

Le syndrome prémenstruel repose-t-il sur des bases scientifiques valides ? Quelles problématiques de notre société expose-t-il d'un point de vue historique ?

Avant-propos : Pour faciliter et alléger l'écriture et la lecture de cette argumentation, nous utiliserons le nom "femme" et les pronoms "elle/elles". Nous n'excluons évidemment pas de ce sujet toutes les personnes menstruées qui ne s'identifient pas au genre féminin.

Introduction

La problématique qui a mené notre enquête est la suivante : le syndrome prémenstruel repose-t-il sur des bases scientifiques valides, et quelles problématiques de notre société expose-t-il ? Nous avons commencé nos recherches toutes les trois certaines que la réponse aux bases scientifiques (à l'origine, la seule partie de notre problématique) serait un grand "oui". Pourtant, nous sommes tombées des nues de voir qu'il était impératif de nuancer notre propos, et surtout d'ouvrir le champ de notre problématique à une question plus sociétale et holistique, celle de comprendre, dans la mesure de nos capacités et trouvailles sur le sujet, la place qu'occupe ce syndrome autant dans la littérature scientifique que dans nos à-priori vis-à-vis du corps féminin, et en quoi son étude ou ses méthodes d'étude contribuent à une certaine vision bien ancrée de l'essentialisme féminin. Nous avons mené nos recherches sur les bibliothèques en ligne Beluga (celle de l'Université) et Cairn 14, avec les mots-clés suivants : syndrome prémenstruel, menstruations, trouble dysphorique prémenstruel, symptômes prémenstruels, hystérie.

I- Présentation du/des syndrome(s) et analyse de la validité empirique

Dès le début de nos recherches, nous avons découvert l'univers vague des diagnostics concernant les troubles ou maladies liés aux menstruations. Il est donc nécessaire, pour répondre à cette problématique, de distinguer en premier lieu les deux troubles principaux : le syndrome prémenstruel (SPM), et le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM). Il est indispensable de les différencier, et surtout de les comparer, car ils sont considérés de façon très différentes par le corps médical. Premièrement, le syndrome prémenstruel est un trouble récurrent qui survient pendant la phase lutéale du cycle menstruel, caractérisé par une irritabilité, une anxiété, une labilité émotionnelle, une dépression, des œdèmes, des douleurs mammaires et des céphalées, se produisant pendant les 5 jours précédant les règles et finissant généralement quelques heures après le début des menstruations 1 (des détails seront apportés prochainement sur le cycle menstruel et les symptômes de ce syndrome). Le trouble dysphorique prémenstruel est quant à lui une forme sévère de syndrome prémenstruel caractérisée par une symptomatologie émotionnelle, comportementale et physique intense qui apparaît de façon cyclique durant la phase lutéale du cycle menstruel (la semaine précédant les règles) et qui s'atténue ou disparaît peu après le début des menstruations 2. Nous pensions, pour analyser de la façon la plus exacte possible ces troubles, que nous devions aussi définir ce que sont des règles "normales" (dans le sens non-pathologique). Or, après des heures de recherche, aucun article sur le sujet n'a été trouvé. Nous partons donc du principe que des règles "saines" sont celles n'ayant aucun des symptômes décrits dans les deux définitions.

On retrouve donc dans les symptômes des manifestations émotionnelles comme l'irritabilité, l'anxiété, la labilité de l'humeur ou la déprime, ainsi que des troubles du sommeil, de la concentration et de l'énergie. Ils s'accompagnent souvent de symptômes physiques

tels que la tension mammaire, les douleurs, les ballonnements, la prise de poids transitoire, les céphalées (maux de tête) ou des troubles digestifs². Car, en effet, ces deux troubles ont exactement les mêmes symptômes. La seule différence faite est que les symptômes du dysphorique sont considérés comme plus sévères, au point de créer un réel handicap dans la vie de la malade.

Le trouble dysphorique étant considéré comme “plus grave”, il est aujourd’hui classé dans le DSM-5 dans la catégorie des troubles dépressifs. Étant dans le DSM, il suit des règles strictes, notamment concernant le diagnostic. Pour être diagnostiqué d’un TDPM, il faut un suivi d’un minimum de deux cycles durant lequel la patiente et le professionnel de santé (médecin généraliste ou gynécologue) vérifient la présence d’au moins 5 symptômes du SPM, incluant au moins un des 4 suivants : sautes d’humeur marquées, irritabilité, colère marquées ou une augmentation des conflits interpersonnels, humeur dépressive marquée, sentiments de désespoir ou d’auto-dépréciation; et au moins un : anxiété et tension marquées, ou nervosité, diminution de l’intérêt pour les activités habituelles, difficultés de concentration, faible énergie ou fatigue, modification marquée de l’appétit, suralimentation, ou fringales spécifiques, hypersomnie ou insomnie, sentiment d’être submergée ou de perdre le contrôle symptômes cliniques tels qu’une sensibilité ou une augmentation de volume des seins, des douleurs articulaires ou musculaires, un sentiment de gonflement et de prise de poids. Le TDPM doit aussi impérativement altérer le fonctionnement social ou professionnel ainsi que provoquer une souffrance significative.

Dans le cas du dysphorique, le cadre est clair et cliniquement précis, nous montrons une entité scientifiquement valide. ça ne semble pas être le cas pour le SPM qui est très vague et incomplet. Au début de nos recherches, nous avons tout de suite compris qu’il y avait un souci. Nous n’avons aucunes preuves, seulement des hypothèses (détaillées en seconde partie) sur les raisons pour lesquelles ce trouble semble si “bancal”. Contrairement à son “cousin”, il n’est tout d’abord pas dans le DSM ni dans le CIM (du moins pas en description, on n’y trouve que son nom, pas d’autre information⁴), on ne trouve une vraie explication de ce trouble que dans le MSD (Merck Sharp & Dohme). Même si ce manuel est considéré comme fiable, la description du trouble est vague et le diagnostic douteux : un simple rapport des symptômes par la patiente. Ces symptômes vont d’une prise de poids à une irritabilité en passant par des difficultés de concentration. La liste est conséquente et les symptômes ont l’air d’être autant physiques que psychologiques et comportementaux.

Aujourd’hui encore, aucune cause provoquant ces symptômes n’a été complètement identifiée. Toutefois, les scientifiques supposent qu’ils seraient dû aux variations cycliques des taux des hormones sexuelles (œstrogènes et progestérone). La variabilité de la durée des cycles menstruels étant conséquente, il est difficile de donner une durée moyenne. Les articles s’accordent généralement à donner une moyenne de 28 jours, en prenant en compte que les irrégularités ne sont pas un phénomène exceptionnel¹⁵. Ce cycle peut être divisé en trois phases principales : la phase folliculaire, ovulatoire et lutéale. La phase folliculaire, qui commence avec les règles, est caractérisée par la maturation des follicules ovariens sous l’influence de la FSH (hormone folliculo-stimulante) et des œstrogènes. L’ovulation survient ensuite, déclenchée par un pic de LH (hormone lutéinisante), moment où l’ovule est libéré. Enfin, la phase lutéale est dominée par la production de progestérone et d’œstrogènes par le corps jaune, préparant l’endomètre à une éventuelle implantation, avant de subir une chute progressive de la quantité d’hormones en jeu, qui se retrouvent au plus

bas 6. C'est lors de la phase lutéale que les symptômes apparaissent, menant les expertes à penser (sans en être sûrs) que c'est cette chute d'oestrogènes et de progestérone juste avant les menstruations qui les provoquent. D'autres hypothèses émises sont la prédisposition génétique, des carences en magnésium et en calcium ou une implication des neurotransmetteurs (type GABA). Au final, aucune réelle réponse n'a été donnée et cela pose problème au niveau du traitement : sans connaissance de l'étiologie, il est très difficile de trouver un traitement (surtout médicamenteux) qui est efficace sans provoquer (trop) d'effets secondaires.

Au niveau du traitement, le SPM est pris en charge principalement de façon symptomatique, avec des mesures d'hygiène de vie, des suppléments (magnésium, vitamine B6), des antalgiques ou anti-inflammatoires, une contraception hormonale pour réguler le cycle, et parfois des ISRS en prise intermittente pour les symptômes émotionnels. Le TDPM repose surtout sur les ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine, antidépresseurs régulant les variations émotionnelles), utilisés en continu ou seulement en phase lutéale, auxquels peuvent s'ajouter une contraception hormonale suppressive (notamment à base de drospirénone) ou, dans les formes résistantes, des traitements plus puissants comme les agonistes/antagonistes de la GnRH ; un accompagnement psychothérapeutique peut également être bénéfique 2.

La prévalence du SPM aux Etats-unis est de 13 à 18% tandis que la prévalence du TDPM dans le même pays est de 1,8 à 5,8%. En Europe, les chiffres pour le TDPM varient de 1,1% à 3,1%, soit relativement plus faible qu'aux Etats-Unis 5. Nous n'avons pas de chiffres pour le SPM, mais nous pensons qu'il serait logique de penser que ces derniers soient légèrement plus faibles que ceux d'Amérique du Nord, en parallèle aux chiffres du TDPM. Dans ce cas là, nous exprimons que cette prévalence nous semble très faible. Trois femmes travaillent sur ce dossier et nous affirmons toutes trois (sans être diagnostiquées) que plusieurs symptômes du SPM sont comparables avec nos expériences personnelles des menstruations. Evidemment, cela pourrait expliquer pourquoi nous nous sommes intéressées à ce sujet (ce qui rend l'argument peu objectif, et peut induire un biais particulier). Mais, il est tout de même intéressant d'ajouter qu'en plus de notre expérience, de nombreuses proches partagent au moins 1 symptôme avec le SPM. En théorie, le diagnostic du SPM ne demandant pas d'un chiffre particulier de symptômes, nous pourrions alors toutes être atteintes de ce "trouble".

Pour avoir plus d'informations sur le SPM dans le milieu médical et son diagnostic, nous avons pris contact avec Mme Emeline Fontaine, sage-femme. Nous l'avons abordée avec 4 questions : Comment le syndrome prémenstruel est-il diagnostiqué ? L'avez-vous beaucoup diagnostiqué/vos collègues le diagnostique-t-il beaucoup ? pensez-vous qu'il est sous-diagnostiqué ? Et que pensez-vous en général de ce trouble et de son "intérêt" au niveau médical ?

Elle nous a répondu : "Je diagnostique ce trouble avec un questionnement systématique en consultation gynécologique, et la patiente va l'évoquer spontanément si elle présente des symptômes qui la dérangent. Sinon, la question est posée au moment du questionnement du cycle : dates des dernières règles, régularité, abondance du flux etc. Pour ma part, je le diagnostique systématiquement. Je ne pense pas qu'il soit sous-diagnostiqué car si la femme est gênée par des symptômes, elle va spontanément l'évoquer. Elles repèrent très vite qu'il s'agit de symptômes en rapport avec le cycle car ils cessent dès l'arrivée des

règles. Ceci est toutefois à nuancer, sans doute chez les toutes jeunes filles réglées qui connaissent moins leur corps. Globalement, ce syndrome sert à évaluer clairement quel est l'impact sur les conditions de vie".

Cet échange avec une professionnelle de santé nous permet de dégager une hypothèse expliquant la faible prévalence de ce trouble comparé au nombre de femmes qui semblent en souffrir : le praticien ne va pas forcément évoquer le trouble de lui-même, la femme concernée doit le faire, il faut donc pour cela qu'elle ait réalisé que ses symptômes sont liés à son cycle, et qu'elle ait le courage d'aborder le sujet, les menstruations étant encore un sujet tabou dans la société.

Une autre raison qui expliquerait un potentiel sous-diagnostic est le fait que des règles douloureuses et dures à supporter sont considérées comme normales (potentiellement car beaucoup de femmes en souffrent). Il m'est arrivé plusieurs fois de fondre en larmes tant la douleur était horrible et la seule chose que ma mère me disait était "prends un doliprane, tu sais que le premier jour c'est chiant". Cette douleur (en plus de tous les autres symptômes qui l'accompagnent) est quelque chose que nous devons subir, c'est simplement la nature, cela "va de soi". Pourtant, on pourrait se demander si beaucoup de femmes ne seraient pas atteintes de ce trouble qui est synonyme d'un corps qui ne serait pas sain. Ou alors, on pourrait considérer ce "trouble" comme étant la normalité pour l'ensemble des personnes menstruées, car ses symptômes découlent simplement de variations périodiques dans notre système endocrinien, et dans ce cas, pourquoi aucune solution efficace et complètement inoffensive n'a été trouvée ?

II- Problématiques de la société exposées

Le lien entre les maux psychosomatiques et le cycle menstruel est présent et établi dans la littérature depuis déjà bien longtemps. En effet on retrouve des traces de ces maux dans un des ouvrages les plus importants du "Corpus Hippocratum", *Des lieux dans l'homme*, l'utérus est représenté comme la cause de "toutes les maladies de la femme". 7

D'abord nommé "tension prémenstruelle", le syndrome prémenstruel tel qu'il nous apparaît à ses débuts, dans sa complexité étiologique et médicale, a été décrit par un certain Frank en 1931, dans l'article "*The hormonal causes of premenstrual tension*" 8 permet une réelle entrée de la problématique dans le monde de la recherche médicale. Il tente d'expliquer, par les fluctuations hormonales caractéristiques du cycle menstruel, les symptômes ressentis par des patientes, et en cela il distinguait trois groupes de porteuses de symptômes :

- femmes avec des troubles mineurs (fatigue, irritabilité, absence de concentration, douleurs)
- femmes avec un malaise assez important pour qu'un handicap évident s'ensuive (femmes qui doivent rester au lit pendant quelques jours en raison de douleurs et/ou qui ne peuvent pas travailler)
- femmes présentant de graves désordres somato-fonctionnels (épilepsie, asthme), qui se réactivent pendant la période pré-menstruelle.

A l'époque, l'endocrinologie était encore assez peu développée : Frank niait l'importance des facteurs de stress aggravant l'apparition de symptômes, et était encore peu renseigné sur la complexité des mécanismes endocriniens, parlant par exemple d'une seule hormone dite "féminine" dont la variation lui semblait être à l'origine de cette tension prémenstruelle.

Des analyses psychanalytiques sont venues compléter la compréhension de ce phénomène prémenstruel : en 1951, Marie Langer explique dans "Maternité et sexualité" que l'expérience émotionnelle associée à la survenue des règles est dépendante d'une personnalité dite "névrotique" de la personnalité de la femme. Les symptômes physiques et psychiques seraient dès lors associés à une culpabilité et une non-acceptation du rôle féminin, celui de porter la charge de natalité. A l'inverse, Langer explique qu'une fille "normale" non-porteuse de symptômes douloureux lors de la période menstruelle et par extension non-névrotique, vivrait les règles et sa maturité sexuelle comme un cadeau de sa mère, permettant une réconciliation avec celle-ci, dans une matérialisation spécifique du complexe d'Oedipe. 9

En 1961, Paulson décrit les femmes les plus sujettes au syndrome comme celles qui souffrent de peu d'estime de soi et possèdent une relation plus difficile avec leur propre mère que la normale. Les hypothèses vont bon train en psychanalyse, portant souvent autour de la personnalité névrotique de la femme porteuse de symptômes.

De plus, avant que le syndrome prémenstruel ne soit conceptualisé comme phénomène biologique et psychologique lié au cycle menstruel, les manifestations physiques ou émotionnelles des femmes étaient souvent interprétées à travers une grille de lecture profondément imprégnée de misogynie. L'un des termes les plus emblématiques de ce biais historique est celui "d'hystérie", une pseudo-maladie dont l'existence même était fondée sur une vision erronée du corps féminin. L'hystérie décrite à l'époque de Charcot et Freud à la fin du XIX^{ème} siècle, n'a pas de lien physiologique direct avec le syndrome prémenstruel. Mais il existe un lien historique et socioculturel intéressant entre les deux notions. L'hystérie n'est plus considérée aujourd'hui comme une véritable maladie: elle regroupait autrefois des symptômes très variés comme les paralysies, les convulsions, ou encore les crises émotionnelles qui relevaient en réalité de troubles neurologiques fonctionnels ou psychiques mal compris. Le SPM, au contraire, est un phénomène hormonal réel et bien défini, lié aux fluctuations d'œstrogènes, de progestérone et de sérotonine au cours du cycle menstruel. Il existe malgré tout une association dans l'imaginaire collectif pour des raisons historiques et culturelles: la médecine de l'époque, marquée par une vision sexiste du corps féminin, attribuait de nombreux états émotionnels au supposé « caractère instable » des femmes et à l'influence de l'utérus, d'où le terme « hystérie ». Ainsi, même si le SPM n'est pas la même chose que l'hystérie sur le plan scientifique, ses manifestations auraient probablement été rangées dans cette catégorie à une époque où la biologie menstruelle était mal comprise. 13

Le mot "hystérie" vient du grec *hystera*, signifiant « utérus ». 11 Dès l'Antiquité, on attribue aux femmes un ensemble de symptômes/convulsions, crises émotionnelles, angoisses, irritabilité, en les imputant à un dysfonctionnement de l'utérus, parfois décrit comme un « utérus errant » se déplaçant dans le corps. Cette vision se perpétue jusqu'au XIX^e siècle et devient l'un des fondements de la pathologisation du corps féminin en médecine occidentale. A cette époque, alors que la médecine moderne se développe, l'hystérie devient la maladie féminine par excellence, un diagnostic pas très clair permettant d'expliquer tout comportement jugé « excessif » ou dérangeant. Plutôt que de chercher à comprendre les mécanismes physiologiques du cycle menstruel, les médecins projettent leurs propres préjugés sur le corps féminin, considéré comme naturellement instable et gouverné par ses organes reproducteurs.

Jean-Martin Charcot, neurologue à la Salpêtrière dans les années 1870, contribue à faire de l'hystérie un diagnostic médical « reconnu ». 10 Il organise des démonstrations publiques où des femmes internées présentent des « crises » qu'il classe, photographie et interprète, ce qui renforce la légitimité scientifique de cette pseudo-maladie. Ses patientes sont presque exclusivement des femmes, dont les symptômes sont analysés à travers leur sexualité ou leur utérus, révélant une vision profondément biaisée du corps féminin. À la Salpêtrière, des milliers de femmes (souvent pauvres) sont ainsi observées, mises en scène

et parfois instrumentalisées. L'hystérie devient alors un moyen de justifier l'idée que les femmes seraient naturellement instables et devraient être surveillées.

Selon la médecine attribuée à Hippocrate et à son entourage, l'utérus était pensé comme un organe dont l'état d'humidité, de "saturation" en fluides, d'usage sexuel ou reproductif déterminait en grande partie la santé physique et mentale des femmes. Le "mal de la matrice" (ou "uterine disease/womb disease") pouvait, expliquer des symptômes graves (angoisse, délire, troubles nerveux, suffocation, convulsions...) chez des jeunes femmes, en particulier vierges ou non mariées ce qui recoupe, plus tard, le concept d'hystérie. 12

Le diagnostic d'hystérie fonctionne comme un dispositif de contrôle social : Il pathologise les comportements féminins ne correspondant pas aux normes (colère, tristesse, refus de se soumettre). Il justifie l'enfermement ou la prise en charge forcée des femmes et il permet de délégitimer les plaintes féminines en les ramenant à une « nature féminine » supposément irrationnelle. Toute douleur, frustration, ou réaction émotionnelle féminine pouvait être requalifiée en problème psychique lié à l'utérus, ce qui invisibilisait totalement la réalité biologique des cycles hormonaux. Le diagnostic d'hystérie décline au début du XX^e siècle, mais les biais persistent. Lorsqu'on commence à s'intéresser aux fluctuations hormonales et aux symptômes prémenstruels dans les années 1930–1950, ce sont les mêmes symptômes (irritabilité, maux de tête, douleurs abdominales, sautes d'humeur) qui sont reclassés sous une nouvelle appellation. Ainsi, le syndrome prémenstruel devient une manière plus moderne de nommer ce que l'on associait, un siècle plus tôt, à l'hystérie. La différence majeure tient au fait que le SPM repose sur des mécanismes biologiquement identifiés, même si encore aujourd'hui il peine parfois à être reconnu ou pris au sérieux. Cela révèle que la manière dont la médecine perçoit le corps féminin n'a jamais été neutre : elle a été façonnée par des visions sociales, culturelles et patriarcales du rôle des femmes.

L'histoire de l'hystérie, depuis les théories de l'"utérus errant" de la médecine antique jusqu'aux interprétations neurologiques de Charcot ou psychanalytiques de Freud, montre combien les sociétés ont tenté d'expliquer les manifestations corporelles et émotionnelles des femmes à travers des cadres conceptuels qui reflétaient autant les connaissances médicales que les préjugés culturels de leur époque. Aujourd'hui, le SPM est compris comme un phénomène endocrinien réel, lié aux fluctuations hormonales du cycle menstruel, mais il continue d'être entouré de stéréotypes qui rappellent, en creux, la longue histoire de la pathologisation du corps féminin. Mettre en perspective l'hystérie ancienne et le SPM contemporain ouvre ainsi une réflexion plus large: comment la médecine, encore aujourd'hui, construit-elle son regard sur les expériences vécues par les femmes, entre biologie, normes sociales et héritages historiques ? Le passage de l'hystérie au SPM montre une évolution, mais aussi une continuité: la longue méconnaissance, voire la méfiance envers le corps féminin.

Conclusion

Notre enquête montre que le syndrome prémenstruel et le trouble dysphorique prémenstruel ne possèdent pas le même statut scientifique: le TDPM, clairement défini par des critères diagnostiques stricts, bénéficie d'une reconnaissance solide, tandis que le SPM reste assez floue, difficile à cerner et encore mal étayée sur le plan empirique. Malgré des hypothèses biologiques cohérentes, aucune cause pleinement établie n'a été identifiée, rendant son diagnostic variable et largement dépendant du ressenti des patientes. Cette fragilité scientifique expose surtout les limites d'une recherche médicale longtemps marquée par un désintérêt pour les phénomènes spécifiques au corps féminin. Le SPM s'inscrit dans

une histoire où les manifestations émotionnelles et physiques des femmes ont été tour à tour minimisées, psychologisées ou pathologisées, depuis les théories antiques de l'hystérie jusqu'aux interprétations psychanalytiques du XX^e siècle. Le manque de consensus actuel reflète ces héritages, tout comme il révèle les tabous persistants entourant les menstruations et la tendance collective à considérer la souffrance menstruelle comme "normale". Ainsi, la question de la validité scientifique du syndrome prémenstruel ne peut être séparée des enjeux socioculturels de notre époque. L'étude de ce syndrome met en évidence les angles morts de la médecine, la difficulté qu'elle a à reconnaître pleinement l'expérience vécue des personnes menstruées, ainsi que le poids persistant de représentations réductrices du corps et de l'esprit féminin. Comprendre véritablement le syndrome prémenstruel exige donc d'articuler les approches biologiques, historiques et sociales, afin d'avoir un regard plus nuancé, plus informé et surtout plus respectueux de celles qui en font l'expérience.

Conseils pour étudiants qui voudraient approfondir le sujet

Il serait intéressant de vous intéresser à la question plus "politique" des menstruations et du SPM (sur les bases du congé menstruel et de la vision sexiste sur les menstruations). Bref, assez de branches de questionnements autour des menstruations pour que vous trouviez votre bonheur.

Modifications Wikipédia

Original : Le **syndrome prémenstruel** (ou **SPM**) est un ensemble de troubles survenant durant les jours précédant les [menstruations](#) et s'interrompant à leur apparition ou peu de temps après. Il est caractérisé par des symptômes divers comme un gonflement douloureux des [seins](#), des [maux de tête](#), les [jambes lourdes](#) ou une prise de poids, des éruptions [cutanées](#) ou d'[herpès](#) et par des [troubles du comportement](#) ou [troubles de l'humeur](#) incluant nervosité, [anxiété](#), agressivité, émotivité, [dépression](#). Ses origines sont inconnues.

Modifié : Le **syndrome prémenstruel** (ou **SPM**) est un trouble survenant durant les jours précédant les [menstruations](#) et s'interrompant à leur apparition ou peu de temps après. Il est caractérisé par un ensemble de symptômes divers comme un gonflement douloureux des [seins](#), des [maux de tête](#), les [jambes lourdes](#) ou une prise de poids, des éruptions [cutanées](#) ou d'[herpès](#) et par des [troubles du comportement](#) ou [troubles de l'humeur](#) incluant nervosité, [anxiété](#), agressivité, émotivité, [dépression](#). Ses origines sont inconnues.

Ajout dans la section "Prise en charge" : Pour les cas de symptômes psychologiques les plus sévères, des antidépresseurs Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) peuvent être prescrits^[1].

Bibliographie

- 1 Pinkerton, J. V., & Goje, O. (2025, août). *Syndrome prémenstruel*. In *Manuel MSD – Gynécologie et obstétrique*. MSD Manual. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/troubles-menstruels/syndrome-pr%C3%A9menstruel>
- 2 American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of*

mental disorders (5th ed., text rev.). [9782294743382] *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*

3 Dictionnaire Larousse en ligne *Définitions : syndrome - Dictionnaire de français Larousse*

4 Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Classification internationale des maladies (11e révision)*. <https://icd.who.int/>

5 Carlini, S.V., Lanza di Scalea, T., Trentacoste McNally, S., Lester, J., & Deligiannidis, K.M. (2022). *Management of premenstrual dysphoric disorder: A scoping review. International Journal of Women's Health, 14*, 1783–1801. *Management of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Scoping Review - PMC*

6 Merviel, P., Bouée, S., Rincé, C., Jacq, C., Le Martelot, M.T., Chabaud, J.J., Roche, S., Drapier, H., Beauvillard, D., & Sevestre, H. (2020). *Cycle menstruel. Gynécologie, 35(1)*, 1–16. *Cycle menstruel - ClinicalKey Student*

7 Bodiou, L., & Mehl, V. (éds.). (2019). U. In *Dictionnaire du corps dans l'Antiquité*. Rennes: Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/14btr>

8 Oscar Janiger, Ralph Riffenburgh, Ronald Kersh, *Cross Cultural Study of Premenstrual Symptoms*, Psychosomatics, Volume 13, Issue 4, 1972 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318272714140>

9 A. Lastrico, A. Andreoli, A. Campana, *Syndrome prémenstruel : Une mise au point, 18/01/24*, https://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Syndrome_premenstruel.htm

10 « Hypnose, hystérie, extase : de Charcot à Freud ». *Savoirs et clinique : revue de psychanalyse*, vol. n° 8, n° 1, 2007, p. 201-09, <https://doi.org/10.3917/sc.008.0201>.

11 Dictionnaire Larousse en ligne <https://www.larousse.fr/archives/medical/page/493?utm>

12 BONNET-CADILHAC, C. « Traduction et commentaire du traité hippocratique «Des maladies des jeunes filles ». *History and philosophy of the life sciences*, vol. 15, n° 2, 1993, p. 147-63. https://beluga.univ-grenoble-alpes.fr/permalink/33UGRENOBLE_INST/3hfdli/cdi_proquest_journals_1474298052

13 Dmytriw, A. A. (2015). Gender and sex manifestations in hysteria across medicine and the arts. **European Neurology, 73*(1–2)*, 44–50. <https://doi.org/10.1159/000367891>

14 Cairn.info. (2025). *Sciences, Techniques et Médecine | Cairn.info*

15 Billiet, T., Ferrand, J., Sors, C., & Hoffmann, P. (2025). *Évolution des signes physiologiques cardiovasculaires et respiratoires au cours du cycle menstruel chez la femme : une revue systématique de la littérature*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05085665/document>