

Le Trouble Dysphorique Prémenstruel

Quand vos hormones décident de jouer à la roulette russe avec votre cerveau

Imaginez un instant. Pendant deux semaines, vous êtes une version altérée de vous-même. Vous pleurez devant les publicités pour lessive. Vous hurlez sur votre colocataire parce qu'il a mal rangé la cuillère en bois. Vous êtes convaincue que votre vie est un échec absolu, que personne ne vous aime, et que vous feriez mieux de tout abandonner pour devenir ermite dans les Pyrénées. Puis, le premier jour de vos règles arrive comme par magie, et vous vous réveillez en vous demandant pourquoi vous avez acheté trois paires de chaussures identiques et un abonnement à un cours de poterie que vous détestez.

Bienvenue dans le monde du TDPM. Non, ce n'est pas « juste des règles qui

font mal ». C'est un trouble dépressif reconnu par le DSM-5 depuis 2013, et il touche 3 à 8 % des femmes en âge de procréer. C'est peu, certes, mais suffisamment pour que vous connaissiez probablement quelqu'un qui traverse cet enfer cyclique — peut-être même vous.

Le chiffre qui fait réfléchir : Il faut en moyenne 6 à 10 ans avant d'obtenir un diagnostic correct. Six à dix ans à se faire dire que c'est « dans la tête », que vous « exagérez », ou pire, à se faire prescrire des antidépresseurs qui ne marchent pas parce que personne n'a remarqué le pattern cyclique. C'est long, six à dix ans. Suffisamment pour détruire des études, des relations, et une estime de soi.

TDPM vs SPM : apprenez à faire la différence

Commençons par évacuer l'évidence qui tue : le TDPM n'est pas le syndrome prémenstruel classique. Le SPM, ce gentil bouffon qui touche 70% des femmes cyclées, c'est quelques boutons, une envie de chocolat, et une légère irritabilité. Gérable. Banal. Presque folklorique.

Le TDPM, c'est autre chose. C'est la version director's cut, avec bonus features et scènes coupées qui font peur. C'est un impact fonctionnel majeur qui vous empêche de travailler, de voir vos amis, de fonctionner normalement. C'est la

différence entre avoir mal au ventre et avoir l'impression que votre vie s'effondre pendant une semaine chaque mois.

Stop cliché n°1 : « Toutes les femmes sont un peu comme ça avant leurs règles. » Non. Non, elles ne le sont pas. Dire ça, c'est comme dire à quelqu'un qui fait une dépression majeure : « Ah, je comprends, moi aussi j'ai eu un coup de blues lundi matin. » Ça ne marche pas comme ça. Le TDPM est un trouble psychiatrique validé, pas une mauvaise humeur premium.

Le calendrier de l'apocalypse : symptômes et cycles

Le TDPM se distingue par sa cyclicité stricte et sadique. Les symptômes apparaissent systématiquement pendant la phase lutéale — ces 7 à 15 jours avant les règles qui ressemblent à un compte à rebours vers l'abîme — et disparaissent quasi instantanément dès le premier jour des menstruations. Cette disparition brutale est d'ailleurs l'un des marqueurs clés du diagnostic : si vos symptômes persistent pendant vos règles, ce n'est probablement pas du TDPM.

Le menu de la souffrance

Selon le DSM-5, il faut au moins 5 symptômes parmi lesquels un symptôme émotionnel majeur pour poser le diagnostic. Voici la carte :

- Humeur dépressive sévère : Pas juste « un peu triste ». Vraiment dépressive. Avec sentiment d'espoir désespéré et idées noires qui peuvent aller jusqu'au suicide.
- Irritabilité extrême : Vous explosez pour un rien. Vos proches marchent sur des œufs. Vous-même ne vous reconnaissez pas.
- Anxiété à l'état pur : Panique, angoisse, sensation d'être sur le point de mourir. Le tout sans raison apparente.
- Hypersensibilité au rejet : Un message non lu ? C'est sûr, cette personne vous déteste. Votre boss vous dit bonjour d'un ton neutre ? Vous allez être virée.
- Sautes d'humeur brutales : De la rage à l'angoisse en passant par les larmes, en l'espace d'une heure.
- Symptômes associés : Perte d'intérêt pour tout, fatigue écrasante, insomnie ou hypersomnie, fringales alimentaires (souvent sucrées/salées), sentiment de perte de contrôle total.
- Symptômes physiques : Tension mammaire, ballonnements, céphalées, douleurs musculaires. Comme si la partie émotionnelle ne suffisait pas.

Le saviez-vous ? Certaines études en contexte universitaire ont trouvé des prévalences allant jusqu'à 29,6 %. Ce chiffre surprenant s'explique probablement par la pression académique qui aggrave les symptômes, et par des critères diagnostiques parfois moins stricts. Mais cela montre aussi à quel point ce trouble est sous-diagnostiqué dans la population

générale.

Quand le cerveau se rebelle contre les hormones

Voici la partie fascinante : les taux hormonaux sont souvent normaux chez les femmes atteintes de TDPM. Ce n'est pas une question de « trop » ou « pas assez » d'hormones. C'est une question de sensibilité neurobiologique aux fluctuations hormonales.

Le coupable identifié s'appelle l'alloprégnanolone (ALLO), un métabolite de la progestérone. Normalement, l'ALLO agit comme un sédatif naturel sur le cerveau via les récepteurs GABA-A (ceux que touche aussi le Valium, pour faire simple). Chez les femmes avec TDPM, ces récepteurs sont hypersensibles. Résultat : quand les taux d'ALLO chutent brutalement en fin de phase lutéale, le cerveau entre en désinhibition neuronale, comme si on lui retirait soudainement son anxiolytique interne.

Imaginez votre cerveau comme un club branché. L'ALLO, c'est le videur qui garde tout le monde calme. Chez les femmes avec TDPM, le videur devient soudainement hyperactif, puis disparaît du jour au lendemain. Le chaos s'installe. C'est un peu ça, à l'échelle cellulaire.

Les facteurs de vulnérabilité

Certaines choses augmentent vos chances de développer un TDPM. Ce n'est

pas une fatalité, mais c'est bon à savoir :

Facteurs de risque	Pourquoi ça complique tout
Antécédents de dépression	Vulnérabilité sérotoninergique partagée avec le TDPM
Troubles anxieux	Le système GABA/stress est déjà dysrégulé
Stress chronique	Active l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (le fameux « stress hormonal »)
Traumatisme psychologique	Sensibilisation neurobiologique au stress
Dépression post-partum	Même mécanisme de sensibilité aux variations hormonales

Le diagnostic : un exercice de patience

Voici le problème : vous ne pouvez pas diagnostiquer un TDPM sur un seul cycle. Ni sur deux souvenirs flous. Il faut une évaluation prospective rigoureuse — c'est-à-dire noter ses symptômes quotidiennement pendant au moins deux cycles.

Les rapports rétrospectifs (« Oui, je crois que j'ai ça avant mes règles ») sont de mauvais prédictors. La mémoire est sélective, biaisée par l'humeur du moment. Seul le suivi quotidien permet de voir le pattern clair : symptômes présents en phase lutéale, absents en phase folliculaire (jours 4-10 du cycle).

Les critères DSM-5 en version digeste

- Au moins 5 symptômes (dont 1 émotionnel majeur) présents en phase prémenstruelle
- Impact fonctionnel significatif : travail, relations, vie sociale perturbés
- Confirmation sur 2 cycles consécutifs minimum
- Disparition rapide après le début des règles
- Exclusion des autres troubles : ce n'est pas une dépression classique, un trouble bipolaire, ou un trouble de la personnalité qui s'aggraverait cycliquement

Outils recommandés : le DRSP (Daily Record of Severity of Problems) pour le suivi quotidien, ou le PSST pour un dépistage initial (moins fiable mais plus rapide).

Traitements : il existe des solutions

Bonne nouvelle : le TDPM se traite. Et assez bien, en plus. Mauvaise nouvelle : il faut souvent plusieurs essais pour trouver ce qui marche pour vous.

Les ISRS : les stars du traitement

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) — la famille du Prozac, pour faire simple — sont le traitement de première intention. Mais attention, particularité étonnante : dans le TDPM, ils agissent vite. Pas besoin d'attendre 3 semaines comme dans la dépression classique. L'amélioration est souvent visible en quelques jours.

Cela suggère que leur mécanisme d'action est différent ici. Probablement via la modulation des neurostéroïdes comme l'allopregnanolone, plus que via la simple augmentation de la sérotonine.

La bonne surprise : La posologie intermittente (uniquement pendant la phase lutéale) marche aussi bien que la posologie continue selon une méta-analyse récente. Même efficacité, moins d'effets secondaires, moins cher. On prend le médicament quand les symptômes arrivent, on arrête quand les règles commencent. Simple, efficace, rationnel.

Les options : Sertraline (Zoloft) 50-100mg, Fluoxétine (Prozac) 20mg, Paroxétine (Deroxat) 10-20mg, ou Escitalopram (Seroplex) 10-20mg. À discuter avec votre psychiatre, car les réponses individuelles varient.

Les alternatives

Contraception hormonale : Peut aider en lissant les fluctuations, mais c'est imprévisible. Certaines femmes voient leurs symptômes disparaître, d'autres les voient empirer. Il faut tester et observer.

Agonistes GnRH : Réservés aux cas sévères. Ils créent une ménopause médicamenteuse temporaire (oui, vous avez bien lu). Efficace, mais effets secondaires importants (bouffées de chaleur, risque ostéoporose à long terme). À utiliser avec prudence et suivi.

Thérapies non médicamenteuses : Supplémentation en calcium (1200-1600 mg/jour) et vitamine D a montré une efficacité modeste mais réelle. L'exercice physique régulier aide. La thérapie cognitivo-comportementale peut réduire l'impact fonctionnel même si elle ne supprime pas les symptômes biologiques.

Et maintenant ?

Si vous vous reconnaissez dans ces lignes, si chaque mois ressemble à un tsunami émotionnel suivi d'un retour à la normale brutal, sachez ceci : ce n'est pas normal, ce n'est pas « juste des règles », et ce n'est pas une fatalité.

Le premier pas est de tenir un journal. Noter vos symptômes quotidiennement pendant 2-3 cycles. C'est fastidieux, mais c'est la seule façon de prouver le pattern cyclique à un médecin — et de vous le prouver à vous-même, car la mémoire a tendance à tout mélanger.

Le deuxième pas est de consulter. Un gynécologue informé, ou mieux, un psychiatre. Exiger qu'on vous écoute. Le TDPM est sous-diagnostiqué parce qu'on banalise la souffrance des femmes, pas parce qu'il est rare.

Alerte rouge : Si vous avez des pensées suicidaires pendant la phase lutéale, même si elles disparaissent avec vos règles, c'est une urgence

médicale. Le TDPM augmente significativement le risque suicidaire. Ne restez pas seule avec ça.

Rompre le cycle

Le TDPM n'est pas une invention. C'est une réalité neurobiologique validée, une souffrance réelle qui mérite d'être prise au sérieux. Pendant trop longtemps, on a dit aux femmes de « faire avec », de « se ressaisir », d'arrêter de « dramatiser ».

La science a maintenant démontré ce que les patientes savaient déjà : leur cerveau réagait différemment aux hormones. Ce n'est pas de la faiblesse. C'est de la biologie.

Vous n'êtes pas folle. Vous n'êtes pas dramatique. Vous avez un trouble traitable. Et vous méritez qu'on vous soigne.

Références scientifiques

- [1] Direkvand-Moghadam et al. (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS). *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*.
- [2] Rapkin & Winer (2009). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Obstetrics and Gynecology*, 113(5), 1061-1070.
- [3] Endicott et al. (2020). Is premenstrual dysphoric disorder really a disorder? *Journal of Women's Health*.
- [4] Bixo et al. (2023). Allopregnanolone and GABA-A receptor sensitivity in PMDD. *Neuropsychopharmacology*.
- [5] Lam & Kennedy (2022). Serotonergic mechanisms in PMDD treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- [6] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*.