



**LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES  
DYSMÉNORRHÉES PRIMAIRES D'ORIGINE  
FONCTIONNELLE DE L'ADOLESCENTE EN CABINET DE  
MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Enquête menée auprès des médecins généralistes de Picardie.**

**MÉMOIRE  
DE D.E.S DE MÉDECINE GÉNÉRALE  
THÈSE  
POUR LE DOCTORAT DE MÉDECINE GÉNÉRALE  
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT  
LE 10 DÉCEMBRE 2020  
PAR Louis PÉCHON**

**PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Olivier JARDÉ  
MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT  
Monsieur le Professeur Pascal BERNA  
DIRECTEUR DE THÈSE : Madame le Docteur Elena DELLENBACH**



À mon président de jury

**Monsieur le Professeur Olivier JARDÉ**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier des droits de la santé

(Chirurgien orthopédiste)

Membre de l'académie nationale de Chirurgie

Membre de l'académie nationale de Médecine

Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous avez été un des premiers à me soutenir pendant mon année de présidence au Bureau de l'Internat. Je suis reconnaissant pour les échanges que nous avons eus, et la bienveillance que vous m'avez toujours témoignée.*

*Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, recevez mes sincères remerciements, mon profond respect et ma plus sincère considération.*



À mon juge

**Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Gynécologie Obstétrique)

*Merci pour votre pédagogie et l'encadrement réalisé pour le DIU de Gynécologie-  
Obstétrique de l'année 2018. Les connaissances que j'ai acquises grâce à cette formation me  
servent désormais chaque jour.*

*Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, recevez mes sincères  
remerciements et le témoignage de ma profonde considération.*



À mon juge

**Monsieur le Professeur Pascal BERNA**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Chef de Service de Chirurgie Thoracique et des Soins Continus Vasculaires et Thoraciques

Coordinateur Adjoint du Pôle « Thorax - Cœur - Vaisseaux »

*Je garderai des souvenirs gravés à jamais de ces journées au bloc opératoire à vos côtés au  
cours de mon stage d'externat.*

*Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, recevez mes sincères  
remerciements et le témoignage de ma profonde considération.*





À mon directeur de thèse

**Madame le Docteur Elena DELLENBACH**

Médecin généraliste

*Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, je n'aurais pu rêver meilleur soutien et meilleure disponibilité. Merci pour ces semaines de stage durant lesquelles vous m'avez transmis la rigueur, la passion du métier, et l'amour du travail bien fait, mais aussi l'attention que nous devons porter à nous-même, afin de donner le meilleur à nos patients. Je vous souhaite le meilleur pour la suite de votre carrière en Alsace, la porte sera toujours grande ouverte si vous passez un jour en Anjou.*



À mes parents,

*Merci pour votre soutien indéfectible tout au long de mes études. Je vous dois ce que je suis aujourd'hui. J'espère vous rendre fiers et vous combler dans votre rôle de grands-parents.*

*Je vous aime.*

À mes grands-parents,

*Merci pour ces merveilleux souvenirs d'enfance qui resteront à jamais gravés en moi. Vous m'avez tant gâté.*

*Papi, tu me manques énormément.*

À Alexandra,

*Merci pour cette rencontre, merci de t'être déplacée jusqu'à moi il y a maintenant 3 ans.*

*Merci pour ton soutien indéfectible dans la construction de cette thèse.*

*À notre amour plus fort que la distance, à notre vie actuelle et future, à nos projets communs les plus fous.*

*Je t'aime.*

À Charlie,

*Nous avons tant d'amour à te donner ta mère et moi, notre vie est totalement changée depuis que tu es là, tu nous rends très heureux et très fiers.*

*Je t'aime.*

À Mélane et Nico,

*Merci pour toutes ces soirées passées chez vous à me soutenir et me remonter le moral lorsque j'en avais besoin. Promis, je ne viderai plus vos placards.*

À Tata Sylvie,

*Pour toutes ces semaines studieuses passées chez toi au cours de l'externat, et ce premier semestre d'internat pendant lequel tu as toujours su être à l'écoute des récits de mes journées et de mes nuits ! Merci.*

À toute ma famille,

*Pour le bonheur que vous me procurez à chacune de nos rencontres, et à l'amour que je vous porte à tous. Merci.*

À Yacine,

*À notre amitié sans faille qui dure depuis maintenant 15 ans, à ce binôme qui nous a permis de réussir ce satané concours, à cette phrase prononcée en me cherchant du regard ce 29 Juin 2010 « tu l'as Péchon !! » qui restera. Merci. Je te souhaite tout le bonheur dans cette carrière qui s'annonce riche et passionnante.*

À Julien,

*À nos idées saugrenues, nos plans de dernière minute, nos fous rires, nos soirées (et nos journées) pendant toutes ces années. Merci. Je te souhaite toute la réussite possible pour ce beau projet professionnel qui te fait lever chaque jour, et vivement ton mariage !*

À Clémence,

*À notre amitié sincère, à nos soirées pendant lesquelles nous avons ri, pleuré de rire, et travaillé un peu aussi. J'ai la chance de vivre aux côtés d'une personne merveilleuse, avec qui je partage le rôle de parent aujourd'hui, et c'est en grande partie grâce à toi. Merci.*

À Cédric et Matthieu,

*Pour ces géniales retrouvailles en Anjou, pour toutes ces soirées passées ensemble, et à celles à venir. J'ai hâte ! Je vous souhaite le meilleur.*

À Amaury L, à Amaury V, à Bastien, à Chloé, à Julie, à Victor, à Leila, à Pauline, aux Rhino, aux membres de la Revue de l'Esculape, aux copains de fal', à l'équipe du BIP 2018, à mes co-internes, à mes chefs, aux équipes paramédicales, à toutes ces personnes croisées au cours de mon cursus,

*qui ont permis de faire de ces années étudiantes des années inoubliables, riches en évènements et rencontres humaines. Merci.*

# Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	15
INTRODUCTION .....	17
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	19
I.    DESCRIPTION DE L'ÉTUDE.....	19
II.   LE RECRUTEMENT .....	19
III.  POPULATION INTERROGÉE.....	19
IV.  ÉTHIQUE.....	20
V.   RECUEIL, TRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNÉES.....	20
RÉSULTATS.....	21
I.    DESCRIPTION DES ÉCHANTILLONS .....	21
II.   THÈMES ABORDÉS DE MANIÈRE SYSTÉMATIQUE AVEC LES ADOLESCENTES CONCERNANT LES MENSTRUATION EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE .....	21
1. <i>Ménarches</i> .....	21
2. <i>Physiologie</i> .....	21
3. <i>Sémiologie</i> .....	21
4. <i>Antécédents personnels et familiaux</i> .....	22
5. <i>Vécu</i> .....	22
6. <i>Contraception</i> .....	22
III.  RESENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU SUJET DES DYSMÉNORRHÉES DE L'ADOLESCENTE ET DU RETENTISSEMENT SUR LEUR SANTÉ.....	23
1. <i>Fréquence</i> .....	23
2. <i>Désintérêt</i> .....	23
3. <i>Banalisation</i> .....	23
4. <i>Tabou et peur</i> .....	24
5. <i>Consultation complexe</i> .....	24
6. <i>Sous-diagnostic</i> .....	25
7. <i>Importance du vécu</i> .....	25
8. <i>Formation insuffisante</i> .....	26
IV.   RESENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FACE AU DÉPISTAGE ET À LA PRISE EN CHARGE DES DYSMÉNORRHÉES DE L'ADOLESCENTE EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	27
1. <i>Dépistage insuffisant</i> .....	27
2. <i>Prise en charge</i> .....	28
V.   LES PISTES D'AMÉLIORATION DU DÉPISTAGE DES DYSMÉNORRHÉES PRIMAIRES DE L'ADOLESCENTE ...	29
1. <i>Au niveau scolaire</i> .....	29
2. <i>En cabinet de médecine générale</i> .....	30
3. <i>Sensibilisation de l'entourage familial</i> .....	31
4. <i>Campagne d'information</i> .....	31
5. <i>Clubs sportifs</i> .....	32
6. <i>Formation des médecins</i> .....	32
VI.  LES PISTES D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES DYSMÉNORRHÉES PRIMAIRES DE L'ADOLESCENTE .....	32
VII.  LES PISTES D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIO-PROFESSIONNELLE DES DYSMÉNORRHÉES PRIMAIRES DE L'ADOLESCENTE .....	34
1. <i>Le milieu scolaire et professionnel</i> .....	34
2. <i>La prise en charge psychologique</i> .....	35
DISCUSSION .....	37
I.    FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE .....	37
II.   ANALYSE DES RÉSULTATS .....	38
1. <i>Les menstruations : un sujet non central</i> .....	38
2. <i>Désintérêt, banalisation, tabou et peur</i> .....	38
3. <i>Une prise en compte du versant psycho-social prépondérante</i> .....	40

4. <i>Améliorer la prise en charge au cabinet</i> .....	42
5. <i>Le rôle de la médecine scolaire</i> .....	45
6. <i>Un enjeu de santé publique</i> .....	47
7. <i>Proposition d'une fiche informative</i> .....	49
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>52</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>55</b>
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN .....	55
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE .....	56
ANNEXE 3 : CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES.....	57
ANNEXE 4 : CONTENU DU VMSS.....	58
ANNEXE 5 : FICHE INFORMATIVE A L'ATTENTION DES MEDECINS GENERALISTES .....	59

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

- AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
- DIU : Diplôme Inter Universitaire
- dTP : diphtérie-tétanos-poliomyélite
- EVA : Echelle Visuelle Analogique
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- FMC : Formation Médicale Continue
- DPC : Développement Professionnel Continu
- BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles
- ARS : Agence Régionale de Santé
- SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- MDA : Maison Des Adolescents
- VMSS : Verbal Multidimensional Scoring System
- AJOG: American Journal of Obstetrics and Gynecology
- HAS : Haute Autorité de Santé
- dTcaP : diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite
- HPV : papillomavirus humains
- D.E.S : Diplôme d'Etudes Spécialisées





## INTRODUCTION

L'adolescence est une période de transition critique de la vie, survenant entre les âges de 10 et 19 ans. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme une période de croissance et de développement humain, caractérisée par un rythme important de changements qui n'est supérieur que pendant la petite enfance. Les déterminants biologiques de cette période de la vie sont universels, mais la durée et les caractéristiques de cette période peuvent varier dans le temps, entre cultures et en fonction des situations socio-économiques (1).

Chez la jeune fille, l'adolescence et la puberté impliquent le développement des caractères sexuels secondaires, l'acquisition des fonctions de reproduction, l'accélération de la vitesse de croissance, et l'augmentation de l'index de corpulence, qui s'accompagne de modifications psychologiques (2).

Elle est marquée par le démarrage des cycles menstruels et les premières règles, nommées ménarches. L'âge moyen des ménarches est aux alentours de 12,6 ans en France, elles apparaissent en général 2 à 3 ans après le début du développement des caractères sexuels secondaires, dont le premier est la thélarche, ou le développement mammaire.

Cette période s'accompagne d'une série de troubles souvent sous-estimés par la famille et le médecin en raison de leur caractère généralement transitoire. Les troubles du cycle affectent 75% des adolescentes, et sont une source majeure d'absentéisme scolaire. Les désordres le plus souvent rencontrés sont les ménorragies, les dysménorrhées et les spanioménorrhées (3).

Selon les études de prévalence, la dysménorrhée touche 50 à 90% des adolescentes. 40 à 65% d'entre elles doivent limiter leur activité au moment des règles (4-7). Elle est décrite comme un problème de Santé Publique dans un ouvrage de gynécologie de 1989 (8).

La dysménorrhée est caractérisée par des douleurs pelviennes ou parfois lombaires d'intensité variable à type de crampes, accompagnées ou non de nausées, vomissements, diarrhées et céphalées, lipothymies ou asthénie. Ces symptômes débutent la veille ou le premier jour des règles, et durent en moyenne 1 à 3 jours, leur sévérité étant souvent corrélée à des menstruations abondantes et longues. Cette dysménorrhée primaire, qui s'installe le plus souvent progressivement au cours des 2 premières années suivant les premières règles est presque toujours essentielle ou fonctionnelle.

Un interrogatoire attentif est primordial, complété par un examen général, et permet le plus souvent de faire le diagnostic sans examen gynécologique, tout à fait inopportun et non indispensable chez une jeune fille vierge dont la dysménorrhée primaire semble évidente à l'interrogatoire.

Leur fréquence paraît plus importante en cas d'antécédents familiaux chez la mère ou les sœurs aînées, dans les milieux socio-économiques défavorisés, si la jeune fille fume plus de 15 cigarettes par jour, si la ménarche est survenue avant l'âge de 13 ans (9–11).

Ces dernières années, en France comme à l'étranger, plusieurs études épidémiologiques ont montré une prévalence des dysménorrhées toujours importante chez l'adolescente, ayant pour conséquences une altération de la qualité de vie, un impact sur la formation en milieu scolaire et professionnel avec un absentéisme important. Ce paramètre constitue une perte de chance conséquente pour les personnes qui en souffrent.

L'absence de consultation médicale pour ce motif est fréquente, de même qu'une absence de médication ou une auto-médication sont courantes. Aussi, en cas de consultation, une majorité d'entre elles s'orientent vers leur médecin généraliste. Nombreuses sont les jeunes filles pensant ne pas pouvoir être aidées, devant un symptôme très souvent banalisé par elles-mêmes ou par leur entourage proche (4–7,12,13).

Face à ce constat univoque, il nous a semblé intéressant de réaliser une étude portant sur le ressenti des médecins généralistes face à cette problématique. L'objectif principal étant de soumettre des pistes d'amélioration du dépistage et de la prise en charge globale des dysménorrhées primaires d'origine fonctionnelle de l'adolescente en cabinet. Les objectifs secondaires étant d'évaluer le ressenti des médecins généralistes picards face aux dysménorrhées de l'adolescente, et de proposer une fiche informative concernant la dysménorrhée de l'adolescente et la conduite à tenir, destinée aux médecins généralistes.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **I. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE**

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-directifs auprès de 14 médecins généralistes de Picardie, par l'intermédiaire d'un guide d'entretien structuré (annexe 1 et 2).

Ce guide d'entretien a été réalisé par nos soins, après revue de la littérature. Il était constitué de questions uniquement ouvertes et neutres, afin de ne pas orienter et influencer les réponses des médecins interrogés. Il a été évalué avant le démarrage de l'étude auprès de la commission de thèse de la faculté et validé le 06 Juin 2019. Il n'a pas été modifié pendant la durée de recueil des données.

Avant le commencement du questionnaire, une lettre brève était lue aux médecins, afin de présenter notre sujet et sa problématique (annexe 1).

Les entretiens étaient d'une durée moyenne de 13 minutes et 44 secondes, le plus court étant de 10 minutes, le plus long de 20 minutes.

### **II. LE RECRUTEMENT**

Le recrutement des médecins s'est fait sur la base du volontariat, par téléphone, dans le but de leur expliquer mon sujet, d'obtenir leur accord, et de fixer un rendez-vous physique pour la réalisation de l'entretien.

### **III. POPULATION INTERROGÉE**

La parité homme/femme a été respectée. Toutes les générations ont été interrogées afin d'obtenir une diversité de profils. Le contexte et la durée d'exercice ont été demandés.

Les entretiens ont été réalisés sur les départements de la Somme et de l'Oise.

La pratique régulière de la gynécologie ainsi que la formation réalisée en gynécologie était systématiquement recherchée. Tous les profils d'exercice ont été inclus dans l'étude.

Le statut de maître de stage universitaire était aussi recherché.

#### IV. ÉTHIQUE

Le consentement individuel a été recueilli avant le début de l'entretien de manière orale. Il a été précisé aux médecins qu'ils avaient la possibilité de se retirer de l'étude s'ils le souhaitaient. Afin de préserver l'anonymat, les médecins ont été représentés par la lettre M suivie d'un chiffre (le premier médecin interrogé a donc été nommé M1).

#### V. RECUEIL, TRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNÉES

Les entretiens ont été réalisés sur une période de 6 mois, entre Novembre 2019 et Avril 2020. Je me déplaçais personnellement sur le lieu de travail des médecins interrogés après obtention d'un rendez-vous physique.

Les données verbales ont été obtenues par enregistrement audio après accord oral du médecin interrogé, à l'aide d'un dictaphone ou d'un téléphone portable. Les données non verbales n'ont pas été recueillies.

Le nombre d'entretiens réalisés n'était pas préalablement défini. Il a été fixé selon le principe de saturation des données.

La transcription des entretiens s'est faite par le biais du logiciel Microsoft® Word, selon les termes exacts, sans correction de ma part afin qu'elle soit la plus fidèle possible.

L'analyse thématique du contenu a ensuite été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo®, afin d'obtenir une analyse qualitative des données.

## RÉSULTATS

### I. DESCRIPTION DES ÉCHANTILLONS

Les données épidémiologiques sont répertoriées dans un tableau en annexe 3.

Parmi les médecins interrogés, 4 d'entre eux ne pratiquaient pas de manière régulière la gynécologie, tous étaient des hommes.

La moyenne d'âge de la population s'établit à 36 ans.

La saturation des données a été obtenue après 14 entretiens.

### II. THÈMES ABORDÉS DE MANIÈRE SYSTÉMATIQUE AVEC LES ADOLESCENTES CONCERNANT LES MENSTRUATION EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

#### 1. Ménarches

Les deux tiers des médecins de notre échantillon questionnent les ménarches, mais seulement un peu plus de la moitié de façon systématique. Comme M2, ils distinguent «celles qui n'en ont pas encore eu et celles qui en ont déjà.» Certains vont plus loin en interrogeant l'âge des ménarches, comme M14 : « je demande si les jeunes filles sont réglées ou pas, et si oui, depuis combien de temps. »

Trois d'entre eux posent la question des ménarches à leurs jeunes patientes vers 10-11 ans comme le précise M4 : « dès l'âge de 10-11 ans, lors des visites de suivi, je pose la question de savoir si les filles sont réglées ou non. »

#### 2. Physiologie

Les connaissances des adolescentes sur les menstruations sont recherchées par trois médecins de notre échantillon et la physiologie est ensuite expliquée.

#### 3. Sémiologie

L'abondance est interrogée pour la moitié des médecins interrogés en s'appuyant comme M6 sur « le nombre de protections par jour » pour évaluer le retentissement sur le quotidien.

La régularité est recherchée par six médecins de notre échantillon soit moins de la moitié.

La douleur est interrogée chez à peine deux tiers des médecins de notre échantillon. M14 précise même : « j'évoque les douleurs mais ce n'est pas ce que je vais chercher. »

L'asthénie et la durée des saignements sont peu recherchées.

#### **4. Antécédents personnels et familiaux**

Deux des médecins de notre échantillon questionnent les adolescentes sur la prise de substances toxiques, notamment le tabac.

La moitié des médecins de l'échantillon interroge sur les antécédents familiaux, notamment chez la mère et/ou les sœurs. En particulier, l'âge des ménarches pour M2 et M8 et la dysménorrhée pour M9 et M14.

#### **5. Vécu**

Un tiers des médecins questionnent leurs patientes sur leur vécu des menstruations et trois d'entre eux interrogent en particulier le retentissement éventuel sur la vie quotidienne comme M13 : « pour celles qui ont déjà eu leurs règles, je leur demande si ça fait mal, à quel point, et si elles ont déjà eu besoin de médicaments. Si elles ont déjà loupé l'école, combien de temps ça dure ? Avant, pendant les règles ? Et je pose la question de l'abondance. »

#### **6. Contraception**

Le sujet de la contraception est assez vite abordé. Quatre médecins de notre échantillon interrogent la prise d'une contraception. M6 et M10 en interrogent d'ailleurs l'objectif : « si elles prennent une contraception et si oui pourquoi. » ; « Le but de la contraception, à savoir si c'est un but purement contraceptif, ou une volonté de régulariser les cycles menstruels. »

M6 s'enquiert de savoir quelles sont les connaissances des adolescentes au sujet de la contraception et évoque même la contraception d'urgence.

### III. RESENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU SUJET DES DYSMÉNORRHÉES DE L'ADOLESCENTE ET DU RETENTISSEMENT SUR LEUR SANTÉ

#### 1. Fréquence

Les avis sont visiblement partagés quant à la fréquence des consultations pour dysménorrhées. Pour M8 et M12 « c'est un motif de consultation fréquent. » Pour M7 et M13 en revanche : « alors, je n'ai pas l'impression que ce soit très fréquent. » ; « Pas tant que ça dans ma patientèle. »

M11 précise : « c'est assez fréquent de les voir à 12-13-14 ans pour des règles douloureuses [...] à partir de 16-17 ans on ne les voit plus. »

#### 2. Désintérêt

Trois des médecins interrogés montrent un désintérêt pour la question : « je n'ai pas d'avis. » ; « Pour moi, il y a des jeunes filles qui peuvent avoir mal, et qui le vivent très bien et ça ne me dérange pas plus que ça. »

#### 3. Banalisation

Quelques médecins de notre échantillon relèvent une certaine banalisation des dysménorrhées. M10 évoque une banalisation de la part de ses collègues : « il y en a beaucoup je crois qui pensent que c'est normal d'avoir mal pendant les règles, surtout au début. »

Ce qu'ont tendance à confirmer les propos de M3 : « il n'y a pas besoin de mettre une étiquette sur la femme qui est en période de règle [...]. Les dysménorrhées doivent rester un sujet discret, il doit être maintenu dans la normalité. »

Pour M12 et M13, la banalisation vient plutôt de la famille et en particulier de la mère des adolescentes : « la famille, en particulier la maman a parfois tendance à banaliser, comme quoi les règles c'est normal et ça fait mal. » ; « Il y a une sous-estimation de la part des familles, et notamment des mamans, qui potentiellement ont des règles plus ou moins douloureuses et donc elles se comparent, et ont tendance à minimiser les choses. »

Pour M10, cette banalisation est ainsi ancrée dans la tête des adolescentes : « beaucoup de jeunes pensent aussi qu'il est normal d'avoir mal, de ce fait ils ne l'abordent pas en consultation et ne cherchent pas de solution. ».

#### **4. Tabou et peur**

Certains médecins comme M6 pensent que le sujet des règles reste encore tabou pour les adolescentes : « le tabou, je crois qu'elles le font elles-mêmes car les parents sont généralement assez ouverts là-dessus. »

M3 évoque néanmoins qu'il puisse exister une forme de tabou plutôt vis à vis du médecin, liée plutôt à la peur de celui-ci : « il y en a beaucoup qui craignent d'être obligée de se déshabiller lorsqu'on parle de leurs règles, de peur d'avoir un examen gynécologique, dans une période de leur vie où leur corps change, et où la peur de rentrer dans leur intimité est présente. Est-ce un tabou pour elle de parler de règles et donc de sang ? Elles en parlent probablement beaucoup entre copines. »

M6 renforce cette idée en y ajoutant la notion de genre : « je pense que ce n'est pas facile pour elles d'aller voir un médecin pour ce motif, qui plus est lorsque c'est un homme. »

#### **5. Consultation complexe**

Deux des médecins interrogés estiment que ce sont des consultations complexes.

M10 exprime d'ailleurs : « ça n'est pas toujours évident à prendre en charge, [...] ça n'est pas évident à juger, dans le sens où en tant qu'homme je ne l'ai pas ressenti personnellement. »

Il rajoute : « on n'est pas forcément à l'aise, de même que l'adolescente ne l'est pas non plus. »

Plusieurs jugent l'interrogatoire difficile avec les adolescentes, comme M2 : « si on ne pose pas directement la question, ça va toujours à peu près. Il faut vraiment poser les questions. Si les questions restent évasives, ça ne suffit pas forcément... Ça reste subjectif. Il faut poser les questions type nombre de changes par jour etc. Sur le plan social, ça reste très varié. Pour certaines personnes, le thème est très bien intégré, et pour d'autres, ce n'est pas un sujet très abordé dans l'entourage, avec la mère par exemple. Quand on fait des consultations mère-fille, et que le dialogue entre les deux est bien en place, on en parle assez ouvertement globalement. Ça ne reste pas loin de 100% avec la mère ce sujet. »



M6 rajoute : « je pense qu'il y en a plus que ce qui est réellement exprimé en cabinet. »

## **6. Sous-diagnostic**

Ces diverses problématiques (banalisation, tabou, peur, complexité de l'interrogatoire) conduisent les médecins à enregistrer de rares plaintes pour dysménorrhées comme M1 : « j'ai rarement eu une plainte exprimée à l'interrogatoire. » Et M14 : « dans la mesure où ce n'est pas systématiquement recherché, il y a sûrement des jeunes femmes qui souffrent sans oser en parler. »

Ceci entraîne également un sous-diagnostic, comme exprimé par M10 : « c'est clairement sous diagnostiqué. »

M6 est en accord avec cet état de fait et rajoute la problématique d'une prise en charge tardive : « la plupart du temps, les jeunes filles ne viennent nous voir qu'à partir de 16 ans pour des problèmes qui parfois durent depuis l'âge de 13-14 ans. »

## **7. Importance du vécu**

Pour M1 : « [...] les dysménorrhées ne sont pas une fatalité et que ça n'est pas normal. »

M8 considère en effet les dysménorrhées comme un vrai handicap : « je suis sensibilisé à ça, une gamine de 15 ans qui vient pour ça, elles sont dans des périodes psychologiquement pas simples, avec modifications corporelles etc. Alors si en plus leurs règles sont douloureuses, c'est un vrai handicap. »

M9 et M14 rappellent l'importance de la prise en compte du vécu de l'adolescente ainsi que de la prise en charge de la douleur dans toute sa subjectivité :

- M9 : « On touche à la subjectivité de la douleur, donc il faut rester ouvert à ce qu'elles ressentent elles. » ; « C'est très spécifique à chaque personne et personnalisé. Chacun ressent différemment, et ça va avoir des conséquences chez l'une et aucune chez l'autre. Une même abondance de règles ou une même intensité de douleurs peut être vécue différemment par une adolescente. »
- M14 : « en tout cas bien prendre en compte leur douleur. J'essaie de ne pas tomber dans le "elles vont en abuser". Notre rôle c'est de soulager la douleur, si elles viennent nous voir, qu'elles ont mal et que les traitements n'ont pas encore été efficaces, on met en

place d'autres choses pour pallier à ce qui pose problème en plus. » ; « Il faut essayer de rester empathique avec l'adolescente qui se plaint de douleur et faire un peu la part des choses. Je leur dis que ça peut être normal, mais que les gens qui leur ont dit que c'était normal sont peut-être des gens qui n'ont pas ressenti ce type de douleur et qu'il faut essayer de faire la part des choses, surtout sur l'intensité de la douleur et sur la répercussion que ça a sur leur vie quotidienne. Que si elles ont un peu mal et que ça ne les empêche pas de faire leur vie, on peut considérer que cette douleur est normale mais qu'il faut qu'elles soient vigilantes si jamais elles trouvent que cette douleur est différente ou si ça commence à avoir des répercussions, qu'elles n'hésitent pas à nous en parler pour qu'on prenne ça en charge. On touche à la subjectivité de la douleur, donc il faut rester ouvert à ce qu'elles ressentent elles. »

M13 rajoute : « j'espère qu'on est à l'écoute de l'intensité de la douleur. »

## **8. Formation insuffisante**

Enfin pour M10, il existe un manque de formation : « je ne me sens pas formé là-dessus. »

#### IV. RESENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FACE AU DÉPISTAGE ET À LA PRISE EN CHARGE DES DYSMÉNORRHÉES DE L'ADOLESCENTE EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

##### 1. Dépistage insuffisant

Pour les deux tiers des médecins interrogés, il est clair que le dépistage reste insuffisant, voire absent.

Plusieurs expriment le fait que les dysménorrhées soient trop peu abordées avec les adolescentes :

- M2 : « on n'est pas très bon. »
- M9 : « je pense que c'est un sujet non abordé systématiquement. A mon avis, les questions sont pas systématiquement posées chez une adolescente, à savoir est ce que tu as tes règles ? Est ce que c'est bien vécu ou pas ? Combien de protections utilises-tu par jour ? »
- M12 : « on ne leur pose pas assez la question. »
- M14 : « je ne pense pas qu'il soit largement systématique, je pense que ça dépend des médecins. »

Ils déplorent le manque d'outil de dépistage, l'absence de consensus et les carences dans la formation :

- M4 : « ça n'est pas assez codifié du point de vue du dépistage. Il n'y a pas de grande règle pour parler d'un point de vue physique et psychologique de la dysménorrhée chez l'adolescente. De part les formations que j'ai pu faire, et des études que j'ai lues, on n'en a jamais parlé plus que ça. Il n'y a pas de tiroir spécifique comme à quel âge aborder la chose etc. Un manque de consensus existe. »
- M5 : « c'est quoi le dépistage ? Il n'y en a pas, il n'y a rien de systématique. Il n'existe aucun test pouvant rechercher ça. »
- M9 : « je trouve que c'est très peu codifié, et qu'il n'y a pas de conduite à tenir derrière. Ou alors je ne les connais pas ! »
- M10 : « je ne me sens pas assez sensibilisé pour le faire systématiquement. »
- M11 : « on n'a pas vraiment de dépistage. »

- M14 : « on n'a pas d'outil de dépistage » ; « on le fait au feeling » ; « on n'est pas formé au dépistage. »

## 2. Prise en charge

Les avis sont partagés quant à l'effectivité de la prise en charge. En effet, un tiers des médecins estiment que la prise en charge est correcte :

- M6 : « je trouve qu'on est armé pour prendre en charge les dysménorrhées. »
- M11 : « sur la prise en charge, je crois qu'on couvre plutôt bien les demandes. »
- M12 : « au niveau des traitements je crois qu'on a pas mal de choses à disposition, et qu'on les utilise bien pour les soulager. »

Quand un autre tiers juge la prise en charge des dysménorrhées insuffisante :

- M1 : « sur leur prise en charge, je pense que c'est pas suffisamment traité. »
- M2 : « sur la prise en charge médicale, je pense qu'on n'est pas au point. »
- M3 : « on n'est pas carré au niveau de la prise en charge médicale. »
- M8 : « ceux que je vois arriver, c'est les adolescentes qui arrivent, qui ont déjà fait 2 ou 3 cabinets, et où la seule réponse donnée a été de prescrire des AINS (Anti Inflammatoires non Stéroïdiens), et c'était insuffisant. »

Les médecins interrogés notent que la prise en charge est médecin dépendante.

Par ailleurs, plusieurs médecins comme M13 mettent en avant le fait que la prise en charge soit « tributaire de la formation actuellement en gynécologie. »

Ainsi, un tiers d'entre eux ressentent un manque dans la formation et évoquent une absence de consensus et de protocole pour la prise en charge des dysménorrhées :

- M9 : « peut-être existe-t-il des arbres décisionnels plus clair ? On n'a pas eu trop de cours là-dessus. Dans la formation théorique de médecine générale non. C'est en stage que l'on voit ça la plupart du temps. »
- M13 : « la formation, elle est volontaire, tous ne sont pas passés en gynécologie pendant l'internat. Le DIU (Diplôme Inter Universitaire) je me suis posé la question de le faire, mais des personnes m'ont dit qu'avec un bagage de six mois de stage je n'apprendrai rien de plus. Depuis je n'ai pas fait de formation, mais je me documente régulièrement. »

- M9 : « [...] c'est mon arbre décisionnel personnel, je trouve que ça n'est pas très codifié. »
- M10 : « je me débrouille. » ; « je ne sais pas si les thérapeutiques que je mets sont les bonnes. »

A contrario, M7 pense que la formation est suffisante : « je crois qu'on est bien formés à ce sujet ». Et M3 ajoute qu'il n'y a « pas forcément besoin de protocoles précis. »

M5 n'a pas d'avis sur la question : « sur la prise en charge actuelle, je ne sais pas, je n'ai pas d'avis à ce sujet. Je ne suis pas assez formé en gynécologie pour répondre à ça. »

Plusieurs médecins rapportent que selon eux, il y a beaucoup d'automédication de la part des adolescentes.

## V. LES PISTES D'AMÉLIORATION DU DÉPISTAGE DES DYSMÉNORRHÉES PRIMAIRES DE L'ADOLESCENTE

Les pistes d'amélioration du dépistage des dysménorrhées primaires de l'adolescente proposées par les médecins se déclinent sur 6 plans différents :

### 1. Au niveau scolaire

Selon M2 : « ça doit passer par l'école pour toucher le plus grand nombre. Nous, les médecins généralistes ne sommes pas les premiers intervenants. »

Ainsi les médecins interrogés proposent de sensibiliser les adolescentes via :

- La médecine scolaire : celle-ci a été mentionnée à plusieurs reprises par les médecins interrogés. L'infirmière scolaire est mise en avant avec des propositions d'incitation à consulter en cabinet de médecine générale si elles sont sollicitées fréquemment par les adolescentes pour dysménorrhées.
- Des interventions en classe : plusieurs médecins proposent d'aborder le sujet en cours, et notamment lors des cours d'éducation sexuelle au collège ou au lycée et cela via les professeurs habituels ou encore par des médecins qui interviendraient hors contexte de médecine scolaire.

## 2. En cabinet de médecine générale

Les propositions sont nombreuses pour essayer d'améliorer le dépistage en médecine générale. M1 note que l'intervention doit plus se faire en cabinet de médecine générale qu'en gynécologie.

Le contexte de la consultation est mis en avant :

M3 pense qu'il est important de voir l'adolescente seule : « en faisant sortir le parent de la pièce. »

Plusieurs médecins pensent qu'il serait judicieux d'y consacrer un temps spécifique, comme M6 : « pourrait-on l'aborder lors d'une consultation spéciale pour ça ? » Et les propositions sont variées :

- M11 : « il serait bien de mettre une consultation à ce sujet là (puberté, développement etc.) vers l'âge de 12 ou 13 ans. » ; « Cette consultation obligatoire dont je te parlais serait à faire entre 12 et 15 ans. Ou l'initier à l'arrivée des règles. »
- Quelques-uns proposent de parler des dysménorrhées sur les temps de vaccination obligatoire entre 11 et 13 ans avec notamment le rappel dTP (diphtérie-tétanos-polyomyélite) et le Gardasil®.
- M7 pense qu' « on pourrait l'inclure à la consultation de la sexualité », bien qu'il n'y ait pas de temps systématique dédié à celle-ci.
- M14 évoque également le temps des consultations destinées à la contraception : « on peut rattraper des jeunes filles au moment des consultations de contraception si besoin est. »

L'idée de vulgariser le sujet et d'en faire une question systématique est présente en majorité : « il faut être plus vigilant et poser la question directement » d'après M3.

M4 réagit à la sous-utilisation du carnet de santé : « il pourrait être intégré une partie dans le carnet de santé avec un arbre décisionnel où des questions seraient à poser au sujet de la jeune fille et sa santé d'un point de vue gynécologique. »

L'utilisation du logiciel médical fait partie aussi des propositions émises : « on doit pouvoir l'intégrer dans les logiciels pour systématiquement y penser » d'après M7.

M13 propose l'utilisation d'un score : « on peut peut-être utiliser une échelle d'EVA (Echelle Visuelle Analogique) ou une échelle avec des items de tolérance de la douleur ? “Peux-tu faire ceci, cela, etc.?” Avec un score final montrant ou non un retentissement important sur la vie de tous les jours. »

Différents supports d'information sont proposés, autant pour la salle d'attente que pour le cabinet en lui-même : flyers, affiches, écrans d'information. Ces derniers pourraient être une entrée en matière et permettre d'ouvrir le dialogue, comme le suggère M6 : « est ce que des flyers pourraient être utiles pour sensibiliser la patientèle à en parler plus librement et briser la glace ? »

M14 ajoute : « il y a sûrement des plaquettes proposées par les groupes scolaires ou chez le gynécologue. Il faudrait les diffuser plus largement : “j'ai mes règles, je peux en parler avec mon médecin.” ; “Mes règles sont douloureuses, est-ce normal ? Y a-t-il quelque chose à faire ? “ »

### **3. Sensibilisation de l'entourage familial**

M7 et M14 pensent que « ça peut être intéressant de toucher aussi les parents, parce que les jeunes filles qui ont mal vont d'abord en parler à leurs parents avant leur médecin. »

M13 déclare : « il faut sensibiliser les mamans en consultation en présence de leur fille, peut-être donner des informations plus neutres, et éviter le côté subjectif sur l'interprétation des douleurs de la jeune fille. »

### **4. Campagne d'information**

Là encore les avis sont partagés. Plusieurs médecins estiment qu'il s'agit d'un sujet de santé publique et qu'il faudrait un moyen de sensibiliser à grande échelle. Néanmoins, M13 est plutôt de l'avis contraire : « ça me gênerait de médiatiser cette thématique là, parce que c'est compliqué en degré d'importance de le placer en haut de l'échelle. Pour sensibiliser le public je préfère viser certains thèmes plus importants comme les antibiotiques, l'alcool, le tabac etc. Je pense que c'est démesuré à grande échelle. »

## 5. Clubs sportifs

M7 propose : « c'est aussi aux clubs sportifs d'alerter les parents en cas de dysménorrhées à répétition lors des séances de sport. »

## 6. Formation des médecins

Selon M1, « la formation des médecins doit être appuyée sur le sujet ». M9 pense qu' « il serait intéressant d'avoir des recommandations claires, qu'on ait un cours, notamment sur une journée de formation de médecine générale; ou abordé sur la journée gynécologie organisée par le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) ». M13 propose d' « organiser des formations type FMC (Formation Médicale Continue) de gynécologie basées sur les règles et leurs troubles. » M10 propose quant à lui de « faire de la formation aussi par DPC (Développement Professionnel Continu), pour sensibiliser les généralistes. »

## VI. LES PISTES D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES DYSMÉNORRHÉES PRIMAIRES DE L'ADOLESCENTE

Quelques médecins envisagent l'amélioration de la prise en charge médicale via l'amélioration du dépistage en lui-même, comme M12 : « ça passe par l'amélioration du dépistage. Il faudrait déjà qu'on soit au courant. Les thérapeutiques existent. » Et M11 : « peut être former les auxiliaires de santé à l'école ? »

Une amélioration de la formation des médecins généralistes est également envisagée, par M10 notamment : « [...] en parler plus en formation lors du cursus d'internat. »

« Des protocoles bien établis » ou « un arbre décisionnel » seraient utiles pour M1 et M9.

M10 va plus loin en proposant de « faire un site de pratique comme “Dysménoclic” pour faciliter la prise en charge pour les médecins généralistes. Ça plait bien à la jeune génération en tout cas. »

M6 propose une amélioration de la prise en charge sur le versant médicamenteux : « il ne faut pas hésiter à mettre un traitement lorsque les jeunes sont demandeuses. Il y a des médecins généralistes qui ne font pas de la gynécologie parce que ça ne les intéresse pas. Sauf que ça fait parti du job ! Il faut le faire ! »



M13 évoque la contraception : « sur le plan thérapeutique, pourquoi pas faire en sorte que les jeunes filles n'aient plus leurs règles ? Avec un contraceptif continu par exemple. »

M2 pense au contraire que « tout ne passe pas par les médicaments, sans bien sûr banaliser les symptômes. » Il insiste sur les mesures hygiéno-diététiques et en particulier l'activité physique. Il ajoute par ailleurs qu' « il y a des choses intéressantes dans les médecines alternatives notamment l'acupuncture. »

Certains des médecins interrogés ne voient pas comment améliorer la prise en charge.

- M7 déclare : « je n'ai pas d'idée, je crois qu'on est bien formés à ce sujet. »
- M11 ajoute : « en dehors des traitements prescrits habituellement, je n'ai pas d'idée. »
- M3 pense qu'il n'y a rien à faire de plus : « si ça ne gêne pas plus que ça dans la vie de tous les jours... Oui les règles ça fait toujours un petit peu mal. Ça dépend vraiment de la tolérance de la jeune fille, certaines en font tout un drame et d'autres réagissent de manière un peu plus mesurée à la douleur. Je vais me répéter, mais si elles disent que ça se passe bien, clairement je ne vais pas chercher beaucoup plus loin. »

Plusieurs médecins passent à côté de la question et orientent la réponse avec leur prise en charge médicale actuelle, comme M14 : « Je suis plutôt classique, ANTADYS® etc., bouillotte, autres AINS si elles ne veulent pas prendre l'ANTADYS®, ça m'arrive après d'évoquer la contraception ; ça dépend de l'âge et de la répercussion. »

## VII. LES PISTES D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIO-PROFESSIONNELLE DES DYSMÉNORRHÉES PRIMAIRES DE L'ADOLESCENTE

### 1. Le milieu scolaire et professionnel

Là encore plusieurs médecins évoquent le dépistage, comme M1 : « à part la prévention, je n'ai pas d'idée concernant l'amélioration des conséquences au niveau professionnel. » Et M12 : « il faut mieux les dépister et les traiter rapidement pour diminuer l'absentéisme scolaire. »

Plusieurs mentionnent la sensibilisation et l'éducation de la population générale :

M2 pense que « ça passe par l'information auprès du plus grand nombre, pas uniquement les adolescentes. Il faut aussi informer la population générale et la société. Pour briser le tabou. Que les gens comprennent les baisses de régime et les absences liées à ça. »

M9 ajoute qu'il faudrait « faire une pub à la télévision ! “Les règles douloureuses, parlez en à votre médecin”. Comme les campagnes de publicité pour la grippe, les antibiotiques. »

M7 croit également qu'« il faut essayer de sensibiliser les maîtres de stage et/ou les professeurs à cette problématique. »

M6 croit enfin que « le fait de briser la glace, d'être plus à l'aise avec le sujet doit permettre d'améliorer ces conséquences chez les patientes. »

M13 pense également qu'il serait intéressant de former davantage les infirmières scolaires : « vu que c'est essentiellement des jeunes scolarisées, il faut davantage former et informer les infirmières scolaires, qu'elles puissent pourquoi pas donner des médicaments, et pas uniquement de l'homéopathie ou rien... Qu'elles aient le droit de faire quelque chose. Que la jeune ne reste pas dans un lit le temps qu'un de ses parents ne vienne la chercher. »

Quelques médecins évoquent la possibilité d'un aménagement du planning.

M5 propose : « au niveau du travail et des formations, on pourrait imaginer créer un système de télétravail pour les jeunes qui en souffrent, afin qu'ils puissent continuer à se former malgré la gêne occasionnée, rendant impossible leur venue au sein de l'école ou de l'entreprise. De même qu'une aide pour scolarisation à domicile pourrait être proposée aux jeunes souffrant de dysménorrhées, et entraînant des absences à répétition ». Il ajoute : « aussi au niveau du travail, on peut imaginer organiser un planning de travail avec récupération des heures où une activité

s'est avérée impossible, mais je doute que ces jeunes femmes acceptent de travailler plus en dehors de leurs périodes de règles pour compenser la perte d'heures travaillées. »

M2 et M14 évoquent la possibilité de mettre en place des arrêts de travail :

« si le traitement est difficile à équilibrer et qu'elles ont toujours mal, possible de mettre un arrêt de travail si elles sont en BEP (Brevet d'Etudes Professionnelles) par exemple. »

« Il pourrait y avoir des arrêts de travail décomptés pour ce motif, similaire au congé maternité où la prise en charge est différente d'un arrêt de travail classique. »

## **2. La prise en charge psychologique**

L'accent sur la prise en charge psychologique est mis par plusieurs médecins :

- M14 rappelle l'importance de la prise en considération de la douleur : « en tout cas bien prendre en compte leur douleur. J'essaie de ne pas tomber dans le "elles vont en abuser". Notre rôle c'est de soulager la douleur, si elles viennent nous voir, qu'elles ont mal et que les traitements n'ont pas encore été efficaces, on met en place d'autres choses pour pallier à ce qui pose problème en plus. »
- Selon M2 : « on a tendance à l'oublier. L'accès à des personnels paramédicaux type psychologue n'est pas assez connu et reconnu. »
- M5 ajoute : « l'accès à un psychologue est possible mais difficile, aujourd'hui via les maisons des adolescents à partir de 12 ans. Mais je ne suis pas sûr que ça soit une porte d'entrée pour ce motif là. Il n'y a pas de filière de psychologue existante, qu'elle soit remboursée ou non pour ce type de pathologie. » Il propose ainsi : « il faudrait que ce soit remboursé par la sécu, dans le cadre d'un forfait. L'ARS (Agence Régionale de Santé) pourrait être appelée aussi pour ça. » Puis il propose également la création d'« un réseau de spécialistes avec psychologue agréé. »

Des médecins expriment quant à eux l'absence de nécessité de prise en charge sur ces plans si la patiente est bien prise en charge médicalement :

- M10 pense qu'« en réglant le problème des douleurs, on règle facilement le problème d'ordre psycho-socio-professionnel derrière. »
- M3 : « si on enlève la douleur, est ce que tout va bien ...? Il n'y a pas besoin de mettre une étiquette sur la femme qui est en période de règle. La gente masculine comprend

déjà le débat, il n'y a pas utilité à lancer un débat ou des informations à ce sujet. Les dysménorrhées doivent rester un sujet discret, il doit être maintenu dans la normalité. »

- M8 explique son point de vue : « tu fais d'un symptôme vraiment un packaging lourd. Alors que ce symptôme s'il est réglé en 20 minutes en consultation pour une bonne prescription, tout va bien. Quand tu les traites, c'est réglé dans le mois. Après il existe les cas particuliers comme le SOPK (Syndrome des Ovaires Polykystiques) etc. mais on sort des dysménorrhées fonctionnelles. Pour moi c'est un symptôme comme un migraineux, il est transitoire en plus, ça va durer 6 à 9 mois. »

La prise en charge sociale n'a jamais été abordée au cours de nos entretiens.

## DISCUSSION

### I. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Les profils des médecins interrogés étaient variés, toutes les générations ont été interrogées, et la parité fut respectée. Tous les milieux d'exercice ont été recherchés, afin d'obtenir une grande diversité de profils. L'échantillon interrogé était donc représentatif, il n'existe pas de biais de sélection.

Aucun d'entre eux n'a eu accès au questionnaire avant les entretiens.

Cependant, quelques médecins contactés ont été rencontrés auparavant dans des contextes de collaboration professionnelle, et de remplacement au sein de leur cabinet. Ainsi, il existe un biais de recrutement.

Nous devons noter l'absence d'expérience antérieure dans la façon d'aborder et de mener un entretien semi-directif. Ceci fut préjudiciable pour l'obtention d'une bonne qualité de recueil. Les données non verbales n'ont pas été retranscrites lors des entretiens menés, et par conséquent non analysées. Il existe donc un biais méthodologique.

Il existe un biais cognitif. À juste titre, plusieurs médecins au cours des entretiens ont relevé l'absence de dépistage des dysménorrhées. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue (14). Ce terme dans notre étude est donc inadéquat. La prévention consiste quant à elle à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Ce terme aurait été plus approprié.

De plus, l'analyse de données qualitatives est subjective. Nous avons réalisé une seule analyse des données, entraînant par conséquent l'absence d'un « miroir » pour le recueil de l'information, et diminuant la puissance de l'étude. Il existe donc un biais d'analyse.

Aussi, nous pouvons soumettre la présence d'un excès de questions ouvertes dans le questionnaire, ayant engendré une lassitude des sondés, des comportements d'évitement, et une exploitation des données plus difficile en fin d'entretien. En effet, plusieurs entretiens ont été émaillés de répétitions lors des différentes questions posées, favorisant des discours stéréotypés

et ne répondant pas à la question de fond, entraînant l'absence de proposition concernant la prise en charge sociale des adolescentes touchées par les dysménorrhées.

## II. ANALYSE DES RÉSULTATS

### 1. Les menstruations : un sujet non central

A travers nos résultats, nous constatons que pour nombre de médecins interrogés, les menstruations ne s'avèrent pas un sujet central dans le suivi des adolescentes, puisque seuls un peu plus de la moitié d'entre eux l'abordent systématiquement. A cette problématique s'ajoute un manque dans l'interrogatoire, une fois les ménarches abordées. Les critères sémiologiques de ces dernières ne sont pas assez recherchés, et il en est de même pour le vécu des patientes concernées.

Pourtant, il y a nécessité à informer. En effet, les études épidémiologiques montrent une prévalence de la dysménorrhée entre 60 et 80% chez la jeune fille (15–17). La plupart des adolescentes demandent conseil à ce sujet, et les parents sont en première ligne. La démarche de prendre avis auprès d'un professionnel de santé ne concerne qu'une minorité d'entre elles (4).

### 2. Désintérêt, banalisation, tabou et peur

Le désintérêt pour les dysménorrhées est minoritaire parmi les médecins de notre échantillon, mais est encore bel et bien présent. Ce désintérêt questionne et est probablement lié à une banalisation des douleurs de règles par certains de nos confrères.

Cet élément est confirmé par une étude qualitative datant de 2017 explorant les déterminants d'un retard diagnostique de l'endométriose à partir de l'expérience vécue des femmes. Des patientes rapportent avoir eu le sentiment d'être considérées comme « douillette » par les médecins qui banalisaient les douleurs. La banalisation des douleurs par les médecins fut retrouvée à de très nombreuses reprises. Il existait un sentiment de manque d'écoute, et de non-prise au sérieux (18). Il est rapporté que ces attitudes ont entraîné une banalisation des douleurs de la part des patientes elles-mêmes, et un renoncement à se plaindre, ces dernières les vivant comme une fatalité. Ce sentiment était conforté par l'entourage. La conséquence de ces événements étant une errance diagnostique.

Quelques médecins interrogés ont émis l'hypothèse que la banalisation vienne de la famille elle-même, et en particulier de la mère considérant les dysménorrhées comme normales. Au-delà de la banalisation, le sujet des règles reste encore tabou pour les adolescentes selon plusieurs de nos confrères.

La littérature confirme ces hypothèses. Malgré une évolution des conceptions éducatives depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle en France, sous l'effet de la médicalisation croissante du corps féminin, les règles continuent d'être considérées comme une source de souillure naturelle que les femmes doivent cacher (19).

Aujourd'hui, les modèles éducatifs, largement définis par la psychologie, incitent les parents à prévenir les enfants des transformations qui les attendent. Des ouvrages consacrés à la puberté et à l'adolescence expliquent aux filles les changements qu'elles vont traverser et aux parents la « bonne » manière de les y préparer. D'ailleurs, l'analyse des normes et pratiques éducatives familiales actuelles concernant les ménarches révèlent que les jeunes filles sont aujourd'hui pour la plupart informées des transformations qui les attendent, et éduquées dans l'idée que la ménarche constitue un événement important dans leurs parcours, la définition de leur identité et de leur maturité (20).

Cependant, la pudeur empêche encore des mères d'informer leurs filles des transformations qui les attendent, reproduisant le silence qui avait entouré pour elles la survenue des menstruations. L'accueil de cet événement par la famille agit sur la définition que les adolescentes se font des règles et de leur nouveau statut. Certaines attitudes amenant à la conception d'un sujet tabou pour les jeunes filles, d'un vécu honteux et donc à dissimuler, en particulier chez celles non informées préalablement.

De plus, les règles obligent les jeunes filles à respecter un ensemble de normes sanitaires. Elles doivent en effet faire preuve de ce que Norbert Elias, sociologue allemand du 20<sup>ème</sup> siècle, nomme l'autocontrôle (21). Avec la répétition des règles et l'intensification du flux menstruel, les règles ne représentent plus seulement un signe de maturité et de féminité, mais aussi une manifestation gênante, potentiellement source de souillure et de saleté. En découle la peur de subir l'humiliation et la honte qui sanctionnent le manquement à ce devoir d'hygiène et de dissimulation imposé aux femmes (20).

Les traités éducatifs ou les ouvrages de l'adolescence présentent les règles comme un échec de la fertilisation et le sang comme un déchet. Cette représentation fait par conséquent des menstruations une source de honte et de dégoût. Des manuels d'éducation sexuelle expliquent aux filles que la première chose à faire lorsqu'elles ont leurs règles est d'éviter de « se salir »,

en utilisant des protections hygiéniques. Ils insistent aussi sur la nécessité que les menstruations doivent être dissimulées, justifié en référence au « savoir-vivre » et au respect vis-à-vis d'autrui (22,23). La littérature engage aussi les mères à inviter les jeunes filles à redoubler d'attention concernant leur hygiène pendant la période menstruelle, tout en précisant que les règles ne sont pas sales, apportant une ambivalence dans le discours (24).

La notion du genre de l'interlocuteur qu'évoque M6, auprès de qui l'adolescente s'adresse a du sens. Les récits des menstruations et de leurs conséquences sont marqués par les codes qui régissent l'expression de l'intimité corporelle. Ces expériences ne se racontent pas en présence d'un garçon, mais peut l'être devant plusieurs autres filles (20). Par conséquent, il est probable qu'un médecin de sexe masculin ait moins affaire de manière spontanée à résoudre un problème de dysménorrhée qu'un médecin de sexe féminin.

### **3. Une prise en compte du versant psycho-social prépondérante**

Il existe probablement des facteurs psychologiques pouvant aggraver la dysménorrhée (10). En effet, l'adolescence est un temps de mutation subjective, de bouleversement intérieur. L'adolescente change, opère une véritable mue. La poussée pubertaire est souvent vécue par les adolescentes comme l'irruption dans leur corps d'une vie qui les dépasse, et qui peut être ressentie comme angoissante. Les signes secondaires de la sexualité et les sensations internes qui accompagnent leur formation peuvent être accueillis avec enthousiasme et/ou avec terreur. Cette période se traverse souvent dans le silence des mots. La pudeur qui touche à l'intime de soi n'est pas seule cause de ce silence. Il y a pour beaucoup d'entre eux un impossible à se représenter et donc à dire ce qui se passe en eux (25).

Plus largement, des influences culturelles, telles que le statut de la femme et de l'adolescente dans la société, la religion, l'éducation, le milieu scolaire ou l'emploi, déterminent l'importance personnelle de la dysménorrhée, et déterminent le fait qu'une adolescente recherche une aide médicale pour ses problèmes menstruels ou non.

L'évaluation de la dysménorrhée implique la prise en compte de la douleur, des symptômes associés, de l'impact sur le mode de vie et les activités de la vie quotidienne, une communication auprès de l'entourage familial et scolaire ainsi qu'une évaluation psychosociale et culturelle (26).

La dysménorrhée n'est donc pas uniquement un symptôme. Elle est fonction d'interactions complexes entre divers systèmes allant du niveau des neurotransmetteurs, de la sécrétion de



prostaglandines, de la maturation de la fonction ovarienne, mais est aussi fonction de l'état psychologique de la personne, et des valeurs culturelles en ce qui concerne les expériences de douleur et son expression.

La plupart des adolescentes consultent au moins une fois un médecin généraliste dans l'année. Les motifs de consultation sont surtout liés à des préoccupations parentales, et les adolescentes ne demandent pas d'aide spécifique (27).

Comme évoqué par un des médecins interrogés, les centres de plannings familiaux, et les MDA (Maison Des Adolescents) où existent des réseaux de psychologues ne peuvent prendre en charge à elles seules les conséquences psychosociales qu'engendrent les dysménorrhées et les troubles liés à la puberté en plus de leurs missions quotidiennes. C'est pourquoi nous, médecins généralistes, restons les premiers intervenants médicaux auprès d'elles. Pour communiquer avec les médecins généralistes, elles ont besoin de conditions favorables. Ainsi, il nous semble essentiel, lors d'une consultation :

- de proposer à l'adolescente de la voir seule, car l'influence parentale reste omniprésente. Les perturbations agitant les parents impactent leurs enfants (28).
- de prendre le temps de discuter, de mettre en confiance, et de connaître l'histoire personnelle et familiale de l'adolescente, d'établir un apprivoisement relationnel mêlant sensibilité, patience et adaptation.
- Il ne faut hésiter à rappeler que le médecin est tenu au secret professionnel, afin d'inviter à parler librement.
- Il faut les informer qu'en aucun cas une dysménorrhée primaire ne nécessite d'examen gynécologique, ce dernier peut être reporté même en cas d'activité sexuelle débutée.

Ces éléments, associés à un interrogatoire minutieux, peuvent permettre à terme une prise en charge optimale d'une dysménorrhée primaire, mais aussi le dépistage d'une dysménorrhée secondaire, pour laquelle une cause organique sera recherchée par la suite (3).

#### **4. Améliorer la prise en charge au cabinet**

##### **➤ Une consultation complexe**

Le ressenti des médecins généralistes face à la dysménorrhée est d'autant plus varié qu'il divise. En effet, plusieurs médecins dans notre étude expriment un désintérêt total, n'exprimant aucun avis sur la question, ou banalisant la problématique. De même, la perception de la fréquence de ce motif de consultation varie d'un médecin à l'autre, alors même que les études de prévalence prouvent la fréquence importante de la dysménorrhée chez les adolescentes (4–7,12,15–17). D'autres au contraire estiment que ce sujet est complexe, et souhaitent s'impliquer pleinement dans la prise en charge. Ils expriment plusieurs freins rendant cette consultation complexe :

- La peur pour les adolescentes de s'exprimer sur leur intimité.
- La persistance d'un tabou lorsque l'on aborde le sujet des règles.
- La subjectivité du vécu de la douleur est pour certain difficile à interpréter, d'où l'importance d'un interrogatoire précis.
- Un manque de formation sur le sujet.

Tout ces éléments amènent à un sous diagnostic et/ou un retard de prise en charge.

##### **➤ Intérêt d'une aide diagnostique**

Le dépistage, ou plutôt la prévention, comme expliquée auparavant, est insuffisante. Il existe un constat univoque chez les médecins interrogés : il n'existe pas actuellement d'outil ni de consensus permettant l'amélioration de ce paramètre. Une phrase résume ce constat : « on le fait au feeling ».

La revue de la littérature nous a permis de relever l'existence d'un seul score permettant d'évaluer la gravité d'une dysménorrhée. Ce score, appelé VMSS (Verbal Multidimensional Scoring System), a été décrit pour la première fois en 1982 dans l'AJOG (American Journal of Obstetrics and Gynecology) par le biais d'une étude épidémiologique évaluant les dysménorrhées chez des jeunes femmes suédoises (29). Ce score n'est pas enseigné aujourd'hui en France. Le tableau descriptif de ce dernier est présent en annexe 4.

L'absence d'outil se confirme à la lecture des recommandations HAS (Haute Autorité de Santé) de l'endométriose datant de décembre 2017, étiologie recherchée fréquemment dans le cadre d'une dysménorrhée secondaire. Seuls un interrogatoire précis, poussé, et l'examen clinique peuvent nous aider à évaluer la gravité d'une dysménorrhée. Il nous est aussi proposé l'utilisation d'une échelle (type EVA) afin de mesurer l'intensité de la douleur et l'efficacité d'un traitement antalgique (30).

Afin de faciliter le travail du médecin généraliste, un score ou test similaire à ce qui existe pour l'évaluation de l'intensité d'une dépression (Echelle d'Hamilton), ou la probabilité d'une embolie pulmonaire (Score de Wells) pourrait-il être mis en place ?

Ce score pourrait intégrer les notions suivantes :

- La présence d'antécédents familiaux de dysménorrhée
- L'âge des ménarches
- L'âge de début des dysménorrhées
- L'intensité de la douleur selon une EVA
- Les signes associés à la douleur
- La durée de la douleur/des règles et leur abondance
- La présence ou non de douleur en dehors des périodes de règles
- L'efficacité des traitements antalgiques
- Le retentissement sur la qualité de vie :
  - La nécessité d'une dispense de sport
  - La fréquence d'absentéisme scolaire, ou de visites auprès de l'infirmière scolaire
  - La qualité de sommeil
  - L'appétit
- La recherche de signes évocateurs d'endométriose :
  - Les douleurs à la défécation dans les périodes cataméniales
  - Les signes fonctionnels urinaires dans les périodes cataméniales
  - Dans le cas d'une activité sexuelle débutée : la dyspareunie profonde, ainsi que l'infertilité

Il permettrait ainsi au médecin généraliste d'avoir une conduite à tenir claire face à une dysménorrhée, afin qu'il juge plus précisément la thérapeutique à mettre en place en fonction des souhaits de l'adolescente et la nécessité d'examen complémentaires. Il pourrait être disponible en accès direct sur Internet, comme l'a suggéré un des médecins interrogés, à travers sa proposition d'un site « Dyménoclie ».

### ➤ **Automatiser le dépistage**

L'automatisation de la recherche de la dysménorrhée chez l'adolescente fait parti des principaux axes d'amélioration proposés par les médecins généralistes interrogés. Cette automatisation est proposée à plusieurs niveaux :

- Le carnet de santé :

A ce jour, le carnet de santé propose 2 examens de suivi, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans, où les médecins sont invités à noter la présence de règles chez l'adolescente, et la date de survenue des ménarches. Ces 2 éléments étant associés au stade de maturation pubertaire de Tanner (31). Nous pourrions proposer la modification du contenu de ces 2 examens, avec l'intégration d'un item permettant de statuer la présence ou non de dysménorrhées. Cet item serait une invitation pour le médecin consulté à le demander systématiquement, ainsi qu'à pousser l'interrogatoire afin de connaître les caractéristiques de ces dysménorrhées.

- Les logiciels médicaux :

Une intégration de la recherche systématique de dysménorrhées lors du suivi des adolescentes serait intéressante dans l'évaluation initiale, permettant ainsi d'éviter le désintérêt ou la banalisation du symptôme par le médecin consultant. Surtout, l'invitation du logiciel à réévaluer cette problématique lors d'une autre consultation permettrait un suivi optimal des dysménorrhées, et de connaître l'efficacité des traitements mis en place en première intention.

- Une consultation dédiée :

Plusieurs médecins ont émis l'idée d'intégrer ce thème au sein de consultations déjà existantes :

- La consultation des 11 ans, et l'obligation de rappel du dTcaP (diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite), où est aussi intégrée la proposition de vaccination contre plusieurs types d'HPV (papillomavirus humains) par le Gardasil9®.
- La première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. La recherche de dysménorrhées lors de cette consultation est légitime, mais cependant quelque peu tardive, lorsque l'on revoit l'âge moyen des ménarches situé à 12,6 ans (3).
- Les consultations de certificat de non contre-indication à la pratique du sport.

D'autres ont émis l'idée de la création d'une nouvelle consultation de suivi, à réaliser entre 12 et 15 ans, à proposer de façon systématique à toutes les adolescentes, afin d'aborder les thèmes de la puberté, les changements physiques et psychiques qu'elle engendre, les menstruations, et d'y inclure la vaccination par le Gardasil9®.

### ➤ **Améliorer la formation**

Concernant la prise en charge des dysménorrhées, les recommandations sont claires (9,11,32) et n'ont pas été mises à jour depuis 15 ans. Les connaissances des médecins interrogés sont globalement bien maîtrisées. Pourtant, quelques médecins de notre échantillon rapportent un manque de formation, et des hésitations thérapeutiques sur le sujet.

Comme l'a justement dit M13, la formation en gynécologie au cours de l'internat de médecine générale était encore optionnelle il y a quelques années, et la pratique de la gynécologie en cabinet était toujours tributaire de la volonté du médecin. La réforme du troisième cycle de 2017 doit permettre à terme une amélioration de la formation, puisqu'un stage en gynécologie s'avère quasi-systématique, couplé à la pédiatrie au cours du cursus du D.E.S (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale.

Renforcer la formation paraît essentiel afin que les médecins généralistes soient plus à l'aise avec les thérapeutiques. Ces formations seraient à proposer en FMC par les gynécologues ou en DPC via l'agence nationale du développement professionnel continu, associées à des thèmes comme le dépistage et la prise en charge de l'endométriose, et/ou la prescription d'une contraception.

## **5. Le rôle de la médecine scolaire**

Plusieurs médecins de notre échantillon se sont posés la question du rôle de la médecine scolaire. Selon M2, le milieu scolaire devrait même être le premier intervenant dans la prévention et la prise en charge des dysménorrhées.

En effet, une des grandes missions de la médecine scolaire est la mise en place d'actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des élèves scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés (33).

Un suivi individualisé des élèves est réalisé. Les objectifs principaux du suivi étant :

- Le diagnostic médical des difficultés susceptibles d'entraver la scolarité.
- L'adaptation de la scolarité aux besoins des élèves avec des aménagements concertés avec l'équipe éducative.
- Le suivi des élèves ayant des besoins spécifiques.
- Le lien entre la famille, l'école et le monde médical.

- Le recueil de données épidémiologiques permettant une meilleure connaissance de la population concernée.
- L'identification des besoins de santé prioritaires de leur secteur.

Ce suivi, avec une recherche systématique de dysménorrhée chez l'adolescente permettrait à terme une meilleure prise en charge.

Les thèmes abordés lors de l'éducation à la santé et la prévention sont divers, tels que l'hygiène bucco-dentaire, l'équilibre alimentaire, la maltraitance, la puberté, la sexualité, le tabagisme, l'alcool, les drogues (34). Nous pourrions tout à fait imaginer la présence d'un volet concernant les dysménorrhées, intégré au sein de l'éducation faite sur la puberté, afin d'éduquer sur leur mécanisme, de briser le tabou qui en est fait, et à terme d'améliorer leur prise en charge.

Aussi, le rôle des infirmiers scolaires est à mettre en avant, leur mission principale étant de détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité d'un enfant, par un accueil et une écoute des élèves qui les sollicitent ou qui lui sont confiés (33). Ils font donc partis des premiers partenaires médicaux dans la prévention des dysménorrhées. Un contexte partenarial, intégrant un travail en réseau avec les médecins généralistes est une nécessité, et permettrait une meilleure prise en charge des dysménorrhées.

De plus, ils ont aussi pour mission de donner toute information disponible sur l'accès à la contraception, et délivrent même la contraception d'urgence sans ordonnance préalable. Ils sont autorisés à renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux datant de moins d'un an, conformément au code de santé publique. Nous pourrions imaginer un élargissement de leur possibilité de délivrance de médicaments antalgiques, limités à ce jour au paracétamol et au phloroglucinol, notamment d'AINS en cas de besoin et au terme d'une formation sur le sujet.

Toutes ces propositions semblent réalisables, mais un problème subsiste : l'état de la médecine scolaire en France, et le manque d'attractivité de la profession.

Un rapport datant du 27 Mai 2020 de la cour des comptes fustige les difficultés chroniques de la médecine scolaire, accrues ces dernières années, associées à une chute du nombre de médecins de 15% en 5 ans, avec moins de 1000 postes occupés et plus de 400 vacants (35). En effet, moins d'un enfant sur cinq bénéficie à ce jour de la visite de la 6<sup>ème</sup> année alors qu'elle est en principe universelle ; le bilan infirmier de la 12<sup>ème</sup> année n'a été réalisé que pour 62% de l'ensemble des élèves. Le rapport dénonce le cloisonnement entre médecins et infirmiers depuis la réforme de 2015.

Ces dernières années, une moyenne de 40 candidats se sont inscrits au concours de médecin de l'éducation nationale démontrant la faible attractivité du métier (36).

Une refonte totale de la médecine scolaire s'avère donc indispensable si nous souhaitons à terme améliorer la prévention et la prise en charge des dysménorrhées à l'école, et la relation partenariale entre la médecine scolaire et la médecine libérale.

## **6. Un enjeu de santé publique**

Les dysménorrhées de l'adolescentes sont décrites en 1989 par Bernard Blanc et Léon Boubli comme un problème de santé publique devant la fréquence de l'absentéisme scolaire (8). Ce constat fait consensus auprès des médecins de notre échantillon. Tous s'accordent à dire que cette problématique ne peut être résolue uniquement en cabinet, et implique non seulement l'investissement de la médecine scolaire comme expliqué ci-dessus, mais aussi la présence de supports d'information destinés aux familles, et aux adolescentes.

Ces données rejoignent les propos d'une étude descriptive de 2014 portant sur des lycéennes de l'agglomération Rouennaise (4), où il est proposé de mener des actions collectives au sein des établissements scolaires, dans le cadre de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé, et de mettre à disposition des dépliants consacrés à la dysménorrhée.

Les propositions de flyers, d'affiches ou d'écrans d'informations, à diffuser en salle d'attente des cabinets médicaux de médecins généralistes et de gynécologues, et des infirmeries scolaires semblent tout à fait adaptées, afin de sensibiliser les familles et les adolescentes à en parler en cabinet. A ce propos, le site [santebd.org](http://santebd.org) propose des fiches sous forme d'illustrations et de textes accessibles, expliquant de manière simple et pédagogique la puberté, la sexualité, la contraception ou encore les examens de dépistage (37). Y est illustré la proposition de prise d'antalgiques pour calmer la dysménorrhée, et de consulter un professionnel de santé sur la fiche concernant la puberté chez la fille.

Ces fiches sont un support concret, facilitant le dialogue avec les patientes et favorisant un climat de confiance pour un suivi dans la durée. Réalisées en collaboration avec Santé publique France, elles sont téléchargeables via une application sur Smartphone. Ce type de support plaît aux adolescents et peut permettre une meilleure sensibilisation au sujet. Une fiche spécifique à la dysménorrhée, non existante à ce jour, serait un plus, et pourrait être mise à disposition en salle d'attente des cabinets.

La sensibilisation des adolescentes aux dysménorrhées doit passer par une communication accrue sur Internet, devenu le premier support de communication pour cette nouvelle génération. Nous pourrions tout à fait imaginer la création de vidéos didactiques sur le sujet, ce que propose d'ailleurs la chaîne Conseils de Sage Femme sur la plateforme d'hébergement Youtube®, à travers une vidéo explicitant la dysménorrhée et les indications à consulter : « Les douleurs de règles, est-ce toujours normal ? » (38). L'assurance maladie propose aussi un volet sur les dysménorrhées, en libre accès sur leur site (39).

Les propositions de campagne d'information télévisuelle semblent pertinentes, cependant quelques médecins évoquent des thèmes plus importants en terme de santé publique à mettre en avant (tabac, alcool, antibiotiques, cancer). Une campagne de ce type serait intéressante en incluant une sensibilisation à la prévention de l'endométriose, première étiologie de dysménorrhée organique.

En effet, le diagnostic d'endométriose est à ce jour tardif, de l'ordre de 6 à 7 ans après le début des symptômes. Dans le monde, il est estimé qu'une femme sur dix serait concernée (40). Un diagnostic précoce ne peut donc passer que par une recherche systématique de dysménorrhée dès l'adolescence. L'information du grand public par des campagnes de sensibilisation, et la formation initiale et continue des professionnels de santé, afin de combattre la banalisation de la souffrance pendant les règles vue comme « naturelle » par les patientes et certains professionnels, est indispensable.

A ce sujet, les précédents gouvernements ont proposé des plans d'action, avec le soutien de plusieurs associations luttant pour une meilleure prise en charge de l'endométriose.

En 2016, une première convention de partenariat a été signée entre l'association Info-Endométriose et le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche pour sensibiliser les élèves et le personnel de l'éducation nationale à l'endométriose, à travers le parcours éducatif de santé, entré en vigueur lors de la rentrée 2016 (41).

Un plan de lutte contre cette maladie a été dévoilé en Mars 2019 par Agnès Buzin, alors ministre des Solidarités et de la Santé. La détection précoce de l'endométriose chez les jeunes filles y est notamment planifiée, avec la création de nouvelles consultations médicales obligatoires pour les jeunes filles âgées de 11 à 13 ans et de 15 à 16 ans afin de rechercher les signes de la maladie. La formation des professionnels de santé est également préconisée (40).



Récemment, une nouvelle tribune, réalisée par l'association EndoFrance et signée par une soixantaine de médecins a été publiée pour un plan de santé national contre l'endométriose (42).

Il existe un combat commun entre la prise en charge précoce des dysménorrhées de l'adolescente et ses conséquences, et la prévention et de l'endométriose en France. Au-delà de concerner les médecins généralistes, premiers intervenants dans le suivi des adolescentes, et l'ensemble des professionnels de santé, l'implication de l'Etat à cette lutte est prépondérante.

## **7. Proposition d'une fiche informative**

Suite à nos différents entretiens, il nous a semblé utile de réaliser une fiche informative à l'attention des médecins généralistes interrogés, afin de leur permettre d'optimiser leur pratique et le suivi de leurs jeunes patientes. Cette fiche a été réalisée à partir des pistes d'amélioration proposées par les médecins interrogés dans notre étude, et des dernières recommandations officielles en France. Elle est disponible en annexe 5.

## CONCLUSION

La dysménorrhée est la plainte gynécologique la plus fréquente de l'adolescente. A notre époque où la parité tient une grande place dans la société, cette plainte constitue une perte de chance indéniable pour les adolescentes concernées, que ce soit sur le plan scolaire, professionnel, médical ou social.

Malgré une augmentation de la fréquence de consultation médicale pour ce motif, la famille, et en particulier la mère, reste aujourd'hui la première interlocutrice de l'adolescente dans la recherche de soutien et de solutions face à la dysménorrhée. Les réponses apportées sont malheureusement souvent insuffisantes, la banalisation et le tabou du symptôme étant encore bien présents.

Les facteurs psychologiques qui accompagnent les adolescentes dans cette période de leur vie, les influences culturelles et sociétales, la religion, l'éducation, prédéterminent la demande d'une aide médicale auprès d'un professionnel de santé.

Notre étude a permis de mettre en lumière les difficultés que rencontrent les médecins généralistes à appréhender ce symptôme et sa prise en charge.

L'amélioration de ces paramètres doit passer par la formation des médecins, axée sur les dysménorrhées, ses conséquences et sa prise en charge, mais aussi sur le versant psychosocial et les bouleversements qu'occasionnent la période de l'adolescence.

Les invitations à rechercher ce symptôme, à travers le carnet de santé, les logiciels médicaux, et des consultations dédiées sont souhaitables et permettraient d'initier un dialogue systématique sur le sujet entre les différents acteurs.

Le rôle de la médecine scolaire est à considérer, et les possibilités de prescription des infirmières scolaires devraient être renforcées. Dans le cadre de leurs missions de prévention et de promotion de la santé, des interventions collectives pour améliorer les connaissances du mécanisme des règles et de leurs troubles auprès des jeunes filles seraient à promouvoir. Enfin, le partenariat avec la médecine générale devrait être amélioré, afin de permettre un meilleur suivi médical des adolescentes.

Une politique de santé publique commune menée avec le plan de lutte contre l'endométriose, première cause de dysménorrhée secondaire, serait judicieuse, et permettrait de raccourcir le

délai de prise en charge de l'endométriose, actuellement de 6 à 7 ans après le début des symptômes.

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescentes. Il bénéficie donc d'une place centrale et possède un rôle d'investigateur dans la recherche et la prise en charge de la dysménorrhée chez l'adolescente.

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)
2. Body G, Deffieux X, Deruelle P, Graesslin O, Huissoud C, Riethmuller D, et al. Gynécologie, obstétrique. 2018.
3. Chakhtoura Z, Simon A, Duflos C, Thibaud E. Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente. J Pédiatrie Puériculture. févr 2013;26(1):38-56.
4. Blondel Vendé P. La dysménorrhée de l'adolescente: à propos d'une enquête descriptive auprès de 907 lycéennes de l'agglomération Rouennaise. [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01109299/document>
5. Lebreton ED. Dysménorrhées chez l'adolescente précaire: analyse d'une cohorte de 202 patientes. :109.
6. Hadjou O-K. La dysménorrhée de l'adolescente: prévalence, sévérité, vécu et attitude en matière de recours aux soins chez les lycéennes en Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2019.
7. 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 [Internet]. mars 2019 [cité 11 nov 2019];16(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6427338/>
8. Blanc BJ-L, Boubli L. Gynécologie. Paris; St-Hyacinthe: Pradel : Edisem; 1989.
9. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
10. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
11. Cartault A. la revue du praticien, médecine générale Octobre 2018.
12. Banikarim C, Chacko MR, Kelder SH. Prevalence and Impact of Dysmenorrhea on Hispanic Female Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 déc 2000;154(12):1226-9.
13. Blanc B, Sultan C, Jamin C. Traité de gynécologie médicale. Springer Science & Business Media; 2004. 614 p.
14. Dépistage et prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_410171/fr/depistage-et-prevention](https://www.has-sante.fr/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention)
15. 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.
16. Ortiz MI. Primary dysmenorrhea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 sept 2010;152(1):73-7.
17. Grandi G, Ferrari S, Xholli A, Cannoletta M, Palma F, Romani C, et al. Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea? J Pain Res. 20 juin 2012;5:169-74.
18. Lauret L, Jouanolou C. Exploration des déterminants du retard diagnostique de l'endométriose, à partir de l'expérience vécue des femmes. Thèse de médecine: Université Toulouse III, 2017. [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: [http://thesesante.ups-tlse.fr/1668/1/2017TOU31003-1004.pdf?fbclid=IwAR3KP96d\\_izcLPycG7a8PaAqy9JfGAU\\_KIMI8oqsaHcMSO1gnfFUwbaKsBQ](http://thesesante.ups-tlse.fr/1668/1/2017TOU31003-1004.pdf?fbclid=IwAR3KP96d_izcLPycG7a8PaAqy9JfGAU_KIMI8oqsaHcMSO1gnfFUwbaKsBQ)
19. Mardon A. Honte et dégoût dans la fabrication du féminin. Ethnol Francaise. 3 janv 2011;Vol. 41(1):33-40.

20. Mardon A. Les premières règles des jeunes filles : puberté et entrée dans l'adolescence. Soc Contemp. 10 sept 2009;n° 75(3):109-29.
21. Termes clés de la sociologie de Norbert Elias. Vingtieme Siecle Rev Hist. 7 avr 2010;n° 106(2):29-36.
22. Zep, Bruller H. Le guide du zizi sexuel. 2019.
23. Rouyer DA, Roussel E. Le dico des filles: le seul, l'unique. 2017.
24. Schilte C, Rufo M. Comprendre l'ado: des réponses concrètes pour les parents d'aujourd'hui. Paris: Hachette; 2000.
25. France, Direction de l'enseignement scolaire. L'éducation à la sexualité au collège et au lycée: guide du formateur. Paris: Centre national de documentation pédagogique; 2004.
26. Reddish S. Dysmenorrhoea Pelvic pain. :7.
27. Masson E. Les médecins traitants devant le défi du dépistage et de la prise en charge de l'endométriose : résultats d'une enquête [Internet]. EM-Consulte. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/816716/article/les-medecins-traitants-devant-le-defi-du-depistage>
28. ado1-binder-exercer141-2018.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: [http://www.medecin-ado.org/addeo\\_content/documents\\_annexes/ado1-binder-exercer141-2018.pdf](http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/ado1-binder-exercer141-2018.pdf)
29. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol. 15 nov 1982;144(6):655-60.
30. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2017;39.
31. carnet\_de\_sante-num-.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet\\_de\\_sante-num-.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf)
32. Caulin C, Vidal SA. Vidal recos recommandations et pratique: 150 synthèses de recommandations thérapeutiques. Issy-les-Moulineaux: Vidal; 2009.
33. Bulletin officiel n°42 du 12 novembre 2015 de l'éducation nationale [Internet]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?pid\\_bo=33367](https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?pid_bo=33367)
34. Quel rôle pour la médecine scolaire ? - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/enfants/suivi-medical/medecine-scolaire.html>
35. Les médecins et les personnels de santé scolaire [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire.pdf>
36. Le concours de médecin de l'éducation nationale [Internet]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/le-concours-de-medecin-de-l-education-nationale-2801>
37. SantéBD : des outils pédagogiques pour comprendre et parler de la santé [Internet]. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <http://santebd.org/>
38. DOULEURS DE REGLES : Est-ce toujours normal ? (conseils de sage femme) [Internet]. 2019 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=gWTsly0OZ4Q>
39. Douleurs lors des règles [Internet]. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/regles-douloureuses/douleurs-regles>
40. Endométriose : mieux prendre en charge la maladie [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/endometriose-mieux-prendre-en-charge-la-maladie>

41. Convention de partenariat avec le Ministère de l'Éducation nationale [Internet]. Info endométriose. 2016 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.info-endometriose.fr/nos-actions-avec-les-ministeres/convention-de-partenariat-avec-le-ministere-de-leducation-nationale-369.html>

42. Tribune d'EndoFrance signée par une soixantaine de médecins parue dans Le Parisien Aujourd'hui en France le 23 août 2020 : « Pour un plan de santé national contre l'endométriose » • Association EndoFrance [Internet]. Association EndoFrance. 2020 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/tribune-dendo-france-parue-dans-le-parisien-aujourd'hui-en-france-pour-un-plan-de-sante-national-contre-lendometriose/>

## ANNEXES

### Annexe 1 : guide d'entretien

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de la réalisation de ma thèse de médecine générale, je souhaiterais m'entretenir avec vous. J'effectue ce travail sous la direction du Docteur DELLENBACH Elena, médecin généraliste exerçant à Ullly-St-Georges, dans l'Oise.

Le sujet de mon travail est : « Le dépistage et la prise en charge des dysménorrhées primaires d'origine fonctionnelle de l'adolescente en cabinet de médecine générale : évaluation auprès des médecins généralistes de Picardie. »

Plusieurs études descriptives menées en France ces dernières années montrent une prévalence des dysménorrhées chez l'adolescente importante, associée à une prise en charge médicale insuffisante, une auto-médication présente et inefficace, et des conséquences psycho-socio-professionnelles non négligeables.

J'aimerais recueillir votre ressenti sur ce sujet par l'intermédiaire d'un entretien d'une vingtaine de minutes. Ce dernier sera enregistré afin que je puisse le retranscrire, puis sera rendu anonyme.

Vous pourrez répondre librement aux questions que je vais vous poser.

Par ailleurs, si vous souhaitez connaître les résultats de mon travail, je serai ravi de les partager avec vous. N'hésitez pas à m'en faire part à l'issue du questionnaire.

En vous remerciant d'avance pour le temps que vous me consacrerez afin de m'aider dans ce projet.

## Annexe 2 : questionnaire

1. Données épidémiologiques concernant les médecins généralistes :
  - a. Sexe : masculin / féminin
  - b. Age
  - c. Contexte d'exercice : rural, semi-rural, urbain
  - d. Type d'exercice : seul, cabinet de groupe, MSP
  - e. Durée d'exercice
  - f. Département
  - g. Pratique régulière de la gynécologie en cabinet : oui / non
  - h. Formation à la gynécologie : externat / internat / DIU / formation continue
  - i. Etes-vous Maître de Stage Universitaire (MSU) : oui / non
2. Concernant les menstruations de l'adolescente, qu'abordez-vous de manière systématique en consultation ?
3. Quel est votre ressenti face aux dysménorrhées fonctionnelles et leur retentissement sur la santé de l'adolescente ?
4. Quel est votre ressenti face au dépistage et la prise en charge globale actuelle des dysménorrhées de l'adolescente en cabinet de médecine générale ?
5. Quelles mesures proposeriez-vous pour améliorer le dépistage des dysménorrhées primaires de l'adolescente ?
6. Quelles mesures proposeriez-vous pour améliorer la prise en charge médicale des dysménorrhées de l'adolescente ?
7. Quelles mesures proposeriez-vous pour améliorer la prise en charge psycho-socio-professionnelle des dysménorrhées de l'adolescente ?



### Annexe 3 : caractéristiques des médecins interrogés

Médecins	Sexe	Age	Contexte d'exercice	Type d'exercice	Durée d'exercice	Département	Pratique régulière de la gynécologie	Formation à la gynécologie	MSU
M1	M	43	Rural	MSP	10 ans	80	Non	Externat, internat, FMC	Non
M2	M	31	Rural	MSP	2 ans	80	Non	Internat	Non
M3	F	37	Rural	MSP	6 ans	80	Oui	Externat, FMC	
M4	M	35	Rural	MSP	8 ans	60	Oui	Internat	Non
M5	M	28	Semi-rural	Cabinet de groupe	3 ans	80	Non	Externat	Non
M6	M	31	Rural	Seul	3 mois	60	Oui	Internat	Non
M7	F	34	Urbain	Cabinet de groupe	4 ans	60	Oui	Externat, internat, DIU, FMC	Non
M8	M	59	Rural	Cabinet de groupe	30 ans	60	Oui	Internat, FMC	Oui
M9	F	32	Rural	Cabinet de groupe	4 ans	60	Oui	Externat, internat	Oui
M10	M	29	Urbain	Cabinet de groupe	1 mois	80	Non	Internat	Non
M11	F	35	Urbain	Cabinet de groupe	3 ans	80	Oui	Internat	Non
M12	F	31	Rural	Cabinet de groupe	8 mois	60	Oui	Internat	Non
M13	F	43	Semi-rural	MSP	14 ans	60	Oui	Internat	Oui
M14	F	31	Rural	Seul	1 an et 3 mois	60	Oui	Externat, internat	Oui

#### Annexe 4 : contenu du VMSS

Stades de gravité	Capacité de travail	Symptômes systémiques	Analgésique
<b>Grade 0 :</b> les menstruations ne sont pas douloureuses et l'activité quotidienne n'est pas affectée	Non affectée	Aucun	Non requis
<b>Grade 1 :</b> les menstruations sont douloureuses mais inhibent rarement l'activité normale de la femme. Les analgésiques sont rarement nécessaires. Douleur légère	Rarement affectée	Aucun	Rarement requis
<b>Grade 2 :</b> activité quotidienne affectée. Des analgésiques sont nécessaires et apportent un soulagement afin que l'absence du travail ou de l'école soit inhabituelle. Douleur modérée	Modérément affectée	Peu	Obligatoire
<b>Grade 3 :</b> activité clairement inhibée. Mauvais effet des analgésiques. Symptômes végétatifs, par exemple céphalées, asthénie, vomissements et diarrhée. Douleur sévère	Clairement inhibée	Apparent	Effet médiocre

## Annexe 5 : fiche informative à l'attention des médecins généralistes

### LA DYSMÉNORRHÉE DE L'ADOLESCENTE

#### CE QUE L'ON SAIT :

- La dysménorrhée touche **50 à 90% des adolescentes**. Cette prévalence occasionne **un impact** sur les activités quotidiennes pour 40 à 65% d'entre elles. Elle s'installe progressivement au cours des 2 premières années suivant la ménarche. Elle est **presque toujours essentielle ou fonctionnelle**.
- **L'absentéisme scolaire** en est la première conséquence.
- Banalisée par les adolescentes et par leur entourage proche, **les professionnels de santé sont peu sollicités de manière spontanée sur le sujet**.
- **L'absence de médication** et **l'automédication** sont courantes.
- Le délai entre le début des symptômes et le diagnostic d'endométriose est de **6 à 7 ans**.

#### QUELLES CONSULTATIONS PEUVENT AMENER A LA RECHERCHER ?

La consultation des 11 ans, à l'occasion du rappel dTcaP.

La vaccination contre certains types d'HPV par le Gardasil9® entre 11 et 19 ans.

Les consultations de suivi proposées au sein du carnet de santé :

- Entre 11 et 13 ans.
- Entre 15 et 16 ans.

Les consultations pour certificat de non contre-indication à la pratique du sport.

La première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans.

#### INTERROGATOIRE ATTENTIF ESSENTIEL :

- **Les facteurs de risque** : antécédents familiaux ; conditions socioéconomiques défavorisées ; sédentarité ; ménarches précoces ; polyménorrhées, hyperménorrhées, macroménorrhées ; conduites addictives (tabac, cannabis, alcool).
- **Les caractéristiques sémiologiques** : durée, abondance, intensité selon EVA, efficacité des antalgiques.
- **Le retentissement sur la qualité de vie** : dispense sportive régulière, fréquence d'absentéisme scolaire ou de visites à l'infirmerie, qualité de sommeil, appétit.
- **Recherche de signes de gravité évocateurs d'endométriose** :
  - Douleurs à la défécation associées.
  - SFU associés.
  - Persistance et aggravation des symptômes sous traitement antalgique bien conduit.
  - En cas d'activité sexuelle débutée, la dyspareunie.

#### EXAMEN CLINIQUE :

Examen gynécologique est initialement  
INUTILE.

Examen général indispensable pour éliminer  
une cause non gynécologique, et rechercher des  
signes d'hyperandrogénie (pilosité, acné, obésité  
androïde, alopecie séborrhéique)

#### QUELS TRAITEMENTS PROPOSER ?

1. **AINS** (Ibuprofène (200 à 400mg, 2 à 3/j), Naproxène sodique (550mg 1 à 2/j), Flurbiprofène (100 mg 2 à 3/j), Acide méfénamique (250mg 2 gélules 2 à 3 fois/j)) associés au **Paracétamol** (60mg/kg/j en 3 prises).
2. **Progestatifs de J15 à J25 du cycle** en cas de cycles irréguliers ou de polyménorrhées associées, à but non contraceptif : **progestérone micronisée** (Utrogestan® 100 mg 2/j), et **didrogestérone** (Duphaston® 10 mg 1/j).
3. **Pilule oestroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération** (20 ou 30 µg d'éthinylestradiol) en deuxième intention ou en cas de souhait de contraception exprimé.
4. **Techniques de relaxation et MHD** : sophrologie, hypnose, arrêt du tabac, activité physique.

#### EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- **Echographie pelvienne par voie sus pubienne** : en première intention, en cas de résistance au traitement antalgique simple ou de signes associés
- **IRM pelvienne** : en cas de dysménorrhée réfractaire, sur terrain familial évocateur.





**LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES DYSMÉNORRHÉES PRIMAIRES D'ORIGINE  
FONCTIONNELLE DE L'ADOLESCENTE EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE**  
**Enquête menée auprès des médecins généralistes de Picardie.**

**RÉSUMÉ :**

**Introduction :** Les dysménorrhées sont fréquentes et constituent une perte de chance pour les adolescentes. Questionner le ressenti des médecins généralistes face à cette problématique nous a semblé pertinent afin de proposer des pistes d'amélioration du dépistage et de la prise en charge des dysménorrhées primaires d'origine fonctionnelle de l'adolescente en cabinet.

**Matériel et méthodes :** L'étude qualitative a été menée par des entretiens individuels semi-directifs auprès de 14 médecins généralistes de Picardie de Novembre 2019 à Avril 2020. Le principe de saturation des données a été appliqué. Une analyse thématique du contenu a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo®.

**Résultats et discussion :** Selon notre étude, les menstruations ne sont pas un sujet central dans le suivi des adolescentes, la banalisation des douleurs de règles et le tabou restent présents. Le sujet des dysménorrhées est ressenti comme complexe par les médecins généralistes interrogés. Un manque de consensus dans la prévention des dysménorrhées est ressenti. La systématisation de la recherche de ce symptôme semble primordiale. La formation des médecins généralistes devrait être renforcée. Le rôle de la médecine scolaire est à considérer et à développer. Une politique de santé publique commune avec le plan de lutte contre l'endométriose serait judicieuse.

**Conclusion :** Notre étude a permis de mettre en lumière les difficultés que rencontrent les médecins généralistes à appréhender ce symptôme et sa prise en charge. Le médecin généraliste bénéficie d'une place centrale dans le suivi des adolescentes et possède un rôle d'investigateur dans la recherche et la prise en charge des dysménorrhées.

**Mots clés :** Dysménorrhées, Adolescente, Médecine générale, Prévention, Facteurs de risque, Continuité des soins.

**THE SCREENING AND MANAGEMENT OF ADOLESCENT PRIMARY DYSMENORRHEA IN  
GENERAL MEDICINE PRACTICE**  
**Survey conducted among general practitioners in Picardy.**

**ABSTRACT:**

**Introduction :** Dysmenorrhoea is common and a loss of opportunity for adolescent girls. Questioning the feelings of general practitioners regarding this problem seemed relevant to us in order to propose ways of improving the screening and care of adolescents primary dysmenorrhoea in medical practices.

**Material and methods:** The qualitative study was conducted through individual semi-directive interviews with 14 general practitioners in Picardy from November 2019 to April 2020. The principle of data saturation has been applied. A thematic analysis of the content was carried out using Nvivo® software.

**Results and discussion:** According to our study, menstruation is not a central topic in the medical monitoring of adolescent girls, the normalization of menstrual pain and the taboo remain present. The subject of dysmenorrhoea is felt to be complex by the general practitioners interviewed. A lack of consensus in the prevention of dysmenorrhoea is felt. Systematizing the search for this symptom seems essential. The training of general practitioners should be strengthened. The role of school medicine needs to be considered and developed. A common public health policy with the endometriosis control plan would make sense.

**Conclusion:** Our study has brought to light the difficulties that general practitioners encounter in apprehending this symptom and its care. The general practitioner has a central position in the medical monitoring of adolescent girls and has an investigative role in the research and management of dysmenorrhoea.

**Key words:** Dysmenorrhoea, Adolescent, General medicine, Prevention, Risk factors, Continuity of patient care.