

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 177

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR
BRUCKMANN Lisa Baldomera Francine
Née le 2 décembre 1996 à Schiltigheim

**EDUCATION MENSTRUELLE DES ADOLESCENTES EN MEDECINE
GENERALE : UNE ETUDE QUALITATIVE**

Président du Jury : Professeur Cherif AKLADIOS, PU-PH

Directrice de thèse : Docteur Camille LEPINE, CCU-MG



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS ⁶	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERLINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ⁰	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emille		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr Ass. DUMAS Claire
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HERZOG Florent
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELMÉ Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 {UF9317} - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REV David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérald (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



SERMENT D'HIPPOCRATE

(version proposée en 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

« 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 sont 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 ».

Remerciements

Au président du jury, Monsieur le Professeur Akladios, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Dumas, je te remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail. Merci de m'avoir accompagnée avec bienveillance pendant mes trois premières années d'internat et de m'avoir guidée dans le choix de ce sujet de thèse. Merci aussi pour ton engagement dans l'enseignement de la santé des femmes au sein du DMG.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Lepine, merci pour tout le temps que tu as consacré à m'aider et à me guider tout au long de ce travail de thèse. Ta disponibilité, tes conseils précieux, et ton exigence de rigueur et de concision, ont été essentiels à l'aboutissement de ce projet. Sans toi, cette thèse n'aurait pas été la même.

À toutes les participantes de cette étude, je vous adresse mes sincères remerciements. Votre confiance m'honore et nos échanges ont enrichi ma vision de l'adolescence et du vécu des règles des adolescentes d'aujourd'hui.

Je tiens également à remercier **Mme Virginie Keller** pour m'avoir accueillie au sein de ses ateliers d'éducation menstruelle « Kiffe ton cycle », une expérience précieuse qui m'a permis de mieux comprendre les enjeux de la transmission familiale auprès de binômes mère-fille.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude à **l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux** qui m'ont accompagnée tout au long de mon internat :

- **Aux médecins** qui m'ont accueillie et confié leur patientèle. Merci de m'avoir montré à quel point la pratique de la médecine générale peut être belle, enrichissante et de m'avoir confortée dans mon choix de spécialité.
- **Aux équipes de Médecins du Monde et du Planning Familial 67**. Merci de m'avoir ouvert les portes du monde associatif et permis de découvrir une médecine engagée, telle qu'elle devrait toujours l'être.
- **Aux équipes des CETD**, merci d'avoir élargi ma vision des douleurs chroniques. Un remerciement tout particulier à **l'équipe du Centre des Douleurs Pelviennes Chroniques du CMCO** : votre passion et votre engagement dans la prise en charge des patientes ont profondément influencé ma vision des douleurs pelviennes et confirmé mon envie de poursuivre dans cette voie professionnelle.

Au **Granny Gang**, mes partenaires de ces longues années d'études et de voyages :

Ioana merci de m'avoir tendu la main et avoir été ma première amie en P2. **Lilou** pour nos conversations toujours aussi éclectiques et enrichissantes. **Tereza** pour tes ondes positives et ta sérénité (du moins apparente). **Judi** pour ton pragmatisme et pour ton amitié, tardive, inattendue, mais tellement précieuse. Binôme de révisions, d'écriture de thèse, source de ma motivation sportive, coach d'escalade, et partenaire de découverte culinaire. Merci d'apporter cette joie et cette légèreté à mon quotidien. Je repense souvent à cette phrase que tu m'as lancée un jour : « Pourquoi tu pleures alors que tu pourrais grimper ? » – elle m'accompagne encore aujourd'hui !

A **Lisa**, une amitié irremplaçable malgré la distance.

A **Daphné & Sarah**, mes piliers à travers tout l'Internat. A tous nos coups de gueule partagés, nos vocaux interminables et nos encouragements réciproques. Merci de m'avoir accompagnée à travers les hauts et les bas de ces quatre années et surtout de m'avoir rappelée pourquoi on était là, quand je voulais tout abandonner. Si je suis arrivée jusqu'ici, c'est aussi grâce à vous. Je vous aime fort les filles !

A **Valentine**, la meilleure des co-internes, merci pour ton sens de l'humour et ta bonne humeur contagieuse !

A **Audrey & Carole**, les amitiés aussi durables que la nôtre se comptent sur les doigts d'une seule main.

A **toute ma famille** et notamment à :

- **Mes grands-parents**, Mémé, Mamie, Pépé, Papi, merci de m'avoir toujours encouragée à poursuivre mes rêves. Chacun à votre manière, vous m'avez fait découvrir à quel point le monde peut être beau.
- **Nathan**, mon mini-bro. Merci pour ta force tranquille et pour l'exemple que tu m'as donné, m'aidant ainsi à m'affirmer. Je serai toujours là pour toi !
- Enfin, **mes parents**. Merci de m'avoir soutenue toutes ces années à travers mes joies comme mes peines. Merci d'avoir cru en moi, même dans mes moments de doute, et de m'avoir offert votre amour et votre soutien sans faille. Votre confiance m'a portée plus que vous ne l'imaginez. J'espère de tout cœur que vous êtes fiers de moi !

Liste des abréviations	18
Introduction	19
Matériels et méthodes	26
I. Type d'étude	26
II. Population étudiée & Recrutement	26
III. Recueil des données & Anonymisation	27
IV. Analyse des données & Critères de fiabilité	29
V. Aspects éthiques et réglementaires	30
VI. Stockage des données	30
Résultats et analyse	32
I. Analyse descriptive : caractéristiques des participantes	32
II. Changer de statut à travers l'expérience des menstruations ?	34
II.1. La première évocation des menstruations : une expérience peu marquante.....	34
II.2. La ménarche une expérience appréhendée puis surprenante	34
II.3. Acceptation d'un nouveau statut et adaptation progressive	36
III. Construire son bagage menstruel	37
III.1. Représentations symboliques.....	38
III.2. Connaissances théoriques	41
III.3. Savoirs faire pratiques	46
IV. Elaborer sa « norme » menstruelle	52
V. Un processus évolutif dans l'acquisition des connaissances menstruelles	54
V.1. Recevoir des informations	54
V.2. Chercher des informations.....	59
VI. Avoir recours aux professionnels de santé et identifier leurs rôles	61
Discussion	66
I. Forces et limites de l'étude	66
I.1. Forces	66
I.2. Limites	67
II. Résultats principaux et comparaison avec la littérature	69
II.1. Etablir sa « norme » menstruelle.....	69
II.2. Littératie en santé et éducation menstruelle.....	70
II.3. Etat des lieux : les autres déterminants de la santé menstruelle.....	77
III. Repères et propositions pour la pratique clinique en médecine générale	88
III.1. Etablir le cadre de la consultation.....	89
III.2. Evaluer les caractéristiques des menstruations et le bagage menstruel.....	93
III.1. « Délivrer des informations pertinentes ».....	94

Conclusion	99
Annexes	101
Bibliographie.....	119

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1: Protections menstruelles et syndrome de choc toxique (SCT)	101
ANNEXE 2: Grille COREQ.....	103
ANNEXE 3: Flyer.....	105
ANNEXE 4: Guide d'entretien version initiale.....	106
ANNEXE 5: Guide d'entretien version finale.....	108
ANNEXE 6: Notice d'information pour la participante	110
ANNEXE 7: Notice d'information pour les détenteurs de l'autorité parentale.....	111
ANNEXE 8: Formulaire de consentement participante majeure	112
ANNEXE 9: Formulaire de consentement participante mineure	113
ANNEXE 10: Formulaire de consentement parents (si participante mineure)	114
ANNEXE 11: Accréditation Comité Ethique	115
ANNEXE 12: Déclaration de conformité CNIL.....	116
ANNEXE 13: Fiche « aide-mémoire » à destination des médecins généralistes.....	117
ANNEXE 14: Score de Higham	118

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Caractéristiques socio-démographiques des participantes	32
Figure 2 : Elaborer sa norme menstruelle, modèle explicatif concernant les stratégies de santé menstruelle des adolescentes	33
Figure 3 : La physiologie des menstruations, extraits de verbatims des participantes	41
Figure 4 : Modèle logique	95

LISTE DES ABREVIATIONS

AAP	American Academy of Pediatrics
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AN	Assemblée Nationale
ANSES	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
CAP	Connaissances-Attitudes-Pratiques
CCP	Première Consultation Contraception et Prévention des IST
CMCO	Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical
COP	Contraception Oestro-Progestative
COREQ	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
HAS	Haute Autorité de la Santé
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RED-S	Relative Energy Deficiency in Sports
SCT	Syndrome de Choc Toxique
SFP	Société Française de Pédiatrie
SOPK	Syndrome des Ovaires Polykystiques
SVT	Sciences de la Vie et de la Terre
WONCA	World Organization of Family Doctors

INTRODUCTION

En France, on estime à 15,5M le nombre de personnes menstruées, soit environ 25% de la population selon un rapport sur les menstruations publié à l'Assemblée Nationale (AN) en 2020 (1). La ménarche survient en moyenne à 12,5 ans (2–4) et la ménopause vers 51 ans (5). Malgré une variabilité interindividuelle notable, on estime qu'en absence de grossesse ou de contraception induisant une aménorrhée thérapeutique, une femme avec un cycle de 28 jours et des menstruations de 5 jours aura ses menstruations pendant 2300 jours, soit environ 6,5 ans au cours de sa vie. Ce chiffre a augmenté sur les dernières décennies dans les sociétés occidentales, du fait notamment de la baisse du nombre de grossesse par femme et de la réduction de la durée de l'allaitement.

Au-delà d'un simple phénomène physiologique ubiquitaire, les menstruations sont façonnées par des cadres médicaux, culturels, sociaux, et même politiques (6). Sans revenir sur les origines complexes du tabou menstruel, elles ont été associées à travers les âges et les cultures à des superstitions, des fausses croyances et de nombreux non-dits.

Les dernières décennies ont été marquée par une entrée des menstruations dans la sphère publique soutenue par des actions engagées, initialement issue de milieux artistiques et militants. Par exemple, Mélanie Doerflinger a porté en 2015 une pétition concernant la composition des tampons qui a abouti à une saisie de l'ANSES en 2016 (7). Cette expertise, révisée en 2019, n'a pas mis en évidence de relation directe entre les propriétés physico chimiques des protections menstruelles internes et un risque augmenté de syndrome de choc toxique (SCT). Cependant, elle a finalement abouti à un décret qui rend obligatoire depuis le 01/04/24 l'affichage sur les emballages de protections hygiéniques internes de leur composition, leur durée de port maximum de 6h ainsi que de la description complète des symptômes du SCT (8). (voir **Annexe 1**)

D'autres revendications associatives ou militantes ont permis des avancées concernant la prise en compte du tabou menstruel, des dysménorrhées et des douleurs pelviennes, de la précarité ou encore de l'éducation menstruelles (6,9–11). Malgré ces avancées, 54% des filles et 73% des

garçons de 10 à 14 ans considèrent encore que les menstruations sont un sujet tabou dans un sondage réalisé en 2020 (12). Afin de garantir un objectif unifié dans les cadres des politiques publiques, de la santé et de la recherche, il a été nécessaire de proposer une définition commune de la « santé menstruelle » permettant de préciser son étendue et ses composantes.

Depuis 2021 la « **santé menstruelle** » est définie comme « **un état de complet bien-être physique, mental et social et non la simple absence de pathologie ou d'infirmité, en relation avec le cycle menstruel** ». Cette définition est issue des travaux du collectif mondial sur les menstruations (Global Menstrual Collective) (13). Elle s'aligne sur la définition de la « Santé » telle que proposée par l'OMS tout en précisant les déterminants nécessaires pour l'atteindre. Il s'agit donc d'un concept complexe à l'intersection de la santé physique, mentale et sociale qui s'inscrit dans une démarche inspirée du modèle bio-psycho-social de la santé.

Cette définition a été reprise et réaffirmée par l'OMS dans un communiqué en juin 2022 (14). Elle permet de transcender la vision d'une santé menstruelle limitée à l'hygiène menstruelle d'ailleurs souvent considérée à tort comme un problème propre aux pays en voie de développement. Elle comporte des enjeux en termes de santé globale, de littératie en santé, mais également de droits de l'Homme. Il s'agit d'un levier dans l'égalité homme-femme.

Ainsi elle repose sur l'accès par toutes les personnes ayant un cycle menstruel à (13) :

- Un **environnement positif et respectueux** permettant l'accès aux ressources et au soutien dont elles ont besoin pour prendre soin de leur corps en toute confiance et prendre des décisions éclairées concernant leurs pratiques de santé (self-care) tout au long de leur cycle menstruel. Chaque femme doit également avoir la **liberté de participer à toutes les sphères de la vie** sans exclusion, restriction ou discrimination.
- Des **produits d'hygiène menstruelle et des structures sanitaires adaptées**. Cela comprend l'accès et l'utilisation de produits d'hygiène menstruelle efficaces et abordables et la mise à disposition d'installations sanitaires.

- **Un diagnostic, des soins et/ou des traitements** pour les pathologies liées au cycle menstruel reposant sur un accès en temps opportun au système de soins. Les troubles liés au cycle menstruel doivent également être adressés à travers l'apprentissage de stratégies de self-care et l'accès aux antalgiques le cas échéant.
- **Une éducation menstruelle**, soit l'accès à des **informations appropriées** sur le cycle menstruel, les menstruations et leur gestion au quotidien (hygiène menstruelle et self-care) permettant de prendre des décisions éclairées en lien avec les santés menstruelle, sexuelle et reproductive.

Ainsi, cette définition place l'acquisition d'une littératie en santé adaptée comme objectif central de l'éducation menstruelle. La **littératie en santé** représente « **les connaissances, les compétences et la motivation d'un individu permettant d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser des informations pour se forger un jugement et prendre une décision en terme de santé (prévention ou soins) dans le but de maintenir et de promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence** » (Sørensen et al, 2012) (15). Une littératie en santé adéquate est associée à un meilleur niveau de santé via l'acquisition de connaissances et de savoir-faire permettant l'autonomisation et la mise en place de comportements adaptés en santé. De fait, elle est reconnue comme déterminant de santé et objectif de santé publique.

Le développement de la littératie en santé est un processus progressif reposant sur des interventions répétées au cours du temps. Le rôle du professionnel de santé est pluriel : délivrer des informations pertinentes, accompagner le patient dans le développement de son esprit critique et jouer sur sa perception en ses capacités à agir (16). **L'éducation est une composante centrale de la littératie en santé.**

Le collectif mondial sur les menstruations (Global Menstrual Collective) précise d'ailleurs les enjeux de l'éducation menstruelle (13). La diffusion d'informations scientifiquement validées permet de lutter contre les idées fausses et les tabous qui pèsent sur la santé menstruelle et ainsi de promouvoir l'autonomisation des femmes. La forme, le contenu, le timing doivent être adaptés

à la population visée en prenant notamment en compte l'âge. La première évocation des menstruations devrait être pré-ménarchale.

On distingue deux grands domaines d'acquisition de connaissances (13) :

- Des connaissances théoriques sur la physiologie du cycle menstruel et des menstruations et leur lien avec la reproduction. S'y rajoutent des connaissances sur les changements qui peuvent survenir sous contraception, lors de la grossesse et du post-partum ou encore en réponse à certains stressors psychologiques et/ou physiques, voire certaines pathologies. Il s'agit entre autres de permettre aux personnes menstruées de **déterminer les situations qui devraient motiver une consultation chez un professionnel de santé.**
- Des savoir-faire pratiques, d'hygiène et de self-care permettant de mettre en place des pratiques menstruelles adaptées et de gérer l'inconfort généré par les menstruations.

L'adolescence est une période clé pour l'acquisition de pratiques de santé qui perdureront à l'âge adulte (17). Selon L'OMS, «l'**adolescence** est la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire **entre 10 et 19 ans**. C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé. Les adolescents connaissent une croissance physique et un développement cognitif et psychologique rapides. Cela a des conséquences sur ce qu'ils ressentent et la manière dont ils pensent, prennent des décisions et interagissent avec le monde qui les entoure» (18). Cette population soulève des enjeux distincts en terme de littératie en santé car les demandes sont importantes dans cette période de bouleversement psychique et physique marquée entre autre par la ménarche.

La question des dysménorrhées est centrale chez les adolescentes du fait de leur fréquence, de leur retentissement fonctionnel et des restrictions de participations qu'elles engendrent. Deux grandes études transversales françaises portant sur des adolescentes âgées de 14 à 19 ans réalisées en 2014 (3) et 2019 (4) retrouvaient respectivement une prévalence de 80,5% et 92,9% des dysménorrhées, concordante avec le reste de la littérature.

Le SCT est également un problème touchant avant tout les adolescentes et les femmes jeunes. Une étude rétrospective multicentrique menée en France en 2022 incluant 102 patientes retrouvait une moyenne d'âge de 18 ans avec un interquartile de 16 à 24 ans (19). Ces résultats soulignent l'importance d'une éducation précoce sur les précautions de port des protections menstruelles internes.

Ces données montrent l'importance de l'acquisition d'une littératie en santé menstruelle adaptée dès l'adolescence. Mais quels sont les différents acteurs impliqués dans l'éducation menstruelle ?

Les sources d'informations des adolescentes sont en premier lieu leurs parents, notamment leur mère, et leurs amies (4). Le milieu scolaire a également un rôle à jouer dans l'éducation à la santé. Dans les programmes officiels (20), les « modifications morphologiques, comportementales et physiologiques de la puberté » sont abordés dès le cycle 3 (CM1-CM2-6^e) puis approfondies lors du cycle 4 (5^e- 4^e- 3^e) en faisant le lien avec la sexualité et la reproduction. Le lien entre cycle menstruel et hormones sexuelles est étudié en 2nd générale. En parallèle des connaissances fournies lors des enseignements formels, chaque élève doit avoir accès à une éducation à la sexualité dans le cadre de son parcours éducatif de santé (21). Au collège et au lycée elle doit faire l'objet de 3 séances annuelles dédiées qui peuvent être coanimées par des intervenants extérieurs. Concernant les menstruations, le Ministère de l'Éducation et de la Jeunesse propose que les dimensions suivantes sont détaillées (22) :

- Biologique : gestion pratique des différents types de protections hygiéniques, jetables et durables, avec manipulation et conseils d'emploi. Évoquer de l'absence de réglementation de la composition et mention du risque de SCT lors de l'utilisation de protections internes.
- Psycho-émotionnelle : favoriser l'expression des ressentis et des émotions en lien avec les règles.
- Social : identifier le discours ambivalent qui entoure les règles, les stéréotypes et le tabou qui leur restent attachés. Évoquer la précarité menstruelle.

Les pouvoirs publics appuient également l'attribution d'un rôle au médecin généraliste dans la santé et l'éducation menstruelle. Un rapport de l'ANSES sur la sécurité des produits de protection intime préconise l'implication des médecins généralistes comme relais pour informer les femmes sur les bonnes pratiques d'hygiène notamment pour la prévention du SCT (7). Les recommandations de bonnes pratiques sur l'endométriose de la HAS (23) puis la mise en place de la première stratégie de lutte contre l'endométriose (2022-2025) placent le médecin généraliste au premier plan dans le dépistage de cette pathologie douloureuse chronique.

La publication par l'AN d'un rapport portant sur les menstruations de manière plus globale en 2020 (1) montre une prise de conscience de l'importance de ces thématiques, y compris en dehors du cadre des pathologies qui peuvent leur être associées. Les recommandations émises plus spécifiquement sur l'éducation menstruelle en lien avec la médecine générale portent sur la diffusion d'une information sur les règles dans le cadre des deux visites « systématiques » à 11-13 ans et 15-16 ans y compris quand les adolescentes n'abordent pas spontanément le sujet (recommandations 41 et 42). Ces consultations sont remboursées à 100% depuis 2019. Les carnets de santé comportent désormais des pages dédiées à ces consultations incluant des questions sur les menstruations (24). Leurs modalités ne sont précisées ni en terme d'approche, ni en terme de contenu.

La CCP, « première Consultation Contraception et Prévention des IST », permet d'évoquer des questions de santé sexuelle plus globales, dont les menstruations. Cette consultation valorisée à 47,50 € est prise en charge à 100%. Par la suite, les femmes (et les hommes) peuvent bénéficier d'une consultation annuelle de suivi prise en charge à 100% jusqu'à l'âge de 26 ans révolu (25).

Dans ma pratique, je me suis parfois sentie démunie dans la prise en charge des patientes, en l'absence d'un cadre et de repères pour aborder les différents aspects de la santé menstruelle. Le niveau de littératie en santé, notamment des plus jeunes, m'est apparu préoccupant au fil de mes échanges lors de mes stages en cabinet de médecine générale, en gynécologie, au Centre des Douleurs Pelviennes du CMCO (FST Douleur), et lors de mon activité bénévole au Planning Familial du Bas-Rhin. Ces observations m'ont amenée à m'intéresser plus

spécifiquement au rôle des médecins généralistes dans l'éducation menstruelle des adolescentes. Le rapport de l'AN sur les menstruations de 2020 proposait **l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques** à destination des médecins en matière d'informations à donner aux patientes mais celui-ci n'a pas été publié à ce jour (1). En parallèle, malgré l'élaboration d'un cadre législatif autour des rôles des médecins généralistes dans la santé menstruelle, on dispose de très peu d'éléments dans la littérature sur l'avis des adolescentes par rapport à cette approche. Il est pourtant essentiel de cerner leur position pour favoriser leur adhésion.

L'objectif de ce travail était d'**explorer les représentations et les pratiques des adolescentes concernant leurs menstruations, afin d'identifier leurs attentes et leurs besoins en terme d'éducation menstruelle, notamment vis-à-vis de leur médecin généraliste**. Notre intention finale était de proposer des pistes d'amélioration pour les médecins, afin qu'ils favorisent l'acquisition d'une littératie en santé chez les adolescentes.

MATERIELS ET METHODES

I. TYPE D'ETUDE

Une étude qualitative avec analyse déductive et inductive inspirée de la théorisation ancrée a été conduite auprès d'adolescentes alsaciennes (Bas-Rhin et Haut-Rhin) âgées de 11 à 19 ans. L'objectif de ce projet était d'explorer par théorisation les représentations et les pratiques des adolescentes en terme de santé menstruelle afin de répondre à la question de recherche : « quelles sont les attentes et les besoins des adolescentes en matière d'éducation menstruelle vis-à-vis de leur médecin généraliste ? ».

S'agissant du premier travail qualitatif de l'investigatrice, une formation à la méthode qualitative a été réalisée via une formation organisée par la faculté de médecine de Strasbourg puis à travers les ouvrages « Initiation à la recherche qualitative en santé » (26) et « Manuel d'analyse qualitative » (27).

Les lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative ont été utilisées pour construire puis évaluer la méthodologie employée dans cette étude (28). Elles sont disponibles en **Annexe 2**.

II. POPULATION ETUDIEE & RECRUTEMENT

Les critères d'inclusion étaient le sexe féminin et l'âge entre 10 et 19 ans choisi d'après la définition de l'adolescence de l'OMS (18). Le statut ménarchal des participantes n'était pas connu en amont de l'entretien.

Le critère d'exclusion était la non maîtrise du français car le contenu de l'entretien ne rendait pas souhaitable la présence d'un traducteur.

Le recrutement des participantes a été réalisé sur la base du volontariat via différentes approches :

- Affichage d'un flyer dans des cabinets de médecine générale, au Planning Familial de Strasbourg et à la Maison des Adolescents de Strasbourg (voir **Annexe 3**) n'ayant finalement abouti à aucune inclusion.
- Proposition directe lors de consultations médicales en cabinet de médecine générale réalisées par l'investigatrice dans le cadre de son Internat.
- Proposition dans le cadre privé via du bouche-à-oreille (directement ou via leurs parents). Les coordonnées des adolescentes volontaires ou de leurs parents étaient alors transmises à l'investigatrice qui les recontactait via le moyen de communication de leur choix pour fixer une date d'entretien.
- Effet boule de neige à partir des premières participantes et de leurs parents.

Aucune des participantes ne connaissait personnellement l'investigatrice en amont de l'entretien.

Un échantillonnage raisonné théorique a été mené en faisant varier les caractéristiques des participantes à partir d'hypothèses issues de la littérature ou des entretiens précédents, sans viser la représentativité de la population source (âge, pratique sportive, composition familiale, dysménorrhées). La taille de l'échantillon n'a pas été fixée *a priori*, privilégiant la suffisance des données déterminées par l'investigatrice comme l'absence d'émergence de nouvelles propriétés en lien avec la question de recherche dans deux entretiens consécutifs.

III. RECUEIL DES DONNEES & ANONYMISATION

Des entretiens individuels uniques structurés autour d'un guide d'entretien semi directif ont été réalisés en Alsace entre avril 2023 et février 2024. Ils ont été conduits dans des localisations choisies par les participantes permettant de respecter la confidentialité des échanges (domicile, cabinet médical...).

Le guide d'entretien semi dirigé a été élaboré par l'investigatrice à partir des questions de recherche et d'un travail de recherche bibliographique.

Il comporte des questions larges abordant le vécu des menstruations et son évolution au cours du temps, leur gestion pratique, les représentations qui leur sont associées et les sources d'informations en terme de santé menstruelle. Des questions de relance étaient prévues si le rôle des médecins généralistes n'était pas mentionné spontanément. Une question de clôture permettait aux participantes d'aborder d'autres aspects si elles le souhaitaient.

Les caractéristiques socio-démographiques des participantes étaient recueillies en fin d'entretien.

L'approche étant itérative, une adaptation du guide d'entretien a été réalisée au fur et à mesure de la collecte des données. Quatre questions de relance ont été ajoutées à l'issue du 4^e entretien afin d'explorer le caractère « normal » des dysménorrhées et l'importance attachée à la régularité des cycles menstruels décrite par certaines participantes. La connaissance de pathologies en lien avec les menstruations ou l'utilisation des protections hygiéniques a alors également été recherchée.

Pour plus de fluidité, la question brise-glace initiale concernant le récit des premières règles était précédée à partir du 6^e entretien par la question suivante : « A quoi est-ce que ça t'a fait penser en premier quand on t'a proposé de participer à un entretien sur les règles ? »

Une attention particulière a été portée à l'emploi d'un vocabulaire compréhensible et adapté à l'âge de chaque participante. Afin de favoriser une expression plus libre, il était précisé que l'entretien était centré sur leur expérience personnelle et qu'il ne s'agissait en aucun cas d'une évaluation avec des « bonnes » et des « mauvaises » réponses. Les participantes étaient informées du statut d'Interne en Médecine Générale de l'investigatrice. L'objectif principal de l'étude ne leur était néanmoins pas communiqué afin d'atténuer un potentiel biais de désirabilité dans leurs réponses.

Les versions initiales et finales du guide d'entretien sont disponibles en **Annexes 4 et 5**.

Un numéro d'anonymisation aléatoire a été attribué à chaque participante grâce à l'application « *Random Number Generator Plus* » avant chaque entretien. Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone et un téléphone portable puis intégralement retranscrits sur Word. Les données

permettant une identification directe ou indirecte des participantes ont été retirées ou anonymisées lors de la retranscription des entretiens dans Word.

Les conditions de l'entretien et les caractéristiques des participantes étaient relevées et consignées dans un compte rendu de terrain du journal de bord pour en tenir compte dans l'analyse.

IV. ANALYSE DES DONNEES & CRITERES DE FIABILITE

L'analyse des données a été réalisée via une approche déductive et inductive inspirée de la théorisation ancrée.

Une relecture de chaque entretien a été réalisée à plusieurs reprises par l'investigatrice principale pour familiarisation. Les premiers éléments surprenants et pouvant éclairer l'analyse ont été consignés dans le journal de bord.

Les cinq premiers entretiens ont fait l'objet d'un étiquetage thématique en amont de l'étiquetage expérientiel pour permettre à l'investigatrice de s'approprier les spécificités propres à la méthode qualitative et ainsi éviter les écueils de l'indexation.

Deux entretiens ont fait l'objet d'un co-codage avec confrontation des étiquettes expérientielles proposées par l'investigatrice et de celles d'une autre interne formée à la recherche qualitative dans le cadre de son propre travail de thèse.

Concernant l'analyse ouverte, la création des étiquettes expérientielles, l'identification des différentes propriétés et une première organisation en catégories ont été réalisées dans des fichiers Excel propres à chaque entretien. L'ensemble des données a ensuite été rassemblée dans un fichier Excel commun permettant de retravailler les catégories identifiées initialement pour aboutir à la construction de nouvelles catégories plus inductives.

Ce fichier a ensuite été utilisé par l'investigatrice lors de l'analyse axiale pour qualifier les conditions de variation des propriétés et des catégories identifiées afin de les articuler autour d'axes porteurs de sens. Enfin, l'intégration des différents axes et la construction d'un modèle

explicatif global a été réalisée manuellement puis formalisée dans le logiciel « Xmind » sous forme de carte mentale.

V. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Une notice d'information adaptée à leur âge a été remise aux participantes et aux détenteurs de l'autorité parentale en amont de l'entretien. Le consentement éclairé des participantes a été recueilli par écrit. Pour les participantes mineures, une autorisation parentale a également été signée. Ces documents sont disponibles dans les **Annexes 6 à 10**.

Il a été rappelé par oral à chaque participante en début d'entretien que :

- Le contenu de l'intégralité de l'entretien était confidentiel, y compris vis-à-vis de leurs parents.
- Elles étaient libres de leurs réponses, pouvaient choisir de ne pas répondre à certaines questions et de mettre fin à l'entretien à n'importe quel moment.
- Elles avaient la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment après l'entretien en contactant l'investigatrice ou sa directrice de thèse.

Aucune participante n'a fait usage de son droit de retrait au cours ou à distance de l'entretien.

La méthodologie de ce projet a été évaluée et approuvée par le Comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg. Il porte le numéro d'accréditation « Unistra/CER/2022-42 » (voir **Annexe 11**). Une déclaration de conformité a également été déposée auprès de la CNIL (référence CNIL 22277488v0) (voir **Annexe 12**).

VI. STOCKAGE DES DONNEES

Les formulaires de consentement éclairé des participantes, ainsi que les formulaires d'autorisation parentale pour les mineures ont été réalisés en double exemplaire : un pour l'investigatrice et un pour la participante et son représentant légal. Les exemplaires conservés par l'investigatrice ne comportaient que le nom du représentant légal et le numéro d'anonymat

attribué avant l'entretien. Ces documents papiers ont été conservées au domicile de l'investigatrice, accessibles par elle seule.

Les enregistrements audio sur dictaphone et téléphone portable ont été supprimés à l'issue de leur retranscription.

L'ensemble des données informatiques anonymisées ont été conservées sur l'ordinateur portable de l'investigatrice protégé par un mot de passe, sur un drive sécurisé par une clé d'encryptage (MEGA) et sur un disque dur externe conservé exclusivement au domicile de l'investigatrice.

RESULTATS ET ANALYSE

I. ANALYSE DESCRIPTIVE : CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTES

Nbr Etiqt	Entretien		Age	Classe	Ménarche		Profession mère	Profession père	Activité sportive	Médecin traitant	
	N°	Durée			Age	depuis				Sexe, âge*	Consultation
37	E65	13'32	17 ans	1è	13 ans	4 ans	Cadre/PIS	Cadre/PIS	Compétition	F 50 ans	Ponctuelle
27	E37	9'24	14 ans	3è	13 ans	1 an	Cadre/PIS	Cadre/PIS	Compétition	F 50 ans	Ponctuelle
41	E30	28'15	11 ans	6è	NM	NM	Cadre/PIS	Cadre/PIS	x	x	x
47	E71	16'10	15 ans	2nd	14 ans	1 an	Cadre/PIS	Cadre/PIS	Compétition	H 70 ans	Suivi
49	E97	23'23	11 ans	6è	NM	NM	Cadre/PIS	Cadre/PIS	x	H 50 ans	Ponctuelle
85	E2	29'46	19 ans	L2	12 ans	7 ans	Cadre/PIS	Cadre/PIS	x	H 55 ans	Ponctuelle
108	E15	54'36	15 ans	3è	11 ans	4 ans	Employée	x	x	H 40 ans	Ponctuelle
60	E22	24'12	13 ans	4è	13 ans	5 mois	Cadre/PIS	Cadre/PIS	Loisir	F 50 ans	Suivi
38	E79	16'22	15 ans	3è	11 ans	4 ans	Cadre/PIS	Chef d'entreprise	Loisir	F 60 ans	Suivi
58	E18	21'18	15 ans	2nd	11ans8m	4 ans	x	Agriculteur	Compétition	F 40 ans	Ponctuelle
57	E83	16'07	16 ans	2nd	13 ans	3 ans	Sans activité	Ouvrier	x	H 40 ans	Ponctuelle
47	E33	15'49	15 ans	2nd	13 ans	2 ans	Cadre/PIS	Artisan	Loisir	H 50 ans	Suivi
53	E88	20'06	14 ans	3è	12 ans	2 ans	Profession intermédiaire	Ouvrier	x	F 60 ans	Suivi

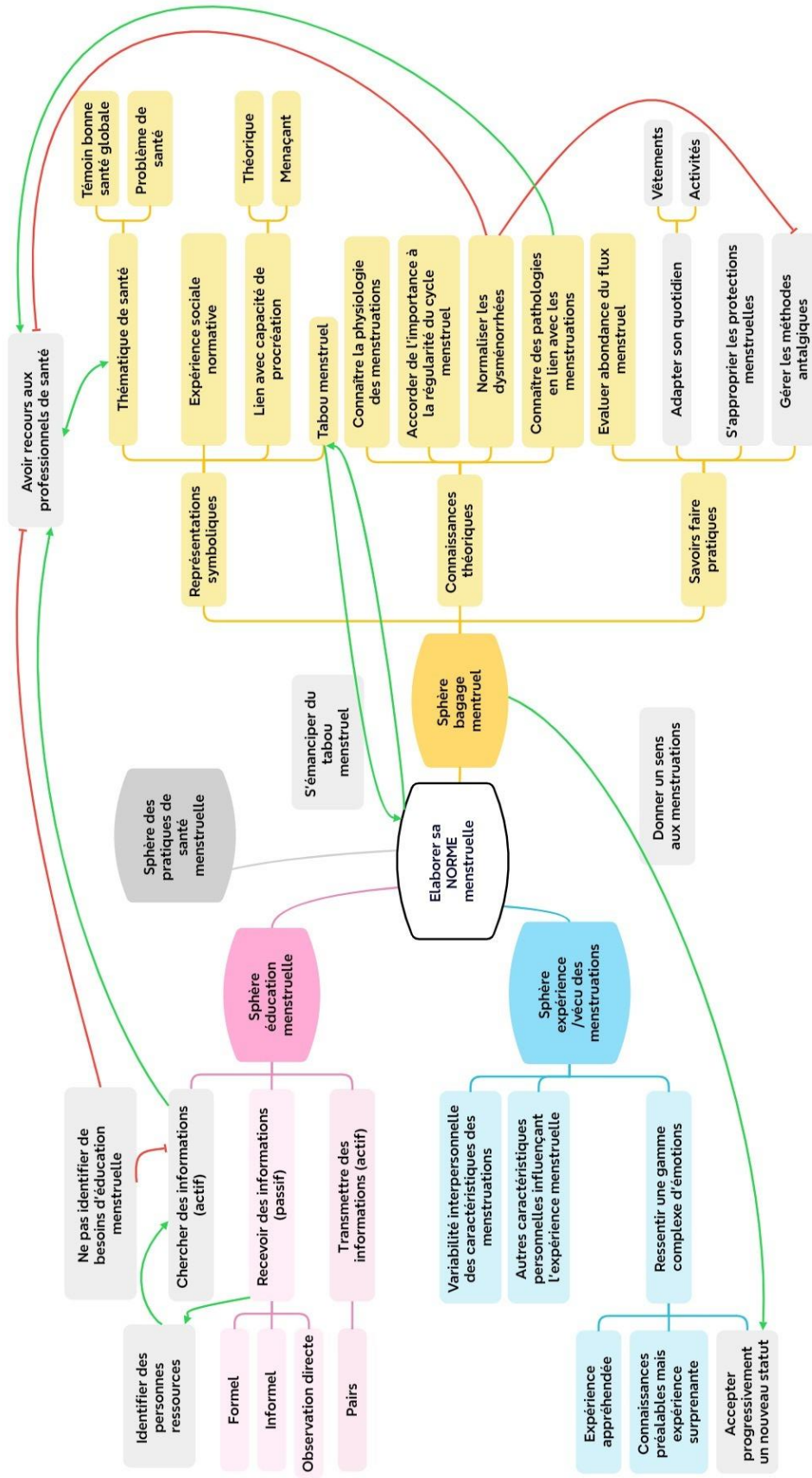
PIS : Professions intellectuelles supérieures; NM : non menstruée; * : âge estimé par les adolescentes

Figure 1 : Caractéristiques socio-démographiques des participantes

Treize adolescentes âgées de 11 à 19 ans ont participé à cette étude. La moyenne d'âge était de 14,6 ans. Elles étaient principalement issues de famille ayant un niveau socio-économique élevé. Toutes suivaient une scolarité générale à l'exception d'une participante qui réalisait des études supérieures. Sept participantes avaient une activité physique régulière, dont 4 en compétition.

La durée des entretiens allait de 9'24 minutes à 54'36 minutes, avec une durée moyenne de 22 minutes.

Dans la suite de cette partie « Résultats », nous nous attacherons à l'analyse expérientielle de nos résultats. Une synthèse de notre analyse a été modélisée sous forme d'une carte mentale disponible (voir [Figure 2](#)).



Presented with xmind

Figure 2 : Elaborer sa norme menstruelle, modèle explicatif concernant les stratégies de santé menstruelle des adolescentes

Les flèches vertes symbolisent une relation favorisante et les flèches rouges une relation défavorisante.

II. CHANGER DE STATUT A TRAVERS L'EXPERIENCE DES MENSTRUATIONS ?

II.1. La première évocation des menstruations : une expérience peu marquante

La **première évocation** des menstruations a été **pré-ménarchale** pour l'ensemble des participantes à notre étude. Le contexte, la forme et le contenu sont très variables et ne semblent pas être associés à un souvenir marquant. Plusieurs participantes ne s'en souviennent d'ailleurs pas du tout, indépendamment de leur âge (dont une des participantes non menstruée).

Elle est réalisée dans le cadre informel pour la majorité des participantes. Les pairs sont les interlocuteurs les plus fréquemment mentionnés. Cela semble dénoter une curiosité pour le sujet et un accès plus facile aux pairs du même âge avec une valorisation de leur parole et de leur expérience.

« En en parlant avec mes copines qui les avaient déjà, c'est tout. » E83

« Plus des choses que je pouvais entendre d'autres personnes de mon âge. » E2

« C'était en CM2 où on avait une conversation ben en primaire de savoir qui les avaient déjà ou pas. » E22

La figure maternelle est évoquée par deux participantes uniquement, une dont la mère a abordé spontanément le sujet et une en réponse à des questions car sa grande sœur refusait d'aller à la piscine.

« Ben en fait je voulais aller à la piscine et ma sœur ne voulait pas. Et pour éviter que je commence à me mettre en colère (rire) ou que j'insiste ben maman elle me l'a dit quoi. » E79

Une adolescente rapporte une première évocation en milieu scolaire dans les cours de SVT au début du collège.

II.2. La ménarche une expérience appréhendée puis surprenante

Malgré l'acquisition précoce d'informations à la fois sur la physiologie des menstruations et leur gestion pratique, les deux participantes pré-menstruées de notre étude ont une vision plutôt

négative des menstruations. Celle-ci est notamment construite autour de témoignages de pairs menstruées ou de l'observation directe de leur vécu. Les dysménorrhées, les restrictions d'activités et les difficultés de gestion pratique sont évoquées en premier en analyse longitudinale.

« Ben c'est chiant apparemment. Parce qu'on a mal au ventre. Et tu ne peux pas trop faire du sport. Et quand tu as des pantalons clairs, ben, (rire gêné)... » E97

La variabilité interpersonnelle des caractéristiques des menstruations et de leurs symptômes associés est bien connue. L'incertitude sur le déroulement des premières menstruations soulève de nombreuses questions et est associée à une anxiété anticipatoire. La présence de dysménorrhées et l'absence de contrôle sur le moment de survenue sont les deux aspects les plus saillants.

*« Hum... enfin apparemment ça fait **mal**... pour certaines personnes, et pour d'autres ça ne fait pas **mal**. Et ça peut durer une certaine durée. J'ai une copine qui les a eu une fois en sortie scolaire à Paris et elle ça ne la gênait pas du tout et j'ai une copine au contraire qui les a eu il y a pas longtemps et elle, elle avait toujours mal, tout le temps mal au ventre et elle rentrait souvent à la maison, elle avait souvent mal à la tête. Donc j'ai l'impression que ça dépend vraiment de la personne. » E30*

« Non, c'est que chez certaines personnes. Il y en a qui ont plus mal que d'autres. Moi je ne sais pas du tout si je vais avoir mal ou pas. » E97

*« Et aussi parce que, enfin, je sais pas mais des fois j'ai **peur** limite de les avoir ou même je n'ai pas envie de les avoir en cours ou quelque chose comme ça. » E30*

« Pas vraiment, c'est juste, la seule chose qui m'angoisse c'est... de les avoir en classe. J'ai pas envie parce que je sais que tout le monde sera là pour me soutenir mais j'aurais quand même honte de les avoir même si je sais qu'il n'y aura personne qui me jugera dans ma classe. » E30

Chez les participantes menstruées, la survenue des premières menstruations est décrite comme une expérience inattendue et surprenante. Elle est associée à une palette d'émotions complexe avec au premier plan des aspects négatifs tels que l'anxiété ou le stress. L'âge de la ménarche, son contexte de survenue (lieu, soutien d'un tiers), l'existence de dysménorrhées, la perception du tabou menstruel ou encore la qualité des informations pratiques reçues en amont semblent conditionner ces ressentis. A l'exception d'une participante, leur première réaction est de chercher un tiers de confiance pour soutien pratique et émotionnel. La présence d'un tiers soutenant semble améliorer le ressenti et le souvenir de cet événement.

Enfin, on peut citer le cas particulier d'une adolescente qui présentait des douleurs abdominales cycliques inexplicables plusieurs mois avant ses premières menstruations. La ménarche est alors associée à un vécu particulièrement positif car elle vient éclairer les manifestations physiques qui l'ont précédée et leur donner un sens.

« Alors le stress ! Ben d'un côté la joie parce que ça me tâtait un peu de ne pas savoir ce que j'ai ! Et de savoir qu'il y a quelque chose mais de rien avoir ! Et ça c'est un peu un truc... rire... moi je suis un peu impatiente. Et du coup ça me met mal à l'aise de ne pas savoir ce que j'ai et j'aimerais le savoir. Du coup j'étais contente de savoir ce que j'avais. Mais sur le moment j'avais la peur, j'étais un peu angoissée... j'étais stressée. » E22

II.3. Acceptation d'un nouveau statut et adaptation progressive

Par la suite, les menstruations sont associées à une vaste gamme d'émotions aux tonalités positives, négatives, ou neutres qui peuvent coexister et se confronter chez une même personne. Les adolescentes, notamment les plus âgées, revendiquent une vision pragmatique des menstruations comme une expérience de vie inhérente aux femmes. Néanmoins, la charge mentale découlant de la dissimulation et de la gestion pratique des menstruations peut être à l'origine d'émotions plus négatives. Les participantes qui rapportent des modifications de leur quotidien voire des restrictions de participation liées aux dysménorrhées ou à un flux décrit comme abondant (levers nocturnes pour changer de protections, adaptation ou non réalisation

d'activités physiques, absentéisme scolaire) ont un vocabulaire connoté plus négativement. Les menstruations sont alors décrites comme une contrainte qu'elles souhaiteraient pouvoir faire disparaître.

« Enfin c'est surtout le fait que ça me fasse mal, que du coup je suis **bloquée** à rester couchée dans le lit tout le temps donc ça c'est un peu embêtant. » E65

« Ben des fois ça m'embête quand même, parce que des fois ça me fait quand même mal donc je me dis ben je peux rien faire pendant une journée, ça m'énerve pas mais voilà je le prends ben c'est comme ça. » E65

« C'est **pénalisant** parfois. » E83

« Des fois j'aimerais ne pas en avoir, vu les douleurs, je n'aime pas ça du tout. Mais bon on s'adapte ! » E15

Finalement, on observe que les menstruations sont associées à une palette complexe d'émotions qui évoluent au cours du temps et sont parfois associées à une certaine ambivalence. Elles sont en partie éclairées par les caractéristiques des menstruations et leur retentissement fonctionnel. Il semble que les participantes qui rapportent le plus de dysménorrhées et de restriction de participation sont celles qui sont le plus à même d'exprimer des émotions négatives. Cependant, cela n'a pas été vérifiée chez toutes nos participantes et des éléments de leur bagage menstruel viennent moduler leurs affects.

III. CONSTRUIRE SON BAGAGE MENSTRUEL

Nous allons maintenant nous attacher à analyser le contenu à partir duquel chaque adolescente module sa perception des menstruations et ses stratégies de gestion. Nous avons choisi d'utiliser l'expression « bagage menstruel » pour qualifier l'ensemble des connaissances et des représentations des adolescentes au sujet des menstruations. Pour plus de clarté, nous les avons divisées en trois propriétés définies comme suit :

- Représentations symboliques : perception/image mentale sur les menstruations et sur le contexte dans lesquels elle les expérience.
- Connaissances théoriques : ensemble relativement organisé d'idées et de concepts se rapportant ici aux menstruations.
- Savoirs faire pratiques : compétences permettant la gestion pratique des menstruations.

III.1. Représentations symboliques

Au-delà des affects, on distingue plusieurs représentations symboliques associées aux menstruations pouvant coexister ou s'affronter chez une même personne.

Le terme « tabou » est fréquemment utilisé par les adolescentes sans avoir été mentionné par l'investigatrice en amont. Toutes les participantes à notre étude percevaient un tabou sociétal pesant sur les menstruations sans toutefois pouvoir en identifier clairement la cause.

« Quelque chose de chiant ! Plutôt des douleurs, quelque chose de très, ... principalement pour les femmes quoi ! Euh, un peu tabou aussi. On en parle pas trop. » E2

On observe une grande variabilité interpersonnelle de la persistance du tabou menstruel chez les adolescentes interrogées. Nous avons pu distinguer plusieurs positionnements. Certaines participantes déclarent ouvertement la persistance d'un tabou personnel qui semble corrélé à une communication peu approfondie dans le cadre familial, avec les pairs du même âge, ou encore les professionnels de santé (notamment de sexe masculin). D'autres déclarent l'absence de tabou menstruel voire expriment un réel militantisme sur la nécessité de s'en affranchir. La levée du tabou est alors identifiée comme un facteur nécessaire à l'ouverture du dialogue et à l'acquisition de connaissances permettant un vécu plus positif des menstruations.

Cette notion est par exemple illustrée chez E30 :

« Par exemple ma grand-mère, ma mère m'avait expliqué qu'une de mes grands-mères elle les avait eu et elle croyait qu'elle allait mourir parce que avant on leur en parlait pas. Donc c'était différent. C'était peut-être plus difficile. » E30

Toutefois ces observations sont à nuancer. En effet, il persiste une ambivalence avec un écart entre une forme d'intellectualisation prônant l'émancipation du tabou et une gêne persistante liée à son ancrage. Les menstruations ne doivent pas se voir ou s'entendre en « public ».

Différents facteurs d'émancipation du tabou menstruel semblent se dégager des déclarations des participantes : l'avancée en âge, la posture familiale, l'élargissement du cercle de confiance ou encore les autres représentations symboliques qui entourent les menstruations.

Elles sont également décrites comme une **expérience sociale normative**, inhérente à la condition de femme. Elles marquent une transition obligatoire de leur vie, la fin de l'enfance et l'entrée dans l'adolescence. Il y a également un lien mis en avant avec la féminité.

« ..Bah..... Je ne sais pas vraiment si c'est positif mais je ne sais pas, il faut que ça arrive de toute manière donc...Ouais je ne me pose pas trop de questions sur ça ! » E71

« Je ne sais pas, ça me fait sentir un peu plus grande en fait, c'est passer un cap un petit peu. » E37

« Euh, vraiment le passage vers l'adolescence. » E30

« ... Je sais pas du tout, ... enfin ouais on grandit quoi ! » E71

« Ça montre que je suis aussi une femme. » E79

« Humm, comment... Ben en fait rien ! Je me dis bon ben je suis une femme, donc toutes les femmes ont ça et puis c'est parce que voilà ça me fait rien de spécial (rire). » E15

On retrouve un **lien entre les menstruations et la procréation**. Celui-ci est très théorique chez les plus jeunes, puis plus menaçant chez les plus grandes. Leur survenue est alors attendue et source de réassurance car marquant l'absence de grossesse. A noter la perte de cette réassurance avec les hémorragies de privation sous COP (contraception oestroprogestative) qui sont identifiés comme de « fausses règles » n'éliminant pas la potentialité d'une grossesse.

« Ben c'est un truc tout bête mais (rire) ça montre qu'on est pas enceinte ! Mais si, enfin voilà !! Mais déjà ça montre ça, pour toutes les filles de notre âge c'est le premier truc auquel on pense même si on a rien fait ou quoi ! » E18

Elles sont également perçues comme une **thématique de santé**, voire un **témoin de bonne santé globale**. Le vocabulaire employé établit un rapprochement entre les menstruations et le bon fonctionnement du corps défini comme une « machine ».

« Ben oui c'est rassurant les avoir quand même ! Oui parce que c'est normal et que ça marche bien. Alors on se dit que ça marche bien, que ça fonctionne bien. » E65

« Ben je dirais, en tout cas si elles ne sont pas pathologiques, d'être en bonne santé. J'ai l'impression que ça fonctionne bien, et euh ouais, je dirais être en bonne santé et puis..., hum qu'est-ce que ça représente ? La machine fonctionne bien !! Et après je ne sais pas trop. » E2

« Le corps il fonctionne bien. » E83

Certaines caractéristiques individuelles peuvent faire varier cette représentation. La présence de dysménorrhées invalidantes ayant un retentissement fonctionnel marqué est associée à la perception des menstruations comme un **problème de santé** et non plus un marqueur de bonne santé. De même, chez certaines adolescentes très sportives, être en bonne santé semble plus en lien avec leurs performances sportives, les menstruations devenant alors un frein et une contrainte.

Néanmoins la question sur la « signification des menstruations » est source de beaucoup d'hésitations, de silence, voire de rires. Ces **difficultés persistantes à donner un sens à l'expérience menstruelle** favorisent une perception et un vécu négatif des menstruations. Au contraire, la transmission de représentations symboliques positives éclaire l'expérience menstruelle en modifiant le regard de l'adolescente :

« Ben ça représente que, ben, grâce à ça, ou à cause... ouais grâce à ça on va dire, ben je vais pouvoir avoir des enfants ! C'est un peu ça, grâce à ça que je peux mettre quelqu'un au monde, plus tard ! Mais ça signifie un peu la vie. – [I : Donc une vision qui est plutôt positive malgré le fait que ça ne soit pas toujours un bon moment ?]– Oui. Ma mère m'a bien rappelé que c'était ça (rire). Parce que au début pour moi c'était juste une souffrance. En ayant mal, pour moi, je ne voyais rien d'autre. Mais ma mère me rappelle souvent que c'est grâce à ça que j'aurai des enfants. » E22

III.2. Connaissances théoriques

III.2.1. Connaître la physiologie des menstruations : des notions approximatives

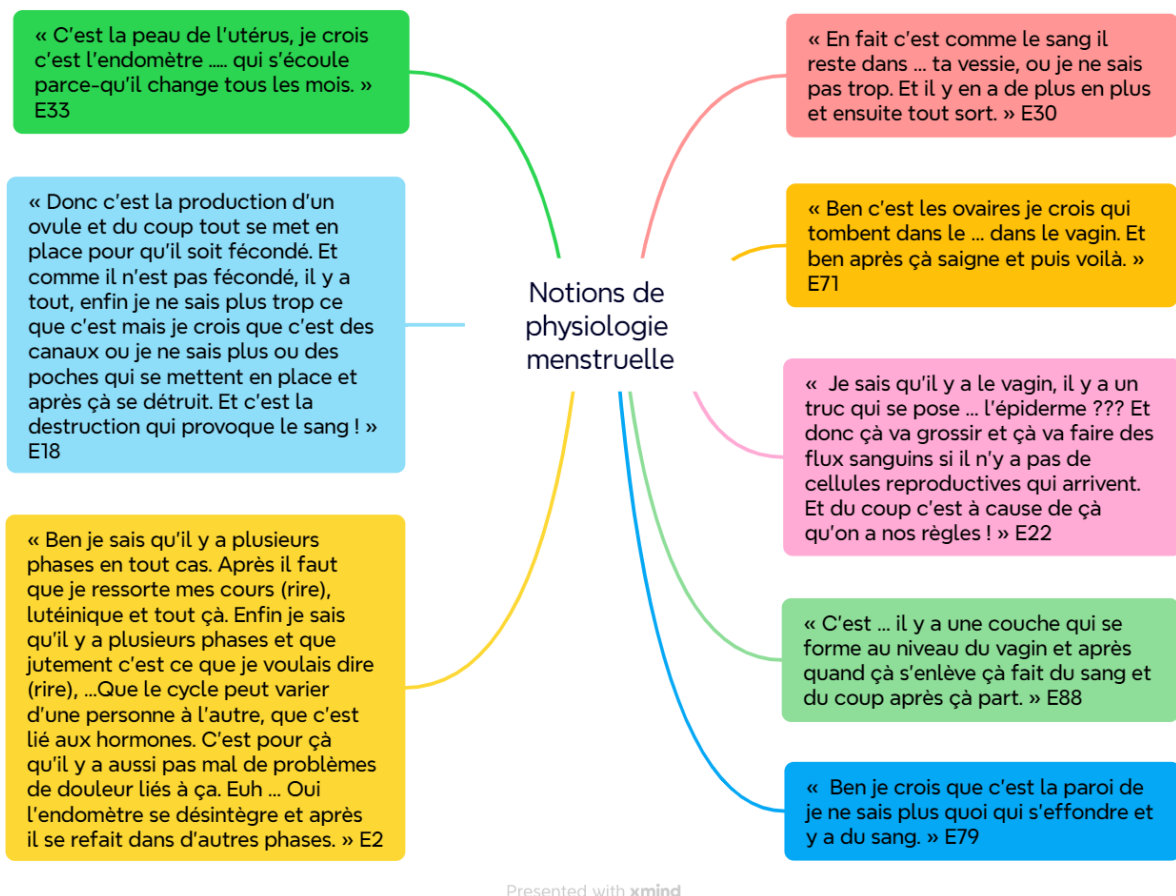


Figure 3 : La physiologie des menstruations, extraits de verbatims des participantes

L'ensemble des participantes a rapporté avoir reçu des informations sur la physiologie des menstruations, a minima en milieu scolaire (CM2 ou 4è). Cependant la question du « fonctionnement biologique » des règles semble soulever des difficultés avec des silences, des hésitations et des approximations sur les termes d'anatomie féminine. Le vocabulaire utilisé est plutôt menaçant (« sang », « tombe », « s'effondre », « la destruction »...). L'origine du sang menstruel semble incomplètement comprise avec une confusion fréquente entre le vagin et l'utérus, voir la vessie. L'implication des variations hormonales n'a été évoquée que par une participante (études supérieures).

La variabilité interpersonnelle de l'âge de la ménarche est bien connue et évoquée régulièrement. Elle est correctement estimée autour de 11-13 ans la plupart du temps, notamment par observation chez les pairs et en fonction de sa propre expérience. Cependant cette tranche d'âge peut être mal évaluée : par exemple à partir de 9 ans ou encore uniquement vers 15-16 ans. Ces notions inexacts peuvent être une source d'angoisse et d'inquiétude car associées à la perception par l'adolescente d'une déviation à la norme.

« Parce que je pensais que c'était trop tôt pour les avoir ! » (ménarche à 13 ans) E83

Le lien entre puberté, croissance, apparition des caractères sexuels secondaires et ménarche n'est que très peu évoqué. Une participante rapporte des effets néfastes de la ménarche sur le corps en transformation avec un arrêt de la croissance.

« Euh, je ne me souviens plus de tout mais on avait fait une unité où on parlait, hum, de tout le changement, ce qui arrivera, enfin voilà. Tout ce qui se passera quand on devient adolescent : des boutons ou même de puer sous les aisselles, des règles... Enfin voilà. » E30

« Parce que je suis assez petite en taille déjà dans ma classe donc si je ne grandis plus beaucoup après (ie : après la ménarche) ça va peut-être être... embêtant. » E30

III.2.2. Normaliser les dysménorrhées

La variabilité du vécu des menstruations est connue des adolescentes. On retrouve une variabilité intra individuelle d'un cycle sur l'autre ou au cours du temps mais aussi une variabilité inter individuelle qui est mise en avant par leurs échanges avec d'autres personnes menstruées. Une participante émet l'hypothèse que ces variations sont en lien avec des fluctuations hormonales.

Les **dysménorrhées** sont le premier symptôme associé aux menstruations lors de la lecture longitudinale des entretiens, de manière indifférente par les adolescentes qui rapportent en souffrir ou pas. Elles sont **minimisées et normalisées**. Ce constat est à mettre en lien avec l'utilisation d'un vocabulaire les apparentant à une blessure et connoté négativement.

« C'est un peu normal vu que tu te vides de ton sang, donc oui si on veut. » E97

« Je dirais à une certaine limite oui. Ça dépend vraiment de la durée de la douleur et de l'intensité mais il y a un certain degré où c'est classique ! Enfin c'est quelque chose qui arrive. »

E2

Le potentiel caractère pathologique des dysménorrhées n'est souvent pas identifié. Seul un impact fonctionnel notable (type absentéisme scolaire) avec une variation perçue à sa norme personnelle ou à celle des pairs est source de questionnement. Le recours à un professionnel de santé n'est envisagé qu'en dernier recours, suite à l'intervention d'un proche ou après dépassement de leurs capacités d'autogestion.

« Ben je trouve ça normal d'avoir des douleurs mais avoir des douleurs aussi fortes par rapport aux autres je ne sais pas trop...- [I : Et pourquoi c'est normal d'avoir des douleurs pendant les règles ?] - Ben c'est que le corps il travaille et il en a besoin ! » E83

« Ben ça dépend mal comment ! Si tu as vraiment mal ça peut être de l'endométriose mais sinon avoir un peu mal je trouve que c'est normal, il y a quand même quelque chose qui se passe dans le corps quoi !! » E33

La labilité émotionnelle et les difficultés de concentration lors des menstruations sont évoquées à demi-mots et semblent associées à un sentiment de dévalorisation et de perte de contrôle.

D'autres symptômes concomitants aux menstruations semblent moins connus et donnent lieu à des incertitudes motivant des questions à l'investigatrice lors des entretiens (poussée d'acné, ballonnements abdominaux et troubles du transit).

Le syndrome prémenstruel n'est évoqué que par la participante la plus âgée, ce qui concorde avec l'âge moyen de son apparition.

III.2.3. Accorder de l'importance à la régularité du cycle menstruel : une notion variable

Le caractère mensuel des menstruations est évoqué par l'ensemble des participantes. Néanmoins l'importance accordée à la régularité des cycles est très variable d'une adolescente à l'autre. Pour certaines il s'agit d'un impératif :

« Dans la règle de l'humanité, ben si, forcément tu les as tous les mois. Sinon il y a quelque chose qui cloche. » E7

Pour d'autres cette régularisation est acquise secondairement, sans pouvoir en expliquer la temporalité ou les mécanismes sous-jacents. Enfin certains facteurs sont mis en avant comme pouvant être à l'origine d'une irrégularité du cycle menstruel, notamment le stress et l'activité sportive.

« Parce que, par exemple, je sais que quand j'ai mes partiels, que je stresse, je peux avoir des gros retards de règles. Du coup je sais qu'effectivement le corps n'est pas au top de sa forme quoi ! Donc quand je vois que je suis pile poil comme il faut j'ai l'impression en tous cas que mon corps il fonctionne bien et que j'ai pas de problème on va dire externe. » E2

« Au début c'était très régulier, enfin c'était vraiment le même jour chaque mois. Mais un moment, enfin je ne sais pas si ça a un lien mais j'ai commencé à faire beaucoup de sport et depuis c'est plus du tout. » E79

Aucune des participantes n'a évoqué que l'irrégularité menstruelle pouvait être le signe d'une pathologie sous-jacente.

III.2.4. (Mé)connaître les pathologies en lien avec les menstruations

Toutes les adolescentes n'ont pas conscience que les menstruations peuvent être associées à des pathologies. L'endométriose est mentionnée quasi exclusivement, principalement par les participantes les plus âgées. Les sources d'information sont alors principalement des proches atteintes par cette pathologie (mère, cousine). Une participante a rapporté avoir reçu des informations via les réseaux sociaux. Les médias et les politiques publiques ne sont pas mentionnés.

Concernant les définitions de l'endométriose proposées par les participantes, on retrouve au premier plan des douleurs d'intensité inhabituelle ayant un impact fonctionnel marqué qui peuvent/doivent être associées à d'autres symptômes sans que ceux-ci soient clairement définis. L'infertilité est rarement mentionnée.

« Ben je ne sais pas vraiment mais c'est quand ça touche l'endomètre... mais on pensait pas que c'était ça parce que je n'avais pas tous les symptômes ! Ben je ne sais plus trop mais je n'avais pas assez, j'avais juste vraiment mal au ventre ! » E83

« Eh bien on m'a surtout parlé de l'infertilité chez la femme quand elle peut l'avoir. Qu'il y a 10% des femmes je crois qui touchent cette maladie. Et bon qu'elles ont de très très très très fortes douleurs. Et que le traitement bon... Voilà c'est tout ce que je sais là-dessus. » E15

« Ben je sais que l'endomètre c'est la paroi du coup qui protège, enfin qui est sensée se désintégrer pendant les règles et du coup c'est un problème qui est lié à ça et qui peut être très impactant pour la vie des femmes de ce que je sais. Donc c'est très douloureux, ça peut impacter la fertilité entre autres. Je sais que c'est dur à vivre en tout cas et que c'est difficile à, des fois, comment dire, à repérer chez les femmes parce que la douleur elle n'est pas prise en compte. Après je n'en sais pas plus que ça comme je ne l'ai pas (rire) ! » E2

Une seule participante a évoqué « des kystes ovariens » sans nommer de pathologie.

III.2.5. Visions sur la contraception & l'aménorrhée thérapeutique

Si nos participantes semblent attachées à leurs règles malgré les contraintes qui y sont associées, on retrouve deux groupes qui s'expriment favorablement pour l'aménorrhée thérapeutique : les adolescentes qui ont des dysménorrhées très invalidantes et celles qui ont une activité physique intensive. Dans ces deux groupes, les représentations symboliques négatives des menstruations semblent plus marquées.

Le guide d'entretien semi-dirigé initial ne prévoyait pas d'aborder la contraception mais ce thème a été abordé spontanément par plusieurs participantes de ces deux groupes. Une participante était sous pilule oestro-progestative au moment de l'entretien (E15), une autre allait débiter une pilule progestative lors de ses prochaines menstruations (E83). Il s'agit des deux participantes qui rapportaient des dysménorrhées invalidantes avec un absentéisme scolaire ponctuel ou systématique.

« On m'a expliqué que ça m'arrêtera sûrement mes règles. Pas d'un coup mais progressivement et que ça pourrait arrêter le mal de ventre, ou le diminuer. » E83

« Elle m'avait prescrit des antidouleurs encore une fois et puis elle me disait la pilule c'est sûrement encore trop jeune, voilà. Mais elle m'a dit si vraiment ça va pas il faudra y penser et peut être que je souffrirais moins ! » E15

Dans ce cadre, la pilule est envisagée comme un médicament avec prise en compte de sa balance bénéfice risque. Les effets secondaires attribués aux pilules sont principalement l'acné et la prise de poids, sans distinction entre COP et CP.

III.3. Savoirs faire pratiques

III.3.1. Evaluer l'abondance du flux menstruel : une quantification approximative

L'évaluation de l'abondance du flux menstruel semble être source de difficulté. Certaines adolescentes évoquent spontanément la fréquence du changement de protections menstruelles comme critère d'évaluation sans précision sur le pouvoir absorbant des protections utilisées. Le

score de Higham n'est jamais mentionné. La normalité du flux menstruel est définie exclusivement par comparaison intrapersonnelle d'un cycle à l'autre, ou parfois par comparaison avec celui de la mère. Le volume physiologique des pertes sanguines au cours d'un cycle menstruel n'est pas connu. Il existe une incapacité à définir un flux trop abondant qui devrait motiver une consultation médicale.

III.3.2. S'approprier l'usage des protections menstruelles

La préparation à la ménarche consiste à **avoir des protections menstruelles sur soi en permanence** à partir d'un certain âge. Cette idée persiste par la suite, notamment chez les adolescentes ayant des cycles irréguliers, pour lesquelles l'arrivée des menstruations pèse comme une épée de Damoclès.

« Oui j'avais toujours quelque chose, j'ai toujours quelque chose sur moi en cas de soucis. Ben quand j'ai commencé à avoir des douleurs au ventre, je me suis dit « mieux vaut être préparée ». Du coup, ça doit faire, je crois que j'ai commencé en mars. Donc entre mars et septembre j'avais toujours quelque chose. » E22

L'utilisation des protections menstruelles est une thématique de premier plan au moment de l'éducation menstruelle intra-familiale (voir Résultats et analyse : **V.1.1.** page 54). Les adolescentes sont d'ailleurs dépendantes de leur entourage familial pour le choix de leurs protections, au moins en début de vie menstruée.

« Pour le moment j'ai des serviettes hygiéniques parce que du coup c'est mon père qui s'en est occupé et il a commandé un gros carton ! (rire) ». E18

« C'est ma mère qui en a entendu parler. Genre elle les a vu à Leclerc et du coup elle m'a dit « Tiens je t'en ai pris ». (en parlant des serviettes hygiéniques lavables) E22

Paradoxalement, le contenu de l'information semble superficiel, centré sur la localisation des protections dans le domicile. Les protections ne sont pas manipulées avant les premières

menstruations. Elles sont perçues comme un **objet technique** dont l'utilisation est source d'appréhension chez les participantes pré-ménarchales.

« Pasque même moi j'ai des serviettes et des choses dans mon sac pour si jamais je les ai, mais je ne saurais pas vraiment les utiliser. Enfin à peu près mais... » E30

Concernant l'usage des différents types de protections menstruelles, la totalité des participantes menstruées de notre étude avait recours à des **serviettes hygiéniques jetables**, au moins de manière ponctuelle. Elles sont spontanément proposées par l'entourage lors de la ménarche par tradition, accessibilité et facilité d'usage.

Cependant les serviettes hygiéniques jetables sont perçues comme inconfortables, peu discrètes, ou encore comme insuffisamment absorbantes et peu fiables. A la peur de la fuite se surajoute la charge mentale des changements fréquents de protections, parfois même nocturne.

« Du coup je l'ai mise mais il y avait des choses vraiment épais, mais épais épais quoi !! Du coup c'était pas trop trop confortable, j'ai pas trop trop aimé !!» E18

« Ben je porte des serviettes 6-7 gouttes. Même les nuits je les porte le jour clairement ! Parce que déjà c'est difficile. Là j'ai dû y aller la semaine dernière pour en racheter, je ne trouve qu'un paquet ! Donc je me dis « ah, bon... ». Et puis même ça, ça ne me tient pas longtemps parce que en plus ça déborde sur les côtés ! C'est pour ça moi je suis mal à l'aise ou stressée un petit peu ! J'ai pas envie que mes vêtements soient tâchés ou quoi que ce soit. Nan vraiment quand j'ai mes règles je ne suis pas à l'aise. » E15

Les protections internes ne sont utilisées que pour pouvoir se baigner, exclusivement sous forme de tampons jetables. Au niveau des freins à leur utilisation on distingue des **difficultés pratiques** et des **potentiels risques sanitaires**.

Comme pour les serviettes hygiéniques jetables, les tampons sont perçus comme inconfortables et peu fiables avec un risque de fuite. Ils sont de plus difficiles à mettre en place et nécessitent

d'être plus confortable avec son corps. La Cup est parfois mentionnée mais écartée comme étant trop technique à manipuler.

Le blocage du flux menstruel à l'intérieur du corps, le temps de port, ou encore la composition et la méthode de fabrication des tampons sont mentionnés comme de potentiels risques sanitaires. Bien qu'ils soient perçus intuitivement, ces risques sont mal définis. Une participante a mentionné le syndrome du choc toxique streptococcique.

« Ça j'ai déjà essayé mais je trouvais pas ça très très concluant. C'était pour aller à la piscine et j'avais vraiment envie d'y aller il faisait chaud. Et mes règles venaient d'arriver donc je m'étais bien énervée en me disant « purée !! je voulais aller à la piscine ! ». Donc j'étais je pense une heure à la piscine et après je me suis dit je vais encore le garder pasque ça fait une heure donc c'est bon mais au final ça avait coulé quand même ! Pas dans la piscine mais quand je me suis essuyée. Du coup ça m'a énervée. » E18

« Euh je connais, c'est en forme comme ça (montre le creux de sa main)... une cup je crois. Ça s'est compliqué à mettre donc j'ai oublié. Le tampon j'ai essayé parce que quand j'étais en vacances je voulais me baigner, j'étais là depuis 3 semaines et là c'était la semaine où il y avait du soleil mais j'avais mes règles. C'était ma cousine qui m'avait dit « ouais ben essaye » et puis tout ça... Ça allait mais maintenant nan je me sens mal à l'aise avec les tampons. En fait c'est juste l'avoir je le sens ! Je m'assoie je le sens ! Ou peut-être je l'ai mal placé mais pour moi je le sens que je l'ai bien placé ! Et ça, ça me dérange quoi ! Ben j'avais déjà entendu que parfois les tampons ça peut ne pas être tellement bon par rapport aux serviettes. Mais à part ça. C'est pour ça je reste toujours aux serviettes mais c'est gênant parce que ça déborde. Une serviette elle est longue comme ça et finalement ça fait que cette partie-là (indique en théorie le centre de la serviette). » E15

« Ben je dirais déjà le fait que ça reste à l'intérieur quoi, que ça ne sorte pas, que ça reste sur place on va dire, stagner. Et puis oui les produits qu'il peut y avoir dedans aussi. Par exemple le fait que ça soit, euh je ne sais plus comment on dit déjà, « bleached » ». E2

Afin de pallier ces inconvénients, certaines adolescentes expriment un intérêt ou se tournent vers les serviettes hygiéniques lavables ou les culottes menstruelles. Cette démarche semble être influencée par les pairs avec un effet de diffusion. Elle se retrouve donc chez les adolescentes qui revendiquent une émancipation du tabou menstruel et échangent entre elles. Les considérations écologiques des protections réutilisables ne sont pas mises en avant. Une participante exprime une préoccupation sur leur poids financier.

« Ouais j'ai essayé et du coup c'est plus confortable, je trouve ça mieux. C'est plus confortable au niveau du matériel mais aussi parce qu'on peut le garder plus longtemps. » E88

« Après la j'en ai une (i.e. culotte de règles). Je la mets de temps en temps et je trouve ça mieux ! Ben déjà il n'y a pas besoin de se changer tout le temps ou quoi. Et puis même c'est comme une culotte c'est encore plus... comme tout le temps ! » E18

« Ah si j'utilise des culottes à règles ! Pour des journées de cours c'est plus pratique pour moi. Et au moins je ne perds pas la tête à me dire « il faut que je la change, ça fait longtemps ». Du coup je préfère ça, j'en mets souvent quand je suis au collège. » E22

Au total, les critères de choix des protections menstruelles sont le confort et l'aspect pratique. Les potentiels risques sanitaires ne sont identifiés que pour les protections internes et de manière peu développée. Pour une participante, il s'agit même de dispositifs médicaux donc dépourvus de risque sanitaire.

III.3.3. Adapter le quotidien

Les injonctions du tabou sociétal sont perceptibles chez nos participantes. Le statut menstrué ne doit pas se deviner, les menstruations ne doivent pas se voir. Les adolescentes mettent en place des stratégies de gestion dans leur quotidien pour les dissimuler au maximum : cacher les protections menstruelles, ne pas aborder le sujet en public (notamment en mixité), adapter leurs activités et leurs tenues vestimentaires. L'adaptation des tenues vestimentaires (plus larges, avec des couleurs sombres) vise à être plus confortable mais également à dissimuler des protections menstruelles externes volumineuses ou d'éventuelles tâches. Concernant la participation sociale,

on observe différents degrés de retrait en lien avec les dysménorrhées allant de l'adaptation des activités sportives jusqu'à un absentéisme scolaire systématique.

III.3.4. Gérer les méthodes antalgiques

Les participantes à notre étude rapportent des dysménorrhées d'intensité variable dont elles évaluent la sévérité via leur retentissement fonctionnel. Au niveau du panel de stratégies antalgiques mises en place, on distingue :

- Le retrait social pouvant aller de l'adaptation des activités physiques au **repos allongé** dans un endroit calme (domicile, infirmerie scolaire). Cette stratégie passive est la première citée et est souvent utilisée de manière exclusive.
- Les **méthodes antalgiques non médicamenteuses** (boissons chaudes, bouillottes...) sont peu évoquées.
- Les **médicaments antalgiques** dont le paracétamol, le Spasfon® et les AINS (Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens). Le Spasfon® et le paracétamol semblent être proposés en premier et sont suffisants chez une partie de nos interrogées. Concernant les représentations associées aux antalgiques, les adolescentes réalisent des distinctions entre « petits » et « grands » médicaments et décrivent des prises régulières à des posologies en réalité sub-thérapeutiques. Les prises en milieu scolaire sont parfois complexifiées par des difficultés d'accès à l'eau et l'interdiction théorique des médicaments dans les établissements scolaires.

« Oui franchement c'est gérable. Même sans médicament ça pourrait passer, c'est juste que des fois... Ben au bout d'un moment, à la longue ça devient un peu chiant donc... (soupir)... Après je prends des médicaments, je prends des 500mg parce que j'ai pas besoin de prendre un gros truc pour que ça passe. J'ai déjà pris des Doliprane®. Ou là il y a des Efferalgan® sans eau, genre c'est en sachet et il faut juste mettre dans la bouche et du coup ça c'est pratique ! »

E18

Devant l'inefficacité d'un premier antalgique, on observe trois types de réactions :

- Déclaration de l'inefficacité de l'ensemble des antalgiques et abandon.
- Recours à une autre classe thérapeutique sur proposition de la mère.
- Consultation médicale auprès du médecin traitant ou d'un gynécologue, le plus souvent à l'initiative de la mère.

IV. ELABORER SA « NORME » MENSTRUELLE

Finalement, la santé menstruelle telle que définie par les adolescentes repose sur la création d'une « norme » personnelle élaborée à partir de leur « bagage menstruel » et de leur vécu des menstruations. Elle est alors utilisée comme une référence à partir de laquelle elles vont organiser leurs pratiques et leurs stratégies de gestion.

Cette « norme » est élaborée à partir de leur propre expérience menstruelle mais aussi celle d'autres personnes menstruées de leur entourage par éducation/transmission ou par observation directe. C'est un concept évolutif qui s'étoffe et se complexifie au fil du temps.

Toute déviation à cette « norme » autodéterminée est source d'inquiétude et nous ramène à la question de la « normalité » qui semble être un sujet central chez nos participantes.

« Ben genre là par exemple je les ai et j'ai eu, enfin ce que j'appelle un problème. Pas la même chose que d'habitude ! Parce que toutes les autres fois j'avais eu du sang et là c'était brun. Et du coup j'en ai reparlé avec une amie au sport parce que j'étais là « c'est normal ou pas ?? » (rire). Parce que moi j'étais pas, ben je savais pas quoi. Mais on m'a rassurée, on m'a dit que normalement c'était normal. » E22

« En fait je n'avais pas vraiment trop mal quand c'était régulier, mais quand ça devenait irrégulier ça devenait n'importe quoi. Ça veut dire que c'était vraiment ENORME et le mois d'après je n'avais quasiment rien ! Et les douleurs ça variait et je me disais, non ce n'est pas possible ! J'avais vraiment trop trop trop mal à ce moment-là et je me suis dit je vais voir un

gynécologue parce que ça m'inquiétait et qu'auparavant je n'avais aucune douleur et donc là... » E15

« Et aussi on peut juger par rapport à ce qu'on a d'habitude, si c'est différent.. ()... Moi je sais que quand j'ai mal en tout cas c'est une douleur qui est très ponctuelle, ça ne va pas durer un quart d'heure quoi. Donc si je sens que ça dure plus longtemps, là je pense que je commencerais à m'inquiéter un peu. » E2

Bien qu'elles soient conscientes de la variabilité interpersonnelle du vécu des menstruations, la conformation à la « norme » des pairs est source de réassurance. Les adolescentes réalisent également un parallèle entre l'expérience menstruelle de leur mère et la leur, avec la notion que le vécu des menstruations est par nature similaire au sein d'une même famille.

« Je me dis ben oui, peut être que j'ai mal parce qu'elle a eu très mal. Elle me disait qu'elle pendant une semaine elle ne bougeait pas de chez elle quand elle avait ça donc c'est pas... Voilà » E15

« Moi j'étais vraiment, enfin apparemment selon une de mes amies quelqu'un qui était en retard sur mes règles alors que de base ben non. Je veux dire ma mère les a eu au même âge que moi. » E22

Les variations perçues vis-à-vis de leur « norme » personnelle sont donc le principal facteur motivant la recherche d'un avis extérieur, voire le recours à un professionnel de santé.

« Oui, je veux dire le changement ça m'a perturbée. J'étais là « de base ce n'est pas ça ! ». Je peux pas dire que ça m'a stressée parce que pas spécialement mais j'ai quand même demandé avis parce que au cas où il faut aller voir quelqu'un. Voilà parce que c'était pas normal dans ma tête !! » E22

Malgré l'existence de similitudes entre nos participantes, on retrouve chez certaines adolescentes l'établissement d'une « norme spécifique » pour leur groupe social. Par exemple, chez E71 qui

pratique une activité sportive de manière intensive, l'irrégularité menstruelle est perçue comme fréquente dans son groupe de pairs. Elle perd son caractère potentiellement pathologique et ne justifie plus de rechercher un avis extérieur.

« Nan pas tellement. Parce que j'ai entendu que justement dans le sport il y en a eu pas mal qui avaient aussi des problèmes avec leurs règles. Donc ça ne me dérange pas tellement non. » E71 (en évoquant son irrégularité menstruelle)

V. UN PROCESSUS EVOLUTIF DANS L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES MENSTRUELLES

Pour la suite de notre analyse, nous allons nous attacher à expliciter les facteurs en jeu dans l'établissement de la « norme » menstruelle propre à chaque femme menstruée et des pratiques qui en découlent. A partir de nos résultats nous avons pu identifier trois voies d'apprentissage, non mutuellement exclusives :

- L'éducation formelle : intentionnel de la part de l'apprenant et de l'éducateur, vertical/descendant.
- L'éducation informelle : découle des activités de la vie quotidienne ou d'observations directes, vertical/descendant.
- La transmission entre pairs : communiquer quelque chose à quelqu'un après l'avoir reçu, échanges horizontaux/égalitaires/réciproques.

V.1. Recevoir des informations

V.1.1. Education formelle ou informelle dans le cadre familial : place de la figure maternelle

On a vu que les mères ne sont que rarement à l'origine de la première évocation menstruelle. Cet aspect n'a pas été particulièrement exploré dans ce travail, néanmoins nous pouvons proposer plusieurs pistes : la persistance d'un tabou menstruel intra-familial ou des difficultés

pour définir une approche et un contenu adaptés à leurs filles. Cette hypothèse est appuyée par la mère de deux participantes, qui avait accompagné sa fille aînée chez une gynécologue après ses premières règles à visée purement éducative, mais ne l'a pas refait pour sa cadette. On peut supposer qu'elle se sentait alors plus à l'aise.

Une évocation trop tardive par rapport aux questionnements de leur fille peut également être supposée. On relève un manque d'anticipation dans la délivrance des informations. L'éducation est réalisée dans un **mode réactionnel** à partir de la ménarche au fur et à mesure que les questions et les éventuels problèmes émergent. Le contenu est essentiellement centré sur la **gestion pratique** des menstruations comme l'utilisation des protections et des antalgiques. Les informations délivrées sont la plupart du temps informelles, ponctuelles ou répétées au cours des activités de la vie quotidienne. Une seule participante (E88) rapporte la tenue d'une « séance » d'éducation formelle par sa mère (milieu de la santé) mais sans se souvenir du contenu abordé. Ces explications sont exclusivement orales et ne s'appuient pas sur des supports (image, livres, sites Internet...).

La place du père est peu abordée, il n'est jamais mentionné comme ayant fourni des informations. Les grandes sœurs ne sont pas mentionnées non plus comme source d'information.

V.1.2. Education formelle en milieu scolaire

L'éducation menstruelle formelle dans le cadre scolaire est principalement réalisée via les enseignements de SVT en 4^e ou dans le « module sur l'adolescence et la puberté » en CM2 pour les deux participantes les plus jeunes (non rapporté par les autres participantes). Plusieurs limites sont ressorties au cours des entretiens.

Le contenu est centré sur la **physiologie**. Une seule participante (E88) rapporte que des aspects pratiques ont été abordés par son enseignante ce qui peut laisser imaginer une volonté personnelle de celle-ci plus qu'une exigence des programmes scolaires.

Les informations délivrées ne sont que partiellement retenues (voir Résultats et analyse : **III.2.1.** page 41) car « trop théoriques » et non adaptées aux besoins, aux interrogations, voire au

« **timing** » **des adolescentes**. En effet, du fait de la variabilité physiologique de l'âge de la ménarche, le planning scolaire n'est pas forcément en accord avec le « timing » de chaque adolescente, ou même de la maturité du groupe dans son ensemble. On observe alors un continuum où le milieu scolaire peut être à l'origine de la première évocation des menstruations (E71) mais aussi ne jamais avoir délivré d'informations avant la ménarche (E2).

« Alors on en avait l'année dernière (i.e. en CM2), mais l'année dernière je pense que c'était trop tôt. Parce que tout le monde rigolait, personne ne s'intéressait. Enfin ça n'a pas, je pense que... [I : Il y avait les garçons et les filles ?] Oui c'était toute la classe. Il y avait des photos de personnes nues et tout pour expliquer et les gens ça les faisait rire avant donc... [I : Et est-ce que toi ça t'avait appris des choses ?] Oui je pense que ça m'avait appris pas mal de choses même si à ce moment-là j'en aurais pas eu besoin. Mais je pense qu'ils l'ont fait à ce moment-là parce qu'il y en a qui les ont assez tôt. Parce que même précoce c'est 8 ans !! Beaucoup trop tôt je pense. Du coup ils veulent en parler je pense avant que la plupart aient leurs règles. »

E30

La réalisation des interventions d'éducation menstruelle en groupes mixtes ou séparés donne lieu à des opinions très contrastées. D'un côté, les règles peuvent être un sujet exclusivement réservé aux femmes et marqué d'un fort tabou social. De l'autre, on retrouve une volonté marquée d'éduquer également les hommes pour lutter contre le tabou menstruel, faire avancer la perception sociale des menstruations, voire pour les intégrer comme interlocuteurs d'éducation et de santé menstruelle. En réalité, il existe tout un continuum d'opinions sur la question, souvent marquée par des ambivalences et des contradictions internes chez les adolescentes. La volonté assumée de vouloir se libérer du tabou menstruel s'opposant à sa persistance sous-jacente bien ancrée. Les principaux obstacles relevés à la participation des hommes sont le manque de maturité, le risque de moquerie et parfois l'obstacle pour poser des questions.

Les interventions réalisées par des non enseignants (infirmière scolaire en groupe non mixte en CM2 pour E97 ou intervention par le Planning Familial du Haut Rhin au collège pour E33) sont

vécues comme très positives car plus interactives et sortant d'un mode d'éducation descendant/passif. Elles permettent ainsi de poser des questions plus facilement.

V.1.3. Transmission entre les pairs

D'interlocuteurs inenvisageables à indispensables, les rôles accordés aux pairs sont très variables. Ces différences semblent découler des représentations symboliques attribuées aux menstruations (voir Résultats et analyse : III.1. page 38). Les adolescentes qui rapportent ne pas évoquer le sujet avec leurs amies décrivent les menstruations comme une « question de santé » qui relève de la **sphère de l'intime**. En parallèle, les adolescentes chez qui la persistance du tabou menstruel apparaît plus marquée notamment dans le milieu familial ne semblent pas aborder le sujet avec leurs pairs.

« Non parce que je me dis que c'est mes petits problèmes, je garde ça pour moi ! Je n'ai pas envie qu'ils sachent tout ce que j'ai quoi ! » E15

« Ben mes amies oui, mais je ne veux pas les déranger. – [I : Pourquoi ?] - Ca les mets mal à l'aise et qu'elles ont pas envie d'en parler du coup ! Et puis tu aimes pas forcément ce sentiment d'être mal à l'aise. C'est un peu logique. » E97

Au contraire, les menstruations peuvent être perçues comme une **expérience sociale** normative autour de laquelle les adolescentes peuvent faire communauté. Différentes missions sont alors attribuées aux pairs : échange d'informations et de témoignages, « réassurance » sur la normalité du vécu menstruel, soutien émotionnel ou pour la gestion pratique. Cette vision peut être renforcée par un sentiment de fracture intergénérationnelle qui rajoute de la valeur à l'expérience des pairs du même âge.

« Ben je l'aborde des fois avec des copines parce que je me plains. Je suis une fille qui se plaint beaucoup quand j'ai mal ! (rires) Du coup des fois je me plains. » E22

« Enfin j'aimerais qu'elles arrivent en même temps que les autres, pas trop tôt, ni trop tard, parce que je ne pense pas que... [...]... Après en premier je pense que c'est encore pire car

tu n'as aucune référence. Il n'y a personne pour te dire, pour te parler, pour t'expliquer et tout, à part tes parents et les adultes parce que tes amies ne les ont pas encore eu et donc tu ne peux pas en discuter même avec elles. – [I : Et c'est important pour toi de pouvoir en discuter avec des gens qui ont ton âge ?] – Oui ! Parce que justement les adultes par exemple même c'est une autre génération... » E30

V.1.4. Autres sources informations

Quelle que soit leur forme (livres, journaux, articles ou vidéos en ligne, forum), les adolescentes ne rapportent pas l'utilisation de supports pour s'informer sur les menstruations. La publicité et les médias ne sont pas identifiés comme ayant une influence sur la construction de leur perception des menstruations.

Etonnamment, les recherches Internet sont peu citées dans cette population pourtant très connectée. L'utilisation d'un vocabulaire trop complexe, le contenu non adapté aux adolescentes, ou encore la délivrance d'informations anxiogènes voire fausses (« fake news ») sont avancées comme facteurs explicatifs (E15, E18, E22).

« Ben comme la dernière fois où jeudi dernier ça m'est arrivé j'ai demandé à Google parce que je n'avais pas ma maman et je n'avais pas mes copines ! ... [I : Et du coup, le fait de regarder sur Internet, les résultats que tu as trouvé ça t'a aidé ou pas ?] - J'ai pas tout compris !!! Les mots qui étaient utilisés, j'ai pas tout compris... Du coup j'ai attendu le lendemain pour poser une question à ma mère. Mais pas spécialement du coup ! » E22

E79 rapporte avoir lu un « livre sur la sexualité » qui appartenait à ses grandes sœurs mentionnant les menstruations. E97 a consulté un article sur les dysménorrhées dans un journal pour les adolescents auquel elle est abonnée. Le recours à ces supports dénote une implication active dans l'acquisition des informations. Les informations obtenues sont jugées fiables par les adolescentes et associées à un vécu positivement connoté.

Nous pouvons donc distinguer deux concepts en matière d'acquisition d'informations. D'un côté des « **sources d'informations** » desquelles les adolescentes reçoivent des informations. De l'autre des « **personnes ressources** » qui sont identifiées par les adolescentes comme interlocuteurs de santé menstruelle et vers lesquelles elles vont activement rechercher des réponses à leurs questions. On peut alors se demander quels sont les critères permettant de devenir une « personne ressource ».

V.2. Chercher des informations

V.2.1. Le levier : identifier des « personnes ressources »

Nous avons choisi le terme « **personne ressource** » car les adolescentes ne se tournent pas spontanément vers d'autres modes d'information. Une exception cependant, les adolescentes à qui on a fourni des livres ou des magazines sur les menstruations les citent comme ressources éducationnelles fiables.

« Oui ben soit je, ben déjà je demande à des vraies personnes ! Qui les ont ! .../... Je pense que je préfère poser la question à une personne directement ! » E22

L'identification d'un individu comme « personne ressource » repose sur son appartenance à un « **cercle de confiance** » plus que sur ses compétences en matière de santé menstruelle. L'utilisation du terme confiance relève alors ici d'une relation interpersonnelle « chaude » prenant en compte leurs émotions plus qu'une adhésion raisonnée reposant sur la fiabilité.

Les **personnes menstruées de leur entourage**, notamment leur mères et leurs paires, sont citées en premier en analyse longitudinale. Une valeur supplémentaire est ajoutée pour la figure maternelle identifiée comme « sachante » du fait de son âge et de l'impression de similitude des caractéristiques des menstruations au sein d'une même famille.

Le partage d'une expérience de vie commune, ici les menstruations, n'est cependant ni suffisant, ni même systématiquement nécessaire. Plusieurs aspects permettent de caractériser les « personnes ressources » :

- **S'identifier comme interlocuteur** : les personnes ressources sont fréquemment des personnes qui ont abordé spontanément le sujet avec l'adolescente.
- **Délivrer des informations pertinentes** pour les adolescentes en regard de leurs questionnements et **offrir un espace d'échange** (s'oppose à l'éducation descendante).
- **Adopter une attitude empathique et rassurante** essentielle à l'établissement d'une relation de confiance. La peur de la minimisation de leur plainte ou des moqueries est un frein majeur.

Différentes personnes peuvent donc devenir des interlocuteurs en terme d'éducation menstruelle : le milieu scolaire notamment pour les adolescentes qui ont eu la possibilité de poser des questions (ce qui semble être plus fréquemment le cas avec des intervenants extérieurs), la figure paternelle, ou encore les professionnels de santé (infirmière scolaire, médecin généraliste, pédiatre ou encore gynécologue).

V.2.2. Le frein : absence de besoin ressenti d'éducation menstruelle

Les participantes de notre étude ont déclaré ne pas ressentir de besoin d'éducation menstruelle supplémentaire. La santé menstruelle n'est pas un sujet de questionnement y compris chez les adolescentes rencontrant des difficultés, de notre point de vue de professionnel de santé.

« Non je m'en sors vraiment bien je pense. » E83 (absentéisme scolaire systématique pendant les menstruations)

« Non ben je pense que c'est bon, il n'y a rien actuellement où je me pose des questions. »

E18

La surestimation de leurs connaissances personnelles ou la sous-estimation de la complexité de ce domaine de connaissances est un facteur explicatif possible.

« On avait déjà tout étudié ! » E97

A minima, certaines adolescentes pensent connaître les informations qui leur sont nécessaires pour la bonne gestion de leurs menstruations et n'attachent pas d'importance à l'acquisition de

connaissances plus globales. La maîtrise de la physiologie des menstruations ne semble pas être un pré-requis identifié comme nécessaire pour bien vivre ses règles.

« Alors pas spécialement !! Mais maintenant que je sais comment ça fonctionne si quelqu'un me pose la question j'aurais la réponse. » E22

De plus, elles privilégient l'acquisition de connaissances de manière réactionnelle au fur et à mesure que les questionnements émergent.

« Je pense que je sais pas mal de choses, mais que au moment venu j'aurais sûrement l'impression de ne pas tout connaître, de ne pas tout savoir, comment... tout fonctionne..., parce que même si je sais comment ça marche, je sais que sûrement au moment venu y aura un truc sûrement et j'aurais eu besoin de savoir quelque chose que je ne savais pas. » E30

Néanmoins, malgré l'absence de besoin identifié, certaines participantes interrogent la qualité de leurs connaissances plus que leur quantité. La pertinence de sa « norme » menstruelle peut alors être remise en question.

« Et puis je pense que parfois il y a des choses qui sont problématiques qu'on ne considère pas comme problématique comme on sait pas vraiment pour comparer » E2

VI. AVOIR RECOURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE ET IDENTIFIER LEURS ROLES

Comme décrit dans la [Figure 1](#), toutes les participantes exceptées une ont un médecin traitant qui les suit depuis plusieurs années. Elles consultent de manière ponctuelle pour des problèmes aigus ou l'établissement de certificats de non contre-indication à la pratique sportive. La moitié des adolescentes réalise des consultations de suivi globales de manière annuelle.

Les professionnels de santé ne sont jamais mentionnés spontanément comme source d'information. Après question de relance, l'évocation des menstruations en consultation est non

systématique et peu marquante. L'anamnèse menstruelle est brève, centrée sur le statut ménarchal, le caractère régulier des menstruations qui est d'ailleurs perçu par les adolescentes comme un point important, et parfois la présence de dysménorrhées. Les consultations dédiées aux dysménorrhées ou de première prescription d'une contraception ne semblent pas en lien avec l'acquisition de connaissances ou de stratégies de gestion pratique supplémentaires. Aucun support n'est utilisé pendant les consultations ou fourni aux adolescentes.

« ...euh... Par exemple en début d'année j'avais dû faire un questionnaire, dire si on les avait déjà eu, peut être aussi si j'avais des antécédents dans ma famille ou je ne sais pas trop quoi. Euh après voilà, la régularité aussi, euh, il y avait quoi encore ? ... Euh ouais des petites questions comme ça en tout cas. » E71 (suivi activité physique intensive)

« Si je les avais déjà, si c'était régulier, et comment ça se passait. » E88

« Elle a juste demandé : est ce qu'il y a des problèmes ? » E79

En miroir, les adolescentes abordent rarement spontanément les menstruations avec leur médecin traitant. Les menstruations avaient déjà été le motif principal d'une consultation auprès d'un professionnel de santé pour cinq de nos participantes. Les thématiques abordées sont diverses :

- Consultation auprès d'une gynécologue peu après la ménarche à l'initiative de sa mère pour une séance d'éducation menstruelle. Cette rencontre est décrite comme une expérience positive offrant l'opportunité de poser des questions.

« Oui ben elle m'avait surtout expliqué comme c'était un petit peu le début, que je ne connaissais pas beaucoup, donc elle m'a beaucoup parlé. » E65

- Consultation auprès d'une gynécologue à son initiative (mais en présence de sa mère) pour des dysménorrhées invalidantes. Ce rendez-vous avait un double objectif : éliminer une pathologie associée et trouver un traitement antalgique. Par la suite, elle a consulté seule son médecin traitant pour demander une pilule à visée thérapeutique comme

évoqué par la gynécologue. Elle n'a pas reconsulté par la suite malgré la persistance de ses symptômes douloureux.

- Consultation de son médecin traitant, seule, pour obtenir un traitement approprié pour des migraines cataméniales.
- Consultation de son médecin traitant, à l'initiative et en présence de sa mère pour bilan de dysménorrhées invalidantes : réalisation d'examens complémentaires pour éliminer une étiologie secondaire (échographie et IRM pelvienne) et prescription d'une pilule progestative en vue d'obtenir une aménorrhée thérapeutique.
- Consultation de sa pédiatre, à l'initiative et en présence de sa mère pour bilan de douleurs abdominales cycliques apparues quelques mois avant le début des menstruations. Réalisation d'une échographie abdominale sans particularité, réassurance sur probable lien avec survenue imminente de la ménarche et prescription antalgiques (paracétamol et Spasfon®).

Du fait des spécificités de son exercice, le médecin généraliste peut être identifié comme un médecin de proximité, facilement accessible et entretenant une relation de confiance avec certaines adolescentes grâce à une relation médecin-patiente préexistante.

*« Oui je ne sais plus mais je suis quasi certaine qu'on en a déjà parlé ! Parce que justement c'est **une** médecin et elle est très ouverte aussi ! Je m'entends relativement bien avec elle. » E18*

« Parce que je pense qu'il est en capacité à répondre à mes questions et surtout je me sentirais à l'aise d'en parler. Ce n'est pas quelque chose qui me semble tabou avec lui en tout cas. Et oui je pense qu'il serait apte à m'aider ou même à m'écouter. » E2

La fréquence rapportée des consultations auprès des gynécologues comparativement aux généralistes interroge sur les domaines de connaissances qui sont attribués aux médecins généralistes à la fois par les adolescentes mais aussi par leurs mères.

« Oui ça me semblait plus logique ! C'est un spécialiste donc je me suis dit, si par exemple je dois avoir quelque chose, enfin voilà, c'est mieux d'aller voir un spécialiste qui est fait pour ça en fait ! » E15

Les adolescentes rapportent parfois une réticence à aborder le sujet en premier en consultation. Ces thématiques touchent à l'intime et le tabou menstruel peut persister, d'autant plus si le médecin est un homme.

« Je pense, enfin je trouve que c'est plus simple de parler à une femme mais après j'aurai dit la même chose à un homme... Parce qu'elles ont la même chose !! Enfin toutes les femmes sont passées par là. » E88

« Ça me dérangerait pas qu'elle en parle parce que, parce que c'est bien qu'elle demande si j'ai quelque chose à dire, ou ouais, oui, que si elle pense que je ne n'ose pas parler d'abord, bah c'est bien qu'elle lance la conversation, enfin qu'elle lance le sujet. » E65

Les adolescentes de notre étude ont une vision du médecin **centrée sur ses missions de diagnostic et de soins, bien plus que ses rôles dans la prévention et l'éducation en santé**. C'est donc les variations à la norme, identifiées par les adolescentes comme problématiques, qui peuvent motiver la consultation médicale. Même dans ce cadre, le médecin généraliste n'intervient qu'en dernier recours après la mère et les pairs du même âge pour les questions jugées « graves ». Là encore, c'est souvent l'entourage qui avait été moteur de la consultation.

Une seule participante a soulevé la possibilité que les adolescentes ne soient pas toujours en mesure de déterminer ce qui relève de la norme pour justifier que les menstruations soient abordées de manière plus systématique en consultation.

« Ben si c'est quand même mieux je trouve, parce que justement le suivi il est plus précis. Je ne sais pas ça peut peut-être apporter, ben pour quelques filles ça peut apporter... quelque

chose, un mieux quand même. » E71 (intérêt de la prise en compte de la santé menstruelle dans son suivi médical)

« Non, non, non. Je n'en parle à personne, je veux dire personne qui est dans le réseau médical parce que je n'ai pas de problème. Genre si elle me demande si je les ai ou quoi que ce soit je lui dis à ma pédiatre mais pas spécialement je lui en parle. Nan je n'en ai pas parlé. » E22

« Oui ça pourrait être bien pour un check up ! Pour voir comment la personne le vit. Et puis je pense que parfois il y a des choses qui sont problématiques qu'on ne considère pas comme problématique comme on sait pas vraiment pour comparer. Donc ouais ça pourrait être bien je pense ! » E2

Certaines participantes ont avancé que le médecin généraliste pourrait contribuer à l'éducation menstruelle. Elles ne se jugeaient pas comme la cible principale du fait de connaissances personnelles jugées suffisantes et de la possibilité d'avoir recours à d'autres interlocuteurs (mère et pairs du même âge notamment).

DISCUSSION

I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

La grille complétée des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative est disponible en **Annexe 2**.

I.1. Forces

Nous n'avons retrouvé que très peu d'études portant sur la santé menstruelle des adolescentes en France lors de notre recherche bibliographique initiale, contrastant avec notre perception des besoins et les spécificités de cette population. Les études réalisées incluaient des adolescentes d'âge homogène alors que notre travail comprend des adolescentes âgées de 11 à 19 ans pour mieux mettre en avant les processus dynamiques qui se mettent en place autour de la ménarche.

La thématique des entretiens a été bien accueillie par les adolescentes interrogées et nous faisons l'hypothèse qu'elles accordent de l'importance aux menstruations. Malgré tout, il existe un biais de recrutement évident lié à l'inclusion des participantes sur la base du volontariat. L'approche qualitative a permis des échanges en profondeur explorant l'expérience vécue par les adolescentes et les déterminants qui guident leurs choix en terme de santé menstruelle. Ce choix méthodologique était adapté à notre étude car propice à l'émergence de nouvelles idées. Les entretiens individuels semi-dirigés ont facilité le discours sur des sujets encore fréquemment tabous et qui touchent à l'intime, à la perception de soi et du corps, et qui sont potentiellement associés à des vécus et des représentations négatives. Ils ont également permis l'adaptation du discours selon chaque participante. La réalisation des entretiens par une investigatrice féminine et au sein de leur lieu de vie a probablement permis de faciliter le discours des participantes.

Nous allons également chercher à donner à nos résultats une applicabilité directe en pratique clinique en proposant des pistes d'amélioration dans la tenue des consultations. Ces propositions, issues de la littérature et adaptées à partir de nos résultats et des spécificités de l'exercice de la médecine générale, seront présentées dans les encadrés de la partie « Résultats principaux

et comparaison avec la littérature » de la discussion puis dans un fiche synthétique à destination des médecins généralistes disponible en **Annexe 13**.

I.2. Limites

La durée de nos entretiens était comprise entre 9 et 55 minutes, avec une durée moyenne de 22 minutes. En raison de l'inexpérience de l'investigatrice, les deux premiers entretiens étaient courts et très dirigés, laissant peu de place à l'expression de la réflexion des adolescentes. Au fur et à mesure des entretiens, la place du silence a été mieux respectée et des questions de relance ont émergé, permettant de laisser plus de place aux idées et aux ressentis des adolescentes.

Les participantes étaient informées du statut d'interne en médecine générale de l'investigatrice ce qui a pu influencer leurs réponses, notamment vis-à-vis des rôles des médecins généralistes dans la santé menstruelle. Cependant, nous avons cherché à nous éloigner en partie du cadre médical en les recrutant via des sollicitations directes en dehors d'un contexte de consultation puis par effet boule de neige à partir des premières participantes. L'analyse n'a finalement pas mis en avant de biais de désirabilité confirmant cette hypothèse.

Le mode de recrutement sur la base du volontariat a pu contribuer à sélectionner des participantes ayant un intérêt particulier pour les thématiques abordées et au contraire écarter des adolescentes pour lesquelles le sujet serait réellement très tabou. La réalisation d'un échantillonnage raisonné théorique visait à minimiser ce potentiel biais de sélection. Nous avons ainsi cherché à faire varier les éléments identifiés comme pouvant être significatifs dans la littérature ou à partir d'hypothèses issues des entretiens antérieurs sans viser à la représentativité de la population source. Cependant, la majorité de nos participantes étaient issues d'un milieu socio-économique favorisé et il convient d'en tenir compte dans l'analyse.

L'investigatrice a réalisé à la fois la rédaction du guide d'entretien, les entretiens et leur analyse. Il s'agissait de son premier travail de recherche qualitative ce qui sous-tend une inexpérience initiale qui a été prise en compte, avec la réalisation de formations préalables puis tout au long

de ce travail sur les spécificités de cette approche. L'approche qualitative implique de manière inhérente la mise en jeu de la **subjectivité éclairée** du chercheur. Différentes méthodes ont été mises en place pour l'évaluer et en tenir compte dans ce travail :

- Concernant le guide d'entretien, une attention particulière a été portée à la rédaction de questions neutres afin de ne pas orienter les réponses des participantes. Le guide a été validé par la directrice de thèse avant le début des entretiens puis modifié en fonction des retours des premières participantes pour favoriser la neutralité et la fluidité des échanges.
- Les représentations et les *a priori* personnels de l'investigatrice ont été formalisés dans le journal de bord en amont de la formalisation de la question de recherche et repris au moment de la rédaction du guide d'entretien puis de l'analyse des entretiens. Concernant l'analyse qualitative, il existe un risque de circularité lors de l'analyse des matériaux via le prisme de cadres théoriques préconçus (propres à l'investigatrice ou issus de la littérature existante sur le sujet). Selon Dumez, le risque de circularité (Bamford 1993) « consiste à ne voir dans un matériau empirique que ce qui confirme une théorie en laissant de côté ce qui pourrait la remettre en cause ou la nuancer » (29). Afin d'en tenir compte, deux entretiens ont fait l'objet d'un co-codage avec une autre interne formée à la recherche qualitative dans le cadre de son propre travail de thèse mais non au fait de la littérature scientifique en rapport avec le sujet. Les propriétés et catégories finales sont distinctes de celles identifiées *a priori* lors de l'élaboration du guide d'entretien ce qui appuie la qualité de notre travail. De plus, nos résultats sont concordants avec la littérature existante tout en proposant de nouveaux éclairages.

Les parents étaient les intermédiaires des échanges entre l'investigatrice et plusieurs des participantes, mais absents lors des entretiens. Les retranscriptions n'ont donc pas été retournées aux adolescentes pour commentaire et/ou correction afin d'assurer la confidentialité de leur contenu.

II. RESULTATS PRINCIPAUX ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

II.1. Etablir sa « norme » menstruelle

Les différents déterminants de la santé menstruelle telle que définie en introduction ne semblent que partiellement atteints dans la population de notre étude (environnement, liberté de participation, produits et structures sanitaires adaptés, accès à des diagnostics, soins et traitements adaptés, accès à une éducation menstruelle). La perception sociétale des menstruations reste négativement connotée et influe sur les représentations et les émotions des adolescentes. Leur gestion pratique est source de difficultés et nécessite des adaptations du quotidien pour dissimuler le statut menstrué, voire parfois des restrictions de participation imputables à des dysménorrhées invalidantes. Nos résultats suggèrent également des lacunes dans les connaissances théoriques sur l'anatomie et la physiologie du cycle menstruel. Nos participantes avaient chacune leur propre définition de la « norme » menstruelle et présentaient des difficultés à distinguer les caractéristiques qui devraient motiver le recours à un professionnel de santé.

L'élaboration d'une **norme menstruelle** à partir de laquelle chaque adolescente va moduler ses **pratiques de santé** est le concept central du modèle explicatif élaboré lors de ce travail (voir Figure 2). Elle peut être perçue comme une opportunité d'acquérir une littératie en santé menstruelle adaptée. C'est un processus évolutif qui repose sur le « **bagage menstruel** » de chaque adolescente. Nous avons choisi ce terme pour rassembler à la fois les **représentations symboliques**, les **connaissances théoriques** et les **savoir-faire pratiques** en lien avec les menstruations. La construction du bagage menstruel découle à la fois du **vécu et de l'expérience menstruelle** de chaque adolescente, mais aussi de toutes les informations qu'elle reçoit dans le cadre d'une **éducation menstruelle** formelle, informelle ou encore par transmission.

L'adoption d'une posture active de recherche d'informations et l'identification de « personnes ressources » fiables sont des éléments clés. Au moment des entretiens, les adolescentes n'exprimaient pas de besoin en terme d'éducation menstruelle. Néanmoins, elles suggéraient

certaines conditions pour devenir un acteur de leur éducation menstruelle. S'identifier comme interlocuteur, offrir un espace d'échange, adopter une attitude empathique et rassurante, ainsi que délivrer des informations pertinentes en regard de leurs préoccupations étaient décrits comme des éléments essentiels à l'établissement d'une relation de confiance. Le médecin généraliste était peu identifié comme « personne ressource » d'éducation menstruelle par les adolescentes de notre étude. Au cours de ce travail, nous avons identifié différents facteurs explicatifs.

II.2. Littératie en santé et éducation menstruelle

II.2.1. Évaluation des adolescentes

Comme défini en introduction, la littératie dans le domaine de la santé menstruelle porte sur :

- des **savoirs faire** permettant la **gestion pratique des menstruations**,
- des **connaissances théoriques** sur la physiologie du cycle menstruel, de ses variations et des pathologies qui peuvent lui être associées **permettant de reconnaître les situations qui nécessitent un recours au système de soins**,
- des **savoirs faire dans la recherche, l'évaluation et le tri des informations**.

La méthodologie de ce travail ne permettait pas de réaliser une évaluation formalisée de la littératie en santé menstruelle (30). Notre analyse suggérait néanmoins des lacunes dans les connaissances théoriques des participantes. Les notions d'anatomie et de physiologie féminines étaient approximatives. Les déviations à la « norme » pouvant évoquer une pathologie sous-jacente et devant mener à une consultation étaient mal identifiées, notamment pour les troubles du cycle et les saignements utérins anormaux. Nous n'avons pas trouvé d'étude similaire réalisée chez les adolescentes en France mais deux travaux de thèse réalisés en 2020 et 2021 mettaient en avant des lacunes dans les connaissances d'anatomie et de physiologie féminine des femmes adultes (31,32). Plus précisément, Lannes S. estimait que 36% des femmes n'avaient pas un niveau suffisant pour assurer une bonne autodétermination en santé (31).

Dans leur commission d'avis sur les menstruations chez les adolescentes, l'AAP (American Academy of Pediatrics) et l'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) évoquaient que les adolescentes ont fréquemment des difficultés à évaluer ce qui rentre dans la norme en terme de menstruations (30). Chez nos participantes, nous avons de même constaté des lacunes dans les connaissances théoriques, avec notamment la banalisation des dysménorrhées et l'élaboration d'une norme « autodéterminée ». Ces lacunes nous ont amené à supposer que leur littératie en santé était insuffisante. **Cependant aucune de nos participantes ne rapportait avoir besoin d'informations supplémentaires.** Ce résultat nous a surpris, d'autant plus qu'il est différent du constat établi dans une revue de la littérature de 2021 portant sur l'expérience des menstruations chez les adolescentes et les femmes adultes dans les pays développés : les participantes disaient fréquemment manquer de connaissances sur la physiologie des menstruations, leur lien avec la reproduction et leur gestion pratique (31).

Avec la réserve que notre étude ne comportait que 13 adolescentes, quatre hypothèses peuvent néanmoins être évoquées pour expliciter cette différence :

- **Le manque de connaissance en lui-même est un frein pour chercher à s'informer davantage.** Les femmes qui n'ont pas les connaissances de base sur leur anatomie ou leur physiologie n'en ont pas forcément conscience (28). Cet aspect est d'ailleurs décrit de manière plus générale sous le nom d'effet Dunning-Kruger (32). Une revue d'études réalisées entre 2008 et 2020 sur la littératie en santé menstruelle des adolescentes concluait que leur niveau dans les pays dits développés était insuffisant et ne répondait pas à leurs besoins notamment en terme de diagnostic et de gestion des troubles associés aux menstruations (33).
- **Nos participantes ont pu bénéficier du renforcement en éducation menstruelle ces dernières années,** sous l'impulsion du militantisme féministe et des pouvoirs publics. On peut espérer que ces efforts portent leur fruit et que les populations les plus jeunes aient de fait une meilleure littératie en santé menstruelle que leurs aînées. Une étude sur le vécu et la littératie menstruelle réalisée en Espagne en 2023 chez des femmes issues

principalement d'un milieu socio-économique favorisé montrait que le nombre de participantes atteignant la ménarche sans avoir reçu d'information préalable décroît avec l'âge des participantes même si 7% des participantes nées entre 2000 et 2010 déclaraient encore n'avoir reçu aucune information en amont de leur ménarche (36). L'évocation pré-ménarchale est rapportée de manière consistante dans la littérature comme nécessaire au bon vécu des menstruations (10,37). Dans notre travail, l'ensemble des participantes avait bénéficié d'une première évocation des menstruations pré-ménarchale ainsi que d'enseignements théoriques et/ou pratiques très variés dans le cadre scolaire. Il serait intéressant de pouvoir évaluer les retombées des différentes interventions d'éducation menstruelle pour les optimiser si nécessaire et surtout pour les harmoniser et les généraliser.

- **Nos participantes ne cherchaient pas à acquérir des connaissances sur la physiologie des menstruations, perçues comme non nécessaire à leur bon vécu.** Ceci est concordant avec les résultats d'une étude qualitative réalisée par Koff E. en 1995 qui demandait à des adolescentes menstruées comment elles prépareraient des jeunes filles à leurs premières menstruations. Leurs conseils portaient essentiellement sur une diminution des enseignements sur la physiologie et l'anatomie pour aller vers des aspects plus personnels, subjectifs et immédiats de l'expérience (33). Cela nous semble dénoter d'une approche assez pragmatique centrée sur la gestion pratique des menstruations au quotidien.
- **Nos participantes semblaient confiantes dans leurs capacités à aller chercher les informations qui leurs sont nécessaires auprès de leurs « personnes ressources » sur un mode réactionnel au fur et à mesure de l'émergence de leurs questionnements.** La littératie en santé est un processus dynamique complexe. En effet, elle repose certes sur des connaissances théoriques mais également sur la capacité à rechercher, évaluer et utiliser des informations répondant à des besoins. L'adolescence est une période de transition et d'autonomisation progressive pendant laquelle **les adolescentes restent dépendantes de leur entourage dans leurs décisions de**

santé (34). Concernant les problèmes gynécologiques, Tassy F. rapportait que les adolescentes se renseignaient en premier lieu auprès de leurs mères et de leurs amies, puis seulement aux professionnels de santé en l'absence de réponse de leur part (35). Dans l'étude de Hadjou O. évaluant les dysménorrhées chez les adolescentes françaises, 80% des participantes consultaient sur l'incitation d'un proche (4).

II.2.2. Forces & limites identifiées chez les différents acteurs de l'éducation menstruelle

II.2.2.1. La relation mère-fille

Dans notre étude, la mère était identifiée comme première « personne ressource » par les adolescentes rejoignant ce qui est décrit dans l'ensemble de la littérature scientifique.

La figure maternelle est identifiée comme « sachant » par les adolescentes. Elle est également favorisée par la notion de similarité de l'expérience menstruelle au sein d'une même famille. Les adolescentes se retrouvent donc dépendantes de la littératie en santé de leur mère. Par exemple, l'ensemble de nos participantes présentant des dysménorrhées dites invalidantes avaient consulté un professionnel de santé sous l'impulsion de leur mère lorsque celles-ci n'avaient pas su apporter de solution à leurs questionnements. Ces résultats sont encourageants. Cependant, comme évoqué précédemment, ces dernières peuvent également présenter des lacunes dans leurs connaissances menstruelles (31,32,34,35). Nos participantes étaient principalement issues d'un milieu socio-économique favorisé, ce qui constitue un biais de recrutement. Chez les adultes, le risque d'un niveau de littératie en santé inadéquat diminue avec l'augmentation du niveau social perçu et augmente en présence de difficultés financières (36). En conséquence, nos participantes et leurs mères ne sont probablement pas représentatives de la population générale des adolescentes françaises.

Si toutes nos participantes rapportaient pouvoir échanger avec leur mère, il faut tenir compte d'un probable biais de sélection. Le mode de recrutement choisi excluait les adolescentes pour lesquelles le sujet ne peut pas être abordé dans le cadre familial. Or, si les modèles pédagogiques actuels invitent les parents à préparer leurs enfants aux changements pubertaires, on sait que

certaines facteurs sociaux, ethniques ou religieux peuvent être associés à une persistance d'un tabou intra-familial, privant ainsi les adolescentes de leur principale source d'information (37). Le travail de Derville I. mettait par exemple en avant les difficultés des femmes pour aborder le sujet avec leurs filles entraînant une transmission mère-fille incomplète (32).

Notre étude ne visait pas à évaluer la perception des mères, mais certains échanges en marge des entretiens et certains témoignages recueillis lors d'un atelier d'éducation menstruelle mère-fille à Colmar organisé par Virginie Keller, ambassadrice « Kiffe ton cycle », peuvent éclairer ces notions. Les mères relataient la présence d'un tabou menstruel durant leur adolescence et un vécu connoté négativement de la ménarche. Elles souhaitaient présenter les menstruations sous un jour différent à leurs filles, plus positif : « *c'est vécu comme quelque chose qui nous tombe dessus alors qu'il faudrait en faire une force* ». Néanmoins cette transmission était source de difficultés : « *on n'a pas d'exemple, on se sent perdues, ça nous ramène à notre histoire* ».

A partir de ces constats et des recommandations de la commission d'avis sur les menstruations chez les adolescentes de l'AAP et l'ACOG (38) il nous semble essentiel :

Informer :

- Intégrer les parents et notamment les mères dans le processus d'éducation menstruelle lors des consultations avec les adolescentes. Soutenir leurs connaissances et favoriser la transmission au sein du cadre familial.

II.2.2.2. Milieu scolaire

La délivrance d'informations en milieu scolaire était perçue favorablement par les adolescentes dans notre étude. Cependant, les informations sur le fonctionnement physiologique des menstruations délivrées dans les enseignements de SVT n'étaient pas mémorisées ou faisaient l'objet de nombreuses approximations. Les interventions portant spécifiquement sur les menstruations étaient rares et très hétérogènes d'un établissement à l'autre, à la fois sur la sélection des intervenants (infirmière scolaire, associations), l'approche choisie (mixte ou uniquement pour les filles) et le contenu délivré.

Dans un sondage mené en 2022, 75% des 18-24 ans avaient reçus au moins un enseignement formel sur les règles, principalement dans le cadre scolaire (39). La recommandation n°4 du rapport sur les menstruations de l'AN proposait que les menstruations soient abordées de manière systématique en classe de 6^e, de manière distincte aux cours d'éducation à la sexualité (1). Bien que 91% des adolescents soient favorables à la mise en place d'interventions d'éducation menstruelle en milieu scolaire (39), elles n'ont actuellement pas de cadre défini. Dans le Grand-Est, un programme associant mise à disposition de protections hygiéniques gratuites et organisations d'interventions a été expérimenté sur l'année scolaire 2021-2022 puis proposé à l'ensemble des lycées de la région à la rentrée 2022 (40). Nous avons pris l'initiative de contacter les services concernés afin de savoir si une évaluation de ce programme avait été réalisée mais nous n'avons reçu aucune réponse à ce jour.

Cependant, la réalisation de l'éducation à la sexualité et plus particulièrement de l'éducation menstruelle reste très variable d'un établissement à l'autre. On estime que seuls 15% des élèves français bénéficient des trois séances annuelles prévues dans le cadre de la loi (41). Enfin, si on dispose d'arguments forts pour la mise en place d'action visant à soutenir la littératie en santé dans les établissements scolaires, leur impact sur la santé menstruelle des adolescentes qui en bénéficient n'a pas été évalué.

II.2.2.3. Autres sources d'informations : la question d'Internet

Les supports étaient peu utilisés par les adolescentes de notre étude. Cependant, celles qui avaient recours à des livres ou des magazines les évaluaient positivement comme une source d'information fiable et compréhensible. Le recours à Internet était à la marge, uniquement envisagé en dernier recours, en l'absence d'un interlocuteur pouvant répondre immédiatement à l'émergence d'une question. Ce résultat nous a paru surprenant dans cette population jeune réputée très connectée. L'étude espagnole sur le littératie menstruelle et l'expérience des menstruations rapportait que 11,8% des femmes nées dans les années 2000 se renseignaient auprès d'influenceurs. Cela peut sembler peu mais était équivalent aux recours aux professionnels de santé (35).

Nos participantes expliquaient ne pas recourir aux recherches sur Internet car les informations qu'elles pouvaient y trouver ne leur étaient pas adaptées : emploi d'un vocabulaire scientifique incompréhensible, informations ne répondant pas à leurs attentes, anxiogènes, catastrophistes, voire parfois erronées. Les nouvelles technologies sont intéressantes pour diffuser des informations au plus grand nombre mais sont également la porte ouverte à la désinformations (17,35). C'est également un mode de communication dit « froid » qui ne permet pas la mise en place d'une relation de soutien telle que recherchée par les adolescentes (hormis peut-être sur les forums).

A partir de ces observations, nous avons cherché à identifier des ressources disponibles gratuitement sur Internet proposant un contenu scientifiquement validé et adapté à cette gamme d'âge qui pourraient être proposés en consultation aux adolescentes qui le souhaitent.

Informer :

- Fournir aux adolescentes qui le souhaitent des liens vers des sites Internet fiables et validés, adaptés à leur âge et leur niveau de compréhension. Rester disponible pour revoir certains aspects avec elles si nécessaire.
- Les pouvoirs publics proposent les sites suivants (liste non exhaustive) :
 - Onsexprime.fr : dédié à l'éducation à la sexualité mais comprenant également des articles sur les menstruations, réalisé par Santé Publique France pour les adolescents et jeunes adultes (42).
 - Parlonsregles.fr : crée par l'association Règles Élémentaires
 - Ameli.fr : page « Informations et conseils sur les règles de la jeune fille » (43).
 - SantéBD.org : réalisé par l'association CoActis santé, propose entre autres des BDs sur les changements de la puberté et la consultation de gynécologie (44).
- Certains départements proposent également les livrets d'informations sur les menstruations à destination des adolescentes comprenant des aspects physiologiques et de gestion pratique, téléchargeables.
- Au niveau associatif, le Planning Familial propose également un livret à télécharger (45).

Pour garantir une meilleure lisibilité, le rôle des professionnels de santé en tant qu'acteurs de l'éducation menstruelle sera développé dans une section dédiée en fin de ce travail.

Après avoir examiné les forces et limites des différents acteurs de l'éducation menstruelle, il est tout aussi crucial de considérer d'autres déterminants clés de la santé menstruelle à prendre en compte en consultation.

II.3. Etat des lieux : les autres déterminants de la santé menstruelle

II.3.1. Tabou menstruel et représentations symboliques sur les menstruations

Dans notre étude, le terme « tabou » était utilisé spontanément par les adolescentes pour convoier qu'il s'agit d'un sujet qui ne s'aborde pas en société. L'existence du tabou menstruel a été largement étudiée et n'est plus à prouver. Dans un sondage français réalisé en 2020, 54% des filles de 10 à 14 ans considéraient que les menstruations étaient un sujet tabou (12). Nos participantes étaient également ambivalentes sur cet aspect. Pour certaines, la reconnaissance de l'existence du tabou menstruel au sein de la société française était à distinguer de leur positionnement personnel. Elles revendiquaient s'en émanciper, voire affichaient un certain militantisme sur la nécessité de s'en affranchir sans que leurs pratiques se distinguent de celles des adolescentes rapportant la persistance d'un tabou à l'échelle personnelle. Dans une revue de la littérature sur l'expérience des menstruations dans les pays dits développés, les auteurs décrivaient que certaines femmes militaient pour la levée du silence qui entoure les menstruations en les rendant visibles dans l'espace public. Paradoxalement, elles ne cherchaient pas à se confronter à la norme sociale et continuaient à dissimuler leur statut menstrué (34). Ces constats évoquent finalement deux tabous distincts : la place « des » menstruations dans la société et la place de « mes » menstruations dans la société.

La perception du tabou semble influencée par les représentations qui entourent les menstruations. Une thèse qualitative par analyse thématique de 2006 indiquait que les adolescentes considéraient les règles comme un phénomène naturel mais perçu globalement de façon négative car synonyme d'insalubrité, de douleur et de contraintes sociales (46). Dans un sondage réalisé en

2020 (12), seules 14% des adolescentes déclaraient être contentes d'avoir leurs premières menstruations tandis que 68% y voyaient une perte de liberté et le début d'une vie de contraintes. Dans notre étude, la perception des menstruations comme une expérience sociale permettant de faire communauté avec les pairs du même âge ou celle des menstruations comme un marqueur de bonne santé globale semblaient plus positivement connotées.

Finalement le tabou et les représentations symboliques véhiculées influencent le vécu et les émotions liées aux menstruations. Dans notre étude, comme dans la revue de la littérature, elles peuvent être associées à tout un panel d'émotions parfois contradictoires mais coexistantes. Les émotions négatives ou neutres restent au premier plan (34). Lutter contre le tabou menstruel et favoriser la transmission de représentations positives permet d'améliorer le vécu des adolescentes, indépendamment des caractéristiques de leurs menstruations.

Ainsi, à partir des résultats de notre étude, des propositions du rapport de l'AN sur les menstruations (1) et de la commission d'avis sur les menstruations chez les adolescentes de l'AAP et de l'ACOG (38), nous pensons que les médecins généralistes devraient :

Informer :

- Lutter contre le tabou menstruel, renforcer une perception positive des menstruations et encourager les représentations des menstruations comme marqueur de bonne santé globale.

II.3.2. Les protections menstruelles

Dans notre étude, la préparation à la ménarche dans le cadre familial reposait au premier plan sur la mise à disposition de serviettes hygiéniques jetables. Les jeunes filles étaient informées de la nécessité d'en avoir toujours sur elle pour « être préparées ». Cependant, avoir des protections ne signifiait pas nécessairement savoir les utiliser. Ce constat peut poser question sur un niveau de préparation à la ménarche finalement peu satisfaisant.

De plus, les protections menstruelles externes étaient jugées peu satisfaisantes notamment en terme de confort, de discrétion, voire parfois d'efficacité (risque de débordement). Pour y pallier,

une partie des adolescentes se tournait vers les protections externes réutilisables qui semblaient mieux leur convenir. Néanmoins, elles étaient souvent peu informées sur les différents types de protections existants, notamment les plus jeunes.

Les protections internes (tampons) n'étaient que très peu utilisées par les participantes, ce qui concorde avec les résultats de la littérature française pour cette classe d'âge (7). Les risques sanitaires étaient perçus de manière intuitive mais mal définis, le SCT n'était pas connu et la durée de port maximale restait floue pour la plupart des participantes. Ces données sont retrouvées dans la littérature, y compris chez les femmes adultes (7). Un deuxième facteur favorisant le non-respect des consignes de port des protections menstruelles internes n'apparaît pas dans notre étude du fait d'un biais de recrutement mais nous semble important à soulever. Il s'agit de la précarité menstruelle définie comme « une difficulté d'accès aux produits d'hygiène de première nécessité et, plus particulièrement, aux protections hygiéniques » (28). D'après un sondage Opinion Way pour l'association Règles Élémentaires de 2023, le nombre de femmes en situation de précarité menstruelle en France a doublé entre 2021 et 2023 passant à presque 4 millions, soit 31% des femmes menstruées de 18 à 50 ans. Chez les 18-24 ans la précarité menstruelle touche 44% des françaises : 30% ont renoncé à acheter des protections menstruelles au moins une fois dans les 12 derniers mois, dont 14% régulièrement (soit 330 000 personnes) (48). Des initiatives se mettent en place au niveau d'associations (11) ou de collectivités (40) pour y pallier. Depuis quelques années, on commence à voir des distributeurs de protections dans les sanitaires des écoles et des universités par exemple. Il était également prévu que les protections menstruelles réutilisables soient prises en charge par la sécurité sociale pour les moins de 26 ans à partir de septembre 2024 (49).

A partir de ces constats, certaines propositions formulées par les politiques publiques nous semblent intéressantes à intégrer à notre pratique quotidienne :

Evaluer :

- L'accès aux protections.
- Le type de protections utilisées et le respect des précautions d'emploi.

Informez sur :

- Les possibilités d'accès aux protections menstruelles en cas de précarité menstruelle.
- Les précautions d'emploi des protections menstruelles, notamment interne avec un accent sur le temps de port maximum (6h) et l'absence de port nocturne.
- Le rapport de l'AN sur les menstruations (1) recommande d'informer les patientes sur les risques sanitaires qui peuvent être associés aux port de protections menstruelles internes, les symptômes évocateurs et la conduite à tenir en cas de SCT. Cela semble peu réalisable dans la pratique quotidienne mais nous proposons d'orienter les patientes vers les informations qui figurent désormais sur les emballages (voir **Annexe 1**) tout en restant disponibles en cas de questions supplémentaires.

II.3.3. Diagnostics, soins et traitements : quand la norme des adolescentes rencontre la norme médicale

L'élaboration d'une norme menstruelle adaptée est l'un des éléments nécessaires à l'établissement d'une littérature en santé permettant un recours opportun au système de soins. Chez nos participantes, les frontières de cette norme étaient très variables car personnelles. Ce déterminant de santé menstruelle ne semble pas non plus atteint dans la littérature. Mais finalement, comment est définie la norme menstruelle d'un point de vue médical ? Sur quelles recommandations/critères peut-on s'appuyer en consultation pour évaluer les patientes et les informer ?

II.3.3.1. Ménarche

Nous avons décrit que la variabilité de l'âge de la ménarche était bien connue de nos participantes. Sa survenue était correctement estimée entre 11 et 13 ans, ce qui correspond à l'âge moyen de 12,5 rapporté dans la littérature (2–4). Bien que décrite comme un marqueur de « passage dans

l'adolescence », les adolescentes ne mettent pas en lien la ménarche et les autres phénomènes de la puberté comme la croissance et le développement des caractères sexuels secondaires. Nous avons pu relever un certain nombre de fausses croyances responsables d'une impression de déviation à la norme et source d'anxiété.

Les recommandations de bonne pratique portant sur le dépistage de l'enfant de 7 à 18 ans émises en 2005 proposaient le dépistage des anomalies du développement pubertaire à travers la classification de Tanner (50). Cependant, dans leur travail de thèse portant sur les représentations des médecins généralistes alsaciens sur l'évaluation pubertaire par les stades de Tanner, Fincker M. et Fontes P. posaient la question de la faisabilité de l'examen pubertaire en pratique (51). En effet les médecins généralistes relevaient un grand nombre de freins laissant supposer un faible taux de réalisation conforme aux recommandations d'examen annuel. Pourtant le dépistage et la prise en charge précoce des anomalies du développement pubertaire, à la fois puberté précoce et retardée, est essentiel du fait de leurs conséquences physiques (staturales, osseuses,...), comportementales et psychologiques (décalage avec les pairs). Par exemple, les filles présentant une puberté précoce peuvent expérimenter des difficultés supplémentaires liées à la gestion pratique des menstruations.

A partir des recommandations de l'AAP et de l'ACOG (38), de la fiche Pas à Pas publiée par l'AFP sur l'« aménorrhée primaire » (52), du travail de thèse sur l'évaluation pubertaire de Fincker M. et Fontes P. (51) et de nos observations, les aspects suivants nous semblent intéressants à aborder en consultation :

Informer :

- L'apparition des signes pubertaires, leur temporalité et leur relation avec la ménarche.

Evaluer :

- Le développement pubertaire.

La réalisation du stade de Tanner de manière systématique et annuelle nous semble peu réalisable en pratique de routine. Le dépistage pourrait être recentré sur des éléments

d'interrogatoire et d'observation indirecte pour vérifier l'installation du démarrage pubertaire. Physiologiquement le début du développement mammaire (S2), dit thélarche, apparaît entre 8 et 13 ans chez la fille. Les stades S2 et P2 (pilosité pubienne) devraient donc être relevés sur les courbes de croissance staturo-pondérale, comme recommandé dans le carnet de santé (51).

- L'âge de la ménarche le cas échéant.

Explorations complémentaires à considérer si absence de ménarche (38) :

- Dans les 3 ans après la thélarche (S2).
- A l'âge de 15 ans révolu.
- A partir de 14 ans en présence de signes cliniques d'hyperandrogénisme (acné et hirsutisme), ou d'arguments en faveur de troubles du comportement alimentaire ou d'exercice physique intensif.

II.3.3.2. Dysménorrhées

Dans notre étude, les menstruations étaient associées en premier lieu aux dysménorrhées en analyse longitudinale. Elles étaient banalisées, voire **normalisées** par la plupart des participantes qui rapportaient en être atteintes. Ces résultats sont concordants avec ceux de trois travaux de thèse qualitatives s'étant intéressés au vécu des menstruations des adolescentes (46,53,54). Dans d'autres études, environ la moitié des adolescentes françaises considèrent qu'il est normal d'avoir mal pendant ses règles (4,39).

Six participantes rapportaient la présence de dysménorrhées avec une intensité et un retentissement variable sur leur quotidien. Pour deux d'entre elles, ces dysménorrhées étaient qualifiées de sévères de par leur retentissement fonctionnel, avec notamment un absentéisme scolaire. Les dysménorrhées sont très fréquentes chez les adolescentes. En France, deux grandes études transversales réalisées auprès d'adolescentes âgées de 14 à 19 ans en 2014 et 2019 retrouvaient une prévalence des dysménorrhées de 80,5% et 92,9%, concordant avec le reste de la littérature. Le retentissement fonctionnel était également marqué avec un absentéisme scolaire occasionnel lors des menstruations chez 43,3 %, et des difficultés lors des cours et des

activités sportives (74,9% et 77,2%) (3-4). La prévalence des dysménorrhées sévères est plus difficile à évaluer car il n'existe pas de critères consensuels pour les définir. Dans ces deux études, elle s'élevait à 4,9% et 8,9% des adolescentes interrogées. Cependant, aucune distinction n'était réalisée entre les dysménorrhées primaires et secondaires.

Dans notre travail, les adolescentes n'étaient pas toujours informées que les menstruations peuvent être associées à des pathologies. Seule l'endométriose était évoquée par certaines participantes. Elle la définissait comme des dysménorrhées « inhabituellement intenses », et rarement par la présence de signes associés sans pouvoir les préciser. Les dysménorrhées primaires et secondaires peuvent être difficile à différencier cliniquement mais elles se distinguent en terme d'impact fonctionnel et dans leur prise en charge.

Les **dysménorrhées primaires**, ou essentielles, sont de loin les plus fréquentes. Elles débutent généralement dans les 6 à 12 mois qui suivent la ménarche au moment de la maturation de l'axe gonadotrope et la mise en place des cycles ovulatoires (55). Elles sont typiquement pré ou protoménales, varient d'un cycle à l'autre, et sont fréquemment associées à des symptômes digestifs. La physiopathologie sous-jacente est partiellement connue (56).

Les **dysménorrhées secondaires** sont en lien avec une pathologie sous-jacente. On distingue principalement les dysménorrhées en lien avec des malformation utéro-vaginales (utérus pseudo-unicorné, héli-utérus, cloisons vaginales,...) et l'endométriose. On estime qu'environ 5% de la population adolescente générale est atteinte d'endométriose, ce qui correspondrait à 50% des adolescentes ayant des dysménorrhées sévères (57). La présentation peut se distinguer de celle observée chez les femmes adultes mais certains signes doivent attirer l'attention et sont repris dans l'encadré ci-dessous (55,57). Les examens complémentaires sont parfois moins informatifs (possibilité réduite de recourir à l'échographie endo-vaginale, IRM pelvienne moins contributive avant 18 ans (58)) et ne doivent pas faire écarter le diagnostic.

Finalement, la normalisation des dysménorrhées et la méconnaissance des pathologies qui peuvent être associées aux menstruations participent à un moindre recours aux soins à la fois en

terme thérapeutique mais aussi diagnostique. Pour aller plus loin, une revue de la littérature réalisée en 2021 sur le vécu des menstruations dans les pays développés rapportait que les femmes ressentent une minimisation de leur plaintes par les professionnels de santé et qu'elles ne se sentaient ni écoutées, ni comprises (34). Pourtant, la prise en charge des dysménorrhées présente des enjeux majeurs en terme de gestion des douleurs et de restriction de participation qu'elles peuvent entraîner. Concernant l'endométriose, une détection plus précoce pourrait changer la trajectoire de cette pathologie chronique invalidante (évolution des lésions, impact sur la chronicisation des douleurs et la fertilité, prévention de la sensibilisation pelvienne,...) (59).

Dans notre étude, les adolescentes avaient principalement recours à l'automédication et n'étaient pas très satisfaites des traitements médicamenteux. Elles utilisaient les AINS à des posologies sub-thérapeutiques ou des molécules n'ayant pas montré de bénéfices dans les dysménorrhées comme le phloroglucinol ou le paracétamol. L'inefficacité d'un traitement antalgique, même prescrit par un professionnel de santé ne semblait pas suivie d'une nouvelle consultation. Cela a déjà été observé dans une étude française de 2014 dans laquelle seules 20% des adolescentes qui n'étaient pas soulagées par un premier traitement antalgique retournaient consulter (3). Ces différents constats nous interrogent sur les améliorations à apporter à notre pratique.

A partir de la fiche Pas à Pas sur les « Dysmenorrhées de l'adolescente » de 2023 (57), de l'avis de la commission de l'ACOG sur les dysmenorrhées et l'endométriose chez l'adolescente (55), ainsi que des recommandations de l'HAS sur l'endométriose (notamment la fiche « messages clés destinés au médecin généraliste») (23), nous proposons d'explorer les aspects suivants en consultation de médecine générale chez les adolescentes qui rapportent des dysmenorrhées :

Evaluer :

- Les caractéristiques des dysménorrhées et leur retentissement sur le quotidien.
- La présence de douleurs pelviennes en dehors des menstruations.
- Antécédents familiaux, notamment endométriose.
- Antécédents personnels de violences.

- Les méthodes antalgiques non médicamenteuses et médicamenteuses (molécules et mode de prise).
- Proposer une réévaluation systématique après 3 cycles/mois à chaque intervention.

Informer :

- Lutter contre la banalisation des dysménorrhées, proposer des méthodes non médicamenteuses et médicamenteuses. Les AINS sont la classe médicamenteuse de référence en l'absence de contre-indication (pas de molécule à privilégier, par exemple ibuprofène). Recommander des prises en systématique dès le début des menstruations (55,57).
- En cas de dysménorrhées non soulagées après 3 cycles menstruels avec des prises AINS bien conduites, il est recommandé de proposer une contraception hormonale.

Examens complémentaires/ Orientation spécialisée :

- Un arbre de décision reprenant les différents critères diagnostiques et les examens complémentaires à réaliser est proposé sur le site Pas à Pas Pédiatrie (57).

Devant toutes dysménorrhées invalidantes persistant malgré un traitement bien conduit (AINS + contraception hormonale visant l'obtention d'une aménorrhée thérapeutique pendant 3 à 6 mois) ou de douleurs pelviennes chroniques, les adolescentes devraient être orientées vers une unité douleur ou de médecine de l'adolescent afin de bénéficier d'une évaluation bio-psycho-sociale et d'une approche multidisciplinaire (55).

II.3.3.3. Troubles du cycles

Le caractère mensuel des menstruations était décrit comme la norme par l'ensemble des participantes. Cependant l'importance qu'elles accordaient à la régularité des cycles menstruels était très variable : chez certaines il s'agissait d'un impératif, chez d'autre elle était acquise progressivement au cours de l'adolescence ou encore liée à d'autres facteurs comme le stress ou l'activité physique. Aucune des participantes n'a évoqué le fait que l'irrégularité menstruelle pouvait être le signe d'une pathologie sous-jacente.

L'irrégularité menstruelle est fréquente dans les premières années suivant la ménarche du fait de la présence de cycles anovulatoires en lien avec une immaturité de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Malgré tout, 90% des cycles s'étendent entre 21 et 45 jours dans les trois premières années puis 60 à 80% des cycles durent de 21 à 34 jours comme décrit typiquement chez les adultes (38).

Les troubles du cycle peuvent néanmoins être en lien avec différentes pathologies qu'il convient de rechercher devant la présence de signes évocateurs. En terme de fréquence, on retient principalement le SOPK en cas d'association avec des signes d'hyperandrogénisme (hirsutisme et acné) (60) et les aménorrhées hypothalamiques fonctionnelles souvent en relation avec une perte de poids, une activité physique intensive (syndrome du RED-S, Relative Energy Deficiency in Sports), un stress intense ou encore l'association de ces différents facteurs. Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion (61).

A partir des recommandations de l'AAP et de l'ACOG (38), ainsi que des recommandations internationales sur la prise en charge du SOPK de 2023 (60), il convient de rechercher les variations à la norme suivantes qui devraient motiver la réalisation d'explorations complémentaires :

Evaluer :

- Rythmicité du cycle à partir d'un calendrier.

Informé sur :

- Le cycle menstruel comme marqueur de bonne santé globale, les facteurs qui peuvent le faire varier (stress, apports caloriques, activité physique,...).
- Les variations physiologiques du cycle menstruel .

Explorations complémentaires/ Orientation spécialisée à considérer si :

- < 1 ans après la ménarche : pas d'explorations.
- Entre 1 et 3 ans : Si cycles < 21 j ou > 45 j ou pour tout cycle > 90 j.
- Après 3 ans : Si cycles < 21 j ou > 35 j ou pour tout cycle > 90 j.

II.3.3.4. Saignements utérins anormaux

Dans notre étude, l'abondance et la durée des menstruations n'étaient jamais un sujet de questionnement pour les adolescentes. Le volume physiologique des menstruations n'était pas connu et la normalité du flux menstruel était définie par comparaison intrapersonnelle d'un cycle à l'autre à partir du nombre de protections utilisé. Pourtant plusieurs d'entre elles décrivaient un flux évocateur d'une hyperménorrhée avec des caillots, des changements de protections très fréquents, des débordements et des levers nocturnes pour changer de protection.

Les saignement utérins anormaux concerneraient 10 à 30% des adolescentes sans antécédents particuliers (62). Ils sont secondaires à une dysfonction ovulatoire dans 80% des cas mais peuvent également être secondaires à des coagulopathies ou autres pathologies organiques moins fréquentes chez l'adolescente (63). Leur dépistage présente donc un double enjeu : ne pas rater une pathologie sous-jacente, mais aussi dépister et traiter une éventuelle anémie.

Le score de Higham est un outil de dépistage simple et adapté à la pratique clinique chez les adolescentes (64). Le réseau Hemogyn des Hospices Civils de Lyon propose par exemple une fiche à destination des patientes pour réaliser ce score, disponible en ligne (65). Elle est reprise en **Annexe 14**.

A partir de la fiche Pas à Pas sur le diagnostic et la prise en charge des « saignement abondants d'origine utérine chez l'adolescente » publiée par SFP (Société Française de Pédiatrie) en 2022, nous avons choisi de mettre en avant certains aspects qui devraient selon nous être appliqués lors des consultations de médecine générale portant sur les menstruations :

Informer :

- Connaître le volume physiologique des menstruations n'a pas réellement d'applicabilité en pratique pour les patientes mais peut néanmoins leur donner un ordre d'idée. Le volume moyen est inférieur à 60mL/cycle, soit quatre cuillères à soupe, avec un risque d'anémie si > 80mL.

Evaluer :

- Le volume des menstruations : durée des menstruations et abondance du flux, par exemple à travers le score de Higham. (voir **Annexe 14**)

Explorations complémentaires à considérer si :

- Score de Higham > 100.
- Changements de protections < 2 heures.
- Cycles < 21 jours et/ou menstruations > 7 jours.

III. REPERES ET PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE EN MEDECINE GENERALE

La WONCA Europe (World Organization of Family Doctors) a publié en 2002 (révision en 2023) une définition de la médecine générale précisant les caractéristiques de la discipline, ainsi que les rôles et les compétences fondamentales du médecin généraliste (66). On retrouve notamment des missions de :

- Diagnostic et de soins de premier recours, ainsi que de coordination avec les autres professionnels de santé.
- **Prévention et d'éducation pour la santé** visant à autonomiser les patients et favoriser leur santé et leur bien-être.

En France, l'article L4130-1 du code de la santé publique relatif aux missions du médecin généraliste indique qu'il doit contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé (67). Il doit donc participer au développement de la littératie en santé de ses patients (17). Concernant la santé menstruelle des adolescentes, la commission d'avis de l'ACOG et de l'AAP précise que les médecins doivent disposer de connaissances théoriques sur le cycle menstruel permettant d'évaluer la frontière entre la norme et une potentielle pathologie sous-jacente, ainsi que des capacités à évaluer les adolescentes et à leur transmettre des informations de manière efficace (38).

Nous avons donc cherché à expliciter la place du médecin traitant comme acteur de la santé menstruelle des adolescentes en mettant en lien d'une part les attentes et les besoins des adolescentes définis au cours de notre analyse puis de notre recherche bibliographique (31,32,35,54,68–71) et de l'autre les compétences fondamentales nécessaires au médecin généraliste pour mettre en place une démarche d'éducation en santé auprès des adolescentes et devenir une « personne ressource » (17,66,72). L'objectif de cette synthèse est de proposer des pistes d'orientations aux médecins généralistes pour la tenue de ces consultations complexes. Cela nécessite d'abord de créer un cadre propice à une relation de confiance, puis de réaliser une évaluation globale de l'adolescente, incluant ses caractéristiques menstruelles et son bagage menstruel. Ces deux étapes sont essentielles pour adapter l'approche et le contenu des informations délivrées aux besoins spécifiques de chaque adolescente.

III.1. Etablir le cadre de la consultation

L'établissement de cette **relation de confiance** est un des leviers permettant de devenir une « personne ressource ». Le médecin généraliste est le premier contact avec le système de soins. Les consultations répétées au cours du temps permettent de créer du lien et de construire une relation médecin-patient efficace basée sur une compréhension holistique des patients selon le modèle bio-psycho-social de la santé (66,73). Les facteurs permettant de devenir « une personne ressource » en santé menstruelle décrits en **V.2.1.** (voir Résultats et analyse, page 59) peuvent être précisés dans le contexte de la relation médecin-patient :

III.1.1. « Adopter une attitude empathique et offrir un espace d'échange »

L'absence de jugement ou de minimisation des symptômes et des plaintes exprimées par les adolescentes est indispensable au maintien d'une relation médecin-patient de qualité. Cette notion était illustrée chez une des adolescentes de notre étude pour qui les infirmières scolaires avaient perdu leur capacité à devenir des « personnes ressources » en minimisant la plainte d'une élève qui s'était blessée. Prendre en compte la composante émotionnelle associée à l'expérience des menstruations positionne la consultation comme un espace d'échange permettant de poser des questions de manière libre.

Cependant, les adolescentes sont souvent dépendantes de leur entourage pour leurs décisions de santé. La place des parents est source d'ambivalence. Leur présence est associée à une réassurance mais également à de la passivité (74). L'Inpes a publié en 2009 un guide intitulé « Entre nous : comment initier une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? » (72). Il recommande de demander aux parents de sortir de la pièce pendant au moins une partie de la consultation afin de replacer l'adolescente au centre de la prise en charge et de lui rappeler l'existence et la définition du secret médical. Concernant plus spécifiquement la santé menstruelle, cette posture permet de libérer le discours notamment si un lien vers la sexualité ou la contraception se fait au cours de la consultation. Cette posture active favorise l'**autonomisation** des adolescentes dans leurs décisions de santé.

Il existe donc un double enjeu spécifique : **entrer en relation avec l'adolescente mais aussi avec ses parents**. Cela revêt une importance particulière, car nous avons vu que la mère est souvent la première personne ressource des adolescentes, mais peut présenter des lacunes dans ses propres connaissances ou des difficultés à les transmettre

III.1.2. « S'identifier comme interlocuteur pour la santé menstruelle »

Dans notre étude, certaines adolescentes et leurs mères favorisaient les consultations auprès d'un gynécologue. Deux points peuvent expliquer cette tendance alors que les situations décrites pouvaient être du ressort du médecin généraliste, de notre point de vue :

- Le médecin généraliste ne s'identifie par lui-même comme interlocuteur sur le sujet. Nos participantes rapportaient que les médecins généralistes n'abordaient pas ou très brièvement les menstruations au cours des consultations. De même, Derville I. rapportait une anamnèse menstruelle limitée à l'âge de la ménarche, la régularité des cycles menstruels et éventuellement la présence de dysménorrhées (32). Enfin, dans un sondage de 2022, seules environ 10 % des adolescentes avaient bénéficié d'un enseignement formel sur les menstruations de la part d'un professionnel de santé (39).
- En parallèle, le gynécologue est perçu comme spécialisé dans les questions touchant à la santé de la femme et est de ce fait l'interlocuteur de choix pour toute question touchant

à cette thématique. Cette préférence était déjà décrite dans le travail de Tassy F. (2012) sur la perception des consultations à motif gynécologique par les adolescentes et les médecins généralistes en région parisienne. Les médecins généralistes n'étaient pas identifiés comme compétents en gynécologie (69).

III.1.2.1. Aborder le sujet en premier

En raison du lien entre menstruations et intimité le sujet peut être particulièrement difficile à aborder spontanément par les adolescentes, et ce d'autant plus que le **tabou menstruel** peut exister également au sein de la consultation médicale. Nous avons distingué précédemment le tabou menstruel sociétal d'un tabou à parler de sa propre expérience menstruelle. Ainsi le sujet peut être difficile à aborder en premier par les patientes, y compris les plus à l'aise ou les plus militantes. Certaines des adolescentes de notre étude ont déclaré que de ce fait elles pensaient que ce serait bien que le médecin généraliste aborde les menstruations en premier. Ce souhait était retrouvé chez 60% des adolescentes présentant des dysménorrhées interrogées par Hadjou O. (4). Ces constats soulignent que les **praticiens devraient prendre l'initiative d'aborder spontanément ces thématiques** (73). La congruence de genre entre patient et médecin peut améliorer la communication à partir de similarités perçues et certaines patientes rapportent plus de difficultés avec un praticien masculin (72). Il convient d'en tenir compte pour les médecins masculins en se montrant d'autant plus concerné et disposé à aborder ces thématiques.

De plus, aborder le sujet en premier permet de **le caractériser comme une thématique de santé qui a toute sa place en consultation**. Dans notre étude les représentations symboliques sur les menstruations semblaient influencer le recours aux soins. Les adolescentes qui percevaient les menstruations comme une « expérience sociale normative » semblaient moins à même d'aborder le sujet avec un professionnel de santé que celles qui les percevaient comme une thématique de santé. Chez ces dernières on distinguait celles qui percevaient les menstruations comme un marqueur permettant le suivi de son état de santé global et celles qui les envisageaient comme un problème, voire une pathologie. Bien que notre travail comporte des limites, ce résultat original

de notre étude nous semble enrichissant pour la pratique clinique. Le guide d'intervention à l'intention des professionnels de santé de l'Inpes recommandait d'ailleurs de prendre en compte les représentations et les connaissances (scientifiques ou profanes) des adolescents : « L'éducation pour la santé s'appuie sur l'exploration et la prise en compte des connaissances des publics auxquels elle est destinée afin de ne pas s'inscrire en opposition avec ce savoir et ainsi pouvoir être mieux entendue, comprise et acceptée » (72).

III.1.2.2. Préciser ses missions et ses compétences

Dans notre étude, les missions des professionnels de santé identifiées par les adolescentes semblaient avant tout tournées vers le **diagnostic et le soin**, alors que les **missions de prévention et d'éducation** étaient peu évoquées. Dans leur thèse sur les représentations et les attentes des adolescents en consultation de médecine générale réalisée en 2023, Pichon et Ubrun rapportaient que le médecin était perçu comme « un somaticien et un prescripteur ». Ses missions de prévention n'étaient pas identifiées et pouvaient être perçues comme intrusives car s'écartant de leur motif de consultation (71). Ces données doivent être mises en perspective avec d'autres études dans lesquelles les adolescents expriment le souhait de discuter de sujets sensibles et de prévention avec leur médecin malgré des difficultés pour évoquer ces thèmes en premier (73).

A partir de ces résultats, des recommandations du rapport de l'AN sur les menstruations (1) et des propositions de la commission d'avis sur les menstruations chez les adolescentes de l'ACOG (38), nous pensons que les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes devraient :

Informer :

- Se positionner en tant qu'acteur de la santé menstruelle en abordant spontanément le sujet, en précisant leurs compétences en santé de la femme, en informant les adolescentes sur les consultations légales et en les intégrant dans leur pratique (consultations 11-13 ans et 15-16 ans).

- Aborder les menstruations systématiquement en consultation de suivi en accord avec les recommandations de l'ACOG qui proposent l'évaluation du cycle menstruel comme un « signe vital » supplémentaire dans le suivi de santé global des adolescentes (38).

Finalement, les missions des médecins généralistes impliquent d'accompagner les adolescentes dans une réflexion sur la pertinence de leur norme menstruelle et dans la construction d'une littératie en santé adéquate, mais aussi de dépister d'éventuelles pathologies qui peuvent leur être associées et de fournir des soins appropriés. Ces missions ne semblent pas toujours bien identifiées par les adolescentes et leur famille, ni même par les médecins généralistes. Toute initiative politique visant à placer le médecin généraliste comme interlocuteur en santé de la femme serait la bienvenue : affichage ou mise à disposition de flyers dans les salles d'attente des cabinets médicaux/infirmières scolaires, invitation à la consultation par voie postale précisant le remboursement de ces consultations comme cela est déjà en place pour les contrôles dentaires ou les campagnes de vaccinations... Il serait également intéressant de recueillir les perspectives et les difficultés des médecins généralistes concernant les consultations portant sur les menstruations chez les adolescentes, à travers une étude construite en miroir de la nôtre.

III.2. Evaluer les caractéristiques des menstruations et le bagage menstruel

Concernant les rôles de diagnostic et de soins des médecins généralistes, le dépistage d'éventuels difficultés/problèmes/pathologies en lien avec les menstruations repose sur la réalisation d'une **anamnèse menstruelle complète** évaluant les **caractéristiques des menstruations**, ainsi que l'ensemble du **bagage menstruel** tel que défini dans notre travail (**représentations symboliques, connaissances théoriques et savoir-faire pratiques**). Nous avons montré que se fier aux problèmes identifiés par les adolescentes pour mener la consultation n'est ni suffisant, ni satisfaisant car suppose leur capacité à détecter ce qui relève du physiologique ou du pathologique, ce qui n'est pas toujours le cas.

Afin de donner une applicabilité pratique à notre travail, nous avons décidé de proposer une fiche « aide-mémoire » permettant de structurer l'entretien et d'explorer tous ces aspects de manière

rapide, simple et systématique. Dans son travail de thèse (32), Derville I. proposait une anamnèse revisitée des menstruations pour les femmes adultes en consultation de médecine générale. Nous l'avons adaptée et précisée à partir du travail réalisé dans la partie « Résultats principaux et comparaison à la littérature » de notre discussion pour tenir compte des spécificités des adolescentes. Cette fiche est disponible en **Annexe 13**.

La réalisation de cette anamnèse prenant en compte les menstruations comme un phénomène de santé selon le modèle bio-psycho-social permettrait d'adapter notre discours aux connaissances et aux attentes de chaque adolescente, ainsi qu'à son stade de développement physique, cognitif et psychologique. A nos yeux il s'agit donc d'un prérequis indispensable à toute démarche éducative.

III.1. « Délivrer des informations pertinentes »

Les publications évaluant des interventions d'éducation menstruelle chez les adolescentes sont peu nombreuses dans la littérature et sont essentiellement réalisées dans des pays dits en voie de développement. Une revue de la littérature de 2022 portant sur l'impact de différentes interventions sur la santé menstruelle s'est intéressée à des enquêtes CAP (Connaissances-Attitudes-Pratiques) pour proposer un modèle logique (75).

La méthode d'enquête quantitative CAP vise à « rendre visibles et repérables certains traits caractéristiques dans les savoirs, attitudes et comportements en matière de santé liés à des facteurs religieux, sociaux, traditionnels ou encore à des conceptions personnelles sur le corps et la maladie afin d'identifier les obstacles au changement et penser une stratégie d'intervention en regard de spécificités locales » (76).

Le modèle logique permet donc ici de systématiser et de visualiser les relations de cause à effet entre les interventions mises en place et leurs impacts sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de santé menstruelle. Repris en figure 4, il présente donc la littératie en santé menstruelle comme un processus dynamique et progressif, dont la finalité est l'acquisition d'une littératie adéquate au niveau communautaire.

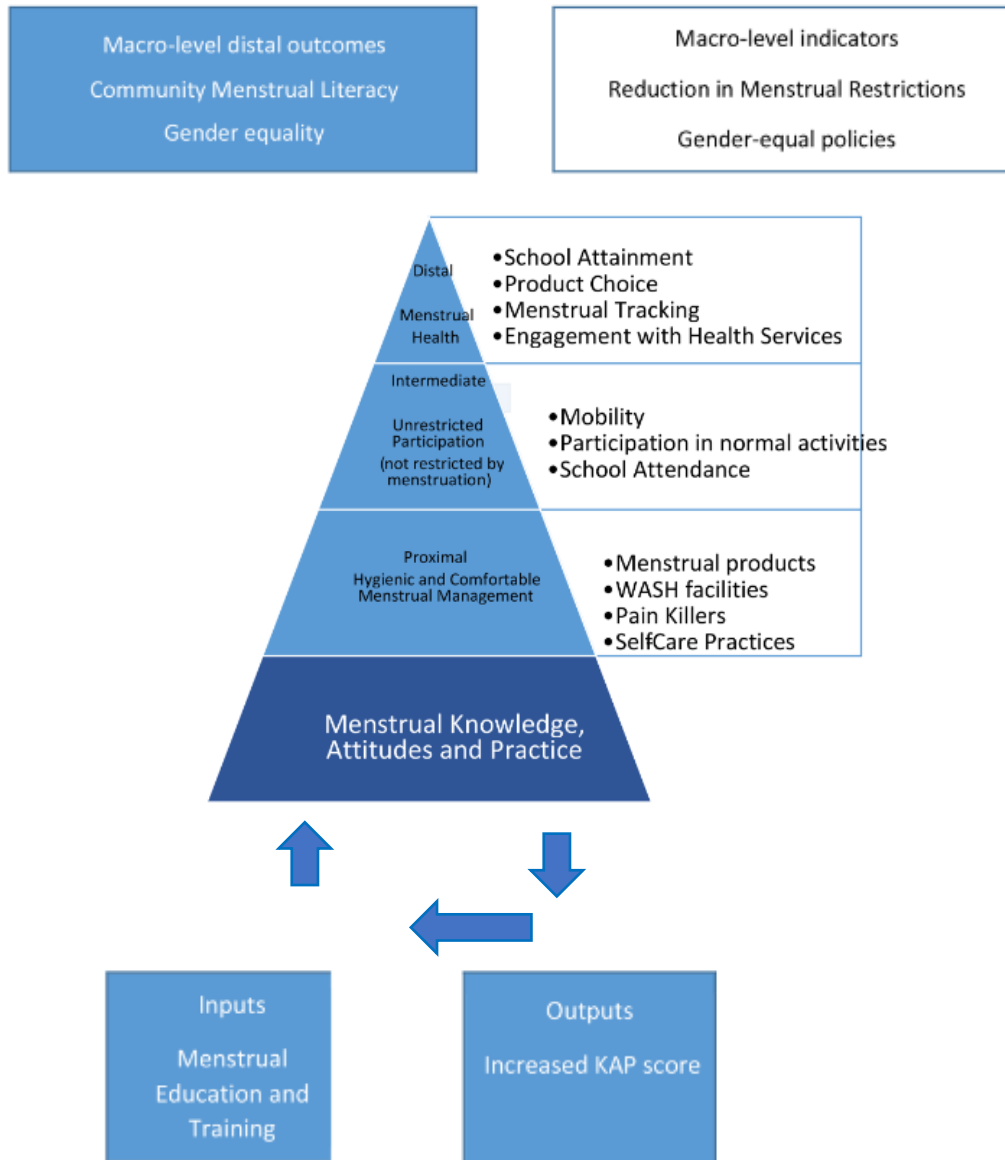


Figure 4 : Modèle logique

Modèle repris de Systematic review of educational interventions to improve the menstrual health of young adolescent girls, 2022 (75)

Afin de réaliser des évaluations de la population cible permettant d'adapter le contenu de l'intervention, les retombées des interventions peuvent être stratifiées en objectifs :

- **Proximaux : gestion confortable et hygiéniques des menstruations** (accès à des protections menstruelles et des structures sanitaires adaptées, apprentissage de technique de self-care, accès aux antalgiques en cas de dysménorrhées). Ce modèle permet ainsi de souligner le rôle central des médecins généralistes, dont les interventions

s'inscrivent au niveau proximal et conditionnement la mise en place des autres objectifs de la santé menstruelle.

- **Intermédiaires : liberté de participation** (aux activités du quotidien et dans le cadre scolaire).
- **Distaux : santé menstruelle**, permettant entre autre le recours adapté au système de santé.

III.1.1. Contenu

Les adolescentes, comme évoqué précédemment, se concentrent davantage sur les aspects pratiques et immédiats de l'expérience menstruelle, jugeant les notions complexes de physiologie comme non essentielles (voir II.2.1. de la discussion : Evaluation des adolescentes, page 72). Néanmoins, il n'existe pas de consensus sur le contenu à apporter lors d'une intervention d'éducation menstruelle puisque celui-ci doit être adapté à l'évaluation initiale de la population qui en bénéficiera. Ainsi, des travaux quantitatifs de type enquête CAP pourraient être réalisés à partir des éléments du « bagage menstruel » identifiés lors de notre travail pour optimiser les interventions en place.

Dans notre étude, la **réassurance sur la « normalité » de l'expérience vécue** était l'élément le plus plébiscité. La médecine générale est par nature orientée vers la normalité contrairement aux soins de second recours. Le concept « d'orientation vers la normalité » est complexe et inclut la notion que certains motifs de consultation ne relèvent pas du pathologique (66). Concernant l'éducation menstruelle il existe un double enjeu : rassurer les patientes en affirmant l'absence de caractère pathologique et les informer sur « la norme » définie d'un point de vue médical. L'objectif est de les accompagner dans l'acquisition d'une littératie en santé adaptée, permettant l'identification des variations qui doivent motiver un recours au système de soins car pouvant être l'expression d'une pathologie sous-jacente. Cette approche renforce les représentations positives des menstruations, vues comme un phénomène physiologique et un marqueur de santé globale, un « signe vital » supplémentaire (38). En second plan, les difficultés portaient sur la **gestion pratique des menstruations et des symptômes qui leur sont associés**. La lutte contre la

banalisation des dysménorrhées et la proposition de prises en charge antalgiques médicamenteuses et/ou non médicamenteuses est notamment essentielle.

III.1.2. Approche

L'approche adoptée pour l'éducation est aussi essentielle que son contenu. Dans notre travail, les adolescentes évoquaient spontanément une préférence pour les interventions interactives permettant de poser des questions. La revue de la littérature sur les interventions en éducation menstruelle montre que l'**apprentissage actif** semble plus efficace que les méthodes d'éducation descendantes à partir de supports écrits, vidéos ou par des enseignants. L'interactivité, la possibilité de poser des questions, l'échange d'expérience avec les pairs et la possibilité de manipuler les protections menstruelles semblaient particulièrement efficaces (75).

III.1.3. Planification temporelle

Le moment de la délivrance des informations est également déterminant. Dans notre étude les adolescentes percevaient l'éducation menstruelle comme un processus continu, répondant à l'émergence de leurs difficultés ou de leurs questionnements, tout en insistant sur la nécessité de l'éducation pré-ménarchale. Dans l'étude de Koff E., les adolescentes soutenaient l'idée d'un processus éducatif commençant bien avant les premières règles et se poursuivant longtemps après (33). Cependant la revue de la littérature sur les interventions d'éducation menstruelle décrivait que l'amélioration des connaissances et des pratiques étaient moindre chez les filles les plus jeunes et chez les garçons, ce qui pourrait suggérer que l'expérience menstruelle en elle-même motive l'intérêt pour ces thématiques (75).

Un équilibre doit donc être trouvé entre une information précoce qui pourrait ne pas être retenue faute de lien avec les préoccupations du moment et une réponse en réaction à des problématiques déjà identifiées, au risque d'être parfois trop tardive.

Finalement, l'ensemble de ces éléments plaide en faveur d'une approche continue, notamment dans le cadre scolaire, avec une répétition des temps d'éducation menstruelle tout au long de l'adolescence. Adapter le contenu, les intervenants et les modalités pédagogiques, permettrait

de répondre aux modifications des besoins des adolescentes au fil du temps. Cette évolution des besoins nécessite non seulement une approche pédagogique flexible, mais aussi l'implication de professionnels issus de disciplines variées. C'est pourquoi une approche pluridisciplinaire, où les médecins généralistes jouent un rôle central, est essentielle pour assurer une continuité éducative adaptée à la diversité des expériences vécues et la complexité des thématiques en lien avec l'éducation menstruelle.

Pour aller plus loin, depuis 2018, les étudiants en santé réalisent un stage sanitaire « afin de les sensibiliser aux enjeux de prévention et de promotion de la santé » (77). Ce stage vise à acquérir des connaissances scientifiques et de développer des compétences en éducation à la santé. Il pourrait aussi pallier certaines limites inhérentes aux consultations médicales en terme de prévention. Les interventions sont centrées sur des thématiques prioritaires de santé publique telle que la santé sexuelle. Ainsi, on pourrait envisager la réalisation d'interventions spécifiques en milieu scolaire dédiées à la santé menstruelle, comme plébiscité par les adolescents (39).

La finalité serait d'établir une prise en charge véritablement multidisciplinaire, fondée sur une collaboration entre les différents acteurs de la santé menstruelle, afin d'offrir une réponse globale et cohérente aux besoins et aux attentes des adolescentes.

CONCLUSION

En 2021, la « santé menstruelle » a été définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et non la simple absence de pathologie ou d'infirmité, en relation avec le cycle menstruel » par le Global Menstrual Collective (10). Cette définition a été reprise par l'OMS et rassemble des enjeux complexes à l'intersection des domaines de la santé, mais aussi de l'éducation, d'égalité entre les genres, de sécurité des produits ou encore économique (11). Un rapport sur les menstruations publié à l'Assemblée Nationale en 2020 montrait que les différents déterminants de la santé menstruelle n'étaient pas atteints pour les 15,5 millions de personnes menstruées en France (1). Les politiques publiques ont évolué les dernières années pour en tenir compte et reposent en partie sur l'implication des médecins généralistes.

L'objectif de notre étude était de déterminer les attentes et les besoins des adolescentes en termes d'éducation menstruelle, afin d'évaluer la place du médecin généraliste dans le diagnostic et le soin, mais surtout dans la prévention et l'éducation pour la santé. A cette fin, notre étude qualitative a exploré le bagage menstruel et les pratiques d'adolescentes âgées de 11 à 19 ans à travers treize entretiens individuels semi dirigés. L'établissement d'une « norme » menstruelle autour de laquelle chaque adolescente va moduler ses pratiques est le concept central de notre travail car elle est déterminante dans l'acquisition d'une bonne littératie en santé permettant l'auto-déterminisme et un recours opportun au système de santé. Il s'agit d'un processus évolutif qui repose sur le « bagage menstruel » de chaque adolescente rassemblant à la fois les représentations symboliques, les connaissances théoriques et les savoir-faire pratiques en lien avec les menstruations. La construction du bagage menstruel découle donc à la fois du vécu et des informations que l'adolescente reçoit.

Nos entretiens ont montré que les principales « personnes ressources » des adolescentes, leur famille, leurs amies et le milieu scolaire, présentent des limites en termes d'information et de guidance. Les informations délivrées dans le cadre de l'éducation menstruelle semblent très inégales d'une adolescente à l'autre. Le médecin généraliste n'est pas identifié comme

interlocuteur par les adolescentes interrogées. Nous avons cherché à expliquer pourquoi et nous proposons des pistes pour qu'il devienne une « personne ressource » dans le domaine de la santé menstruelle :

• **Établir un cadre à la consultation :**

- Établir une relation de confiance avec l'adolescente, impliquer les parents
- Aborder le sujet en premier pour lutter contre le tabou menstruel, placer les menstruations comme thématique de santé ayant sa place en consultation et préciser ses compétences en santé de la femme.

• **Réaliser une anamnèse exhaustive évaluant les caractéristiques des menstruations et les différents aspects du bagage menstruel :** un guide d'entretien est proposé en Annexe

• **Délivrer des informations pertinentes aux yeux des adolescentes :**

- Elargir leur perspective des menstruations pour en faire une expérience physiologique positive, réassurer sur la normalité, apporter des conseils pratiques et des repères sur les éléments qui doivent motiver le recours au système de soins : ils sont proposés en Annexe.

Une réflexion à plus grande échelle permettrait d'établir des supports académiques pour les consultations, ainsi que des documents d'information à l'intention des adolescentes. Pour conclure, nous pensons que l'approche pluridisciplinaire, notamment entre les mondes familiaux, scolaires, associatifs et médicaux est essentielle à l'éducation menstruelle afin de proposer différentes perspectives et de s'adresser au plus grand nombre d'adolescentes, et ce aux différentes étapes de leur expérience menstruelle.

Vu et approuvé
Strasbourg, le **04 SEP 2024**
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



VU

Strasbourg, le

Le président du jury de thèse

Professeur ~~Christ~~ AKLADIOS

Professeur ~~Christ~~ AKLADIOS

Pôle de Gynécologie-Obstétrique

Hôpital de Hautepierre

Avenue Molière

67098 STRASBOURG Cedex

Tel : 03 88 12 74 55 - Fax : 03 88 12 74 57

ANNEXES

ANNEXE 1: Protections menstruelles et syndrome de choc toxique (SCT)

On distingue deux types de protections hygiéniques visant à recueillir le flux menstruel :

- Les protections internes : insérées dans le vagin.

Usage unique comme les tampons ou réutilisables comme les cups/ coupes menstruelles

- Protections externes : placées dans les sous-vêtements ou les remplaçant.

Usage unique ou réutilisables comme les serviettes hygiéniques ou réutilisables comme les culottes menstruelles.

Contrairement aux Etats Unis où il s'agit de dispositifs médicaux, il n'existe pas de réglementation spécifique en France concernant la composition, la fabrication et l'utilisation des protections hygiéniques. Suite à des demandes citoyennes, l'ANSES a été saisie en 2016 pour réaliser une « expertise sur la sécurité des produits de protections intime en matière d'infection, d'allergie ou d'intolérance et/ou liés à l'action chimique par contact cutané ou muqueux » (7). Les conclusions de ce rapport, révisé en 2019, soulignent que bien que les matériaux, les auxiliaires de fabrication et les substances ajoutées intentionnellement soient mal documentés, aucun dépassement des seuils sanitaires n'a été mis en évidence par voie cutanée. Enfin cette expertise n'a pas mis en évidence de relation directe entre les propriétés physico chimique des protections menstruelles internes et un risque augmenté de syndrome de choc toxique (SCT).

Le SCT est une maladie infectieuse rare dans sa forme associée aux menstruations mais potentiellement sévère, voire mortelle. La prévalence est estimée à 1-3/100.000 femmes menstruées avec environ 20 cas annuels déclarés au CNR des Staphylocoques de Lyon depuis 2010 (78). Une étude rétrospective multicentrique française réalisée entre 2005 et 2020 (19) recensait 102 cas de SCT secondaire à un port de tampon avec un âge médian de 18 ans (interquartile 16 à 24 ans).

Le SCT est lié au développement vaginal d'une souche de *S. aureus* productrice d'une toxine superantigénique la TSST-1 chez des femmes ayant un taux insuffisant ou inexistant d'anticorps anti TSST-1. On estime que 1 à 4% des femmes sont porteuses de cette souche (mais 40 à 90%

ont des taux suffisants d'anticorps). Le temps de port est le facteur causal le plus clairement identifié, avec une augmentation du risque de SCT à partir de 6h (79). Ces constats ont amené les autorités de santé à demander aux médecins de renforcer leur communication sur le SCT puis à rendre obligatoire l'affichage des précautions d'utilisation des protections internes et des symptômes du SCT sur tous les emballages de protections menstruelles interne depuis avril 2024 (8). L'ensemble des informations, modalités et précautions d'utilisation de ces produits qui doivent figurer sur les emballages est détaillée ci-dessous dans le décret n°2023-1427 du 30 décembre 2023 relatif à l'information sur certains produits de protection intime. Des questions restent ouvertes, notamment concernant les risques liés aux nouveaux modes de protections internes comme la cup, pour lesquelles nous disposons encore de peu d'études.

› Article 2

L'emballage des produits mentionnés à l'article 1er porte les informations suivantes écrites en langue française et en caractères indélébiles, visibles, lisibles et compréhensibles :

1° La composition du produit, sous la forme d'une liste comportant tous les composants qui sont présents et, pour chacun de ces composants, le détail des substances et matériaux incorporés intentionnellement durant le processus de fabrication du produit fini. Cette disposition ne s'applique pas aux produits textiles, soumis aux dispositions spécifiques du règlement du 27 septembre 2011 susvisé ;

2° Les risques sanitaires associés à la composition ou à l'utilisation du produit, notamment en ce qui concerne les irritations, intolérances, allergies, microtraumatismes ;

3° Les modalités et précautions d'utilisation de ces produits ainsi que les risques sanitaires mentionnés au 2° sont précisés en annexe au présent décret.

ANNEXE

MODALITÉS ET PRÉCAUTIONS D'UTILISATION DE CERTAINS PRODUITS DE PROTECTION INTIMES

Les modalités et précautions mentionnées au 3° de l'article 2 du présent décret portent sur :

- le lavage des mains avant l'utilisation ou l'insertion du produit et son retrait ;
- le lavage ou la désinfection des produits réutilisables avant leur utilisation ;
- les renseignements sur le positionnement du produit, la manière de le retirer ;
- le changement régulier du produit.

Les informations, modalités et précautions mentionnées au 2° de l'article 2 du présent décret, pour les produits de protection (hygiéniques ou périodiques) à usage interne, portent sur :

- l'indication de n'utiliser qu'un seul produit à la fois ;
- le temps de port maximal recommandé, qui ne peut être supérieur à six heures ;
- la recommandation sur le port du produit uniquement pendant les menstruations et l'utilisation d'un produit adapté au flux menstruel de la personne, qui doit avoir accès à une indication explicite de la capacité d'absorption du produit ;
- l'information selon laquelle le syndrome de choc toxique menstruel est une maladie infectieuse grave, potentiellement mortelle, liée au port trop long d'un produit de protection (hygiénique ou périodique) à usage interne pendant les menstruations, la description complète des symptômes possibles du syndrome de choc toxique menstruel (fièvre soudaine et supérieure à 39 °C, vomissements, diarrhées, éruptions cutanées ressemblant à un coup de soleil, maux de gorge, vertiges et/ou évanouissement, en précisant qu'ils peuvent ne pas tous se produire en même temps) ;
- la recommandation de consulter immédiatement un médecin si les symptômes du syndrome de choc toxique menstruel apparaissent, de retirer le produit et si possible de le conserver en vue d'analyses, d'informer le médecin des menstruations en cours et de la possibilité de présenter un syndrome de choc toxique menstruel lié à l'utilisation d'un produit de protection intime à usage interne ;
- la recommandation aux personnes ayant déjà développé un syndrome de choc toxique menstruel de ne pas utiliser de produits de protection à usage interne ;
- la recommandation d'utiliser des produits de protection intime à usage externe la nuit, étant donné le temps de port maximal indiqué, afin de diminuer le risque de développer un syndrome de choc toxique menstruel.

Annexe du décret n°2023-1427 du 30 décembre 2023 relatif à l'information sur certains produits de protection intime (8)

ANNEXE 2: Grille COREQ

N°	Guide questions/description	Réponses
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Lisa BRUCKMANN
2	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Aucun
3	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine
4	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation académique et auto-formation à la méthode qualitative. Absence d'expérience préalable
Relations avec les participantes		
6	Enquêteur et participantes se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Absence de relation antérieure
7	Que savaient les participantes au sujet du chercheur ?	Statut de médecin généraliste de l'enquêtrice et motif global de la recherche
8	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	La situation de l'enquêtrice en tant que femme était signalée au préalable
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Méthode qualitative avec approche inspirée de la théorisation ancrée
Sélection des participantes		
10	Comment ont été sélectionnées les participantes ?	Recrutement par l'intermédiaire du réseau de proches de l'enquêtrice ou au sein de consultations médicales, s'étant poursuivi par effet boule de neige. Échantillonnage raisonné théorique à variation maximale.
11	Comment ont été contactées les participantes ?	Prise de contact en face à face, par mail ou par sms directement ou via les parents
12	Combien de participantes ont été incluses dans l'étude ?	13
13	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	1 personne informée n'a pas été recontactée par l'enquêtrice pour cause d'atteinte de la saturation des données. Aucun abandon.
Contexte		
14	Où les données ont-elles été recueillies ?	8 entretiens ont été menés au domicile des participantes. 2 entretiens ont eu lieu au domicile d'une amie des participantes 1 entretien a eu lieu en visioconférence 1 entretien a eu lieu sur le lieu de travail de la mère de la participante 1 entretien a eu lieu dans le cabinet du médecin traitant de la participante
15	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et le(s) chercheur(s) ?	Non, tous les entretiens se sont déroulés en tête à tête.

16	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Adolescentes âgées de 11 à 19 ans, résidant en Alsace, suivant un cursus général. Reste des caractéristiques variées.
Recueil des données		
17	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien disponible en Annexe 4 (version initiale) et Annexe 5 (version finale). Il n'avait pas été testé préalablement au premier entretien.
18	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Aucune répétition
19	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Double enregistrement audio
20	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Notes de terrain consignées dans le journal de bord à l'issue de chaque entretien
21	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne des entretiens individuels : 22 minutes. De 9'54 à 54'36 minutes. Durée totale : 282 minutes.
22	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, avec la directrice de thèse de l'enquêtrice
23	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24	Combien de personnes ont codé les données ?	L'enquêtrice principale : Lisa BRUCKMANN, et deux entretiens ont bénéficié d'un co-codage par une autre interne en médecine générale, formée à l'analyse qualitative
25	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes ont été déterminés à partir des données
27	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Word, Excel, XMind
28	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction		
29	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui et chaque citation était identifiée
30	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

ANNEXE 3: Flyer

RECHERCHE VOLONTAIRES

Adolescentes 10 à 19 ans



POUR QUOI ?

Réalisation d'un **entretien unique, confidentiel, < 1h** autour des **RÈGLES**

BUT ?

Projet de recherche scientifique (thèse de médecine générale) pour améliorer les pratiques de santé

Contacte moi, ou scanne le QR code pour + d'infos !



QUI SUIS-JE ??

Lisa Bruckmann

Interne médecine générale (9^e année)

✉ these.lisabruckmann@gmail.com

☎ 06 88 65 54 03

Notices d'informations



ANNEXE 4: Guide d'entretien version initiale

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF

Autobiographie :

- Est-ce que tu te souviens de tes premières règles ? Raconte-moi.
 - Préparation préalable (1^{ère} évocation règles : qui/contexte/contenu)
 - Vécu (positif/négatif/émotions associées)
 - Personne recours (rapport figure maternelle)
- Comment est-ce que ça se passe quand tu as tes règles maintenant ? Raconte-moi tes dernières règles.
 - Caractéristiques (flux, durée des règles, durée du cycle)
 - Symptômes associés, notamment douleur
 - Gestion pratique (notamment protection hygiénique : choix types de protection et temps de port)
 - Retentissement pratique (modification activités...)

Représentations

- Qu'est-ce que ça représente pour toi d'avoir tes règles ?
 - Question de la normalité (est-ce que c'est normal d'avoir ses règles et définition pour toi des règles « normales »), représentations sur le sang menstruel
 - Emotions +/-/exploration ambivalence
 - Vécu en société (persistance tabou ?)
- (Raconte-moi ce que tu sais sur le cycle menstruel et les règles/ physiologie féminine / utilisation des différents types de protections hygiéniques)
- Quelles sont les informations qui te manquent ? Qu'aimerais tu savoir d'autre ?

Sources d'informations :

- Quelles sont tes ressources quand tu as des questions ou des problèmes en lien avec les règles ?
 - Reprendre plus précisément le rôle des différents acteurs cités
- Comment est-ce que tu fais le tri entre les informations ?
 - Hiérarchisation/ esprit critique
- Est-ce que tu as déjà consulté un professionnel au sujet des règles ?
 - Qui a pris le rendez-vous ?
 - Pourquoi as-tu ressenti le besoin de consulter ? (Pour quelle(s) question(s) ?)
 - Quel(s) professionnel(s) : infirmière scolaire, généraliste, gynéco
- Si non évoqué spontanément : Pour toi, quelle est la place du médecin généraliste dans l'éducation menstruelle ?
 - Freins et moteur à la consultation actuellement ?
 - Moteurs envisageables : qu'est ce qu'il manque au médecin généraliste pour être un interlocuteur dans l'éducation menstruelle ?/ Attentes sur contenu et forme consultation ?
 - Est-ce que le médecin doit évoquer spontanément le sujet dans toutes les consultations ?
 - Flyer dans la salle d'attente ?

Demander si questions ou remarques de clôture !!

Fiche de recueil de données socio démographiques et médicales

A renseigner avec la participante à la fin de l'entretien

Données socio-démographiques :

- Age :
- Scolarisation :
- Lieu de vie (*urbain, semi rural, rural*) :
- Structure familiale (*mère, sœurs (âge)*)

- Sexe et âge du médecin traitant
- Fréquence des consultations auprès du médecin traitant :

Données médicales (déjà abordées durant l'entretien)

- Age des premières règles
- Caractéristiques des règles actuellement (*durée du cycle, durée des règles, abondance du flux, présence de dysménorrhées*)
- Existence de pathologies en lien avec les règles chez la participante ou apparentées du 1^{er} degré (mère ou sœurs).

ANNEXE 5: Guide d'entretien version finale

Les modifications par rapport à la version initiale sont double surlignées.

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF

Question d'ouverture : A quoi est-ce que ça t'a fait penser en premier quand on t'a proposé de participer à un entretien sur les règles ?

Autobiographie :

- Est-ce que tu te souviens de tes premières règles ? Raconte-moi.
 - *Préparation préalable (1^{ère} évocation règles : qui/contexte/contenu)*
 - *Vécu (positif/négatif/émotions associées)*
 - *Personne recours (rapport figure maternelle)*
- Comment est-ce que ça se passe quand tu as tes règles maintenant ? Raconte-moi tes dernières règles.
 - *Caractéristiques (flux, durée des règles, durée du cycle)*
 - *Symptômes associés, notamment douleur*
 - *Gestion pratique (notamment protection hygiénique : choix types de protection et temps de port)*
 - *Retentissement pratique (modification activités...)*

Représentations

- Qu'est-ce que ça représente pour toi d'avoir tes règles ?
 - *Question de la normalité (est-ce que c'est normal d'avoir ses règles et définition pour toi des règles « normales »), représentations sur le sang menstruel*
 - *Est-ce que pour toi c'est normal d'avoir mal pendant les règles ?*
 - *Est-ce que ça te semble important d'avoir des cycles réguliers ?*
 - *Emotions +/-/exploration ambivalence*
 - *Vécu en société (persistance tabou ?)*
- (Raconte-moi ce que tu sais sur le cycle menstruel et les règles/ physiologie féminine / utilisation des différents types de protections hygiéniques)
 - *Est-ce que tu connais des maladies en lien avec les règles ?*
 - *Est-ce que tu penses qu'il peut y avoir des risques en lien avec l'utilisation des protections ?*
- Quelles sont les informations qui te manquent ? Qu'aimerais tu savoir d'autre ?

Sources d'informations :

- Quelles sont tes ressources quand tu as des questions ou des problèmes en lien avec les règles ?
 - *Reprendre plus précisément le rôle des différents acteurs cités*
- Comment est-ce que tu fais le tri entre les informations ?
 - *Hiérarchisation/ esprit critique*
- Est-ce que tu as déjà consulté un professionnel au sujet des règles ?
 - *Qui a pris le rendez-vous ?*
 - *Pourquoi as-tu ressenti le besoin de consulter ? (Pour quelle(s) question(s) ?)*
 - *Quel(s) professionnel(s) : infirmière scolaire, généraliste, gynéco*
- Si non évoqué spontanément : Pour toi, quelle est la place du médecin généraliste dans l'éducation menstruelle ?

- *Freins et moteur à la consultation actuellement ?*
- *Moteurs envisageables : qu'est ce qu'il manque au médecin généraliste pour être un interlocuteur dans l'éducation menstruelle ?/ Attentes sur contenu et forme consultation ?*
 - *Est-ce que le médecin doit évoquer spontanément le sujet dans toutes les consultations ?*
 - *Flyer dans la salle d'attente ?*

Demander si questions ou remarques de clôture !!

Fiche de recueil de données socio démographiques et médicales

A renseigner avec la participante à la fin de l'entretien

Données socio-démographiques :

- Age :
- Scolarisation :
- Lieu de vie (*urbain, semi rural, rural*) :
- Structure familiale (*mère, sœurs (âge)*)

- Sexe et âge du médecin traitant
- Fréquence des consultations auprès du médecin traitant :

Données médicales (déjà abordées durant l'entretien)

- Age des premières règles
- Caractéristiques des règles actuellement (*durée du cycle, durée des règles, abondance du flux, présence de dysménorrhées*)
- Existence de pathologies en lien avec les règles chez la participante ou apparentées du 1^{er} degré (mère ou sœurs).

ANNEXE 6: Notice d'information pour la participante

Notice d'information pour la participante

Bonjour,

Je m'appelle Lisa Bruckmann et je suis interne en médecine générale (9^e année d'études de médecine).

Je me permets de t'écrire pour te demander de participer à un projet de recherche. Cette étude est réalisée dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale, sous la direction du Dr Camille Lépine, médecin généraliste à Strasbourg et membre du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Ce projet porte sur **le vécu des règles et la santé menstruelle des adolescentes** en vue d'améliorer les pratiques de santé. Je recherche des adolescentes volontaires, âgées de **10 à 19 ans** inclus, ayant leurs règles ou non, pour réaliser des entretiens individuels.

Il s'agira d'un entretien unique avec moi-même, d'une durée inférieure à 1 heure, durant lequel je te poserai des questions ouvertes auxquelles tu pourras répondre comme tu le souhaites. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Cet entretien sera réalisé dans un lieu calme de ton choix (domicile, cabinet du médecin traitant, ...).

Un enregistrement audio sera réalisé pendant l'entretien puis détruit dès sa retranscription. Tes réponses seront anonymisées lors de la retranscription et toutes les informations permettant de t'identifier seront supprimées. Cet entretien n'est pas une consultation de médecine et ne comporte pas de risque pour toi. Les données recueillies seront utilisées exclusivement dans ce projet à visée scientifique. Personne d'autre que moi ne saura ce que tu as dit. Les résultats globaux pourront t'être communiqués à la fin de l'étude si tu le souhaites.

Ce projet a fait l'objet d'une déclaration de conformité auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) et obtenu un avis favorable de la part du comité d'éthique.

Tu peux refuser de participer à cette étude. Tu peux également arrêter de participer à tout moment, y compris pendant et après la réalisation de l'entretien. Les données recueillies seront alors supprimées.

Si tu acceptes de participer à ce programme, je te demanderais de signer un formulaire de consentement le jour de l'entretien.

Pour toute question ou information relative à ce projet, tu peux nous contacter aux adresses suivantes :

Lisa Bruckmann (investigatrice/doctorante) : lisa.bruckmann@etu.unistra.fr

Dr Camille Lépine (responsable scientifique/directrice de thèse) : c.lepine@unistra.fr

En espérant une réponse positive de ta part, je te remercie d'avoir pris le temps de lire ce message.

Lisa Bruckmann
Interne DES médecine générale

ANNEXE 7: Notice d'information pour les détenteurs de l'autorité parentale

Notice d'information pour les détenteurs de l'autorité parentale

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Lisa Bruckmann et je suis interne en médecine générale (9^e année d'études de médecine).

Je me permets de vous solliciter concernant la participation de votre fille à un projet de recherche. Cette étude est réalisée dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale, sous la direction du Dr Camille Lépine, médecin généraliste à Strasbourg et membre du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Ce projet porte sur **le vécu des règles et la santé menstruelle des adolescentes** en vue d'améliorer les pratiques de santé. Je recherche des adolescentes volontaires, âgées de **10 à 19 ans** inclus, ayant leurs règles ou non, pour réaliser des entretiens individuels.

Il s'agira d'un entretien unique avec moi-même, d'une durée inférieure à 1 heure, durant lequel je lui poserai des questions ouvertes auxquelles elle pourra répondre comme bon lui semble. Il se tiendra dans un lieu calme de votre choix (domicile, cabinet du médecin traitant, ...). Un enregistrement audio avec un dictaphone sera réalisé pendant l'entretien puis détruit dès sa retranscription. Les données seront anonymisées lors de la retranscription et toutes les informations permettant d'identifier votre enfant seront supprimées. Cet entretien n'est pas une consultation de médecine et ne comporte pas de risque pour votre fille. Les données recueillies seront utilisées exclusivement dans ce projet à visée scientifique. Les résultats globaux pourront vous être communiqués à la fin de l'étude si vous le souhaitez.

Ce projet a fait l'objet d'une déclaration de conformité auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) et obtenu un avis favorable de la part du comité d'éthique.

Vous pouvez refuser que votre enfant participe à cette étude. Vous, ou votre fille, avez également la possibilité de retirer votre consentement à tout moment, y compris pendant et après la réalisation de l'entretien. Les données recueillies seront alors supprimées.

Si vous acceptez de participer à ce programme, il vous sera demandé, ainsi qu'à votre fille, de signer un formulaire de consentement le jour de l'entretien.

Pour toute question ou information relative à ce projet, vous pouvez nous contacter aux adresses suivantes :

Lisa Bruckmann (investigatrice/doctorante) : lisa.bruckmann@etu.unistra.fr

Dr Camille Lépine (responsable scientifique/directrice de thèse) : c.lepine@unistra.fr

En espérant une réponse positive de votre part, je vous remercie de l'attention que vous portez à ma demande.

Lisa Bruckmann
Interne DES médecine générale

ANNEXE 8: Formulaire de consentement participante majeure**Formulaire de consentement participante majeure**

Nom et prénom :

N° d'anonymisation (à remplir uniquement sur l'exemplaire destiné à la participante) :

Il m' a été proposé de participer à une étude sur le vécu des règles et la santé menstruelle chez les adolescentes. Cette étude est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale, soutenue par Lisa BRUCKMANN (l'investigatrice) et dirigée par le Dr Camille LEPINE.

Ma participation consistera à un entretien d'une durée < 1 heure avec l'investigatrice durant lequel me seront posées des questions ouvertes auxquelles je pourrai répondre comme bon me semble.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- Un enregistrement audio de mon entretien avec l'investigatrice sera réalisé. Il sera détruit à la fin de l'étude.
- Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.
- Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier, y compris après la réalisation de l'entretien.
- Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.

L'investigatrice *Lisa Bruckmann* m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises, je coche la case correspondant à mon choix :

OUI, j'accepte librement et volontairement de participer ce projet de recherche.

NON, je refuse

Date :

Date :

Signature de la participante :
l'investigatrice :

Signature de

Signature en double exemplaire.

ANNEXE 9: Formulaire de consentement participante mineure**Formulaire de consentement participante mineure**

Numéro d'anonymat : (à remplir uniquement sur l'exemplaire destiné à la participante)

Il m'a été proposé de participer à une étude sur le vécu des règles par les adolescentes. Cette étude est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale, soutenue par Lisa BRUCKMANN (l'investigatrice) et dirigée par le Dr Camille LEPINE.

Ma participation consistera à un entretien d'une durée < 1 heure avec l'investigatrice durant lequel me seront posées des questions ouvertes auxquelles je pourrai répondre comme je le veux.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- Un enregistrement audio de mon entretien avec l'investigatrice sera réalisé. Il sera détruit à la fin de l'étude.
- Les informations recueillies seront strictement confidentielles (secrètes), même pour mes parents. Personne ne saura ce que j'ai dit pendant l'entretien.
- Je pourrai à tout moment arrêter de participer si je le désire, sans avoir à expliquer pourquoi, y compris après la réalisation de l'entretien.
- Je pourrai lire les résultats de l'étude lorsqu'elle sera finie.

L'investigatrice *Lisa Bruckmann* m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises, je coche la case correspondant à mon choix :

OUI, j'accepte librement et volontairement de participer ce projet de recherche.

NON, je refuse

Date :

Date :

Signature de la participante :
l'investigatrice :

Signature de

Signature en double exemplaire.

ANNEXE 10: Formulaire de consentement parents (si participante mineure)**Formulaire de consentement pour les détenteurs de l'autorité parentale**

Nom et prénom :

N° d'anonymisation (à remplir uniquement sur l'exemplaire destiné aux parents) :

Il a été proposé à ma fille de participer à une étude sur le vécu des règles et la santé menstruelle chez les adolescentes. Cette étude est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale, soutenue par Lisa BRUCKMANN (l'investigatrice) et dirigée par le Dr Camille LEPINE.

Sa participation consistera à un entretien d'une durée < 1 heure avec l'investigatrice durant lequel lui seront posées des questions ouvertes auxquelles elle pourra répondre comme bon lui semble.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- Un enregistrement audio de l'entretien entre l'investigatrice et ma fille sera réalisé. Il sera détruit à la fin de l'étude.
- Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.
- Je pourrai à tout moment interrompre sa participation si je le désire, sans avoir à me justifier, y compris après la réalisation de l'entretien.
- Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.

L'investigatrice *Lisa Bruckmann* m'a précisé que je suis libre, ainsi que ma fille, d'accepter ou de refuser.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

Je soussignée, mère/père (rayer la mention inutile) de la participante accepte librement et volontairement que ma fille participe à ce projet de recherche.

Date :

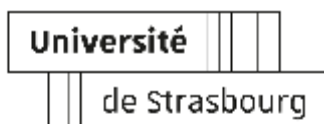
Date :

Signature du détenteur de l'autorité parentale :

Signature de l'investigatrice :

Signature en double exemplaire.

ANNEXE 11: Accréditation Comité Ethique



Dr Camille LEPINE
 Médecin généraliste/Chef de clinique des universités de
 médecine générale
 Département de médecine générale
 4 rue Kirschleger
 67058 Strasbourg CEDEX

Eric FLAVIER
 Président du comité d'éthique
 pour la recherche

Strasbourg, le 02/11/2022
 Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER)
 Référence dossier : 2022-42

Madame Lépine, Chère collègue,

Affaire suivie par :
 Philippe RUHLMANN
 Chargé d'appui au Comité
 d'éthique pour la recherche
 Direction de la recherche et de la
 valorisation
 p.ruhmann@unistra.fr
 +33 (0)3 68 85 56 19

Vous avez déposé le projet intitulé « *Education menstruelle des adolescentes en médecine générale : une étude qualitative* », pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

Unistra/CER/2022-42

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

Université de Strasbourg
 4 rue Blaise Pascal
 CS 90032
 F-67081 STRASBOURG cedex
 Tél. : +33 (0)3 68 85 00 00
 www.unistra.fr

Le président du comité d'éthique pour la recherche,



Eric FLAVIER

ANNEXE 12: Déclaration de conformité CNIL



Référence CNIL :

2227488 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 8 septembre 2022

Madame Lisa BRUCKMANN

16 RUE DE NEUCHÂTEL
67640 FEGERSHEIM

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Madame BRUCKMANN Lisa	N° SIREN/SIRET :	
Service :		Code NAF ou APE :	
Adresse :	16 RUE DE NEUCHÂTEL	Tél. :	0688655403
CP :	67640	Fax. :	
Ville :	FEGERSHEIM		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 9 septembre 2022

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

ANNEXE 13: Fiche « aide-mémoire » à destination des médecins généralistes

Evaluation des menstruations chez l'adolescente		
Evaluer	Informier	Quand proposer des examens complémentaires / Orienter ?
Ménarche <ul style="list-style-type: none"> • Démarrage développement pubertaire ? • Age ménarche ? 	Apparition des signes pubertaires, temporalité : <ul style="list-style-type: none"> • Démarrage pubertaire par la thélarche entre 8 et 13 ans. • Ménarche dans les 3 ans après la thélarche. 	Puberté précoce ou retard pubertaire. Absence de ménarche : <ul style="list-style-type: none"> • Dans les 3 ans après la thélarche. • A l'âge de 15 ans révolu. • A partir de 14 ans si signes cliniques d'hyperandrogénisme (acné et hirsutisme), ou troubles du comportement alimentaire ou activité physique intensive.
Rythmicité : A partir d'un calendrier <ul style="list-style-type: none"> • Duréa et régularité des cycles ? 	Variations physiologiques du cycle menstruel. Cycle menstruel comme marqueur "signe vital", facteurs qui peuvent le faire varier (stress, apports caloriques, activité physique, ...).	<ul style="list-style-type: none"> • Dans l'année suivant la ménarche : pas d'exploration. • Entre 1 et 3 ans : si cycles <21 j ou >45 j ou pour tout cycle >90 j. • Après 3 ans : si cycles <21 j ou >35 j ou pour tout cycle >90 j.
Flux : A partir du score de Higham <ul style="list-style-type: none"> • Duréa des menstruations ? • Abondance : fréquence changement de protection ? 	Volume moyen des menstruations <60mL/cycle (soit 4 cuillères à soupe) avec un risque d'anémie si >80mL.	<ul style="list-style-type: none"> • Score de Higham > 100. • Changements de protections <2 heures. • Cycles <21 jours et/ou menstruations >7 jours.
Dysménorrhées <ul style="list-style-type: none"> • Présence et caractéristiques ? • Retentissement fonctionnel ? • Approches antalgiques ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre la banalisation des dysménorrhées, proposer des méthodes médicamenteuses ou autres. • Les AINS sont la classe médicamenteuse de référence en l'absence de CI. Recommander des prises en systématique dès le début des menstruations. • En cas de dysménorrhées non soulagées après 3 cycles menstruels avec des AINS bien conduits, il est recommandé de proposer une contraception hormonale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dysménorrhées apparaissant dès la ménarche ou se majorant avec les cycles. • Dysménorrhées télémeniales ou se prolongeant après les menstruations, douleurs pelviennes acycliques ou chroniques. • Douleurs intenses (EVA 8/10) avec retentissement important sur la qualité de vie (absentéisme scolaire, ...) malgré un traitement bien conduit par AINS + contraception hormonale pendant 3 à 6 mois.
Protections menstruelles <ul style="list-style-type: none"> • Choix des protections ? • Respect des précautions d'emploi ? • Précarité menstruelle ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller de lire et respecter la notice des emballages de protections menstruelles. • Informer sur les modalités de remboursement des protections menstruelles par la sécurité sociale. 	Orienter vers des collectivités de proximité ou des associations si besoin, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Regleselementaires.com
Impact sur le quotidien <ul style="list-style-type: none"> • Restrictions d'activités (absentéisme scolaire, sport, ...) ? • Emotions associées aux menstruations ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre le tabou menstruel, renforcer une perception positive des menstruations comme marqueur de bonne santé globale. • Réassurer sur la "normalité". 	
Informations <ul style="list-style-type: none"> • Personnes ressources ? • Autres modes d'informations ? 	<ul style="list-style-type: none"> • S'identifier comme personne ressource. • Intégrer les parents, notamment les mères, dans le processus d'éducation menstruelle. Soutenir leurs connaissances et favoriser la transmission familiale. 	Orienter vers interlocuteurs et/ou supports, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • parlonsregles.fr ; Onsexprime.fr ; Ameli.fr ; SantéBD.org • Livrets des départements ou du Planning Familial, disponibles en ligne

Pour aller plus loin : fiches dédiées sur le site Pas à Pas en Pédiatrie (<https://pap-pediatrie.fr/>)

ANNEXE 14: Score de Higham

GRILLES D'ÉVALUATION DES MENSTRUATIONS À REMPLIR

Date :	Nombre de pts./change	Jour de règles								Total points
		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	
Caillots										
Débordement										

Date :	Nombre de pts./change	Jour de règles								Total points
		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	
Serviette ou tampon										
Caillots										
Débordement										

Date :	Nombre de pts./change	Jour de règles								Total points
		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	
Serviette ou tampon										
Caillots										
Débordement										

COMMENT REMPLIR MA FICHE DE SCORE DE HIGHAM ?

Chaque tableau correspond à un épisode menstruel. Je compte, par jour de règles, le nombre de serviettes ou de tampons utilisés me référant au schéma visuel pour juger de l'abondance des pertes.

Je note chaque jour le nombre de changes utilisés dans la ligne correspondant à l'abondance des pertes

A la fin de l'épisode menstruel, j'additionne le nombre de changes utilisés par ligne que je multiplie par le nombre de points affectés à chaque niveau
Exemple :
2^e ligne (abondance normale)
1,2 changes multiplié par 5 = 60 points

Date :	Nombre de pts./change	Jour de règles								Total points
		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	
1	1									7
2	5			4	3					60
3	20		6	6						100
Caillots										
Débordement										

Je juge de l'abondance des pertes selon 3 niveaux
1 : pertes peu abondantes
2 : pertes normales
3 : pertes très abondantes

Je note par une croix la présence de caillots

Je note par une croix les débordements (linge taché la nuit)

**Un score supérieur à 100 points correspond à un saignement supérieur à 80 ml du sang (définition de la ménorragie).
Un score supérieur à 150 points nécessite la prise en charge chirurgicale des ménométrorragies.**

Dans cet exemple, la patiente a utilisé :

- le 1^{er} jour : 5 changes avec des pertes très abondantes
- le 2^e jour : 6 changes avec des pertes normales
- le 3^e jour : 6 changes avec des pertes normales
- le 4^e jour : 4 changes avec des pertes peu abondantes
- le 5^e jour : 3 changes avec des pertes peu abondantes

Document rédigé par les équipes médicales des centres de référence médicaux pour le Hôpital Necker et de l'École de la Santé, Centre Régional des Maladies de l'Enfance et des Adolescents de l'Île-de-France



BIBLIOGRAPHIE

1. Taurine B, Romeiro Dias L. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur les menstruations [En ligne]. Assemblée Nationale; 2020. 107 p. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b2691_rapport-information
2. Lalys L, Pineau JC. Age at menarche in a group of French schoolgirls. *Pediatrics International*. 2014;56(4):601-4.
3. Blondel Vendé P. La dysménorrhée de l'adolescente: à propos d'une enquête descriptive auprès de 907 lycéennes de l'agglomération rouennaise [Thèse d'exercice]. Rouen, France: Université de Rouen, Faculté mixte de médecine et de pharmacie ; 2015.
4. Hadjou OK, Jouannin A, Lavoue V, Leveque J, Esvan M, Bidet M. Prevalence of dysmenorrhea in adolescents in France: Results of a large cross-sectional study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 1 mars 2022;51(3):102302.
5. Inserm. Ménopause · Inserm, La science pour la santé. [En ligne]. [cité 22 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/menopause/>
6. Stéphanie Tabois, Héloïse Morel, Marion Colville. Idées reçues sur les menstruations : corps, sang, tabou. Paris: Le Cavalier Bleu; 2023. 165 p.
7. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Choc toxique menstruel : respecter les conditions de port des protections intimes. [En ligne]. 2023 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/choc-toxique-menstruel-respecter-conditions-de-port-des-protections-intimes>
8. Décret n° 2023-1427 du 30 décembre 2023 relatif à l'information sur certains produits de protection intime.
9. Endofrance.org [En ligne]. Endofrance : Association Française de lutte contre l'Endométriose. [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: <https://endofrance.org/>
10. Pr Charles Chapron, Yasmine Candau. Idées reçues sur l'endométriose. 3^e édition. Paris: Le Cavalier Bleu; 2024. 208 p.
11. Regleselementaires.com [En ligne]. Règles Élémentaires : Lutte contre la précarité menstruelle. [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.regleselementaires.com/>
12. Essity. Règles à l'école, la double peine pour les filles [En ligne]. Essity ; 2020. 24 p. Disponible sur: <http://www.essity.fr/le-groupe/initiatives-societales/etude-2020/>
13. Hennegan J, Winkler IT, Bobel C, Keiser D, Hampton J, Larsson G, et al. Menstrual health: a definition for policy, practice, and research. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 1 janv 2021;29(1):31-8.
14. WHO. WHO statement on menstrual health and rights [En ligne]. 2022 [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-who-statement-on-menstrual-health-and-rights>

15. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 25 janv 2012;12(1):80.
16. Ferron C. Littératie en santé : une synthèse bibliographique [En ligne]. Fédération Promotion Santé. 2018 [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.federation-promotion-sante.org/outils-et-supports/litteratie-sante-synthese-bibliographique>
17. CNS. Avis du 06.07.17 « La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés ! ». [En ligne]. Ministère du travail, de la santé et des solidarités ; 2017. 29 p. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-rapports-et-recommandations/mandature-2015-2019-10665/article/avis-du-06-07-17-la-litteratie-en-sante-usagers-et-professionnels-tous>
18. WHO. Santé des adolescents [En ligne]. [cité 3 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
19. Contou D, Colin G, Travert B, Jochmans S, Conrad M, Lascarrou JB, et al. Menstrual Toxic Shock Syndrome: A French Nationwide Multicenter Retrospective Study. *Clinical Infectious Diseases*. 15 janv 2022;74(2):246-53.
20. Planet-Vie. Programmes officiels [En ligne]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://planet-vie.ens.fr/programmes-officiels-pdf>
21. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Enseignements primaire et secondaire. [En ligne]. [cité 18 août 2023]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm>
22. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Je souhaite me former et obtenir des ressources pour préparer des séances sur l'éducation à la sexualité. [En ligne]. [cité 18 août 2023]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/2083/je-souhaite-me-former-et-obtenir-des-ressources-pour-preparer-des-seances-sur-l-education-la-sexualite>
23. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique : Prise en charge de l'endométriose. [En ligne]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose
24. Ameli. Examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [En ligne]. [cité 19 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>
25. MG France. Beaucoup de changement pour la cotation CCP ! [En ligne]. [cité 19 août 2023]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/3119-beaucoup-de-changement-pour-la-cotation-ccp>
26. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris: Global Media Santé, CNGE Production; 2021. 192 p.

27. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer. 2^e édition. Paris: Deboeck supérieur; 2019.
28. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2015;15(157):50-4.
29. Dumez H. Les trois risques épistémologiques de la recherche qualitative. *Le Libellio*. Hiver 2012;8(4):29-33.
30. Rouquette A, Rigal L, Mancini J, Guillemain F, van den Broucke S, Allaire C, et al. Health Literacy throughout adolescence: Invariance and validity study of three measurement scales in the general population. *Patient Education and Counseling*. 1 avr 2022;105(4):996-1003.
31. Lannes S. Quelles sont les connaissances des femmes majeures consultant en médecine générale sur leur anatomie et leur physiologie féminine: Étude quantitative réalisée en 2020-2021 dans l'agglomération du Havre [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université de Rouen Normandie, UFR de Santé ; 2021.
32. Derville I. Évaluation du niveau de connaissance et analyse du vécu des femmes âgées de 18 à 45 ans sur les règles, étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille 2 Droit et Santé, Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2020.
33. Koff E, Rierdan J. Preparing girls for menstruation: recommendations from adolescent girls. *Adolescence*. 1995;30(120):795-811.
34. Barrington DJ, Robinson HJ, Wilson E, Hennegan J. Experiences of menstruation in high income countries: A systematic review, qualitative evidence synthesis and comparison to low- and middle-income countries. *PLOS ONE*. juil 2021;16(7):e0255001.
35. Sánchez López S, Barrington DJ, Poveda Bautista R, Moll López S. Spanish menstrual literacy and experiences of menstruation. *BMC Women's Health*. 4 avr 2023;23(1):161.
36. Santé Publique France. Littératie en santé : Rapport de l'étude Health Literacy Survey France 2020-2021 [En ligne]. 2024. 99 p. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/litteratie-e-n-sante-rapport-de-l-etude-health-literacy-survey-france-2020-2021>
37. Mardon A. Honte et dégoût dans la fabrication du féminin. L'apparition des menstrues. *Ethnologie française*. 2011;41(1):33-40.
38. Committee on Adolescent Health Care. Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Pediatrics*. Mars 2016;137(3):e20154480.
39. Règles Élémentaires. Baromètre exclusif 2022 Opinion Way x Règles élémentaires [En ligne]. 2022. 70 p. Disponible sur: https://www.regleselementaires.com/actualites/2022-05-27_barom%C3%A8tre-exclusif-2022-opinion-way-x-r%C3%A8gles-%C3%A9l%C3%A9mentaires/
40. La Région Grand Est. Des protections périodiques gratuites dans votre lycée :expérimentation 2021-2022 dans 50 lycées. 2021. 12 p. Disponible sur: <https://www.grandest.fr/actualites/lutte-contre-la-precarite-menstruelle-50-lycees-pilotes-en-grand-est/>

41. Okolodkoff J. Que peut l'éducation menstruelle ?. La revue de santé scolaire et universitaire. Juillet 2023;14(82):18-20.
42. Onsexprime. Comment ça marche les règles ? [En ligne]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.onsexprime.fr/les-corps-et-leurs-changements/c-est-quoi-les-regles/comment-ca-marche-les-regles>
43. Ameli. Puberté : informations et conseils sur les règles [En ligne]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/puberte/informations-conseils-regles>
44. Santebd.org. Santé bd : faciliter l'accès à la santé pour tous [En ligne]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://santebd.org/les-fiches-santebd/sexualite-contraception>
45. Le planning familial. Le petit livret sur les règles du Planning Familial 35 [En ligne]. 20 p. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-dille-et-vilaine-35/lgbtqi/le-petit-livret-sur-les-regles-du-planning-familial>
46. Mainguet A. L'adolescente et ses menstruations: vécu et représentation à travers le temps et les cultures [Thèse d'exercice]. Nantes, France: Université de Nantes, Faculté de Médecine ; 2006.
47. Battistel MN, Chapelier A, Lebon K, Liso B, Rixain MP, Taurine B, et al. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la mise en œuvre des recommandations adoptées par la délégation au cours de la législature. Paris: Assemblée Nationale; 2022. 129 p.
48. Règles Élémentaires. Nos Outils [En ligne]. [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://www.regleselementaires.com/outils/>
49. Ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative. Moins de 26 ans, remboursement des protections hygiéniques réutilisables [En ligne]. [cité 19 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.jeunes.gouv.fr/moins-de-26-ans-remboursement-des-protections-hygieniques-reutilisables-1998>
50. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique : Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires [En ligne]. 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires
51. Fontes MP, Fincker MS. Évaluation de la puberté par les stades de Tanner : quelles sont les représentations des médecins généralistes et comment vivent-ils la mise en pratique de cet examen ? Études qualitatives auprès de médecins généralistes alsaciens [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg, Faculté de médecine; 2024.
52. de Tournemire R., Crosnier H., Aménorrhée primaire. Pas à Pas en Pédiatrie [En ligne]. 2010, 2 p. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/gyneco-obstetrique/amenorrhée-primaire>
53. Pique M. L'expérience des menstruations et les adolescentes [Thèse d'exercice]. [Saint Etienne, France]: Université Jean Monnet, Faculté de médecine Jacques Lisfranc ; 2022.

54. Desplats Lepretre Z. Vécu et représentations des premières règles par les jeunes filles et place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université de Montpellier, Faculté de médecine ; 2018.
55. Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion : Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstetrics & Gynecology*. 2018;132(6):e249-258.
56. Rastegari M. Les dysménorrhées [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier. Faculté des sciences pharmaceutiques; 2020.
57. Belien-Pallet V. Dysménorrhées à l'adolescence. Pas à Pas Pédiatrie [En ligne]. 2023, 3 p. Disponible : <https://pap-pediatrie.fr/douleur-neuro/dysmenorrhees-ladolescence>
58. Millischer AE, Santulli P, Da Costa S, Bordonne C, Cazaubon E, Marcellin L, et al. Adolescent endometriosis: prevalence increases with age on magnetic resonance imaging scan. *Fertil Steril*. avr 2023;119(4):626-33.
59. Sieberg CB, Lunde CE, Borsook D. Endometriosis and pain in the adolescent- striking early to limit suffering: A narrative review. *Neurosci Biobehav Rev*. janv 2020;108:866-76.
60. Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, Dokras A, Moran LJ, Piltonen TT, et al. Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *European Journal of Endocrinology*. août 2023;189(2):G43-64.
61. Huhmann K. Menses Requires Energy: A Review of How Disordered Eating, Excessive Exercise, and High Stress Lead to Menstrual Irregularities. *Clinical Therapeutics*. mars 2020;42(3):401-7.
62. Vautier V. Saignements abondants d'origine utérine chez l'adolescente. Pas à Pas Pédiatrie [En ligne]. 2022, 3 p. Disponible : <https://pap-pediatrie.fr/endocrinologie/saignements-abondants-dorigine-uterine-chez-ladolescente>
63. Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion : Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;134(3):e71-83.
64. Higham JM, O'Brien PM, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. *Br J Obstet Gynaecol*. août 1990;97(8):734-9.
65. Hemogyn. Remplir mon score de Higham [En ligne]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://hemogyn.fr/remplir-mon-score-de-higham>
66. WONCA. The European Definition of General Practice / Family Medicine. [En ligne]. 2023, 36 p. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
67. Code de la santé publique - Article L4130-1 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
68. Holmes K, Curry C, Sherry, Ferfolja T, Parry K, Smith C, et al. Adolescent Menstrual Health Literacy in Low, Middle and High-Income Countries: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. janv 2021;18(5):2260.

69. Tassy F. Consultation pour motif gynécologique: perceptions d'adolescentes et de médecins généralistes, en région parisienne, en 2012 [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
70. Baussart L. Attentes des jeunes filles concernant la Consultation Contraception et Prévention (CCP) [Thèse d'exercice]. [Dijon, France]: Université de Bourgogne, UFR des Sciences de Santé, Circonscription Médecine; 2018.
71. Pichon L, Ubrun A. Représentations et attentes des adolescents en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Aix Marseille Université, Faculté des sciences médicales et paramédicales; 2023.
72. Housseau B, Vincent I, Alvin P, Binder P, Bord S, Buttet P et al. Entre Nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? [En ligne]. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), Ministère de la santé et des sports; 2009 Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
73. Mauerhofer A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. La médecine ambulatoire *youth-friendly*. Archives de Pédiatrie. 1 août 2009;16(8):1151-7.
74. Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. Rouen, France: Université de Rouen Normandie, Faculté de médecine et de pharmacie; 2014.
75. Evans RL, Harris B, Onuegbu C, Griffiths F. Systematic review of educational interventions to improve the menstrual health of young adolescent girls. BMJ Open. 1 juin 2022;12(6):e057204.
76. Médecins du Monde. Collecte de données méthodes quantitatives : l'exemple des enquêtes CAP [En ligne]. 2011, 41 p. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/publication/collecte-de-donnees-methodes-pour-les-enquetes-quantitatives/>
77. Agence Régionale de la Santé (ARS). Le service sanitaire des étudiants en santé [En ligne]. [cité 20 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
78. Centre National de Référence des Staphylocoques. Identification des signes cliniques prodromiques du choc toxique staphylococciques menstruel IPro-CTSm [En ligne]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://cnr-staphylocoques.univ-lyon1.fr/icap_website/2332/41509
79. Billon A, Gustin MP, Tristan A, Bénet T, Berthiller J, Gustave CA, et al. Association of characteristics of tampon use with menstrual toxic shock syndrome in France. EClinicalMedicine. avr 2020;21:100308.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BRUCKMANN..... Prénom : Lisa.....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,


Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète "

Signature originale : 

À Strasbourg....., le 30/09/24.....

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.