avait initialement consulté l'infirmière de son lycée qui l'a réorientée vers un médecin.

P9 a préféré quant à elle consulter un gynécologue d'emblée : « Et est-ce que tu as déjà consulté un médecin ?

-Ouais ouais beh je suis allée cette année y a pas longtemps je suis allée voir la gynéco parce que j'ai eu des règles très très très douloureuses pendant les vacances d'octobre »

### *c) Place du médecin généraliste*

Comme vu dans le paragraphe précédent, la majorité a consulté son généraliste.

Globalement, elles pensent que le médecin généraliste a une place centrale, à la fois dans la prise en charge et dans l'orientation vers des spécialistes. P9 affirme que : « C'est le premier maillon et après justement il peut te dire d'aller voir le gynécologue s'il y a quelque chose qui s'aggrave ou quoi ».

P1, P12 et P13 s'accordent à dire que les dysménorrhées sont un problème de santé global et font partie de l'exercice pluridisciplinaire d'un médecin généraliste : P1: « Ca fait partie de tout, de toute la santé », P12 : « Je pense que le généraliste peut faire un peu tout » et P13 : « Oui je pense que c'est bon parce que c'est pas trop spécifique, ça touche tout le monde ».

P3 et P6 mettent en avant l'importance du médecin « de famille » dont elles se sentent plus proches et en qui elles ont confiance : P3 : « Je pense que c'est plus facile pour nous d'aller voir un médecin généraliste plutôt qu'un gynéco ».

P5 et P8 considèrent que le médecin généraliste n'a pas sa place dans la prise en charge pour différentes raisons. P5 se sent gênée d'en parler : « Je sais pas, j'arriverais pas à lui en parler » quant à P8, elle estime que c'est le rôle du gynécologue mais que celui-ci est moins accessible.

P2 ne sait pas vraiment vers qui se tourner, elle fait partie des patientes n'ayant pas consulté : « Autant les gynécos peut-être plus mais les généralistes je sais pas, je ne me suis pas vraiment posé la question ».

Même parmi celles qui n'ont pas consulté, la moitié considère tout de même que le généraliste a sa place : P10 : « Si tu devais consulter un médecin tu irais voir qui ? -Mon généraliste »

#### d) *Traitements*

P5, P6 et P10 font de l'automédication par *SPASFON* et paracétamol.

P7 et P12 ont essayé de l'homéopathie.

Toutes les patientes ayant consulté un médecin sont ressorties avec une ordonnance . Toutes ont eu du *DOLIPRANE* et du *SPASFON* : P11 : « Avant le *PONSTYL* je prenais *DOLIPRANE* et *SPASFON* ». Six patientes ont eu une prescription d'AINS dans les suites. P8 : « Mon médecin m'a prescrit de l'*ANTADYS* »

P1, P3 et P8 étaient initialement satisfaites par le paracétamol et le *SPASFON* qui se sont ensuite révélés inefficaces. Pour toutes les autres, elles n'ont jamais été soulagées par ces traitements. P8 : « Le *SPASFON*, le *DOLIPRANE* mais ça par contre ça faisait effet au tout début mais après non » P11 : « J'avais *DOLIPRANE* et *SPASFON* mais ça faisait... rien »

Toutes les patientes prenant des AINS rapportent une efficacité sur les douleurs. P1 : « Et c'est efficace l'*ANTADYS* ? Ah ouais c'est trop efficace, super efficace, ça marche dans la demi-heure »

Cinq patientes (P1 P2 P4 P7 P8) ont un traitement hormonal : quatre ont une pilule oestroprogestative et une a un implant contraceptif.

Seule P4 qui prend la pilule de manière continue a noté une réduction des douleurs : P4 : « Du coup comme j'ai plus de règles j'ai plus de douleurs ». Pour les autres, elles ne constatent pas d'amélioration : P8 : « J'ai pris *LEELOO* c'est là que j'ai commencé à avoir mal au ventre et maintenant je suis sous *ZOELY* mais j'ai toujours les règles douloureuses, ça n'a rien changé de particulier », P7 : « Beh la contraception comme j'ai l'implant pendant au moins 6 mois j'avais mes règles d'affilée mais c'est pas pour autant que j'avais mal. Après quand j'ai commencé à être réglée normalement, parce que normalement je devrais plus avoir mes règles mais je suis quand même réglée, les douleurs elles reviennent comme d'habitude, ça ne m'a pas enlevé les douleurs »

#### e) *Conséquences sur leurs vies*

Durant les entretiens, nous leur avons demandé de réfléchir aux conséquences que pouvaient avoir les dysménorrhées sur leur vie quotidienne, que ce soit sur le plan scolaire, social ou encore des loisirs. A cette question, neuf jeunes filles sur les treize interrogées ont répondu positivement :

P1 : « J'ai raté des matinées d'école car je n'arrivais pas à me lever, j'étais vraiment pliée »

P3 : « Je suis obligée de rentrer chez moi, de m'allonger ou prendre un bain, je stoppe toute activité et je me mets en boule dans mon lit »

P7 : « Une fois où on était en train de se promener j'ai fini par terre et encore un peu je fais un malaise tellement j'avais mal. »

P8 : « Ca m'a déjà empêchée de sortir parce que comme c'est pas obligatoire les sorties beh des fois je dis je reste à la maison et voilà quoi »

En revanche P2, P5, P10 et P12 ne notent pas de retentissement sur leur vie quotidienne et pourtant deux d'entre elles (P2 et P10) déclarent ensuite avoir eu des difficultés telles que manque de concentration ou réveil nocturne.

P10 : « Là quand j'ai eu mes règles genre je me suis réveillée à 4h du matin et jusqu'à 7h impossible de me rendormir, j'ai dû réveiller ma mère ».

P5 répond à la question en disant que rien ne l'empêche de vivre (« Non, rien ne m'empêche »).

#### f) *Sujet tabou avec les médecins*

Les jeunes filles ne sont pas à l'aise avec ce sujet lors des consultations avec un médecin généraliste, que ce soit le motif principal de consultation ou non. Ce sont principalement leurs expressions non verbales qui reflètent ce sentiment. Dans ce sens P5, P6, P9 le verbalisent en plus assez bien : P5 « J'aimerais pas parler de ça à un médecin », P6 : « Je ne veux pas, je sais pas, j'aime pas, je veux pas ».

Le sujet est donc tabou malgré des conséquences notables sur leur vie quotidienne.

#### g) *Discussion avec l'entourage*

En opposition avec le paragraphe de résultats précédents, nous avons remarqué que les jeunes filles ont plus de facilité à aborder le sujet avec leur entourage. Toutes les patientes interrogées ont ouvert le dialogue principalement avec leur mère, qui paraît être la figure référente sur ce sujet, que ce soit pour répondre à leurs questions, les rassurer ou les conseiller. Cependant, le plus souvent les mères banalisent les dysménorrhées et ne sont donc pas d'un grand soutien pour ces adolescentes.

P12 dit « Ma mère m'a beaucoup expliqué, [...] dans ma famille il n'y a pas de sujet tabou ». P4 « Avec ma mère, je ne cache rien du coup c'est très facile aussi » et P9 « Avec ma mère il n'y a aucun souci ».

Elles déclarent également avoir une facilité à aborder le sujet entre copines et la majorité d'entre elles échangent assez régulièrement, voire même se donnent des conseils. On relève une grande complicité féminine.

P11 partage avec une de ses amies les mêmes symptômes, ce qui leur permet de partager leurs expériences. P13 dit qu'« entre filles, c'est très facile de parler de ça ». En revanche comme le souligne P10, la discussion est plus restreinte avec les personnes de leur entourage de sexe masculin, que ce soit pères, frères ou cercle d'amis : « Mon père je suis un peu gênée mais ma mère pas du tout ».

#### *h) Banalisation des dysménorrhées*

Au cours de ces entretiens, nous avons pu mettre en évidence une certaine banalisation des douleurs à la fois des patientes, de leur entourage et des médecins qu'elles ont pu consulter.

Huit patientes sur les treize interrogées pensent qu'il est normal pour une femme de ressentir des douleurs à chaque cycle. P10 dit « Je pense que c'est normal, pour moi c'est logique d'avoir mal quand on a les règles ». Parmi elles, P2 P3 P5 et P13 pensent que toutes les femmes sont concernées par les dysménorrhées.

Mais on peut également souligner que cette banalisation pourrait découler d'une grande tolérance à la douleur ou d'une absence d'écoute et de connaissances de leur corps.

P13 « En fait j'ai mal mais c'est supportable. Je vais pas mourir ». P3 « Je prends quand même sur moi quand j'ai des douleurs ».

Six d'entre elles ont également ressenti une minimisation de l'intensité de leurs symptômes par leur médecin généraliste lorsqu'elles les ont consultés à ce sujet. P11 rapporte « il m'a dit : et alors c'est quoi le problème ? C'est un peu pour tout le monde. », P1 « Quand j'ai demandé au médecin si c'était normal, il m'a répondu que c'était normal ».

De plus, quasiment toutes les patientes ressentent cette même sous-estimation de leur douleur par leurs proches.

- P9 se rappelle que sa mère lui disait tout le temps que c'était normal, que ce n'était pas la première ni la dernière.
- P10 dit « On m'a toujours dit que c'était normal d'avoir mal enfin tout le monde me dit ça donc je me dis que c'est la normale ».

- P7 a remarqué que les professeurs à l'école ne les prennent pas au sérieux.
- P3 : « Ma mère me dit ça va passer, ou prends un SPASFON ou vas t'allonger et elle me dit pas grand-chose »

Les médecins et les mamans entretiennent ce sentiment de honte et de banalisation des dysménorrhées.

### *i) Questionnement*

Majoritairement, les jeunes filles sont en demande de réponses concernant les cycles, les douleurs associées et les moyens de prise en charge. Pour P12, il serait très intéressant d'en parler en dehors de l'entourage familial. Car pour certaines de ses copines c'est un sujet tabou avec la famille et elles ne peuvent donc pas poser des questions et être conseillées. P13 se demande les différences inter-individuelles sur les cycles « peut être que ça serait bien parce que je sais pas vu que ça varie d'une personne à l'autre, peut-être qu'il y a des gens qui se posent des questions » Elles proposent plusieurs moyens qui pourraient leur être accessibles, principalement :

- Au lycée par l'intervention de l'infirmière scolaire par exemple, P1 « Oui j'aurais aimé avoir des informations par exemple au lycée »
- Pendant leur cours de SVT où elles abordent déjà le sujet de la puberté
- Puis également par leur médecin généraliste duquel elles attendent des conseils et des explications poussées : P3 « j'aurais préféré qu'il me donne plus de solutions pour aller mieux ».

Chacune également pense qu'il y a un intérêt à ce que les informations, que ce soit sur les causes ou sur les conséquences possibles, soient données aux garçons comme aux filles, car même s'ils ne sont pas directement concernés ils y seront peut-être confrontés :

P2 dit « C'est bien que les garçons sachent aussi, ça serait bien de savoir si c'est normal, les causes tout ça »

P9 « Oui oui puisque ça concerne toutes les femmes et en même temps ça peut intéresser les hommes puisque bon si jamais ils sont mariés plus tard et que leur femme ou leurs filles en ont, ça peut leur être utile ».

### 3. Endométriose des adolescentes

#### a) *Connaissances de la pathologie*

A la question : « Si je te dis endométriose est- ce que ça te parle ? », cinq adolescentes ont déclaré ne pas du tout connaître cette maladie. Les expressions non verbales ont d'ailleurs bien accompagné leur discours car la plupart avait des grands yeux écarquillés en entendant ce mot. P6 a dit ne jamais avoir entendu ce mot et pour P12 l'endométriose ne lui évoquait absolument rien.

Une jeune fille connaissait parfaitement bien la maladie. Il s'agissait de notre seule patiente ayant été diagnostiquée comme atteinte d'endométriose depuis août 2018. Elle a avoué auparavant n'avoir jamais entendu ce mot non plus, et c'est grâce à l'inquiétude de sa maman qu'elle avait finalement consulté un gynécologue.

Les autres jeunes filles ont de vagues connaissances sur l'endométriose. En effet, elles en ont un peu entendu parler mais ne savent pas vraiment en donner la définition. Et encore une fois le non verbal était important ici, car toutes avaient un ton hésitant en discutant de ce sujet.

P8 dit : « Je connais de nom. J'en avais parlé avec une collègue, elle m'a dit que c'est une sorte de voile qu'il y avait dans l'utérus il me semble mais après je connais pas plus que ça »

P9 : « Ah voilà donc il se désagrège et justement il doit passer dans les trompes (ton hésitant), quelque chose comme ça non ? ou alors il emprunte le mauvais chemin et du coup ça se loge là où ça devrait pas se loger et c'est là qu'il fait l'endométriose. Je sais pas du tout par contre ce que ça entraîne mais je sais que ça touche quand même pas énormément de femmes mais quand même certaines, c'est pas rare. »

#### b) *Informations sur l'endométriose*

Les sources d'informations sont multiples et variées.

Internet apparait comme une source récurrente chez les jeunes filles, tels que les sites médicaux pour grand public et spécialistes ou encore les réseaux sociaux.

Également, la communication à la télévision ou sur internet par des personnalités publiques joue un rôle majeur pour cette génération.



Pour certaines, c'est tout simplement en discutant avec les amies ou leurs parents qu'elles ont pu obtenir des réponses à leurs questions.

Les professionnels de santé sont aussi impliqués dans la transmission d'informations : pour P12 l'infirmière du lycée et pour P9 un gynécologue.

En réalité, les entretiens ont permis de mettre en évidence que les jeunes filles n'utilisent pas qu'un seul moyen pour se renseigner mais se servent un peu de chaque outil à leur portée.

P11 : « A la télé déjà et aussi je m'étais renseignée moi-même [...] en fait entre filles quand on en parle on se dit toujours est ce que ça peut être ça ou mais du coup je voulais voir ce que c'était [...] sur internet, sur les sites docto [...] un reportage avec Laetitia Millot ».

Pour P13, quant à elle, ce sont les cours de SVT au lycée et les discussions avec ses copines qui lui ont permis de s'instruire et de pousser ses recherches sur internet.

### c) *Représentation de la pathologie*

Parmi les adolescentes connaissant la notion d'endométriose, nous leurs avons demandé quelle est la première idée qui leur vient à l'esprit lorsqu'on leur parle de cette pathologie. Nous avons pu mettre en évidence deux grandes catégories d'idées qui en découlaient :

- La première : la douleur qui leur apparaît intense et diffuse mais toujours différente de ce qu'elles pouvaient ressentir elles-mêmes  
P11 « Je sais que c'est des fortes douleurs, mais pas que pendant les règles. »  
P3 « Je pense que ça peut être vraiment plus étendu et vraiment plus intense et plus long »
- La seconde : l'infertilité.  
P4 « En général, je dirais plus infertilité » P7 « un problème à l'utérus pour faire des petits ».

Elles associent aussi l'endométriose à une pathologie qui n'est finalement pas rare et qui est plutôt grave.

P9 « ça ne touche quand même pas énormément de femmes mais quand même certaines, c'est pas rare ». P11 « C'est grave je pense, enfin il y a certaines femmes il faut leur enlever l'utérus »

## **IV. Discussion**

### **A. Forces et limites de l'étude**

#### **1. Choix de la méthode**

L'analyse qualitative des données est subjective. A saturation, nous avons analysé chacune (les deux investigateurs et notre directrice de thèse) de façon isolée les données des deux groupes. La triangulation des données a permis d'éliminer un biais d'analyse.

On peut se poser la question de la qualité optimale du recueil, du fait de l'absence d'expérience antérieure des enquêtrices.

#### **2. Biais**

Les patientes interrogées avaient des profils variés ce qui a permis d'augmenter la validité externe de l'étude. Elles participaient sur la base du volontariat. Cependant, elles font partie pour la plupart d'un réseau de connaissances de l'une d'entre nous. Il existait donc un biais de recrutement. Leur participation à notre étude était motivée pour certaines par leur envie de nous aider et pour d'autres plutôt par la nécessité d'avoir des réponses à leurs questions sur le sujet.

Les médecins participant à l'étude ne faisaient pas partie de notre réseau de connaissances. Ils étaient tous installés dans la région gapençaise, sans être groupés dans un seul bassin de population et n'avaient pas accès aux mêmes moyens médicaux et paramédicaux locaux. Leurs profils étaient différents, l'échantillon de médecins était donc suffisamment représentatif. Néanmoins, plusieurs d'entre eux ont déclaré participer à la thèse pour nous aider ou pour rencontrer des potentiels remplaçants. L'intérêt pour notre sujet de thèse n'était pas systématiquement une priorité.

Ni les patientes ni les médecins n'ont eu accès aux guides d'entretien avant l'enregistrement.

Les entretiens ayant été réalisés dans des zones géographiques restreintes, nous avons introduit un biais de sélection.

Il est également mis en jeu un biais de mémorisation que ce soit côté médecins ou côté patientes. Les adolescentes avaient parfois du mal à retrouver le nom des traitements utilisés ou bien le déroulement de consultation avec leur médecin généraliste. A plusieurs reprises, nous avons dû leur faire des suggestions afin de mieux les orienter, mais tout ceci était limité par le fait que les entretiens se faisaient en direct, sans aucune préparation à l'avance des questions.

Pour les médecins, le biais de mémorisation concerne leurs démarches diagnostiques et le nombre de leurs patientes concernées, selon l'étape de leur carrière dans laquelle ils étaient.

Nous avons également noté un biais d'investigation.

Compte tenu de notre sujet de recherche, nous nous sommes évidemment plus renseignées sur les dysménorrhées et l'endométriose afin de pouvoir répondre aux questions éventuelles. De ce fait, il existerait un déséquilibre des connaissances entre les médecins interrogés et les investigateurs limitant leurs expressions au cours des entretiens. De plus, la question de recherche pourrait les mettre en difficulté et leur donner le sentiment d'être jugés sur leur pratique et leurs connaissances. L'enregistrement pourrait également être un frein à leur liberté d'expression.

## B. Analyses des résultats

### 1. Communication

Nous avons vu précédemment que les dysménorrhées sont très fréquentes chez les adolescentes (2) et pourtant moins de la moitié a consulté. Cela reste un sujet difficilement abordable pour elles. Pour autant, quasiment deux tiers des médecins généralistes interrogés ne recherchent pas les dysménorrhées bien qu'ils aient conscience de la fréquence. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les médecins ne

se sentent pas à l'aise avec les dysménorrhées et d'autant plus, lorsque cela concerne la population adolescente. Ils les considèrent de la même façon que des femmes plus âgées, capables de s'exprimer sur leurs maux. Cependant, cette période de vie est compliquée pour les jeunes filles, notamment la puberté et le changement du corps conséquent, demandant une nouvelle conscience et une connaissance de leurs corps ainsi qu'une acceptation de soi. (56)

Lors de nos entretiens, il a été mis très rapidement en évidence que les jeunes filles ont du mal à aborder le sujet de leur propre initiative. On pourrait qualifier en ce sens les dysménorrhées de sujet tabou. Il apparaît primordial alors que le médecin généraliste soit à l'initiative de cet échange menant à un dépistage des douleurs pelviennes, fonctionnelles ou organiques. Ainsi, les adolescentes pourraient se sentir plus en confiance et comprendre l'importance de la communication.

En revanche, elles sont plus disponibles pour en parler avec des personnes de leur entourage. Les dysménorrhées restant mal connues également dans la population générale, des idées reçues sont véhiculées au sein des adolescentes entre elles ou des familles ne permettant pas aux patientes de séparer le vrai du faux.

Elles auraient donc besoin et sont d'ailleurs en demande de plus d'informations. Pour cela, elles se tournent encore une fois vers leur entourage et plus particulièrement les figures féminines (maman, amies...).

La subjectivité des douleurs, l'absence de connaissance de « norme » par les adolescentes, ainsi que les réassurances à tort de l'entourage et du corps médical tendent à leur faire banaliser leurs symptômes et peuvent être un frein à consulter.

## 2. Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste tient une place centrale en étant le premier maillon de la chaîne du parcours de soins. (44) Il reste le médecin le plus consulté par les adolescentes et représente donc un acteur de dépistage privilégié.

Dans notre étude, les patientes interrogées confirment cette place essentielle du médecin de famille pour elles. Elles attendent de sa part d'être rassurées, conseillées et surtout recevoir les informations sur des sujets qui les concernent. Dans le cas des

dysménorrhées, des consultations à l'occasion de certificat ou de vaccination pourraient être une occasion d'ouvrir le dialogue sur les cycles et éventuels symptômes associés.

Dans la pratique, nous avons pu constater que le sujet est rarement abordé directement par les adolescentes mais plutôt par leur entourage, souvent la mère, présente en consultation. L'étude nous a également permis de mettre en évidence qu'elle tient un rôle important dans cette prise en charge, autant pour les conseils que pour l'automédication. Il serait intéressant de proposer aux médecins généralistes de dédier une consultation « obligatoire », en présence ou non de la mère, avec les adolescentes entre 13 et 14 ans. A l'occasion de cette consultation, on pourrait aborder de façon simplifiée la physiologie de la puberté, la physiopathologie et la prise en charge symptomatique en première intention, ainsi que leur donner des conseils de reconsultation. Il serait également intéressant de mettre en place des moyens techniques rapidement accessibles en consultation, destinés aux généralistes, par exemple sous forme d'arbres décisionnels.

### 3. Information de la patientèle

Dans l'étude, nous avons constaté que les jeunes filles sont en demande d'informations concernant les menstruations et symptômes associés. En effet, peu d'entre elles sont capables de juger de la sévérité de leurs symptômes et de la nécessité de consulter. Mais au cours des entretiens, toutes saisissaient l'occasion de nous questionner sur leur cas de façon détournée, en voulant connaître l'état de sévérité dans lequel elles étaient. Même si elles ne consultent que très peu ou banalisent leur douleur, cette symptomatologie les inquiète.

Concernant l'endométriose, nous avons eu le même constat. Bien qu'elles soient intéressées par le sujet lorsqu'on leur en parle, quasiment aucune d'entre elles ne connaissaient cette pathologie et particulièrement les plus jeunes.

Il existe déjà dans les collèges et/ou lycées des interventions sur l'éducation à la sexualité où différents sujets sont abordés avec les élèves, tous ensemble ou par groupes séparés. Peut-être pourrait-on s'interroger sur l'intérêt à utiliser ces types d'intervention pour parler des dysménorrhées, qu'elles soient essentielles ou

organiques. Ces journées d'informations pourraient être dispensées par les infirmières scolaires ou des intervenants extérieurs tels que les étudiants en médecine.

#### 4. Formation médicale

Notre étude a mis en évidence un malaise vis-à-vis des dysménorrhées chez les médecins, considérant leur formation insuffisante pour une prise en charge optimale. Au cours de leur première consultation, la démarche adoptée reste superposable aux recommandations de bonnes pratiques (prescriptions d'antalgiques et éventuelle échographie pelvienne).

Concernant l'endométriose, les médecins ne sont pas à l'aise pour la diagnostiquer ni pour en parler avec leurs patientes. Dans son article publié en 2013, Quibel retrouvait ce sentiment chez 63% des médecins qui l'avouaient ouvertement. Seulement 37 % d'entre eux arrivaient à associer les dysménorrhées à une possibilité d'endométriose. (44)

Cependant, beaucoup considèrent que leur formation reste suffisante pour la pratique qu'ils ont actuellement et ne ressentent pas la nécessité de se former davantage, par manque d'intérêt ou manque de temps. Ceci ne prend pas en compte les modifications de répartition des spécialistes au cours de ces dernières années, menant les généralistes à élargir leur pratique. (57)

Il serait important pourtant de prendre en considération ce « manque de réflexe » afin de diminuer le retard diagnostique ou l'échec de prise en charge ressenti par les patientes, en améliorant la formation médicale initiale et continue.

#### 5. Dysménorrhées essentielles et organiques

D'après l'article concernant la gynécologie de l'enfant et l'adolescent, les dysménorrhées concernaient 60 à 93 % des adolescentes. (2) Une seconde étude australienne de 2009 retrouvait des dysménorrhées chez 70 à 91% des adolescentes. (58) Cependant, cette prévalence élevée n'élimine pas une possible dysménorrhée organique. D'après Harel, 10% des dysménorrhées sévères pouvaient être organiques telle une endométriose. (3)

Les médecins généralistes étant amenés à pratiquer de plus en plus fréquemment de la gynécologie en cabinet, il paraît important qu'ils puissent distinguer les dysménorrhées essentielles des dysménorrhées organiques. Selon Quibel en 2013, un médecin sur deux était capable de donner trois symptômes cardinaux de l'endométriose.(44) Dans notre étude, à peine la moitié des médecins interrogés affirme pouvoir faire la différence lors de consultation, mais quasiment tous ne sont pas à l'aise avec le diagnostic d'endométriose.

Lorsqu'on leur suggère de réfléchir sur l'endométriose, ils sont capables d'adopter la bonne démarche diagnostique suggérée par les recommandations de l'HAS de 2017. (59) Pourtant, devant des dysménorrhées associées à des symptômes profonds ou en échec thérapeutique, le diagnostic reste difficile à évoquer.

Cette hésitation favorise le retard diagnostique déjà discuté dans l'étude de Quibel (44) Six ans plus tard, devant le peu d'avancée ressentie, il est légitime de se poser la question d'une amélioration de la formation médicale dans ce domaine.

## 6. Prise en charge et suivi

Même si la question de notre étude ne tournait pas autour de la prise en charge clinique en détails, les entretiens nous ont permis de mettre en évidence que l'examen clinique et surtout gynécologique ne sont pas des pratiques systématiques. Dans les consultations à motif gynécologique telles que les dysménorrhées, un examen général et pelvien est en théorie indiqué pour toutes les femmes. Cependant un examen gynécologique à l'âge de l'adolescence n'est pas obligatoire. Plusieurs raisons pourraient être évoquées :

- L'examen clinique chez les adolescentes est optionnel. En effet, cette tranche d'âge ne consulte que peu les professionnels de santé. Dans le cas des dysménorrhées, l'examen se révèle peu contributif pour une orientation diagnostique (dysménorrhées primaires ou secondaires)
- Beaucoup de médecins généralistes ne pratiquent pas l'examen gynécologique par manque d'intérêt pour ce domaine, de connaissances ou manque de moyens en cabinet.

- Les recommandations actuelles ne considèrent pas un examen gynécologique obligatoire chez les adolescentes laissant libre choix aux praticiens d'apprécier le moment d'initier le premier examen pelvien à la seule condition d'être sexuellement active.

Sur le plan thérapeutique, nous avons constaté au cours des entretiens que toutes les patientes ayant consulté un médecin ont eu une prescription d'antalgiques. Le duo paracétamol -antispasmodiques est la première intention pour tous les médecins généralistes, mais rapidement suppléée par les AINS. Le paracétamol et les antispasmodiques semblent être peu, voire inefficaces chez la plupart d'entre elles et pourtant très peu ont recours aux AINS. Ces derniers se sont révélés le plus souvent efficaces.

Devant cette inefficacité des traitements de première intention, beaucoup ne reconsultent pas une seconde fois leur médecin pour en parler, considérant peut-être qu'il n'y a pas d'autres alternatives. Dans l'étude publiée dans le *Pediatric endocrinology* en 2015, seulement 6% des adolescentes avaient consulté et reçu une prescription d'antalgiques. 70% d'entre elles avaient recours à l'automédication. (4)

On se retrouve de nouveau devant un manque d'informations et une difficulté de communication des patientes sur leur pathologie. En ce sens, les médecins semblent ne pas chercher à réévaluer systématiquement leur prise en charge, laissant la liberté à leur patientèle de revenir en cas d'échec thérapeutique. Pourtant les jeunes filles de cet âge restent difficilement abordables et fragiles. Il apparaît important pour les professionnels de santé de faire le premier pas vers elles en essayant de parler, d'insister à chaque nouvelle occasion et de réévaluer la situation régulièrement.

En conséquence, il serait intéressant d'envisager, dans le carnet de santé, l'ajout de consultations obligatoires pour permettre aux médecins généralistes d'aborder au moins une fois le sujet des dysménorrhées. Il serait envisageable de suggérer aux médecins généralistes une consultation systématique de réévaluation de leurs prescriptions, permettant d'ouvrir le dialogue avec leurs patientes.

Dans l'étude, il y a également une discordance entre le discours des médecins qui affirment prescrire systématiquement des AINS en première intention et le peu



d'adolescentes qui déclarent en prendre. Ce décalage pourrait s'expliquer par le manque de connaissances des jeunes filles et de leur entourage sur cette classe thérapeutique, véhiculant des affirmations fausses et une non-utilisation par peur des conséquences ou effets secondaires. Il pourrait s'expliquer également par un manque d'observance des traitements proposés. En 1997 Campbell étudiait la prise de médicaments des adolescentes. 93% d'entre elles souffraient de dysménorrhées. L'étude mettait également en évidence que 75 % des jeunes filles déclaraient prendre des traitements, cependant 57% d'entre-elles ne prenaient pas les doses maximales des traitements prescrits. (19)

La contraception oestroprogestative a également sa place dans la prise en charge des dysménorrhées. Les médecins y pensent en cas d'échec thérapeutique par AINS, mais pourtant se retrouvent en difficulté de prescription chez les plus jeunes adolescentes du fait de l'âge trop précoce d'après leur jugement. Ils sont également confrontés aux parents qui ne voient pas en celle-ci un traitement antalgique mais une simple contraception au sens premier du terme.

## 7. Conséquences socio professionnelles

Dans une étude de 1989, Wilson et Keye se sont intéressés à l'impact socio professionnel que pouvaient avoir les dysménorrhées chez les femmes. 91% des jeunes filles de leur étude en souffraient et plus de la moitié d'entre elles révélait qu'elles affectaient leurs activités scolaires et professionnelles. Plus d'un quart parlaient également d'absentéisme scolaire. (34)

Un peu plus tard en 1996, la revue *Obstetrics & Gynecology* a publié un article dans lequel 56% des femmes souffraient d'une altération de leur vie quotidienne (classée ensuite par intensité). Sur ces participantes, 26% rapportaient avoir passé au moins une demi-journée allongée chez elle et 58% avouaient une diminution de leurs activités habituelles pendant leur période de dysménorrhées. (39)

Plus récemment en 2013, le *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* a publié une étude sur les adolescentes de 13 à 18 ans. Elle consistait entre autres à répondre à un questionnaire (PedQs 4) sur leur qualité de vie. 70 % des adolescentes souffrant de dysménorrhées avaient un mauvais score. (35)

En accord avec les résultats précédents, quasiment toutes les adolescentes interrogées rapportent des conséquences diverses allant du réveil nocturne à l'absentéisme scolaire. Les dysménorrhées peuvent par ailleurs altérer les capacités intellectuelles et physiques. Elles sont donc une perte de chance pour ces jeunes filles dans leurs parcours scolaire et/ou professionnel, ainsi que dans leur vie sociale. Néanmoins, en les interrogeant, la plupart des jeunes filles considèrent qu'il est normal d'adapter sa vie en fonction des cycles (isolement social, difficultés de concentration...). Encore une fois, les adolescentes n'en parleraient pas spontanément aux médecins et ces derniers ne semblent pas les rechercher suffisamment, bien qu'ils soient conscients de leur existence. Cela pourrait s'expliquer par une sous-estimation de l'intensité des douleurs, et possiblement parce qu'ils sont mal à l'aise avec ce sujet.

## 8. Représentation de l'endométriose

L'endométriose est considérée par tous les médecins comme une pathologie chronique mais la sévérité appréciée est variable. Certains considèrent l'endométriose comme une pathologie aussi grave qu'une néoplasie, pour d'autres elle est justement bien moindre. Cette diversité de ressenti pourrait être la conséquence, une fois de plus, du manque de connaissances sur cette étiologie.

Pour les adolescentes, l'endométriose est synonyme de pathologie grave et plutôt fréquente, évoquant douleurs et infertilité au premier plan. Aucune ne s'approprie pour autant la maladie devant la sévérité de leurs symptômes et une altération de la qualité de vie. Nous sommes de nouveau confrontées à une banalisation et à un manque de perception de leurs douleurs.

Notre étude a permis de mettre en évidence que les moyens d'informations principaux des jeunes filles restent la télévision et internet, par le biais d'intervention d'associations, d'interviews et reportages santé. Les professionnels de santé ne sont quant à eux pas représentés au premier plan, bien qu'ils aient un rôle central dans l'information de leur patientèle. Cependant devant le malaise des médecins ressenti à ce sujet, il paraît compliqué pour eux d'aborder le sujet en consultation à leur tour et de se retrouver en difficulté face aux questions éventuelles de leurs patientes. Dans

notre étude, certains médecins étaient prêts à en parler avec leurs patientes en cas de suspicion diagnostique de dysménorrhées organiques, considérant qu'il est de leur devoir d'informer de leur démarche le patient concerné. Pour d'autres, il était préférable de prescrire les examens nécessaires pour le diagnostic et d'orienter vers le spécialiste qui serait plus apte, selon eux, à répondre aux demandes des patientes.

## V. Conclusion

Les dysménorrhées touchent environ 85% des jeunes filles. Elles sont un réel problème de santé du fait d'une morbidité importante, entraînant non seulement un impact socio-professionnel mais également un impact économique. L'endométriose fait partie des dysménorrhées secondaires les plus fréquentes et représente également un problème de santé publique avec un retard diagnostique non négligeable.

Encore à l'époque du 21<sup>ème</sup> siècle, les dysménorrhées restent peu connues de la population générale. Elles sont très souvent banalisées voire ignorées. Beaucoup d'adolescentes ont des soucis d'absentéisme scolaire ou professionnel ainsi qu'une diminution nette de leurs activités (loisirs ou sociales) en période douloureuse. Les dysménorrhées représentent une perte de chance pour toutes ces jeunes filles en développement.

L'entourage familial reste la première issue vers laquelle elles se tournent à la recherche de soutien et de conseils, voire de solutions. Malheureusement, un grand nombre n'apporte pas de réponses à leurs attentes.

Les médecins généralistes sont confrontés à ce motif de consultation de plus en plus fréquemment mais les dysménorrhées ne sont pas non plus systématiquement recherchées à l'occasion d'une consultation avec des adolescentes.

Quatre questions restent pourtant essentielles à poser afin de distinguer des éventuelles dysménorrhées fonctionnelles ou organiques : Quelle est l'intensité de la douleur ? Quel est le retentissement sur leur vie (absentéisme, sport, loisirs, sorties avec leurs amis) ? Quels traitements ont pu être mis en place, par automédication ou prescription antérieure ? Quelle a été l'efficacité de ces traitements ?

Il existe un réel manque de communication entre médecins et patientes. L'information paraît être un besoin important des jeunes filles qu'elles formulent difficilement au cours des consultations. De leur côté, les médecins ne semblent pas être non plus à l'initiative de cette recherche. La prise de conscience par les patientes de la sévérité des dysménorrhées pourrait les inciter à en faire part à leur médecin traitant, et faciliterait ainsi la relation de confiance.

En accord avec Madame La Ministre de la Santé, il paraîtrait utile d'ajouter dans le carnet de santé une à deux consultations obligatoires de gynéco pédiatrie pendant la période de l'adolescence (au même titre que les consultations obligatoires dédiées au suivi du développement de l'enfant). Cela permettrait une première possibilité pour chacun des acteurs de la consultation d'ouvrir le dialogue et d'initier un suivi si cela s'avère nécessaire.

L'éducation en santé est également dispensée au cours de la scolarité mais ce sujet n'est que très peu abordé.

Devant une morbidité aussi importante, le médecin généraliste a une place centrale. Il est le premier recours aux soins et incarne la première oreille attentive de sa patientèle. Il représente ainsi le premier acteur dans la prévention, le dépistage et l'éducation en santé. C'est ce rôle qu'il serait intéressant de développer dans le cadre de la gynécologie pédiatrique, sujet peu connu et qui reste difficile à aborder.

## VI. Bibliographie

1. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)
2. Chakhtoura Z, Simon A, Duflos C, Thibaud E. Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 févr 2013;26(1):38-56.
3. Harel Z. Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. déc 2006;19(6):363-71.
4. De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, et al. Primary Dysmenorrhea in Adolescents: Prevalence, Impact and Recent Knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev PER*. déc 2015;13(2):512-20.
5. Petit É. Épidémiologie de l'endométriose. *Imag Femme*. 1 déc 2016;26(3):196-8.
6. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1 févr 2017;209:3-7.
7. Eisenberg VH, Weil C, Chodick G, Shalev V. Epidemiology of endometriosis: a large population-based database study from a healthcare provider with 2 million members. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2018;125(1):55-62.
8. Daraï E, Ploteau S, Ballester M, Bendifallah S. Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique. *Presse Médicale*. 1 déc 2017;46(12, Part 1):1156-65.
9. Petit É. Physiopathologie et anatomopathologie de l'endométriose. *Imag Femme*. 1 mars 2017;27(1):41-4.
10. Leyendecker G, Bilgicyildirim A, Inacker M, Stalf T, Huppert P, Mall G, et al. Adenomyosis and endometriosis. Re-visiting their association and further insights into the mechanisms of auto-traumatisation. An MRI study. *Arch Gynecol Obstet*. 1 avr 2015;291(4):917-32.
11. Leyendecker: The pathophysiology of endometriosis... - Google Scholar [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=The%20pathophysiology%20of%20endometriosis%20and%20adenomyosis%3A%20tissue%20injury%20and%20repair&publication\\_year=2009&author=G.%20Leyendecker&author=L.%20Wildt&author=G.%20Mall](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=The%20pathophysiology%20of%20endometriosis%20and%20adenomyosis%3A%20tissue%20injury%20and%20repair&publication_year=2009&author=G.%20Leyendecker&author=L.%20Wildt&author=G.%20Mall)
12. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study--Part 1. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. oct 2008;115(11):1382-91.
13. Ballard K, Lane H, Hudelist G, Banerjee S, Wright J. Can specific pain symptoms help in the diagnosis of endometriosis? A cohort study of women with chronic pelvic pain. *Fertil Steril*. 1 juin 2010;94(1):20-7.

14. Fauconnier A, Borghese B, Huchon C, Thomassin-Naggara I, Philip C-A, Gauthier T, et al. Épidémiologie et stratégie diagnostique, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. mars 2018;46(3):223-30.
15. Huchon C, Aubry G, Ploteau S, Fauconnier A. Signes spécifiques cliniques évocateurs de l'endométriose (hors adénomyose) et questionnaires de symptômes, de douleur et qualité de vie, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):168-76.
16. Chapron C, Barakat H, Fritel X, Dubuisson J-B, Bréart G, Fauconnier A. Presurgical diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis based on a standardized questionnaire. *Hum Reprod*. 1 févr 2005;20(2):507-13.
17. Maroun P, Cooper MJW, Reid GD, Keirse MJNC. Relevance of gastrointestinal symptoms in endometriosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(4):411-4.
18. Hickey M. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reprod Update*. 1 sept 2003;9(5):493-504.
19. Campbell MA. Use of Medication by Adolescents for the Management of Menstrual Discomfort. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1 sept 1997;151(9):905.
20. Primary dysmenorrhea: treatment | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 14 juill 2019]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2255482313704983?token=40EBBEC09475E3E094ED2220D8E30C32FF3B28E978AEC8BDC16004A423DF8DB5E65CE9A510490540937C672180CAA171>
21. Feng X, Wang X. Comparison of the efficacy and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs for patients with primary dysmenorrhea: A network meta-analysis. *Mol Pain*. janv 2018;14:174480691877032.
22. traitement-medical-de-l-endometriose.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.fiv.fr/media/traitement-medical-de-l-endometriose.pdf>
23. Geoffron S, Cohen J, Sauvan M, Legendre G, Wattier JM, Daraï E, et al. Traitement médical de l'endométriose : prise en charge de la douleur et de l'évolution des lésions par traitement hormonal. *RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):231-47.
24. Wattier J-M. Antalgiques et alternatives thérapeutiques non médicamenteuses pluridisciplinaires, *RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):248-55.
25. O'Connell K, Davis AR, Westhoff C. Self-treatment Patterns among Adolescent Girls with Dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. août 2006;19(4):285-9.
26. Bourdel N, Chauvet P, Canis M. Stratégies diagnostiques dans l'endométriose, *RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):209-13.

27. Philip C-A, Dubernard G. Performances et place de l'échographie dans le diagnostic de l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):185-99.
28. Thomassin-Naggara I, Kermarrec E, Beldjord S, Bazot M, Tavolaro S, Darai E. Apport de l'imagerie dans le bilan initial et préopératoire de l'endométriose. *Presse Médicale*. 1 déc 2017;46(12, Part 1):1166-72.
29. Petit É. Imagerie : du diagnostic au bilan, échographie pelvienne. *Imag Femme*. 1 déc 2018;28(4):262-72.
30. Eskenazi B, Warner M, Bonsignore L, Olive D, Samuels S, Vercellini P. Validation study of nonsurgical diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril*. nov 2001;76(5):929-35.
31. Orhan C, Çelenay ŞT, Demirtürk F, Özgül S, Üzelpasacı E, Akbayrak T. Effects of menstrual pain on the academic performance and participation in sports and social activities in Turkish university students with primary dysmenorrhea: A case control study: Dysmenorrhea-related life impact in Turkish students. *J Obstet Gynaecol Res*. nov 2018;44(11):2101-9.
32. Gao X, Outley J, Botteman M, Spalding J, Simon JA, Pashos CL. Economic burden of endometriosis. *Fertil Steril*. 1 déc 2006;86(6):1561-72.
33. Gallagher JS, DiVasta AD, Vitonis AF, Sarda V, Laufer MR, Missmer SA. The Impact of Endometriosis on Quality of Life in Adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. déc 2018;63(6):766-72.
34. Wilson CA, Keye WR. A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency. *J Adolesc Health Care*. juill 1989;10(4):317-22.
35. Nur Azurah AG, Sanci L, Moore E, Grover S. The Quality of Life of Adolescents with Menstrual Problems. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. avr 2013;26(2):102-8.
36. Kannan P, Chapple CM, Miller D, Claydon LS, Baxter GD. Menstrual pain and quality of life in women with primary dysmenorrhea: Rationale, design, and interventions of a randomized controlled trial of effects of a treadmill-based exercise intervention. *Contemp Clin Trials*. mai 2015;42:81-9.
37. Chen L-C, Hsu J-W, Huang K-L, Bai Y-M, Su T-P, Li C-T, et al. Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: A longitudinal follow-up study. *J Affect Disord*. 15 janv 2016;190:282-5.
38. Darai E, Coutant C, Bazot M, Dubernard G, Rouzier R, Ballester M. Intérêt des questionnaires de qualité de vie chez les patientes porteuses d'une endométriose. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 mars 2009;37(3):240-5.
39. Mathias S. Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Health-Related Quality of Life, and Economic Correlates. *Obstet Gynecol*. mars 1996;87(3):321-7.
40. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril*. 1 nov 2006;86(5):1296-301.



41. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod.* 1 déc 2012;27(12):3412-6.
42. burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres | *Human Reproduction* | Oxford Academic [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/humrep/article/27/5/1292/700268>
43. Soliman AM, Fuldeore M, Snabes MC. Factors Associated with Time to Endometriosis Diagnosis in the United States. *J Womens Health.* 25 avr 2017;26(7):788-97.
44. Quibel A, Puscasiu L, Marpeau L, Roman H. Les médecins traitants devant le défi du dépistage et de la prise en charge de l'endométriose : résultats d'une enquête. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 juin 2013;41(6):372-80.
45. Endofrance : Association Française de lutte contre l'Endométriose [Internet]. Association EndoFrance. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/>
46. Élèves, professeurs et infirmiers seront sensibilisés à l'endométriose | Najat Vallaud-Belkacem [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.najat-vallaud-belkacem.com/2016/06/27/elevs-professeurs-et-infirmiers-seront-sensibilises-a-lendometriose-najat-vallaud-belkacem/>
47. Endofrance : Association Française de lutte contre l'Endométriose [Internet]. Association EndoFrance. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/>
48. Daraï E, Bendifallah S, Chabbert-Buffet N, Golfier F. Arguments pour la création de centres experts en endométriose. *Presse Médicale.* déc 2017;46(12):1218-22.
49. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2017;399.
50. Vial J. Les mesures 2019 - Agnes Buzyn [Internet]. Association EndoFrance. 2019 [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/les-mesures-2019-agnes-buzyn/>
51. carnet\_de\_sante-num-.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet\\_de\\_sante-num-.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf)
52. Le 1er Diplôme inter universitaire endométriose | Association EndoFrance [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/le-1er-diplome-inter-universitaire-endometriose/>
53. Frappé P, Petersen W. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine [Paris]: GM Santé CNGE; 2011.
54. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
55. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :18.
56. Dayan J, Guillery-Girard B. Psychopathologie de l'adolescent et neurosciences : congruences et incongruences. *Arch Pédiatrie.* 1 mai 2013;20(5, Supplement 1):H206-7.

57. Etats\_sante\_inegalites\_region\_diagnostics.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur:  
[http://www.sirsepaca.org/pdf/SIRSE\\_territoires/TERRITOIRE\\_REGION/Etats\\_sante\\_in\\_egalites\\_region\\_diagnostics.pdf](http://www.sirsepaca.org/pdf/SIRSE_territoires/TERRITOIRE_REGION/Etats_sante_in_egalites_region_diagnostics.pdf)
58. Parker M, Sneddon A, Arbon P. The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers: The MDOT study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* janv 2010;117(2):185-92.
59. prise\_en\_charge\_de\_lendometriose\_-\_demarche\_diagnostique\_et\_traitement\_medical\_-\_fiche\_de\_synthese.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise\\_en\\_charge\\_de\\_lendometriose\\_-\\_demarche\\_diagnostique\\_et\\_traitement\\_medical\\_-\\_fiche\\_de\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf)
60. Sauvan M, Chabbert-Buffet N, Geoffron S, Legendre G, Wattier J-M, Fernandez H. Traitement médical de l'endométriose douloureuse chez l'adolescente, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 mars 2018;46(3):264-6.
61. DiVasta AD, Vitonis AF, Laufer MR, Missmer SA. Spectrum of symptoms in women diagnosed with endometriosis during adolescence vs adulthood. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(3):324.e1-324.e11.
62. Beny A. Les champs de représentations de l'endométriose côté femmes et côté médecins généralistes en France en 2017 [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
63. Blondel Vendé P. La dysménorrhée des adolescentes: à propos d'une enquête descriptive auprès de 907 lycéennes de l'agglomération rouennaise [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Rouen; 2014.

## **Annexe I**

### **Guide d'entretien médecins**

Madame, Monsieur,

Vous participez à une thèse qualitative s'intéressant au vécu de médecins généralistes devant des dysménorrhées de jeunes patientes. Il vous est demandé de signer un consentement ainsi que de lire la notice d'information concernant cette étude, susceptible de répondre à vos questions. L'entretien débutera ensuite et sera enregistré afin d'être retranscrit et analysé. L'enregistrement sera ensuite détruit.

#### **Objectifs :**

- Quelle est la prise en charge habituelle des dysménorrhées des adolescentes (de 13 à 22 ans inclus) en consultation de médecine de ville : évocation, diagnostic, traitements, efficacité ?
- Quelles sont les connaissances des généralistes sur l'endométriose ?

#### **Généralités**

- 1) Pourquoi avez-vous accepté de participer à l'étude ?

#### **Dysménorrhées**

- 2) Pensez-vous être suffisamment formé sur la prise en charge des dysménorrhées de l'adolescente ?
- 3) Pouvez-vous me parler de votre expérience de consultation avec des jeunes femmes (*moins de 22 ans, inclus*) souffrant de douleurs pelviennes ?
- 4) Abordez-vous systématiquement ce sujet lors de consultation avec les adolescentes ?
- 5) Selon vous, les dysménorrhées ont-elles des conséquences médico-sociales ?
- 6) Effectuez-vous un ou des bilan(s) complémentaire(s) (biologique, imagerie) devant des dysménorrhées ?
- 7) Quels traitements privilégiez-vous habituellement pour ce type de plainte ?
- 8) Comment effectuez-vous le suivi des patientes après instauration des traitements et comment jugez-vous leur efficacité ?
- 9) Rencontrez-vous des difficultés quant à la prise en charge des dysménorrhées ?
- 10) Le fait d'être adolescente rend-il la prise en charge plus difficile ?
- 11) Selon vous, comment pourriez-vous être plus à l'aise avec cette prise en charge ?

#### **Endométriose**

- 12) Comment différenciez-vous la dysménorrhée fonctionnelle et ce que peut être la dysménorrhée causée par l'endométriose ?
- 13) Selon vous, depuis quand connaissez-vous cette maladie et vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie ?
- 14) Sauriez-vous dire quels organes sont atteints par cette pathologie ?
- 15) Si vous soupçonnez que la patiente est atteinte d'endométriose, comment l'informez-vous sur ce sujet ? (*Association ? groupes de paroles ?*)
- 16) Selon vous, qui et/ou quoi est déterminant pour le diagnostic ?
- 17) Comment organisez-vous la prise en charge des patientes atteintes d'endométriose ?
- 18) Selon vous, y a-t-il des spécificités dans l'endométriose de l'adolescente ?

## Annexe 2

### Guide d'entretien patientes

Madame,

Vous avez accepté de participer à une thèse qualitative. L'entretien semi dirigé sera enregistré après avoir recueilli votre consentement. Les conditions requises afin d'être incluse dans ce protocole de recherche sont les suivantes : Ménarche, Adolescentes et jeunes femmes âgées de 13 à 22 ans inclus, Syndrome prémenstruel avec dysménorrhées

Vous pouvez vous retirer du protocole à tout moment sans justification.

#### Partie 1 : Dysménorrhées

1. Quel âge avez-vous et que faites-vous dans la vie (Quelle classe si encore scolarisée ou quelle activité professionnelle) ?
2. Pouvez-vous me décrire vos symptômes ?
3. Vos douleurs sont-elles cycliques ?
4. Quelle est votre attitude en général ? (Rien de plus, automédication, repos...)
5. Avez-vous déjà Consulté un médecin pour ce type de douleur ? Si oui, lequel ?
6. Qu'avez-vous dit au médecin ?
7. Qu'attendez-vous de la consultation ? Si non, pourquoi ne pas le faire ?
8. Vous a-t-on proposé des investigations ? Des traitements ?
9. Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans votre prise en charge ?
10. Avez-vous été satisfaite de la consultation avec le médecin ? A-t-il répondu à vos attentes ?
11. Vos dysménorrhées ont-elles des conséquences sur votre vie ?
12. Selon vous, est ce que toutes les femmes ont ce type de douleurs ?

#### Endométriose

1. Si je vous dis « endométriose », est ce que quelque chose vous vient à l'esprit ?
2. Savez-vous comment peut-on rechercher cette maladie et quel spécialiste aller consulter ?
3. Pouvez-vous me dire si des traitements existent ?
4. Quelles pourraient être les conséquences (PMA) ?
5. Si vous avez été diagnostiquée, comment se sont présentés les symptômes au début ? Quelle a été la démarche diagnostique ?
6. A ce jour, pensez-vous être suffisamment bien prise en charge ?

**Annexe 3**  
**FICHE PROFIL MEDECINS**

Madame, Monsieur,

Cette fiche de renseignement est anonyme, il est donc inutile d'y noter votre nom et vos coordonnées. Elle est destinée à renseigner sur votre profil. Les réponses aux questions ci-dessous permettront d'apporter des informations complémentaires pour la rédaction d'une thèse qualitative à laquelle vous participez.

**Question 1** Quelle est votre date de naissance ?

---

**Question 2** Quelle est votre année de thèse ?

---

**Question 3** Disposez-vous d'une formation complémentaire en gynécologie obstétrique ? Si oui, laquelle ?

---

**Question 4** Avez-vous assisté à une formation médicale continue (FMC) en gynécologie ?

---

**Question 5** Dans votre exercice au cabinet médical, pratiquez-vous les gestes suivants ?

- Examen gynécologique \_\_\_\_\_
- Frottis cervico vaginal \_\_\_\_\_
- Prélèvement vaginal / cervico vaginal \_\_\_\_\_
- Pose ou retrait de DIU / implant \_\_\_\_\_

**Question 6** Depuis quand êtes-vous installé ?

---

## Annexe 4

### FICHE PROFIL PATIENTES

Madame,

Cette fiche de renseignement est anonyme, il est donc inutile d'y noter votre nom et vos coordonnées. Elle est destinée à renseigner sur votre profil. Les réponses aux questions ci-dessous permettront d'apporter des informations complémentaires pour la rédaction d'une thèse qualitative à laquelle vous participez.

**Question 1** Quelle est votre date de naissance ?

---

**Question 2** Etes-vous toujours scolarisées ? Et si oui, en quelle classe ?

---

**Question 3** Si vous avez fini vos études, quelle profession exercez-vous ?

---

**Question 4** A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

---

**Question 5** A quel âge ont débuté vos douleurs ?

## **Annexe 5 : Notice d'information**

### **« Vécu des jeunes patientes et des médecins généralistes devant dysménorrhées de l'adolescente en région PACA »**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Les investigateurs principaux, GUIGUE Mathilde et COUSTOULLIER Fanny, internes en 5<sup>ème</sup> semestre de médecine générale, vous ont proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « Dysménorrhées de l'adolescente ». Ce protocole est inclus dans une thèse de médecine dirigée par le Dr PICLET Hélène, médecin généraliste et gynécologue médical à Marseille.

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

#### **Objectif de la recherche**

L'objectif principal de notre étude est d'analyser le vécu des patientes dans leur vie quotidienne et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes face aux dysménorrhées. Cette recherche a pour but de permettre aux médecins de prendre conscience de l'importance de ce symptôme et répondre aux attentes des patientes du mieux possible.

#### **Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?**

Pour répondre à cette question nous souhaitons mettre en place deux études qualitatives. Les données seront anonymes.

- Si vous êtes patiente : l'inclusion dans l'étude sera faite sur la base du volontariat. L'étude sera menée par des entretiens individuels semi dirigés d'environ une vingtaine de minutes. Vous êtes incluse si vous appartenez à la tranche d'âges 13 à 22 ans inclus. Une fiche de consentement devra être signée avant de débiter l'entretien. Pour les patientes mineures, le représentant légal devra également signer le consentement. Votre questionnaire comportera des questions sur les caractéristiques des dysménorrhées, votre prise en charge de cette douleur ainsi que l'impact sur votre qualité de vie. Une deuxième partie sera destinée à évaluer vos connaissances sur une pathologie gynécologique pouvant être, dans certains cas, à l'origine de ces douleurs.
  
- Si vous êtes médecin généraliste : l'inclusion sera faite sur la base du volontariat. Cette étude qualitative sera menée par des entretiens semi dirigés d'environ une vingtaine de minutes. Une orientation gynécologique n'est pas recherchée spécifiquement. Le questionnaire comportera des demandes sur vos éventuelles difficultés rencontrées et votre vécu face à ses patientes. Il comportera également en deuxième partie des questions sur vos connaissances sur l'endométriose.

L'étude durera jusqu'à saturation des données.

### **Quelles sont les contraintes et désagréments ?**

Aucun désagrément n'est attendu dans ces deux études qualitatives mis à part le temps consacré à un entretien par les différents participants volontaires.

### **Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?**

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de la recherche sans justification, sans conséquence.

Cette recherche relève de l'application du Code de la Santé Publique (Titre II du Livre Premier relatif aux recherche biomédicales) . Ces informations sont consultables sur le site Internet de Legifrance ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr))

1-Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004) vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition relatif au traitement de vos données personnelles. Ces droits s'exercent auprès de

2-En cas de recherche biomédicale : Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé Publique.

Vous avez le droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant votre santé et qui sont détenues par l'investigateur le Dr Piclet (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique). Vous serez informé, à votre demande, des résultats globaux de l'essai par l'investigateur (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique) selon les modalités suivantes : par email. Si vous souhaitez avoir les résultats, merci de le signaler et laisser votre adresse email afin que nous puissions vous les transmettre.



## Annexe 6

### VII. Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)

#### « Vécu des jeunes patientes et des médecins généralistes devant dysménorrhées de l'adolescente en région PACA »

Les investigateurs principaux, GUIGUE Mathilde et COUSTOULLIER Fanny, internes en 5<sup>ème</sup> semestre de médecine générale, vous ont proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « Dysménorrhées de l'adolescente ». Ce protocole est inclus dans une thèse de médecine dirigée par le Dr PICLET Hélène, médecin généraliste et gynécologue médical à Marseille.

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'atteste que je suis affilié à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès des internes GUIGUE Mathilde et COUSTOULLIER Fanny.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « vécu des jeunes patientes et des médecins généralistes devant des dysménorrhées de l'adolescentes ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Nom Prénom

Signature :

Signature :

*(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)*

**Annexe 7**  
**VIII. Notice d'informations destinées représentants d'un  
sujet mineur**

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté d'envisager que votre enfant \_\_\_\_\_ réalise l'étude intitulée : **Vécu des jeunes patientes et des médecins généralistes face aux dysménorrhées de l'adolescente.**

**POURQUOI FAIRE CETTE EXPERIENCE ?**

L'étude à laquelle votre enfant va participer est destinée à évaluer le vécu des patientes dans leur vie quotidienne et les difficultés rencontrées par les généralistes face aux dysménorrhées. L'objectif secondaire de notre étude sera de faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes et des patientes concernant l'endométriose pathologie mal connue et souvent sous diagnostiquée pouvant être à l'origine de ces dysménorrhées de la femme jeune.

**COMMENT SE DERoule L'EXPERIENCE ?**

Si vous acceptez cette étude, votre enfant participera à un entretien individuel semi dirigé c'est-à-dire mené par un questionnaire de façon plus ou moins fidèle. L'entretien durera environ une vingtaine de minutes.

**QUELS SONT LES BENEFICES ATTENDUS ?**

Cette recherche est sans bénéfice individuel direct, c'est-à-dire qu'elle n'apportera pas d'information sur les capacités de votre enfant. Elle n'a pas non plus de valeur de test médical sur le développement de votre enfant.

**QUELLES SONT LES CONTRAINTES ET DESAGREMENTS ?**

**IL N'Y AURA AUCUN EFFET INDESIRABLE ATTENDU, LA SEULE CONTRAINTE SERA DE CONSACRER DU TEMPS A CET ENTRETIEN.**

**QUELS SONT VOS DROITS EN TANT QUE PARTICIPANT(E) A CETTE RECHERCHE ?**

La participation de votre enfant est basée sur le volontariat, il peut refuser de participer à cette étude ou vous pouvez refuser qu'il y participe sans fournir aucune forme de justification. De plus, au cours de la séance d'entretien, votre enfant est libre d'interrompre sa participation au protocole à tout moment, sans aucune conséquence pour lui.

Cette recherche relève de l'application du Code de la Santé Publique (Titre II du Livre Premier relatif aux recherches biomédicales). Ces informations sont consultables sur le site Internet de Legifrance ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)). L'investigateur principal de cette étude est le Dr PICLET Hélène et le promoteur de cette recherche est le laboratoire de l'Université d'Aix-Marseille.

**Les modalités de ce protocole ont été soumises à avis et autorisation auprès du comité d'éthique AMU, lequel a pour mission de vérifier les conditions requises pour la protection de votre enfant et le respect de ses droits :**

Les données recueillies seront stockées sur fichiers informatiques sous un code (la lettre P pour les patientes et M pour les médecins, suivie du numéro d'entretien) connu de seul investigateur et seront anonymes (le nom de votre enfant ne sera pas enregistré dans le fichier).

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004) vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, relatif au traitement de ces données personnelles. Ces droits s'exercent auprès \*\*\*\*

Vous serez informé, à votre demande, des résultats globaux de l'essai de votre enfant par l'investigateur (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique) selon les modalités suivantes : en vous adressant à Mlle GUIGUE Mathilde ou Mlle COUSTOULLIER Fanny.

En cas de dommage vous pouvez avoir accès à une indemnisation selon les modalités de des articles L. 1121-10 et L.1142-3 du Code de la Santé Publique.

Ce document vous appartient et nous vous invitons à en discuter avec votre enfant et vos proches.

SIGNATURE DES REPRESENTANTS LEGAUX DU SUJET MINEUR : En cas de parents séparé c'est le représentant légal de l'enfant qui signera.

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone(s) :** .....

**Signature :**

*(précédée de la mention lu, compris et approuvé)*

## Annexe 8

### Caractéristiques des médecins interrogés

Médecins	Age	Sexe	Date de thèse	Année d'installation	DU gynécologie	FMC gynécologie	Pratique gynécologique
M1	32	F	2015	2017	non	oui	oui
M2	35	M	2017	2017	non	non	seulement pose et retrait d'implant
M3	34	F	2014	2014	oui	non	oui sauf DIU
M4	41	F	2009	2009	non	oui	oui
M5	35	F	2013	2014	non	oui	oui sauf pose DIU et implant
M6	29	M	2017	2019	non	oui	non
M7	62	M	1987	1987	non	non	oui
M8	42	F	2007	2007	oui	oui	oui
M9	36	F	2013	2013	oui	oui	oui
M10	62	M	1986	1986	non	oui	oui sauf DIU et implant
M11	37	M	2019	2019	non	non	non
M12	38	M	2017	2018	non	non	non
M13	58	M	1993	1993	non	non	oui

## Annexe 9

### Caractéristiques des patientes interrogées

Numéro étude	Age	Age premières règles	Niveau d'études
P1	16	13 ans	1ère S
P2	20	14 ans	1ère année de maieutique
P3	19	12 ans	1ère année de maieutique
P4	20	12 ans	3ème année d'ostéopathie
P5	15	14 ans	seconde bac professionnel cuisine
P6	16	14 ans	1ère filière agricole
P7	22	15 ans	ASH
P8	20	11 ans	3ème année licence logistique
P9	18	12 ans	1ère année de BTS sanitaire et social
P10	16	12 ans	seconde générale
P11	17	10 ans	1ère ES
P12	15	12 ans	Seconde générale
P13	16	12 ans	1ère S

## **Abréviations**

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

GnRH : gonadotropin releasing hormone

FSH : Hormone folliculo-stimulante

LH : Hormone lutéinisante

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

SVT : sciences de la vie et de la terre

## Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »





## Résumé

**Introduction :** La dysménorrhée est la première plainte gynécologique des adolescentes. L'endométriose est une pathologie handicapante touchant environ 10% des femmes en âge de procréer. Son retard diagnostique est d'environ dix ans. Les dysménorrhées altèrent la qualité de vie des adolescentes. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans le dépistage et l'orientation de la prise en charge des patientes. Notre travail sera d'évaluer le ressenti des adolescentes face aux dysménorrhées, et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes. Nous nous intéresserons aux connaissances des patientes et des médecins sur l'endométriose pour essayer d'expliquer le retard diagnostique et améliorer la prise en charge des patientes.

**Méthode :** Etude qualitative par des entretiens semi structurés avec 13 médecins et 13 adolescentes.

**Résultats :** L'étude met en évidence un décalage entre patientes et médecins. Les dysménorrhées sont un sujet tabou pour les adolescentes, et les médecins ont tendance à ne pas les rechercher. Ces derniers, et les mères des patientes, favorisent la banalisation des symptômes par les adolescentes. Elles se tournent souvent vers leurs amies pour en discuter. Les médecins généralistes ont de bonnes connaissances sur les dysménorrhées et l'endométriose mais ils manquent de réflexes dans leur pratique.

**Discussion :** Les adolescentes sont une population fragile et difficile à prendre en charge. Le rôle du médecin est donc d'aller vers elles, de discuter, de questionner, de réévaluer. Il faudrait une aide pour les médecins afin de structurer leur consultation comme par exemple une page dédiée dans le carnet de santé avec des arbres décisionnels.

**Conclusion :** Le manque de communication entre médecins et patientes rend difficile la prise en charge des dysménorrhées. Une approche systématique de ces symptômes pourrait améliorer le dépistage des dysménorrhées organiques. Quatre points sont essentiels : intensité des douleurs, retentissement, traitements essayés et leur efficacité.

**Mots clés :** Dysménorrhées, adolescente, médecine générale, endométriose

