



**HAL**  
open science

**Sentiment de cohérence et dysménorrhées primaires  
chez les lycéennes du Finistère : étude observationnelle  
transversale multicentrique menée auprès de 247  
lycéennes du 1er septembre 2019 au 14 janvier 2020**

Claire-Isabelle Hernio

► **To cite this version:**

Claire-Isabelle Hernio. Sentiment de cohérence et dysménorrhées primaires chez les lycéennes du Finistère : étude observationnelle transversale multicentrique menée auprès de 247 lycéennes du 1er septembre 2019 au 14 janvier 2020. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03067925

**HAL Id: dumas-03067925**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03067925>**

Submitted on 15 Dec 2020

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES  
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé  
BREST  
MEMOIRE DE FIN D'ETUDES  
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
ANNEE 2020

Titre : Sentiment de cohérence et dysménorrhées primaires chez les lycéennes du Finistère :  
étude observationnelle transversale menée auprès de 247 lycéennes  
du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 14 janvier 2020.

Présenté et soutenu par :

Claire-Isabelle Hernio  
Née le 6 avril 1996

Directrice de mémoire : Gaëlle Delpech-Dunoyer

## Table des matières

Remerciements.....	4
Liste des abréviations .....	5
I. Introduction.....	6
II. Matériels et méthode .....	11
a. Lieu de réalisation et population .....	11
b. Modalités pratiques du recueil .....	12
c. Données collectées et questionnaires utilisés .....	12
d. Analyses statistiques .....	14
III. Résultats .....	15
IV. Discussion.....	24
a. Synthèse des résultats.....	24
b. Points forts .....	24
c. Limites .....	25
d. SOC et compétences psycho-sociales.....	25
e. Traitements des dysménorrhées primaires et troubles associés .....	27
f. Implication dans la pratique clinique.....	28
g. Proposition pour études à venir .....	32
V. Conclusion .....	33
Bibliographie .....	34
Annexes .....	38
Annexe 1 : SOC-13 (Antonovsky, 1993) .....	38
Annexe 2 : Auto-questionnaire sur les dysménorrhées primaires .....	41

Annexe 3 : Organigramme de prise en charge des dysménorrhées .....	45
Résumé.....	46

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les membres du jury pour leur intérêt et la réflexion qui découlera de nos échanges qui ne feront que nourrir ce sujet de recherche qui me passionne.

Merci à Madame Loy, Madame Lombardi ainsi que les infirmières scolaires du Finistère volontaires qui se sont investies tout au long de la réalisation de ce projet afin qu'il puisse aboutir et sans qui, rien n'aurait été possible.

Je suis extrêmement reconnaissante de la chance que j'ai eu de pouvoir travailler avec le Département de Recherche Clinique et de l'Innovation et le Centre d'Investigation Clinique de Brest. J'ai eu un réel plaisir à partager avec Mme Lallier, Mme Courtois, M. Nowak, M. Simon et M. Coadic ce qui s'est révélé pour moi une aventure.

Merci à Armelle Hernio et à Catherine Charlier d'avoir relu avec bienveillance mon travail et de m'avoir aidé à dénicher les tournures de phrase hasardeuses et les fautes d'orthographe qu'il contenait.

Tout ce travail n'aurait pas été le même sans l'accompagnement sans failles de Gaëlle Delpech-Dunoyer qui a été une aide et un soutien indispensables et ce, du début jusqu'à la fin.

Cette année et demie de travail n'aurait pas été possible sans la présence prévenante et patiente de Pierre Le Roux, sa compagnie quotidienne et ses encouragements m'ont aidé à aller au bout de ce sujet qui me tient tant à cœur.

## Liste des abréviations

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

PedsQL : Pediatric Quality of Life Inventory

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SOC : Sentiment de Cohérence

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

EVA : Echelle Visuelle Analogique

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

SOGC : Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

ECS : Education Complète à la Sexualité

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

DIU : Dispositif Intra-Utérin

SIU : Système Intra-Utérin

## I. Introduction

Les dysménorrhées primaires sont caractérisées par une douleur abdominale durant les menstruations et/ou pendant les jours précédents le début du cycle (1,2). Elles peuvent être associées à d'autres troubles tels que l'asthénie, les céphalées, des troubles de l'humeur (agressivité, anxiété, labilité émotionnelle) et des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées) (3–5). Elles sont à distinguer des dysménorrhées secondaires qui correspondent à des douleurs menstruelles causées par un trouble gynécologique (endométriose, infections hautees, etc.) et qui apparaissent à distance des ménarches (1).

A l'international, la prévalence chez les 12-25 ans était extrêmement variable selon les études, de 20% jusqu'à 90% en souffraient (1,3,4,6) et cette prévalence augmentait avec l'âge au cours de l'adolescence (3).

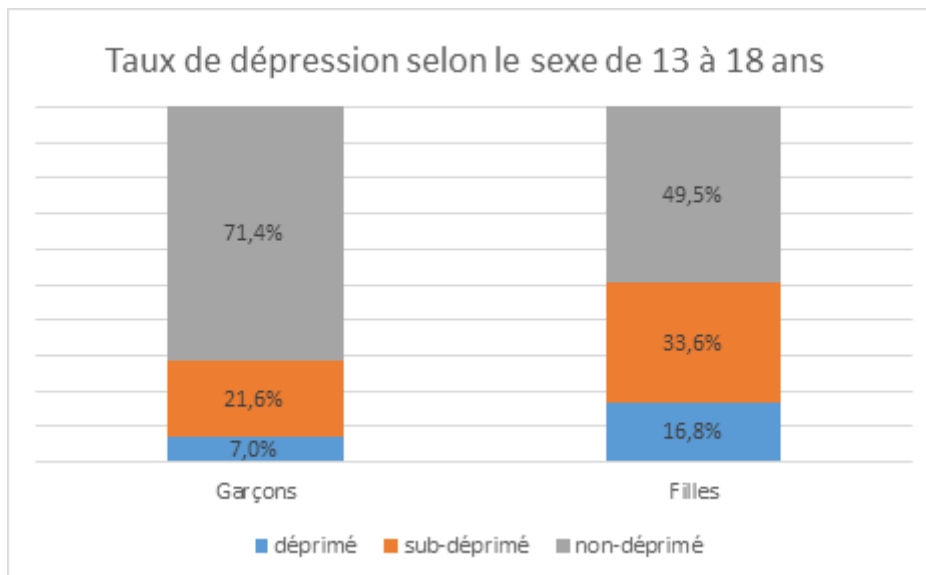
En France, une étude de cohorte de 2016 s'est intéressée aux algies pelviennes chroniques chez les femmes de 18 à 75 (5). Chez les 18-24 ans : 62,3% d'entre elles souffraient de dysménorrhées (cotation de la douleur sur l'échelle numérique supérieure ou égale à 4 sur les 3 derniers cycles). Sur les tranches d'âge suivantes, la prévalence diminuait progressivement.

Les dysménorrhées augmentent la sensibilité aux autres douleurs chroniques rencontrées tout au long de la vie et ce, à n'importe quel moment du cycle menstruel. Cette hyperalgésie siège majoritairement dans les plans musculaires profonds et prédispose à la fibromyalgie. (7)

Par ailleurs, il est retrouvé une part plus importante de dépression et d'anxiété chez les adolescentes souffrant de dysménorrhées que chez des adolescentes n'ayant pas de douleurs menstruelles. (8)

De plus, en France, la dépression en 2013 chez les adolescentes représente 16,8% contre 7% chez les adolescents de sexe masculin. La sub-dépression ou état sub-syndromique apparaît également plus importante chez les filles (33,6% contre 21,6% chez les garçons) notamment à partir de 16 ans (9). Ce qui rejoint les chiffres de la consommation de médicaments psychotropes en France indiquant que les femmes en utilisent deux fois plus que les hommes au cours de leur vie (10).

FIGURE 1 : TAUX DE DEPRESSION SELON LE SEXE A L'ADOLESCENCE  
 (ISSU DE L'ENQUETE PORTRAITS D'ADOLESCENTS – INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE  
 (INSERM) (9))



En outre, les dysménorrhées ont un impact direct sur la réussite scolaire notamment à cause de l'absentéisme. 17% des canadiennes au cours de l'année, durant leur vie génitale, ont dû s'absenter de l'école mais aussi du travail (4). Il en découle des limitations d'activité, mais aussi des impacts sur la vie sociale et l'estime de soi (1,3,4,11–13). A court terme, les adolescentes vont moins facilement participer aux activités existantes au sein de leur groupe d'amis (sorties, sport, activités...) (14), ce qui peut entraîner sur le long cours, un désinvestissement social progressif et un syndrome dépressif.

La perception de la qualité de vie est d'autant plus affectée que la dysménorrhée est sévère : en Turquie, le psychosocial health summary score de Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) était plus bas pour les adolescentes dysménorrhéiques dont la sévérité du trouble nécessitait une consultation aux urgences que chez celles utilisant l'auto-médicamentation par antalgiques ou des bouillottes (15).

Au niveau professionnel, les femmes qui s'absentent pour dysménorrhées entraînent une perte estimée entre 600 millions et 2 milliards d'heures travaillées aux Etats-Unis. En Suède, on recense 230 000 jours de travail perdus (7).



L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme :

*"[...] un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité." (16)*

La santé dépasse donc le concept binaire de maladie pour s'inscrire dans une notion beaucoup plus globale. Ainsi pour développer de la santé, il faut favoriser le bien-être.

Or, la promotion de la santé s'intéresse aux compétences que la personne arrive à mobiliser en elle pour se maintenir en bonne santé. Elle tente de définir la manière dont les individus identifient les ressources, les conditions et les facteurs à la base de la production de leur santé.

La Charte d'Ottawa (1986) définit son objectif comme suit :

*"La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. [...]" (17)*

Ces compétences individuelles sont présentes dans le concept développé par Aaron Antonovsky, un sociologue israélo-américain, dans les années 1980. Il est parti du constat qu'au sein d'un groupe où tous les individus le composant présentent les mêmes caractéristiques somatiques et les mêmes expériences de vie, certains vont développer des pathologies et d'autres vont en être protégés.

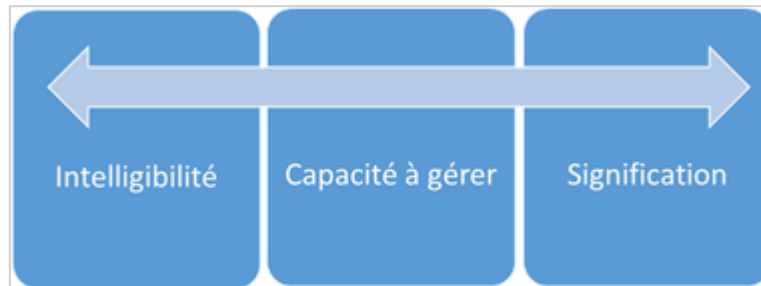
Il s'est donc intéressé aux mécanismes internes qui permettent à certains individus de se maintenir en bonne santé.

Ses recherches sont regroupées sous le terme "*Salutogenèse*" : ce qui crée la santé. Elles sont aujourd'hui poursuivies internationalement et majoritairement dans le cadre de la promotion de la santé.

Selon Antonovsky, le sentiment de cohérence (SOC) représente les ressources internes de la personne et comprend classiquement trois dimensions :

- l'*intelligibilité* (la compréhension du phénomène),
- la *signification* (le sens qu'a le phénomène) et
- la *capacité à gérer* (le moyen de contrôler ce phénomène). (18)

FIGURE 2 : REPRESENTATION DU CONCEPT DE SALUTOGENESE (18)



Un sentiment de cohérence élevé est associé à une meilleure santé mentale et physique (18,19). Il est notamment protecteur contre l'anxiété et la dépression (20,21) et diminue les risques entourant le cancer du sein (22). Une association entre sentiment de cohérence et physiologie du travail au cours de l'accouchement est également retrouvée (23).

Une étude réalisée en Norvège sur des adolescents de 13 à 18 ans a retrouvé des scores plus élevés de dépression et d'anxiété chez les filles. Les adolescents qui présentaient un sentiment de cohérence élevé présentaient moins de dépression et d'anxiété (21).

La salutogenèse s'applique également dans le cadre de l'apprentissage. Il est plus facile d'apprendre lorsque l'information répond au modèle, c'est-à-dire qu'elle est structurée, compréhensible et significative. Il a été prouvé que cela favorise l'apprentissage et la promotion de la santé, notamment pour les élèves qui ne répondent pas au système éducatif traditionnel. Et construire l'ensemble de l'éducation sur ces principes aide à augmenter la santé d'une manière globale (24,25).

Pour mesurer le sentiment de cohérence, une échelle validée en français (26,27) et chez les adolescents (18,26) existe : le SOC-13. Cet auto-questionnaire permet d'évaluer la capacité de l'individu à rassembler des ressources de manière pertinente pour créer de la santé. Le sentiment de cohérence peut être défini comme une orientation générale qui se manifeste comme un sentiment permanent mais dynamique de confiance.

Aucune étude à ce jour n'étudie la possible association entre sentiment de cohérence et dysménorrhées primaires. Et rares sont celles tentant de déceler les ressources mises en place par les adolescentes dans le cadre de la santé. D'une manière plus générale, peu d'études en France se sont intéressées au SOC et notamment dans le domaine de la gynécologie.

Cette étude permet d'ouvrir un nouveau champ de recherche et de compléter notre modèle pathogénique. Il ne s'agit plus seulement de comprendre ce qui a amené à la maladie : mais également ce qui rentre en jeu pour protéger la personne. La santé est donc la résultante

de deux forces qui s'équilibrent plus ou moins selon les éléments stressants de l'environnement et les ressources à la disposition des individus.

Il apparaît donc intéressant de comprendre si le concept de *sentiment de cohérence* (SOC) développé par Aaron Antonovsky est applicable aux dysménorrhées primaires chez les adolescentes.

De plus, connaître le SOC score des adolescentes finistériennes permet d'avoir une idée plus globale de leur santé. En effet, ce score est plutôt stable : il augmente légèrement et progressivement au cours de la vie (18,28). Il semblerait que seuls des événements fortement graves le perturberaient sur les quelques années suivantes, pour se rétablir ensuite (29).

Ainsi cette étude cherche à savoir si **un score élevé de SOC est relié à une faible prévalence de dysménorrhées primaires**. Et si **un SOC élevé chez l'adolescente favorisait une meilleure adaptation à ces douleurs cycliques**.

L'objectif principal est d'étudier l'association entre dysménorrhées primaires et score de sentiment de cohérence.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer le score de sentiment de cohérence et la sévérité des dysménorrhées primaires des adolescentes finistériennes ainsi que de mettre en évidence les troubles associés aux dysménorrhées primaires.

## II. Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale multicentrique répondant à un protocole de recherche impliquant la personne humaine de catégorie 3 (non interventionnelle) présenté au Bureau Technique du Pôle Recherche du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Brest en février 2019 et validé par le Comité de Protection des Personnes d'Île de France 1 en juillet 2019. Le promoteur de cette étude est le CHRU de Brest par l'intermédiaire de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation et du Centre Investigation Clinique.

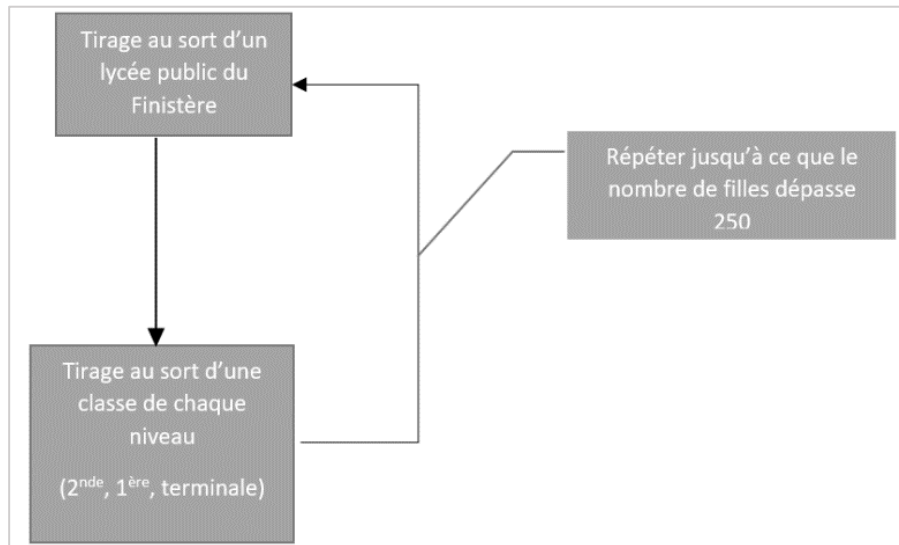
### a. Lieu de réalisation et population

Les lieux de réalisation ont été les lycées publics du département du Finistère. Sur les 28 lycées publics répertoriés dans le Finistère, 12 d'entre eux se sont montrés volontaires pour participer à ce projet de recherche. Parmi eux, 6 ont été tirés au sort : le lycée général Jean-Marie Le Bris (Douarnenez), le lycée général du Léon (Landivisiau), le lycée professionnel Roz Glas (Quimperlé), le lycée général de l'Harteloire (Brest), le lycée général Brizeux (Quimper) et le lycée général de l'Elorn (Landerneau).

La population correspond aux lycéennes scolarisées dans le Finistère. Le nombre de sujets nécessaires a été calculé en supposant que les deux groupes « SOC faible » et « SOC élevé » sont équilibrés et que la prévalence des dysménorrhées primaires est de 70% dans le groupe « SOC faible » versus 50% dans le groupe « SOC élevé », un effectif de 250 sujets était nécessaire pour garantir une puissance de 90%.

L'échantillonnage a été effectué par tirage au sort d'une classe par niveau au sein de chaque établissement scolaire eux-mêmes tirés au sort, jusqu'à l'obtention de 250 sujets. Les critères d'inclusions sont les élèves scolarisées dans les lycées finistériens tirés au sort entre 14 et 19 ans. Les critères d'exclusion sont l'analphabétisme, le refus de participation, l'opposition des parents et les dysménorrhées secondaires.

FIGURE 3 : ORGANIGRAMME DE RANDOMISATION



### **b. Modalités pratiques du recueil**

L'enquête a été réalisée en lien avec le rectorat par l'intermédiaire de la directrice académique pour obtenir l'autorisation des chefs d'établissements. Une réunion d'information avec les infirmières scolaires des établissements sélectionnés en septembre 2019 a permis d'expliquer les modalités pratiques de l'étude et de présenter les retours prévus des résultats aux établissements scolaires.

Les infirmiers scolaires étaient les interlocuteurs principaux avec les parents d'élèves. La non-opposition parentale a été établie 30 jours après l'envoi d'une information via le réseau numérique de l'établissement sans réponse de leur part. Les inclusions ont duré de septembre à décembre 2019.

La distribution et le recueil des questionnaires au format papier ont été effectués sur un temps scolaire dédié. Le temps nécessaire au remplissage des questionnaires (SOC-13 puis auto-questionnaire sur les dysménorrhées) a été évalué à une trentaine de minutes.

### **c. Données collectées et questionnaires utilisés**

-le **score de SOC** (13 items avec une échelle de Likert de 1 à 7) : score minimal à 13 et score maximal à 91 (30). Ce score évalue la manière dont les femmes regardent leur vie comme intelligible, maniable et significative. L'addition des scores obtenus pour chaque item fournit le score du SOC après inversion des scores des items 1, 2, 3, 7 et 10. La valeur de

l'Alpha de Cronbach se situe entre 0,70 et 0,90, dans 127 études (26). La moyenne du SOC-13 est de 35.39 (SD 0.10) à 77.60 (SD 13.80) points. L'échelle du SOC est fiable, valide et applicable à de multiples cultures (26).

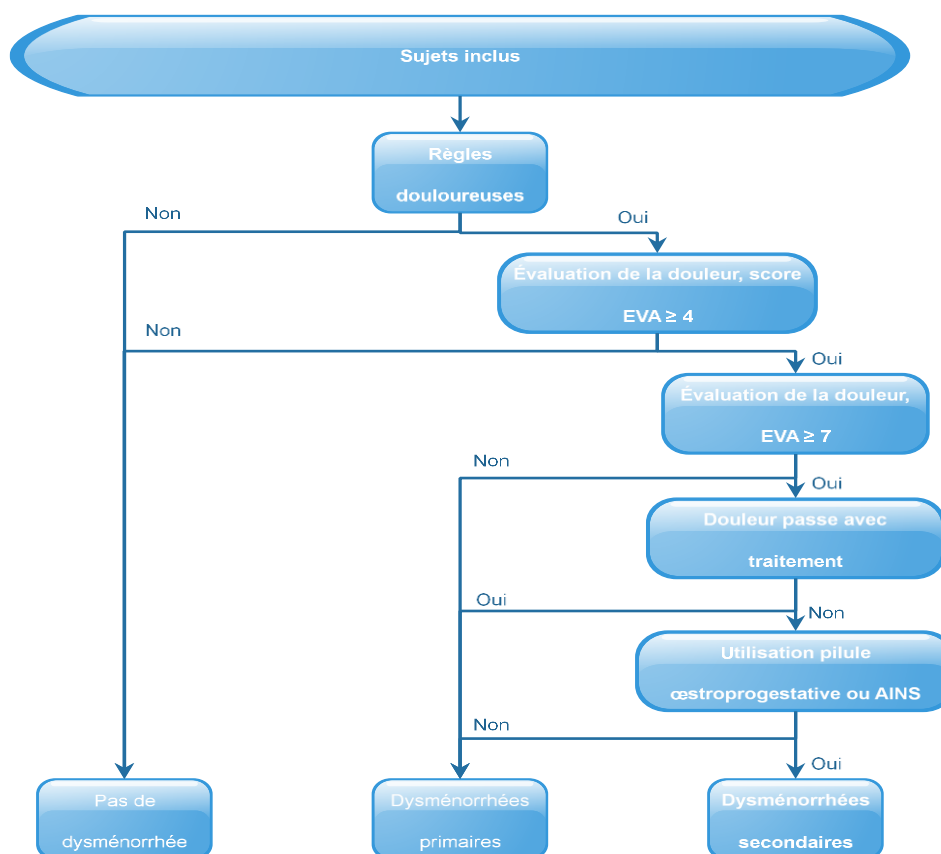
Antonovsky a défini un sentiment de cohérence normal au environ de 62. Feldt (28), cité par Erikson et Lindström définit 4 groupes : score faible = 23-39, score peu élevé = 40-56, score relativement élevé = 57- 73, SOC fort = 74-90. Suivant ces critères le score moyen est de 63.86 (score compris entre 13 et 91). Nous avons choisi d'établir le cut-off entre « SOC faible et « SOC fort » grâce à la médiane obtenue dans notre échantillon au vu du manque de consensus.

L'autorisation d'utilisation fut obtenue de la part du Dr Avishai Antonovsky, fils du Dr Aaron Antonovsky.

-l'**auto-questionnaire sur les dysménorrhées primaires** comprend les informations suivantes : âge, âge aux ménarches, cotation sur l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) moyenne durant les 3 derniers cycles, localisation de la douleur, durée des règles, absentéisme et limitations d'activité sur les douze mois précédents, troubles associés aux dysménorrhées, contraception, thérapeutiques employées et leur efficacité potentielle. La deuxième partie du questionnaire évaluant les limitations d'activité fut élaboré dans le cadre d'un autre travail de recherche. Il a été testé sur un échantillon d'adolescentes avant le début des inclusions.

Ce questionnaire a été développé pour cette étude en s'appuyant sur la définition clinique des dysménorrhées primaires proposée au Canada par Burnett (31), ainsi que sur la définition choisie pour la cohorte Constance (5). L'attribution aux groupes « pas de dysménorrhée », « dysménorrhées primaires » et « dysménorrhées secondaires » est détaillée dans la figure 4. Une adolescente était considérée comme souffrant de dysménorrhées primaires si elle cotait la douleur moyenne des 3 derniers cycles à au moins 4 sur 10 sur l'EVA (échelle visuelle analogique où 0 équivaut à aucune douleur et 10, la pire douleur imaginable) et que cette douleur ne s'améliorait pas après la prise d'un traitement afin d'éliminer les dysménorrhées secondaires.

FIGURE 4 : REPRESENTATION GRAPHIQUE DE L'ATTRIBUTION AUX GROUPES « PAS DE DYSMENORRHEE », « DYSMENORRHEES PRIMAIRES » ET « DYSMENORRHEES SECONDAIRES »



#### d. Analyses statistiques

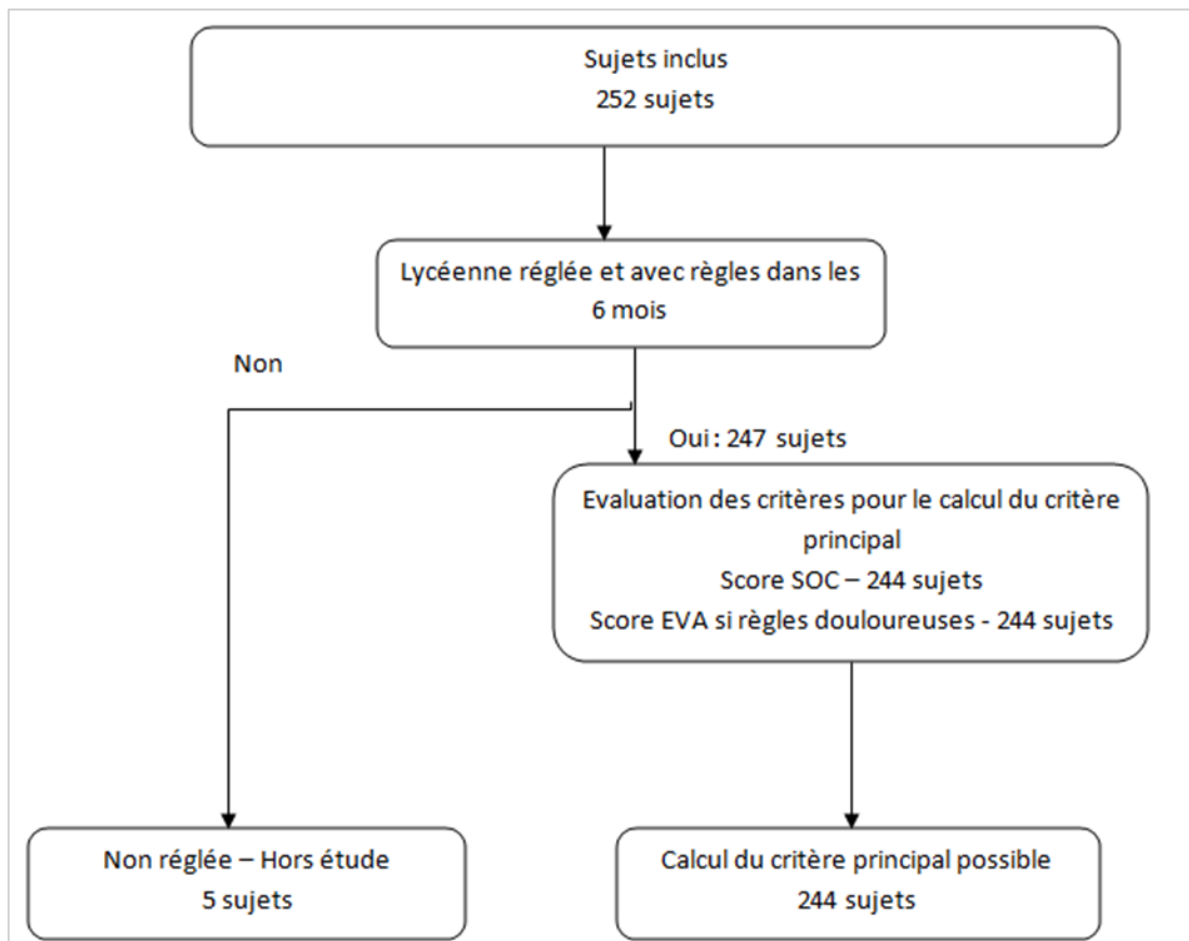
Les pourcentages de lycéennes souffrant de dysménorrhées étaient estimés en fonction du sentiment de cohérence (deux groupes : SOC faible ou SOC élevé dont le cut-off était établi par la médiane de l'échantillon) et comparés à l'aide d'un test du Chi2.

La corrélation entre la quantification des dysménorrhées, fournie par l'échelle numérique, et le score SOC a été estimée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson avec intervalle de confiance à 95% et représentée graphiquement. Les scores SOC moyens ont été estimés dans chacun des deux groupes « SOC faible » et « SOC élevé » et comparés à l'aide d'un test de Student.

Le logiciel utilisé pour les analyses statistiques était SAS version 9.4.

### III. Résultats

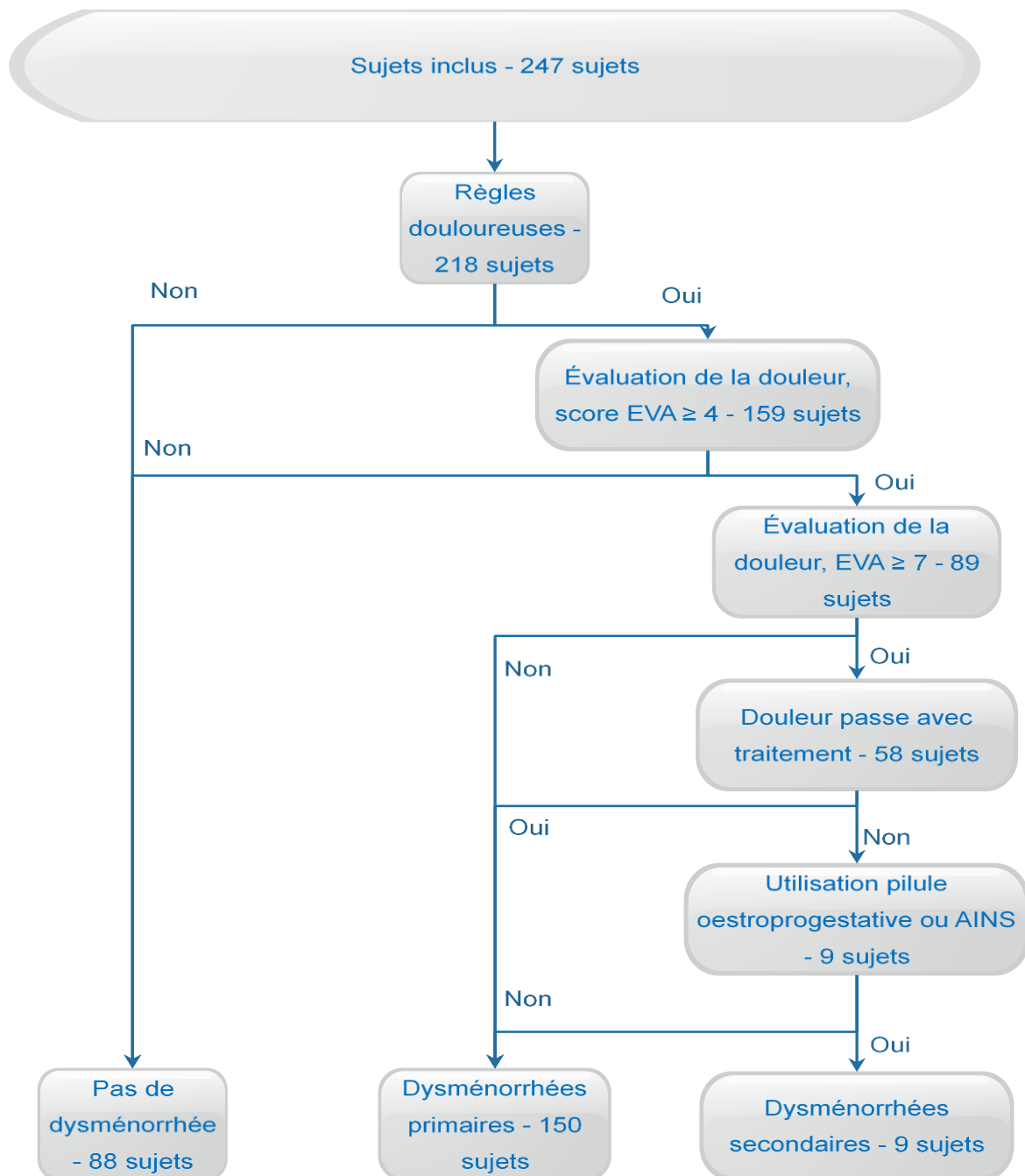
FIGURE 5 : FLOW CHART



Sur les 252 sujets initialement inclus, 5 ont été exclues pour absence de menstruation dans les 6 derniers mois. Sur les 247 sujets restants, il était impossible de réaliser le calcul du critère principal à cause de données manquantes pour 3 des sujets (SOC-13 incomplet). Ces 3 lycéennes présentaient des dysménorrhées primaires.



FIGURE 6 : REPARTITION DES LYCEENNES SELON LA PRESENCE ET L'INTENSITE DE DOULEURS LORS DES REGLES



Sur l'échantillon de 247 lycéennes (prenant en compte les dysménorrhées secondaires), 147 présentent des dysménorrhées primaires. La prévalence dans notre population des dysménorrhées primaires est donc de 59,5%. La prévalence des dysménorrhées secondaires suspectées est de 3,6%.

L'analyse principale porte sur les 238 lycéennes (après exclusion des dysménorrhées secondaires) réglées et ayant eu leurs règles dans les 6 derniers mois.

TABLEAU I : INCLUSION - CARACTERISTIQUES DES SUJETS

Variable		Total (n=238)
Sentiment de cohérence (SOC)	Manquant (%)	3 (1,3%)
	Médiane (q1-q3)	50.0 (43.0;58.0)
	Moyenne +/- SD	51.3 ± 10.34
	Minimum-maximum	22.0;81.0
Âge	Manquant (%)	0%
	Médiane (q1-q3)	16.0(15.0;17.0)
	Moyenne +/- SD	15.8±1.05
	Minimum-maximum	14.0;19.0
Âge des premières règles	Manquant (%)	2 (0,8%)
	Médiane (q1-q3)	12.0 (12.0;13.0)
	Moyenne +/- SD	12.4 ± 1.28
	Minimum-maximum	9.0;15.0
Règles régulières	Manquant (%)	0%
	Oui	177 (74.4%)
	Non	61 (25.6%)
Durée des règles	Manquant (%)	4 (1,7%)
	Médiane (q1-q3)	5.0 (4.0;6.0)
	Moyenne +/- SD	5.4 ± 1.68
	Minimum-maximum	2.0;15.0
Règles douloureuses ?	Manquant (%)	0 (0%)
	Oui	209 (87.8%)
	Non	29 (12.2%)
Intensité de la douleur (EVA)	Manquant (%)	29 (12,2%)
	Médiane (q1-q3)	5.0 (3.0;7.0)
	Moyenne +/- SD	5.3 ± 2.37
	Minimum-maximum	1.0;10.0

Le score de sentiment de cohérence médian est de 50 et définissait le cut-off de cette étude entre les groupes « SOC faible » et « SOC fort ».

L'âge de notre échantillon moyen est de 15,8 ans et s'étend de 14 à 19 ans. L'âge aux ménarches moyen est de 12,4 ans et s'étend de 9 à 15 ans. 74,4% déclarent leurs règles comme étant régulières et celles-ci durent en moyenne 5,4 jours. Pour 87,8% des lycéennes, leurs menstruations sont une expérience douloureuse avec une cotation de la douleur à 5,3 sur 10 (où 0 = aucune douleur et 10 = la pire douleur imaginable).

TABLEAU II : INCLUSION - SIGNES ASSOCIES AUX DYSMENORRHEES

Variable	Total (n=209)*
<u>Douleurs associée à d'autres signes</u>	
Douleurs associée à d'autres signes (Oui si au moins un autre signe associé à la douleur ventre/dos)	
Oui	178 (85.2%)
Non	31 (14.8%)
Parmi les 178 ayant répondu oui :	
Fatigue	142 (79.8%)
Nausées, vomissements	31 (17.4%)
Diarrhées	22 (12.4%)
Anxiété	51 (28.7%)
Maux de tête	68 (38.2%)
Pleurs	73 (41.0%)
Enervement	105 (59.0%)
Autres	33 (18.5%)
Autres:	
Tristesse / Syndrome dépressif / labilité émotionnelle / Hypersensibilité	13
Mastodynies	10
Courbatures / Crampes	8
Vertiges / Malaises	3
Problèmes cutanés	3
Excès / Perte d'appétit	2
Envie de dormir	1
Libido augmentée	1

Sur les 209 lycéennes ressentant des douleurs pendant leurs règles, 85,2% présentent des signes associés. Les signes déclarés par ordre décroissant de fréquence sont : l'asthénie, l'énervement, les pleurs, les céphalées, l'anxiété, d'autres symptômes (labilité émotionnelle, mastodynies, courbatures, malaises, problèmes cutanés, troubles alimentaires, libido exacerbée, douleur dorsale), puis les signes digestifs : nausées/vomissements et diarrhées.

TABLEAU III : INCLUSION - TRAITEMENTS UTILISES

Variable		Total (n=209)*
<u>Traitement lors des règles</u>		
Utilisation de traitement ?	Manquant	1
	NON	70 (33,7%)
	OUI	138 (66,3%)
Paracétamol	Manquant	71
	NON	54 (39.1%)
	OUI	84 (60.9%)
Antispasmodique	Manquant	71
	NON	74 (53.6%)
	OUI	64 (46.4%)
Anti-inflammatoire	Manquant	71
	NON	104 (75.4%)
	OUI	34 (24.6%)
Bouillotte	Manquant	71
	NON	74 (53.6%)
	OUI	64 (46.4%)

Variable		Total (n=209)*
Autre(s) traitement(s)	Manquant	71
	NON	123 (89.1%)
	OUI	15 (10.9%)

Autres traitements cités : boisson chaude / Codéine / Homéopathie / Huiles essentielles / Pilule / Sac de riz

La douleur passe-t-elle avec l'aide de cet(s) antalgique(s)?	Manquant	72
	NON	16 (11.7%)
	OUI	121 (88.3%)

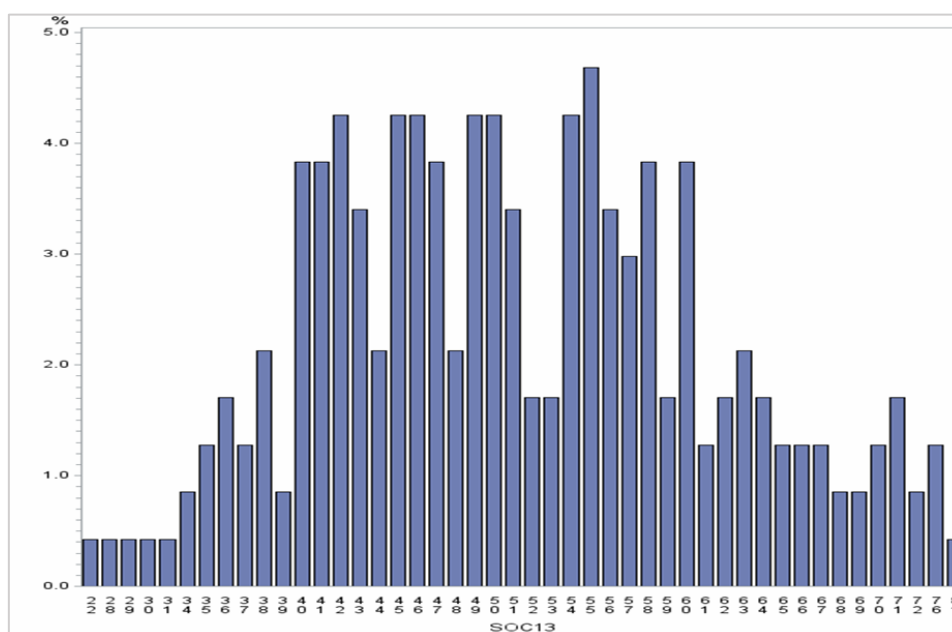
\* Ne sont prises en compte ici que les lycéennes ayant répondu « oui » à la question concernant les douleurs lors des règles.

Sur les 209 lycéennes ressentant des douleurs pendant leurs règles, 66,3% ont recours à un traitement. Les traitements utilisés par ordre décroissant de fréquence sont : le paracétamol, les antispasmodiques et la bouillote puis les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

15 d'entre elles ont recours à d'autres formes de traitement : les boissons chaudes, la codéine, l'homéopathie, les huiles essentielles, la pilule et le sac de riz.

Il a été décrit dans notre population que 47% des jeunes femmes souffrant de dysménorrhées primaires cotent leur douleur entre 4 et 6 sur l'échelle numérique, ainsi selon la définition de cette présente étude, c'est 53% des lycéennes souffrant de dysménorrhées primaires qui évaluent leur douleur à plus de 7/10 sur cette même échelle.

FIGURE 7 : REPARTITION DES LYCEENNES SELON LEUR SCORE DE SENTIMENT DE COHERENCE TOTAL (EN %)



La répartition graphique du score de sentiment de cohérence nous montre qu'il s'étend de 22 à 81 sachant que le minimum possible dans ce score était de 13 et que son maximum était 91.

TABLEAU IV : EVA ET SOC-13

Variable		SOC Faible	SOC Élevé	P*	
DOULEUR (EVA)	Nombre total		109	126	
	Manquant (%)		0	0	
	Moyenne +/- SD		5.1 +/-2.9	4.3 +/- 2.7	0.014*
	Médiane (q1-q3)		6 (3 ;7)	4 (2;7)	
	Minimum-Maximum		0 - 10	0 - 10	
*Test de Mann Whitney					
DYSMENORRHEES	Absence	35 (32.1%)	53 (42.1%)	0.116**	
	Primaire	74 (67.9%)	73 (57.9%)		

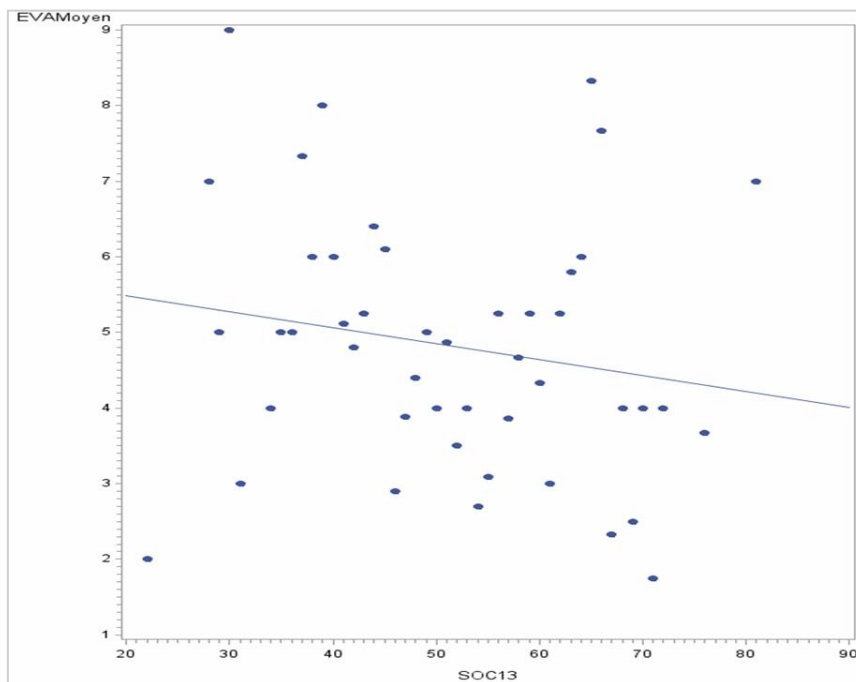
\*\*Test de Chi-deux

La séparation SOC faible/SOC élevé a été réalisée en fonction de la médiane constatée sur les 235 lycéennes ayant complété correctement le SOC-13. Ainsi le groupe « SOC élevé » a regroupé les lycéennes ayant un score de sentiment de cohérence supérieur ou égal à 50. La valeur 0 a été attribuée à l'EVA lorsque la participante déclarait une absence de douleur au cours de ses trois derniers cycles.

67,9% présentent des dysménorrhées primaires dans le groupe « SOC faible » versus 57.9% dans le groupe « SOC élevé » ( $p=0,116$ ). Les fréquences ne sont pas significativement différentes.

La douleur (EVA) moyenne est de 5.1 dans le groupe « SOC faible » versus 4.3 dans le groupe « SOC élevé » ( $p=0,014$ ). Les moyennes sont significativement différentes dans les deux groupes.

FIGURE 8 : EVA MOYEN SUR LES 3 DERNIERS CYCLES EN FONCTION DU SCORE DE SENTIMENT DE COHERENCE AVEC DROITE DE REGRESSION (POINTS NON PROPORTIONNELS AUX EFFECTIFS)



La droite de régression, représentant la relation entre score de sentiment de cohérence et cotation de la dysménorrhée, est faiblement décroissante.

TABLEAU V : CORRELATION SOC-13 ET DOULEUR

Coefficients de corrélation de Spearman, N = 235 Proba >  r  sous H0: Rho=0		
	Douleur	SOC13
Douleur	1.00000	-0.14274
		0.0287
SOC-13	-0.14274	1.00000
	0.0287	

Il existe donc une liaison non nulle entre les deux mesures ( $p=0.03$ ). Le coefficient de corrélation est de -0.14, la liaison existe mais est faible.

L'association entre dysménorrhées primaires et score de sentiment de cohérence semble exister. Avoir un SOC fort ne semble pas être protecteur vis-à-vis des dysménorrhées primaires mais permettrait d'avoir une expérience de la douleur plus faible.



## IV. Discussion

### a. Synthèse des résultats

L'étude de l'association entre dysménorrhées primaires et score de sentiment de cohérence semble montrer qu'avoir un fort SOC n'est pas protecteur face aux dysménorrhées primaires mais diminuerait l'expérience douloureuse de ces *périodes*.

L'évaluation du sentiment de cohérence de la population de cette étude a permis de déterminer que le SOC-13 moyen est plus bas d'au moins une dizaine de points par rapport aux scores décrits dans d'autres populations d'adolescentes. (21,32)

La prévalence dans notre population des dysménorrhées primaires était de 59,5% avec comme cotation moyenne de la douleur égale à 5,3 sur 10 sur l'EVA.

Les troubles associés aux dysménorrhées primaires qui ont été observés sont, par ordre décroissant de fréquence : l'asthénie, l'énervement, les pleurs, les céphalées, l'anxiété, d'autres symptômes (labilité émotionnelle, mastodynies, courbatures, malaises, problèmes cutanés, troubles alimentaires, libido exacerbée, douleur dorsale), puis les signes digestifs.

### b. Points forts

Il s'agit de la première étude qui s'intéresse à l'association entre sentiment de cohérence et dysménorrhées primaires. Cette étude sera suivie d'une recherche évaluant l'impact des dysménorrhées primaires sur la qualité de vie dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de sages-femmes pour l'année 2021.

La prévalence des dysménorrhées primaires chez les adolescentes du Finistère rejoint les chiffres évoqués par la cohorte Constance portant sur les algies pelviennes chroniques en 2016, argumentant la représentativité de notre échantillon. (5)

Les adolescentes interrogées proviennent de lycées variés aussi bien géographiquement que socialement au sein du Finistère.

Ce travail de recherche a participé à rendre visible et explicite ce que les adolescentes ont comme ressources pour faire face à ces douleurs chroniques, et parfois sévères. En effet, répondre à ce questionnaire a introduit une réflexion sur la douleur qui accompagne les premiers cycles ovulatoires et a ainsi encouragé les adolescentes concernées à discuter avec les infirmières scolaires et dans leurs groupes de pairs. La participation des adolescentes à cette étude les a encouragées à développer leur *empowerment* face à la santé en les confrontant aux ressources médicamenteuses disponibles.

### **c. Limites**

Il convient de rappeler que l'effectif requis pour cette étude de 250 sujets n'a pas été atteint. L'analyse du critère principal n'a été possible que pour 238 lycéennes. Les données n'ont été recueillies qu'auprès d'adolescentes scolarisées et dans l'enseignement public. Ce biais de recrutement empêche d'appliquer les résultats à la population des adolescentes en général.

La salutogenèse aide l'individu à faire de meilleurs choix pour sa santé au quotidien, expliquant des taux plus faibles de tabagisme chez les personnes ayant un sentiment de cohérence fort. Or, le tabac est un des facteurs de risque de dysménorrhées primaires et il n'a pas été pris en compte dans cette étude. Il est donc impossible de déterminer s'il s'agit ou non d'un facteur de confusion. (7,18)

Il s'agissait d'adolescentes fréquentant des établissements dotés d'infirmières scolaires volontaires pour participer à cette étude, il semble alors pertinent de se questionner quant à l'influence de cette présence déjà sensibilisée aux dysménorrhées primaires au sein des lycées. Les adolescentes présentant des dysménorrhées primaires auraient alors déjà développé une bonne compréhension et donné du sens à ce qu'elles vivent chaque mois, favorisant ainsi leurs ressources externes et expliquant la faible corrélation retrouvée dans notre étude.

### **d. SOC et compétences psycho-sociales**

Il a été ici retrouvé que 33,7% des adolescentes dysménorrhéiques n'utilisent pas de traitements antalgiques quel qu'il soit. Ce qui peut témoigner d'un manque d'informations quant aux ressources antalgiques existantes. D'où l'importance d'apporter une information adaptée et d'orienter ces patientes vers des traitements efficaces : bouillote, AINS et contraception oestroprogestative. (31,33)

Cela souligne l'importance des professionnels au contact direct des adolescentes dans la réorientation vers les sages-femmes et les médecins et dans le soutien au développement de la compréhension des dysménorrhées et des compétences à faire face de ces jeunes filles.

L'équilibre entre stimuli exogènes et utilisation efficiente des ressources de l'individu comme barrière à la maladie, décrit ici sous le terme « salutogenèse » fait écho aux compétences psychosociales expliquées par l'OMS en 1993 comme étant :

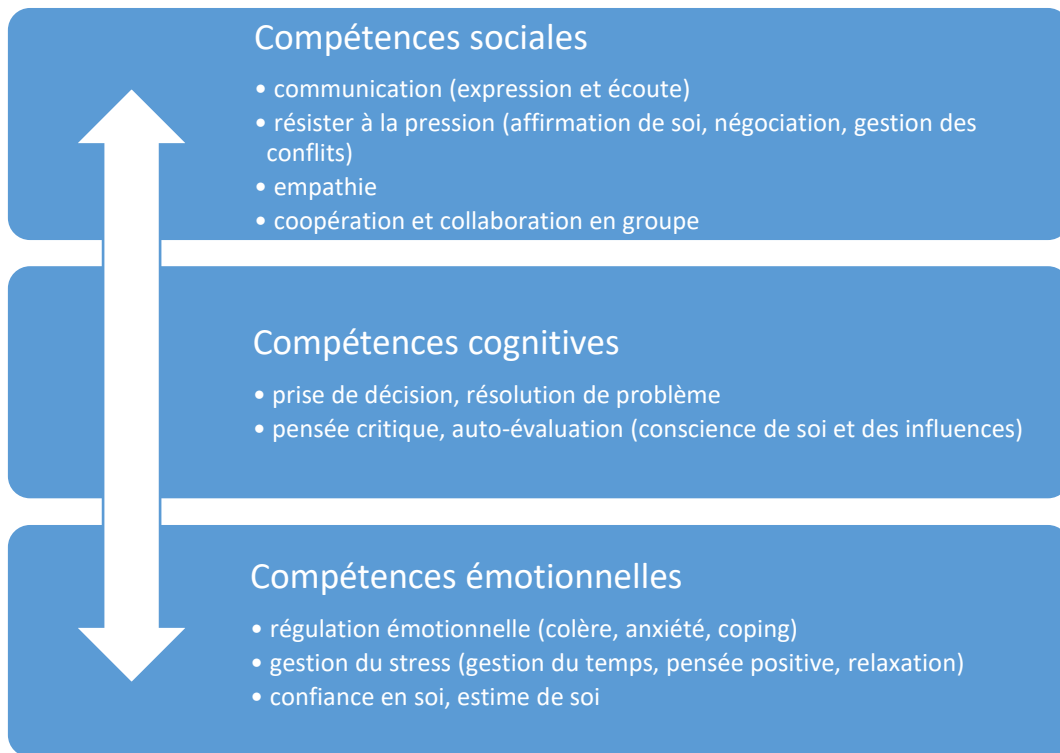
*« [...] la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »*

L'OMS identifie cinq paires de compétences :

- la capacité à résoudre des problèmes / à prendre des décisions ;
- avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ;
- savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir conscience de soi / avoir de l'empathie ;
- savoir réguler ses émotions / savoir gérer son stress.

L'OMS regroupe ces compétences sous trois axes : les compétences sociales, les compétences cognitives et les compétences émotionnelles décrites dans la figure 9. (34)

FIGURE 9 : REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES (34)



Cet autre concept utilisé en promotion de la santé expose la nécessité de construire une information aux patientes de telle manière à développer et revaloriser leurs compétences et les ressources à leur disposition. Il convient donc d'adapter la forme de l'information au public qui lui est destiné.

#### **e. Traitements des dysménorrhées primaires et troubles associés**

Dans cette étude, seules 66,3% des adolescentes ressentant des douleurs pendant leurs règles ont recours à un traitement, quel qu'il soit. Ces chiffres rejoignent ceux retrouvés dans d'autres études à l'international.(7,35)

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2005 a recommandé l'utilisation d'AINS, mais propose également l'utilisation de progestérone et de rétroprogestérone, ainsi que d'oestrogenostatifs (pilule, patch et anneau contraceptif). Il propose de compléter l'un de ces moyens thérapeutiques par un antispasmodique. (33)

La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) en 2017 recommande le traitement des dysménorrhées primaires par :

-des moyens non médicamenteux par le biais de neurostimulation transcutanée, l'application topique de chaleur ou par l'acupuncture pour les femmes ne tolérant pas les formes médicamenteuses. Ces traitements ne reposent que sur des données limitées et nécessiteraient une expérimentation plus large (grade II-B).

-des moyens médicamenteux avec les AINS en première intention. Les contraceptifs oraux peuvent être un traitement intéressant grâce à leur action contraceptive. Leur utilisation en continu est à envisager afin d'empêcher l'hémorragie de privation et donc les dysménorrhées. (Grade I-A)

Le système intra-utérin au levonorgestrel peut être une option dans la prise en charge des dysménorrhées primaires. (grade II-B) (30,34)

Les traitements les plus utilisés rapportés dans cette présente étude ne sont pas les plus efficaces. Les anti-inflammatoires qui est le traitement de première intention ne sont pas les plus utilisés (24,6% des sujets utilisant un traitement). (31,36)

Il est important de rappeler que les AINS, décrits comme le traitement de première intention en cas de dysménorrhées primaires, présentent des contre-indications :

- ulcère gastro-duodéal
- insuffisance cardiaque ou rénale sévère,
- grossesse après 24 semaines d'aménorrhées. (37)

Les AINS ne sont pas sur la liste des médicaments dont la prescription est autorisée par les sages-femmes. Néanmoins, cette classe médicamenteuse est disponible à la vente libre derrière le comptoir, assurant un rappel des bonnes pratiques à la patiente lors de l'achat. (38,39)

Les troubles associés aux dysménorrhées primaires décrits dans cette étude sont les mêmes que ceux mis en valeur dans la population générale par d'autres travaux de recherche. L'asthénie et des troubles de l'humeur y ont été principalement observés également. (3-5)

#### **f. Implication dans la pratique clinique**

Afin d'aider les lycéennes à faire face aux dysménorrhées primaires, des actions répondant à un modèle salutogénique dans le but de développer leurs compétences psychosociales seront mises en place dans les lycées ayant participé à l'étude. Les modèles

d'intervention seront variés : échanges avec des sages-femmes, intervention d'étudiants sages-femmes en demie-classe, et création de supports d'information. Ces interventions seront co-construites en amont à partir d'échanges émergents de groupes de travail constitués par les lycéennes auxquelles elles seront destinées.

Un support sera également proposé aux professionnels de santé en contact avec les adolescentes du Finistère, disponible en annexe 3, afin de guider l'accompagnement des dysménorrhées primaires.

La connaissance de l'association entre dysménorrhées primaires et sentiment de cohérence permettra de favoriser une meilleure compréhension par les adolescentes de ce syndrome par le biais d'informations et d'outils adaptés pour les aider à mieux gérer leurs dysménorrhées et le stress qu'elles impliquent. Par exemple, en construisant les informations délivrées au cours d'une consultation de gynécologie de prévention selon un modèle salutogénique, et ainsi améliorer son intégration par les patientes et stimuler l'utilisation des ressources qu'elles ont à leur disposition. Cette structure de l'information pourrait être utilisée chez tous les professionnels de santé au contact des adolescents (médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, infirmiers scolaires, médecins scolaires, sages-femmes, professionnels des maisons des adolescents, etc.).

### *1. Séance d'éducation à la vie sexuelle et affective et dysménorrhées primaires*

Le score de sentiment de cohérence moyen de notre échantillon semble plus bas que celui qui a été calculé dans la population générale (tous âges confondus) (40). Le SOC-score moyen est également plus faible que celui décrit dans les populations d'adolescentes danoises et norvégiennes (21,32). Cette différence significative pourrait être due à une approche positive et systématisée de l'information aux adolescents, notamment de l'éducation à la vie génitale et sexuelle dans les établissements scolaires des pays du Nord. Leurs politiques de prévention et d'éducation à la santé sexuelle seraient donc plus efficaces.

En Norvège, l'éducation sexuelle à l'école remonte à 1939 et le programme scolaire de 1971 intégrait déjà des thèmes comme le désir sexuel, la masturbation, l'homosexualité, la contraception, l'avortement et les Infection Sexuellement Transmissibles (IST). Le gouvernement soutient fortement le planning familial et l'opinion publique concernant la sexualité des adolescents y est décrite comme positive. (41,42)

Au Danemark, l'éducation sexuelle est devenue obligatoire en 1970. L'opinion quant à la sexualité des jeunes est positive et bienveillante. Le programme de ces séances à la santé contient des informations concernant le fonctionnement biologique, la transmission des IST, la contraception mais également un abord émotionnel développant les remaniements apparaissant à la puberté. (42)

En France, les premiers programmes fondant une éducation sexuelle datent de 1998. Depuis les lobbyings conservateurs protestent fréquemment contre l'éducation sexuelle à l'école. Les programmes sont décrits par Parker et al comme étant bons mais non couplés à des moyens suffisants. (42)

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 du code de l'éducation a instauré des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective. Elles doivent réglementairement être au nombre de 3 par an depuis l'école primaire jusqu'au lycée. Ces séances doivent notamment contenir entre autres des informations expliquant le fonctionnement physiologique de l'appareil génital féminin. (43)

Elles permettent de développer la composante « intelligibilité » du SOC : elles aident à donner du sens à ce qu'expérimente la majorité des adolescentes et favoriser des comportements adaptés (« capacité à gérer » du SOC) grâce aux contacts locaux présentés lors de ces séances (Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), Maisons des adolescents etc.).

Ces séances sont aussi utiles pour travailler sur la représentation des règles. Pour beaucoup de jeunes filles, avoir ses règles est une expérience profondément négative à cause des représentations sociales qui les entourent. Des jeunes filles non dysménorrhéiques peuvent alors se sentir invalidées alors même qu'elles ne souffrent pas. (44)

Un autre concept appuyant l'importance de centrer l'éducation thérapeutique selon les compétences et les attentes des patients est l'Education Complète à la Sexualité (ECS) (45). Cette méthode d'éducation sexuelle proposée par l'Organisation des Nations unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO) en 2009 vise à permettre aux jeunes de réaliser des choix pertinents et individualisés qu'ils seront menés à faire en matière de santé sexuelle. Elle a prouvé son efficacité par des taux moins importants de comportements à risque. Son efficacité repose sur l'implication des jeunes dans l'élaboration des actions de prévention qui leur sont destinées. L'ECS aborde les registres physique, social et émotionnel, afin de mettre en évidence les multiples facteurs influençant l'expérience que représente l'entrée dans la sexualité. (46)

## *2. L'adolescente : une patiente singulière*

Le fait que le score de SOC soit à son minimum au moment de l'adolescence rappelle combien la patiente adolescente est singulière.

Les modifications corporelles rapides et l'émergence d'émotions complexes telles que le désir sexuel et l'identité de genre aboutissent à la création d'une nouvelle identité se confrontant ou permettant l'intégration d'un groupe de pair. Les adolescents développent entre eux des liens d'attachement au dépens de ceux construits avec les parents. (47)

La construction de l'identité est très liée à l'image de soi. Ces images qui leurs sont renvoyées par leur corps sont plus ou moins sources d'attrait et de fierté ou altérées par des représentations socioculturelles ou celles renvoyées par les pairs. L'estime de soi a tendance à diminuer lors de l'adolescence notamment chez les filles. Il a été décrit qu'une faible estime de soi est reliée à des comportements sexuels plus risqués. (48–50)

C'est à cette période, que les capacités intellectuelles se développent. La réorganisation anatomique et fonctionnelle majeure dans les régions impliquées dans la connaissance de soi, la régulation émotionnelle, l'appréhension des rôles sociaux et les fonctions exécutrices favorise l'émergence de conduites à risque (51).

L'adolescence est donc un moment clé d'expérimentation, que ce soit biologique (ménarches, désir sexuel etc.) ou sociologique (appartenance à un groupe, tabac, alcool, etc.).

La patiente adolescente est particulière : elle développe une identité qui se confronte à l'estime qu'elle a d'elle-même, souvent affaiblie et les remaniements neuronaux se réalisant à cette période favorisent les conduites à risque. Le personnel soignant a un rôle primordial à jouer dans l'accompagnement de l'adolescente : l'aider à réaliser des choix en santé tout en respectant son autonomie croissante, en apportant une information complète se fondant sur ses connaissances afin de les revaloriser ainsi qu'en adoptant une attitude bienveillante et positive.

Les besoins spécifiques des adolescents sont reconnus par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Depuis 2017, une cotation particulière a été mise en place pour répondre aux besoins des adolescentes de 15 à 17 ans inclus lors d'une Consultation de Contraception et de Prévention, qui est prise en charge complètement et annuellement par la sécurité sociale. Cette consultation ne se résume pas à une simple consultation de contraception, elle doit permettre d'aborder des sujets tels que l'anatomie, la physiologie et les IST. Elle permet au praticien de



dédier un temps plus long à cette consultation dite « complexe » grâce à une revalorisation financière afin de pouvoir, à partir des connaissances de la jeune fille, construire avec elle un échange permettant une information sur l'anatomie des appareils génitaux, la prévention des IST et les différents moyens contraceptifs à sa disposition. (52,53)

#### **g. Proposition pour études à venir**

Lors d'une prochaine étude, il serait nécessaire de recueillir des informations comme le tabagisme pour déterminer s'il s'agit ou non d'un facteur de confusion entre dysménorrhées primaires et sentiment de cohérence.

Le score de sentiment de cohérence moyen de cette étude semble plus bas que celui qui a été calculé dans la population générale. Il serait intéressant de suivre cette population sur le long terme pour conclure si le score de sentiment de cohérence suit la tendance observée par d'autres études, c'est-à-dire qu'il augmente progressivement avec l'âge. Le score médian bas de notre population serait alors expliqué par leur jeune âge.

L'évaluation du score de sentiment de cohérence avant et après la mise en place d'interventions construites sur un modèle salutogénique permettrait l'évaluation de l'impact de ce format d'éducation à la santé et de valider son efficacité lors des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective.

Enfin, l'étude de l'impact de la présence d'un infirmier scolaire au sein d'un établissement sur l'adaptation des adolescentes face à leurs dysménorrhées permettrait de mesurer l'intérêt pour les jeunes filles d'avoir un contact rapide, quotidien et gratuit avec un professionnel de santé. Cela serait possible en comparant les connaissances et l'adaptation aux dysménorrhées primaires des lycéennes scolarisées où ces professionnels sont présents en permanence par rapport à d'autres n'en disposant pas ou seulement à temps partiel.

## V. Conclusion

Les dysménorrhées primaires semblent liées au sentiment de cohérence : l'expérience douloureuse des menstruations était moins importante chez les jeunes filles ayant un score de SOC plus élevé. Avoir une bonne *compréhension* des dysménorrhées primaires, une *confiance en sa capacité à faire face* et que ces symptômes prennent *sens*, aident les adolescentes à mieux vivre leurs règles douloureuses.

Le SOC-score des adolescentes finistériennes est en moyenne beaucoup plus bas que dans les populations adolescentes décrites dans les études précédentes. Cela pourrait être dû à une approche de l'appareil génital et de la sexualité ne répondant pas aux besoins singuliers des adolescentes. C'est-à-dire ne prenant pas en compte les informations dont elles ont besoin, ne revalorisant pas leurs compétences ni l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes et ne traitant pas des différents aspects impactés par la puberté (physique, émotionnel, social).

La compréhension de ces remaniements hormonaux par le biais d'interventions répondant au modèle salutogénique et respectant l'éducation complète à la sexualité, deux concepts prônés respectivement par l'OMS et l'UNESCO permettent aux adolescentes de prendre des décisions éclairées en matière de santé et augmentent alors leur *capacité à faire face*. Toute action de prévention devant être co-construite avec les adolescentes.

Cette étude nous rappelle la singularité de la patiente adolescente dans la pratique clinique : c'est un individu en création identitaire et en recherche d'autonomie, physiologiquement plus enclin à expérimenter des conduites à risque. D'où l'importance d'accorder un temps de consultation individualisé (sans la présence des parents), assez long afin d'y développer une relation de confiance et de l'informer de manière complète sur ce qu'elle expérimente.

## Bibliographie

1. Davis AR, Westhoff CL. Primary Dysmenorrhea in Adolescent Girls and Treatment with Oral Contraceptives. *J pediatr adolesc gynecol*. 1 févr 2001;14(1):3-8.
2. Merviel P, Cabry R, Brzakowski M, Dupond S, Boulard V, Lourdel E, et al. Cycle menstruel. *EMC - Gynécologie* [Internet]. janv 2020 [cité 2 mars 2020];35(1). Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/275704>
3. Arafa AE, Senosy SA, Helmy HK, Mohamed AA. Prevalence and patterns of dysmenorrhea and premenstrual syndrome among Egyptian girls (12–25 years). *Middle East Fertility Society Journal* [Internet]. 29 janv 2018 [cité 25 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110569017302935>
4. Burnett M. Prevalence of Primary Dysmenorrhea in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. août 2005;27(8):765-70.
5. Margueritte F. Algies pelviennes chroniques : prévalence et caractéristiques associées dans la cohorte Constances. *Rev épidémiol santé publique*. 1 avr 2016;64(2):134.
6. Bidet M. Disménorrhée de l'adolescente. *Médecine de la Reproduction*. 1 oct 2013;15(4):328-33.
7. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update*. 1 nov 2015;21(6):762-78.
8. Gagua T, Tkeshelashvili B, Gagua D, McHedlishvili N. Assessment of anxiety and depression in adolescents with primary dysmenorrhea: a case-control study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. déc 2013;26(6):350-4.
9. Catherine Jousset, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013 [Internet]. INSERM; 2013 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/le-nouveau-visage-de-nos-adolescents/18400/>
10. Rapport. Médicaments psychotropes – Consommations et pharmacodépendances. Les éditions INSERM; 2012.
11. Van Iersel KC, Kiesner J, Pastore M, Scholte RHJ. The impact of menstrual cycle-related physical symptoms on daily activities and psychological wellness among adolescent girls. *Journal of Adolescence*. 1 juin 2016;49:81-90.
12. Ambresin A-E, Belanger RE, Chamay C, Berchtold A, Narring F. Body Dissatisfaction on Top of Depressive Mood among Adolescents with Severe Dysmenorrhea. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 1 févr 2012;25(1):19-22.
13. Nur Azurah AG, Sanci L, Moore E, Grover S. The Quality of Life of Adolescents with Menstrual Problems. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 1 avr 2013;26(2):102-8.
14. 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. *J Obstet Gynaecol Res*. nov 2018;44(11):2101-9.

15. Sahin N, Kasap B, Kirli U, Yeniceri N, Topal Y. Assessment of anxiety-depression levels and perceptions of quality of life in adolescents with dysmenorrhea. *Reprod Health*. 26 janv 2018;15(1):13.
16. OMS | Constitution de l'OMS: ses principes [Internet]. WHO. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/mission/fr/>
17. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. 1986;6.
18. Lindström B, Ericksson M. La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé. Québec: Presses de l'Université Laval; 2012. 140 p.
19. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. nov 2007;61(11):938-44.
20. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J epidemiol community health*. 1 mai 2006;60(5):376-81.
21. Moksnes UK, Espnes GA, Lillefjell M. Sense of coherence and emotional health in adolescents. *Journal of Adolescence*. 1 avr 2012;35(2):433-41.
22. Duboc A. Une approche holiste et une typologie de la protection féminine pour promouvoir la santé des femmes atteintes d'un cancer du sein. *Recherche en soins infirmiers*. 2012;110(3):27.
23. Bonny A, Bérard C. Sentiment de cohérence des femmes : quels impacts ? *Profession sage-femme*. oct 2018;249:24-6.
24. Lena N, Bengt L. Learning as a health promoting process: The salutogenic interpretation of the Swedish curricula in state education. :10.
25. Nilsson LA. Health promotion as school development. *Scand J Nutr*. 1 janv 2004;48(2):70-6.
26. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1 juin 2005;59(6):460-6.
27. Gana K, Garnier S. Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Personality and Individual Differences*. 1 nov 2001;31(7):1079-90.
28. Hakanen JJ, Feldt T, Leskinen E. Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *J Res Pers*. 1 juin 2007;41(3):602-17.
29. Schnyder U, Büchi S, Sensky T, Klaghofer R. Antonovsky's sense of coherence: trait or state? *Psychother Psychosom*. déc 2000;69(6):296-302.
30. Antonovsky A. Personality and health: Testing the sense of coherence model. In: *Personality and disease*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1990. p. 155-77. (Wiley series on health psychology/behavioral medicine).
31. Burnett M, Lemyre M. N° 345-Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 1 juill 2017;39(7):596-608.

32. Nielsen AM, Hansson K. Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress and Health*. 2007;23(5):331-41.
33. Pélissier Langbort C. Les dysménorrhées et leur traitement médical. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. sept 2005;34(5):513.
34. Lamboy B, Fortin J, Nekaa M. Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances. *La Santé en action*. 2015;(431):31.
35. Narring F, Yaron M, Ambresin A-E. La dysménorrhée : un problème pour le pédiatre ? *Archives de Pédiatrie*. 1 févr 2012;19(2):125-30.
36. Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. déc 2005;27(12):1131-46.
37. VIDAL - AINS (traitement par) - A savoir [Internet]. [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/recommandations/4022/ains\\_traitement\\_par/a\\_savoir/](https://www.vidal.fr/recommandations/4022/ains_traitement_par/a_savoir/)
38. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.
39. Bon usage du paracétamol et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : ces médicaments ne pourront plus être présentés en libre accès - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Bon-usage-du-paracetamol-et-des-anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-ces-medicaments-ne-pourront-plus-etre-presentes-en-libre-acces-Point-d-Information>
40. Feldt T, Kinnunen U, Mauno S. A mediational model of sense of coherence in the work context: a one-year follow-up study. *Journal of Organizational Behavior*. 2000;21(4):461-76.
41. Egeland I. Sex education in Norway. *IPPF Eur Reg Inf*. oct 1978;7(4):3-4.
42. Parker R, Wellings K, Lazarus JV. Sexuality Education in Europe: An Overview of Current Policies. *Sex Education*. août 2009;9(3):227-42.
43. Code de l'éducation - Article L312-16. Code de l'éducation juill, 2001.
44. Johnston-Robledo I, Stubbs ML. Positioning Periods: Menstruation in Social Context: An Introduction to a Special Issue. *Sex Roles*. 1 janv 2013;68(1):1-8.
45. UNESCO, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Fonds des Nations Unies pour la population, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, Organisation Mondiale de la Santé. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité: une approche factuelle [Internet]. [cité 26 févr 2020]. 166 p. Disponible sur: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000266214>
46. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach [Internet]. 2nd rev. ed. Paris; 2018 [cité 27 févr 2020]. 138 p. Disponible sur: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>

47. Puberty education & menstrual hygiene management [Internet]. Paris: UNESCO; 2014 [cité 27 févr 2020] p. 58. (Good policy and practice in HIV & AIDS and education). Disponible sur: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000226792>
48. Potard C, Courtois R, Clarisse R, Le Floc'h N, Thomine M, Réveillère C. Influence de la maturation pubertaire et de l'estime de soi corporelle sur la sexualité à l'adolescence. *L'Encéphale*. 1 avr 2016;42(2):138-43.
49. Gillen MM, Lefkowitz ES, Shearer CL. Does Body Image Play a Role in Risky Sexual Behavior and Attitudes? *J Youth Adolescence*. 1 avr 2006;35(2):230-42.
50. Wild LG, Flisher AJ, Bhana A, Lombard C. Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(8):1454-67.
51. Dayan J, Guillery-Girard B. Conduites adolescentes et développement cérébral : psychanalyse et neurosciences. *Adolescence*. 17 oct 2011;n° 77(3):479-515.
52. Tarifs [Internet]. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/tarifs>
53. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg)

## Annexes

### **Annexe 1 : SOC-13 (Antonovsky, 1993)**

Consignes : Pour chaque question, veuillez entourer le numéro correspondant le mieux à ce que vous ressentez d'une manière générale entre très souvent et très rarement.

**1) Avez-vous le sentiment que ce qui se passe autour de vous ne vous concerne pas ?**

1      2      3      4      5      6      7

Très souvent

Très rarement

**2) Vous est-il arrivé d'être surpris par le comportement de personnes que vous pensiez pourtant bien connaître ?**

1      2      3      4      5      6      7

Très souvent

Très rarement

**3) Est-il arrivé que les gens sur lesquels vous comptiez vous aient déçu ?**

1      2      3      4      5      6      7

Très souvent

Très rarement

**4) Jusqu'ici, votre vie a été orientée vers des objectifs ou des buts**

1      2      3      4      5      6      7

Pas très clairs, pas très définis

Très clairs, très définis

**5) Avez-vous le sentiment d'être traité de façon injuste**

1      2      3      4      5      6      7

Très souvent

Très rarement

**6) Avez-vous le sentiment d'être dans une situation inhabituelle et de ne pas savoir quoi faire**

1      2      3      4      5      6      7

Très souvent

Très rarement

**7) Faire ce que vous faites chaque jour est une source :**

1      2      3      4      5      6      7

De déplaisir et d'ennui

De grand plaisir et de satisfaction

**8) Cela vous arrive-t-il d'avoir des sentiments et des idées assez confus et embrouillés ?**

1      2      3      4      5      6      7

Très souvent

Très rarement

**9) Vous arrive-t-il d'éprouver des sentiments que vous préféreriez ne pas ressentir ?**

1      2      3      4      5      6      7

Très souvent

Très rarement

**10) Beaucoup de personnes, même celles qui ont du caractère, se sentent parfois impuissantes dans certaines situations. Avez-vous déjà ressenti cela ?**

1      2      3      4      5      6      7

Très souvent

Très rarement



**11) Quand quelque chose vous arrive ; vous avez tendance :**

1      2      3      4      5      6      7

de 1 : à surestimer son  
importance

4 : à évaluer  
son importance  
correctement,  
dans ses justes  
proportions.

à 7 : sous-estimer son  
importance

**12) Vous arrive-t-il de penser que les choses que vous faites quotidiennement n'ont pas beaucoup de sens, pas beaucoup d'intérêt ?**

1      2      3      4      5      6      7

Très souvent

Très rarement

**13) Vous arrive-t-il d'avoir des sentiments que vous n'êtes pas sûr de pouvoir contrôler ?**

1      2      3      4      5      6      7

Très souvent

Très rarement

**Annexe 2 : Auto-questionnaire sur les dysménorrhées primaires**

1. Quel âge avez-vous ? .....

2. Avez-vous déjà eu vos règles ?  Oui  Non

3. A quel âge avez-vous eu vos règles pour la première fois ? .....

4. Avez-vous eu vos règles au cours des 6 derniers mois ?  
 Oui  Non

*(Si non, passer à la question 15 directement)*

5. Vos règles sont-elles régulières ?  Oui  Non

6. Vos règles durent en moyenne : .....

7. Les règles peuvent être douloureuses dans le bas ventre ou le bas du dos.  
Est-ce votre cas ?  Oui  Non

Si oui, sur vos trois derniers cycles, si vous deviez donner une note entre 0 et 10 à cette douleur avant la prise d'un traitement antidouleur, ce serait (entourez le chiffre correspondant) :

**0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10**

*0 : pas de  
douleur*

*10 : la pire  
douleur  
imaginable*

8. Cette douleur est-elle associée à d'autres signes ?  Oui  Non

*Cochez-la ou les réponses correspondantes.*

Fatigue

Anxiété

Maux de tête

Pleurs

Nausées/vomissements

Énervement/colère

Diarrhées

Autres

*Si autres, expliquez : .....*

9. Utilisez-vous un traitement lors de vos règles ?  Oui  Non

*Si oui (plusieurs réponses possibles)*

Paracétamol (doliprane, Dafalgan, Efferalgan...)

Antispasmodique (spasfon, spasfon-lyoc...)

Anti-inflammatoire (ibuprofène, advil, antadys, aspirine, aspegic...)

Bouillotte

Autres

*Si autres, lequel ou lesquels utilisez-vous ? : .....*

10. Cette douleur passe-t-elle habituellement avec l'aide de ce(s) antalgique(s) ?

Oui  Non

11. Au cours des 12 derniers mois, vos règles ont-elles engendrées une limitation de vos activités ?  Oui  Non

Si oui, comment qualifiez-vous l'impact engendré par vos règles sur :  
*Cochez une réponse par ligne.*

	Non impacté	Légèrement impacté	Modérément impacté	Significativement impacté	Sévèrement impacté
Vos loisirs et passe-temps (balades, chant, musique, théâtre, lecture...)					
Vos activités sportives (scolaires et extra-scolaires)					
Vos relations familiales et sociales (sorties entre amis/famille, fêtes, repas...)					
Votre concentration / participation en classe					
Votre temps consacré aux devoirs					
Vos notes aux contrôles					

12. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas aller au lycée à cause de vos règles ?  Oui  Non

13. Si oui, combien de jours avez-vous manqués dans les 12 derniers mois ?  
 .....

14. Vous est-il arrivé de manquer des contrôles/examens à cause de vos règles ?

Oui       Non

15. Utilisez-vous un moyen contraceptif ?

Oui       Non

*Si oui, quel est votre moyen contraceptif actuel:*

Préservatif (masculin ou féminin) ?       Oui       Non

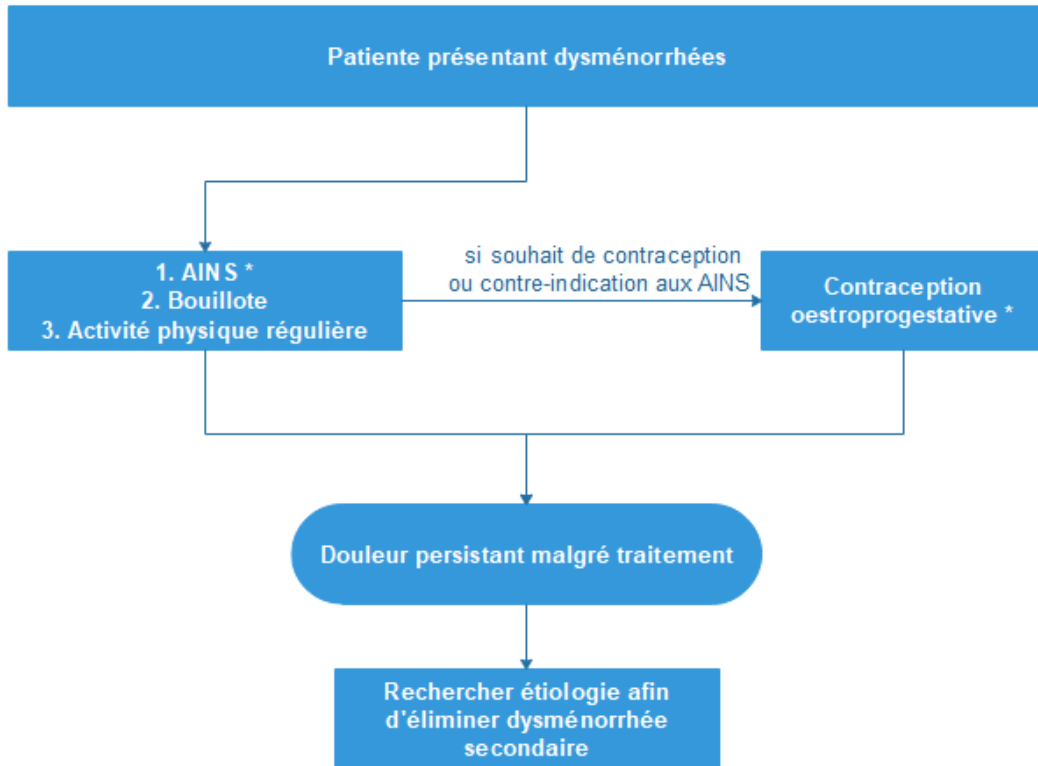
*Si vous utilisez un autre moyen contraceptif, cochez la case correspondante :*

- Stérilet au cuivre (DIU)
- Stérilet hormonal (SIU, Mirena, Jaydess, Kyleena)
- Pilule oestro-progestative
- Pilule progestative : pilule prise en continu, sans aucun arrêt ni placebo (Optimizette, Cérazette)
- Implant
- Patch
- Anneau vaginal
- Autre :

*Si autre, lequel? : .....*

### Annexe 3 : Organigramme de prise en charge des dysménorrhées

D'après les Recommandations pour la Pratique Clinique canadiennes de 2017(31)



\*en l'absence de contre-indications

## Résumé

**Objectifs :** étudier l'association entre dysménorrhées primaires et score de sentiment de cohérence, évaluer le score de SOC, évaluer la sévérité et mettre en évidence les troubles associés aux dysménorrhées primaires.

**Matériels et méthodes :** étude observationnelle transversale non interventionnelle multicentrique menée auprès de 247 lycéennes finistériennes entre 14 et 19 ans du 1<sup>er</sup> septembre 2019 jusqu'au 14 janvier 2020. Les données ont été recueillies par questionnaires. Le groupe « pas de dysménorrhées » était attribué lorsque le sujet ne présentait pas de douleur ou si la cotation était inférieure ou égale à 3/10, sinon, il été considéré comme souffrant de « dysménorrhées primaires ». Le groupe « dysménorrhées secondaires » regroupait les patientes ayant une cotation de la douleur supérieure ou égale à 7/10 persistant malgré l'utilisation d'antalgiques. Les sujets suspectés de dysménorrhées secondaires ont été exclus de l'analyse. Le SOC était quantifié par le questionnaire SOC-13.

**Résultats :** Avoir un fort SOC n'est pas protecteur face aux dysménorrhées primaires mais diminuerait l'expérience douloureuse de ces *périodes* ( $p=0,03$ ). Le SOC moyen des adolescentes finistériennes est plus bas que celui de la population générale. La prévalence des dysménorrhées primaires est de 59,5% avec une cotation moyenne de la douleur égale à 5,3/10. Les troubles associés aux dysménorrhées primaires qui ont été retrouvés sont identiques à ceux retrouvés dans les précédentes études.

**Conclusion :** Les dysménorrhées primaires sont multifactorielles. Des interventions améliorant le SOC permettraient d'offrir une meilleure qualité de vie aux adolescentes.

**Mots-clés :** Sentiment de Cohérence, Dysménorrhées primaires, Adolescence, Salutogenèse

**Titre :** Sentiment de cohérence et dysménorrhées primaires chez les lycéennes du Finistère : étude observationnelle transversale multicentrique menée auprès de 247 lycéennes du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 14 janvier 2020.

**Auteur :** Claire-Isabelle Hernio

**Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2020**