HAL
open science

La dysménorrhée en France en 2020 : état des lieux et étude des modalités de traitement

Emma Toure Cuq

To cite this version:

Emma Toure Cuq. La dysménorrhée en France en 2020 : état des lieux et étude des modalités de traitement. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03160810

HAL Id: dumas-03160810

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03160810

Submitted on 5 Mar 2021

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.

université de BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2020 Thèse n°135

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par TOURE CUQ, Emma

Né(e) le 28 octobre 1994 à Schiltigheim

Le 11 décembre 2020

LA DYSMENORRHEE EN FRANCE EN 2020

Etat des lieux et étude des modalités de traitement

Sous la direction de : Marie-Claude SAUX

Membres du jury :

M. MERCHED, Aksam : Président

Mme. SAUX, Marie Claude : Examinateur

Mme. KAUSS, Tina : Examinateur

Mme. TIMSIT, Anne Elise : Rapporteur

RESUMES

Titre : La dysménorrhée en France en 2020 : Etat des lieux et étude des modalités de traitement

Résumé : L'objectif de cette étude était d'évaluer les parcours de soins, l'efficacité rapportée et les connaissances envers les thérapies des femmes souffrant de dysménorrhée. Un questionnaire en ligne a été rempli par 538 femmes françaises atteintes de dysménorrhée primaire chronique modérée à sévère. Le niveau moyen de douleur est de 7,1 sur 10 points. 55,4 % s'autotraitent, 28,4 % ont consulté un médecin, 14,2 % ne font rien et 2 % ont demandé conseil à leur pharmacien. Il n'existe pas de différence significative d'efficacité des traitements entre les groupes.

Dans le groupe d'autotraitement, 52% des femmes utilisent des méthodes non médicamenteuses, (efficacité moyenne de 6 points sur 10), et 48 % utilisent des médicaments (efficacité moyenne de 6,4 points).

Les femmes qui ont consulté ressentent une douleur plus élevée et une qualité de vie inférieure. Une solution médicamenteuse a été prescrite à 93,4% de ces femmes. Elles ne connaissent et n'utilisent pas plus de méthodes que les auto-traitées.

69,7% des femmes qui ne font rien déclarent que c'est parce qu'elles sont habituées à la douleur, 39,5% pensent qu'il n'y a pas de solution efficace, 14,5% que ce n'est pas nécessaire et 1,3% manquent de temps.

Les solutions les plus connues sont les analgésiques (95,4%), la chaleur (90,9%), les contraceptifs oraux (77,1 %), et les plus utilisées sont les analgésiques (75,1 %), la chaleur (67,1 %) et le repos (45,2 %).

La dysménorrhée est fréquente en France, et impacte grandement la qualité de vie des femmes. La plupart d'entre elles s'autotraitent. Les résultats montrent qu'il est important que les praticiens s'informent eux-mêmes et leurs patientes afin qu'elles puissent recevoir la thérapie la mieux adaptée à leurs besoins.

Mots clés: Dysménorrhée, Femmes, Douleur

Title: Dysmenorrhea in France in 2020: State of the premises and care pathways

Abstract: The objective of this study was to assess care pathway, reported efficacy and knowledge towards therapies in women affected by dysmenorrhea. An online questionnaire was filled in by 538 French women suffering from chronic primary dysmenorrhea.

The mean pain level was 7,1 on a 10-points scale. 55,4% self-treat, 28,4% saw a doctor, 14,2% do nothing and 2% asked their pharmacist for advice. They is no significant difference in efficacy of treatment between the groups.

In the self-care group, 52% of women report using non-medical methods, with a mean efficiency of 6 points out of 10, and 48% use medication with a mean efficacy of 6,4 points.

Women who saw a doctor report higher pain and lower quality of life. However, they do not know about or use more methods than the self-treated. 93,4% were prescribed a medical solution. 69,7% of women who do nothing report that it's because they are used to the pain, 39,5% believe that there is no efficient solution, 14,5% that it's not necessary and 1,3% lack time.

The most known solutions are analgesics (95,4%), heat (90,9%) and oral contraceptives (77,1%), and the most used are analgesics (75,1%), heat (67,1%) and rest (45,2%).

Dysmenorrhea is frequent in France and has a high impact on women's quality of life. Most of them resort to selfcare. The results show that there is important need for practitioners to inform themselves and their patients better so they can be provided with the therapy best suited to their needs.

Keywords : Dysmenorrhea, Women, Pain

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier à l'occasion de cette thèse :

Mes parents, Marie-Pierre & Kassoum, qui m'ont soutenue tout au long de cette aventure qu'ont été mes études de Pharmacie et qui m'ont écouté paniquer avec une oreille amusée par rapport à tous les examens de tous les partiels de tous les diplômes et à chacune des vacances de Noel de ces 7 dernières années. Merci de toujours réussir à me calmer, et d'être là pour moi été comme hiver.

Ma grand-mère (ma Boma chérie), qui a toujours le mot pour me faire rire et m'entoure d'amour et de bienveillance depuis que j'ai pointé le bout de mon nez sur cette terre.

Pierre. Mon sang, mon âme, que j'aime plus qu'il est possible d'imaginer. J'ai été et serai toujours plus fière que tout au monde d'être ta grande sœur.

Carla, ma meilleure amie Globe Trotteuse, ma première colocataire (ma préférée). Tu me manques.

David & Yann. Nous avons bien grandi mais je suis heureuse de vous compter encore dans ma vie aujourd'hui. Chaque bière bue en votre compagnie me rebooste pour le reste de la vie loin de la maison.

Mes copains de Pharma, Célia, Pierrut, Lutxo et Kaki pour tous ces fous rires, votre soutien dans les moments difficiles (Cf. une soirée au whisky compliquée, et un petit appartement aux Chartrons où la lumière ne rentrait pas) et puis pour la plus hilarante raclette qu'il m'ait été donné de faire. Hâte de venir m'incruster dans une de vos pharmacies au Pays Basque dans les années 2040. Et bien sûr Paul pour tous ces sprints de révisions/cauchemars au cours desquels nous avons bu plus de tasses de café que nous n'avons eu d'heures de repos. Pour le dire simplement (et avec un poil d'humour) : sans toi, la pilule ne serait vraiment pas passée.

Marine & Margot. Quelle joie et fierté de compter deux jeunes filles si fortes et fun dans mon quotidien. Trinquons à ces longues années d'amitié qui se profilent, car chaque seconde passée avec vous me fait grandir et m'enchante.

Benjamin Artiaga, mon compagnon de voyage et de créativité, à nos prochains tableaux et voyages… hâte !

Manon. Tu réussis chaque jour l'exploit d'être la plus forte et la plus mignonne à la fois. Merci d'être mon amie, merci d'être toujours partante pour un délicieux dîner, merci d'écouter mes histoires interminables, merci pour tes conseils avisés et yeux rieurs et merci de m'avoir répété 150 fois comment constituer un jury de thèse, merci d'être toi, et d'être là en fait.

Babou & Clément, en souvenir de nos dîners fantastiques des mardis soir de l'année 2018. Et aux prochains, qui, je l'espère, ne sauraient tarder (mention spéciale au parmentier de canard premium).

Lawrence, car les deux dernières années à Bordeaux ont vraiment été plus agréables et profondes grâce à toi. J'espère que tu me rejoindras bientôt à Paris !

Toutes les femmes qui ont répondu au questionnaire, toutes celles qui m'ont contacté pour partager leur expérience.

Toutes les femmes qui souffrent de dysménorrhée et ne peuvent, n'osent pas en parler, ou ne savent pas comment se soulager.

Mention spéciale pour la participante à l'étude qui a renseigné « se mettre en boule dans le noir et se laisser mourir quelques heures » pour soulager ses douleurs : saches que tu n'es pas seule.

AVANT PROPOS

J’ai toujours entendu mes amies me dire qu’elles souffraient durant leurs règles, et c’est également mon cas. Je me souviens d’après-midi entières passées à regarder le plafond de l’infirmerie du lycée en espérant qu’il me tombe dessus pour que la douleur cesse, de longues heures passées allongée sous la douche, et de commencer à prendre la pilule, non pas par choix, mais par nécessité. A ce jour, je connais de nombreuses jeunes femmes de mon âge qui souffrent régulièrement de dysménorrhées, et j’ai rapidement compris que chacune avait trouvé ses « petits remèdes » pour que la vie puisse continuer durant ces quelques jours du mois. Chacune a ses méthodes, sa « technique », un mélange hétéroclite de méthodes très variables selon les femmes et les moments du cycle. En tout cas, il est clair que ce phénomène n’est pas anodin et impacte la vie d’un grand nombre de femmes au quotidien. Pour beaucoup, la douleur fait partie de la vie.

Le but de mon étude était de donner un aperçu de la situation, et de cartographier les solutions utilisées. Car si certaines femmes ont trouvé une solution qui leur convient, la plupart n’en sont pas entièrement satisfaites et considèrent toujours qu’il n’y a pas de miracle.

J’espère que les résultats obtenus et ce rapide rapport pourront être instructifs pour certaines ou certains, et surtout qu’ils participeront à la nouvelle visibilité de l’information sur la santé des femmes, qui a toujours été, et reste, indispensable.

TABLE DES MATIERES

Remerciements 4

Avant propos 6

I. Glossaire 9

PARTIE I : La dysménorrhée 11

I. La pathologie et ses traitements 12

A. Définition 12

B. Données épidémiologiques 12

C. Etiologie 13

D. Impact sur la qualité de vie 14

E. Traitements disponibles 15

1. Traitements médicamenteux 15

2. Solutions non médicamenteuses 18

F. Autotraitement de la douleur : place dans le parcours de soin et efficacité 20

Partie II : Etude descriptive des modalités de traitement de la dysménorrhée primaire chronique modérée à sévère en France 22

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION 23

II. Méthodes 23

A. Modalités de recueil des données 23

B. Population de l'étude 24

1. Critères d'inclusion dans l'analyse 24

2. Critères de non inclusion dans l'analyse 24

3. Groupes étudiés 24

C. Objectifs de l'étude 25

D. Quelques précisions sur les questions posées dans le questionnaire 26

1. Notion de traitement « utilisé en priorité » 26

2. Détermination de l'impact de la pathologie sur la qualité de vie 26

3. Intensité de la douleur : échelle numérique 27

4. Efficacité du traitement utilisé en priorité 27

5. Evaluation des connaissances sur les traitements disponibles et les

méthodes utilisées en pratique 27
III. Resultats 29
A. Population de l'étude 29
1. Nombre de sujets 29
2. Caractéristiques 30
B. Analyses 31
1. Choix des modalités de prise en charge et évaluation de facteurs ayant pu influencer ce choix 31
2. Comparaison de l'efficacité des traitements selon les modalités de prise en charge 33
3. Comparaison de l'efficacité des méthodes d'autotraitement médicamenteuses et non médicamenteuses 33
4. Professionnels de santé impliqués et prescriptions 34
5. Analyse des raisons pour lesquelles les femmes ne se traitent pas 35
6. Evaluation des connaissances des femmes sur les traitements disponibles 36
7. Etude des pratiques thérapeutiques 38
8. Popularité des solutions disponibles..... 40
9. Autotraitements les plus utilisés 43
IV. DISCUSSION 44
A. Limitations de l'étude 44
B. Discussion concernant les résultats 44
V. Annexes 47
1. Table des illustrations 47
2. Questionnaire Administré 48
3. Revues COCHRANE de méthodes alternatives dans le traitement de la dysménorrhée 54
4. Prescriptions réalisées par les professionnels de santé 55
5. Fréquences de connaissance des traitements 55
6. Fréquence d'utilisation des traitements 56
7. Fréquence d'utilisation des traitements dans le groupe autotraitement 56
8. Annexe 8 : Analyse des raisons pour lesquelles les femmes ne se traitent pas fonction de la douleur ressentie 57
VI. Bibliographie 58

I. GLOSSAIRE

Aménorrhée : C'est l'absence de règles. Elle peut être primaire ou secondaire. L'aménorrhée primaire est l'absence des premières règles deux ans après la puberté (vers 16 ans). L'aménorrhée secondaire est une absence de règles depuis plus de trois mois chez une femme précédemment réglée. L'aménorrhée est normale pendant la grossesse et l'allaitement, puis à la ménopause. Certains médicaments peuvent la provoquer ainsi que certaines maladies.

Adénomyose : L'adénomyose correspond à la présence de glandes normalement présentes dans l'endomètre au sein de la couche musculaire utérine, ce qui peut provoquer une augmentation du volume de l'utérus, des saignements importants, et une dysménorrhée secondaire chronique. L'adénomyose est la seconde cause de dysménorrhée primaire.

Adhérences : Les adhérences sont définies comme du tissu de type cicatriciel qui relie des tissus ou organes qui ne le sont normalement pas. Elles peuvent se former dans le cadre du processus de guérison du corps après une chirurgie. Elles peuvent aussi être causées par une infection pelvienne et l'endométriose.

Antalgiques : Médicaments, substances ou techniques qui diminuent la douleur

Anti-inflammatoire : Médicaments, substances ou techniques qui contrent l'inflammation.

Chaleur : La chaleur permet de diminuer la douleur. Elle produit un effet vaso-dilatateur sur les vaisseaux sanguins, ce qui favorise la circulation sanguine, l'élimination des toxine et l'apport en oxygène et nutriment aux muscles et tissus.

Cryothérapie : C'est l'application de froid. Elle permet de diminuer l'inflammation et d'atténuer la douleur par un effet anesthésiant

Dysménorrhées : douleurs survenant au moment des règles. Les douleurs peuvent apparaître au moment des règles ou un à trois jours avant. Le pic de douleur est généralement atteint après 24h

Dysménorrhée primaire : Douleurs survenant au moment des règles, et n'étant pas due à une maladie gynécologique (par ex : endométriose)

Dysménorrhées secondaires : Douleurs au moment des règles provoquées par une maladie (endométriose, adénomyose, syndrome des ovaires polykystiques...). Les dysménorrhées secondaires apparaissent généralement plus de deux ans après les premières règles. Les douleurs peuvent être présentes tout au long du cycle et se révéler très handicapantes.

Douleurs chroniques : Les douleurs chroniques sont définies comme une expérience sensorielle (ressenti physique) et émotionnelle (gène psychique), liée à une lésion du corps ou décrite en termes l'évoquant, et qui persiste au-delà de 3 à 6 mois (selon le type de douleurs). Les douleurs chroniques ont un impact négatif sur le quotidien.

Dyspareunies : Douleurs ressenties au niveau du vagin, à l'approche du vagin, ou du bassin. Les dyspareunies peuvent être des douleurs lors des rapports sexuels.

Endométriose : L'endométriose est une maladie due au développement de l'endomètre (couche la plus interne de l'utérus) hors de l'utérus. Ce tissu se greffe sur d'autres organes, ce qui provoque des adhérences (le tissu est collé sur un endroit inopportun au lieu d'être éliminé), et des douleurs.

Electrothérapie : L'électrothérapie contre la douleur est basée sur l'envoi d'impulsions électriques à travers la peau. Selon la théorie du portillon, le cerveau ne reçoit plus alors le message « douleur » qui est remplacé par le message « stimulation électrique ».

Fibromes utérins : Les fibromes utérins sont des tumeurs bénignes (non cancéreuses) situées sur la paroi de l'utérus.

Malformations congénitales : Les malformations congénitales, également appelées anomalies à la naissance, sont des malformations physiques déjà présentes avant la naissance.

Ménarche : La ménarche est la période des premières menstruations.

Ménorragie : La ménorragie est définie comme un flux menstruel trop abondant (> 80ml par cycle).

Myome : voir *Fibromes utérins*

Parité : La parité d'une femme est en gynécologie obstétrique le nombre de grossesses ayant atteint l'âge de viabilité (24 semaines). En démographie, c'est le nombre d'accouchements.

Polype : Un polype est une croissance anormale de tissus en saillie ou tumeur bénigne, se développant sur les muqueuses.

Prostaglandines : Les prostaglandines sont des métabolites de l'acide arachidonique, obtenues à partir de phospholipides membranaires par action de phospholipases (plusieurs sous-types existants).

Synéchie : Une synéchie est l'accolement des 2 faces de l'utérus.

PARTIE I : LA DYSMENORRHEE

I. LA PATHOLOGIE ET SES TRAITEMENTS

A. Définition

Les dysménorrhées sont des douleurs pelviennes qui surviennent au moment des règles ou quelques jours avant (1) . Elles sont de deux types, primaires ou secondaires. Elles sont plus largement connues sous le nom de « douleurs de règles ».

La dysménorrhée primaire est définie par des menstruations douloureuses en l'absence de pathologie pelvienne telle que l'endométriose (2). La dysménorrhée primaire apparait généralement à l'adolescence ou rapidement à la suite de la ménarche (entre 6 et 24 mois après) (3).

Les douleurs, d'une durée de 8 à 72h, sont généralement à type de crampes qui peuvent irradier au niveau du dos et des jambes, et débutent au moment des règles ou un à trois jours avant, avec un pic de sévérité le second ou le premier jour du cycle (4). Ces douleurs peuvent être accompagnées d'autres symptômes physiques, tels que des nausées et/ou vomissements, des diarrhées, une asthénie, des migraines (5).

Les dysménorrhées secondaires sont provoquées par différentes pathologies gynécologiques comme l'endométriose (la plus fréquente), l'adénomyose, les fibromes utérins, ou encore certaines malformations congénitales et maladies inflammatoires pelviennes. Les dysménorrhées secondaires apparaissent généralement plus de deux ans après les premières règles et peuvent être accompagnées de symptômes gynécologiques comme des saignements hors-menstruations, la dyspareunie ou la ménorragie... Dans ce cas, les douleurs peuvent être présentes tout au long du cycle et ne sont pas uniquement associées à la période des menstruations.

La première cause de dysménorrhées secondaires est l'endométriose, définie par la présence de tissu endométrial dans des locations extra-utérines. L'adénomyose en est la seconde, elle est définie par la présence de tissu endométrial dans le myomètre utérin.

B. Données épidémiologiques

La dysménorrhée primaire affecte entre 45 et 95% des femmes menstruées (6). Bien que les taux de prévalence retrouvés dans la littérature soient variables, la dysménorrhée est le trouble gynécologique le plus fréquent (7). Malgré une prévalence élevée, cette pathologie est souvent mal prise en charge, et même ignorée par les professionnels de santé, les chercheurs, et les femmes elles-mêmes (8), qui peuvent l'accepter comme un symptôme normal du cycle menstruel (9).

Différents facteurs de risques ont été associés à la dysménorrhée primaire. La liste inclut le tabac et la consommation d'alcool (10,11), la précocité de la ménarche, la nulliparité, la durée et la quantité du flux menstruel (11), un historique familial de

dysménorrhée (12). Les symptômes diminuent généralement avec la parité et l'avancée en âge mais pas pour toutes les femmes (13).

C. Etiologie

Plusieurs phénomènes peuvent être à l'origine d'une dysménorrhée primaire (14):

- L'augmentation du taux de prostaglandines (PGE2 et PGF2), responsable de contractions douloureuses du myomètre
- L'augmentation du taux de vasopressine, entraînant des anomalies de la contractilité utérine – L'insuffisance lutéale
- Des troubles vasomoteurs (dysménorrhée congestive souvent associée à un syndrome prémenstruel)
- Certains troubles psychoaffectifs

Les dysménorrhées secondaires relèvent principalement d'une cause organique acquise :

- Endométriose
- Adénomyose
- Dystrophie ovarienne
- Malformations congénitales de l'appareil génital (utérus, vagin.)
- Infection génitale chronique
- Obstacle cervical (polype ou myome)
- Synéchies (post curetage)
- Fibrome utérin
- Adhérences inflammatoires…

L'hypothèse la plus communément acceptée pour expliquer la physiopathologie de la dysménorrhée primaire est la surproduction de prostaglandines au niveau de l'utérus à l'origine des douleurs (15).

Plus précisément, le déversement des prostaglandines provoqué par la desquamation des cellules endométriales due à la diminution des taux de progestérone lors des menstruations cause une hypercontractilité du tissu musculaire utérin ou myomètre et une vasoconstriction des vaisseaux sanguins associés, ce qui provoque une hypoxie et une ischémie du tissu, à l'origine des douleurs.

L'élévation des niveaux de prostaglandine durant les menstruations chez des patientes atteintes de dysménorrhée a été associée aux douleurs dysménorrhéales(16). A l'inverse, les anti inflammatoires non stéroïdiens, qui provoquent l'inhibition de la production des prostaglandines, diminuent la dysménorrhée (2).

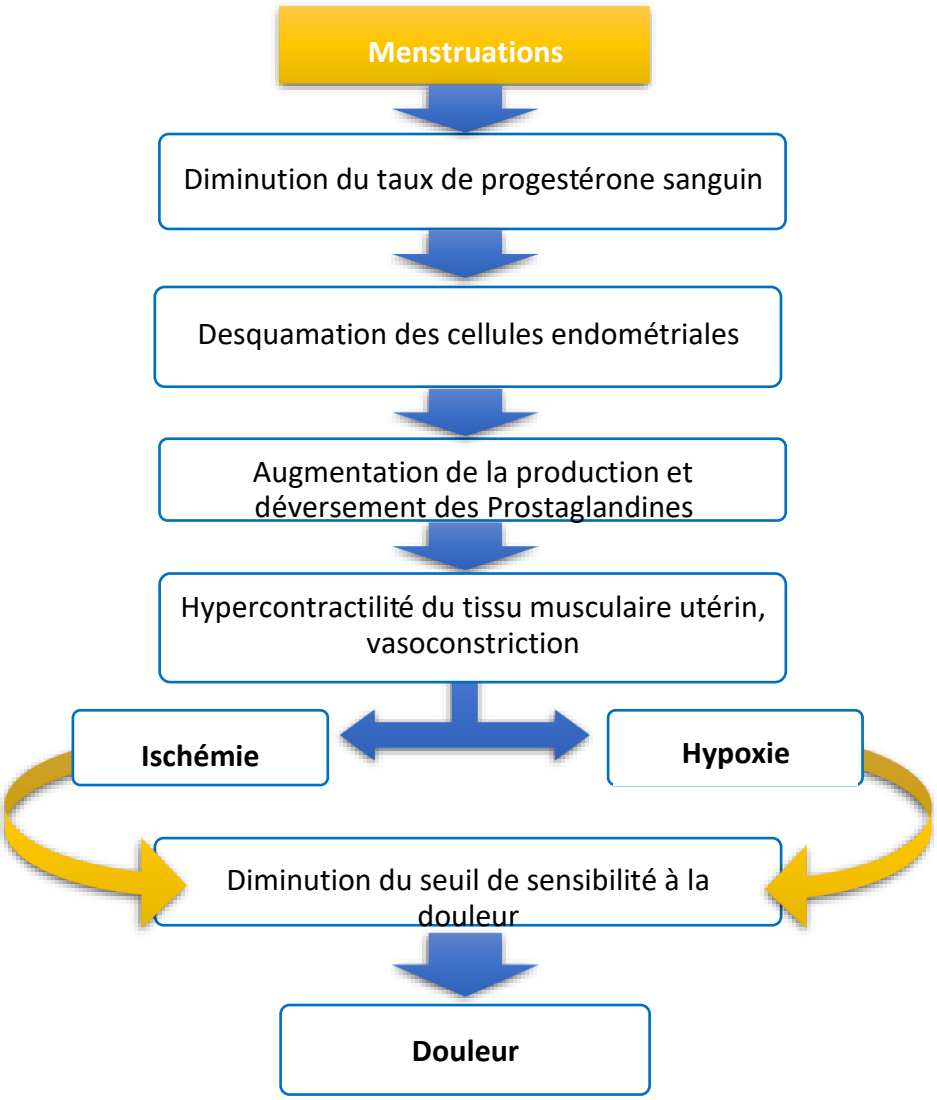

Figure 1 Physiopathologie de la dysménorrhée primaire

D. Impact sur la qualité de vie

La dysménorrhée est souvent associée à une dégradation de la qualité de vie, de l'humeur et du sommeil (17,18). Les douleurs dues aux crampes (au niveau du ventre, voire du bas du dos et des jambes) et aux symptômes associés sont mises en cause. Ces symptômes peuvent entrainer des conséquences délétères sur les relations familiales, la performance scolaire, (8,17,19) ou encore la possibilité de réaliser une activité physique (20). Les dysménorrhées sont le premier facteur d'absentéisme scolaire chez jeunes femmes en âge de procréer, et ont des conséquences sur la productivité au travail, avec une moyenne de 9 jours de productivité perdus en moyenne par an pour les femmes atteintes de dysménorrhée (19).

Les douleurs invalidantes peuvent être à l'origine d'états dépressifs, d'une altération des relations sociales et d'une augmentation de l'anxiété pouvant entrainer une détresse psychologique (21–24) .

La dysménorrhée primaire a donc des conséquences importantes sur la qualité de vie des femmes qui en sont atteintes, ainsi que des implications socio-économiques non négligeables.

Bien que l'impact de la pathologie sur la qualité de vie ait été démontré, la plupart des femmes ne consultent pas (8,25) et considèrent la gêne ou le handicap occasionné comme une partie normale de leur cycle.

E. Traitements disponibles

Les 3 classes essentielles de médicaments recommandés pour le traitement de ~~de~~ la dysménorrhée primaire sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens (antiprostaglandines), les oestroprogestatifs qui réduisent la sécrétion des prostaglandines en atrophiant l'endomètre, et les progestatifs qui diminuent la contractilité utérine (14) .

Ces médicaments peuvent être associés ou remplacés entre eux, ils peuvent également être associés à d'autres molécules en appoint ou à d'autres solutions telles que la pause d'un dispositif intra utérin.

Certaines méthodes de traitement non médicamenteuses sont également largement utilisées, comme l'application de chaleur, l'acupuncture, l'homéopathie...

Si les traitements médicamenteux ont démontré leur efficacité dans des études de haut niveau de preuve, les différentes méthodes non médicamenteuses font également l'objet d'investigations cliniques de plus ou moins bon niveau de preuve.

1. Traitements médicamenteux

a) Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, médicaments inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines, ont démontré leur efficacité pour 64 à 100% des femmes (26,27).

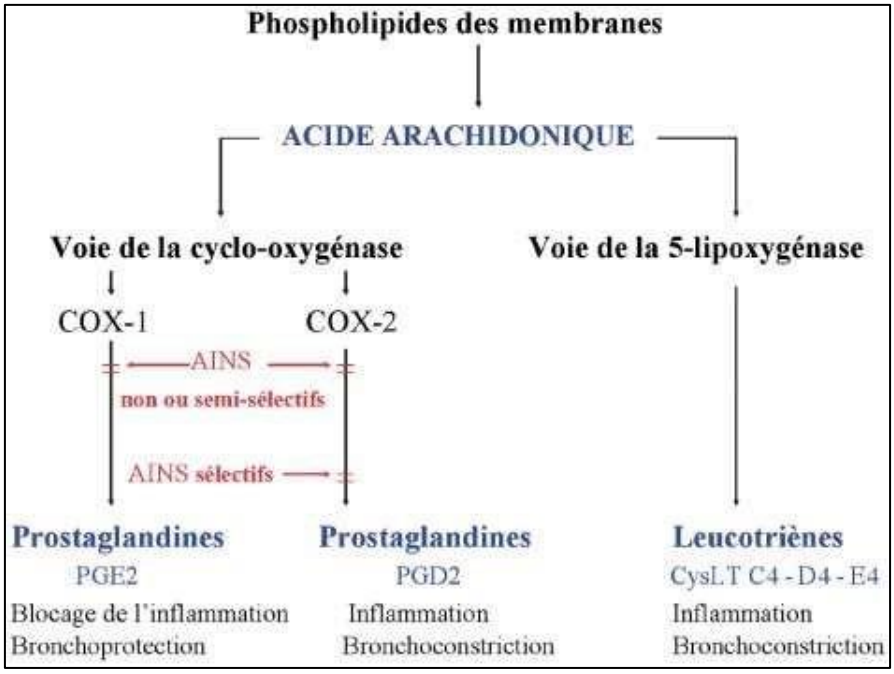

Figure 2 Mécanismes d'action des AINS (28)

Différentes molécules ont été validées lors de dizaines d'essais cliniques contre placebo (naproxène, acide méfénamique, Ibuprofène, kétoprofène...) en revanche, les études visant à définir la supériorité d'un AINS par rapport à un autre (29,30) n'ont pas permis d'identifier une molécule supérieure aux autres (23).

Les AINS doivent être pris de façon ponctuelle et sur une courte période. Ils peuvent entrainer des effets indésirables graves, surtout au sein de certaines populations à risque (patientes asthmatiques, atteintes de pathologies rénales.). (2,13)

b) Oestroprogestatifs

Les oestroprogestatifs bloquent l'ovulation et réduisent l'épaisseur de l'endomètre, ce qui diminue le fluide, la production de prostaglandines et la douleur dysménorrhéale (4,15). Mais ces médicaments présentent des effets indésirables tels que la prise de poids, l'acné, des troubles digestifs, les saignements au cours du cycle, ainsi que des risques de thrombose veineuse (15,31). Aussi, par choix, par connaissance des effets indésirables ou raisons personnelles ainsi que sociétales, toutes les femmes atteintes de dysménorrhée primaire ne sont pas disposées à accepter ou à continuer ce type de traitement (32,33).

c) Progestatifs

Les progestatifs agissent en diminuant la motricité utérine. Ils peuvent être proposés par voie orale ou dans le cadre de l'utilisation d'un dispositif intra utérin hormonal. Les dispositifs intra utérins au Lévonorgestrel ont démontré leur efficacité dans la réduction de la douleur (34) mais ils ne sont pas toujours conseillés en raison de certains problèmes de tolérance (contrôle imparfait du cycle lors des premiers mois, durée des menstruations allongée chez certaines patientes, acné, ou encore la possibilité d'une aménorrhée persistante qui peut être perturbante pour certaines femmes).

d) Traitements d'appoint

En cas de douleurs aigues sévères, certains antalgiques de palier 2 ou antispasmodiques peuvent être indiqués. Ces médicaments apportent un soulagement des douleurs mais présentent des effets indésirables tels que les nausées, les brûlures d'estomac, la diarrhée, des douleurs abdominales, ou encore des maux de tête. Certains médicaments codéinés ou contenant du tramadol peuvent également entrainer une dépendance.

2. Solutions non médicamenteuses

Différentes méthodes de traitement non médicamenteuses de la douleur dysménorrhéales ont été étudiées dans la littérature.

Ces méthodes sont de différents types, allant de la stimulation électrique transcutanée à l'activité physique. La multitude de techniques et les effets rapportés sur la douleur par de nombreuses études cliniques soulignent la volonté de recherche d'alternatives au traitement de la dysménorrhée au niveau international.

Méthode	Exemples	Principe	Références
Application de chaleur	Bouillote Ceintures chauffantes électriques	La chaleur a des vertus antalgiques provoquées par un effet vaso-dilatateur sur les vaisseaux sanguins, au niveau du contrôle nerveux, le message « douleur » est reçu de manière atténuée au niveau central	(35–38)
Application de froid	Poche de glace	L'application de froid lors des douleurs procure des effets anesthésiques et anti-inflammatoires	
Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)	Appareils portables	Selon la théorie du gate-control, le cerveau ne reçoit plus le message de la douleur qui est remplacé par une stimulation électrique. La stimulation entraine aussi la libération d'endorphines.	(38–41)
Exercice physique	Yoga Etirements Aérobic	L'exercice physique pratiqué régulièrement peut permettre d'améliorer l'état de santé et de diminuer les facteurs de risques liés à certaines pathologies.	(42–45)
Approches psychocorporelles	Hypnose Méthodes de relaxation Méditation	Les pratiques psychocorporelles comprennent l'ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps, ou se servant du corps comme médiation, mais aussi plus largement des méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventif.	(46,47)
Thérapies physiques manuelles	Kinésithérapie Ostéopathie Chiropraxie	Les thérapies manuelles s'appuient sur des méthodes de massage ou de manipulation au niveau lombaire et pelvien, parfois accompagnées de l'utilisation d'ultrasons.	(48,49)

	Etiopathie		

Thérapies énergétiques	Magnétisme Qi gong Kinésiologie	Les thérapies énergétiques sont basées sur l'utilisation, la modification ou la manipulation de champs d'énergie. Les thérapies énergétiques peuvent être manuelles (massage) ou par magnétisme (fluides énergétiques).	
Homéopathie	Granules	L'homéopathie repose sur le principe de similitude : toute substance capable de provoquer des symptômes chez un sujet sain est en mesure de guérir des symptômes identiques chez un sujet malade.	(51)
Phytothérapie	Herbes médicinales Huiles essentielles Cannabis, CBD	La phytothérapie désigne les traitements fondés sur les extraits de plantes et les principes actifs naturels.	
Mesures nutritionnelles	Régime pauvre en graisses, Compléments alimentaires	Certains régimes alimentaires à visée anti inflammatoire et aliments spécifiques peuvent permettre la diminution des douleurs dans certaines indications.	(52)
Acupression	Acupuncture Electroacupuncture Auto-acupression Tapis d'acupression Aimants	Les techniques utilisent des points particuliers qui s'échelonnent le long des méridiens. La stimulation de ces points entraîne, par résonance, une amélioration dans le fonctionnement de l'organe (ou du viscère, ou du méridien) concerné.	(53,54,54,55)
Photobiomodulation		L'application de lumière ultraviolet entraine une oxygénation des cellules et stimule la réparation cellulaire	(56)

Tableau 1 Méthodes non médicamenteuses de traitement de la dysménorrhée

Ce tableau présente une cartographie globale des méthodes de traitement non médicamenteuses de la dysménorrhée présentes dans la littérature. Les références de publications sont renseignées pour information. Il n'a pas pour vocation de réaliser une

évaluation de la pertinence clinique des méthodes ou de la qualité méthodologique des évaluations. Pour certaines de ces méthodes, il existe des revues COCHRANE dont les adresses web sont renseignées en annexe 2.

Les options non médicamenteuses sont donc nombreuses pour traiter la dysménorrhée. De nombreux essais cliniques visent à les évaluer et certaines techniques ont démontré des résultats encourageants, cependant les variabilités méthodologiques ne permettent pas de conclure formellement à l'efficacité clinique de la plupart de ces traitements.

F. Autotraitement de la douleur : place dans le parcours de soin et efficacité

Bien qu'il existe des recommandations médicales pour renseigner les professionnels de santé dans le traitement de la dysménorrhée, il est important de considérer les choix des patientes.

Une revue de la littérature évaluant les connaissances et les stratégies de traitement sur plus de 12000 femmes (57) rapporte que sur les 80% atteintes de dysménorrhée, seulement 10% consultent un médecin, le reste demandant conseil à leur famille ou leurs amies. Selon les données de l'étude, la majorité des femmes considèrent leurs symptômes comme « normaux » et comme quelque chose qu'il faut endurer. La méthode d'auto traitement majoritaire est la consommation de médicaments OTC (AINS ou antalgiques [paracétamol]), mais cette méthode n'est pas toujours suffisante pour traiter les symptômes. Les méthodes non médicamenteuses sont utilisées par 52% des femmes, le repos étant la première stratégie, suivi de l'application de chaleur, la phytothérapie et l'exercice physique.

Une revue de la littérature de 23 essais cliniques réalisée par la même équipe de recherche en 2019 (58) a étudié 3 des stratégies d'auto traitement les plus courantes (exercice physique, application de chaleur et auto acupression) et a comparé l'efficacité à des placebos ou des médicaments anti-inflammatoires et antalgiques. Selon les résultats de l'étude, toutes les interventions ont permis de diminuer les symptômes de la douleur menstruelle, l'exercice physique démontrant le meilleur effet de taille. L'exercice physique a démontré une meilleure réduction de la douleur que les traitements analgésiques, l'application de chaleur une diminution équivalente et l'acupression une diminution légèrement plus faible, avec cependant un biais de publication significatif pour ce paramètre.

Une autre étude réalisée en Allemagne sur 200 femmes (59) rapporte également que les femmes atteintes de dysménorrhée s'autotraitent en majorité par médicaments mais que seulement 30% n'ont jamais essayé de solution non médicamenteuse. Les méthodes les plus employées dans cette étude sont des méthodes nutritionnelles et l'homéopathie, et le choix est basé sur leur opinion personnelle, les participantes ayant rapporté qu'elles préfèrent utiliser ce qu'elles connaissent. La conclusion des auteurs a été que l'usage des méthodes non médicamenteuses est commun dans le cadre d'un autotraitement, bien que les femmes ne choisissent pas forcément le traitement le plus efficace pour soigner leurs symptômes, ce qui souligne la nécessité de fournir plus d'informations sur les méthodes d'auto traitement des douleurs de règles.

Au vu des données récentes de la littérature, il est clair que la majorité des femmes atteintes de dysménorrhée choisissent de s'autotraiter. Les différentes thérapies alternatives ont démontré leur efficacité dans des études cliniques plus ou moins encourageantes (références en marge droite du tableau Solutions non médicamenteuses), mais il n'est pas possible à ce jour de conclure à une efficacité suffisante pour proposer ces traitements en première intention. De plus, les choix sont basés sur des préférences personnelles en fonction des connaissances, de

l’environnement socio-culturel et économique… il n’est donc pas possible non plus de recommander une seule et unique méthode. Il est en revanche pertinent de s’intéresser en vie réelle aux comportements des femmes face à leur dysménorrhée ainsi qu’à l’efficacité des solutions d’autotraitement choisies.

PARTIE II : ETUDE DESCRIPTIVE DES MODALITES DE TRAITEMENT DE LA DYSMENORRHEE PRIMAIRE CHRONIQUE MODEREE A SEVERE EN FRANCE

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Cette étude a pour but d'étudier en vie réelle les choix des femmes dans les modalités de prise en charge de leur dysménorrhée ainsi que leur efficacité relative.

La première analyse sera celle des choix de modalités de traitement dans un échantillon de femmes françaises. Ensuite, celle des traitements prescrits et/ou choisis

ainsi que de leur efficacité sur les douleurs, puis un rapide aperçu des connaissances et de l'utilisation des différentes méthodes basées sur des données déclaratives.

Les méthodes de traitement choisies sont divisées en deux catégories—: les médicaments (toutes molécules confondues) et les méthodes non médicamenteuses (toutes méthodes confondues).

II. METHODES

A. Modalités de recueil des données

Les données ont été recueillies par un questionnaire en ligne présenté en annexe 1. Ce questionnaire d'une durée de 3 minutes a été réalisé grâce à l'outil Google FORMS et a été partagé sur les réseaux sociaux Facebook, Instagram et twitter. Les réponses ont été ouvertes durant 5 jours. Aucune donnée identifiante n'a été récoltée dans le questionnaire, les données recueillies pour l'étude sont donc totalement anonymes.

Les données extraites du questionnaire ont été exportée vers EXCEL puis analysées à l'aide du logiciel R x64 3.6.2 et du site internet https://www.socscistatistics.com/.

Les valeurs des variables continues sont données en moyenne (± écart type) et les valeurs des variables catégorielles en pourcentage.
Les variables continues ont été comparées à l'aide de tests de Student et comparaisons de variance Anova et les variables discontinues à l'aide de tests du Chi2 ou Fisher. Les résultats sont considérés comme significatifs au seuil alpha = 0,05 et les p-value sont renseignées.

B. Population de l'étude

La population de l'étude comprend toutes les femmes qui se sentent concernées par la dysménorrhée et qui ont répond à toutes les questions proposées. Les données recueillies ont ensuite été triées selon les réponses données, et toutes les réponses ont été recueillies sur une base déclarative.

1. Critères d'inclusion dans l'analyse

Le critère d'inclusion est la dysménorrhée **primaire chronique modérée à sévère** :

- Dysménorrhée modérée ou sévère évaluée par une valeur renseignée sur l'échelle numérique [EN] de la douleur > 4.
- Dysménorrhée chronique évaluée par la présence de douleurs depuis au moins 3 mois.

2. Critères de non inclusion dans l'analyse

Femme ménopausée.

- Pathologies diagnostiquées pouvant être à l'origine d'une dysménorrhée secondaire.

3. Groupes étudiés

L'échantillon a été divisé en quatre groupes selon la méthode de prise en charge choisie :

Le groupe **« rien »**	Le groupe **« med »**	Le groupe **« pharm »**	Le groupe **« auto »**
Femmes ayant déclaré ne rien faire de particulier pour traiter leurs douleurs de règles	Femmes ayant consulté un médecin	Femmes ayant demandé conseil à leur pharmacien	Femmes ayant déclaré se traiter toutes seules

Le groupe « auto » a été ensuite été divisé en deux sous-groupes selon le type de traitement privilégié :

Le sous-groupe **« auto_med »**	Le sous-groupe **« auto_nmed »**
Femmes ayant déclaré que la méthode utilisée en priorité pour traiter leurs douleurs est une méthode pharmacologique.	Femmes ayant déclaré que la méthode utilisée en priorité pour traiter leurs douleurs est une méthode non médicamenteuse.

C. Objectifs de l'étude

Objectif	Critère d'évaluation

1. Etudier le choix de prise en charge de la dysménorrhée et les facteurs qui peuvent influencer ce choix	a. Analyse descriptive des modalités de prise en charge choisies par les femmes de l'échantillon b. Comparaison des paramètres suivants entre les différents groupes : (1). Niveau de douleur rapporté sur EN (2). Impact sur la qualité de vie
2. Comparer l'efficacité des traitements selon les modalités de prise en charge	Comparaison de l'efficacité moyenne rapportée du traitement entre le groupe « med » et le groupe « auto » sur EN
3. Comparer l'efficacité des traitement auto administrés médicamenteux et non médicamenteux	Comparaison de l'efficacité moyenne rapportée du traitement entre le groupe « auto_med » et le groupe « auto_nmed » sur EN
4. Fournir un aperçu des caractéristiques des consultions médicales dans le cadre de la pathologie	Analyse des professionnels de santé consultés et des prescriptions effectuées
5. Analyser les raisons pour lesquelles les femmes ne se traitent pas	Analyse descriptive des réponses données par le groupe des femmes ayant déclaré ne pas se traiter
6. Evaluer les connaissances sur les traitements disponibles	a. Analyse du nombre moyen de traitements connus au sein de l'échantillon : (1). En fonction de l'impact sur la qualité de vie (2). En fonction de l'intensité de la douleur b. Analyse du nombre de traitement connus dans les différents groupes de modalités de prise en charge
7. Évaluer les pratiques thérapeutiques	Analyse du nombre moyen de solutions utilisées par femme : a. En fonction de l'impact sur la qualité de vie, b. En fonction de l'intensité de la douleur
8. Evaluer la popularité des solutions disponibles	Calcul de la fréquence de connaissance et d'utilisation des différentes solutions thérapeutiques disponibles répertoriées dans le questionnaire
9. Evaluer les méthodes d'autotraitement les plus utilisées	Calcul de la fréquence d'utilisation des différentes méthodes d'autotraitement

D. Quelques précisions sur les questions posées dans le questionnaire

1. Notion de traitement « utilisé en priorité »

Toutes les femmes qui ont répondu au questionnaire ont renseigné les solutions qu'elles utilisent dans une liste à cocher. Cependant, la littérature indique que la majorité des femmes utilisent plusieurs solutions pour traiter leurs douleurs, ce qui est confirmé au sein de l'échantillon avec 77 femmes (soit 14%) seulement ayant déclaré n'utiliser qu'une seule méthode. De plus, un questionnaire seul ne permettant pas de discriminer l'efficacité rapportée du traitement pour celles qui en utilisent plusieurs, la notion de traitement utilisé en priorité a donc été introduite.

La question a été formulée ainsi :

« Pour soulager vos douleurs de règles, vous utilisez *en priorité* : »

- ☐ Un traitement médicamenteux (antalgiques, anti inflammatoires, contraceptif hormonal...)
- ☐ Une thérapie non médicamenteuse (activité physique, plantes, application de chaleur...)

Par la suite, pour la comparaison entre ces groupes, la question relative à l'efficacité du traitement est également posée de la façon suivante :

« Le traitement que j'utilise *en priorité* est efficace pour soulager mes douleurs de règles * »"

2. Détermination de l'impact de la pathologie sur la qualité de vie

L'impact sur la qualité de vie a été recueilli en posant la question suivante :

« Jusqu'à quel point considérez-vous que vos douleurs de règles perturbent votre fonctionnement quotidien ? » *exemple : fatigue, concentration, humeur… :*

- ☐ *Aucunement*
- ☐ *Légèrement*
- ☐ *Moyennement*
- ☐ *Très*
- ☐ *Extrêmement*

Les items ont été ensuite recodés avec des valeurs numériques pour l'analyse des données de la façon suivante :

0=Aucunement, 1=Légèrement, 2=Moyennement, 3=Très, 4=Extrêmement

Une valeur plus proche de 0 indique donc un impact minime sur la qualité de vie, et une valeur plus proche de 4 indique une forte de dégradation de la qualité de vie à cause des douleurs.

3. Intensité de la douleur : échelle numérique

L'intensité de la douleur a été recueillie avec une échelle numérique codée de 0 à 10 :

Veuillez renseigner ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur durant vos règles *

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Douleur maximale imaginable

Figure 3 EN relative à l'évaluation de la douleur ressentie

4. Efficacité du traitement utilisé en priorité

Le niveau d'efficacité du traitement privilégié a été recueilli avec la question suivante :

Pour les femmes ayant consulté un médecin ou ayant demandé conseil à leur pharmacien

Je trouve que la solution qui m'a été proposée est efficace pour soulager mes douleurs de règles *

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout efficace	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Absolument efficace

Figure 4 question relative à l'efficacité de la méthode de traitement proposée en première intention

Pour les femmes ayant déclaré s'autotraiter :

Je trouve que le traitement que j'utilise en priorité est efficace pour soulager mes douleurs de règles *

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout efficace	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Absolument efficace

Figure 5 Question relative à l'efficacité de la méthode d'autotraitement privilégiée

5. Evaluation des connaissances sur les traitements disponibles et les méthodes utilisées en pratique

Pour répondre aux questions :

- **Avez-vous connaissance de l'existence de certaines des solutions suivantes utilisées pour le traitement des douleurs de règles** ?

Et

- **Quelles méthodes avez-vous l'habitude d'utiliser pour soigner vos douleurs de règles ?**
  Les solutions suivantes ont été proposées :

☐ Médicaments antalgiques et antiinflammatoires (doliprane, Antadys, ibuprofène...) ☐ Contraception hormonale (pilule contraceptive, implant, patch, stérilet hormonal.) ☐ Stérilet au cuivre ☐ Antispasmodiques (Spasfon) ☐ Exercice physique, Yoga, étirements ☐ Neurostimulation transcutanée ou "TENS" (appareils avec électrodes à coller sur la peau) ☐ Application de chaleur ☐ Thérapies physiques manuelles (kinésithérapie, ostéopathie, chiropraxie)	☐ Approches psychocorporelles (hypnose, méditation) ☐ Thérapies énergétiques (magnétisme, Qi Gong, toucher thérapeutique) ☐ Application de froid ☐ Repos ☐ Médecines ayurvédiques ☐ Phytothérapie (plantes) ☐ Cannabis, CBD ☐ Mesures nutritionnelles ☐ Acupuncture ou acupression ☐ Homéopathie ☐ Autre…

Les réponses recueillies dans le champ libre « Autre… » ont été rangées à posteriori dans une des catégories existantes (exemple : « j'utilise de la sauge » est rentré dans la catégorie « phytothérapie »), ou sont devenus leur propre catégorie (exemple : « sexe »). Le questionnaire complet est présenté en annexe : Questionnaire Administré.

III. RESULTATS

A. Population de l'étude

1. Nombre de sujets

N = 787 femmes ont répondu au questionnaire entre le 8 et le 12 mai 2020

<u>Ont été exclues de l'analyse afin de respecter les critères d'inclusion :</u>

- 20 femmes ayant déclaré avoir atteint le stade de la ménopause
- 45 femmes ayant déclaré être atteintes de dysménorrhées depuis moins de 3 moins
- 69 femmes ayant déclaré être atteinte d'une pathologie pouvant être à l'origine d'une dysménorrhée secondaire
- 153 femmes ayant déclaré une douleur ressentie sur EN <5

Après avoir retiré les participantes ne correspondant pas aux critères d'inclusion, les données de N=538 patientes atteintes de dysménorrhée primaire chronique modérée ou sévère ont été analysées.

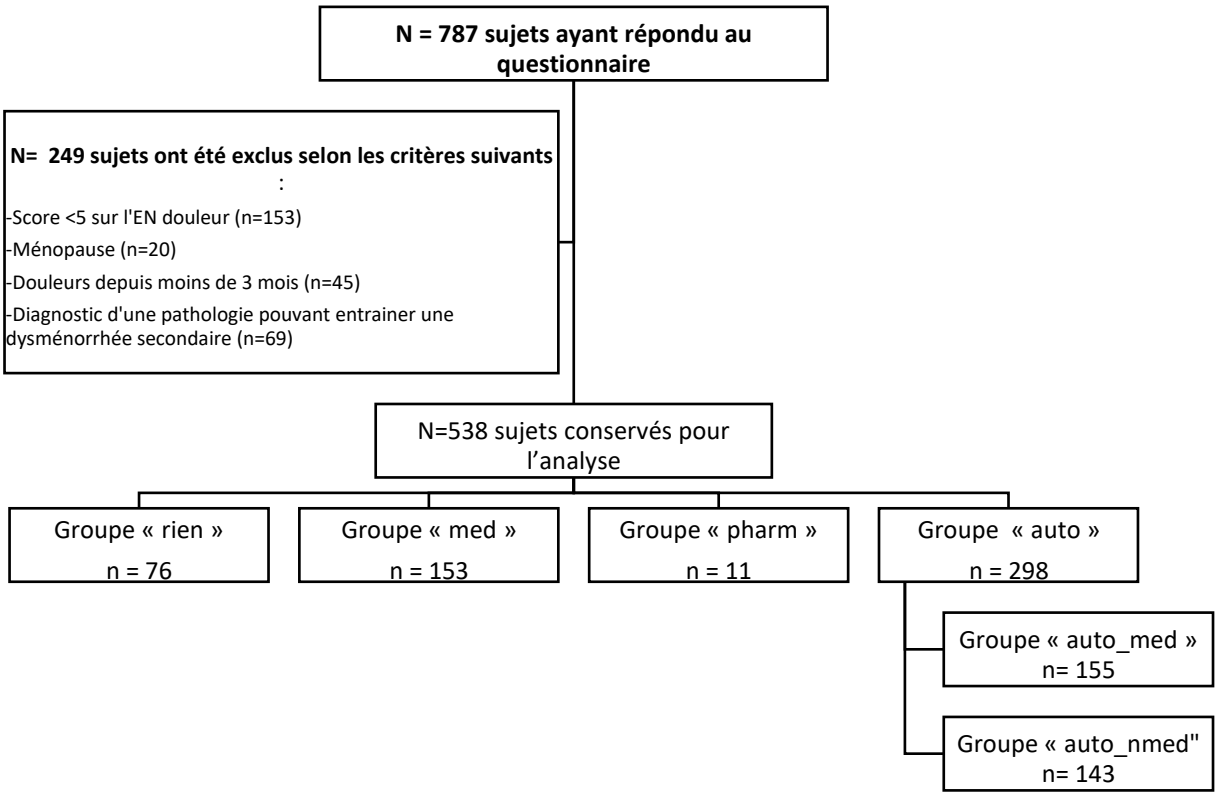

Figure 6 Diagramme de Flow de l'étude

2. Caractéristiques

a) Caractéristiques démographiques des groupes

Le groupe contenant les femmes qui ont demandé conseil à leur pharmacien n'a pas été inclus dans les analyses comparatives intergroupes du fait de la petitesse de l'échantillon identifié (n=11 femmes, c'est-à-dire 2%).

Il est vérifié que les groupes ne diffèrent pas en termes de pourcentage de femmes nullipares (p=0,6).

Des différences sont cependant observées entre les groupes par rapport au niveau de la douleur ressentie et de l'impact sur la qualité de vie. Ces résultats sont détaillés dans la partie Analyse des paramètres suspectés d'orienter le choix de prise en charge.

Groupes	**Total** (n=538)	**Pharm** (n=11)	**Auto** (n=298)	**Med** (n=153)	**Rien** (n=76)	**p-value**
Caractéristiques						
Nullipares *n (%)*	*493(91,6)*	*10(90,9)*	270(90,6)	(143)93,5	(72)92,1	p=0,6
Niveau de douleur *moyenne(écart-type)*	*7,1(2,0)*	*7,4(1,6)*	6,9(1,2)	7,6(1,1)	6,4(1,4)	p<0,0001***
Impact sur la qualité de vie *moyenne(écart-type)*	*2,5(0,8)*	*2,8(0,6)*	2,6(0,80)	2,7(0,80)	2,2(0,77)	p<0,0001***

Tableau 2 Caractéristiques descriptives des groupes de l'étude

b) Caractéristiques démographiques au sein du groupe des femmes qui s'autotraitent.

Groupes	**Med** (n=155)	**Nmed** (n=143)	**p-value**
Caractéristiques			
Nullipares *n(%)*	138(89,0)	132(92,3)	p=0,3
Niveau de douleur *moyenne(écart-type)*	6,19 (2,0)	6,22	p=0,7
Impact sur la qualité de vie *moyenne(écart-type)*	2,30(0,89)	2,42	p=0,4

Tableau 3 Caractéristiques descriptives des sous-groupes du groupe "auto"

Il n'existe pas de différence significative entre les sous-groupes au niveau de la proportion de femmes nullipares, de la douleur ressentie ou de l'impact sur la qualité de vie.

B. Analyses

1. Choix des modalités de prise en charge et évaluation de facteurs ayant pu influencer ce choix

a) Choix des femmes au sein de l'échantillon

2% des femmes ont déclaré avoir demandé conseil à leur pharmacien 14% ne rien faire de spécial pour soulager leurs douleurs, 28,4% ont déclaré avoir consulté un médecin, et 55,4% se traiter toute seule.

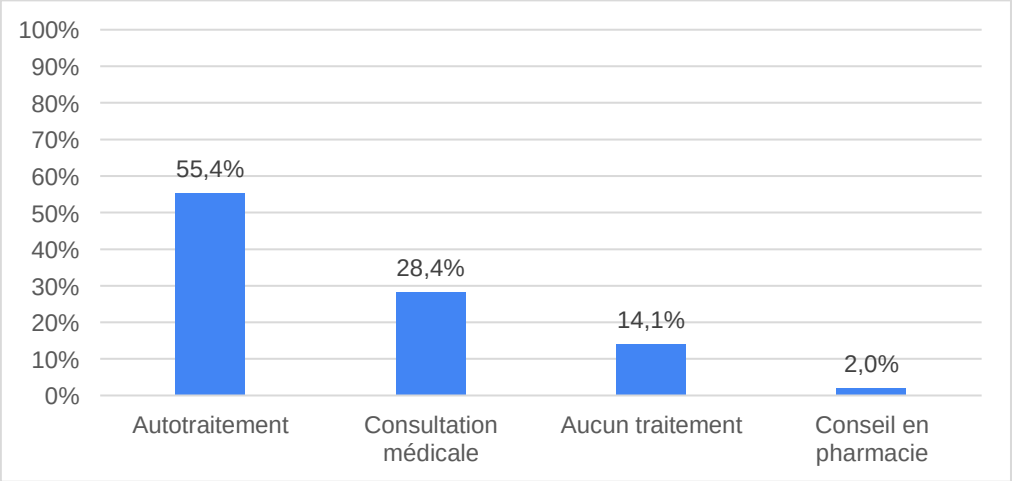

Figure 7 Fréquence de recours aux différentes modalités de prise en charge

Si le pourcentage de femmes qui se traitent seules correspond aux données de la littérature, environ 30% des femmes de l'échantillon ont consulté un médecin, contre 10% dans la littérature.

b) Analyse des paramètres suspectés d'orienter le choix de prise en charge

(1) Niveau de douleur

Le niveau de douleur moyen ressenti est de 6,9 ± 1,2 dans le groupe autotraitement, 7,6 ± 1,1 dans le groupe des femmes ayant consulté, et de 6,4 ± 1,4 dans le groupe des femmes ayant déclaré ne pas se traiter.

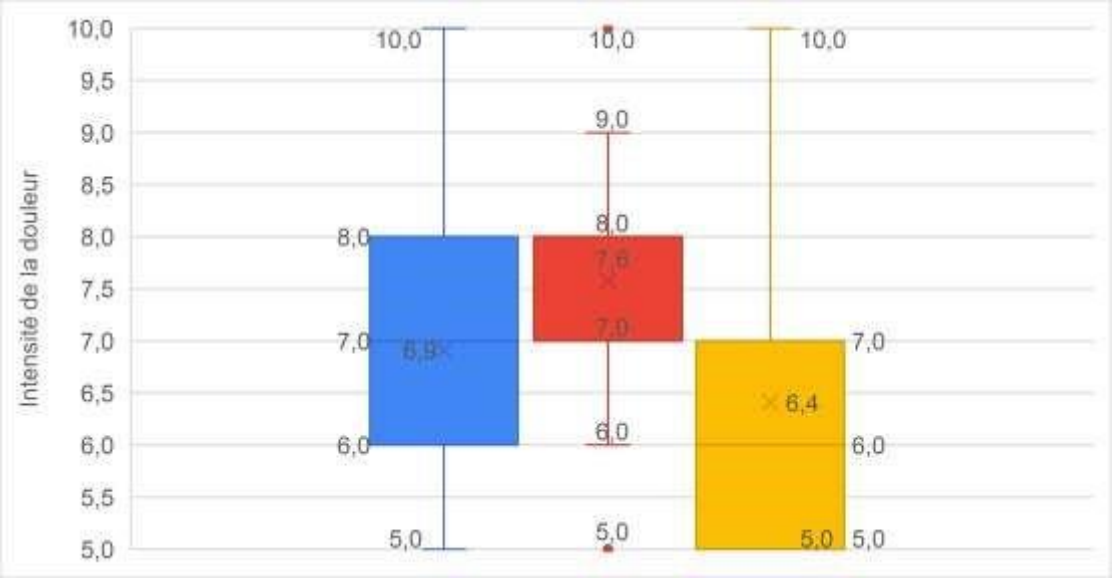

Figure 8 Intensité de la douleur dans les groupes de modalités de traitement

Une comparaison de moyenne par un test de Student révèle des différences significatives entre les groupes.

Les groupes « med » et « auto » ont rapporté une douleur ressentie significativement supérieure à celles du groupe « rien » (p<0,001 et p=0,001 respectivement).

Les femmes ayant consulté un médecin rapportent un niveau de douleur ressentie significativement plus élevé que celles qui ont déclaré s'autotraiter (p<0,001), et les femmes qui ont consulté sont également celles qui rapportent le plus haut niveau de douleur.

(2) Impact sur la qualité de vie

L'impact sur la qualité de vie rapporté est de 2,6 ± 0,8 dans le groupe autotraitement, 2,7 ± 0,8 dans le groupe des femmes ayant consulté, et de 2,2 ± 0,8 dans le groupe des femmes ayant déclaré ne pas se traiter.

Une comparaison de moyenne par un test de Student révèle des différences significatives entre les groupes : l'impact sur la qualité de vie est plus important pour les groupes « auto » et « med » (p<0,001) que pour le groupe « rien », et plus important au sein du groupe « med » qu'au sein du groupe « auto » (p=0,01)

Les femmes qui ont consulté un médecin présentent donc une qualité de vie significativement plus dégradée que les femmes qui s'autotraitent.

(3) Conclusion

Les femmes qui ont consulté un médecin sont sujettes à des douleurs plus importantes et à une qualité de vie plus dégradée que celles qui s'autotraitent.

2. Comparaison de l'efficacité des traitements selon les modalités de prise en charge

Tous types de traitement confondus, il n'y a pas de différence significative entre l'efficacité du traitement entre les femmes ayant consulté un professionnel de santé (6,5±7,4) et celles qui se traitent par elles même (6,2±3,8) (p=0,1).

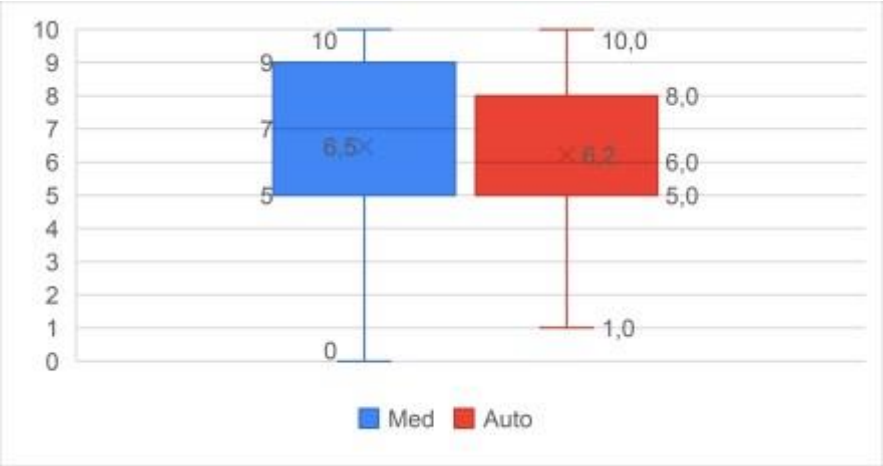

Figure 9 Efficacité rapportée des traitements entre les groupes

3. Comparaison de l'efficacité des méthodes d'autotraitement médicamenteuses et non médicamenteuses

L'efficacité moyenne rapportée du traitement dans le groupe med est de 6,4±2,07 et de 6,0±1,80 dans le groupe nmed.

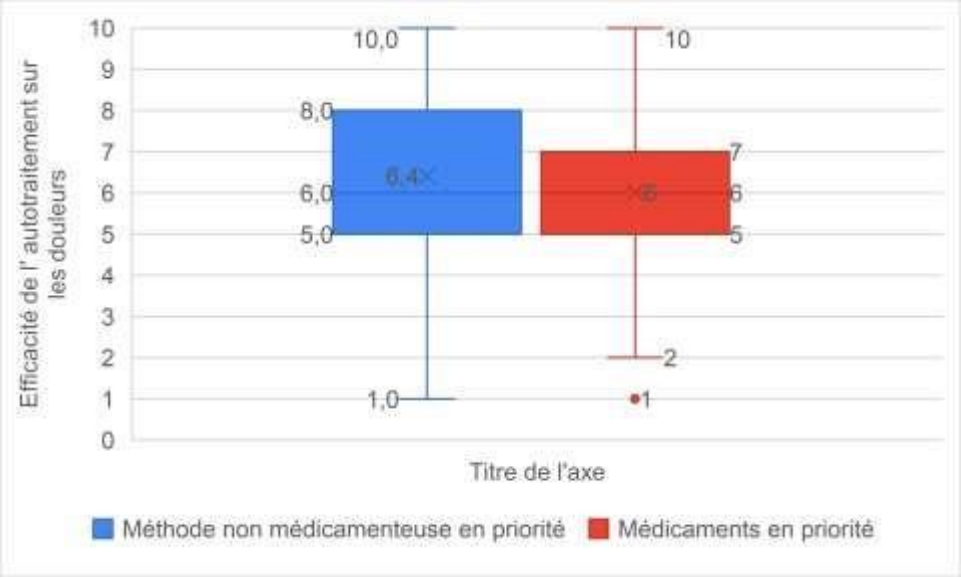

Figure 10 Efficacité en moyenne des traitements privilégiés entre les sous-groupes du groupe "auto"

Les moyennes rapportées sur l'EN ont été comparées à l'aide d'un test de Student. Il existe une différence significative entre l'efficacité des méthodes rapportées entre les deux groupes (p=0,03).

Les biais relatifs à la pertinence de la différence mise en évidence par cette comparaison sont discutés en Discussion concernant les résultats.

4. Professionnels de santé impliqués et prescriptions

Sur les 153 femmes ayant consulté un professionnel de santé, 51% ont consulté leur gynécologue, 44% un médecin généraliste, 3% une sage-femme, et les 2% restants rapportent avoir consulté : un ostéopathe, un médecin généraliste et un homéopathe, un gynécologue et un médecin généraliste.

Une solution médicamenteuse a été prescrite à 93,4% des femmes, une solution non médicamenteuse pour 4,6%, et 2% n'ont reçu aucune proposition.

Le pourcentage de prescriptions médicamenteuses ne diffère pas de manière significative entre les gynécologues (94,8%) et les médecins généralistes (94,1%) (p=0,56).

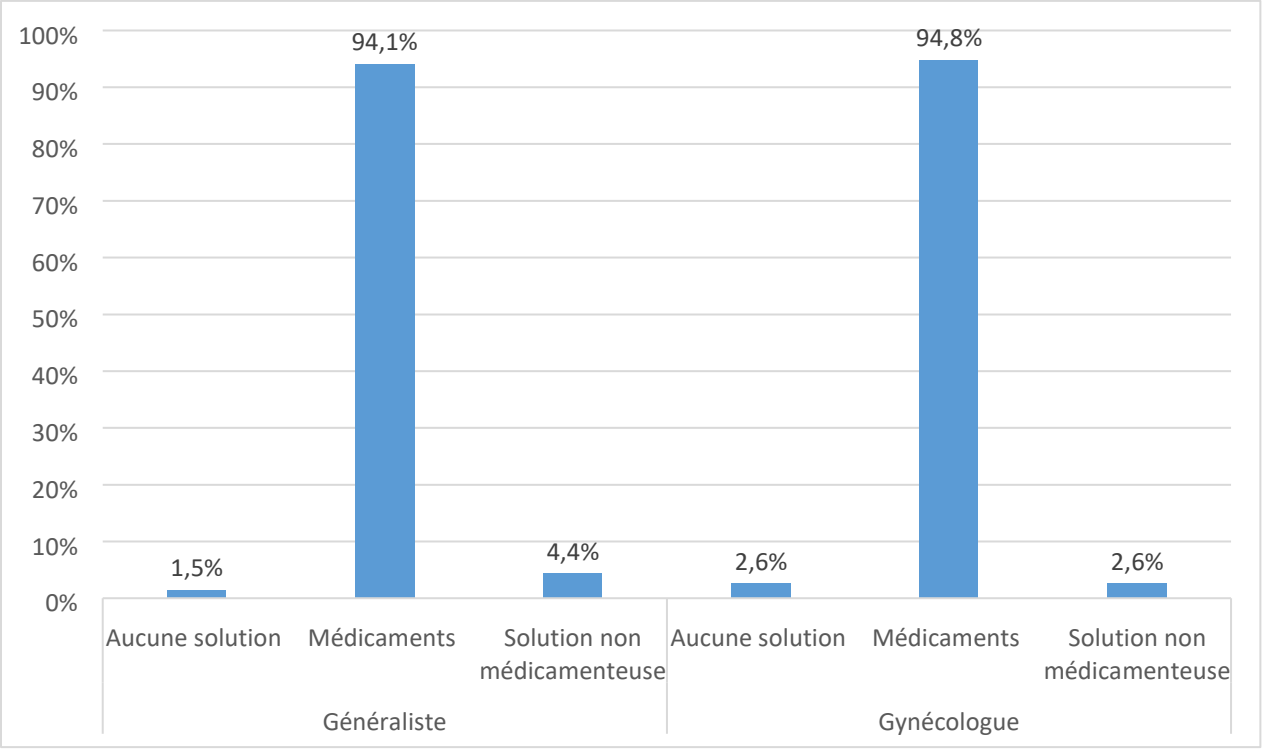

Figure 11 Prescriptions effectuées par les médecins généralistes et les gynécologues

5. Analyse des raisons pour lesquelles les femmes ne se traitent pas

76 femmes ont déclaré ne rien faire pour traiter leurs douleurs. La douleur ressentie et l'impact sur la qualité de vie au sein de ce groupe étant significativement plus faible que celles renseignées pour les autres groupes, Il est possible de conclure que ces deux paramètres sont impliqués dans la décision de ne pas se traiter (voir Niveau de douleur et Impact sur la qualité de vie).

A la question : « Vous ne faites rien de particulier pour traiter vos douleurs de règles, pour quelle(s) raison(s) ? » quatre choix étaient proposés :

- ☐ *Je n'ai pas le temps*
- ☐ *Je ne pense pas que ce soit nécessaire*
- ☐ *Je ne pense pas qu'il existe de solution efficace pour traiter ces douleurs* ☐ *Je suis habituée à la douleur*

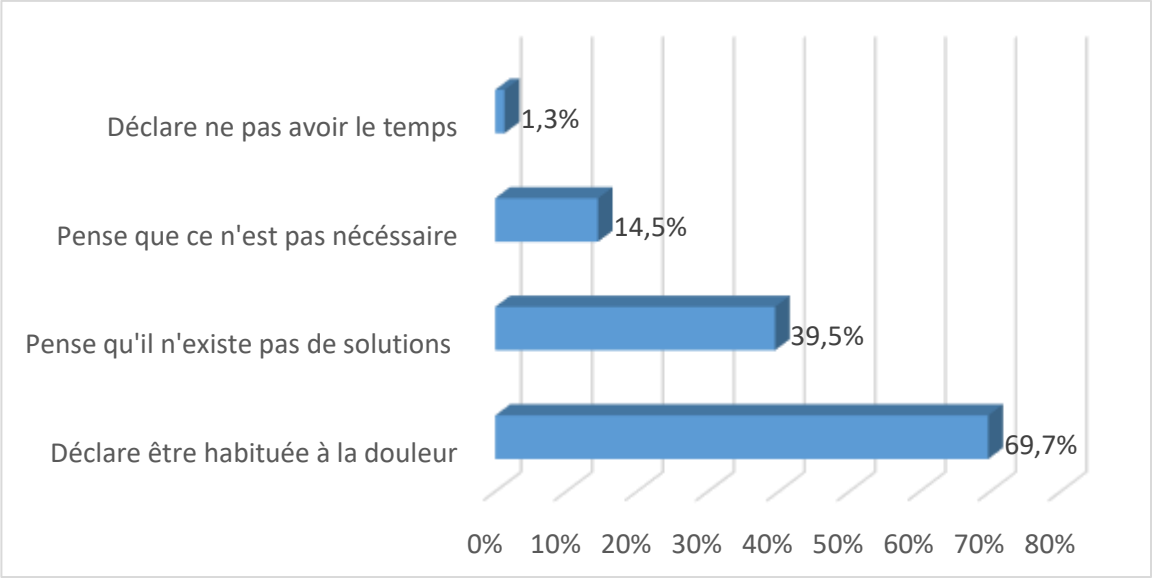

Figure 12 Fréquences rapportées des raisons de ne pas se traiter

69,7% des femmes ont déclaré être habituées à la douleur, 39,5% des femmes ont indiqué penser qu'il n'existe pas de solution efficace pour traiter les douleurs, 14,5% des femmes ont déclaré penser que ce n'était pas nécessaire, et 1,3% déclarent manquer de temps pour se traiter.

Il existe donc un nombre important de femmes ayant déclaré être habituées à la douleur bien qu'elles remplissent les critères d'une dysménorrhée primaire modérée à sévère, ainsi qu'un pourcentage non négligeable de femmes pensant qu'il n'existe pas de solution efficace bien que la littérature indique le contraire.

Pour une analyse quantitative rapide des raisons pour lesquelles les femmes ne se traitent pas en fonction de l'intensité de leur douleur, voir Annexe 8 .

Ces résultats sont descriptifs et aucune analyse statistique n'a été effectuée du fait du faible échantillon.

6. Evaluation des connaissances des femmes sur les traitements disponibles

a) Nombre moyen de traitements connus

Aucun calcul statistique n'a été effectué en raison des faibles échantillons.

(1) Analyse globale

Les femmes incluent dans l'études connaissent en moyenne 7±2,6 solutions pour soulager les douleurs menstruelles. Toutes les femmes connaissent au moins une solution.

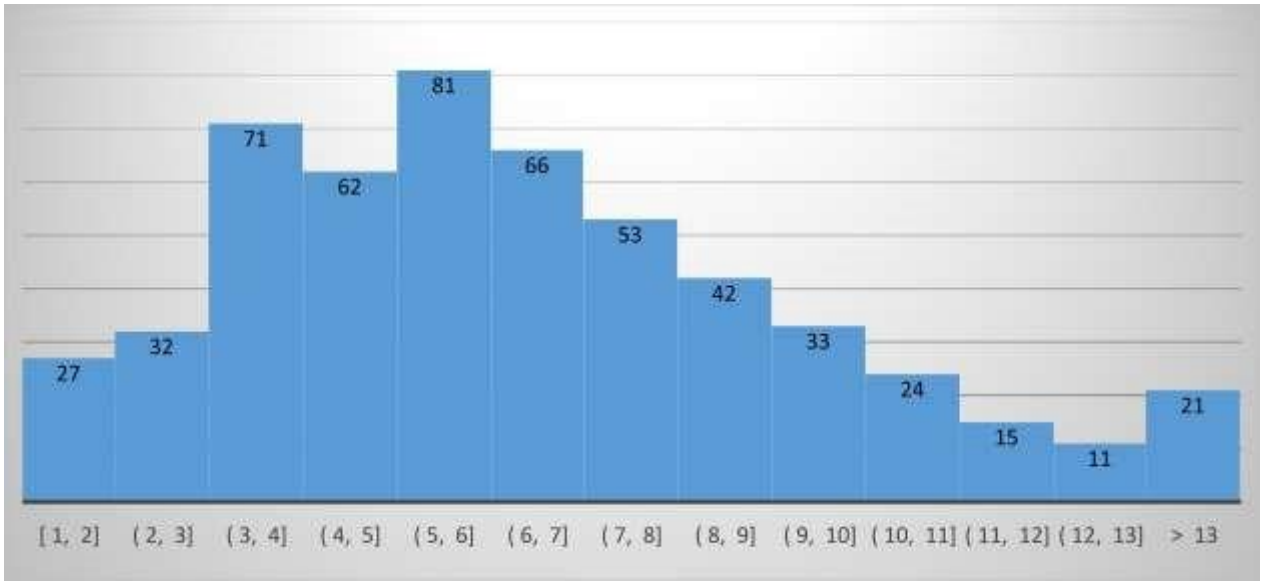

Figure 13 Distribution du nombre de solutions connues par femme au sein de l'échantillon

(2) Analyse par impact déclaré sur la qualité de vie

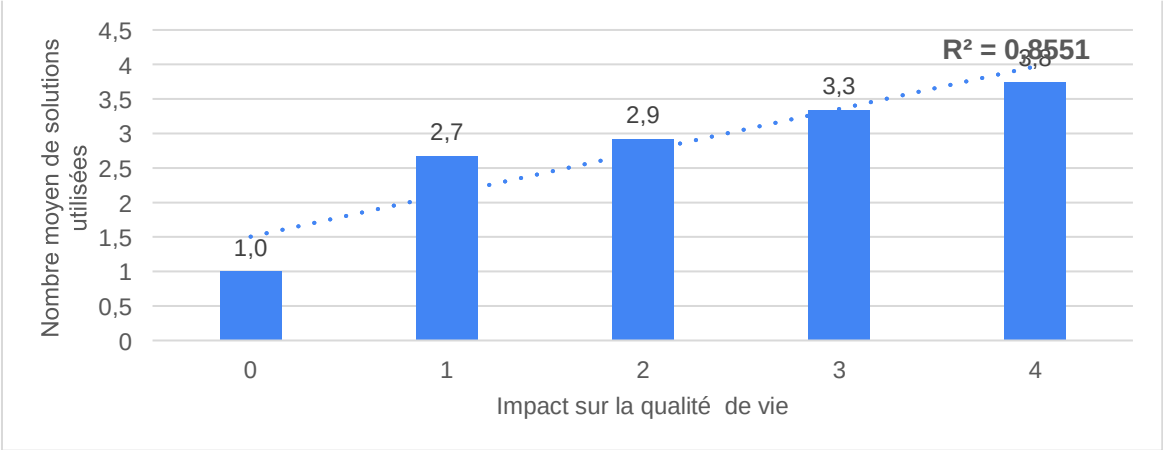

Figure 14 Nombre de solutions utilisées en moyenne par impact sur la qualité de vie

Ce graphe montre une augmentation du nombre de solutions connues avec l'augmentation de l'impact sur la qualité de vie (r=0,86), ce qui pourrait refléter le fait qu'un plus fort impact sur le quotidien incite à la recherche d'informations.

(3) Analyse par intensité de la douleur

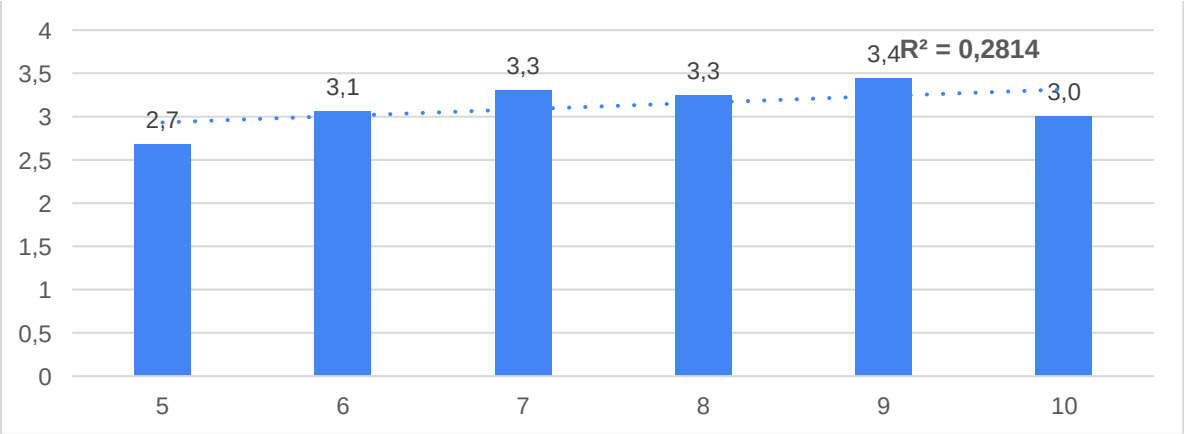

Figure 15 Nombre de solutions utilisées en moyenne par niveau d'intensité de la douleur rapporté

Les données montrent une faible tendance à l'augmentation du nombre de solutions connues avec l'augmentation du niveau de douleur.

(4) Conclusion

Comme il existe une forte augmentation du nombre de méthodes connues en fonction de l'impact sur la qualité de vie et un peu moins par rapport au niveau de douleur, il est pertinent de supposer que, comme décrit dans l'analyse de la littérature, si les femmes ne considèrent pas toujours la douleur ressentie comme légitime, l'impact ressenti sur leur vie quotidienne peut être un facteur influençant la recherche d'information.

b) Comparaison du nombre moyen de traitements connus dans les différents groupes

Au sein des groupes, les femmes ayant consulté pour leurs douleurs connaissent en moyenne 7±3,1 solutions de traitement contre la dysménorrhée, les femmes qui s'autotraitent 7±3,1 et les femmes ne se traitant pas 5,7±9,3.

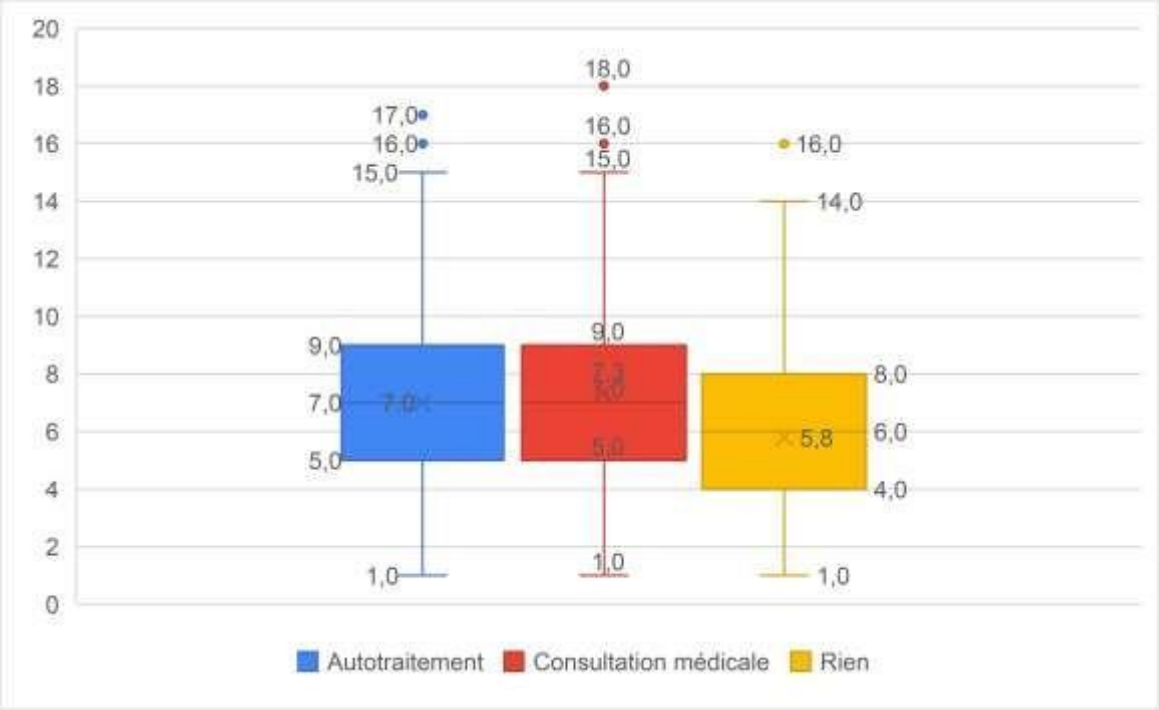

Figure 16 Nombre moyen de traitements connus par femme au sein des différents groupes de modalité de prise en charge

Les femmes qui ne traitent pas leurs douleurs de règles connaissent significativement moins de solution aux douleurs que les autres (p<0,001).

En revanche il n'existe pas de différences significatives au niveau du nombre de solutions connues entre les femmes ayant consulté un médecin pour leur dysménorrhée et celles qui se traitent seules (p=0,2).

7. Etude des pratiques thérapeutiques

a) Analyse du nombre de solutions utilisées

(1) Analyse globale

Les femmes inclues dans l'études utilisent en moyenne 3,2±2,9 solutions différentes pour soulager leurs douleurs. Toutes les femmes utilisent au moins une solution.

(2) Analyse par impact sur la qualité de vie

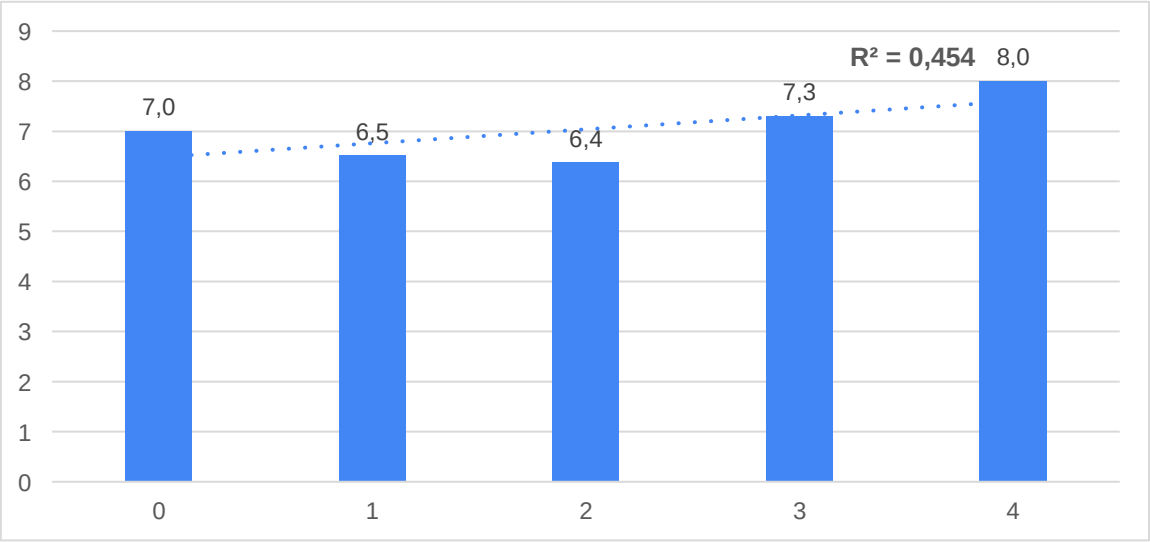

Figure 17 Nombre de solutions connues en moyenne par impact sur la qualité de vie

Il existe une tendance à l'augmentation du nombre de solutions utilisées en fonction de l'impact sur la qualité de vie

(3) Analyse par niveau de douleur ressentie

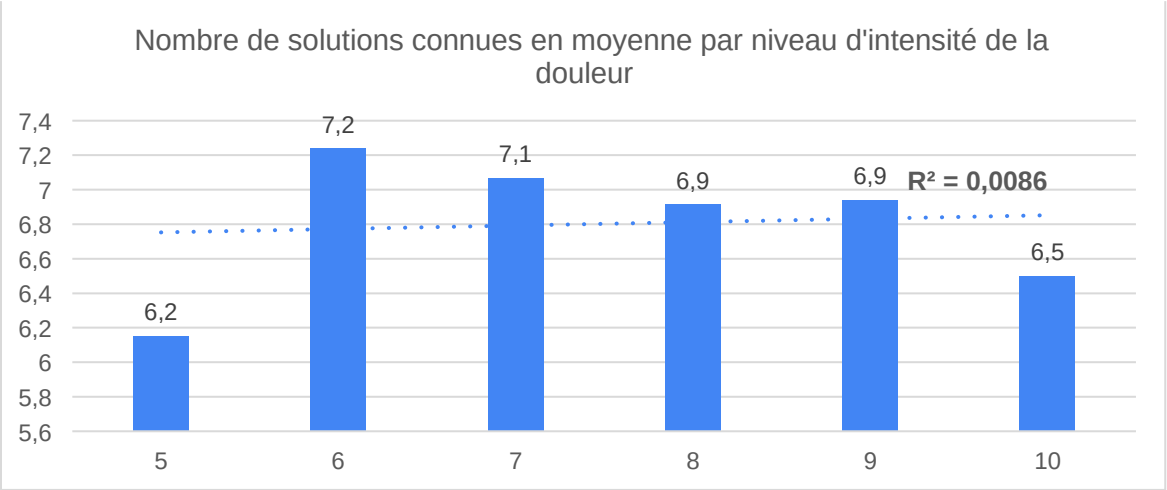

Figure 18 Nombre de solutions connues en moyenne par niveau d'intensité de la douleur

Les données n'indiquent pas d'augmentation du nombre de solutions utilisées avec l'augmentation de la douleur ressentie.

(4) Conclusion

Tout comme pour le nombre de solutions connues pour soulager la douleur, le nombre de solutions utilisées semble peu corrélé au niveau de douleur et plus à l'impact sur la qualité de vie.

8. Popularité des solutions disponibles

Détail en Annexe 5 Fréquences des traitements connus et Annexe 6 Fréquence des traitements utilisés

a) Connaissance des traitements

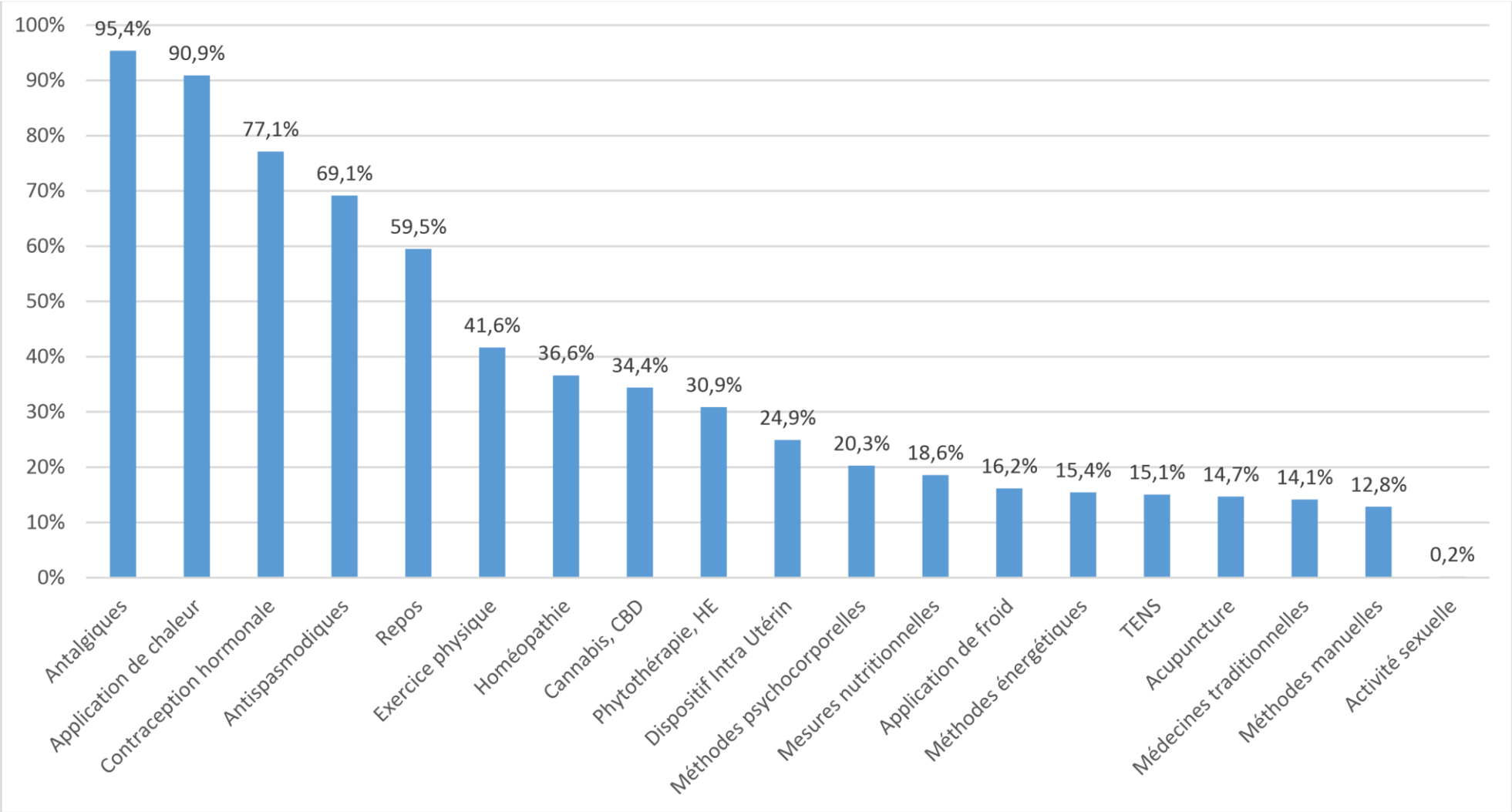

Figure 19 Pourcentage de femmes ayant rapporté connaitre les solutions proposées

Presque toutes les femmes inclues connaissent les antalgiques et l'application de chaleur, les solutions suivantes en termes de fréquence sont des solutions médicamenteuses (contraception hormonale et antispasmodiques). Ces résultats pourraient représenter que les plateformes d'informations sur la dysménorrhée informent plutôt sur les méthodes médicamenteuses que sur les solutions non médicamenteuses.

b) Utilisation des traitements

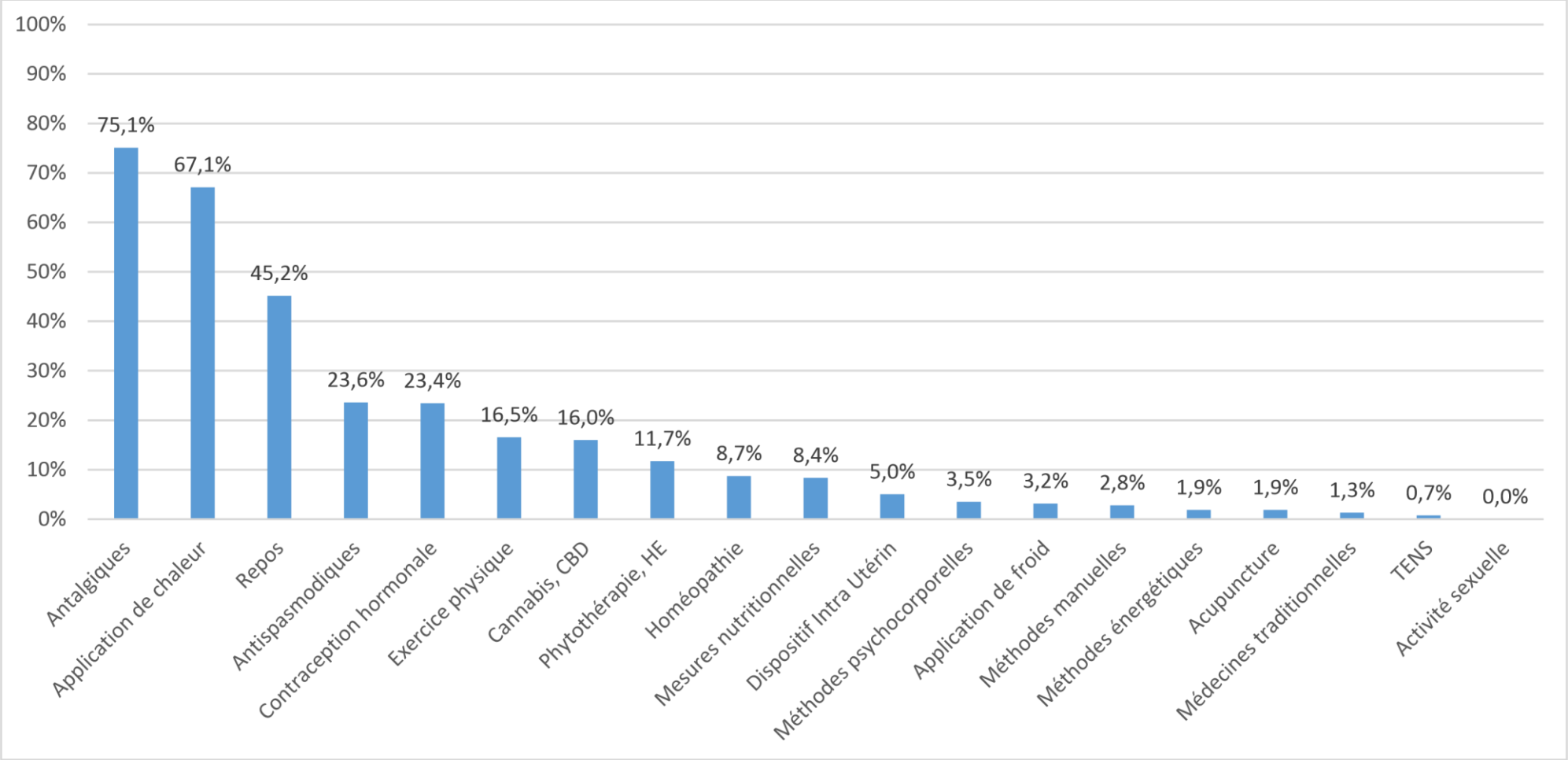

Figure 20 Pourcentage de femmes ayant rapporté utiliser les solutions proposées

Les méthodes les plus utilisées correspondent aux méthodes les plus connues, à part le « repos », qui est la 3ème méthode la plus utilisée bien que la 5ème plus connue.

9. Autotraitements les plus utilisés

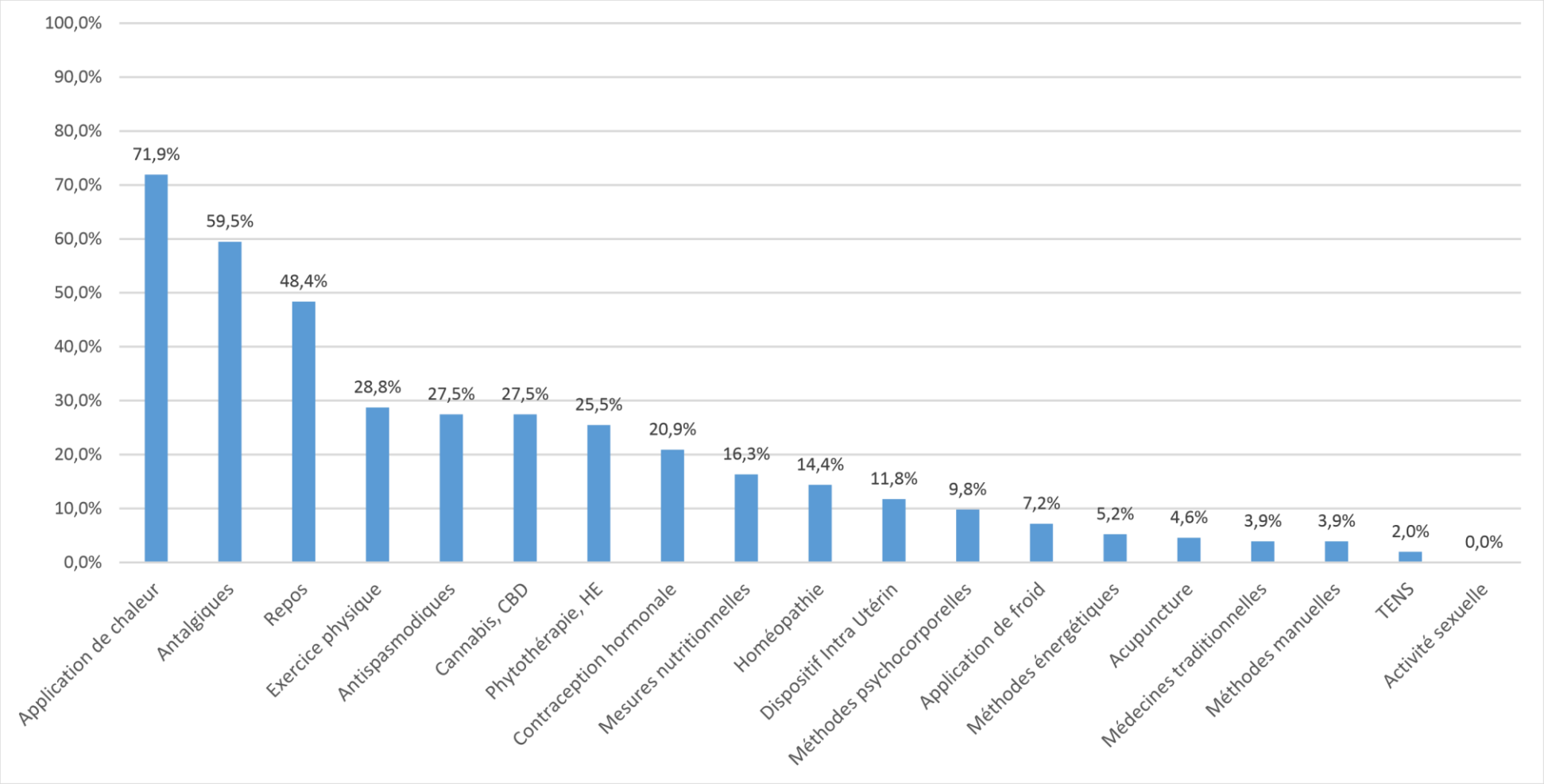

Figure 21 Fréquence d'utilisation des traitements dans le cadre d'un traitement en autonomie Les autotraitements privilégiés sont premièrement l'application de chaleur, l'utilisation d'antalgiques et le repos. La méthode la plus populaire dans le groupe autotraitement est donc une solution non médicamenteuse.

IV. DISCUSSION

A. Limitations de l'étude

Plusieurs biais et limitations sont présents dans cette étude exploratoire.

Premièrement, le recrutement a été réalisé à partir des comptes sociaux personnels de l'expérimentatrice. En considérant sa position d'étudiante en pharmacie et ses opinions féministes, ceci pourrait s'appliquer à son entourage proche ainsi qu'à son réseau, ce qui inclurait un biais de sélection de la population, incluant des femmes plus renseignées sur les méthodes de traitement de la douleur voire plus portées sur les traitements alternatifs que sur les traitements médicamenteux, cependant aucune donnée pouvant confirmer ce biais n'a été retrouvée dans les résultats.

Au sein de la cohorte, les femmes ayant déclarée avoir été diagnostiquées d'endométriose ou d'un autre trouble susceptible de provoquer une dysménorrhée secondaire ont été exclues de l'analyse. Cependant, ce critère n'a pas pu être vérifié dans les dossiers médicaux.

Les groupes constitués n'ont pas été randomisés. De ce fait, ils ne sont pas comparables en raison de biais de confusions possibles. L'âge précis, le niveau d'éducation, l'âge de la ménarche, et d'autres facteurs qui auraient pu permettre de diminuer ce biais n'ont pas été évalués.

Concernant le seuil choisi sur l'EN pour qualifier la dysménorrhée modérée, il a été fixé à une valeur supérieure ou égale 5. Le critère préconisé par la Haute Autorité de Santé est une douleur rapportée supérieure ou égale à 4. Le choix du critère de sélection a été basé sur une analyse bibliographique des critères d'inclusions des études cliniques visant à évaluer l'efficacité des méthodes alternatives dans le traitement de la douleur à l'international. La restriction sur ce critère vise également à resserrer la population incluse dans la présente étude afin de favoriser les femmes ayant une douleur « un peu plus sévère que tout juste sévère » et à pallier au fait que l'échelle utilisée en ligne n'ait pas été validée spécifiquement afin l'étude. Une analyse rapide du critère principal en ajustant le seuil à 4/10 a démontré les mêmes résultats

Par souci de taille d'échantillon lors de la conception du questionnaire, la durée depuis laquelle les symptômes sont présents a été fixée à « plus de 3 mois » ou « moins de trois mois ». Il aurait fallu rajouter l'option « plus de 6 mois » pour pouvoir caractériser de façon plus rigoureuse la chronicité de la pathologie, et ensuite ajuster à plus de 3 mois si l'échantillon restant sur ce critère n'était pas suffisant.

B. Discussion concernant les résultats

Lors de l'analyse du critère principal, la pertinence de la différence mise en évidence par la comparaison statistique est à remettre en cause. Premièrement, les sous-groupes ne sont pas comparables du fait du manque de randomisation. De plus, la différence de 0,4 points mise en évidence entre les types de traitements est plus faible que la précision de l'échelle numérique qui a permis de récolter la donnée (précision à 1 point).

Au niveau clinique, si une différence de 0,4 points ne semble pas pertinente dans le cas d'une échelle de douleur, la littérature traitant de la différence cliniquement significative mesurée sur une EVA douleur montre qu'elle est en médiane de 20mm, soit 2 points, selon différents paramètres dépendants des schémas d'études cliniques (61) . Sur des douleurs chroniques, au minimum de 1,1mm pour définir une

amélioration "un peu mieux" (57) sur des douleurs aigües ou entre 1,5 et 3,2 points sur l'amélioration du niveau des douleurs lombaires chroniques avant/après intervention (62). Comme l'efficacité des traitements sur EVA avant/après n'est pas ce qui est étudié ici, mais l'efficacité rapportée directement par les patientes, ces résultats ne s'appliquent pas mais oriente vers la conclusion que la différence mise en évidence ici est trop faible pour conclure de façon pertinente.

Concernant les choix de prise en charge : L'échantillon de l'étude comprend environ 30% de femmes ayant consulté un médecin, contre 10% dans la littérature. Le questionnaire ayant été appliqué à une échantillon français, cela pourrait être dû au fait que les consultations soient remboursées par la sécurité sociale ou que les femmes soient plus sensibilisées que dans les pays anglo-saxons. Si le niveau d'étude ou la catégorie socio-économique n'ont pas été évalués au sein de la cohorte, alors que ces facteurs peuvent avoir un impact sur les connaissances par rapport aux traitements ainsi que le comportement face à la douleur, l'étude de Fernandez et collègues (60) étudiant la prévalence de la dysménorrhée et les comportements associés sur un échantillon de femmes françaises en août 2020 rapporte qu'entre 58% et 66% des femmes n'ont jamais consulté pour leurs douleurs, ce qui se rapproche de notre évaluation et pourrait confirmer cette hypothèse.

Les données recueillies confirment qu'environ la moitié des femmes atteintes de dysménorrhée primaire choisissent de se traiter par elles-mêmes. Très peu de femmes demandent conseil à leur pharmacien, et une partie déclare ne rien faire. Comme les femmes qui ont consulté un médecin ont rapporté un niveau de douleur plus élevé et une qualité de vie plus dégradée que les autres, les résultats indiquent que ces facteurs influent le choix des femmes de consulter un professionnel de santé.

L'étude de l'efficacité des traitements en fonction de la modalité de prise en charge choisie montre que, si les femmes qui ont consulté un médecin ont une qualité de vie plus dégradée que les autres, elles ne connaissent significativement pas plus de possibilités de traitement que les femmes qui se traitent seules. Dans ce groupe, la majorité a consulté un gynécologue ou un médecin généraliste, et un traitement médicamenteux a été prescrit à la presque totalité de ces patientes. Or, il n'existe pas de différence d'efficacité du traitement entre les femmes ayant consulté et les femmes qui se traitent seules.

Malgré les biais méthodologiques identifiés, ces analyses soulignent la nécessité pour les professionnels de santé de mieux informer les patientes sur les solutions disponibles qui pourraient les soulager aussi bien que des solutions médicamenteuses, et d'améliorer l'éducation thérapeutique associée à la dysménorrhée primaire.

Ce manque d'information est confirmé par les données relatives au groupe de femmes qui ne se traitent pas. Dans ce groupe 40% ont rapporté penser qu'il n'existe pas de solution efficace pour traiter la douleur alors que les nombreuses investigations cliniques démontrent le contraire.

En s'intéressant à la fréquence d'utilisation des différentes méthodes de traitement, les données montrent que globalement, les femmes atteintes de dysménorrhées utilisent des antalgiques et l'application de chaleur, mais également des antispasmodiques qui sont pourtant recommandés en tant que traitement d'appoint. Il serait donc intéressant d'évaluer la consommation d'antispasmodiques en vie réelle afin de déterminer leur fréquence d'utilisation en première intention.

L'application de chaleur et le repos sont en plus des antalgiques dans le top 3 d'utilisation dans le groupe des femmes qui s'autotraitent. Ce groupe semble donc plus porté vers les méthodes non médicamenteuses. Comme les médecins et

gynécologues prescrivent des traitements pharmacologiques quasisystématiquement, l'étude des comportements face à la dysménorrhée pourrait renseigner sur l'existence d'un virage vers les méthodes médicamenteuses après consultation chez le médecin chez les femmes dont la qualité de vie est la plus impactée par les douleurs. Comme les analyses de révèlent pas une meilleure efficacité de traitement entre les femmes qui sont consulté et celles qui se traitent seules, il semblerait que le passage aux médicaments en cas de forte diminution de la qualité de vie ne procure pas le soulagement attendu sur les symptômes. Cela reste à investiguer.

Si certaines femmes connaissent un grand nombre de techniques, il n'est pas possible à ce jour d'affirmer qu'elles sont au courant des plus efficaces. De plus, si certaines méthodes ont fait l'objet d'essais cliniques à bon niveau de preuve versus traitement médicamenteux ou placebo et que ces essais ont été inclus dans des métaanalyses qualitatives, elles ne semblent pas rentrer dans l'arsenal thérapeutique conseillé par les médecins.

Au vu de ces données, il semblerait donc bénéfique de réaliser des essais plus cadrés, mais également de communiquer les résultats des études existantes et à venir aux professionnels de santé impliqués dans le traitement des dysménorrhées. Les résultats de l'analyse soulignent également l'importance de développer les moyens d'information directe aux femmes par rapport à la pathologie et aux solutions disponibles pour la traiter, en soulignant les alternatives aux médicaments. Outre le faible nombre d'effets secondaires attendus lors de l'utilisation de la plupart des méthodes non médicamenteuses, renforcer les preuves cliniques des plus investiguées permettrait de proposer un plus large panel de solutions aux patientes ou au grand public.

Les femmes atteintes de dysménorrhée pourraient ainsi choisir leur traitement en fonction de leurs attentes et de leurs préférences, tout en étant rassurées sur son innocuité, et, dans la mesure du possible, son efficacité.

V. ANNEXES

1. Table des illustrations

Figure 1 Physiopathologie de la dysménorrhée primaire 14
Figure 2 Mécanismes d'action des AINS (28) 16
Figure 4 EN relative à l'évaluation de la douleur ressentie 27
Figure 5 question relative à l'efficacité de la méthode de traitement proposée en première intention 27
Figure 6 Question relative à l'efficacité de la méthode d'autotraitement privilégiée .. 27
Figure 7 Diagramme de Flow de l'étude 29
Figure 10 Fréquence de recours aux différentes modalités de prise en charge 31
Figure 11 Intensité de la douleur dans les groupes de modalités de traitement 32
Figure 12 Efficacité rapportée des traitements entre les groupes 33
Figure 8 Efficacité en moyenne des traitements privilégiés entre les sous-groupes du groupe "auto" 33
Figure 13 Prescriptions effectuées par les médecins généralistes et les gynécologues 34
Figure 14 Fréquences rapportées des raisons de ne pas se traiter 35
Figure 15 Distribution du nombre de solutions connues par femme au sein de l'échantillon 36

Figure 16 Nombre de solutions utilisées en moyenne par impact sur la qualité de vie 36
Figure 17 Nombre de solutions utilisées en moyenne par niveau d'intensité de la douleur rapporté 37
Figure 18 Nombre moyen de traitements connus par femme au sein des différents groupes de modalité de prise en charge 38
Figure 19 Nombre de solutions connues en moyenne par impact sur la qualité de vie 39
Figure 20 Nombre de solutions connues en moyenne par niveau d'intensité de la douleur..... 39
Figure 21 Pourcentage de femmes ayant rapporté connaitre les solutions proposées 41
Figure 22 Pourcentage de femmes ayant rapporté utiliser les solutions proposées . 42
Figure 23 Fréquence d'utilisation des traitements dans le cadre d'un traitement en autonomie 43
Figure 24 Analyse des raisons pour lesquelles les femmes ne se traitent pas fonction de la douleur ressentie 57

2. Questionnaire Administré

Traitement des douleurs liées aux règles

Vous souffrez de dysménorrhée et vous avez 3 ou 4 minutes devant vous ? Alors ce questionnaire s'adresse à vous !
Les douleurs de règles sont également appelées dysménorrhées. Elles peuvent survenir avec l'arrivée des règles ou les précéder de 1 à 3 jours, être très intense, et provoquer une gêne importante voire handicapante. La dysménorrhée est très fréquente et ceci tout au long de la vie. Chacune a sa méthode pour la soulager et minimiser les conséquences sur sa vie de tous les jours.

Ce questionnaire s'intègre dans un projet de recherche qui vise à évaluer les méthodes que les femmes utilisent pour soulager leurs douleurs de règles, et à déterminer celles qu'elles trouvent les plus efficaces. Vous apprendrez même peut-être l'existence de techniques que vous ne connaissiez pas !

Les questions s'adressent à toutes les personnes qui souffrent de douleurs de règles, sans limite de symptômes. Les réponses au questionnaire sont anonymisées. Il ne sera pas possible de remonter les réponses jusqu'à vous. Il faut environ 3 minutes pour le compléter.

N'hésitez pas à le partager

Merci à toutes ! :)

*Obligatoire

Profil et douleurs

1. Quel âge avez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

Moins de 16 ans
Entre 16 et 25 ans
Entre 26 et 44 ans
45 ans et plus

2. Quel est votre statut de fertilité ? *

Plusieurs réponses possibles.

J'ai déjà eu mes premières règles et je n'ai jamais accouché
J'ai accouché au moins une fois
J'ai accouché au moins une fois et je suis ménopausée
Je n'ai jamais accouché et je suis ménopausée

Pas de douleur — Douleur maximale imagina

3. Je ressens des douleurs dues à mes règles *

Plusieurs réponses possibles.

Depuis moins de 3 mois
Depuis plus de 3 mois

4. Veuillez renseigner ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur durant vos règles *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Je suis atteinte d'une pathologie qui peut entraîner des douleurs de règles *

L'endométriose est la source la plus fréquente de douleurs. D'autres maladies peuvent provoquer des douleurs intenses : Le syndrome des ovaires polykystiques, l'adénomyose, le fibrome utérin, certaines malformations congénitales, certains kystes et/ou tumeurs de l'ovaire, les infections génitales chroniques, les synéchies utérines ou encore les polypes de la cavité utérine et les cancers féminins

Plusieurs réponses possibles.

Non

Oui, je suis diagnostiquée comme atteinte d'endométriose

Oui, je suis diagnostiquée comme atteinte d'une autre pathologie qui provoque une dysménorrhée ou je suis atteinte de plusieurs pathologies

Je ne sais pas

6. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos douleurs de règles perturbent votre Fonctionnement quotidien ? *

Exemple : fatigue, concentration, humeur.

Plusieurs réponses possibles.

Aucunement

Légèrement

Moyennement

Très

Extrêmement

Solution choisie pour traiter les douleurs

7. Quelles solution avez-vous choisie pour traiter vos douleurs ? * *Une seule réponse possible.*

Je ne fais rien de particulier *Passer à la question 8*

J'ai consulté un médecin *Passer à la question 9*

J'ai demandé conseil à mon pharmacien *Passer à la question 12*

Je soigne mes douleurs toute seule *Passer à la question 14*

Vous ne faites rien de particulier pour traiter vos douleurs de règles

8. Pour quelle(s) raisons ? *

Plusieurs réponses possibles.

Je n'ai pas le temps

Je ne pense pas que ce soit nécessaire

Je ne pense pas qu'il existe de solution efficace pour traiter ces douleurs

Je suis habituée à la douleur

Passer à la question 16

Vous avez consulté un médecin

9. Qui avez-vous consulté ? * Une seule réponse possible.

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme
- Autre :

10. Quelle solution vous a-t-on proposée en première ligne ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Un traitement médicamenteux (antalgiques, anti inflammatoires, contraceptif hormonal...)

Pas du tout efficace — Absolument efficac

- Une thérapie non médicamenteuse (activité physique, plantes, application de chaleur...)
- Aucune solution ne m'a été proposée

11. Je trouve que la solution qui m'a été proposée est efficace pour soulager mes douleurs de règles *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Passer à la question 16

Vous avez demandé conseil à votre pharmacien

12. Quelle solution vous a-t-on proposée en première ligne ? *

Pas du tout efficace — Absolument efficac

Plusieurs réponses possibles.

- Un traitement médicamenteux (antalgiques, anti inflammatoires, contraceptif hormonal...)
- Une thérapie non médicamenteuse (activité physique, plantes, application de chaleur...)
- Aucune solution ne m'a été proposée

13. Je trouve que la solution qui m'a été proposée est efficace pour soulager mes douleurs de règles *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Passer à la question 16

Vous soignez vos douleurs par vous même

14. Pour soulager vos douleurs de règles, vous utilisez en priorité : *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Un traitement médicamenteux (antalgiques, anti inflammatoires, contraceptif hormonal...)
- [ ] Une thérapie non médicamenteuse (activité physique, plantes, application de chaleur...)

15. Je trouve que le traitement que j'utilise en priorité est efficace pour soulager mes douleurs de règles *

Une seule réponse possible.

Pas du tout efficace											Absolument efficace
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Passer à la question 16

Connaissances et habitudes

16. Avez-vous connaissance de l'existence de certaines des solutions suivantes utilisées pour le Traitement des douleurs de règles ? *

Il existe beaucoup de solution de santé disponibles pour traiter les douleurs de règles, mais elles ne sont pas toutes très connues. Veuillez s'il vous plaît cocher celles qui, à votre connaissance, sont utilisées pour traiter ce trouble.

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Médicaments antalgiques et anti-inflammatoires (doliprane, Antadys, ibuprofène.)
- [ ] Contraception hormonale (pilule contraceptive, implant, patch, stérilet hormonal...)
- [ ] Stérilet au cuivre
- [ ] Antispasmodiques (Spasfon)
- [ ] Exercice physique, Yoga, étirements
- [ ] Neurostimulation transcutanée ou "TENS" (appareils avec électrodes à coller sur la peau)

- [ ] Application de chaleur
- [ ] Application de froid
- [ ] Approches psychocorporelles (hypnose, méditation)
- [ ] Thérapies physiques manuelles (kinésithérapie, ostéopathie, chiropraxie)
- [ ] Thérapies énergétiques (magnétisme, Qi Gong, toucher thérapeutique)
- [ ] Homéopathie
- [ ] Médecines chinoise et ayurvédique
- [ ] Phytothérapie (plantes)
- [ ] Cannabis, CBD
- [ ] Acupuncture ou acupression
- [ ] Mesures nutritionnelles
- [ ] Repos

Autre : [ ] _____

17. Quelles méthodes avez-vous l'habitude d'utiliser pour soigner vos douleurs de règles ? *

Veuillez s'il vous plaît renseigner toutes les méthodes que vous avez l'habitude d'utiliser

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Médicaments antalgiques et anti-inflammatoires (doliprane, Antadys, ibuprofène...)
- [ ] Contraception hormonale (pilule contraceptive, implant, patch, stérilet hormonal...)
- [ ] Stérilet au cuivre
- [ ] Antispasmodiques (Spasfon)
- [ ] Exercice physique, Yoga, étirements
- [ ] Neurostimulation transcutanée ou "TENS" (appareils avec électrodes à coller sur la peau)
- [ ] Application de chaleur
- [ ] Application de froid
- [ ] Approches psychocorporelles (hypnose, méditation)
- [ ] Thérapies physiques manuelles (kinésithérapie, ostéopathie, chiropraxie)
- [ ] Thérapies énergétiques (magnétisme, Qi Gong, toucher thérapeutique)
- [ ] Homéopathie
- [ ] Médecines ayurvédiques
- [ ] Phytothérapie (plantes)
- [ ] Cannabis, CBD
- [ ] Acupuncture ou acupression
- [ ] Mesures nutritionnelles
- [ ] Repos

Autre : [ ] _____

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

3. Revues COCHRANE de méthodes alternatives dans le traitement de la dysménorrhée

Interventions comportementales (relaxation) : https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002248.pub3/full?highlightAbstract=dysmenorrhoea%7Cdysmenorrhe%7Cdysmenorrhea Exercice physique (étirements, yoga, aérobic.) :

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004142.pub4/full?highlightAbstract=dysmenorrhoea%7Cdysmenorrhe%7Cdysmenorrhea Compléments alimentaires :

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002124.pub2/full?highlightAbstract=dysmenorrhoea%7Cdysmenorrhe%7Cdysmenorrhea Thérapies manuelles :

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002119.pub3/full?highlightAbstract=dysmenorrhoea%7Cdysmenorrhe%7Cdysmenorrhea Acupuncture :

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007854.pub3/full?highlightAbstract=dysmenorrhoea%7Cdysmenorrhe%7Cdysmenorrhea Herbes médicinales chinoises :

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005288.pub3/full?highlightAbstract=dysmenorrhoea%7Cdysmenorrhe%7Cdysmenorrhea TENS :

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002123/full?highlightAbstract=dysmenorrhoea%7Cdysmenorrhe%7Cdysmenorrhea

4. Prescriptions réalisées par les professionnels de santé

Professionnel de santé et prescription associée	Nombre	Pourcentage
Généraliste et gynécologue		
Médicaments	1	
Aucune solution	1	1,5%
Médicaments	64	94,1%
Solution non médicamenteuse	3	4,4%
Gynécologue		
Aucune solution	2	2,6%
Médicaments	73	94,8%
Solution non médicamenteuse	2	2,6%
Gynécologue +Homéopathe		
Généraliste		
Médicaments	4	80,0%
Solution non médicamenteuse	1	20,0%
Ostéopathe		
Solution non médicamenteuse	1	100,0%
Total général	**153**	**100,0%**
		100,0%
Médicaments	1	
Sage-femme		

5. Fréquences de connaissance des traitements

Solution	Fréquence	Nombre de mentions
Antalgiques	95,4%	513
Application de chaleur	90,9%	489
Contraception hormonale	77,1%	415
Antispasmodiques	69,1%	372
Repos	59,5%	320
Exercice physique	41,6%	224
Homéopathie	36,6%	197
Cannabis, CBD	34,4%	185
Phytothérapie, HE	30,9%	166
Dispositif Intra Utérin	24,9%	134
Méthodes psychocorporelles	20,3%	109
Mesures nutritionnelles	18,6%	100
Application de froid	16,2%	87
Méthodes énergétiques	15,4%	83

TENS	15,1%	81
Acupuncture	14,7%	79
Médecines traditionnelles	14,1%	76
Méthodes manuelles	12,8%	69
Activité sexuelle	0,2%	1

6. Fréquence d'utilisation des traitements

Solution	Fréquence	Nombre de mentions
Antalgiques	75,1%	404
Application de chaleur	67,1%	361
Repos	45,2%	243
Antispasmodiques	23,6%	127
Contraception hormonale	23,4%	126
Exercice physique	16,5%	89
Cannabis, CBD	16,0%	86
Phytothérapie, HE	11,7%	63
Homéopathie	8,7%	47
Mesures nutritionnelles	8,4%	45
Dispositif Intra Utérin	5,0%	27
Méthodes psychocorporelles	3,5%	19
Application de froid	3,2%	17
Méthodes manuelles	2,8%	15
Méthodes énergétiques	1,9%	10
Acupuncture	1,9%	10
Médecines traditionnelles	1,3%	7
TENS	0,7%	4
Activité sexuelle	0,0%	0

7. Fréquence d'utilisation des traitements dans le groupe autotraitement

Solution	Fréquence	Nombre de mentions
Application de chaleur	36,9%	110
Antalgiques	30,5%	91
Repos	24,8%	74
Exercice physique	14,8%	44
Antispasmodiques	14,1%	42
Cannabis, CBD	14,1%	42
Phytothérapie, HE	13,1%	39
Contraception hormonale	10,7%	32
Mesures nutritionnelles	8,4%	25
Homéopathie	7,4%	22
Dispositif Intra Utérin	6,0%	18
Méthodes psychocorporelles	5,0%	15
Application de froid	3,7%	11

Méthodes énergétiques	2,7%	8
Acupuncture	2,3%	7
Médecines traditionnelles	2,0%	6
Méthodes manuelles	2,0%	6
TENS	1,0%	3
Activité sexuelle	0,0%	0

8. Annexe 8 : Analyse des raisons pour lesquelles les femmes ne se traitent pas fonction de la douleur ressentie

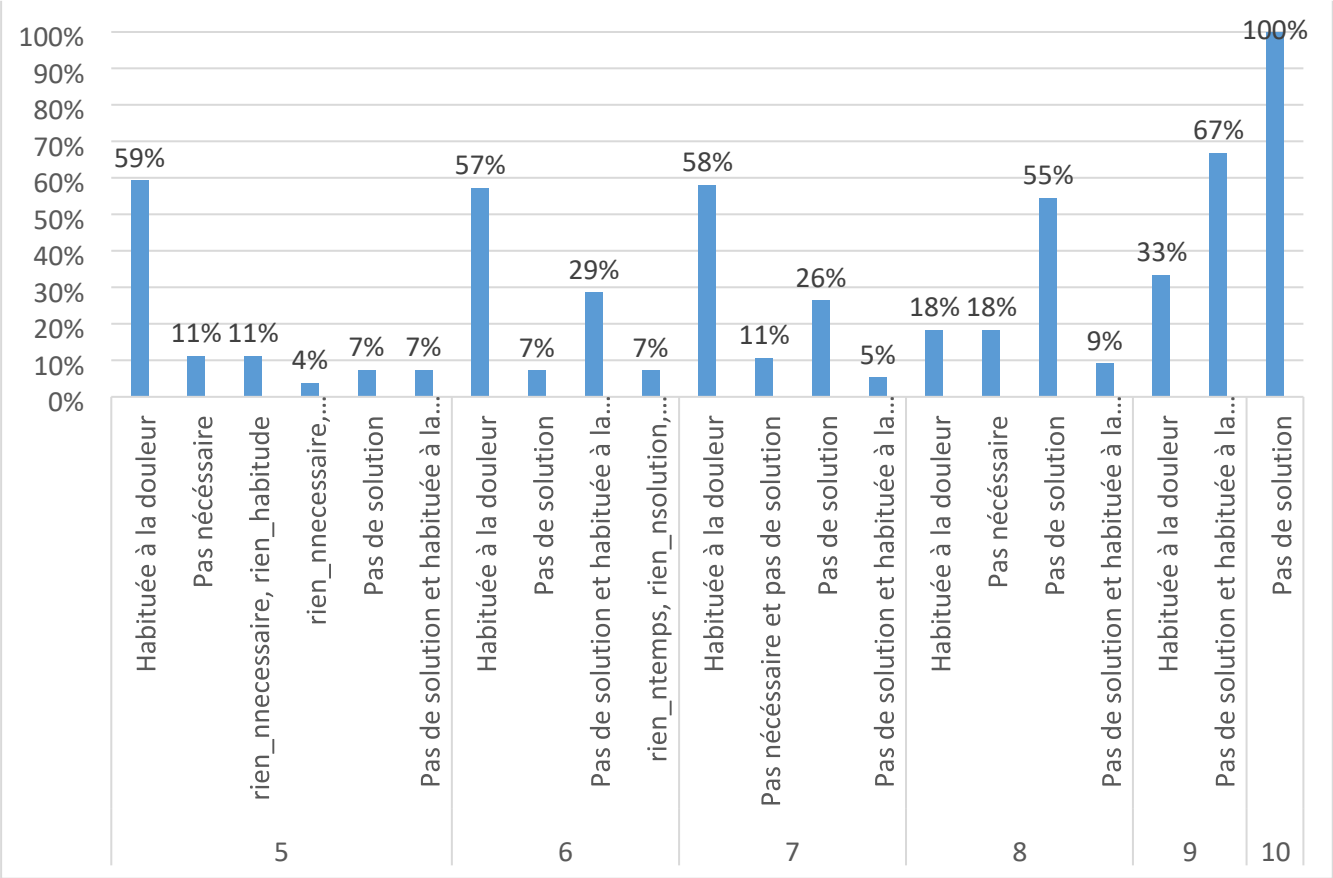

Figure 22 Analyse des raisons pour lesquelles les femmes ne se traitent pas fonction de la douleur ressentie

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Coco AS. Primary dysmenorrhea. Am Fam Physician. août 1999;60(2):489-96.

2. Dawood MY. Dysmenorrhoea and prostaglandins: pharmacological and therapeutic considerations. Drugs. juill 1981;22(1):42-56.

3. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents. Ann N Y Acad Sci. 2008;1135:185-95.

4. Ruoff G, Lema M. Strategies in pain management: new and potential indications for COX2 specific inhibitors. J Pain Symptom Manage. févr 2003;25(2 Suppl):S21-31.

5. Agarwal AK, Agarwal A. A Study of Dysmenorrhea During Menstruation in Adolescent Girls. Indian J Community Med Off Publ Indian Assoc Prev Soc Med. janv 2010;35(1):159-64.

6. Proctor ML, Farquhar CM. Dysmenorrhoea. BMJ Clin Evid. 1 mars 2007;2007.

7. Harlow SD, Park M. A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. Br J Obstet Gynaecol. nov 1996;103(11):1134-42.

8. Wong LP. Attitudes towards dysmenorrhoea, impact and treatment seeking among adolescent girls: a rural school-based survey. Aust J Rural Health. août 2011;19(4):21823.

9. Chen CX, Kwekkeboom KL, Ward SE. Beliefs About Dysmenorrhea and Their Relationship to Self-Management. Res Nurs Health. 2016;39(4):263-76.

10. Parazzini F, Tozzi L, Mezzopane R, Luchini L, Marchini M, Fedele L. Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of primary dysmenorrhea. Epidemiol Camb Mass. juill 1994;5(4):469-72.

11. Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. Br J Obstet Gynaecol. juill 1990;97(7):588-94.

12. Pullon S, Reinken J, Sparrow M. Prevalence of dysmenorrhoea in Wellington women. N Z Med J. 10 févr 1988;101(839):52-4.

13. Chen CX, Draucker CB, Carpenter JS. What women say about their dysmenorrhea: a qualitative thematic analysis. BMC Womens Health. 02 2018;18(1):47.

14. VIDAL - Dysménorrhées - La maladie [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1713/dysmenorrhees/la_maladie/

15. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. Obstet Gynecol. août 2006;108(2):428-41.

16. Chan WY, Hill JC. Determination of menstrual prostaglandin levels in non-dysmenorrheic and dysmenorrheic subjects. Prostaglandins. févr 1978;15(2):365-75.

17. Fernández-Martínez E, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML. The Impact of Dysmenorrhea on Quality of Life Among Spanish Female University Students. Int J Environ Res Public Health. 27 2019;16(5).

18. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. Hum Reprod Update. déc 2015;21(6):762-78.

19. Schoep ME, Nieboer TE, van der Zanden M, Braat DDM, Nap AW. The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. Am J Obstet Gynecol. 2019;220(6):569.e1-569.e7.

20. Chantler I, Mitchell D, Fuller A. Actigraphy quantifies reduced voluntary physical activity in women with primary dysmenorrhea. J Pain Off J Am Pain Soc. janv 2009;10(1):38-46.

21. Alonso C, Coe CL. Disruptions of social relationships accentuate the association between emotional distress and menstrual pain in young women. Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc. nov 2001;20(6):411-6.

22. Von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. Br J Psychiatry Suppl. juin 1996;(30):101-8.

23. Dorn LD, Negriff S, Huang B, Pabst S, Hillman J, Braverman P, et al. Menstrual Symptoms in Adolescent Girls: Association with Smoking, Depressive Symptoms and Anxiety. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. mars 2009;44(3):237-43.

24. 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.

25. Ortiz MI. Primary dysmenorrhea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. sept 2010;152(1):73-7.

26. Marjoribanks J, Proctor ML, Farquhar C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD001751.

27. Smith RP. Cyclic pelvic pain and dysmenorrhea. Obstet Gynecol Clin North Am. déc 1993;20(4):753-64.

28. Netgen. Allergo-immunologie 2. Les réactions allergiques aux anti-inflammatoires non stéroïdiens [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 25 août 2020]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-140/Allergo-immunologie-2.-Les-reactionsallergiques-aux-anti-inflammatoires-non-steroidiens

29. Daniels SE, Paredes-Diaz A, An R, Centofanti R, Tajaddini A. Significant, long-lasting pain relief in primary dysmenorrhea with low-dose naproxen sodium compared with

acetaminophen: a double-blind, randomized, single-dose, crossover study. Curr Med Res Opin. 2019;35(12):2139-47.

30. Feng X, Wang X. Comparison of the efficacy and safety of non-steroidal antiinflammatory drugs for patients with primary dysmenorrhea: A network meta-analysis. Mol Pain. déc 2018;14:1744806918770320.

31. Dragoman MV. The combined oral contraceptive pill -- recent developments, risks and benefits. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. août 2014;28(6):825-34.

32. Say R, Mansour D. Contraceptive choice for young people. J Fam Plann Reprod Health Care. avr 2009;35(2):81-5.

33. Marshall C, Guendelman S, Mauldon J, Nuru-Jeter A. Young Women's Contraceptive Decision Making: Do Preferences for Contraceptive Attributes Align with Method Choice? Perspect Sex Reprod Health. 2016;48(3):119-27.

34. Schwartz BI, Alexander M, Breech LL. Levonorgestrel Intrauterine Device Use for Medical Indications in Nulliparous Adolescents and Young Adults. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. 6 juill 2020;

35. Jo J, Lee SH. Heat therapy for primary dysmenorrhea: A systematic review and metaanalysis of its effects on pain relief and quality of life. Sci Rep. 02 2018;8(1):16252.

36. Hong YR. Effects of Heat Therapy Using a Far Infrared Rays Heating Element for Dysmenorrhea in High School Girls. J Korean Acad Nurs. 2011;41(1):141.

37. Potur DC, Kömürcü N. The effects of local low-dose heat application on dysmenorrhea. J Pediatr Adolesc Gynecol. août 2014;27(4):216-21.

38. Igwea SE, Tabansi-Ochuogu CS, Abaraogu UO. TENS and heat therapy for pain relief and quality of life improvement in individuals with primary dysmenorrhea: A systematic review. Complement Ther Clin Pract. août 2016;24:86-91.

39. Dawood MY, Ramos J. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of primary dysmenorrhea: a randomized crossover comparison with placebo TENS and ibuprofen. Obstet Gynecol. avr 1990;75(4):656-60.

40. Proctor M, Farquhar C, Stones W, He L, Zhu X, Brown J. Transcutaneous electrical nerve stimulation for primary dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2002 [cité 1 avr 2020];(1). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002123/full?highlightAbstract=dysmenorrhoea%7Cdysmenorrhe%7Cdysmenorrhea

41. Bai H-Y, Bai H-Y, Yang Z-Q. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation therapy for the treatment of primary dysmenorrheal. Medicine (Baltimore). sept 2017;96(36):e7959.

42. Yang N-Y, Kim S-D. Effects of a Yoga Program on Menstrual Cramps and Menstrual Distress in Undergraduate Students with Primary Dysmenorrhea: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. J Altern Complement Med N Y N. sept 2016;22(9):732-8.

43. Yonglitthipagon P, Muansiangsai S, Wongkhumngern W, Donpunha W, Chanavirut R, Siritaratiwat W, et al. Effect of yoga on the menstrual pain, physical fitness, and quality

of life of young women with primary dysmenorrhea. J Bodyw Mov Ther. oct 2017;21(4):840-6.

44. Carroquino-Garcia P, Jiménez-Rejano JJ, Medrano-Sanchez E, de la Casa-Almeida M, Diaz-Mohedo E, Suarez-Serrano C. Therapeutic Exercise in the Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. Phys Ther. 28 2019;99(10):1371-80.

45. Chen H-M, Hu H-M. Randomized Trial of Modified Stretching Exercise Program for Menstrual Low Back Pain. West J Nurs Res. 2019;41(2):238-57.

46. Shah M, Monga A, Patel S, Shah M, Bakshi H. The effect of hypnosis on dysmenorrhea. Int J Clin Exp Hypn. 2014;62(2):164-78.

47. Barnes VA, Treiber FA, Johnson MH. Impact of transcendental meditation on ambulatory blood pressure in African-American adolescents. Am J Hypertens. avr 2004;17(4):366-9.

48. Barassi G, Bellomo RG, Porreca A, Di Felice PA, Prosperi L, Saggini R. Somato-Visceral Effects in the Treatment of Dysmenorrhea: Neuromuscular Manual Therapy and Standard Pharmacological Treatment. J Altern Complement Med N Y N. mars 2018;24(3):291-9.

49. Abaraogu UO, Igwe SE, Tabansi-Ochiogu CS, Duru DO. A Systematic Review and MetaAnalysis of the Efficacy of Manipulative Therapy in Women with Primary Dysmenorrhea. Explore N Y N. déc 2017;13(6):386-92.

50. Thérapies énergétiques - Page 1 sur 9 - Amavie [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: http://www.amavie.org/83-65-179-therapies-energetiques.html

51. Witt CM, Lüdtke R, Willich SN. Homeopathic treatment of patients with dysmenorrhea: a prospective observational study with 2 years follow-up. Arch Gynecol Obstet. oct 2009;280(4):603-11.

52. Proctor ML, Murphy PA. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(3):CD002124.

53. Blödt S, Pach D, Eisenhart-Rothe S von, Lotz F, Roll S, Icke K, et al. Effectiveness of app-based self-acupressure for women with menstrual pain compared to usual care: a randomized pragmatic trial. Am J Obstet Gynecol. 2018;218(2):227.e1-227.e9.

54. Shetty GB, Shetty B, Mooventhan A. Efficacy of Acupuncture in the Management of Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. J Acupunct Meridian Stud. août 2018;11(4):153-8.

55. Woo HL, Ji HR, Pak YK, Lee H, Heo SJ, Lee JM, et al. The efficacy and safety of acupuncture in women with primary dysmenorrhea: A systematic review and metaanalysis. Medicine (Baltimore). juin 2018;97(23):e11007.

56. Shin Y-I, Kim N-G, Park K-J, Kim D-W, Hong G-Y, Shin B-C. Skin adhesive low-level light therapy for dysmenorrhoea: a randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot trial. Arch Gynecol Obstet. oct 2012;286(4):947-52.

57. Armour M, Parry K, Al-Dabbas MA, Curry C, Holmes K, MacMillan F, et al. Self-care strategies and sources of knowledge on menstruation in 12,526 young women with dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. PloS One. 2019;14(7):e0220103.

58. Armour M, Smith CA, Steel KA, Macmillan F. The effectiveness of self-care and lifestyle interventions in primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. BMC Complement Altern Med [Internet]. 17 janv 2019 [cité 15 avr 2020];19. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6337810/

59. Münstedt K, Riepen T. Patients' decisions regarding the treatment of primary dysmenorrhoea. Complement Ther Med. août 2019;45:1-6.

60. Fernandez H, Barea A, Chanavaz-Lacheray I. Prevalence, Intensity, Impact on Quality of Life and Insights of dysmenorrhea among French women: a cross-sectional web survey. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 8 août 2020;101889.

61. Olsen MF, Bjerre E, Hansen MD, Tendal B, Hilden J, Hróbjartsson A. Minimum clinically important differences in chronic pain vary considerably by baseline pain and methodological factors: systematic review of empirical studies. J Clin Epidemiol. 2018;101:87-106.e2.

62. Kovacs FM, Abraira V, Royuela A, Corcoll J, Alegre L, Cano A, et al. Minimal clinically important change for pain intensity and disability in patients with nonspecific low back pain. Spine. 1 déc 2007;32(25):2915-20.