

2024-2025

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

# Elaboration d'un protocole de prise en charge des dysménorrhées en soins primaires : Méthode de Groupe Nominal

**DEMARQUETTE Julie**

Née le 21 Mars 1998 à Cambrai (59)

Sous la direction de la Docteur Mme JOUFFRAY Clémentine

Sous la codirection de la Docteur Mme DESCOLAS Astrid

### Membres du jury

Madame la Professeure TESSIER CAZENEUVE Christine | Présidente

Madame la Docteur JOUFFRAY Clémentine | Directrice

Madame la Docteur DESCOLAS Astrid | Codirectrice

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Membre

Madame la Docteur GHALI Maria | Membre

Madame la Docteur CILLARD Léa | Membre

Soutenue publiquement le :  
27 Novembre 2025



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS



# ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Madame DEMARQUETTE Julie  
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **23/10/2025**

## Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussignée DEMARQUETTE Julie  
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA  
générative pour la rédaction des rapports, thèses d'exercice et mémoires d'étude.  
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées  
dans la charte.

signé par l'étudiante, à Angers, le **23/10/2025**



SERMENT D'HIPPOCRATE
----------------------

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS**  
(Mise à jour 06/10/2025)

---

**Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER**  
**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE**  
**Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine

KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOUREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine

VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENALLEGUE Nail	PEDIATRIE	Médecine
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRILLAND Benoît	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CORVAISIER Mathieu	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
FADEL Marc	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HERSANT Jeanne	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUSTEAU Grégoire	PNEUMOLOGIE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LE ROUX Gaël	TOXICOLOGIE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PEUROIS Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
SUTEAU Valentine	ENDOCRINOLOGIE ; DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

### AUTRES ENSEIGNANTS

<b>ATER</b>		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
<b>ECER</b>		
HASAN Mahmoud	GALENIQUE	Pharmacie
<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	Santé
<b>PAST-MAST</b>		
AUBRUCHET Hélène	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
LE FLOCH Maxime	GERIATRIE	Médecine
MARSAN-POIROUX Sylvie	COMMUNICATION	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PEREZ-GRANDIERE Lucia	MALADIES INFECTIEUSES	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
TORREGGIANI Massimo	NEPHROLOGIE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
<b>AHU</b>		
ROBIN Julien	DISPOSITIFS MEDICAUX	Pharmacie

**Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE**



# REMERCIEMENTS

À **Madame la Professeure Christine TESSIER CAZENEUVE**, merci de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse, et pour l'intérêt porté à ce travail.

À **Monsieur le Professeur Laurent CONNAN**, merci d'être présent ce jour, en espérant ne pas trop perturber vos activités de pêcheur passionné et de jeune retraité ! Merci également pour votre accompagnement durant mon internat et votre soutien fidèle lors de nos actions menées avec l'IMGA.

À **Clémentine**, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et, surtout, de m'avoir fait confiance et permis de concrétiser ce projet qui me tenait à cœur depuis longtemps. Tu as nourri ma passion pour la gynécologie et, plus particulièrement pour la santé et le bien-être des femmes, m'ouvrant de nouvelles perspectives. Cette belle aventure ne fait que commencer !

À **Astrid**, merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse et d'avoir parfaitement complété ce trio de travail. Ta disponibilité, ton écoute et ta bienveillance ont été des appuis constants. Merci pour tes conseils toujours justes et ton implication sans faille.

À **Léa**, merci d'avoir été le trait d'union qui m'a permis de rencontrer Clémentine ; sans toi, ce projet n'aurait sans doute jamais vu le jour. Merci également pour ces trois mois passés à Cholet, riches en enseignements et marqués par ton enthousiasme contagieux. J'en profite pour remercier tout le service de gynécologie : j'ai hâte de vous recroiser lors de mes futurs passages !

Au **Dr Maria GHALI**, merci pour l'intérêt porté à ce travail et pour votre présence au sein de ce jury.

Aux **médecins généralistes, gynécologues médicaux et sages-femmes** ayant participé à cette étude, merci pour votre temps, vos retours et votre soutien dans la réalisation de ce projet. Sans vous, cette thèse n'aurait jamais pu aboutir.

À **Julie et Aurélie**, merci de m'avoir accueillie dans mes débuts en libéral avec tant de bienveillance et d'enthousiasme. Merci pour vos conseils, votre bonne humeur et l'accueil si chaleureux dans votre maison médicale... même si, je l'avoue, la ville d'Angers a fini par conquérir mon cœur !

À **Béatrice et Nathalie**, merci de m'avoir confortée dans mon choix du libéral et de m'avoir transmis toutes les clés nécessaires pour démarrer sereinement dans le Maine-et-Loire. Un grand merci également à tout le cabinet de Mazé, pour votre confiance et votre gentillesse. J'ai hâte d'y effectuer mes premiers remplacements !

À **l'unité 42 de la Médecine Polyvalente du Mans et plus particulièrement à Catherine, Benoît, Karine, Angélique, Elise, Lise, Louise, Myrtille, Stéphanie, Angèle, Abir, Sandra**, merci pour ces neuf mois partagés avec vous, pour votre bonne humeur et pour avoir rendu le quotidien hospitalier si agréable. Merci pour ces fous rires et ces soirées mémorables. Au plaisir de vous revoir très vite !

À **tous les autres médecins** qui m'ont formée et qui continueront de le faire, merci pour votre transmission et votre bienveillance.

Enfin aux **patients**, qui sont et resteront la raison première de mon engagement en médecine : merci pour votre confiance, vos mots, vos sourires et pour donner chaque jour tout son sens à ce métier !

# REMERCIEMENTS

À **mes grands-parents**, à qui je dédie cette thèse, en espérant vous rendre fiers une nouvelle fois.

À **Mamie**, merci pour ton soutien indéfectible et pour tous ces cierges que tu as fait brûler à chaque examen et à chaque étape de ma vie ! Merci pour ton partage, pour tous ces plats préparés avec amour, pour toutes ces chants paillards familiaux que tu sais si bien interpréter !

À **Papi**, merci d'être l'exemple même de force et de courage, dont tu fais preuve particulièrement ces derniers temps. Merci de me transmettre ton fameux « don énergétique », qui fait tant rire la famille, mais dont on aime croire qu'il nous protège !

Vous êtes pour moi le modèle parfait d'un amour pur et sincère, et d'un vieillissement rempli de tendresse qui me fait rêver.

À **Mamé et Papé**, je suis soulagée de vous savoir désormais réunis, en paix. Merci pour tous ces moments familiaux passés à Noirmoutier, Nantes ou Brem, et pour les traditions familiales que vous avez su faire perdurer : Noël avec une seule chaussure au pied, la charlotte aux fruits rouges et le fameux riz indéterminé de Mamé.

À **mes parents**, merci pour l'éducation que vous m'avez donnée et dont je suis si fière, merci pour votre soutien à toute épreuve et votre disponibilité constante. Merci de faire vivre cette famille toujours unie dans l'amour et la bienveillance.

Merci **Maman**, pour ta volonté de toujours bien faire, ton écoute attentive et tes plats réconfortants, et, très rarement, comme tu le dit si bien, « mangeables » !

Merci **Papa**, pour ton éclairage toujours avisé, ton exemple de persévérance au travail, sans toi, les études de vétérinaire auraient sûrement eu raison de moi. Merci également pour ton approvisionnement constant en « dopants »... à base de phytothérapie, je vous rassure !

À **mes frères et sœurs**,

À **Paul**, roc de notre famille, merci d'avoir été là, même quand tu prétendais le contraire. J'ai toujours senti ta présence rassurante, celle d'un pilier sur lequel on peut s'appuyer sans jamais craindre qu'il flanche.

À **Achille**, adepte du « qui aime bien châtie bien », merci de m'avoir soutenue dès le début de mes études en médecine. Je me souviens encore de notre discussion autour de ce fameux concours de PACES qui a lancé ma « remontada ». Je suis ravie de vous voir évoluer tous les deux avec Léa, et de vous savoir si proches sur Angers. Merci également **Léa**, pour ton soutien à chaque étape, comme une grande sœur, et pour le partage de tes connaissances sur le libéral et le salariat.

À **Louise**, toujours ma petite sœur à mes yeux, merci pour ton écoute et ton soutien tout au long de ces années. Merci pour cette relation unique que nous avons construite et qui me fait voyager. Merci **Nathan**, d'être ce puits de culture d'humour et de gourmandises qui rend ma sœur si heureuse au quotidien !

À **toute la famille GUILLAIS**, merci de m'avoir montré que, quelles que soient les épreuves, l'union et le soutien familial sont un véritable trésor. Comme de vrais pirates, ce trésor se célèbre au bord de la plage, toujours avec le breuvage de Papé à portée de main.

À **toute la famille DEMARQUETTE**, qui, de génération en génération, continue de s'agrandir et de se renforcer. Merci pour votre fidélité, votre soutien, mais aussi pour cette légèreté, cette capacité à taquiner avec tendresse et à célébrer la vie ensemble. J'espère que vous êtes fiers de votre « Chuuuuulie » !

## À mes amis d'enfance,

- À **Lucie**, ma meilleure amie depuis de nombreuses années, nous avons su faire perdurer ce magnifique duo de Chantal et Samantha, créé au collège ! Merci d'être toi, celle qui me comprend en un regard. Merci pour tous ces instants partagés et ces voyages vécus. Je suis fier de la personne que tu es devenue, et j'espère que tu l'es de moi. Merci à **Théo**, d'être le pilier de ton quotidien et de te donner tout l'amour que tu mérites.

- À **Mahée**, mon amie d'enfance, je suis si contente de te compter toujours parmi mes amis, car l'époque de la récréation est bien loin ! Au fil des années, notre relation a évolué et se décrit maintenant comme « loin des yeux près du cœur » mais notre rendez-vous annuel ne manque presque jamais.

## À mes amis du Nord,

- Aux **zoulettes, Marie et Agathe**, à ce trio inséparable mêlant fous rires, confidences et quelques cœur chavirés... **Elie et William** peuvent en témoigner !

- À **la Ch'ti team, Quentin, Amaury, Valentine, Vinciane, Blanche, Valentin et Louis**, les seuls capables de transformer un simple mot en légende... pour comprendre l'histoire de la chèvre, il va falloir vous supporter encore longtemps !

- Aux **méduses, Sarah, Alice, Amélie, Florine, Marie, Estelle**, à ce groupe capable d'enflammer n'importe quel dancefloor, merci pour tous ces instants mémorables partagés et votre énergie communicative à chaque retrouvaille.

## À mes nouveaux amis d'Angers,

- À **Amélie**, à cette rencontre mancelle probablement trop arrosée (puisque je m'en souviens plus)... mais qui a super bien matché ! Merci pour tous ces fous rires, virées en van, soirées mémorables. Tu incarnes la spontanéité et la bonne humeur, deux qualités qui te définissent si bien. Nos histoires sont désormais liées à tout jamais, pour le meilleur et pour le punch planteur ! Et si tu pensais te débarrasser de moi en partant en Guadeloupe... c'est raté : les billets sont déjà pris ! (enfin... à quelques détails près !!)

- À **Mathilde**, à la femme indépendante, travailleuse et volontaire que tu es. Merci pour ces années de colocation où nos discussions philosophiques sur la vie pouvaient durer des heures... entre deux gourmandises et escapades dans les restaurants angevins. Merci aussi pour tous ces voyages et moments improbables qui resteront gravés !

- À **Louise**, mon acolyte de randonnée, contre vent et marée, on en aura parcouru des kilomètres ensemble ! Je suis fier d'avoir croisé la route de la femme pétillante et créative que tu es. Et puisqu'on n'a pas encore fini le GR 34, je crois que notre amitié est partie pour durer encore longtemps... kilomètres compris !

- Au **groupe des filles, Agathe, Audrey, Margaux, Caroline, Louise et Mathilde**, merci pour tous ces instants partagés, toujours empreints de tendresse. Avec l'arrivée prochaine du futur heureux élu d'Agathe, nul doute que nos retrouvailles seront encore plus animées ! Quant à notre trio d'anniversaire avec Audrey et Louise... la semaine de nos 30 ans s'annonce mémorable (et sûrement un peu mouvementée) !

- À **Solène, Claire, Aymeric**, la fine équipe des quatre mousquetaires avec Amélie ! J'ai peut-être un peu squatté la coloc sans invitation officielle, mais vous m'avez toujours fait sentir à la maison. Vous comptez tous les quatre énormément à mes yeux !

- À **la team du Mans**, qui ne cesse de grandir depuis notre arrivée à Angers, merci pour tous ces week-ends et ces soirées mémorables... avec notre maître du jeu, Elie !

- À **tous mes amis de l'internat et à ceux que je n'ai pas cités** (malgré ces trois pages de remerciements !), merci pour votre amitié, vos rires et votre soutien. Vous avez rendu ces années plus légères et inoubliables, et je suis vraiment heureuse d'avoir partagé ce chemin avec vous.

## Liste des abréviations

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGE	Comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DCI	Dénomination Commune Internationale
ESHRE	Dispositif Intra-Utérine
DU	Diplôme Universitaire
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology (Société Européenne de Reproduction Humaine et d'Embryologie)
EVA	Echelle Visuelle Analogique
GN	Groupe Nominal
GnRH	Gonadotrophines (Gonadotropin Releasing Hormone)
HAS	Haute Autorité de Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LHRH	Luteinizing Hormone Releasing Hormone (Hormone de Libération de la Lutéinostimuline)
MSU SAFE	Maitre de Stage Universitaire Stage Ambulatoire Mère Enfant
PMA	Procréation Médicalement Assistée
QR code	Quick Response Code
Q1	Premier Quartile
Q3	Troisième Quartile
SOPK	Syndrome des Ovaires PolyKystiques
TENS	NeuroStimulation Electrique Transcutanée
TV	Toucher Vaginal

# **Plan**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

## **INTRODUCTION**

## **MÉTHODES**

1. Choix et description de la méthode
2. Elaboration du protocole de soins
3. Recrutement des experts
4. Aspects réglementaires

## **RÉSULTATS**

1. Caractéristiques des participants
2. Déroulement du Groupe Nominal
3. Synthèse des propositions validées
4. Proposition d'une nouvelle version du protocole de soins

## **DISCUSSION**

1. Principaux résultats
2. Forces et limites de l'étude
3. Comparaison aux protocoles déjà existants HAS, ESHRE et VIDAL
4. Perspectives, valorisation, diffusion du protocole

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : Détails de la méthode théorique du Groupe Nominal**

**Annexe 2 : Guide d'entretien de la séance de Groupe Nominal**

**Annexe 3 : Première ébauche du protocole de prise en charge des dysménorrhées en soins primaires**

**Annexe 4 : Feuille de route de la séance de Groupe Nominal**

**Annexe 5 : Questionnaire sur les caractéristiques socio-professionnelles des participants**

**Annexe 6 : Echelle de Likert**

**Annexe 7 : Propositions conservées d'amélioration du protocole de soins faites durant la séance de Groupe Nominal (médiane [Q1 ;Q3])**

# **TITRE : ELABORATION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES DYSMENORRHEES EN SOINS PRIMAIRES : METHODE DE GROUPE NOMINAL**

**Auteurs : DEMARQUETTE Julie<sup>1</sup>, DESCOLAS Astrid<sup>2-3</sup>, JOUFFRAY  
Clémentine<sup>4-7</sup>**

Affiliations :

- 1- Université d'Angers, 28 Rue Roger-Amsler, Angers Cedex 01, F-49045, France;
- 2- Médecin Généraliste, Juigné sur Loire, F-49610, France ;
- 3- Département de Médecine Générale, Université d'Angers, 28 Rue Roger-Amsler, Angers Cedex 01, F-49045, France ;
- 4- Centre Hospitalier Universitaire d'Angers (CHU), Service de Gynécologie-Obstétrique, 4 Rue Larrey, Angers, F-49100, France ;
- 5- Centre Hospitalier du Haut Anjou, Service de Gynécologie-Obstétrique, 1 quai du Docteur Georges Lefèvre, Château Gontier, F-53200, France ;
- 6- CHU d'Angers, Centre de prise en charge de l'endométriose complexe EndoRef Pays de la Loire CHU d'Angers, 4 Rue Larrey, Angers, F-49100, France ;
- 7- Association EndoRef Pays de la Loire, 11 Boulevard René Lévesque, la Roche-Sur-Yon, F-85016, France.

# INTRODUCTION

Les dysménorrhées constituent l'une des affections gynécologiques les plus fréquentes chez les femmes en âge de procréer (1). En France, les dysménorrhées concerneraient près de 7 millions de femmes âgées de 20 à 54 ans et de 50 à 90% des adolescentes (2,3). Elles constituent jusqu'à 90% des motifs de consultation gynécologique en soins primaires (4). Dans un tiers à la moitié des cas, les femmes rapportent des douleurs d'intensité modérée à sévère (5). Ces symptômes s'accompagnent fréquemment d'une altération de la qualité de vie avec des répercussions personnelles, sociales, sexuelles, professionnelles et scolaires. Elles constitueraient la principale cause d'absentéisme récurrent chez les jeunes femmes, contribuant à un coût socio-économique particulièrement élevé estimé entre plusieurs milliers à plusieurs dizaines de milliers d'euros par patiente et par an (6,7)(8,9). Ce coût inclut à la fois les dépenses médicales (consultations, traitements, hospitalisations, chirurgie, infertilité) et les pertes de productivité liées aux arrêts de travail, absences scolaires ou recours à une aide domestique (8,9).

Les dysménorrhées se traduisent par des crampes et douleurs sus-pubiennes récurrentes à chaque cycle, irradiant vers les fosses iliaques, le bas du dos ou les cuisses, associées à des symptômes digestifs (diarrhée, nausées, vomissements), de la fatigue et des céphalées (10). On distingue les formes primaires, sans cause identifiée, et les formes secondaires, liées à une pathologie sous-jacente, principalement l'endométriose (11). D'autres causes possibles incluent les myomes, malformations génitales, infections génitales ou syndrome de congestion pelvienne.

Plusieurs facteurs de risque non spécifiques ont été identifiés : tabagisme, ménarche précoce, cycles abondants ou prolongés, indice de masse corporelle élevé, consommation d'alcool, nulliparité et antécédents familiaux de dysménorrhée (12,13).

Sur le plan physiopathologique, la douleur résulte d'une libération excessive de prostaglandines lors de la desquamation endométriale, entraînant une hypercontractilité du myomètre et une ischémie utérine, corrélée à l'intensité des symptômes (14–16). D'autres mécanismes, encore débattus, ont été proposés. Ils incluent les variations de vasopressine, certaines altérations génétiques et inflammatoires, ainsi qu'une sensibilité accrue à la douleur (17,18). Une stimulation nociceptive répétée pourrait induire des modifications structurelles et

fonctionnelles du système nerveux central. Ces altérations, susceptibles de persister au-delà des menstruations, contribueraient au développement d'un syndrome de sensibilisation pelvienne (19,20).

Malgré leur fréquence et leur retentissement, beaucoup de femmes ne recherchent pas de traitement ni de prise en charge, considérant ces douleurs comme inévitables car liées au cycle menstruel (5,7,21). La multiplication des études, la médiatisation et le développement d'associations telles qu'EndoFrance ou des centres de prise en charge spécialisés comme EndoRef dans notre région, ont contribué à une meilleure reconnaissance de ces troubles et à la lutte contre leur banalisation.

Cependant malgré cette prise de conscience, les dysménorrhées restent insuffisamment diagnostiquées et prises en charge (22). Selon des études récentes menées en France, seuls 25% des médecins généralistes estiment avoir été suffisamment formés sur ce sujet, dont 60% après une formation complémentaire en gynécologie (23). Les dernières recommandations nationales datent de 2005 pour les dysménorrhées (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, CNGOF) et 2017 pour l'endométriose (Haute Autorité de Santé, HAS, et CNGOF) (24,25). A l'échelle européenne, la Société Européenne de Reproduction Humaine Et d'Embryologie (ESHRE) a publié des recommandations actualisées sur l'endométriose en 2022 (25). Ce n'est qu'à partir de septembre 2020 que ces thématiques, les dysménorrhées et l'endométriose, ont été intégrées à l'examen national classant des internes (26).

L'objectif principal de l'étude était d'élaborer un protocole de prise en charge des dysménorrhées en soins primaires à partir des dernières recommandations scientifiques et d'un consensus d'experts.

Les objectifs secondaires étaient d'optimiser l'ergonomie du protocole ainsi que la clarté et la pertinence des informations afin d'en faciliter l'utilisation par les praticiens de premier recours.



# MÉTHODES

## 1. Choix et description de la méthode

Le Groupe Nominal (GN) est une méthode d'étude qualitative utilisée pour établir un consensus d'experts. Elle consiste à rassembler, en une seule séance, des experts ou professionnels directement concernés par la question de recherche. L'organisation de la séance suit une méthodologie prédéfinie, visant à dégager un consensus tout en garantissant la rigueur, l'équité, la transparence dans le recueil et l'évaluation des idées, et en minimisant les biais potentiels (27,28).

Dans cette étude, le GN a été privilégié afin de limiter la perte de participants et favoriser l'utilisation de l'intelligence collective ainsi que les échanges interprofessionnels. Le panel des participants experts dans un GN est idéalement de 5 à 10 personnes. La méthodologie comprend la présentation de la problématique, une réflexion individuelle, un partage collectif des propositions, leur clarification, puis une évaluation anonyme selon une échelle de Likert (note entre 0 « Pas du tout d'accord » et 9 « Parfaitement d'accord »). Les étapes de restitution et de seconde notation sont facultatives, elles ne seront pas réalisées lors de la séance (Annexe 1).

Dans le cadre de cette étude, la problématique soumise aux participants était la suivante : « Quelles données ou suggestions d'amélioration proposez-vous pour ce protocole de soins primaires des dysménorrhées ? ». Des questions complémentaires de relance étaient prévues afin de permettre aux participants de formuler leurs avis sur les différentes sections du protocole, ainsi que sur sa présentation et sa lisibilité globale (Annexe 2).

Pour l'analyse des résultats, la procédure a été définie ainsi :

- Si une proposition ne recevait qu'une seule note ou aucune note, inférieure ou égale à 6, elle était considérée comme ayant atteint le consensus et venait modifier le protocole de soins.
- Si une proposition présentait au moins 2 notes de 5 ou moins, le consensus était jugé incertain. Dans ce cas, son acceptation dépendait de la note médiane, du contenu des discussions durant la séance et de la relecture finale par la chercheuse et sa direction de thèse.

- Si toutes les notes attribuées à une proposition étaient strictement inférieures à 6, celle-ci était rejetée.

## **2. Elaboration du protocole de soins**

Le protocole de soins présenté lors de la séance de GN avait pour objectif de proposer un outil pratique d'aide à la prise en charge des dysménorrhées, destiné à l'ensemble des professionnels de soins primaires et applicable à toutes les patientes, de l'adolescence à la ménopause. Elaboré par l'équipe de recherche à partir des recommandations scientifiques nationales et européennes récentes, et tenant compte des besoins spécifiques du contexte local, il résulte d'une collaboration pluridisciplinaire entre médecine générale et gynécologie, rendue possible par la composition de la direction de thèse. La conception a été réalisée à l'aide du logiciel LucidChart, il est présenté sous format PDF A4 recto-verso, coloré mais compatible avec une impression en noir et blanc (Annexe 3).

## **3. Recrutement des experts et déroulement de la séance**

Des médecins généralistes, des sages-femmes et des gynécologues médicaux ont été sollicités pour composer le panel d'expert. La répartition envisagée était la suivante :

- 5 médecins généralistes, dont au moins 3 déclarant une activité significative en gynécologie (maître de stage universitaire stage ambulatoire mère enfant, MSU SAFE),
- 2 médecins généralistes sans affinité particulière pour la gynécologie (experts en soins primaires),
- 2-3 sages-femmes libérales,
- 2-3 gynécologues libéraux.

Ces professionnels étaient directement impliqués dans la prise en charge des dysménorrhées en soins primaires. Une première invitation leur a été envoyée par courrier électronique, présentant le projet de manière générale. En cas de réponse favorable, un second courriel a été adressé afin de détailler la méthodologie et l'organisation de la séance.

Deux semaines avant la séance de GN, les participants ont reçu la première version du protocole de soins des dysménorrhées par courrier électronique, afin de permettre une première lecture et une réflexion préalable, optimisant ainsi le temps de travail collectif lors de la séance.

Le groupe réunissait 10 professionnels : 6 médecins généralistes dont 3 déclarant une activité significative en gynécologie, 1 gynécologue médical et 3 sages-femmes. La salle était disposée en U pour favoriser les échanges. Au centre se trouvaient la chercheuse, animatrice principale, et la directrice de thèse, chargée d'apporter un éclairage gynécologique. La co-directrice de thèse assurait la supervision globale, veillait à l'équité du temps de parole et consignait les propositions, projetées en temps réel pour l'ensemble des participants.

Chaque participant disposait d'un exemplaire imprimé du protocole de soins, d'une feuille de QR codes (questionnaires, notation) et de brouillons pour la prise de notes (Annexe 4). Avant le début de la séance, un questionnaire en ligne, accessible via un QR code, recueillait anonymement les données personnelles et professionnelles (9 questions), 1 question d'épidémiologie à visée de sensibilisation, et, pour les médecins généralistes, 5 questions supplémentaires sur leurs pratiques gynécologiques (Annexe 5).

Après les étapes de réflexion et de discussion (étapes 1 à 4, Annexe 1), les participants ont évalué les propositions à l'aide de l'échelle de Likert (Annexe 6). L'évaluation, effectuée en ligne, durait environ 15 minutes pour une cinquantaine de propositions.

## **4. Aspects réglementaires**

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). La séance de GN a été enregistrée en audio avec le consentement écrit des participants (Annexe 5). Les données socio-démographiques recueillies ont été strictement anonymisées.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques des participants

Sur les 20 praticiens sollicités, 10 ont participé à l'étude : 6 médecins généralistes, 1 gynécologue médical exerçant en libéral et 3 sages-femmes exerçant en libéral. La majorité était composée de femmes (90%), âgées de 35 à 45 ans (60%), exerçant principalement en libéral (80%) et installées depuis moins de 5 ans (80%) (Tableau I).

**Tableau I : Caractéristiques personnelles et professionnelles des participants**

*Les données sont présentées en nombre N avec le pourcentage (%)*

Profession	N(%)	Zone d'installation	N(%)
Gynécologue médical	1(10)	Urbaine	5(50)
Médecin généraliste	6(60)	Semi-urbaine	2(20)
Sage-femme	3(30)	Rurale	3(30)
Sexe	N(%)	Statut de travail	N(%)
Homme	1(10)	Libéral	8(80)
Femme	9(90)	Salarié	2(20)
Structure d'exercice	N(%)	Temps d'installation	N(%)
Cabinet médical	5(50)	Moins de 5 ans	8(80)
Maison médicale	2(20)	Entre 5 et 10 ans	0(0)
Maison santé médicale	2(20)	Entre 10 et 15 ans	1(10)
Autre centre de santé	1(10)	Entre 15 et 20 ans	1(10)
Âge	N(%)	Pourcentage de consultations gynécologiques liées à des dysménorrhées	N(%)
Moins de 35 ans	2(20)	<10%	4(40)
Entre 35 et 45 ans	6(60)	Entre 10 et 20%	1(10)
Entre 45 et 55 ans	1(10)	Entre 20 et 50%	3(30)
Plus de 55 ans	1(10)	>50%	2(20)

Leurs pratiques gynécologiques présentaient une grande variabilité : 40% des participants déclaraient que les dysménorrhées concernaient moins de 10% de leurs consultations, tandis que 20% en rapportaient plus de 50% (Tableau I). Parmi les 6 médecins généralistes, la fréquence des consultations gynécologiques était également hétérogène : la moitié en réalisait quotidiennement tandis qu'un tiers n'en pratiquait que quelques-unes par mois (Tableau II). Cette diversité illustre la variété des profils sans introduire de biais méthodologique.

Une question de sensibilisation portait sur l'estimation du nombre de patientes concernées en France : 50% des participants l'ont sous-estimé et 20% l'ont surestimée.

Les médecins généralistes ont estimé leurs connaissances et leurs aisances concernant les dysménorrhées à une moyenne de 6,5 (Tableau II).

**Tableau II : Connaissances et compétences déclarées des médecins généralistes**

Les données sont présentées en nombre N avec le pourcentage (%), ou moyenne +/- écart type

<b>Acquisition DU de gynécologie</b>	<b>N(%)</b>
Oui	1(16,7)
Non	5(83,3)
<b>Acquisition DU d'échographie</b>	<b>N(%)</b>
Oui	1(16,7)
Non	5(83,3)
<b>Fréquence de consultations de gynécologies</b>	<b>N(%)</b>
Quelques fois par mois	2(33,3)
Quelques fois par semaine	1(16,7)
Tous les jours	3(50)
<b>Auto-évaluation des connaissances sur les dysménorrhées</b>	
Moyenne +/-Ecart type	6,5+/-2,07
<b>Auto-évaluation de l'aisance sur les dysménorrhées</b>	
Moyenne +/- Ecart type	6,5+/-1,86

## 2. Déroulement du Groupe Nominal

La séance s'est déroulée conformément à la feuille de route et à la répartition des rôles prévues (Annexe 4). Les temps d'accueil, de présentation, de lecture individuelle et de notation ont été respectés . La discussion s'est prolongée sur environ 1h30 afin de favoriser les échanges de l'ensemble des participants.

## 3. Synthèse des propositions validées

Au total, 41 propositions ont été émises lors de la séance (Annexe 7) ; parmi lesquelles : 25 de consensus immédiat (Aucune note ou 1 seule note en dessous de 6), 16 de consensus incertain et aucune rejetée d'emblée.

Parmi les propositions de consensus incertain, il a été décidé dans un premier temps d'accepter les propositions sur la base d'arguments statistiques. Ainsi 4 propositions comportant seulement 2 notes inférieures à 6 ont été retenue, car leur médiane restait élevée et au-dessus de 6 (médiane moyenne : 8,9/9). Au contraire, trois propositions dont la médiane était inférieure à 6 ont été rejetées. Dans un second temps, les 9 propositions de consensus incertain restantes ont été rediscutées pour ne retenir que les plus pertinentes. Quelques exemples illustrent ce processus :

- « Mettre l'encadré « examens complémentaires et adressage » au verso ou en annexe du protocole » : jugée ambiguë en raison de la formulation (« verso ou annexe »), cette proposition

a probablement été sous-notée. L'écoute de l'enregistrement audio a confirmé que l'idée initiale était bien de positionner l'encadré au verso au protocole, et elle a donc été retenue.

- « *Préciser que l'échographie n'est à prescrire qu'après échec du traitement antalgique* » : conservée car elle renforçait d'autres propositions similaires (Annexe 7), avec une médiane élevée (8 [6-9]).

- « *Mettre les traitements uniquement en Dénomination Commune Internationale (DCI)* » : acceptée pour éviter tout conflit d'intérêts et favoriser une compréhension universelle (médiane de 9 [6-9]).

- « *Préciser que la prescription d'OPTIMIZETTE/DESOGESTREL 75 µg est à éviter chez l'adolescente* » : une nouvelle écoute attentive de l'enregistrement audio a montré que le groupe souhaitait élargir cette remarque de préférences ou restrictions selon les situations cliniques à toutes les prescriptions hormonales (médiane de 8,5 [7-9]).

- « *Retirer le PHLOROGLUCINOL des traitements* » : rejetée. Le choix a été de maintenir sa mention en précisant son efficacité variable selon les études, l'HAS le décrivant comme faiblement efficace(29).

- « *Être plus synthétique sur les antalgiques car déjà bien connus des praticiens de premier recours* » : acceptée, afin d'alléger le protocole sur des thérapeutiques très fréquemment utilisés en soins primaires, et de mettre davantage l'accent sur les traitements moins courants ou nécessitant plus de détails.

- « *Préciser l'âge auquel on peut faire le toucher vaginal* » : rejetée, car le toucher vaginal n'est pas obligatoire dans l'examen des dysménorrhées et aucune limite d'âge n'existe (médiane 5 [3-7]).

- « *Indiquer dès l'interrogatoire qu'en cas de souhait de grossesse immédiat, la patiente doit être orientée vers un gynécologue* » : rejetée. L'importance de cette question à l'interrogatoire a bien été confirmée, mais l'adressage reste mentionné uniquement dans l'encadré dédié au verso du protocole (médiane de 9 [6-9]).

- « *Ajouter un QR code avec schémas anatomiques notamment sur les malformations (pour guider l'examen clinique)* » : acceptée, sous réserve qu'il reste suffisamment de place afin de ne pas alourdir le protocole.

Au total, 35 propositions de modification du protocole ont été retenues après analyse et sont détaillées en Annexe 7. Aucune suggestion n'a concerné le design, les couleurs et les sources, point qui a été vérifié lors des questions de relance. La présentation sous forme d'encadrés et de diagrammes convenait à l'ensemble des participants. Le choix des couleurs était jugé secondaire, mais une simplification a été demandée pour permettre une impression en noir et blanc.

## **4. Proposition d'une nouvelle version du protocole de soins**

A l'issue de l'analyse, les propositions ont permis d'améliorer la cohérence, la clarté et la pertinence du protocole afin de mieux sensibiliser les praticiens de premier recours et d'optimiser la prise en charge des patientes. Une nouvelle version du protocole de prise en charge des dysménorrhées en soins primaires a été élaborée.

## Protocole de prise en charge des dysménorrhées en soins primaires

Ce protocole s'adresse aux praticiens de premier recours. Il ne remplace pas une prise en charge spécialisée si les symptômes persistent ou s'aggravent.

### 1. Interrogatoire

- **Evaluer la douleur :**
  - Localisation
  - Type de douleur : continue/discontinue, crampe/pesanteur/ irradiation
  - Intensité
  - Moment de survenue durant les menstruations : tous les jours ? Certains jours en particulier ?
  - Présence depuis le début des cycles menstruels
  - Facteurs déclenchants
- **Décrire les cycles menstruels :**
  - Régularité du cycle
  - Durée du cycle et des menstruations
  - Abondance des menstruations
- **Evaluer la sphère psycho-sociale :**
  - Retentissement des douleurs sur les rapports sexuels
  - Absentéisme fréquent
  - Antécédent d'agression sexuelle
  - Souhait de grossesse immédiat
- **Connaitre la prise en charge antérieure :**
  - Pratiques qui soulagent : médicaments, habitudes...
  - Traitements antérieurs : efficacité ?
  - Examens complémentaires réalisés
- **Rechercher des symptômes évocateurs de causes secondaires :**
  - Douleurs urinaires ou défécatoires cataméniales
  - Dyspareunies profondes
  - Hirsutisme
  - Acné
  - Altération du cycle menstruel : spanioménorrhée, aménorrhée

### 2. Examen clinique

- **L'examen clinique peut se limiter à :**
  - **Palpation abdominale :** Masse pelvienne ? Sensibilité ?
  - **Examens des téguements :** Signes d'hyperandrogénie : hirsutisme, acné ?
- ⚠ **Le toucher vaginal et l'examen au spéculum sont facultatifs et contre indiqués si patiente vierge.**
- **Examen pelvien en 2e intention, conseillé si expérience dans la pratique :**
  - **Examen vulvaire :** éliminer la présence d'une cause malformative hyménéale, vaginale.
  - **Toucher vaginal :** Détecter une masse palpable et des lésions d'endométriose profondes.
    - Annexes fixées
    - Douleur à la mise en tension des ligaments utérosacrés
    - Nodules ligamentaires utérosacrés ou du cul de sac de Douglas
  - **Spéculum :** Détecter des lésions d'endométriose superficielles.
    - Lésions bleutées vaginales



Ce QR code vous donne accès à des images explicatives des malformations hyménéales ou vaginales que l'on peut retrouver à l'examen gynécologique.

### 3. Orientation diagnostique vers des causes secondaires

⚠ **Les symptômes décrits ci-dessous sont évocateurs mais non spécifiques ; ils orientent le diagnostic mais ne suffisent pas, à eux seuls, pour le poser.**

- **De manière générale :**
  - Absentéisme fréquent
  - Résistance aux paliers 1
  - EVA > 7
  - Absence de douleurs lors des premiers cycles de la patiente
- Cliniquement, si examen pelvien réalisé mais non obligatoire : signes en faveur d'endométriose profonde (cf examen clinique).

#### Endométriose :

- Douleurs urinaires ou défécatoires cataméniales
- Dyspareunies profondes

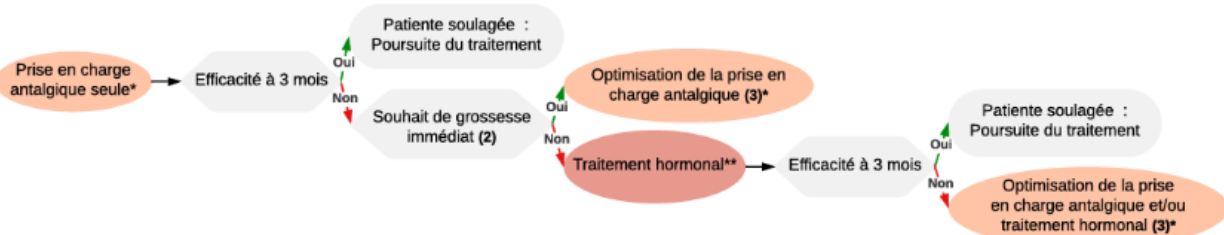
#### Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) :

- Acné
- Altération du cycle menstruel : spanioménorrhée, aménorrhée
- Hirsutisme

#### Sensibilité pelvienne (1) :

- Douleurs pelvi-périnéales > 3 mois
- Douleurs d'intensité disproportionnée en regard des lésions constatées

### 4. Traitements



Des soins de supports peuvent également être proposés à la patiente tout au long de la prise en charge.

(1) Aide pour poser le diagnostic : calcul Score Convergences PP en 10 items, (2) Si contexte d'infertilité : Adresser en centre PMA, (3) Nécessité d'examens complémentaires voir au verso

\* Proposition de prise en charge antalgique détaillée au verso

\*\* Proposition de traitement hormonal détaillé au verso



		<p>En l'absence de contre-indication. Les antalgiques de palier 3 ne sont pas recommandés dans la prise en charge des dysménorrhées. Les antispasmodiques ont une efficacité discutée dans la littérature.</p>				
	Traitements antalgiques	<table><tr><th>Première intention</th><th>Deuxième intention</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Antalgiques palier 1</u> : PARACETAMOL, NEFOPAM, PARACETAMOL/CAFEINE,</li><li>• <u>Anti-inflammatoires</u> : KETOPROFENE LP, NAPROXENE, FLURBIPROFENE,</li></ul></td><td><ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Antalgiques palier 2</u> : PARACETAMOL/POUDRE OPIUM, POUDRE OPIUM/ CAFEINE/ PARACETAMOL</li></ul></td></tr></table>	Première intention	Deuxième intention	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Antalgiques palier 1</u> : PARACETAMOL, NEFOPAM, PARACETAMOL/CAFEINE,</li><li>• <u>Anti-inflammatoires</u> : KETOPROFENE LP, NAPROXENE, FLURBIPROFENE,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Antalgiques palier 2</u> : PARACETAMOL/POUDRE OPIUM, POUDRE OPIUM/ CAFEINE/ PARACETAMOL</li></ul>
Première intention	Deuxième intention					
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Antalgiques palier 1</u> : PARACETAMOL, NEFOPAM, PARACETAMOL/CAFEINE,</li><li>• <u>Anti-inflammatoires</u> : KETOPROFENE LP, NAPROXENE, FLURBIPROFENE,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Antalgiques palier 2</u> : PARACETAMOL/POUDRE OPIUM, POUDRE OPIUM/ CAFEINE/ PARACETAMOL</li></ul>					
		<p>En l'absence de contre-indication. La prise en continu d'une contraception n'a pas montré plus d'efficacité dans la prise en charge. L'objectif de la contraception est de réguler les cycles, diminuer les douleurs et l'abondance des saignements (voir obtenir une absence de règles lors d'une prise en continu).</p>				
	Traitements hormonaux	<table><tr><th>Première intention</th><th>Deuxième intention</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Pilule oestro-progestative</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <u>Ethinylestradiol/lévonorgestrel 20 µg/100 µg</u> : avec ou sans la prise des placebos ou prise continue.</li><li>◦ <u>Ethinylestradiol/lévonorgestrel 30 µg/150 µg</u> : à privilégier chez les patientes jeunes ou celles présentant des métrorragies, avec ou sans la prise des placebos ou prise continue.</li><li>◦ <u>Drospirénone/Estérol 3/14,2 mg</u> : à privilégier chez les patientes présentant de l'acné ou un SOPK, avec ou sans la prise des placebos, non remboursée.</li></ul></li></ul></td><td><ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Dispositif intra-utérin progestatif</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Contre-indiqué chez la patiente vierge.</li><li>◦ Seul le <u>Lévonorgestrel 52 mg</u> a des études prouvant son efficacité, cependant les autres DIU hormonaux restent indiqués.</li><li>◦ Validité du <u>Lévonorgestrel 52 mg</u> à visée contraceptive 8 ans, diminution à partir de 5 ans des effets sur les dysménorrhées.</li></ul></li><li>• <u>Pilule microprogestative</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <u>Désogestrel 75 µg</u> : à éviter chez l'adolescente (pourvoyeur de métrorragies et observance plus exigeante nécessaire), prise continue.</li></ul></li></ul></td></tr></table> <p>En troisième intention, il existe <u>Diénogest 2 mg</u> (prise continue), <u>Drospirénone 4 mg</u> (prise continue), <u>Implant Etonogestrel 68 mg</u> (pourvoyeur de métrorragies, validité 3 ans sauf si poids &gt; 100 kg validité limitée à 2 ans), <u>Agonistes LHRH</u> (1 injection SC ou IM à renouveler tous les 3 mois, prescription maximale de 2 ans, réservés à une prise en charge spécialisée) et <u>Antagoniste GnRH</u> (réservés à une prise en charge spécialisée).</p>	Première intention	Deuxième intention	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Pilule oestro-progestative</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <u>Ethinylestradiol/lévonorgestrel 20 µg/100 µg</u> : avec ou sans la prise des placebos ou prise continue.</li><li>◦ <u>Ethinylestradiol/lévonorgestrel 30 µg/150 µg</u> : à privilégier chez les patientes jeunes ou celles présentant des métrorragies, avec ou sans la prise des placebos ou prise continue.</li><li>◦ <u>Drospirénone/Estérol 3/14,2 mg</u> : à privilégier chez les patientes présentant de l'acné ou un SOPK, avec ou sans la prise des placebos, non remboursée.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Dispositif intra-utérin progestatif</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Contre-indiqué chez la patiente vierge.</li><li>◦ Seul le <u>Lévonorgestrel 52 mg</u> a des études prouvant son efficacité, cependant les autres DIU hormonaux restent indiqués.</li><li>◦ Validité du <u>Lévonorgestrel 52 mg</u> à visée contraceptive 8 ans, diminution à partir de 5 ans des effets sur les dysménorrhées.</li></ul></li><li>• <u>Pilule microprogestative</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <u>Désogestrel 75 µg</u> : à éviter chez l'adolescente (pourvoyeur de métrorragies et observance plus exigeante nécessaire), prise continue.</li></ul></li></ul>
Première intention	Deuxième intention					
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Pilule oestro-progestative</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <u>Ethinylestradiol/lévonorgestrel 20 µg/100 µg</u> : avec ou sans la prise des placebos ou prise continue.</li><li>◦ <u>Ethinylestradiol/lévonorgestrel 30 µg/150 µg</u> : à privilégier chez les patientes jeunes ou celles présentant des métrorragies, avec ou sans la prise des placebos ou prise continue.</li><li>◦ <u>Drospirénone/Estérol 3/14,2 mg</u> : à privilégier chez les patientes présentant de l'acné ou un SOPK, avec ou sans la prise des placebos, non remboursée.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Dispositif intra-utérin progestatif</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Contre-indiqué chez la patiente vierge.</li><li>◦ Seul le <u>Lévonorgestrel 52 mg</u> a des études prouvant son efficacité, cependant les autres DIU hormonaux restent indiqués.</li><li>◦ Validité du <u>Lévonorgestrel 52 mg</u> à visée contraceptive 8 ans, diminution à partir de 5 ans des effets sur les dysménorrhées.</li></ul></li><li>• <u>Pilule microprogestative</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <u>Désogestrel 75 µg</u> : à éviter chez l'adolescente (pourvoyeur de métrorragies et observance plus exigeante nécessaire), prise continue.</li></ul></li></ul>					
	Traitements non	<ul style="list-style-type: none"><li>• TENS</li><li>• Acupuncture</li></ul>				

5. Examens complémentaires	6. Adressage
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Echographie pelvienne</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <u>Indications</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Présence de signes en faveur d'une cause secondaire.</li><li>▪ Résistance au traitement antalgique optimisé et souhait de grossesse immédiat.</li><li>▪ Résistance aux traitements antalgiques et hormonaux optimisés.</li></ul></li><li>◦ <u>Il est conseillé d'indiquer simplement sur l'ordonnance : bilan étiologique de dysménorrhées (éviter d'écrire endométriose).</u></li><li>◦ <u>Résultats</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cause malformative</li><li>▪ Dystrophie ovarienne (4)</li><li>▪ Signe localisateur d'endométriose profonde ou ovarienne</li><li>▪ Absence de lésion caractéristique</li></ul></li></ul><p>Une échographie normale n'élimine pas la présence de cause secondaire mais elle permet d'éliminer une étiologie grave et urgente.</p></li><li>• <u>Autres examens complémentaires</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ En soins primaires, l'IRM pelvienne n'est pas recommandée, sans avis spécialisé</li><li>◦ Le test endo-salivaire est encore en cours d'étude et n'est pas indiqué pour le moment</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Adressage conseillé en cas de</u> :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Cause malformative mise en évidence → Chirurgien Gynécologue</li><li>◦ Contexte d'infertilité → Centre PMA</li><li>◦ Présence à l'échographie pelvienne de signes d'endométriose profonde ou ovarienne → Avis spécialisé : Praticien de deuxième recours</li><li>◦ Persistance de dysménorrhées malgré optimisation traitements antalgiques et hormonaux avec échographie pelvienne sans anomalie → Avis spécialisé : Praticien de deuxième recours</li></ul></li></ul>

(4) Se référer aux recommandations du syndrome des ovaires polykystiques: ESHRE 2023.



Sources : Dysménorrhées, Vidal Recos, 11/2016 : <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dysmenorrees-1713.html#prise-en-charge> ; Endométriose Recommandations, HAS, 12/2017 : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose) ; Endométriose Guideline, ESHRE 02/2022: <https://www.eshre.eu/guideline/endometriosis>

Document réalisé par Dr DEMARQUETTE Julie dans le cadre de sa thèse d'exercice en médecine générale - 2025

**Figure 1 : Nouvelle version du protocole de prise en charge des dysménorrhées en soins primaires**

# DISCUSSION

## 1. Principaux résultats

Au total, lors de la séance 41 propositions ont été formulées, dont 35 ont été retenues comme faisant consensus après discussion et analyse, avec un renforcement des sections jugées prioritaires par les intervenants (l'interrogatoire, l'examen clinique et les traitements, notamment hormonaux) et une simplification des autres.

Les ajustements proposés portaient surtout sur la réorganisation des encadrés pour suivre la chronologie logique de la prise en charge : interrogatoire, examen clinique, traitements puis examens complémentaires et adressage. Le diagramme a également été simplifié, car il comprenait initialement trop d'informations, risquant d'entraîner une confusion.

Les attentes des praticiens de premier recours convergeaient vers un outil synthétique, clair et immédiatement lisible, facilitant l'accès rapide à l'information recherchée. La nouvelle version du protocole élaborée à l'issue de la séance de GN semble répondre aux attentes des participants.

## 2. Forces et limites de l'étude

L'un des atouts du GN réside dans la possibilité de réunir une équipe pluridisciplinaire autour d'une même problématique, favorisant ainsi l'intelligence collective. Cette méthode s'est révélée la plus adaptée pour évaluer un outil existant et en proposer des améliorations selon une démarche rigoureuse et reconnue scientifiquement, tout en présentant un intérêt pour son originalité.

Le recrutement a permis une diversité des profils et des niveaux de connaissance sur les dysménorrhées, favorisant la complémentarité des points de vue, limitant les phénomènes d'influence et reflétant au mieux la diversité des praticiens de soins primaires. La majorité des participants étaient des femmes âgées de 35 à 45 ans, récemment installées (<5 ans). Le regard de soignants de sexe masculin et âgés de plus de 45 ans a pu manquer à l'évaluation du protocole.

Toutes les étapes prévues par la méthode du GN ont été respectées, renforçant ainsi la validité de l'étude. La phase de clarification des propositions a bien été menée, limitant le biais

d'interprétation. Les propositions étaient projetées en temps réel lors de la séance, le temps d'échange conséquent a permis de vérifier la bonne compréhension collective de la formulation des propositions avant la phase de notation. Cependant, une seconde notation aurait pu aider à clarifier certaines propositions n'ayant pas fait consensus et à s'assurer d'une compréhension homogène des items par les participants. Mais elle aurait également pu introduire des biais liés à l'influence entre participants. Ces étapes étant considérées comme facultatives dans la littérature, leur absence ne remet pas en cause la qualité de la démarche.

Dans la littérature, aucune méthode d'analyse des résultats issus d'un GN ne fait réellement consensus. Les concepteurs de la méthode orientent vers la génération d'idées plutôt que vers une validation statistique. L'équipe de recherche s'est appuyée sur des démarches analytiques décrites dans d'autres études utilisant cette méthode (30–32). Afin d'obtenir une évaluation aussi neutre que possible, les participants du GN ont été maintenus en aveugle de la méthode d'analyse retenue, aucun seuil de notation n'a été transmis. De plus sur l'échelle de Likert aucun indicage n'a eu lieu du fait de l'absence d'éléments visuels (codes couleurs, visages, autres).

### **3. Comparaison aux protocoles déjà existants HAS, ESHRE et VIDAL**

Le protocole élaboré montre une forte cohérence avec les recommandations du VIDAL (2016), de la HAS (2017) et de l'ESHRE (2022). Il en reprend les principes diagnostiques et thérapeutiques essentiels, tout en les adaptant à la pratique de soins primaires. Comme les recommandations, il vise à soulager la douleur et à dépister d'éventuelles causes secondaires.

La partie interrogatoire et examen clinique a été davantage détaillée, conformément aux attentes des participants de la séance, tout en maintenant le principe, partagé par la HAS et l'ESHRE, selon lequel l'examen pelvien n'est pas systématique. Les examens complémentaires restent conformes : l'échographie pelvienne est indiquée en première intention et l'IRM nécessite un avis spécialisé même si les recommandations insistent davantage sur leur recours.

La hiérarchisation des traitements respecte les recommandations : les opiacés ne sont pas recommandés, sauf dans les cas rebelles selon la HAS. Le protocole n'aborde pas les options chirurgicales, réservées à la spécialité, décrites pas la HAS et l'ESHRE, afin de rester centré sur

la prise en charge en soins primaires. Une attention particulière est portée à l'approche pluridisciplinaire et non médicamenteuse (activité physique, gestion du stress, soutien psychologique), conformément à la HAS. Enfin, tandis que l'ESHRE met l'accent sur la préservation de la fertilité, le protocole développé dans cette étude privilégie la prise en charge de l'infertilité, en recommandant un adressage vers un centre de PMA, approche jugée plus cohérente avec la pratique de la médecine de premier recours.

Conçu pour être synthétique et pratique, le protocole se distingue par un arbre décisionnel clair et ses outils visuels (QR codes), renforçant son intérêt pédagogique pour les professionnels de santé.

## 4. Perspectives, valorisation, diffusion du protocole

L'objectif principal de cette étude était de concevoir un outil pratique d'aide à la prise en charge des dysménorrhées, destiné aux professionnels de soins primaires. Une première diffusion est envisagée à l'échelle locale, notamment via le site Endoref du CHU d'Angers, puis potentiellement sur le site EndoRef Pays de la Loire, association créée en mars 2024 regroupant un réseau régional de professionnels de santé et de soins de support impliqués dans la prise en charge de l'endométriose. La présentation du protocole est également prévue lors du congrès annuel de gynécologie-obstétrique destiné aux médecins généralistes, organisé par le CHU d'Angers en décembre 2026.

De plus, une publication scientifique est envisagée afin de diffuser plus largement les résultats de l'étude, de valoriser la démarche méthodologique du GN appliquée à la construction d'un outil et la collaboration pluridisciplinaire engagée, et de promouvoir le développement d'initiatives similaires dans d'autres régions.

Bien que le format papier n'ait pas été évalué avec les participants, un format numérique, comme un site internet dédié, pourrait à terme mieux correspondre à certaines pratiques, renforçant ainsi la pertinence d'une diffusion en ligne via le site Endoref du CHU d'Angers.

L'intérêt exprimé par les praticiens de premier recours participants à cette étude souligne le potentiel de cet outil, perçu comme pertinent et utile face à une problématique fréquente, représentant près de 90% des consultations gynécologiques en soins primaires.

Dans un second temps, une étude quantitative pourrait être menée afin d'évaluer l'applicabilité du protocole en pratique courante et le retour d'expérience des praticiens. Son format modulable facilitera les mises à jour, qu'il s'agisse d'intégrer de nouvelles recommandations ou de proposer des supports additionnels.

Une recherche interventionnelle centrée sur les patientes pourrait également être menée, avec comme critère principal l'évaluation de la qualité de vie (EQ-5D-5L)(30). Ces étapes permettraient de confirmer la pertinence du protocole en soins primaires, désormais validé par la méthode du Groupe Nominal, et d'en renforcer l'intérêt clinique.

## CONCLUSION

Cette étude a permis de concevoir un protocole d'aide à la prise en charge des dysménorrhées en soins primaires, fondé sur les recommandations nationales et européennes les plus récentes et enrichi par l'expertise pluridisciplinaire, avec médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes, garantissant un contenu à la fois rigoureux, pratique et cohérent avec la réalité clinique.

Le protocole s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, visant à renforcer la détection précoce des causes secondaires, optimiser la prise en charge symptomatique et promouvoir une approche globale incluant les dimensions physiques, psychologiques et sociales.

À terme, la diffusion de ce protocole via le réseau Endoref Pays de la Loire et sa présentation lors de congrès régionaux devraient permettre une première évaluation de son utilisation en pratique courante. Des perspectives de recherche complémentaires sont envisagées.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Guimarães I, Póvoa AM. Primary Dysmenorrhea: Assessment and Treatment. RBGO Gynecol Obstet. août 2020;42(8):501-7.
2. Masson E. EM-Consulte. Dysménorrhées primaires et absentéisme scolaire chez les lycéennes. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1504467/resume/dysmenorrhees-primaires-et-absenteisme-scolaire-ch>.
3. Libarle M, Simon P, Bogne V, Pintiaux A, Furet E. [Management of dysmenorrhea]. Rev Med Brux. 2018;39(4):264-72.
4. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary Care Practices. Obstet Gynecol. 1 janv 1996;87(1):55-8.
5. Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lea R, et al. Prevalence of Primary Dysmenorrhea in Canada. J Obstet Gynaecol Can. 1 août 2005;27(8):765-70.
6. 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.
7. Doty E, Attaran M. Managing primary dysmenorrhea. J Pediatr Adolesc Gynecol. oct 2006;19(5):341-4.
8. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. Hum Reprod Oxf Engl. mai 2012;27(5):1292-9.
9. Soliman AM, Yang H, Du EX, Kelley C, Winkel C. The direct and indirect costs associated with endometriosis: a systematic literature review. Hum Reprod Oxf Engl. avr 2016;31(4):712-22.
10. Ruoff G, Lema M. Strategies in pain management: new and potential indications for COX-2 specific inhibitors. J Pain Symptom Manage. févr 2003;25(2 Suppl):S21-31.
11. Eb J, Ac R, K H, C M, Tm D. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. Hum Reprod Update [Internet]. oct 2013 ;19(5). Disponible sur: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.buadistant.univ-angers.fr/23727940/>
12. Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. Epidemiol Rev. 2014;36:104-13.
13. A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women - PubMed [Internet]. Disponible sur: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.buadistant.univ-angers.fr/8917003/>
14. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. Obstet Gynecol. août 2006;108(2):428-41.
15. Altunyurt S, Göl M, Altunyurt S, Sezer O, Demir N. Primary dysmenorrhea and uterine blood flow: a color Doppler study. J Reprod Med. avr 2005;50(4):251-5.
16. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. Hum Reprod Update. 1 nov 2015;21(6):762-78.

17. Ma H, Hong M, Duan J, Liu P, Fan X, Shang E, et al. Altered cytokine gene expression in peripheral blood monocytes across the menstrual cycle in primary dysmenorrhea: a case-control study. *PLoS One*. 2013;8(2):e55200.
18. Bajaj P, Bajaj P, Madsen H, Arendt-Nielsen L. A comparison of modality-specific somatosensory changes during menstruation in dysmenorrheic and nondysmenorrheic women. *Clin J Pain*. 2002;18(3):180-90.
19. Tu CH, Niddam DM, Chao HT, Chen LF, Chen YS, Wu YT, et al. Brain morphological changes associated with cyclic menstrual pain. *Pain*. sept 2010;150(3):462-8.
20. Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD, Zubieta JK. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain Lond Engl*. août 2005;9(4):463-84.
21. Lp W. Attitudes towards dysmenorrhoea, impact and treatment seeking among adolescent girls: a rural school-based survey. *Aust J Rural Health [Internet]*. août 2011;19(4). Disponible sur: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.buadistant.univ-angers.fr/21771164/>
22. Roos M, Wimmelbacher V, Klein L, Kesić M, Rueß AK, Necker C, et al. Real-World Evidence Shows Gaps in Awareness, Medical Help-Seeking, and Diagnosis for Primary Dysmenorrhea but Not Premenstrual Syndrome: Cross-Sectional Observational Study. *J Med Internet Res*. 11 sept 2025;27(1):e68148.
23. Roullier C, Sanguin S, Parent C, Lombart M, Sergent F, Foulon A. General practitioners and endometriosis: Level of knowledge and the impact of training. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. déc 2021;50(10):102227.
24. Haute Autorité de Santé [Internet]. Prise en charge de l'endométriose. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose)
25. Deruelle P. Item 41 Endométriose. In: Deruelle P, éditeur. *Gynécologie Obstétrique [Internet]*. 2024. p. 136-47. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9782294780912500194>
26. Item 41 Endométriose - Gynécologie Obstétrique - ClinicalKey Student [Internet]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.buadistant.univ-angers.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294780912500194>
27. Harb SI, Tao L, Peláez S, Boruff J, Rice DB, Shrier I. Methodological options of the nominal group technique for survey item elicitation in health research: A scoping review. *J Clin Epidemiol*. nov 2021;139:140-8.
28. Harvey N, Holmes CA. Nominal group technique: an effective method for obtaining group consensus. *Int J Nurs Pract*. avr 2012;18(2):188-94.
29. Clara B, Paul V, Denis P, Stéphanie M, Hélène VR, Rémy B. Efficacy of phloroglucinol for the treatment of pain of gynaecologic or obstetrical origin: a systematic review of literature of randomised controlled trials. *Eur J Clin Pharmacol*. janv 2020;76(1):1-6.
30. Duffy J, Hirsch M, Vercoe M, Abbott J, Barker C, Collura B, et al. A core outcome set for future endometriosis research: an international consensus development study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2020;127(8):967-74.
31. Carter P, O'Donoghue KJM, Dworzynski K, O'Shea L, Roberts V, Reeves T, et al. A demonstration of using formal consensus methods within guideline development; a case study. *BMC Med Res Methodol*. 17 avr 2021;21(1):73.
32. Haute Autorité de Santé [Internet]. Recommandations par consensus formalisé (RCF). Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272505/fr/recommandations-par-consensus-formalise-rcf](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272505/fr/recommandations-par-consensus-formalise-rcf)



## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Nouvelle version du protocole de prise en charge des dysménorrhées en soins primaires .....	11
---	----

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I .....	6
Tableau II .....	7

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>3</b>
1. Choix et description de la méthode.....	3
2. Elaboration du protocole de soins.....	4
3. Recrutement des experts et déroulement de la séance .....	4
4. Aspects réglementaires .....	5
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>6</b>
1. Caractéristiques des participants .....	6
2. Déroulement du Groupe Nominal.....	7
3. Synthèse des propositions validées .....	7
4. Proposition d'une nouvelle version du protocole de soins.....	9
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>12</b>
1. Principaux résultats .....	12
2. Forces et limites de l'étude .....	12
3. Comparaison aux protocoles déjà existants HAS, ESHRE et VIDAL .....	13
4. Perspectives, valorisation, diffusion du protocole .....	14
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>17</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>19</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>19</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>20</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>
Annexe 1 : Détails de la méthode théorique du Groupe Nominal .....	I
Annexe 2 : Guide d'entretien de la séance de Groupe Nominal .....	I
Annexe 3 : Première ébauche du protocole de prise en charge des dysménorrhées en soins primaires .....	II
Annexe 4 : Feuille de route de la séance de Groupe Nominal .....	III
Annexe 5 : Questionnaire sur les caractéristiques socio-professionnelles des participants.....	IV
Annexe 6 : Echelle de Likert .....	VI
Annexe 7 : Propositions conservées d'amélioration du protocole de soins faites durant la séance de Groupe Nominal (médiane [Q1 ;Q3]) .....	VI

# ANNEXES

## 1. Annexe 1 : Détails de la méthode théorique du Groupe Nominal

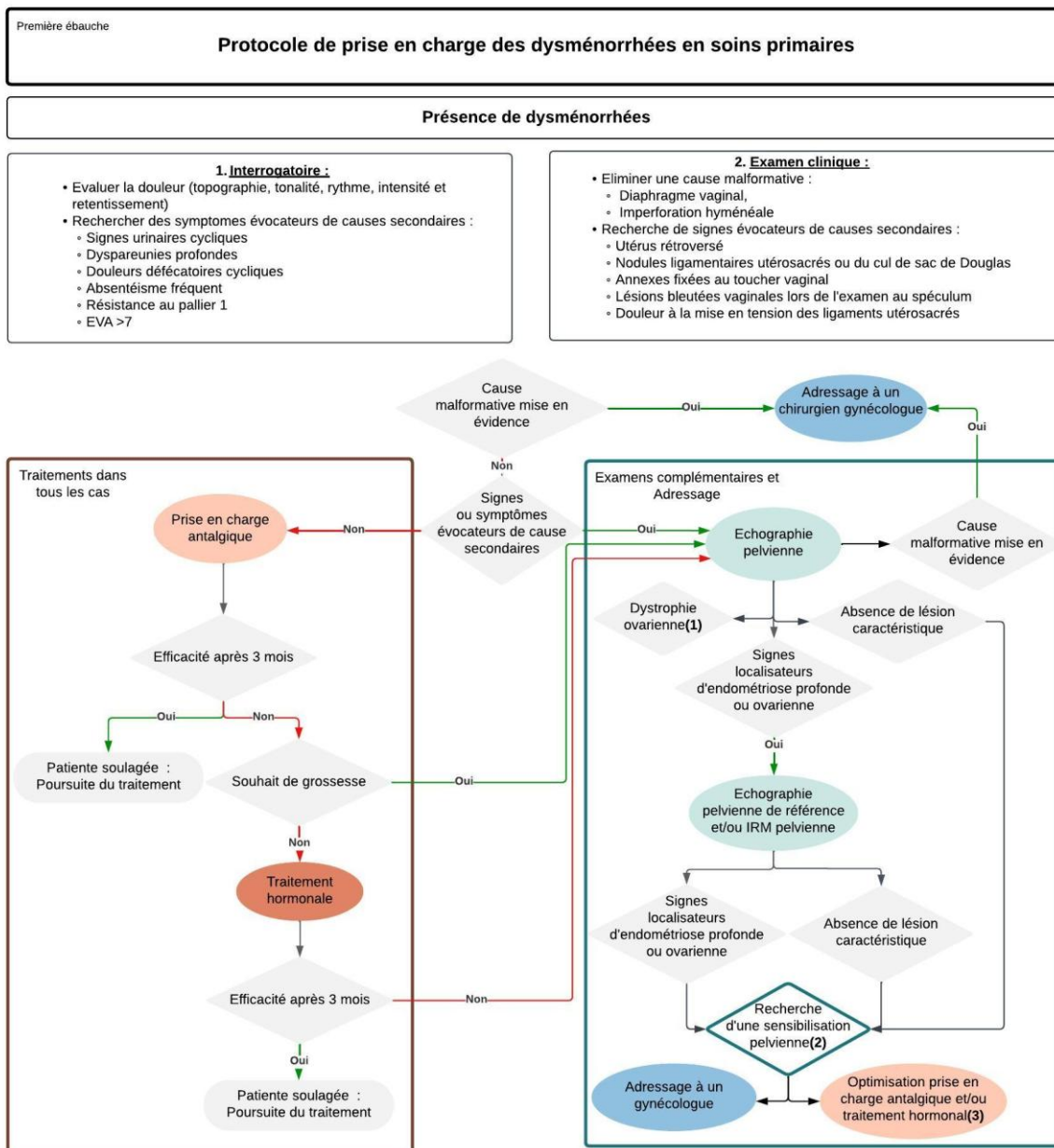
La méthode du Groupe Nominal repose sur une séance unique en présentiel, suivant un déroulé structuré permettant de limiter les biais et de favoriser la réflexion collective. Elle consiste à réunir 5 à 10 professionnels considérés comme experts pour répondre à une problématique donnée selon les étapes suivantes :

1. Introduction de la problématique et présentation de la question de recherche au groupe.
2. Analyse individuelle du protocole de soins, suivie d'un temps de réflexion silencieuse et de génération de propositions personnelles.
3. Tour de table oral permettant à chaque participant de partager ses idées, accompagné si nécessaire, d'une discussion collective pour clarifier et regrouper les propositions.
4. Rédaction des propositions de manière visible pour tous les participants.
5. Evaluation individuelle et anonyme de chaque proposition, réalisée selon l'échelle de Likert
6. Compilation des résultats et restitution au groupe, éventuellement suivie d'une nouvelle discussion (Facultatif)
7. Second tour de notation individuelle (Facultatif)

## 2. Annexe 2 : Guide d'entretien de la séance de Groupe Nominal

- Quelles sont vos impressions à l'issue de cette première lecture ?
- Le diagramme est actuellement structuré en 3 parties (Interrogatoire et examen clinique/ traitements/ examens complémentaires et adressage) : cette organisation vous paraît-elle pertinente ou proposeriez-vous une autre répartition ?
- Si l'on examine chaque partie séparément :
  - o Pour la partie consacrée à l'interrogatoire et à l'examen clinique : quelles améliorations suggèreriez-vous ?
  - o Pour la partie relative aux traitements : quels ajustements seraient nécessaires ? Voyez-vous des données qui devraient être ajoutées ?
  - o Pour la section sur les examens complémentaires et l'adressage : quelles modifications recommanderiez-vous ? Estimez-vous que des précisions supplémentaires seraient nécessaires ?
- Identifiez-vous des éléments absents ?
- La présentation graphique du protocole et du diagramme, en termes de couleurs et de formes des encadrés, vous paraît-elle adaptée ?

### 3. Annexe 3 : Première ébauche du protocole de prise en charge des dysménorrhées en soins primaires



(1) Se référer aux recommandations du syndrome des ovaires polykystiques: ESHRE 2023, (2) Aide pour poser le diagnostic : calcul Score Convergence PP en 10 items, (3) Si contexte d'infertilité : Adresser en centre PMA

Traitements	Antalgiques	- PARACETAMOL 1g : 1 cp trois fois par jour pendant 10 jours ; - POUDRE OPIUM 25 mg/ PARACETAMOL 500mg : 1 gel trois fois par jour pendant 10 jours ou - CAFFEINE 50mg/ PARACETAMOL 500 mg : 1 cp 2 à 3 fois par jour pendant 7 jours ou - NEOPAM 30 mg : 1 cp 3 fois par jour pendant 4 jours ou - POUDRE OPIUM 10 mg/ CAFFEINE 30mg/ PARACETAMOL 300mg : 1 gel 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours
	Anti-inflammatoires	- FLURBIPROFENE 100 mg : 1 cp matin et soir pendant 4 jours ou - NAFROXENE 550mg : 1 cp deux fois par jour pendant 4 jours si douleurs pendant les règles ou - KETOPROFENE LP 100 mg : 1 cp matin et soir pendant 4 jours
	Anti-spasmodiques	- PHLOROGUICINOL 80 mg : 2cp trois fois par jour pendant 5 jours ou - TRIMEBUTINE 200 mg : 1 cp trois fois par jour pendant 5 jours
	Traitement hormonal	En l'absence de contre-indication La prise en continu d'une contraception n'a pas montré plus d'efficacité dans la prise en charge mais l'objectif de la contraception est de réguler les cycles, diminuer les douleurs et l'abondance des saignements (voir obtenir une absence de règles lors d'une prise en continu).  <b>Première intention :</b> - OPTILOVA 20µg/100µg (éthinyloestradiol/lévonorgestrel) : avec ou sans la prise des placebos - OPTIDRIL 30 µg/150µg (éthinyloestradiol/lévonorgestrel) : avec ou sans la prise des placebos - OPTIMIZETTE 75µg (désogestrel) : prise continue - MIRENA 52 mg (lévonorgestrel) : un stérilet (validité à visée contraceptive 8 ans, diminution à partir de 5 ans des effets sur les dysménorrhées)  <b>Deuxième intention :</b> - MINIDRIL 30 µg/150µg (éthinyloestradiol/lévonorgestrel) : prise continue - ENDOVELA 2 mg (dienogest) : prise continue - SLINDA 4 mg (drospirénone) : prise continue - NEXPLANON 68 mg (étonogestrel) : un implant (validité 3 ans sauf si poids > 100 kg validité limitée à 2 ans) - Agonistes LHRH : DECAPEPTYL LP 3mg ou 11,25 mg ou ENANTONE LP 3,75 mg ou 11,25 mg : 1 injection SC ou IM à renouveler tous les 3 mois - Antagoniste GNRH
	Traitements non médicamenteux	- TENS - Acupuncture - Yoga - Pratique de sport doux - Prise en charge psychologique



Sources : Dysménorrhées, Vidal Recos, 11/2016 : <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dysmenorrees-1713.html#prise-en-charge> ; Endométriose Recommandations, HAS, 12/2017 : [https://www.has-sante.fr/cms/c\\_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose](https://www.has-sante.fr/cms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose) ; Endométriose Guideline, ESHRE 02/2022 : <https://www.eshre.eu/guideline/endometriosis>

#### 4. Annexe 4 : Feuille de route de la séance de Groupe Nominal

Le protocole a été transmis aux participants 15 jours avant la séance afin de permettre une première lecture et de favoriser la réflexion en amont.

19h30 – 19h45 : Accueil, Collation.

19h45 – 20h00 : Présentation générale et rappel des objectifs et du déroulé de la séance.

➤ Distribution des documents (caractéristiques des participants, consentement pour l'enregistrement audio, feuilles de brouillon).

➤ Rappel des règles de fonctionnement :

- L'objectif de cet outil est d'accompagner la prise en charge en soins primaires, sans aborder le niveau de détail propre aux disciplines spécialisées.

- Chaque participant est invité à échanger et ce, dans une écoute respectueuse afin de pouvoir faire émerger de nouvelles propositions.

- Le temps de parole doit être réparti équitablement.

- Aucune obligation de formuler des propositions.

➤ Remplissage du questionnaire portant sur les caractéristiques des participants, accessible en ligne grâce à un QR code.

20h00 – 21h15 : Lecture et discussion autour des propositions.

➤ Temps individuel de lecture du protocole, suivi d'une réflexion personnelle (15 minutes).

➤ Tour de table : chaque participant énonce ses propositions de modification, ajout ou suppression.

- A chaque proposition énoncée, discussion collective et prise de notes par le Dr DESCOLAS, co-directrice de thèse, avec projection en direct.
- Possibilité de rebondir sur les idées formulées, sans attendre le tour de parole.
- Les échanges permettent ensuite la mise en commun, la précision et la numérotation des propositions.

21h15 – 21h30 : Evaluation des propositions (échelle de Likert)

- Chaque participant évalue l'ensemble des propositions sur une échelle de 1 à 9, allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord », via un questionnaire en ligne accessible par QR code.
- En cas de contrainte horaire, il était prévu que l'évaluation puisse être complétée ultérieurement (au plus tard le lendemain), l'essentiel étant d'assurer la participation de tous au débat de la séance.
- Le temps estimé pour cette étape était d'environ 20 secondes par proposition, permettant théoriquement l'évaluation de 50 propositions en 15 minutes.

21h30 : Clôture de la séance et moment convivial autour d'une collation.

## **5. Annexe 5 : Questionnaire sur les caractéristiques socio-professionnelles des participants**

Partie commune :

- Quelle est votre profession ?
  - Médecin Généraliste
  - Gynécologue Médical
  - Sage-Femme
- Dans quelle zone êtes-vous installé(e) ?
  - Zone rurale
  - Zone semi-urbaine
  - Zone urbaine
- Dans quel type de structure exercez-vous ?
  - En maison médicale
  - En maison médicale pluriprofessionnelle
  - En cabinet médical
  - Autre centre de santé
- Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) dans votre lieu d'exercice actuel ?
  - Moins de 5 ans
  - Entre 5 et 10 ans
  - Entre 10 et 15 ans
  - Entre 15 et 20 ans

- Plus de 20 ans
- Quel est votre statut de travail ?
  - Libéral
  - Salarié
- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
  - Moins de 35 ans
  - Entre 35 et 45 ans
  - Entre 45 et 55 ans
  - Plus de 55 ans
- Quel est votre sexe ?
  - Femme
  - Homme
  - Autre
- Quel est le pourcentage de vos consultations gynécologiques en lien avec les dysménorrhées ?
  - <10%
  - Entre 10 et 20%
  - Entre 20 et 50%
  - >50%
- Dans quelle tranche d'âge sont majoritairement vos patientes venant pour ces consultations ?
  - Moins de 15 ans
  - Entre 15 et 25 ans
  - Entre 25 et 35 ans
  - Plus de 35 ans
- Selon vous, combien de femmes présentent des dysménorrhées en France ?
  - Moins de 2 millions
  - Entre 2 et 4 millions
  - Entre 5 et 6 millions
  - Entre 7 et 8 millions
  - Entre 9 et 10 millions
- Donnez-vous votre consentement pour l'enregistrement audio de la séance d'aujourd'hui ?
  - Oui
  - Non

Partie réservée aux médecins généralistes :

- Avez-vous un diplôme universitaire supplémentaire en gynécologie (DU) ?
  - Oui
  - Non

- Avez-vous un diplôme universitaire supplémentaire en échographie (DU) ?
  - Oui
  - Non
- A quelle fréquence avez-vous des consultations de gynécologie ?
  - Tous les jours
  - Quelques fois par semaine
  - Quelques fois par mois
  - Moins d'une fois par mois
- Vous sentez-vous suffisamment formé(e) sur les dysménorrhées ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas bien formé(e) ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Très bien formé(e)

- Durant vos consultations sur les dysménorrhées, vous sentez-vous ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas à l'aise ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Très à l'aise

## 6. Annexe 6 : Echelle de Likert

Exemple : Proposition 1 : ...

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Parfaitement d'accord

## 7. Annexe 7 : Propositions conservées d'amélioration du protocole de soins faites durant la séance de Groupe Nominal (médiane [Q1-Q3])

Interrogatoire :

- « Préciser le souhait de grossesse immédiat » (9 [6-9])
- « Préciser les menstruations : régularité, abondance et durée » (9 [9-9])
- « Intégrer les questions relatives aux violences sexuelles » (9 [9-9])
- « Ajouter une question sur la prise en charge déjà initiée » (9 [9-9])
- « Inclure dans l'interrogatoire les éléments évocateurs d'une cause secondaire : absentéisme fréquent, intensité de la douleur (Echelle Visuelle Analogique (EVA) >7), résistance aux antalgiques de palier 1 » (9 [8-9])



- « Faire apparaître la notion de sensibilité pelvienne de manière plus détaillée et dans le début du protocole » (8,5 [6-9])
- « Mentionner la sensibilité pelvienne comme une cause secondaire avec argument à rechercher à l'interrogatoire » (7,5 [6-9])
- « Revoir l'arborescence afin de mieux identifier les causes secondaires » (9 [8-9])
- « Préciser les éléments orientant vers une cause secondaire » (9 [8-9])

#### Examen clinique :

- « Détailler les éléments à rechercher à l'examen clinique orientant vers une cause secondaire » (9 [8-9])
- « Préciser les conditions de réalisation du toucher vaginal (TV) : uniquement si rapports sexuels antérieurs, non obligatoire » (9 [9-9])
- « Définir ce que l'on recherche au TV : masses palpables, lésions... » (9 [7-9])
- « Ajouter un QR avec schémas anatomiques, notamment sur les malformations, pour guider l'examen clinique » (8 [5-9])

#### Traitements :

- « Placer le diagramme thérapeutique au recto du protocole » (8,5 [8-9])
- « Mentionner uniquement les traitements en DCI » (9 [6-9]).
- « Alléger la partie sur les antalgiques, déjà bien connus des praticiens de premier recours » (7 [6-9])
- « Distinguer clairement les traitements de 1ère et 2e intention » (9 [8-9])
- « Préciser les antalgiques de 1ère et 2e intention » (8 [6-9])
- « Indiquer que la pilule oestro-progestative constitue le traitement de 1ère intention » (9 [8-9])
- « Développer davantage la partie hormonale en précisant les traitements à privilégier selon les situations cliniques » (9 [7-9])
- « Préciser que la prescription d'OPTIMIZETTE/DESOGESTREL 75µg est à éviter chez l'adolescente » (8,5 [7-9])
- « Remplacer MIRENA 52 mg par Dispositif Intra-Utérine (DIU) hormonal, bien que les autres DIU n'aient pas encore été validés dans les dysménorrhées » (9 [8-9])
- « Préciser que les antagonistes GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone) relèvent d'une prescription spécialisée » (9 [9-9])
- « Préciser que les agonistes LHRH relèvent d'une prescription spécialisée » (9 [9-9])

#### Examens complémentaires et adressage :

- « Alléger l'encadré sur les examens paracliniques et l'adressage » (7,5 [7-9])
- « Placer l'encadré « Examens complémentaires et adressage » au verso du protocole » (7 [6-9])
- « Revoir l'arborescence pour mettre en évidence l'optimisation du traitement antalgique en cas d'échographie normale » (9 [7-9])

- « Préciser que l'ordonnance d'échographie ne doit pas comporter la mention « recherche d'endométriose » » (8,5 [8-9])
- « Remplacer la mention de demande IRM et échographie de référence par avis spécialisé » (9 [7-9])
- « Indiquer que la normalité de l'échographie permet d'éliminer une cause grave et urgente » (9 [7-9])
- « Préciser que la normalité de l'échographie n'élimine pas l'endométriose » (9 [9-9])
- « Revoir le protocole pour rendre plus explicites les indications de l'échographie issues de l'interrogatoire » (9 [7-9])
- « Préciser que l'échographie pelvienne ne doit être prescrite qu'après échec du traitement antalgique » (8 [6-9])
- « Ajouter une mention sur le test endo-salivaire, actuellement en cours d'étude » (9 [8-9])



## Elaboration d'un protocole de prise en charge des dysménorrhées en soins primaires : Méthode de Groupe Nominal

### RÉSUMÉ

**Introduction :** Les dysménorrhées constituent l'une des affections gynécologiques les plus fréquentes chez les femmes en âge de procréer, touchant jusqu'à 90% des adolescentes. Malgré leur retentissement majeur sur la qualité de vie, elles demeurent souvent sous-diagnostiquées et insuffisamment traitées. L'objectif de cette étude était de concevoir et de valider avec des experts un protocole de soins primaires pour améliorer la prise en charge des dysménorrhées, basé sur les recommandations nationales et européennes récentes.

**Matériels et Méthodes :** Le protocole initial a été élaboré à partir des recommandations VIDAL, HAS et ESHRE, puis amélioré via la méthode du Groupe Nominal, réunissant dix professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes), permettant de recueillir et hiérarchiser des propositions d'amélioration.

**Résultats :** 41 propositions ont été formulées, dont 35 validées par consensus. Le protocole final, enrichi de ces propositions, est synthétique, visuel, structuré autour d'un arbre décisionnel clair, incluant des repères pratiques (QR codes) et favorisant une approche pluridisciplinaire.

**Discussion :** Cette étude a permis l'élaboration d'un outil d'aide à la prise en charge des dysménorrhées, destiné aux professionnels de premiers recours. Sa diffusion locale est prévue via le réseau EndoRef Pays de la Loire et lors du congrès annuel de gynécologie-obstétrique du CHU d'Angers. Une évaluation de la mise en pratique de ce protocole est prévue ultérieurement.

**Mots-clés :** Gynécologie, Dysménorrhées, Protocoles cliniques, Cycle menstruel, Analgésie, Soins de santé primaire, Ambulatoire, Médecine générale, Interprofessionnalité.

## Development of a primary care protocol for the management of dysmenorrhea: Nominal Group technique

### ABSTRACT

**Introduction :** Dysmenorrhea is one of the most common gynecological conditions among women of reproductive age, affecting up to 90% of adolescents. Despite its significant impact on quality of life, it is often underdiagnosed and undertreated. The aim of this study was to design and validate, with the input of experts, a primary care protocol to improve the management of dysmenorrhea, based on the most recent national and European recommendations.

**Materials and Methods :** The initial protocol was developed using VIDAL, HAS, and ESHRE recommendations and then refined using the Nominal Group Technique, which brought together ten healthcare professionals (general practitioners, gynecologists, midwives). This method allowed the collection and prioritization of improvement proposals.

**Results :** A total of 41 proposals were formulated, 35 of which were validated by consensus. The final protocol, enriched with these validated proposals, is concise and visual, structured around a clear decision tree, includes practical references (QR codes), and promotes a multidisciplinary approach.

**Discussion :** This study enabled the development of a decision-support tool for the management of dysmenorrhea, aimed at primary care professionals. Local dissemination is planned through the EndoRef Pays de la Loire network and at the annual gynecology-obstetrics conference at the University Hospital of Angers. An evaluation of the implementation and practical use of this protocol is planned for a later stage.

**Keywords :** Gynecology, Dysmenorrhea, Clinical protocols, Menstrual cycle, Analgesia, Primary health care, Ambulatory care, General practice, Interprofessional collaboration.