HAL open science

Dysménorrhées primaires et absentéisme scolaire chez les lycéennes du Finistère. Étude observationnelle transversale menée auprès de 247 lycéennes du Finistère du 1er septembre 2019 au 14 janvier 2020

Estelle Izidore

▶ **To cite this version:**

Estelle Izidore. Dysménorrhées primaires et absentéisme scolaire chez les lycéennes du Finistère. Étude observationnelle transversale menée auprès de 247 lycéennes du Finistère du 1er septembre 2019 au 14 janvier 2020. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03447068

HAL Id: dumas-03447068

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03447068v1

Submitted on 24 Nov 2021

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

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

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

ÉCOLE UNIVERSITAIRE DE MAÏEUTIQUE DE BREST

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

Dysménorrhées primaires et absentéisme scolaire chez les lycéennes du Finistère.

Étude observationnelle transversale menée auprès de 247 lycéennes du Finistère du 1er septembre 2019 au 14 janvier 2020

Présenté et soutenu par :

Estelle Izidore

Née le 29 janvier 1997

Sous la direction de Gaëlle DELPECH-DUNOYER

Sage-Femme enseignante

REMERCIEMENTS

Je tiens dans un premier temps à remercier **Mme Gaëlle Delpech-Dunoyer**, sage-femme enseignante et directrice de ce mémoire, et souligner la profonde bienveillance qu'elle a pu me porter. Son enthousiasme, ses encouragements et ses précieux conseils ont grandement participé à l'aboutissement de ce superbe projet.

Je remercie **Claire-Isabelle Hernio** et tous les membres de la **Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation** du CHRU de Brest qui m'ont donné l'opportunité de réaliser ce mémoire et qui ont œuvré dans ce travail de recherche très enrichissant.

Je remercie tout particulièrement **Mme Emmanuelle Courtois-Communier** pour sa disponibilité et tout le temps consacré à l'analyse statistique de cette étude.

Je remercie également les **infirmières scolaires** des lycées du Finistère ayant participé à l'étude pour le réel investissement dont elles ont fait part, ainsi que les **lycéennes**, pour cette magnifique collaboration ayant abouti à l'élaboration d'un outil ressource pour les jeunes filles.

Merci à **Mme Fabienne Ryckelynck**, directrice adjointe du pôle Direction Enfance Famille du Conseil Départemental du Finistère, pour l'obtention d'une aide financière dans l'impression des affiches et supports d'information.

Ce mémoire illustre également l'aboutissement de mes études. Je tiens donc à remercier toutes les personnes présentes tout au long de ces dernières années :

Mes remerciements sont dont dirigés à **l'ensemble de l'équipe pédagogique** de l'École Universitaire de Maïeutique de Brest pour le savoir-faire et les compétences qu'elle nous a transmis tout au long de ces quatre années de formation.

Je remercie **ma famille** pour leurs conseils, et mille fois **mes parents** qui, depuis que je fais partie de leur vie, ne cessent de croire en moi et me soutenir dans tout ce que j'entreprends. Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez enseignées et qui font la personne que je suis aujourd'hui. Une énorme pensée à **mes grands-parents** pour tout cet amour et cette fierté présents dans leurs yeux qui m'ont donné l'envie de réussir.

Je remercie toutes les filles de la **promotion 2017-2021** pour les moments inoubliables partagés ensemble et particulièrement **Laura et Ilona** pour m'avoir communiqué leur soutien, leur bonne humeur et leur affection au fil de ces années durant lesquelles est née une belle amitié.

Enfin, je souhaite remercier **mes amis de la région briochine** pour leur présence, leur soutien et leur aide. Merci de faire perdurer ces belles années d'amitié qui ont débuté il y a plus de 20 ans maintenant.

ABREVIATIONS

OMS : organisation mondiale de la santé

EVA : échelle visuelle analogique

SOC : sentiment de cohérence

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

IDE : infirmière diplômée d'État

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français

COP : contraception œstroprogestative

SIU : système intra-utérin

SOMMAIRE

Introduction **7**

Matériel et méthode **10**

1. Type d'étude 10
2. Critères d'évaluation 10
   - 2.1 Critère principal d'évaluation 10
   - 2.2 Critères d'évaluation secondaires 10
3. Lieu de réalisation et population étudiée 11
   - 3.1 Lieux de réalisation 11
   - 3.2 Description de la population 11
   - 3.3 Échantillonnage 12
   - 3.4 Critères d'inclusion et de non-inclusion 12
4. Modalités de recueil 13
   - 4.1 Modalité de recrutement et d'information des personnes concernées 13
   - 4.2 Données collectées et questionnaires utilisés 13
5. Méthode d'analyse statistique 14

Résultats **15**

1. Pré-résultats 15
2. Caractéristiques de la population 16
3. Absentéisme scolaire et dysménorrhées primaires 19
4. Limitations d'activités et dysménorrhées primaires 20
5. Selon l'intensité de la dysménorrhée 21

Discussion **23**

1. Synthèse des résultats 23
2. Forces et limites de l'étude 23
3. Impacts des dysménorrhées 24
   - 3.1 Impact sur l'absentéisme scolaire 24
   - 3.2 Impact sur la qualité de vie 25
   - 3.3 Impact psycho-social 26

4. Attitudes des lycéennes face aux dysménorrhées 26
4.1 La douleur 26
4.2 Les thérapeutiques non médicamenteuses 27
4.3 Les thérapeutiques médicamenteuses 29
4.4 La contraception 30
5. Propositions 31
5.1 Développer les compétences psycho-sociales 31
5.2 Co-construire un support d'information 32
5.3 Les personnes ressources 32
Conclusion 34
Bibliographie 35
Annexes 39

INTRODUCTION

La dysménorrhée est une douleur pelvienne à type de contraction qui apparait de façon cyclique. Elle peut précéder l'arrivée des règles ou débuter en même temps qu'elles. Elle peut être présente sur toute la durée des règles ou parfois se prolonger. Quatre types de dysménorrhée ont été décrits : en fonction de l'apparition on parle de dysménorrhée primaire, qui apparait progressivement dans les mois qui suivent les ménarches, et de dysménorrhée secondaire, qui apparait à distance de la puberté chez la femme adulte ; la dysménorrhée est dite essentielle lorsqu'aucune pathologie n'est identifiée comme en étant la cause, la douleur est due à la physiopathologie propre de l'utérus c'est-à-dire à un défaut de contraction du myomètre. Elle est dite organique lorsqu'il existe une pathologie sous-jacente (*endométriose, adénomyose…*) (1).

A l'international, de nombreuses études se sont intéressées à la prévalence de la dysménorrhée avec des résultats extrêmement variables (2). Une revue systématique de la littérature menée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2006 révèle une prévalence mondiale de la dysménorrhée chez les femmes en âge de procréer pouvant aller de 8,8 % à 94 %, ce dernier pourcentage étant observé chez une population âgée de 10 à 20 ans (3).

Selon une étude de cohorte française réalisée en 2016 sur les algies pelviennes chroniques, la prévalence de la dysménorrhée (définie par une douleur supérieure ou égale à 4 sur l'échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 à 10 sur les 3 derniers cycles) varie de 62 % chez les plus jeunes à 36 % chez les plus âgées, ce qui correspondrait en France à environ 7 millions de femmes entre 20 et 54 ans. Sa fréquence diminue avec l'âge et concerne donc davantage les femmes les plus jeunes (4). La dysménorrhée primaire touche 40 à 90 % des adolescentes (5).

Des symptômes physiques (troubles intestinaux, sensibilité mammaire, céphalées, douleurs articulaire ou musculaires, œdèmes, prise de poids) et psychologiques (colère,

anxiété, confusion, dépression, irritabilité, retrait social), regroupés sous le terme de syndrome prémenstruel, apparaissent 1 à 2 semaines avant la période menstruelle soit pendant la phase lutéale et disparaissent après ou pendant les menstruations (6). Jusqu'à 80% des femmes font état d'au moins un de ces troubles menstruels au cours de la phase lutéale de leur cycle (7). Certains de ces symptômes psychologiques tels que l'anxiété et la dépression sont plus fréquemment retrouvés chez les adolescentes dysménorrhéiques plutôt que chez les adolescentes non douloureuses (8).

Plusieurs études internationales montrent que ces désagréments menstruels ont un impact négatif sur la vie sociale mais aussi scolaire des adolescentes. L'absentéisme scolaire engendré par les dysménorrhées varie en fonction des études : 12 à 60 % (9–11). Cet absentéisme peut aller jusqu'à 73 % chez les adolescentes souffrant de dysménorrhée sévère (12). D'après une étude réalisée en Arabie Saoudite en 2016, plus de la moitié des jeunes femmes dysménorrhéiques ont signalé un impact négatif sur leurs devoirs, leur concentration en classe, leur fréquentation scolaire, leurs résultats scolaires et sur leurs activités quotidiennes (9). Les dysménorrhées entrainent également, chez ces adolescentes, un retrait social allant de 20 à 50 % selon les études (9,13) par la limitation de leurs activités quotidiennes, sportives et extra-scolaires.

En France, une étude réalisée à Rouen en 2016 auprès de 907 lycéennes a permis de mettre en évidence une prévalence des dysménorrhées primaires de 80,5 %. Parmi ces adolescentes dysménorrhéiques 51,3 % ont déclaré devoir s'absenter des cours à cause des douleurs. Pour 80,5 % de ces jeunes filles, les dysménorrhées ont impacté leurs activités scolaires (14).

Ce travail de recherche s'inscrit à la suite d'une étude initiale menée en 2019 dont l'objectif principal était d'étudier l'association entre dysménorrhées primaires et score de sentiment de cohérence (SOC) chez les adolescentes du Finistère. Le SOC est défini à travers le concept de « Salutogenèse », développé par A. Antonovsky, et désigne les ressources internes qu'un individu utilise pour se maintenir en bonne santé : l'*intelligibilité*, la *signification* et la *capacité à gérer* (15).

Les principaux résultats ont été les suivants : la prévalence des dysménorrhées primaires des adolescentes du Finistère était de 59,5 % et celle des dysménorrhées secondaires de 3,6 %. Les dysménorrhées primaires semblent être liées au SOC : avoir un SOC fort ne protégerait pas des dysménorrhées primaires (57,9 % versus 67,9 % dans le groupe « SOC faible ») mais permettrait de diminuer l'expérience douloureuse de ces dysménorrhées (EVA moyenne de 4,3 versus 5,1 dans le groupe « SOC faible »).

L'objectif principal de ce travail est d'identifier la prévalence de l'absentéisme scolaire chez ces adolescentes souffrant de dysménorrhées primaires.

Les objectifs secondaires portent sur les retentissements générés sur la qualité de vie de ces jeunes filles (physiques, psychiques, loisirs, activités sportives, relations familiales et sociales, performances scolaires), l'impact de l'intensité des douleurs sur l'absentéisme scolaire et les limitations d'activités ainsi que les méthodes thérapeutiques employées par ces adolescentes pour gérer leurs douleurs.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

C'est une étude observationnelle transversale multicentrique impliquant la personne humaine et non-interventionnelle (catégorie 3). Elle a été validée par le Bureau Technique du Pôle Recherche du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest en février 2019 et par le Comité de Protection des Personnes d'Île de France le 1er Juillet 2019.

2. Critères d'évaluation

2.1 Critère principal d'évaluation

Le critère de jugement principal est la présence ou non d'absentéisme scolaire chez les adolescentes Finistériennes souffrant de dysménorrhée primaire objectivée par la définition de la Cohorte Constances (4), en considérant qu'une adolescente est dysménorrhéique pour une douleur cotée supérieure ou égale à 4 sur l'EVA (où 0 correspond à l'absence de douleur et 10 correspond à la pire douleur imaginable) sur les 3 derniers cycles. La dysménorrhée primaire étant définie par une douleur cotée entre 4 et 7 et passant avec la prise d'antalgiques afin d'éliminer la dysménorrhée secondaire pour laquelle la douleur est cotée supérieure à 7 et toujours présente après la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

2.2 Critères d'évaluation secondaires

Les critères de jugement secondaires sont la fréquence de l'absentéisme en nombre de jours sur les 12 derniers mois (résultats regroupés ensuite en groupes « 0 jour », « 1 à 3 jours » et « 4 jours ou plus »), la présence ou non d'absence pendant les évaluations ainsi que les impacts sur la qualité de vie (loisirs et passe-temps, activités sportives, relations familiales et sociales) et sur les performances scolaires (concentration, participation, devoirs, résultats scolaires).

L'impact sur la qualité de vie a été évalué par un tableau caractérisant l'activité en question comme « non impacté », « légèrement impactée », « modérément impactée », « significativement impactée » et « sévèrement impactée ». Pour les analyses ultérieures les groupes « pas d'impact », « légèrement impacté » et « modérément impacté » ont été regroupés sous le terme de « peu ou pas d'impact » et les groupes « significativement impacté » et « sévèrement impacté » sous le terme d'« impact fort ».

L'intensité de la dysménorrhée primaire de ces jeunes filles (en suivant les définitions de la douleur de l'ANSM (16) qualifiant la douleur de « modérée » pour une EVA comprise entre 4 et 7 et d' « intense » pour une EVA strictement supérieure à 7) a été également prise en compte dans les analyses.

3. Lieu de réalisation et population étudiée

3.1 Lieux de réalisation

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

3.2 Description de la population

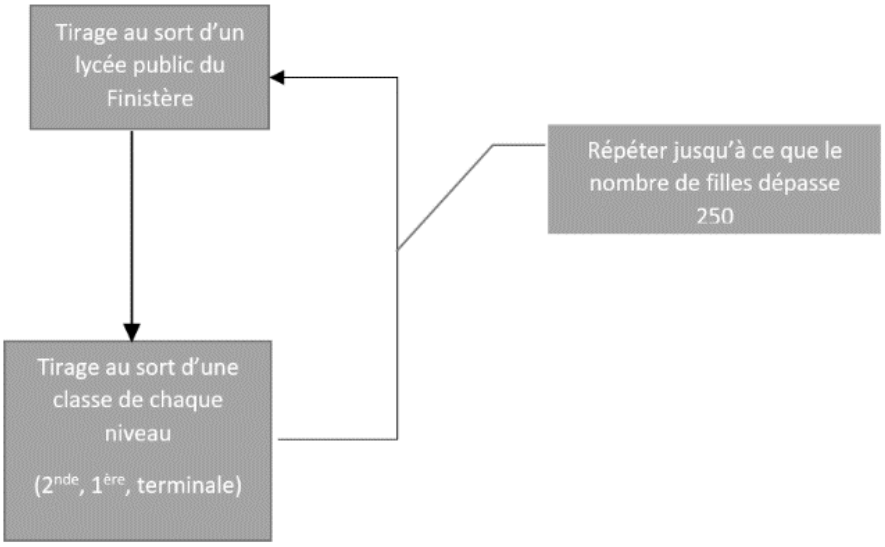
La population correspond aux adolescentes finistériennes scolarisées dans les lycées publics du département du Finistère (tranche des 15-19 ans). Le nombre de sujets à inclure a été calculé pour l'étude initiale, à savoir d'étudier l'association entre dysménorrhées primaires et score de SOC chez les adolescentes du Finistère. Il a été calculé en supposant que les deux groupes « SOC faible » et « SOC élevé » sont équilibrés et que la prévalence des dysménorrhées primaires est de 70 % dans le groupe « SOC faible » versus 50 % dans le groupe « SOC élevé », un effectif de 250 sujets était nécessaire pour garantir une puissance de 90 %.

L'étude initiale a permis de classer ces adolescentes selon leur dysménorrhée (absence/primaire/secondaire). Pour notre étude, seules les adolescentes avec dysménorrhées primaires et SOC-13 complet ont été retenues.

3.3 Échantillonnage

L'échantillonnage a été effectué par tirage au sort d'une classe par niveau au sein de chaque établissement scolaire eux-mêmes tirés au sort jusqu'à l'obtention de 250 sujets (*Figure 1*).

Figure 1 : Organigramme de randomisation



3.4 Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les critères d'inclusions sont toutes les élèves entre 14 et 19 ans, réglées sur les 6 derniers mois et scolarisées dans un des lycées du Finistère qui a été tiré au sort. Les critères de non-inclusion sont l'analphabétisme, le refus de participation et l'opposition des parents.

4. Modalités de recueil

4.1 Modalité de recrutement et d'information des personnes concernées

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

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

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

4.2 Données collectées et questionnaires utilisés

Pour la réalisation de ce travail, les données recueillies sont celles présentes sur l'auto-questionnaire des dysménorrhées primaires, disponible en *annexe I*, comprenant l'âge, l'âge aux ménarches, la régularité et la durée des règles, la localisation de la douleur, la cotation sur l'EVA moyenne durant les 3 derniers cycles, les troubles associés aux dysménorrhées, les thérapeutiques employées et leur efficacité potentielle, la contraception, l'absentéisme et les limitations d'activités sur les douze mois précédents : les loisirs et passe-temps (balades, chant, musique, théâtres, lecture…), les activités sportives (scolaires et extra-scolaires), les relations familiales et sociales (repas, fêtes, sorties…), la concentration et la participation en classe, temps consacré aux devoirs, notes aux contrôles). Cet auto-questionnaire a été testé sur un échantillon d'adolescentes avant le début des inclusions et n'a pas nécessité de modification.

Ce questionnaire a été développé pour cette étude en s'appuyant sur la définition clinique des dysménorrhées primaires proposée au Canada par Burnett (17), ainsi que sur la définition choisie pour la cohorte Constance (4). Une adolescente était considérée comme souffrant de dysménorrhées primaires si elle cotait la douleur moyenne des 3 derniers cycles à au moins 4 sur 10 sur l'EVA (échelle visuelle analogique où 0 équivaut à aucune douleur et 10, la pire douleur imaginable) et que cette douleur ne s'améliorait pas après la prise d'un traitement afin d'éliminer les dysménorrhées secondaires.

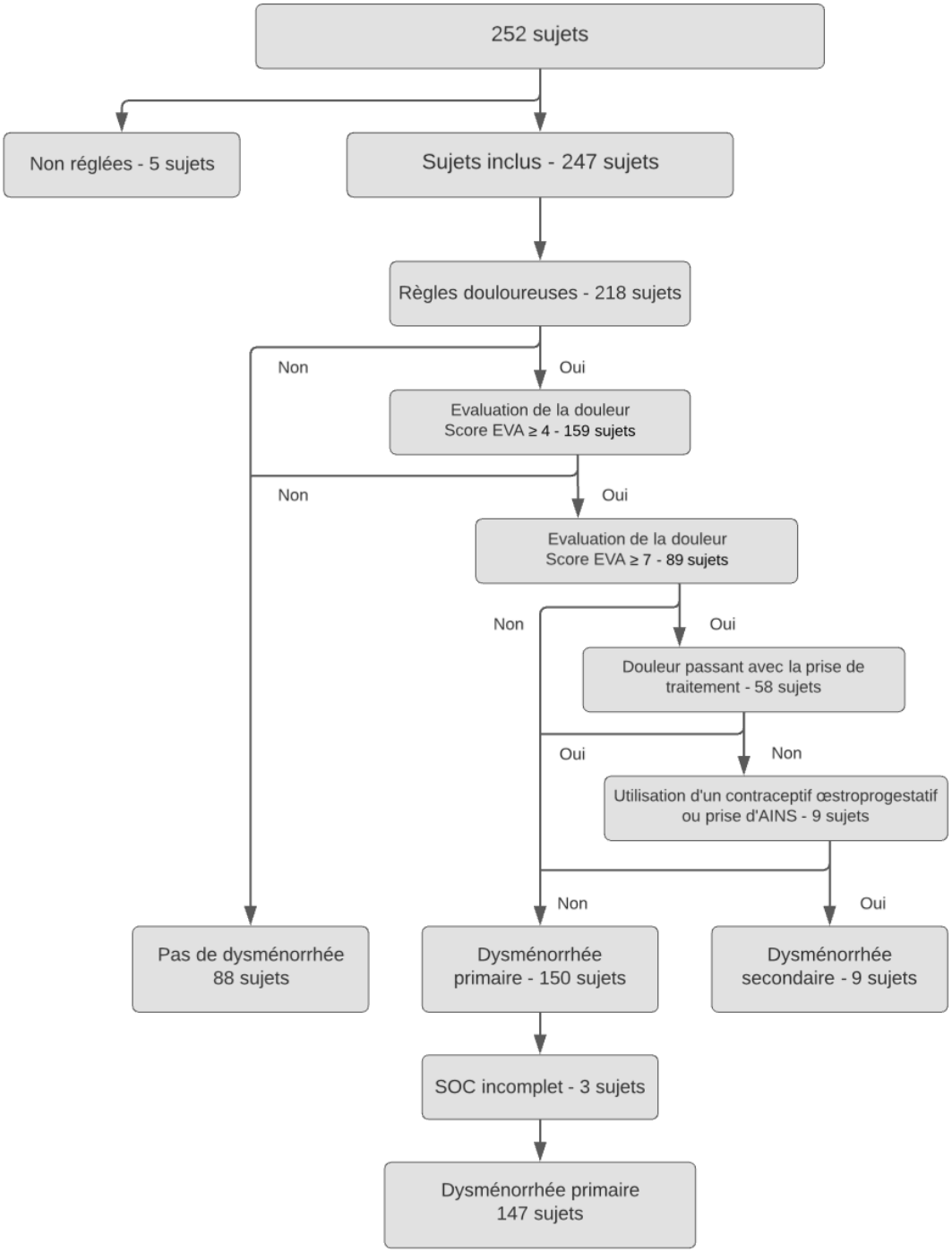
5. Méthode d'analyse statistique

Le logiciel utilisé pour les analyses statistiques était SAS version 9.4. Les comparaisons des fréquences ont été réalisées à l'aide d'un test di Chi2^ ou d'un test de Fisher# selon la normalité des distributions. Le seuil de significativité retenu est *p* inférieur ou égal à 0,05.

RESULTATS

1. Pré-résultats

Figure 2 : Flow chart : inclusion et répartition des lycéennes selon la présence et l'intensité de douleurs lors des règles



252 lycéennes ont participé à l'étude sur les 260 attendues. 5 ont été exclues en raison de l'absence de menstruation au cours des 6 derniers mois. Sur les 247 lycéennes réglées, 150 présentaient des dysménorrhées primaires. Pour 3 d'entre-elles, le critère principal de l'étude initiale, à savoir le SOC-13, n'était pas complet faute de données. Ainsi, l'effectif retenu était de 147 jeunes filles. La prévalence des dysménorrhées primaires dans cette population était donc de 59,5 % et la prévalence suspectée des dysménorrhées secondaires est de 3,6 %.

2. Caractéristiques de la population

La présente analyse porte sur les 147 lycéennes souffrant de dysménorrhées primaires (et pour lesquelles le SOC-13 est complet).

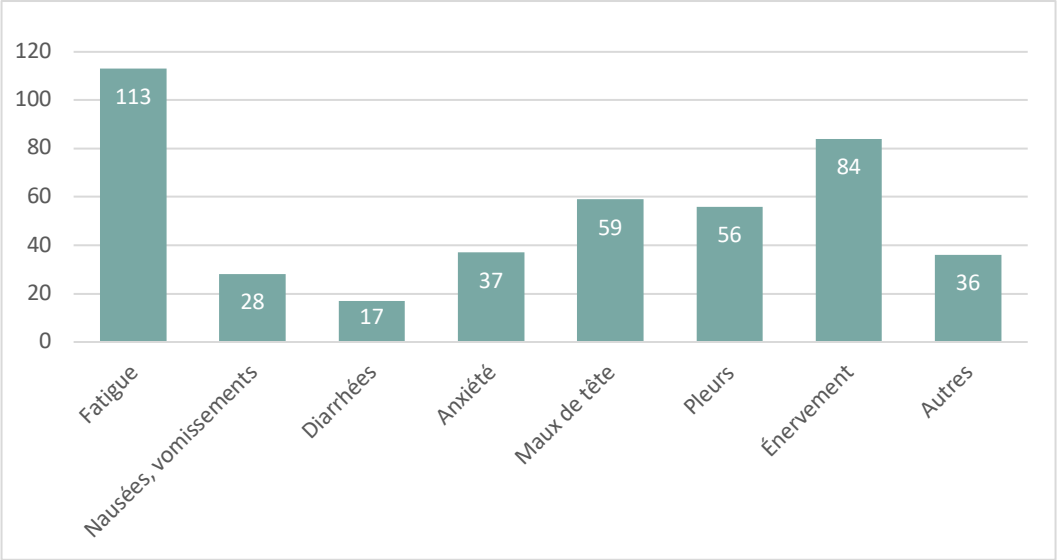
Tableau I : Caractéristiques des lycéennes avec dysménorrhées primaires (1)

Variable		Total (n=147)
Age	Manquant (%)	0
	Médiane (q1-q3)	16.0(15.0;17.0)
	Moyenne +/- SD	15.9±1.08
	Minimum-maximum	14.0;19.0
Age des premières règles	Manquant (%)	1
	Médiane (q1-q3)	12.0(12.0;13.0)
	Moyenne +/- SD	12.4±1.29
	Minimum-maximum	9.0;15.0
Règles régulières	Manquant (%)	0
	Oui	111 (75.5%)
	Non	36 (24.5%)
Durée des règles	Manquant (%)	2
	Médiane (q1-q3)	5.0(5.0;6.0)
	Moyenne +/- SD	5.5±1.68
	Minimum-maximum	2.0;15.0
Intensité de la douleur (EVA)	Manquant (%)	0
	Médiane (q1-q3)	7.0(5.0;8.0)
	Moyenne +/- SD	6.5±1.69
	Minimum-maximum	4.0;10.0

Cette population est âgée de 14 à 19 ans, l'âge moyen est de 15,9 ans. L'âge des premières règles varie de 9 à 15 ans et l'âge moyen est de 12,4 ans. Les menstruations sont régulières pour 74,5 % d'entre elles et durent en moyenne 5,5 jours avec un maximum de 15 jours. La douleur perçue par ces jeunes filles est cotée en moyenne à 6,5 sur 10 sur l'EVA.

Sur les 147 lycéennes interrogées, toutes ont signalé que leurs douleurs menstruelles étaient accompagnées d'au moins un autre symptôme.

Figure 3 : Détail des symptômes associés aux dysménorrhées primaires



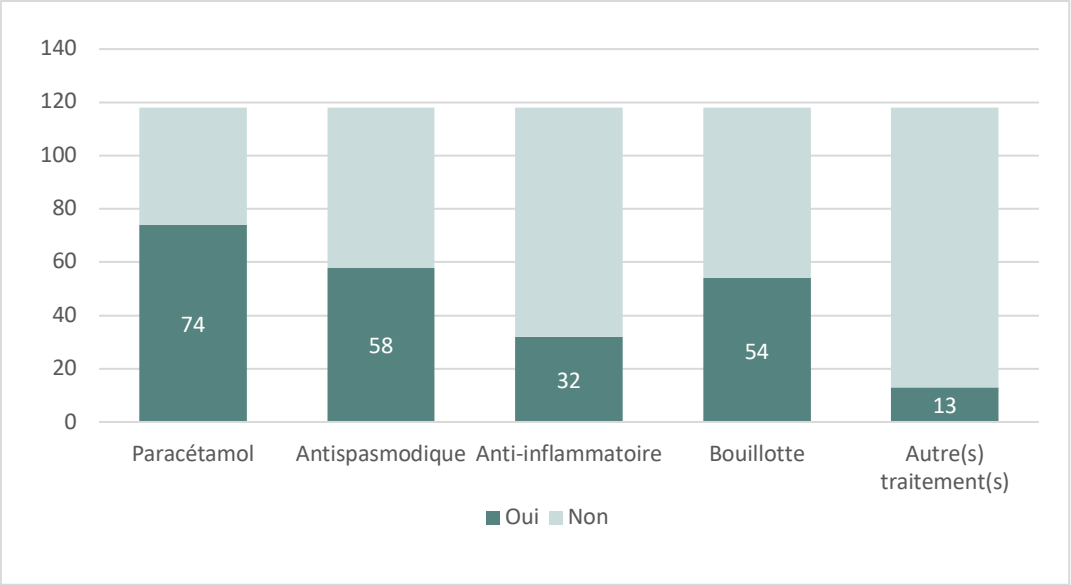
La fatigue est associée aux dysménorrhées primaires pour 77,4 % des jeunes filles. Parmi les symptômes physiques, les maux de tête sont les plus fréquemment décrits (40,4 %), suivis par les nausées/vomissements (19,2 %) et les diarrhées (11,6 %). Des signes psychiques sont également ressentis par les lycéennes durant la période des menstruations : de l'énervement à 57,5 %, des pleurs à 38,4 % et de l'anxiété à 25,3 %.

36 autres réponses ont été mentionnées par les jeunes filles. Il a été retrouvé principalement des douleurs périphériques (dos, jambes) de types musculaires et articulaires (n = 8), des mastodynies (n = 6), une labilité émotionnelle (n = 6). 3 lycéennes ont signalé se sentir « faible », 1 « comme une personne que personne n'aime », 1 se posant « beaucoup de questions », et 1 évoque un « sentiment de dévalorisation ».

Au total 20 symptômes différents ont été cités. 430 réponses ont été comptabilisées parmi les 147 ayant répondu. Les adolescentes ont en moyenne 2,9 symptômes associés à leurs douleurs menstruelles.

Une réponse était manquante sur la prise de traitement durant les menstruations. Sur les 146 lycéennes ayant répondu, 118 soit 80,8 % affirment avoir recours à un traitement pour se soulager.

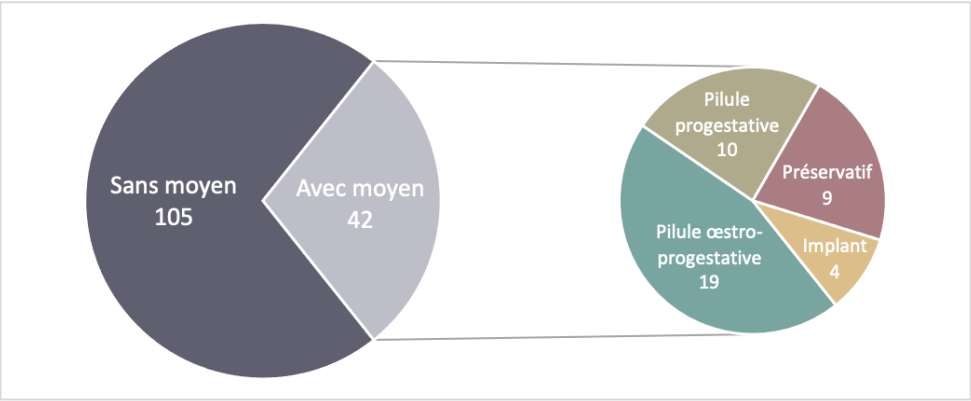
Figure 4 : Traitements employés par les jeunes filles dysménorrhéiques (n = 118)



Sur les 147 lycéennes, 118 soit 80,8 % utilisent un traitement : paracétamol (62,7 %), antispasmodique (49,2 %), bouillotte (45,8 %) et anti-inflammatoire (27,1 %). 11 % utilisent d'autres solutions pour se soulager à savoir une boisson chaude, la codéine, l'homéopathie, des huiles essentielles, la pilule, un sac de riz, une tisane.

Concernant ces traitements, 231 réponses ont été recueillies auprès des 118 adolescentes. Les jeunes filles emploient en moyenne 2 antalgiques pendant leur période de règles. 88,1 % des adolescentes qui prennent un traitement constatent que celui-ci fait passer la douleur.

Figure 5 : Utilisation de la contraception chez les lycéennes avec dysménorrhées primaires (n = 147)



42 jeunes filles dysménorrhéiques (28,6 %) utilisent une contraception. Le préservatif est utilisé par 22 d'entre-elles : 13 (8,8 %) l'utilisent en association avec une autre méthode et 9 (6,1 %) l'utilisent seul. Parmi ces 42 adolescentes, 33 utilisent un moyen contraceptif hormonal dont : la pilule œstroprogestative à 45,2 % (n=19), la pilule progestative à 23,8 % (n=10) et l'implant à 9,5 % (n=4), soit respectivement 12,9 %, 6,8 % et 2,7 % des lycéennes souffrant de dysménorrhées primaires.

3. Absentéisme scolaire et dysménorrhées primaires

Tableau II : Dysménorrhées primaires et absentéisme scolaire

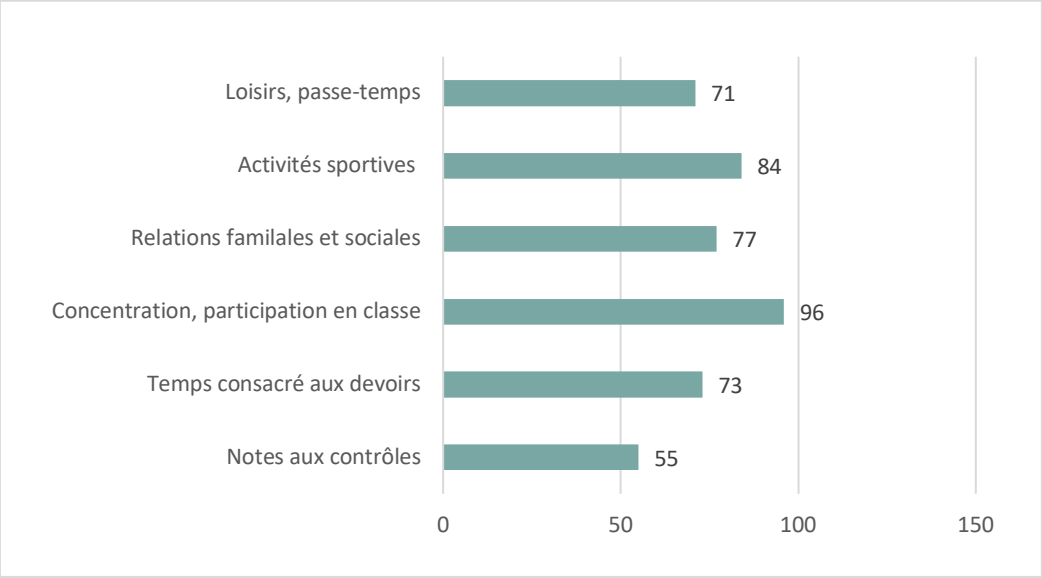
Variable		n=147
Pas de lycée à cause des règles ?	Manquant (%)	1
	Oui	47 (32.2%)
	Non	99 (67.8%)
Nombre de jours d'absence dans les 12 derniers mois	Manquant (%)	4
	Minimum-maximum	0.0;14.0
	0 jour	100 (69,9%)
	1-3 jours	31 (21,7%)
	4 jours et plus	12 (8,4%)
Controles manqués à cause des règles ?	Manquant (%)	2
	Oui	29 (20.0%)
	Non	116 (80.0%)

Sur les 147 adolescentes présentant des dysménorrhées primaires, 32,2 % (n=47) ont été absentes du lycée sur les 12 derniers mois et 20 % déclarent avoir manqué des évaluations. 21,7 % des lycéennes avec dysménorrhées primaires ont manqué entre 1 et 3 jours d'absence sur l'année à cause de leurs règles et 8,4 % 4 jours ou plus, avec un maximum de 14 jours.

4. Limitations d'activités et dysménorrhées primaires

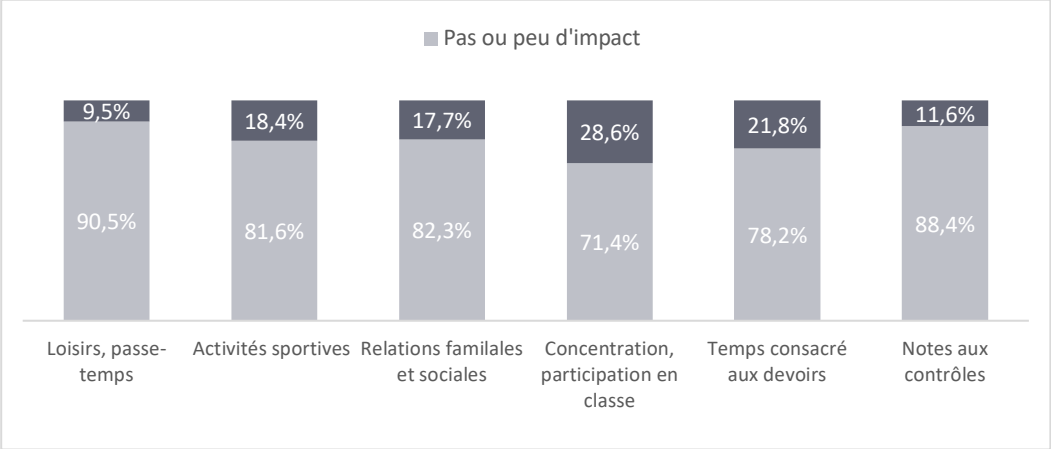
146 lycéennes ont répondu à la question sur les limitations d'activités. 74 % d'entre-elles signalent que leurs dysménorrhées primaires ont un impact sur leurs activités.

Figure 6 : Dysménorrhées primaires et activités impactées (n=147)



74 % soit 108 adolescentes souffrant de dysménorrhées primaires ont signalé que leurs règles limitaient leurs activités : les loisirs et passe-temps sont affectés à 48,3 %, les activités sportives à 57,1 % (n=84), les relations familiales et sociales à 52,4 % (n=77), la concentration et la participation en classe à 65,3 % (n=96), le temps consacré aux devoirs à 49,6 % (n=73) et les notes aux contrôles à 37,4 % (n=55).

Figure 7 : Dysménorrhées primaires et limitation d'activités (n=147)



Parmi ces 147 lycéennes, 9,5 % ont jugé que leurs règles impactent fortement leurs loisirs et passe-temps, 18,4 % leurs activités sportives, 17,7 % leurs relations familiales et sociales, 28,6 % leurs concentration et participation en classe, 21,8 % leurs temps dédié aux devoirs et 11,6 % leurs notes aux contrôles.

5. Selon l'intensité de la dysménorrhée

Tableau III : Comparaison des impacts selon l'intensité de la dysménorrhée primaire

Variable	EVA entre 4 et 7 n=109	EVA > 7 n=38	P*
Absence du lycée ?			
Manquant	1 (100%)	. (.%)	0.619^
Non	72 (66.7%)	27 (71.1%)	
Oui	36 (33.3%)	11 (28.9%)	
Nb de jours d'absence au cours des 12 derniers mois			
Manquant (%)	2 (100%)	2 (100%)	0.378^
0jour	73 (68.2%)	27 (75%)	
1-3jours	26 (24.3%)	5 (13.9%)	
4jours et plus	8 (7.5%)	4 (11.1%)	
Controles manqués			
Manquant	2 (100%)	. (.%)	
Non	86 (80.4%)	30 (78.9%)	0.850^
Oui	21 (19.6%)	8 (21.1%)	

LIMITATION DES ACTIVITES			
Manquant	1 (100%)	. (.%)	
Non	31 (28.7%)	7 (18.4%)	0.214^
Oui	77 (71.3%)	31 (81.6%)	
Loisirs, passe-temps			
Pas ou peu d'impact	98 (89.9%)	35 (92.1%)	1.000#
Impact fort	11 (10.1%)	3 (7.9%)	
Activités sportives			
Pas ou peu d'impact	93 (85.3%)	27 (71.1%)	0.050^
Impact fort	16 (14.7%)	11 (28.9%)	
Relations familiales et sociales			
Pas ou peu d'impact	89 (81.7%)	32 (84.2%)	0.722^
Impact fort	20 (18.3%)	6 (15.8%)	
Concentration, participation en classe			
Pas ou peu d'impact	86 (78.9%)	19 (50%)	0.001^
Impact fort	23 (21.1%)	19 (50%)	
Temps consacré aux devoirs			
Pas ou peu d'impact	92 (84.4%)	23 (60.5%)	0.002^
Impact fort	17 (15.6%)	15 (39.5%)	
Notes aux controles			
Pas ou peu d'impact	102 (93.6%)	28 (73.7%)	0.002#
Impact fort	7 (6.4%)	10 (26.3%)	

p* : Comparaison des fréquences à l'aide d'un test du Chi2^ou de Fisher#.

Sur les 147 lycéennes souffrant de dysménorrhées primaires, 109 (74,1 %) présentent une dysménorrhée modérée (douleur sur l'EVA comprise entre 4 et 7) et 38 (25,9 %) présentent une dysménorrhée sévère (douleur sur l'EVA strictement supérieure à 7).

Il n'y a pas de différence significative sur la répartition des adolescentes par rapport à l'intensité des impacts entre les groupes « dysménorrhée modérée » et « dysménorrhée sévère » concernant l'absentéisme scolaire, le nombre de jours d'absence sur les 12 derniers mois, les examens manqués à cause de la dysménorrhée et la limitation dans les activités. Une différence entre ces mêmes groupes est retrouvée significative vis-à-vis de la limitation dans les activités sportives (p = 0,05), la concentration et participation en classe (p = 0,001), les notes (p = 0,002) et le temps consacré aux devoirs (p = 0,002).

DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

L'étude portait sur les 147 lycéennes présentant des dysménorrhées primaires soit 59,5 % de la population étudiée dans l'étude initiale (247 adolescentes réglées et scolarisées dans les lycées publics du Finistère). Sur les 12 derniers mois, la prévalence de l'absentéisme scolaire dans cette population était de 32,2 % dont une absence allant de 1 à 3 jours et une absence supérieure ou égale à 4 jours pour respectivement 21,7 % et 8,4 % des jeunes filles.

Une limitation d'activités a été ressentie par près des trois quarts (74 %) des adolescentes dysménorrhéiques, avec de l'activité la plus affectée à la moins affectée : la concentration et la participation en classe (65,3 %), les activités sportives (57,1 %), les relations familiales et sociales (52,4 %), le temps consacré aux devoirs (49,6 %), les loisirs et les passe-temps (48,3 %) et les notes aux contrôles (37,4 %). Un impact fort a été signalé surtout sur les performances scolaires notamment la concentration et la participation en classe (28,6 %) et le temps consacré aux devoirs (21,8 %).

Les activités sportives et les performances scolaires (concentration et participation en classe, temps consacré aux devoirs, notes aux contrôles) semblent être davantage impactées quand la dysménorrhée primaire est sévère plutôt que modérée.

4 lycéennes sur 5 utilisent des thérapeutiques pour se soulager et principalement le paracétamol (62,7 %), les antispasmodiques (49,2 %) et la bouillotte (45,8 %). Les jeunes filles emploient en moyenne deux méthodes antalgiques pour palier à leurs douleurs menstruelles.

2. Forces et limites de l'étude

Notre étude, de par sa construction, reste une étude exploratoire. En effet la population étudiée a été construite pour un autre objectif et le calcul du nombre de sujet a été fait sur des hypothèses relatives à cet autre objectif.

Le choix du mode de recueil de données par auto-questionnaire a permis de collecter un grand nombre de données sur la population ciblée. Les questionnaires ayant été distribués aux lycéennes par les infirmières diplômées d'État (IDE) scolaires sur un temps dédié (30 min) a également permis d'obtenir des résultats rapides et un très bon taux de participation (97 %).

Grâce à un échantillonnage aléatoire des classes et des lycées volontaires, notre population est représentative des lycéennes scolarisées en secteur public dans le Finistère. Cependant elle n'est pas totalement représentative de la population française visée, à savoir les adolescentes, puisque les lycéennes inscrites dans le secteur privé n'ont pas été prises en compte dans l'étude ainsi que les adolescentes déscolarisées ou professionnellement actives.

Notre étude a porté sur des sujets inscrits dans des lycées publics volontaires. Ainsi les adolescentes interrogées peuvent posséder de meilleures connaissances sur le sujet si elles sont issues d'un établissement intéressé et touché par le sujet.

Un biais de mémorisation peut également être soulevé dans notre étude vis-à-vis du nombre de jours d'absence sur les 12 derniers mois. Néanmoins, dans le cadre de cette étude ayant eu lieu en début d'année scolaire, choisir une période plus courte aurait biaisé davantage les résultats du fait des vacances d'été.

3. Impacts des dysménorrhées

3.1 Impact sur l'absentéisme scolaire

Les résultats de notre étude montrent un absentéisme scolaire fréquent chez les adolescentes du Finistère sur les 12 derniers mois, de l'ordre de 32,2 %. Parmi les jeunes filles souffrant de dysménorrhées primaires, 21,7 % ont manqué entre 1 et 3 jours d'absence et 8,4 % ont manqué 4 jours ou plus, avec un absentéisme pouvant aller jusqu'à 2 semaines sur l'année. Dans notre étude 25,9 % des lycéennes présentent une dysménorrhée primaire sévère, leur fréquence et durée d'absentéisme n'étant pas significativement plus élevée que les lycéennes avec une dysménorrhée primaire modérée.

Dans l'étude réalisée en région rouennaise en 2014, 51,5 % des adolescentes se voyaient contraintes de rester à la maison en raison de leurs dysménorrhées et ce de façon systématique pour 5,9 % d'entre-elles (14). Dans une étude réalisée en Italie en 2012, 12 % des 14-20 ans étaient absentes au moins 1 jour par mois à cause des dysménorrhées primaires, avec un absentéisme significativement plus élevé en cas de dysménorrhée sévère (12). Ces résultats ne sont pas comparables avec ceux de notre étude en raison des différences de définition de la dysménorrhée primaire et des méthodes d'études, néanmoins ils mettent en avant l'impact des dysménorrhées primaires sur la vie scolaire des adolescentes en termes d'absence en cours.

3.2 Impact sur la qualité de vie

Trois quarts des lycéennes ont déclaré être limitées dans leurs activités à cause de leurs règles et cela concerne la concentration et la participation en classe à 65,3 %, les activités sportives à 57,1 %, les relations familiales et sociales à 52,4 %, le temps consacré aux devoirs à 49,6 %, les loisirs et les passe-temps à 48,3 % et enfin les notes aux contrôles à 37,4 %.

28,6 % et 21,8 % des jeunes filles dysménorrhéiques ont respectivement jugé que leur concentration/participation en classe et le temps consacré à leurs devoirs étaient fortement impactés. De plus, 20 % des adolescentes dysménorrhéiques ont mentionné avoir manqué des examens. Dans une étude menée auprès d'adolescentes suédoises en 2017, les notes aux examens écrits sont impactées chaque mois pour 16 % des jeunes filles dysménorrhéiques et plusieurs fois par an pour 49 % d'entre-elles (18).

Quel que soit le pays, la dysménorrhée primaire est responsable d'un impact négatif sur les conditions d'apprentissage scolaire à l'adolescence mais également dans l'enseignement supérieur (19) et plus tard dans la vie professionnelle (20).

La question d'un éventuel impact des dysménorrhées dans le choix de l'orientation et des méthodes pédagogiques (présentiel ou distanciel) pourrait également se poser étant donné le fort impact de celles-ci sur la vie scolaire des jeunes filles.

3.3 Impact psycho-social

Les 147 lycéennes dysménorrhéiques ont mentionné avoir au moins un autre symptôme associé aux douleurs avec une prédominance pour la fatigue mentionnée à 77,4 %. L'anxiété, les pleurs et l'énervement sont également fréquemment décrits, respectivement à 25,3 %, 38,4 % et 57,5 %. Certaines adolescentes ont évoqué d'autres sentiments comme : « *labilité émotionnelle* », « *je me sens faible* » « *comme une personne que personne n'aime* », « *sentiment de dévalorisation* ».

Dans différentes études (21,22), une faible estime de soi et une insatisfaction corporelle sont significativement associées aux dysménorrhées primaires. Ces pertes de confiance et d'amour pour soi sont plus fréquemment retrouvées chez les adolescentes (23). Selon l'OMS, l'adolescence est « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans » (24). C'est une période complexe marquée par des transformations à la fois physiques avec la puberté mais aussi psychiques et comportementales. Tous ces remaniements contribuent à la construction de son identité. Néanmoins, ils peuvent être difficiles à accepter et créer de nombreux complexes. L'adolescente subit également une pression sociale où le regard de l'autre peut être mal vécu et source d'angoisse (25).

Il a été démontré dans les théories de l'apprentissage que la perception de l'estime de soi a une influence sur la motivation, puissant levier dans l'apprentissage. Des adolescentes ayant une perte de l'estime d'elles-mêmes rencontrent plus de difficultés dans leurs apprentissages (26).

4. Attitudes des lycéennes face aux dysménorrhées

4.1 La douleur

Les prostaglandines PgE_2 et $PgF_{2\alpha}$ sont les principales hormones entrant en jeu dans la dysménorrhée primaire. Une sur-production utérine de ces hormones est responsable d'une hypercontractilité du myomètre et d'une vasoconstriction des vaisseaux l'alimentant.

Toutes deux entrainent une hypoxie voire une ischémie tissulaire à l'origine de la douleur (27). Une composante nerveuse joue également un rôle dans la dysménorrhée primaire. Les prostaglandines engendrent une sensibilité accrue des nerfs afférents, augmentant alors la douleur menstruelle (28).

Il y aurait une corrélation positive entre la sévérité de la dysménorrhée et les taux de prostaglandines endométriales libérées en période menstruelle. En effet, des taux de $PgF_{2\alpha}$ sont retrouvés plus élevés en cas de dysménorrhée sévère que de dysménorrhée modérée (29). La sévérité des symptômes associés à la dysménorrhée primaire serait également proportionnelle à la quantité de prostaglandines libérées (30).

Des études évoquent une sensibilité accrue à la douleur tout au long du cycle chez les femmes atteintes de dysménorrhées primaires par rapport aux femmes asymptomatiques en période menstruelle. Cette sensibilité serait un facteur de risque probable de développer une douleur chronique à long terme (28,30).

La dysménorrhée est perçue comme invalidante par beaucoup d'adolescentes. En revanche très peu d'entre-elles consultent un professionnel de santé. La plupart des jeunes filles se tournent vers leur mère ou leurs amies pour parler de leur douleur (31,32). Certaines ne consultent pas par pudeur ou par peur, d'autres considèrent les douleurs menstruelles comme une fatalité plutôt qu'une pathologie et ne pensent pas qu'un professionnel de santé puisse les aider (33,34).

4.2 Les thérapeutiques non médicamenteuses

Parmi les traitements non médicamenteux cités, la bouillotte est utilisée à 45,8 %. En effet, il est démontré que l'application locale d'une source de chaleur aide à soulager les douleurs de règles (35) et devrait être proposée comme traitement complémentaire de la dysménorrhée (17).

L'homéopathie a été citée dans les autres traitements utilisés en période menstruelle. Les études sont partagées quant à l'efficacité des remèdes homéopathiques (36,37). Des études complémentaires sont nécessaires pour affirmer leur place dans la prise en charge des dysménorrhées primaires.

Les huiles essentielles ont également été citées par des jeunes filles. Plusieurs études démontrent une efficacité supérieure à celle du placebo. L'application locale d'huiles essentielles à base de lavande, de sauge sclarée ou de rose permettrait de diminuer la durée et la gravité des dysménorrhées primaires (38,39).

L'acupuncture n'a pas été citée par les lycéennes. Les études sur le sujet divergent et sont encore insuffisantes à ce jour pour déterminer une réelle efficacité de l'acupuncture (40,41). Cependant l'acupression pourrait avoir un effet bénéfique sur les dysménorrhées (42) c'est pourquoi la stimulation de points d'acupuncture peut également être envisagée en traitement complémentaire (17).

La stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) à haute fréquence peut être une alternative non médicamenteuse efficace permettant d'altérer la capacité du corps à recevoir et percevoir les signaux de douleurs (17,43).

La pratique d'une activité physique, à raison de 45 à 60 min trois fois par semaine ou plus, est recommandée chez les patientes souffrant de dysménorrhées primaires (17). En plus des effets bénéfiques que l'exercice procure sur la santé générale, il permettrait également de diminuer significativement l'intensité de la douleur menstruelle (44) mais aussi sa durée et l'utilisation de médicaments chez les lycéennes (45). Des programmes de yoga ou la pratique de certaines postures comme la pose du cobra, du chat et du poisson permettrait de réduire la gravité et la durée de la dysménorrhée primaire (46,47) mais également d'améliorer la qualité de vie de femmes dysménorrhéiques (48).

Parmi les compléments alimentaires étudiés, le gingembre a démontré son efficacité dans certaines études (49). Une consommation de 750 à 2000 mg de poudre de gingembre pendant les 3 à 4 premiers jours du cycle permettrait de diminuer les douleurs de règles (50) et peut donc être recommandée comme méthode complémentaire ou alternative aux traitements conventionnels (17).

4.3 Les thérapeutiques médicamenteuses

Sur les 147 adolescentes atteintes de dysménorrhées primaires, 80,8 % ont recours à un traitement pendant leur période de règles. Le paracétamol arrive en 1ère place, utilisé à 62,7 % suivi par les antispasmodiques à 49,2 %.

Les AINS arrivent en 4e position, utilisés par 27,1 % des jeunes filles prenant un traitement. Depuis 2005, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande la prise d'AINS en 1ère intention dans la prise en charge médicamenteuse de la dysménorrhée primaire (27). En effet, ce sont des anti-prostaglandines ou des antagonistes qui ont pour but de diminuer la concentration en prostaglandines utérines entrainant une baisse concomitante de la contractilité du myomètre. Lorsqu'ils sont prescrits un à deux jours avant le début des menstruations et jusqu'à la fin de l'épisode douloureux, à posologie respectée, leur efficacité est de 75 % (51). Certains AINS sont également en vente libre en pharmacie. D'après la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC), les AINS ont démontré une efficacité supérieure à celle du placebo. Il n'y a pas de molécule plus efficace qu'une autre. En revanche, les AINS exposent à des effets secondaires gastro-intestinaux (17).

Des antalgiques ou antispasmodiques peuvent être prescrits en association en cas de besoin (27).

Les traitements utilisés par les adolescentes du Finistère n'est pas en adéquation avec les recommandations ce qui peut expliquer que plus de 20 % d'entre-elles ne sont pas soulagées.

4.4 La contraception

Dans notre étude, le caractère contraceptif ou thérapeutique de la prise d'une contraception n'a pas été précisé. Néanmoins, dans notre population d'adolescentes dysménorrhéiques, 12,9 % prennent une contraception œstroprogestative (COP), 6,8 % une contraception progestative et 2,7 % l'implant. 15 % des lycéennes utilisent le préservatif dont 8,8 % en association avec une autre méthode et 6,1 % l'utilisent seul. Rappelons que l'âge moyen de notre population est de 15,9 ans et que l'âge moyen du premier rapport sexuel en France est de 17,6 ans pour les filles (52).

D'après le Baromètre Santé 2016 (53), la pilule est le moyen contraceptif le plus utilisé par la tranche des 15-19 ans (44,4 %) suivie par le préservatif seul (29,6 %), l'association pilule-préservatif (16 %) et l'implant (3,5 %). Les contraceptions de longue durée d'action, telles que le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU) et le système intra-utérin au lévonorgestrel (SIU), ne sont pas utilisées par cette tranche d'âge.

Selon les recommandations du CNGOF (54), les COP sont à prescrire en 1ère intention dans le traitement des dysménorrhées primaires en cas de souhait d'une contraception ou d'échec des AINS. Qu'elles soient orales, cutanées ou vaginales, elles engendrent une hypotrophie endométriale et une absence d'ovulation permettant de réduire la production menstruelle des prostaglandines (27). L'administration continue ou prolongée est à privilégier.

L'implant contraceptif à l'étonogestrel pourrait diminuer les douleurs de règles mais des études complémentaires sont nécessaires.

Le SIU n'est utilisé par aucune lycéenne dans notre étude. C'est une contraception hormonale réversible à longue durée d'action qui permet de diminuer la sévérité de la dysménorrhée primaire (54). La progestérone, responsable d'une atrophie de l'endomètre, permet de réduire la sécrétion des prostaglandines menstruelles (27). Néanmoins la pose du SIU nécessite un examen gynécologique et peut donc être un frein à ce choix contraceptif chez cette tranche d'âge.

Selon une étude française réalisée en 2017 auprès des 18-25 ans (55), l'âge moyen à la première consultation gynécologique était de 17,5 ans. Durant cette consultation 70,8 % de ces jeunes femmes ont reçu un examen clinique. Celles ayant consulté étant majeures étaient plus à l'aise que les mineures. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de ne pas réaliser d'examen gynécologique systématique lors de la première consultation, surtout chez l'adolescente (56). Le professionnel de santé peut en revanche expliquer le déroulement d'un examen et le matériel utilisé afin d'établir un lien de confiance et rassurer la patiente.

5. Propositions

5.1 Développer les compétences psycho-sociales

En 1993, l'OMS fait référence aux compétences psychosociales des individus, subdivisées en compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Ces compétences reflètent la capacité individuelle à maintenir un « état de bien-être physique, psychique et social » et leur développement est nécessaire pour favoriser la santé globale de la population (57). Le modèle salutogénique développé par A. Antonovsky fait également référence à ces compétences en identifiant les ressources utilisées par les individus pour se maintenir en bonne santé. Une information distribuée sous un modèle « salutogénique » c'est-à-dire structurée, compréhensible et significative est un élément essentiel dans la promotion de la santé (15). En 2009, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a émis des directives concernant l'éducation sexuelle et a développé le concept d'Education Complète à la Sexualité (ECS). Cette approche a prouvé son efficacité puisqu'elle a permis d'améliorer l'estime de soi chez les jeunes et de favoriser leurs compétences psycho-sociales autour de la sexualité afin de leur permettre d'adopter des comportements sains participant à leur bien être global et celui des autres (58).

Au vu des résultats de notre étude, une meilleure compréhension de la physiopathologie des dysménorrhées primaires et une meilleure connaissance des traitements efficaces permettraient de développer les compétences psychosociales des adolescentes afin qu'elles soient plus actrices de leur santé et qu'elles aient une meilleure estime d'elles-mêmes.

5.2 Co-construire un support d'information

Il nous a paru essentiel de co-construire, avec les lycéennes, une affiche de prévention et un support d'aide à la compréhension et la gestion des dysménorrhées sous forme de dépliant 3 volets (disponibles en annexes II et III). Le dépliant a été inspiré de la fiche sur les dysménorrhées du site Ameli (définitions, causes, traitements, ressources) puis a été adapté à partir des réflexions et suggestions des lycéennes afin qu'il réponde pleinement aux attentes et aux besoins des adolescentes en termes d'information sur le sujet. Des temps d'échanges avec les lycéennes ont été proposés aux lycées ayant participé à l'étude. Leur réalisation a été perturbée par les protocoles sanitaires en vigueur du fait de la pandémie de Covid-19. Deux lycées sur six (le lycée professionnel Roz Glas à Quimperlé et le lycée général de l'Harteloire à Brest) ont pu nous recevoir. Au total 48 jeunes filles, 3 garçons et 1 élève transgenre étaient présents. Ce qui est principalement ressorti de ces échanges était le besoin de comprendre l'origine de la douleur et les solutions efficaces pour y palier. Beaucoup d'adolescentes ne savaient pas vers qui se tourner pour obtenir de l'aide. L'impression des affiches et des dépliants est prévue prochainement. Une aide financière est apportée par le Conseil Départemental du Finistère. La distribution d'une affiche par lycée et de plusieurs dépliants est donc prévue par la suite.

5.3 Les personnes ressources

Une attention particulière par les professionnels de santé doit être apportée aux jeunes filles atteintes de dysménorrhées. Les IDE scolaires étant en première ligne, un support d'aide à la prise en charge des dysménorrhées primaires, basé sur les Recommandations pour la Pratique Clinique canadienne de 2017, leur est proposé (disponible en annexe IV). Les représentations culturelles et familiales font que les règles sont souvent assimilées à quelque chose de normalement douloureux qu'il faut accepter. Il est donc nécessaire que chaque professionnel de santé procède à un interrogatoire à la recherche de dysménorrhées lors d'une consultation gynécologique, ne minimise pas les impacts de ces dernières sur la qualité de vie des adolescentes et propose des traitements adaptés.

Depuis la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, le Code de l'éducation (articles L. 121-1 et L. 312-16) prévoit des séances d'éducation à la sexualité inscrites dans le programme scolaire. Ces séances abordent différents thèmes autour des composantes biologiques, psycho-émotionnelles, juridiques et sociales. Les règles restent encore à l'heure actuelle un tabou pour beaucoup de jeunes filles et la communication n'est pas toujours facile avec leurs pairs. Travailler sur cette représentation socio-culturelle durant ces interventions permettrait de dédramatiser les règles, les banaliser et déconstruire cette image « sale » afin d'aider les jeunes filles à se sentir mieux dans leur corps et à accepter ce phénomène physiologique. Cette initiative auprès du jeune public est nécessaire étant donné que certains élèves n'ont plus de cours de Sciences de la Vie et de la Terre en fonction de leur orientation scolaire. En effet, durant notre passage au lycée professionnel Roz Glas à Quimperlé, plusieurs jeunes filles étaient dispensées de ces cours en raison de leur filière professionnelle, pouvant aboutir à des inégalités d'accès aux connaissances et aux ressources.

L'ère d'internet, avec notamment l'arrivée des réseaux sociaux, favorise de plus en plus cette déconstruction négative des menstruations. Charlotte Abramow a conçu « le petit manuel Sex Education » disponible sur « https://sexeducation.fr/ » à l'occasion de la sortie de la saison 2 de la série Sex Education diffusée sur la plateforme Netflix. Ce manuel téléchargeable gratuitement permet de contourner les tabous autour de la sexualité et du corps humain. Gaëlle Baldassari est fondatrice du mouvement Kiffe ton Cycle présenté sur « https://www.kiffetoncycle.fr/ ». Deux programmes en ligne sont disponibles « Kiffe ton Cyle » et « Kiffe tes premières règles » ainsi que des conférences faisant intervenir des professionnels de santé, des experts et des témoignages. Elle est également l'autrice du livre Kiffe ton Cycle à travers duquel elle aide les femmes à mieux appréhender leur cycle menstruel et à mieux vivre avec.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale de 2021 promulguée le 14 décembre 2020, une disposition prévoit d'ailleurs une expérimentation d'un an d'une consultation sexuelle longue à destination de tous les adolescents (garçons et filles) qui pourra être réalisée par un médecin ou une sage-femme. Ce moment sera donc l'occasion d'identifier les compétences psychosociales des jeunes et de les renforcer si nécessaire (59).

CONCLUSION

Les dysménorrhées primaires constituent l'affection gynécologique la plus fréquente. Elles sont responsables d'absentéisme et de retentissements scolaires, d'une dégradation significative de la qualité de vie et d'impacts physiques et psychiques pour beaucoup de lycéennes.

Les thérapeutiques employées par les jeunes filles ne sont pas optimales et leurs connaissances à ce sujet sont limitées. De plus, la société a tendance à minimiser les douleurs de règles jusqu'à les rendre banales. Même si cette vision évolue, il convient aux professionnels de santé, en lien avec l'adolescente, d'y porter attention et de l'accompagner dans la prise de décision concernant l'amélioration de sa santé physique et mentale en lui proposant des thérapeutiques efficaces basées sur des preuves scientifiques tels que l'application locale de chaleur, la prise d'AINS en prophylaxie et la prise d'une contraception œstroprogestative.

L'adolescente est une personne en pleine construction de soi, touchée par des déséquilibres physiques, émotionnels et affectifs. Au cours d'interventions scolaires et de consultations médicales dédiées, il est primordial de réassurer les jeunes et de les sensibiliser à leur santé. Construire une communication adaptée permettra de développer et revaloriser leurs compétences psycho-sociales dans la gestion des dysménorrhées primaires. Le but étant de palier aux fortes restrictions quotidiennes et favoriser le bien-être psychologique de ces jeunes filles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fauconnier A, Fritel X. Algies pelviennes chroniques d'origine non endométriosique. In: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français Mises à jour en gynécologie et obstétrique et techniques chirurgicales. CNGOF : diff. Vigot, impr. Paris; 2010. p. 185-215.
2. Ju H, Jones M, Mishra G. The Prevalence and Risk Factors of Dysmenorrhea. Epidemiologic Reviews. 2014;36(1):104-13.
3. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC public health. 2006;6(1):177.
4. Margueritte F. Algies pelviennes chroniques : prévalence et caractéristiques associées dans la cohorte Constances. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. avr 2016;64(2):134.
5. Sultan C, Gaspari L, Paris F. Adolescent Dysmenorrhea. Pediatric and Adolescent Gynecology. 2012;22:171-80.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Women's Health Care: A Resource Manual. 4th ed Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists. 2014;607-13.
7. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. AFP. 1 août 2016;94(3):236-40.
8. Gagua T, Tkeshelashvili B, Gagua D, Mchedlishvili N. Assessment of anxiety and depression in adolescents with primary dysmenorrhea: a case-control study. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2013;26(6):350-4.
9. Abd El-Mawgod MM, Alshaibany AS, Al-anazi AM. Epidemiology of dysmenorrhea among secondary-school students in Northern Saudi Arabia 2016 [En ligne]. Disponible sur: https://www.ingentaconnect.com/content/wk/jegpay/2016/00000091/00000003/art00003. Consulté le 8 septembre 2019.
10. Oral E, Kirkan T, Yazici E, Cansever MGZ, Aydin N. Premenstrual symptom severity, dysmenorrhea, and school performance in medical students. Journal of Mood disorders. 2012;2(4):143.
11. Arafa AE, Senosy SA, Helmy HK, Mohamed AA. Prevalence and patterns of dysmenorrhea and premenstrual syndrome among Egyptian girls (12–25 years). Middle East Fertility Society Journal. déc 2018;23(4):486-90.
12. Zannoni L, Giorgi M, Spagnolo E, Montanari G, Villa G, Seracchioli R. Dysmenorrhea, Absenteeism from School, and Symptoms Suspicious for Endometriosis in Adolescents. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 1 oct 2014;27(5):258-65.
13. Mohapatra D, Mishra T, Behera M, Panda P. A Study of Relation between Body Mass Index and Dysmenorrhea and its Impact on Daily Activitied of Medical Students. Asian Journal of Pharmceutical and Clinical Research. 2016;9:297-9.
14. Blondel Vendé P. La dysménorrhée de l'adolescente : à propos d'une enquête descriptive auprès de 907 lycéennes de l'agglomération rouennaise 2014 [En ligne]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01109299. Consulté le 17 octobre 2019.
15. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996;11(1):11-8.

16. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses - Mise au point (actualisée) 2011 [En lgine]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Recommandations-Medicaments/Douleur/Prise-en-charge-des-douleurs-de-l-adulte-moderees-a-intenses-Mise-au-point-actualisee. Consulté le 17 novembre 2019.

17. Burnett M, Lemyre M. N° 345-Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 1 juill 2017;39(7):596-608.

18. Söderman L, Edlund M, Marions L. Prevalence and impact of dysmenorrhea in Swedish adolescents. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2019;98(2):215-21.

19. Armour M, Parry K, Manohar N, Holmes K, Ferfolja T, Curry C, et al. The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Women's Health. 6 juin 2019;28(8):1161-71.

20. Arafa AE, Khamis Y, Hassan HE, Saber NM, Abbas AM. Epidemiology of dysmenorrhea among workers in Upper Egypt; A cross sectional study. Middle East Fertility Society Journal. 1 mars 2018;23(1):44-7.

21. Barcikowska Z, Wójcik-Bilkiewicz K, Sobierajska-Rek A, Grzybowska ME, Wąż P, Zorena K. Dysmenorrhea and Associated Factors among Polish Women: A Cross-Sectional Study. Vol. 2020, Pain Research and Management. Hindawi; 2020.. p. e6161536. [En ligne]. Disponible sur: https://www.hindawi.com/journals/prm/2020/6161536/. Consulté le 5 mars 2021.

22. Ambresin A-E, Belanger RE, Chamay C, Berchtold A, Narring F. Body Dissatisfaction on Top of Depressive Mood among Adolescents with Severe Dysmenorrhea. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 1 févr 2012;25(1):19-22.

23. Potard C, Courtois R, Clarisse R, Le Floc'h N, Thomine M, Réveillère C. Influence de la maturation pubertaire et de l'estime de soi corporelle sur la sexualité à l'adolescence. L'Encéphale. 1 avr 2016;42(2):138-43.

24. OMS : Orgnisation mondiale de la santé. Développement des adolescents [En ligne]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/. Consulté le 5 mars 2021.

25. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. Elsevier Health Sciences; 2018. 945 p.

26. Vallerand RJ. Deci and Ryan's self-determination theory: A view from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Psychological inquiry. 2000;11(4):312-8.

27. Pélissier Langbort C. Les dysménorrhées et leur traitement médical. In: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français Les douleurs pelviennes de l'organique au fonctionnel. CNGOF : diff. Vigot, impr. Paris; 2005. p. 137-47. (Mises à jour en gynécologie médicale).

28. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. Obstetrics & Gynecology. 2006;108(2):428-41.

29. Fajrin I, Alam G, Usman AN. Prostaglandin level of primary dysmenorrhea pain sufferers. Enfermería Clínica. 1 mars 2020;30:5-9.

30. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. Human Reproduction Update. 1 nov 2015;21(6):762-78.

31. O'Connell K, Davis AR, Westhoff C. Self-treatment Patterns among Adolescent Girls with Dysmenorrhea. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 1 août 2006;19(4):285-9.

32. Sanctis V, Soliman A, Elsedfy H, Soliman N, Elalaily R, Kholy M. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: A review in different countries. Acta biomed. 16 janv 2016;87:0-0.

33. Wong LP, Khoo EM. Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls. International Journal of Gynecology & Obstetrics. févr 2010;108(2):139-42.

34. Chen CX, Shieh C, Draucker CB, Carpenter JS. Reasons women do not seek health care for dysmenorrhea. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(1-2):e301-8.

35. Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous Low-Level Topical Heat in the Treatment of Dysmenorrhea. 2001;97(3):7.

36. Witt CM, Lüdtke R, Willich SN. Homeopathic treatment of patients with dysmenorrhea: a prospective observational study with 2 years follow-up. Arch Gynecol Obstet. 1 oct 2009;280(4):603-11.

37. Alizadeh Charandabi SM, Biglu MH, Yousefi Rad K. Effect of Homeopathy on Pain Intensity and Quality Of Life of Students With Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. Iran Red Crescent Med J 9 août 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5253212/. Consulté le 2 mars 2021.

38. Han S-H, Hur M-H, Buckle J, Choi J, Lee MS. Effect of Aromatherapy on Symptoms of Dysmenorrhea in College Students: A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 1 juill 2006;12(6):535-41.

39. Ou M-C, Hsu T-F, Lai AC, Lin Y-T, Lin C-C. Pain relief assessment by aromatic essential oil massage on outpatients with primary dysmenorrhea: A randomized, double-blind clinical trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2012;38(5):817-22.

40. Witt CM, Reinhold T, Brinkhaus B, Roll S, Jena S, Willich SN. Acupuncture in patients with dysmenorrhea: a randomized study on clinical effectiveness and cost-effectiveness in usual care. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1 févr 2008;198(2):166.e1-166.e8.

41. Smith CA, Armour M, Zhu X, Li X, Lu ZY, Song J. Acupuncture for dysmenorrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016 ;(4). [En ligne]. Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007854.pub3/full?cookiesEnabled. Consulté le 2 mars 2021.

42. Shetty GB, Shetty B, Mooventhan A. Efficacy of Acupuncture in the Management of Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. Journal of Acupuncture and Meridian Studies. 1 août 2018;11(4):153-8.

43. Proctor M, Farquhar C, Stones W, He L, Zhu X, Brown J. Transcutaneous electrical nerve stimulation for primary dysmenorrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002;(1). [En ligne]. Disponible sur:

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002123/full?cookiesEnabled. Consulté le 2 mars 2021.

44. Armour M, Ee CC, Naidoo D, Ayati Z, Chalmers KJ, Steel KA, et al. Exercise for dysmenorrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019 ;(9) [En ligne]. Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004142.pub4/full?cookiesEnabled. Consulté le 2 mars 2021.

45. Abbaspour Z, Rostami M, Najjar S. The Effect of Exercise on Primary Dysmenorrhea. Journal of Research in Health Sciences. 2006;6(1):26-31.

46. Yang N-Y, Kim S-D. Effects of a Yoga Program on Menstrual Cramps and Menstrual Distress in Undergraduate Students with Primary Dysmenorrhea: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 17 juin 2016;22(9):732-8.

47. Rakhshaee Z. Effect of Three Yoga Poses (Cobra, Cat and Fish Poses) in Women with Primary Dysmenorrhea: A Randomized Clinical Trial. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 1 août 2011;24(4):192-6.

48. McGovern CE, Cheung C. Yoga and Quality of Life in Women with Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review. Journal of Midwifery & Women's Health. 2018;63(4):470-82.

49. Shirvani MA, Motahari-Tabari N, Alipour A. The effect of mefenamic acid and ginger on pain relief in primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial. Arch Gynecol Obstet. 1 juin 2015;291(6):1277-81.

50. Daily JW, Zhang X, Kim DS, Park S. Efficacy of Ginger for Alleviating the Symptoms of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. Pain Medicine. 1 déc 2015;16(12):2243-55.

51. Bricaire L, Laroche E, Christin-Maitre S. Ménométrorragies, dysménorrhées de l'adolescente. Archives de Pédiatrie. août 2013;20(8):910-4.

52. Santé publique France. Santé sexuelle : Données. [En ligne]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs. Consulté le 6 mars 2021.

53. Santé Publique France. Baromètre santé 2016 Contraception [En ligne]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent Consulté le 6 mars 2021.

54. Amat L, Bulach A, Leclercq M, Mesrine S, Scheffler F, Sperandeo D, et al. Bénéfices non contraceptifs des contraceptions. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 déc 2018;46(12):883-8.

55. Vignaud C. Évaluation de la satisfaction lors de la première consultation en gynécologie, chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans en France. :81.

56. HAS : Haute autorité de santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [En ligne] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes. Consulté le 8 mars 2021.

57. Luis É, Lamboy B. Les compétences psychosociales: définition et état des connaissances. Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. 2015;11.

58. Disponible sur: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260840_fre UNESCO Bibliothèque Numérique. Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle: une approche factuelle, aperçu. [En ligne]. Disponible sur: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260840_fre. Consulté le 9 mars 2021.

59. PLFSS 2021 : les mesures proposées par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [En ligne]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/plfss-2021-les-mesures-proposees-par-le-conseil-national-de-lordre-des-sages-femmes/ Consulté le 12 mars 2021.

ANNEXES

Annexe I : Auto-questionnaire sur les dysménorrhées primaires

1. Quel âge avez-vous ? ……

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

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

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

☐ Oui ☐ Non

(Si non, passer à la question 15 directement)

5. Vos règles sont-elles régulières ? ☐ Oui ☐ Non

6. Vos règles durent en moyenne : ……

7. Les règles peuvent être douloureuses dans le bas ventre ou le bas du dos.

Est-ce votre cas ? ☐ Oui ☐ Non

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 : pas de douleur										*10 : la pire douleur imaginable*

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

Cochez-la ou les réponses correspondantes.

☐ Fatigue ☐ Anxiété

☐ Maux de tête ☐ Pleurs

☐Nausées/vomissements ☐ Énervement/colère

☐ Diarrhées ☐ Autres

Si autres, expliquez : …….

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

Si oui (plusieurs réponses possibles)

☐ Paracétamol (doliprane, Dafalgan, Efferalgan…)

☐ Antispasmodique (spasfon, spasfon-lyoc…)

☐ Anti-inflammatoire (ibuprofène, advil, antadys, aspirine, aspegic…)

☐ Bouillotte

☐ Autres

Si autres, lequel ou lesquels utilisez-vous ? : ……

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

☐ Oui ☐ Non

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

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

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

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

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

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

☐ Oui ☐ Non

15. Utilisez-vous un moyen contraceptif ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel est votre moyen contraceptif actuel:

Préservatif (masculin ou féminin) *?* ☐ Oui ☐ Non

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

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

Si autre, lequel? : ……

Annexe II : Affiche de prévention sur les dysménorrhées primaires

Et ce n'est pas fini !

Si tu n'es toujours pas soulagée, tu peux frapper à une autre porte : la **contraception.** Certaines méthodes contraceptives sont efficaces contre les dysménorrhées : la **pilule œstroprogestative** (1ère intention), le stérilet hormonal et l'implant. Si tu n'as pas de contre-indication, une sage-femme ou un médecin pourra t'en prescrire une.

choisirsacontraception.fr

Petit mot sur l'endométriose

L'endométriose et ses autres camarades (l'adénomyose, le fibrome...) sont des pathologies à l'origine des **dysménorrhées secondaires.** Elles apparaissent plus tard, vers l'âge adulte, et la douleur engendrée à tendance à augmenter au fil des années.

En cas de doute, tu peux prendre rendez-vous avec un professionnel de santé qui pourra te prescrire des examens complémentaires à la recherche d'une de ses causes. Mais **NO PANIC**, elles sont **beaucoup plus rares**.

Vers qui se tourner ?

Quoi qu'il en soit, si tu as besoin d'informations, de conseils, d'être écoutée... tu peux te tourner vers :

- L'infirmière scolaire
- Un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue
- Le centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) le plus proche de chez toi

Le site *filsantejeunes.com* dispose d'un numéro gratuit et anonyme pour les 12-25 ans, ouvert de 9h à 23h : **0 800 235 236**

N'hésite pas à aller voir le site *Onsexprime.fr* et "Le Petit Manuel Sex Education", disponible sur internet qui aborde beaucoup de thèmes autour de la puberté et la sexualité.

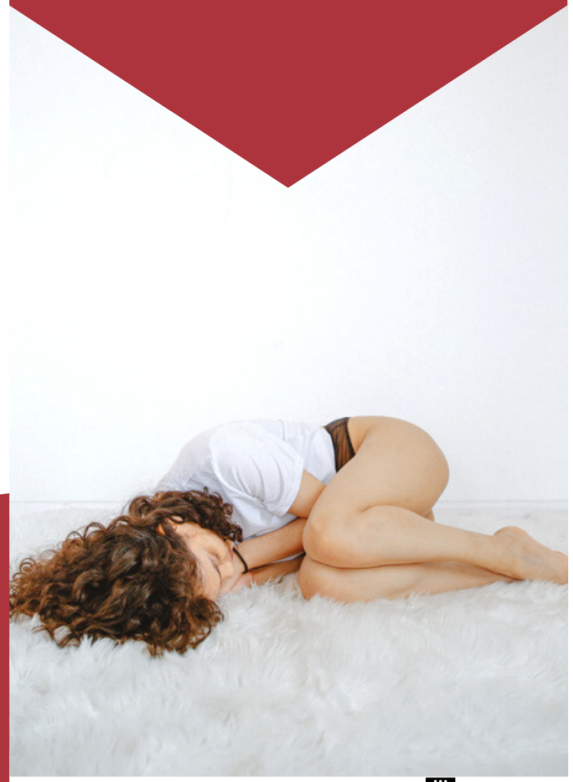
Autres lieux de ressources du Finistère :

- Maisons des adolescents : Brest, Quimper
- Centre d'Exploration et de Traitement de l'Endométriose du CHRU Morvan à Brest

Pour résumer

Les douleurs de règles sont très fréquentes chez l'adolescente, saches que tu n'es pas la seule. C'est un phénomène naturel très particulier auquel la jeune fille doit faire face dans sa vie et personne ne le vit de la même façon. L'objectif est de bien comprendre le mécanisme de ces douleurs pour améliorer sa capacité à les gérer.

Je dis STOP aux règles douloureuses !



Réalisé par Estelle Izidore
Co-financé par le Conseil départemental
ECOLE DE SAGES-FEMMES

La dysménorrhée, c'est quoi ?

C'est le terme médical employé pour parler des douleurs de règles, celles que tu peux ressentir dans le **bas ventre ou dans le dos, avant et/ou pendant tes règles.**

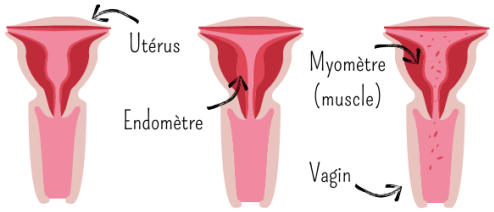
Il en existe 2 types :
- La dysménorrhée primaire
- La dysménorrhée secondaire

Parlons de la primaire car c'est **la plus fréquente et elle est souvent sans gravité.** Elle apparait chez l'adolescente, dans les mois qui suivent les premières règles, et s'atténue dans le temps.

Elle se manifeste par une simple gêne chez certaines filles, alors que d'autres seront clouées au lit ... Mais pourquoi ?

Petit rappel sur les règles

Tous les mois, **l'endomètre** (tissu qui tapisse l'intérieur de l'utérus) s'épaissit et se prépare à accueillir une grossesse. S'il n'y en a pas, le tissu se détruit et s'évacue grâce aux contractions du muscle, ce qui donne... les règles !



Ton corps va sécréter des hormones, appelées **prostaglandines.** Ce sont elles qui vont permettre à ton utérus de se contracter pour évacuer les règles. Si cette sécrétion est excessive, ton utérus va augmenter sa force de contracetion donc tu auras beaucoup plus mal.

50 à 70 %
des adolescentes ont mal pendant leurs règles et c'est la première cause d'absentéisme scolaire (1)

Et ce n'est pas tout...

Les règles ça peut aussi être (2) :

Nausées · Diarrhées · Anxiété · Prise de poids · Maux de tête · Seins sensibles · Dépression · Emotivité · Agressivité · Boutons · Malaises · Fatigue

Les prostaglandines peuvent être à l'origine de désordres physiques et jouer sur l'humeur. Ces symptômes, propres à chacune, sont regroupés sous le terme de **syndrome prémenstruel**. Ils se ressentent avant ou pendant les règles.

1. Douleurs lors des règles. Ameli.fr
2. Guidelines for Women's Health Care: A Resource Manual. American College of Obstetricians and Gynecologists

Comment faire pour être soulagée ?

Tu peux essayer des méthodes non médicamenteuses qui ont prouvé leur efficacité comme la **bouillotte,** le **yoga** (cobra, chat, cow, poisson), des compléments alimentaires à base de **gingembre.** Il est aussi conseillé d'avoir une activité physique régulière et d'arrêter de fumer..

En cas de douleurs plus intenses, les **anti-inflammatoires non stéroïdiens** (ibuprofène par exemple) seront tes alliés. Et bien oui ! Quand ils sont **bien pris,** ces médicaments sont les plus efficaces contre les dysménorrhées primaires car ils vont diminuer la sécrétion de ces fameuses prostaglandines.

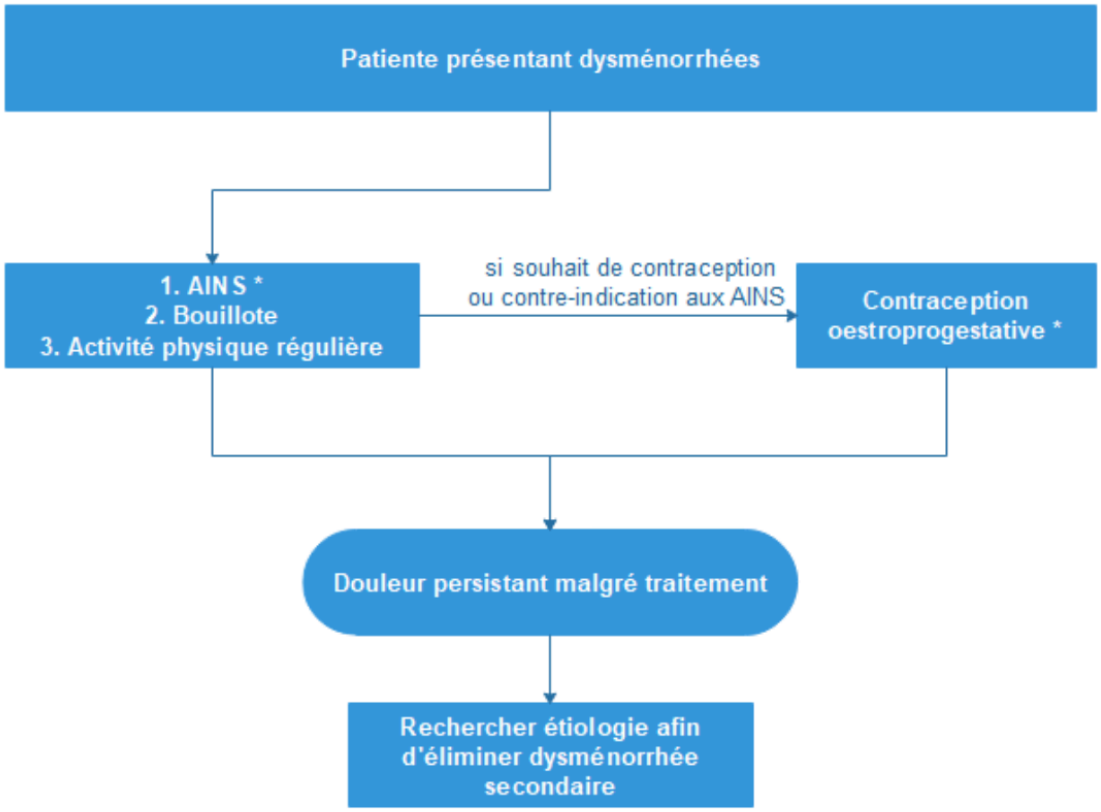
Pour une efficacité au top du top :

1. Prends-les avant d'avoir mal
2. Pour une durée de 2 à 3 jours
3. En respectant les doses

Mais prudence ! Ces médicaments présentent des contre-indications donc renseigne-toi auprès de ton pharmacien avant d'en prendre.

Annexe IV : Prise en charge des dysménorrhées

D'après les Recommandations pour la Pratique Clinique canadienne de 2017 (17)



*en l'absence de contre-indications

RESUME

Objectif. Évaluer la prévalence de l'absentéisme scolaire chez les lycéennes du Finistère ayant des dysménorrhées primaires. Identifier les autres impacts sur leur qualité de vie ainsi que les moyens thérapeutiques employés par ces jeunes filles.

Matériels et méthode. Étude observationnelle transversale auprès de 247 lycéennes, âgées de 14 à 19 ans, réglées et scolarisées dans les lycées publics du Finistère du 1er septembre 2019 au 14 janvier 2020. Étude portant sur les adolescentes ayant des dysménorrhées primaires (douleur cotée supérieure ou égale à 4/10), après exclusion du groupe « dysménorrhée secondaire ». Les données ont été collectées à partir de questionnaires.

Résultats. 32,2 % des lycéennes avec dysménorrhées primaires ont été absentes du lycée sur les 12 derniers mois (21,7 % entre 1 et 3 jours et 8,4 % au moins 4 jours). 74 % ont vu leurs activités quotidiennes impactées : la concentration/participation en classe à 65,3 %, les activités sportives à 57,7 %, les relations familiales et sociales à 52,4 %, le temps consacré aux devoirs à 49,6 %, les loisirs et passe-temps à 48,3 % et les notes aux examens à 37,4 %. Un impact fort est plus fréquemment signalé sur les performances scolaires. Ces dernières ainsi que les activités sportives semblent plus impactées en cas de dysménorrhée sévère. 4 adolescentes sur 5 utilisent un ou plusieurs traitements : le paracétamol à 62,7 %, les antispasmodiques à 49,2 %, la bouillote à 45,8 % et les AINS à 27,1 %.

Conclusion. Favoriser les compétences psychosociales des adolescentes leur permettrait de mieux traiter et percevoir les dysménorrhées de manière à réduire leurs impacts sur leur vie scolaire. Une plaquette d'information portant sur les dysménorrhées, mentionnant un réseau de professionnels pluridisciplinaires clairement identifié, constitue une ressource nécessaire et primordiale.

Mots-clés : Dysménorrhées primaires – Lycéennes – Absentéisme scolaire – Impacts

Titre : Dysménorrhées primaires et absentéisme scolaire chez les lycéennes du Finistère : étude observationnelle transversale menée auprès de 247 lycéennes du Finistère du 1er septembre 2019 au 14 janvier 2020.

Auteur : Estelle Izidore

Diplôme d'État de sage-femme, Brest, 2021