



La place de la sage-femme libérale dans la stratégie diagnostique de l'endométriose

Laura Hornecker

► To cite this version:

Laura Hornecker. La place de la sage-femme libérale dans la stratégie diagnostique de l'endométriose. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02091369

HAL Id: dumas-02091369

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02091369>

Submitted on 5 Apr 2019

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

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

Académie de Paris
Université Pierre et Marie Curie
École de Sages-Femmes Saint-Antoine
Mémoire pour le Diplôme d'État de Sage-femme

LA PLACE DE LA SAGE-FEMME LIBERALE DANS LA STRATEGIE DIAGNOSTIQUE DE L'ENDOMETRIOSE



HORNECKER Laura
Née le 26 Avril 1994 à Paris
Française

Directeur de mémoire : Dr Chrysoula Zacharopoulou
Année universitaire : 2017-2018

Académie de Paris
Université Pierre et Marie Curie
Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine
Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme

LA PLACE DE LA SAGE-FEMME LIBERALE DANS LA STRATEGIE DIAGNOSTIQUE DE L'ENDOMETRIOSE

HORNECKER Laura
Née le 26 Avril 1994 à Paris
Française

Directeur de mémoire : Dr Chrysoula Zacharopoulou
Année universitaire : 2017-2018

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements :

A Mme Chrysoula Zacharopoulou directrice de mémoire pour ses conseils, son partage d'expériences et pour m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail.

A l'ensemble des enseignantes de l'école de sages-femmes de Saint-Antoine pour leurs conseils et leur disponibilité.

A ma famille et plus particulièrement mes parents pour leur soutien, leurs conseils et leur aide inestimable.

A Guillaume pour sa présence à chaque instant durant ces années de formation, à ma sœur et à Magali.

Et à mes amies de promotion Chloé et Gaëlle pour leur amitié et leur soutien durant ces quatre années de formation.

INTRODUCTION.....	7
I. GENERALITES SUR L'ENDOMÉTRIOSE ET ENJEUX	8
1. Rappels et généralités	8
1.1 Définitions	8
1.2 Epidémiologie et prévalence	8
1.3 Facteurs de risques	8
1.4 Physiopathologies	9
1.5 Les formes anatomocliniques de l'endométriose.....	10
1.6 Classification.....	11
2. La symptomatologie	12
2.1 Les dysménorrhées	12
2.2 Les dyspareunies profondes	12
2.3 Les douleurs pelviennes chroniques.....	13
2.4 Les signes digestifs et urinaires	13
2.5 L'infertilité.....	14
2.6 Les retentissements psychologiques et sociaux.....	14
3. Le diagnostic.....	15
3.1 L'interrogatoire	15
3.2 L'examen clinique	16
3.3 Les examens complémentaires	16
4. Les traitements	17
4.1 Le traitement médical	18
4.2 Le traitement chirurgical	19
4.3 Les traitements alternatifs	20
5. Enjeux d'une meilleure prise en charge et rôle de la sage-femme	20
II. MATERIELS ET METHODES.....	22
1. Objectifs et hypothèses	22
2. Type d'étude	23
3. Population d'étude	23
4. Méthodologie et outils d'étude	23
5. Principaux éléments recherchés dans le questionnaire	25
6. Exploitation des données	25
III. RESULTATS.....	26
1. Profil de la population	26
2. Etats des lieux des pratiques	29

IV. DISCUSSION.....	36
1. Les forces de l'étude	36
2. Les limites.....	36
3. Représentativité de la population testée	37
4. Formation des sages-femmes en gynécologie	38
5. Connaissances et pratiques des sages-femmes.....	38
6. Les nouvelles recommandations de la HAS	42
CONCLUSION	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
LISTE DES TABLEAUX.....	53
ANNEXES	54
GLOSSAIRE	62

INTRODUCTION

L'endométriose est définie comme la présence de tissu endométrial comportant à la fois des glandes et du stroma en dehors de la cavité utérine. Il s'agit d'une pathologie chronique, bénigne et hormono-dépendante touchant environ 10% des femmes en âge de procréer. Les principaux symptômes de la maladie sont les dysménorrhées, les dyspareunies profondes et les douleurs pelviennes chroniques. Mais l'endométriose peut également être asymptomatique et découverte, par exemple, lors d'un bilan d'infertilité. En effet, elle représente la première cause d'infertilité dans les pays développés.

Malgré sa fréquence dans la population féminine, l'endométriose reste cependant une maladie méconnue du grand public. Fouquet et al. soulignent que 65% des femmes atteintes d'endométriose n'avaient jamais entendu parler de la maladie avant la chirurgie. De plus, le diagnostic de l'endométriose est généralement évoqué longtemps après l'apparition des premiers symptômes avec en moyenne un délai de diagnostic de 8 à 12 ans, ce qui en fait l'une des pathologies courantes présentant le plus grand retard de diagnostic. Ce délai s'explique en outre, par une méconnaissance de la maladie par les professionnels de santé.

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 autorise les sages-femmes à pratiquer, à l'occasion du suivi gynécologique de prévention des femmes, l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques, ainsi qu'au dépistage des pathologies. Au vu de l'expansion de l'exercice libéral de la profession de sage-femme et de l'élargissement des compétences au suivi gynécologique de prévention, nous nous sommes interrogés sur la place de la sage-femme libérale dans la stratégie diagnostique de l'endométriose. C'est pourquoi nous avons souhaité décrire les connaissances des sages-femmes libérales concernant l'endométriose ainsi qu'identifier leurs pratiques lorsque celle-ci est suspectée.

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons interrogé les sages-femmes libérales réalisant du suivi gynécologique dans les régions d'Ile de France, d'Alsace Lorraine Champagne-Ardenne et de Normandie. Dans une première partie, une revue de la littérature a été effectuée sur l'épidémiologie, le diagnostic et le traitement de la maladie. Nous avons aussi souhaité aborder dans cette partie le rôle de la sage-femme libérale dans le suivi gynécologique de prévention. Ensuite, sont présentés la méthodologie de notre étude et ses résultats. Puis, la dernière partie de notre travail concerne l'analyse et la discussion de nos résultats ainsi que les perspectives envisagées.

I. GENERALITES SUR L'ENDOMÉTRIOSE ET ENJEUX

1. Rappels et généralités

1.1 Définitions

L'endométriose est définie histologiquement par la présence de tissu endométrial composé de glandes et de stroma en dehors de la cavité utérine (1). C'est une pathologie chronique, inflammatoire et œstrogéno-dépendante. En effet, les ilots d'endomètre ectopique évoluent sous l'influence des hormones ovariennes rythmées par les cycles menstruels (2). Ainsi, à la fin de chaque cycle, des micro-hémorragies se forment dans l'endomètre ectopique et aboutissent à la formation de lésions inflammatoires, d'adhérences et de kystes ovariens.

L'endométriose diffère de l'adénomyose qui correspond à la présence de glandes endométriales au sein du myomètre (3).

1.2 Épidémiologie et prévalence

La prévalence et l'incidence de l'endométriose sont difficiles à évaluer précisément car le diagnostic définitif de la maladie est chirurgical. Les données épidémiologiques disponibles sur l'endométriose suggèrent une prévalence de 6 à 10% dans la population féminine en âge de procréer (4). Cette prévalence serait supérieure à 33% chez les patientes souffrant d'algies pelviennes. Chez les femmes infertiles, la prévalence peut atteindre 50%. En effet, l'endométriose représente la première cause de stérilité dans les pays développés (5).

Cependant, la maladie peut être asymptomatique et être découverte fortuitement lors d'une échographie ou d'une coéloscopie diagnostique pour une autre raison.

1.3 Facteurs de risques

L'endométriose est une maladie complexe et multifactorielle résultant de l'interaction combinée de facteurs liés aux menstruations, facteurs génétiques et environnementaux.

❖ Les caractéristiques du cycle menstruel

Le cycle menstruel des patientes atteintes d'endométriose semble présenter des caractéristiques particulières pouvant conduire à un climat d'hyperœstrogénie tel que la ménarche précoce avant 12 ans, les cycles courts (< 27 jours) ou un allongement de la durée des règles (6).

D'autre part, les données épidémiologiques suggèrent que la parité est inversement proportionnelle au risque d'endométriose et ce, d'autant plus que le nombre de grossesses est important (7).

❖ Les facteurs génétiques

Le risque de développer une endométriose est plus important chez les femmes ayant un antécédent familial au premier degré (mère ou sœur atteinte d'endométriose). Une étude rapporte un risque de développer une endométriose six fois plus élevé chez les sœurs des patientes atteintes d'endométriose. Des atteintes simultanées ont été rapportées chez des jumelles monozygotes (2).

❖ L'IMC

Il semble que l'indice de masse corporelle (IMC) soit inversement proportionnel au risque d'endométriose. Les patientes au morphotype grand et maigre ont un risque augmenté (8). Les femmes ayant un surpoids (IMC > 30) ont un risque plus faible d'endométriose (4). Ceci pourrait s'expliquer par la création d'un climat d'hyperœstrogénie interférant avec la régulation hypothalamo-hypophysaire de l'ovaire pouvant entraîner des cycles irréguliers chez les patientes obèses (9).

❖ L'environnement

L'exposition à des produits comme les bisphénols A, les phtalates, les pesticides organochlorés et les dioxines, qui sont des perturbateurs endocriniens, pourrait jouer un rôle sur le risque d'apparition de la maladie (10).

1.4 Physiopathologies

La physiopathologie exacte de l'endométriose reste actuellement obscure. Plusieurs théories existent pour tenter d'expliquer la survenue de ces lésions.

La théorie de la greffe par reflux ou théorie de Sampson, formulée en 1927, est actuellement la plus couramment admise.

Elle est basée sur la dissémination de tissu endométrial dans la cavité péritonéale par le reflux menstruel tubaire avec l'implantation de ce tissu sur la surface du péritoine et des organes pelviens. Tous les facteurs favorisant le reflux menstruel augmentent le risque d'endométriose (ménarche précoce, cycles courts, hyperménorrhée, ménorragie,...). L'inflammation et la biosynthèse anormale des hormones stéroïdiennes sont deux mécanismes principaux favorisant l'implantation et la croissance des lésions.

Cependant, 90% des femmes présentent un reflux tubaire mais toutes ne développent pas une endométriose. Ainsi, seules 54% des patientes avec un reflux tubaire menstruel développeraient une endométriose (11).

D'autres théories sont à évaluer comme la théorie de la métaplasie cœlomique qui consiste à supposer que l'épithélium cœlomique de la cavité péritonéale conserve des cellules multipotentes qui pourraient se développer en tissu endométriosique sous l'influence de stimuli infectieux, hormonaux ou autres, comme le reflux menstruel (12).

Cette théorie expliquerait les localisations atypiques chez les femmes atteintes du syndrome de Turner ou de Rokitanski qui ne possèdent pas d'endomètre fonctionnel (13).

Enfin, la théorie des embolies lymphatiques et/ou vasculaires se baserait sur le transport, via les canaux lymphatiques et les vaisseaux, de cellules et de tissu endométrial. Cette voie de dissémination permettrait d'expliquer les rares localisations d'endométriose à distance du pelvis au niveau pulmonaire et cérébral (12).

1.5 Les formes anatomocliniques de l'endométriose

Les lésions d'endométriose prédominent dans la cavité pelvienne mais d'autres localisations extra pelviennes peuvent exister comme des localisations au niveau de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus. L'endométriose peut aussi se développer sur des cicatrices principalement après laparotomie, myomectomie ou épisiotomie (14).

Classiquement, on distingue trois formes anatomocliniques d'endométriose pelvienne :

- L'endométriose péritonéale superficielle correspondant à la présence d'implants d'endomètre localisés à la surface du péritoine (15).
- L'endométriose ovarienne correspond à la localisation la plus fréquente. Elle se présente sous forme de kystes appelés « endométriomes ». Ils sont le plus souvent

adhérents au péritoine de la fossette ovarienne et éventuellement aux autres organes adjacents (rectum, grêle, utérus, trompe, appendice) (16). Macroscopiquement ils contiennent classiquement un liquide épais et brun foncé « couleur chocolat » (17).

- L'endométriose sous péritonéale profonde correspond aux lésions pénétrant dans l'espace rétropéritonéal à une profondeur d'au moins cinq millimètres.

Les lésions sont fréquemment associées entre-elles et multifocales (18). Elles touchent principalement les structures suivantes : ligaments utérosacrés, cul-de-sac vaginal postérieur, vessie, uretères et tube digestif (rectum, jonction rectosigmoïdienne, appendice) (19).

Il existe une répartition asymétrique des lésions. En effet, les lésions semblent se distribuer selon le principe de la gravité. Elles sont plus fréquentes au niveau des ligaments utérosacrés, de la face antérieure du rectum et du cul de sac de Douglas qui, anatomiquement, est la partie la plus déclive de la cavité abdominopelvienne. Plus de 90% des lésions profondes se trouvent ainsi dans le compartiment postérieur du pelvis, contre seulement 10 % dans le compartiment antérieur du pelvis (20).

De plus, les lésions dans le pelvis prédominent à gauche du fait des différences anatomiques facilitant l'implantation d'un seul côté. On observe ainsi plus fréquemment des lésions au niveau de l'ovaire gauche, du sigmoïde, de l'uretère gauche ou encore du ligament utérosacré gauche (21).

1.6 Classification

Le score de l'American Society for Reproductive Medicine (ASRM), anciennement score de l'American Fertility Society, est le plus couramment utilisé. Il s'appuie sur la coelioscopie et permet de distinguer quatre stades de sévérité de la maladie, en associant un système de points à la localisation, la profondeur et l'importance macroscopique des lésions (Annexe I). Cependant il ne prend pas en compte le caractère inflammatoire des lésions. D'autre part, ce score est basé sur une observation subjective avec des variations inter-opérateurs (22).

Une classification Française FOATI a été proposée (Annexe II). Proche de la classification ASRM, elle a l'avantage de prendre en compte l'inflammation péritonéale (22).

2. La symptomatologie

L'endométriose est une affection très polymorphe avec une symptomatologie très variée. Le caractère cyclique des symptômes est évocateur d'endométriose mais aucun symptôme n'est pathognomonique (1).

L'endométriose peut être aussi totalement asymptomatique (15).

2.1 Les dysménorrhées

Les dysménorrhées sont définies comme des douleurs abdomino-pelviennes cycliques, rythmées par les cycles menstruels. Elles ne sont pas spécifiques et sont très présentes dans la population générale. Cependant, elles représentent le premier motif de consultation des femmes souffrant d'endométriose. Il s'agit du symptôme le plus évocateur d'endométriose. On les retrouve dans 60% des cas d'endométriose (23).

Classiquement elles sont d'allure cycliques, secondaires, tardives au deuxième ou troisième jour du cycle, caractérisées par des spasmes intermittents. Cependant, une dysménorrhée primaire ne permet pas d'exclure une endométriose. En effet, on retrouve la maladie en coelioscopie chez au moins 12 % des adolescentes présentant des dysménorrhées sévères (24).

Ces dysménorrhées s'aggravent dans le temps et peuvent être à l'origine d'absentéisme au travail ou à l'école (25)(26).

L'association entre les dysménorrhées et l'endométriose ne semble spécifique d'aucun type particulier d'endométriose ni d'aucune localisation particulière. Cependant, il est admis une relation entre la présence de dysménorrhées intenses et l'endométriose (27). La nature causale de l'association entre l'endométriose et les dysménorrhées est suggérée par la mise en évidence d'une relation croissante linéaire entre l'intensité de celles-ci et la probabilité de diagnostiquer d'une endométriose (24).

2.2 Les dyspareunies profondes

Les dyspareunies profondes sont caractérisées par des douleurs ressenties au niveau du bas ventre, dues au contact entre la verge du partenaire et le fond vaginal. Elles sont le plus souvent liées aux atteintes des ligaments utérosacrés, du fornix vaginal ou du cul-de-sac de Douglas (25).

Une étude observationnelle multicentrique portant sur 931 patientes retrouve une prévalence des dyspareunies profondes de 56 % chez des patientes ayant eu un diagnostic d'endométriose (28).

2.3 Les douleurs pelviennes chroniques

Les douleurs pelviennes chroniques sont un motif fréquent de consultation. En effet, elles représentent environ 10% des consultations en gynécologie (23). Une endométriose est retrouvée dans un tiers des cas et, chez les femmes atteintes d'endométriose, 75 à 85% présentent des algies pelviennes dont 30 à 60 % de manière chronique (29). Les douleurs sont pelviennes mais aussi abdominales, cycliques ou non. Localisées, diffuses ou à type de crampes, elles peuvent être confondues avec un syndrome du côlon irritable. Une irradiation lombaire peut indiquer une atteinte des ligaments utérosacrés ou lombo ovariens. Trois mécanismes sont impliqués dans l'apparition des douleurs : l'inflammation, l'infiltration nerveuse et les adhérences (25).

2.4 Les signes digestifs et urinaires

Les signes digestifs sont presque aussi fréquents que les symptômes purement gynécologiques chez les femmes endométriosiques et ne reflètent pas forcément une atteinte digestive. Une des explications proposée est le fait que les lésions d'endométriose sont souvent situées dans le compartiment postérieur à proximité du recto-sigmoïde de telle façon que la sécrétion locale de prostaglandines associée à l'inflammation des lésions explique les troubles fonctionnels (27). Les adhérences entre le rectum et la cloison recto-vaginal peuvent aussi expliquer les troubles digestifs.

On retrouve la présence de douleurs lors de la défécation, dyschésies, ténesmes, diarrhées, constipation, ballonnements, nausées et vomissements (30). Parmi eux, le signe digestif le plus évocateur d'endométriose profonde est la douleur à la défécation avec recrudescence menstruelle (24).

Les symptômes urinaires peuvent être présents chez les femmes endométriosiques même en l'absence d'atteinte vésicale. Ces symptômes sont semblables à ceux rencontrés dans la cystite interstitielle. En effet, on retrouve la présence de pollakiurie cyclique cataméniale, d'urgenterie et de dysurie (27).

2.5 L'infertilité

L'incidence de l'endométriose est de plus de 40% chez les femmes présentant une stérilité et près de 60% des patientes endométriosiques sont infertiles (31). Il est donc admis que l'endométriose et l'infertilité sont fréquemment associées.

La physiopathologie de la stérilité par endométriose reste incertaine. Différents mécanismes peuvent éventuellement expliquer cette corrélation dont des facteurs mécaniques comme les adhérences péri-tubo-ovariennes, des altérations anatomiques tubaires et ovariennes ou l'inflammation du pelvis avec la production de substances actives comme les prostaglandines. Des troubles de la folliculogénèse et de la maturation ovocytaire en fin de phase folliculaire ou un effet anti-spermatozoïdes peuvent aussi être en cause (32)(33).

2.6 Les retentissements psychologiques et sociaux

L'endométriose étant une maladie globale, elle affecte les patientes dans leur vie sociale et professionnelle. En effet, l'anxiété, la vulnérabilité au stress, la dépression et les troubles de l'humeur sont fréquemment rencontrés (34). Ces douleurs chroniques parfois insupportables sont à l'origine d'une altération de la qualité de vie. La maladie peut avoir des répercussions au niveau socioprofessionnel entraînant un manque de productivité avec des absences durant la scolarité ou le travail (35). Les douleurs et/ou l'infertilité peuvent avoir des répercussions au niveau du couple et de la vie sexuelle (36).

Notons que ces symptômes variés peuvent être évocateurs d'autres pathologies éloignées de l'endométriose. Dans tous les cas, il s'agit du caractère cyclique ou à renforcement cataménial qui doit attirer l'attention.

Par ailleurs, l'intensité de la douleur ne semble pas proportionnelle à la taille des lésions mais à l'importance de la réaction inflammatoire, à leur localisation et à l'altération de l'innervation. Ainsi des lésions jeunes peu volumineuses et visibles sont pourtant à l'origine de réactions inflammatoires importantes et d'une majoration de la douleur.

Chez certaines femmes, les lésions d'endométriose retrouvées ne sont pas toujours la seule étiologie des douleurs. Certaines femmes peuvent présenter une hypersensibilisation à la douleur caractérisée par une expression de la douleur ou des dysfonctions (pollakiurie, dyschésie, dyspareunie, etc...) apparaissant souvent disproportionnée en intensité et durée par rapport aux lésions effectivement retrouvées (25)(37).

3. Le diagnostic

Le diagnostic de l'endométriose se base sur une triade : l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires.

3.1 L'interrogatoire

Devant une plainte pour symptômes douloureux pelviens chroniques, l'interrogatoire de la patiente avec la description des symptômes et la recherche d'autres symptômes associés est primordial. Il permet de caractériser la douleur : date d'apparition, son retentissement et son intensité. Il évalue cette dernière à l'aide d'échelles de mesure de la sévérité telles l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle numérique simple (ENS).

L'interrogatoire est minutieux à la recherche des symptômes principaux d'endométriose : les dysménorrhées, les douleurs pelviennes chroniques, les dyspareunies, l'infertilité et les signes secondaires telles que la douleur à la défécation, les troubles du transit et les symptômes urinaires.

Cependant ces symptômes sont extrêmement fréquents dans la population générale. C'est pourquoi certains aspects recherchés à l'interrogatoire permettent d'orienter le diagnostic :

- Les symptômes cycliques ou exacerbés par la période cataméniale sont très évocateurs d'endométriose (30).
- L'association de dysménorrhées avec au moins un autre symptôme d'endométriose : dans une étude rétrospective menée par Fauconnier et al., 60% à 90% des femmes ayant eu un diagnostic d'endométriose présentaient plus d'un symptôme (38).
- L'existence de dysménorrhées intenses caractérisées par un score supérieur à 7 à l'EVA associées à une résistance aux traitements antalgiques de niveau 1 et pouvant entraîner un absentéisme scolaire sont des éléments évocateurs (6).

Pour les patientes endométriosiques symptomatiques un interrogatoire minutieux peut permettre une orientation diagnostique. En effet, certaines douleurs peuvent être spécifiques de l'atteinte d'une localisation anatomique précise ou d'un organe précis par les implants profonds d'endométriose. On peut ainsi les qualifier de douleurs localisatrices. Pour la majorité, il s'agit de douleurs provoquées par la mobilisation des organes affectés par les lésions d'endométriose profonde (38).

Notons que les antécédents gynécologiques sont saisis de façon détaillée afin d'explorer et d'écarter d'autres causes de douleur. Une prise d'antécédents bien ciblée compte également des questions sur les caractéristiques des cycles (régularité, durée, abondance). L'interrogatoire évalue le contexte psycho-social, le retentissement de la douleur sur la vie professionnelle et les loisirs. Il recherche le retentissement de la douleur sur la vie de couple, la qualité des rapports sexuels et l'existence d'un désir de grossesse.

3.2 L'examen clinique

L'interrogatoire est poursuivi si possible par un examen clinique gynécologique dont la sensibilité est meilleure lorsqu'il est réalisé en période menstruelle (1).

L'examen clinique débute par une inspection au spéculum attentive du col et du cul-de-sac vaginal postérieur à la recherche de lésions bleutées caractéristiques. Ce type de lésions étant retrouvé dans 5 à 17% des cas suivant les séries (27).

Il se poursuit par une palpation orientée par les données recueillies de l'interrogatoire qui comprend un toucher vaginal à la recherche de lésions nodulaires ou d'une induration rétro-cervicale intéressant les ligaments utérosacrés, la face postérieure de l'isthme utérin ou la cloison recto-vaginale, la palpation de ces lésions étant douloureuse (39). Le toucher vaginal recherche aussi la présence d'un utérus rétroversé, d'annexes fixées au toucher ou la présence d'une masse annexielle. Il recherche des signes évocateurs d'adénomyose associée tels que la douleur à la mobilisation utérine et/ou la douleur à la pression utérine (40).

Il peut être nécessaire de réaliser un toucher rectal et une palpation bi-digitale afin d'étudier la cloison recto-vaginale (nodule ou infiltration), les ligaments utérosacrés et les paramètres (41).

Cependant l'examen clinique gynécologique peut être normal et ne permet pas d'éliminer le diagnostic de la maladie.

3.3 Les examens complémentaires

L'échographie pelvienne par voie endovaginale est l'examen complémentaire de première intention devant une suspicion d'endométriose (42). De préférence elle est à réaliser en première phase du cycle.

Elle est jugée fiable et le plus souvent suffisante pour affirmer ou exclure le diagnostic de kyste endométriosique selon la Haute Autorité de Santé (HAS). Le diagnostic positif d'endométriose peut être réalisé par un échographiste non expert.

L'échographie endovaginale peut permettre de diagnostiquer ou d'éliminer une atteinte profonde à condition que cet examen soit réalisé par un opérateur expérimenté (43).

L'Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM) abdomino-pelvienne est préconisée en seconde intention. Elle permet de réaliser une cartographie des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde (1). En effet, les performances de l'IRM pelvienne pour le diagnostic d'endométriose ou d'endométriose profonde sont bonnes, même si des différences existent entre les différentes localisations (valeur diagnostique inférieure pour les localisations vaginales et de la cloison recto-vaginale) (24).

D'autres examens complémentaires peuvent être prescrits selon la localisation de la maladie comme l'écho-endoscopie, l'uroscanner ou le coloscanner.

Cependant, le diagnostic définitif de l'endométriose reste histologique (29). Il repose sur la coelioscopie avec la réalisation de biopsies. Les biopsies doivent retrouver la présence de glandes et de stroma endométrial. La coelioscopie est considérée comme l'examen clé permettant de visualiser différentes lésions d'endométriose après un bilan adéquat (1).

4. Les traitements

Les formes asymptomatiques de l'endométriose ne relèvent pas d'une thérapeutique médicamenteuse (15). Chez les patientes non traitées l'évolution peut être spontanément favorable.

A ce jour il n'existe pas de traitement médical curatif ou préventif concernant l'endométriose. Cependant il existe trois types de prise en charge pour en traiter les symptômes : le traitement médical, le traitement chirurgical et les médecines alternatives. On sait de plus que l'association d'une psychothérapie améliore les résultats du traitement sur les douleurs chroniques (1).

4.1 Le traitement médical

Chez les femmes présentant une dysménorrhée sévère ou des douleurs pelviennes chroniques nuisant à leur qualité de vie, la prise en charge de la douleur s'avère nécessaire, que la douleur en question soit attribuable ou non à l'endométriose (39). Le traitement médical a donc pour objectif de soulager les patientes des douleurs invalidantes et d'améliorer leur qualité de vie.

Les Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) peuvent être utilisés pour traiter les dysménorrhées. Les AINS ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) « dysménorrhée » sont très souvent utilisés en automédication en cas de règles douloureuses, cependant en cas de maladie endométriosique associée, ils se révèlent rapidement insuffisants (44).

Lorsqu'il n'y a pas de désir de grossesse, un traitement hormonal peut être proposé visant à obtenir une aménorrhée par blocage de l'activité ovarienne, afin de suspendre les manifestations douloureuses de la maladie.

Une contraception oestroprogestative peut être proposée. Dans une étude prospective randomisée versus agonistes de la GnRH, on retrouve chez les patientes endométriosiques traitées par une contraception oestroprogestative une amélioration significative des dysménorrhées, dyspareunies et douleurs pelviennes au bout de 6 mois (45). Chez des patientes ne notant pas d'amélioration suite à la prise d'un contraceptif oestroprogestatif avec une période d'arrêt la prise en continu peut être bénéfique (39). Il est à noter qu'aucune contraception oestroprogestative n'a l'AMM dans le traitement de l'endométriose.

Les progestatifs à dose antigonadotrope sont les plus souvent utilisés en première intention. Il existe de très nombreux progestatifs commercialisés, mais seuls certains d'entre eux possèdent l'AMM en France dans l'indication « endométriose » dont l'acétate de chlormadinone (Lutéran ®), la médrogestone (Colprone ®) (40). Leurs effets secondaires sont liés à l'hypoestrogénie : rétention hydro sodée, spotting, diminution de la libido, etc. A noter que les macroprogestatifs ne possèdent pas l'AMM en tant que contraceptifs.

Concernant les micro-progestatifs, peu d'études sont disponibles sur leur intérêt dans le traitement de l'endométriose. Un essai prospectif non randomisé a comparé la contraception par désogestrel en continu et l'anneau Nuvaring ® 3 semaine sur 4 chez 143 patientes avec une endométriose profonde et une atteinte rectale. Cette étude a montré une réduction significative des scores de douleur initiaux sous traitement avec un effet significativement plus important dans le groupe sous désogestrel.

L'aménorrhée présente sous contraception par désogestrel permettait une disparition de la dysménorrhée. La satisfaction des patientes étaient plus importantes lorsqu'elles étaient sous désogestrel qu'avec l'anneau Nuvaring ®. Cependant, le taux d'arrêt des traitements était de 16% sous contraception désogestrel et 21% sous anneau en partie en lien avec les effets secondaires à type de spotting et de prise de poids (46).

Le dispositif intra-utérin au levonorgestrel peut être utilisé. L'utilisation d'un dispositif intra-utérin avec libération quotidienne de 20 microgrammes de levonorgestrel (Mirena ®) permet une amélioration des dysménorrhées et des douleurs chroniques après six mois de traitement et une diminution du taux de récurrences des dysménorrhées après un traitement chirurgical conservateur (34).

Chez les femmes qui ne réagissent pas aux oestroprogestatifs ou aux progestatifs le traitement par agonistes de la GnRH par un gynécologue peut être envisagé. Ils s'avèrent efficaces pour ce qui est de l'inactivation des lésions pelviennes et de l'élimination de la douleur mais, mettant la patiente dans un état de ménopause artificielle transitoire, ils peuvent provoquer des effets secondaires importants (ostéoporose, bouffées de chaleur, vertiges, nervosité) (39). Une hormonothérapie substitutive (« add back thérapie ») doit être associée au traitement lorsque l'utilisation dépasse 6 mois (40).

4.2 Le traitement chirurgical

Concernant le traitement chirurgical de l'endométriose, il faudra prendre en considération le type d'endométriose, la sévérité des lésions, l'âge de la patiente et le désir de grossesse éventuel. La coelioscopie est le gold standard pour le traitement de l'endométriose. La chirurgie étant recommandée lorsque le traitement médical n'est plus efficace pour calmer les douleurs de la patiente, lorsque les lésions sont trop envahissantes ou en cas d'infertilité (44).

4.3 Les traitements alternatifs

Depuis ces dernières années, d'autres traitements alternatifs sont en train d'être étudiés pour l'endométriose.

Dans une étude menée par Daraï et al. l'utilisation de l'ostéopathie comme traitement a permis une amélioration du bien-être physique chez 80% des patientes atteintes d'endométriose profonde (47).

L'acupuncture est un complément intéressant dans le cadre d'une prise en charge plus globale de la maladie en particulier lorsque la médecine traditionnelle n'est pas en mesure d'apporter un soulagement satisfaisant aux patients.

5. Enjeux d'une meilleure prise en charge et rôle de la sage-femme

Comme vu précédemment, l'endométriose est une maladie multifactorielle et qui présente un tableau variable. Malgré sa fréquence dans la population féminine, il s'agit d'une maladie souffrant d'un retard de diagnostic important. En effet, les études récentes en Europe rapportent un délai important de 10,4 ans en Allemagne et en Australie, 8 ans en Grande Bretagne et en Espagne (16). L'endométriose est donc généralement évoquée longtemps après l'apparition des premiers symptômes ce qui en fait une des pathologies courantes présentant le plus grand retard de diagnostic (48). Ce délai diagnostic peut être séparé en deux périodes distinctes : le « délai patiente » représentant la période entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation d'un praticien et le délai « médical » correspondant au temps entre la première consultation et le diagnostic.

En effet, du côté de la population féminine, parler de ses règles c'est parler d'un sujet intime qui reste encore tabou dans notre société. Avoir mal pendant les règles est souvent considéré comme normal pour beaucoup de femmes.

De plus, il existe une méconnaissance de la maladie chez les femmes. Fouquet et al. soulignent dans leur étude que 65% des femmes endométriosiques n'avaient jamais entendu parlé de la maladie avant la chirurgie (49).

Pour pallier à la méconnaissance de la maladie dans la population féminine, la première campagne nationale autour de l'endométriose voit le jour en mars 2016. Cette campagne comprend des affiches avec comme slogan « les règles c'est naturel, pas la douleur » (annexe III). Une convention entre le ministère de l'Éducation et l'association de malades

Info Endométriose a été signée afin de sensibiliser les élèves et le personnel de l'Éducation Nationale à l'endométriose.

Du côté des professionnels de santé, même si l'intérêt scientifique porté à cette pathologie a augmenté ces dernières années, l'enseignement et l'information donnés aux praticiens confrontés à cette pathologie restent insuffisants. En 2011, les deux tiers des médecins généralistes indiquaient ainsi ne pas être à l'aise avec le diagnostic d'endométriose et sa prise en charge (50). Dans une étude menée aux États-Unis, 3 femmes sur 4 souffrant d'endométriose ont consulté au moins 5 médecins différents avant que le diagnostic ne soit posé (51). Réduire le délai de diagnostic de l'endométriose est un objectif majeur qui permettrait d'améliorer la qualité de vie des femmes et diminuer leurs douleurs en leur proposant une prise en charge globale et adaptée.

C'est pourquoi, à la demande de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la HAS a émis en Décembre 2017 de nouvelles recommandations pour la pratique clinique relative à la prise en charge de l'endométriose. Ces recommandations émises après le début de notre enquête seront abordées dans la discussion.

L'article de la loi HPST du 21 juillet 2009 qui modifie, dans le code de la santé publique, l'article L-4151-1, stipule désormais : « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». Les sages-femmes peuvent désormais, pour les femmes en bonne santé de la puberté à la ménopause, réaliser un suivi gynécologique de prévention et, entre autres, prescrire voire réaliser les examens complémentaires nécessaires au suivi gynécologique ou à la prescription d'un moyen de contraception (52).

Au regard de l'exercice libéral de la profession de sage-femme en expansion, il était intéressant de prendre acte des connaissances de cette maladie chez les sages-femmes libérales. Cette croissance continue des effectifs des sages-femmes libérales en ville serait due à leur activité de gynécologie (53). En effet, compte tenu de la démographie en baisse des gynécologues médicaux en ville, la pratique du suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes libérales semblent être une activité en expansion.

Elles sont donc susceptibles de rencontrer des femmes présentant des symptômes d'endométriose en consultation de gynécologie. Il est donc important qu'elles sachent les reconnaître, réaliser les examens de première intention et orienter les patientes en cas de suspicion d'endométriose afin de leur permettre une prise en charge optimale.

C'est pourquoi nous nous sommes interrogés sur la place de la sage-femme libérale dans la stratégie diagnostique de l'endométriose.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Objectifs et hypothèses

La sage-femme est un acteur médical incontournable du système de santé. En effet elle joue un rôle essentiel dans la vie des femmes en suivant leur grossesse, en les accompagnant pendant leur accouchement mais aussi en étant présente dans les suites de couches.

Depuis 2009 les sages-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie. Elles peuvent pratiquer en toute autonomie l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de situations pathologiques. Au vu de la croissance importante de l'exercice libéral du métier de sage-femme et de l'élargissement des compétences au suivi gynécologique de prévention, la sage-femme libérale pourrait être un acteur crucial dans la stratégie diagnostique de l'endométriose, pathologie courante présentant le plus grand retard de diagnostic.

Quelle est la place de la sage-femme libérale dans la stratégie diagnostique de l'endométriose ?

Pour répondre à cette question, plusieurs hypothèses ont été posées :

L'hypothèse principale est la suivante : La sage-femme libérale possède les connaissances suffisantes pour suspecter une endométriose.

L'hypothèse secondaire est la suivante : La sage-femme libérale est un professionnel de premier recours dans la stratégie diagnostique de la maladie et dans l'orientation des patientes vers des spécialistes afin de leur permettre une prise en charge optimale.

L'objectif principal de l'étude était de décrire les connaissances des sages-femmes libérales concernant l'endométriose ainsi que leurs pratiques lorsque celle-ci est suspectée.

L'objectif secondaire était de rechercher l'impact des formations complémentaires en gynécologie sur la pratique des sages-femmes libérales.

2. Type d'étude

Pour répondre aux objectifs, il a été réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive transversale car le but de notre étude était d'identifier les pratiques des sages-femmes libérales. Il s'agit d'une étude multirégionale car l'étude a été réalisée dans 3 régions : Ile de France (IDF), Normandie (ND) et Alsace Lorraine Champagne-Ardennes (ALCA).

L'étude s'est déroulée du 23 Septembre au 18 Décembre 2017.

3. Population d'étude

La population d'étude était composée des sages-femmes libérales réalisant du suivi gynécologique de prévention.

Nous devions initialement interroger les sages-femmes libérales d'Ile de France cependant au vu du nombre insuffisant de réponses, 2 régions ont été tirées au sort. Il s'agit de la Normandie et de l'Alsace Lorraine Champagne-Ardennes.

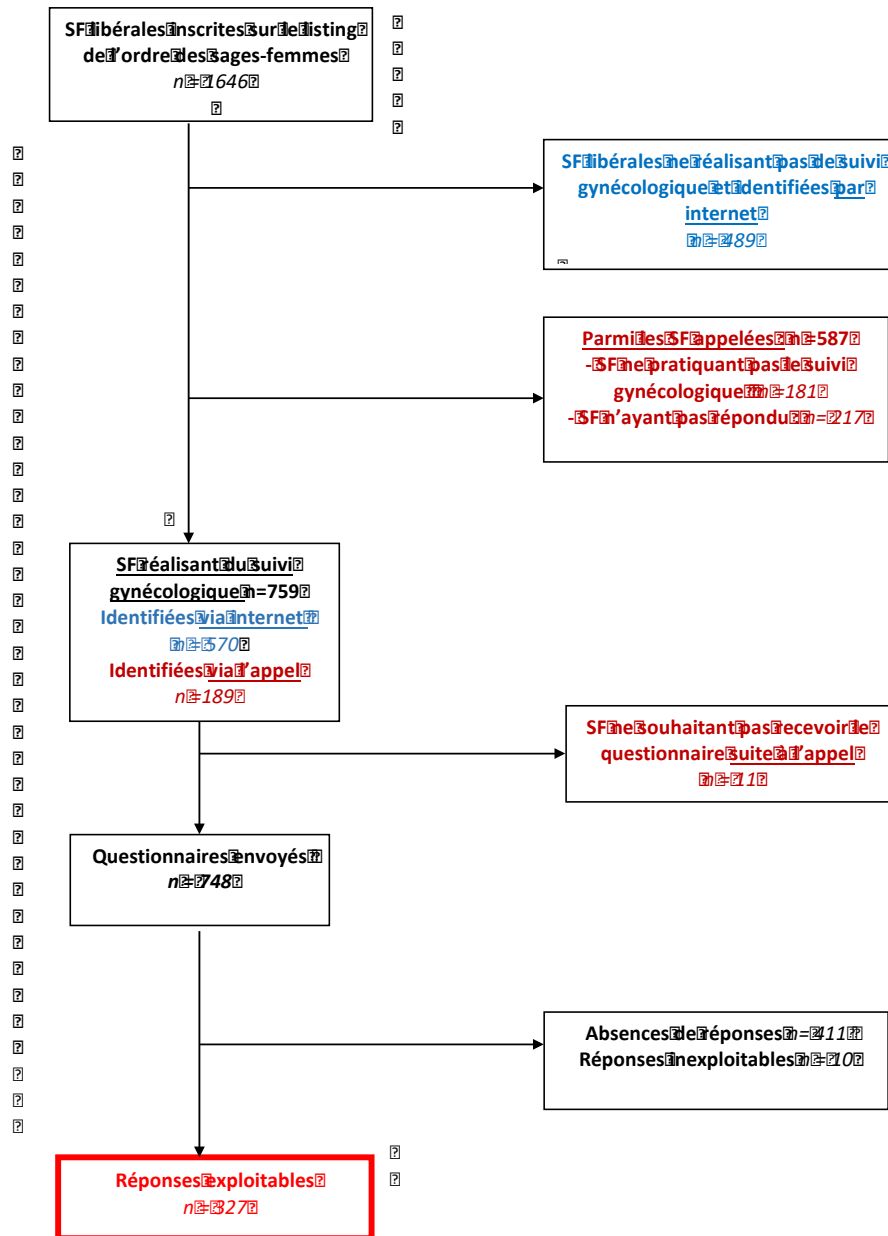
4. Méthodologie et outils d'étude

L'étude s'est déroulée via un questionnaire accessible sur une plateforme. Le lien du questionnaire fut envoyé par mail.

Pour chacune des régions un listing des sages-femmes libérales a été réalisé via les listes actualisées du conseil de l'ordre.

Les sages-femmes identifiées via internet (réseaux de santé, doctolib, site personnel des sages-femmes) réalisant du suivi gynécologique ont reçu directement le questionnaire sur leurs boîtes mail. Les sages-femmes aux activités non identifiées ont été appelées pour connaître leurs activités et celles réalisant du suivi gynécologique se sont vues proposer le questionnaire.

Voici le flow chart détaillant notre méthodologie :



Au total, nous avons envoyé 748 questionnaires. Nous avons collecté 337 questionnaires ce qui fait un taux de réponse de 45,05%. Parmi eux, 10 questionnaires étaient inexploitables d'où un taux de réponse final de 43,7%.

Dans le tableau suivant nous présentons le nombre de sages-femmes que nous avons pu identifier dans chaque région, réalisant du suivi gynécologique de prévention.

Tableau I : Effectifs des sages-femmes (SF) libérales de chaque région

	IDF n (%)	ALCA n (%)	ND n (%)
SF réalisant du suivi gynécologique	376 (39,1)	264 (54,9)	119 (57,5)
SF ne réalisant pas de suivi gynécologique	468 (48,6)	165 (34,3)	41 (19,8)
SF aux activités inconnues	118 (12,3)	52 (10,8)	47 (22,7)
<i>Total des effectifs</i>	962	481	207

5. Principaux éléments recherchés dans le questionnaire

Le questionnaire est présenté en annexe IV.

Les questions ont permis de recueillir des informations concernant :

- Le profil des sages-femmes libérales : âge, année d'obtention du diplôme, année d'installation, type d'exercice (seul, en cabinet de groupe), formations complémentaires ;
- Les pratiques des sages-femmes libérales en termes d'interrogatoire et d'examen clinique à la recherche de symptômes en faveur d'une endométriose ;
- Les pratiques des sages-femmes libérales en termes d'examens complémentaires en cas de suspicion clinique d'endométriose ;
- Les connaissances et les pratiques des sages-femmes libérales sur la prise en charge thérapeutique des symptômes d'endométriose.

6. Exploitation des données

Pour l'exploitation des résultats nous avons réalisé le masque de saisie et la saisie des données sur le logiciel Excel.

Nous avons utilisé le test du Khi-deux et le test de comparaison de variance pour comparer les moyennes. Nous avons considéré comme statistiquement significative la valeur de $p < 0,05$.

III. RESULTATS

Certaines sages-femmes n'ont pas répondu à toutes les questions. Après échange avec un statisticien pour s'assurer de l'absence de biais dû à ces différents effectifs, nous avons décidé de ne pas exclure les sages-femmes n'ayant pas répondu à toutes les questions. C'est la raison pour laquelle les effectifs varient de 327 à 309.

1. Profil de la population

i) Age

Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire avaient entre 23 et 68 ans, soit un âge moyen de 38 ans (+/- 10,0).

Tableau II : Age de la population

Age (n = 327)	n (%)
20 à 29 ans	91 (27,8)
30 à 39	106 (32,4)
40 à 49 ans	79 (24,2)
≥ 50 ans	51 (15,6)

Il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant l'âge entre les 3 régions ($p>0,05$). En effet, on a retrouvé un âge moyen de 40 ans (+/- 9,4) en Normandie (ND), 37 ans (+/-9,8) en Ile de France (IDF) et de 38 ans (+/-10,4) en Alsace Lorraine Champagne-Ardennes (ALCA).

ii) Année d'obtention du diplôme et d'installation en libéral

En moyenne les sages-femmes interrogées se sont installées 8 ans après l'obtention du diplôme.

Tableau III : Année d'obtention du diplôme et année d'installation en libéral

	Moyenne ($\pm$ ET)	Médiane (Min-Max)
Année d'obtention du diplôme (n=327)	2003 ($\pm$ 10,5)	2006 (1970-2017)
Année d'installation en libéral (n=327)	2011 ($\pm$ 6,2)	2014 (1986-2017)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre l'année d'obtention du diplôme ou l'année d'installation en libéral et la région d'exercice ($p>0,05$).

En effet, l'année moyenne d'obtention du diplôme était de 2001 en ND, 2004 en IDF et 2003 en ALCA. Les sages-femmes de ND et IDF se sont installées en moyenne en 2012 et celles d'ALCA en 2011.

iii) Région d'exercice

Parmi nos réponses 48,6% des sages-femmes libérales exerçaient en IDF, 19,6% exerçaient en ND et 31,8% exerçaient en ALCA.

Nous avons retrouvé une différence significative concernant le taux de réponse en fonction de la région d'exercice ($p=0,02$). En effet, la Normandie est la région qui a le plus répondu au questionnaire avec un taux de réponse de 54,7% versus un taux de réponse de 42,7% pour l'IDF et de 40,15 % pour l'ALCA.

iv) Mode d'exercice

La majorité des sages-femmes libérales de notre étude exerçaient en cabinet de groupe avec d'autres sages-femmes.

Tableau IV : Mode d'exercice

Mode d'exercice (n=327)	n (%)
Seul	87 (26,6)
En cabinet de groupe avec d'autres sages-femmes	133 (40,7)
En cabinet de groupe avec un gynécologue	6 (1,8)
En cabinet de groupe avec un médecin généraliste	18 (5,5)
En cabinet de groupe avec d'autres professionnels de santé	83 (25,4)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les différents modes d'exercice et la région d'exercice. Cependant, si on compare le mode d'exercice seul par rapport à celui en groupe en fonction de la région d'exercice, on observe une différence à la limite de la significativité ($p = 0,0466$).

En effet, il y a un taux diminué concernant le mode d'exercice seul en IDF comparativement aux autres régions (20,12% en IDF contre 31,25% en ND et 32,69% en ALCA).

v) Nombres de consultations de gynécologie par mois

Plus de la moitié des sages-femmes réalisaient 10 à 39 consultations de gynécologie par mois.

Tableau V : Nombre de consultations de gynécologie par mois

Nombres de consultations par mois (n=327)	n (%)
1 à 9	79 (24,2)
10 à 39	196 (60,0)
40 à 79	42 (12,8)
80 à 89	3 (0,9)
100 à 199	6 (1,8)
200 à 300	1 (0,3)

En regardant le nombre moyen de consultation de gynécologie en fonction de la région d'exercice, nous n'avons pas retrouvé une différence significative ($p > 0,05$). Les sages-femmes de ND réalisaient en moyenne 24 consultations de gynécologie par mois, celles d'IDF et d'ALCA réalisaient en moyenne 21 consultations de gynécologie par mois.

vi) Formation complémentaire

Selon les résultats de notre étude, la majorité des sages-femmes, soit 71,6% ne possédaient pas de formation complémentaire de gynécologie.

Une formation complémentaire (DIU/DU ou autre formation) était acquise par 85 sages-femmes soit 26% et 8 sages-femmes étaient en cours de formation lors de l'étude.

On observe sur le tableau suivant que le thème de l'endométriose a été traité pendant la formation complémentaire de 58 sages-femmes.

Tableau VI : Formations complémentaires

	Formation de gynécologie n =93	Formation endométriose
DIU / DU acquis	75	52
Autre formation acquise	10	6
<i>DIU / DU/ Autre formation en cours</i>	<i>8</i>	<i>En cours</i>

Dans notre étude, seulement 13,5% des sages-femmes d'ALCA possédaient une formation complémentaire acquise ou en cours d'acquisition. Ce taux était significativement faible par rapport aux taux des autres régions ($p = 0,00022$). En IDF et en ND le taux de formations complémentaires était de 35,2% et 35,9% respectivement.

Une différence significative entre l'existence d'une formation complémentaire et l'âge a été identifiée ($p = 0,04$). En effet, 34,6% des sages-femmes âgées de 40 ans et plus possédaient une formation complémentaire (acquise ou en cours d'acquisition), contre un taux de 24,4% chez les sages-femmes âgées de 20 à 39 ans.

2. États des lieux des pratiques

i) La recherche des symptômes

La première question de notre étude portait sur la symptomatologie de la maladie. Nous avons demandé aux sages-femmes de choisir les deux symptômes les plus évocateurs d'une endométriose selon elles, parmi les 6 proposés.

D'après leurs réponses, les symptômes les plus évocateurs d'une endométriose étaient les dysménorrhées à 92% et les dyspareunies à 61,5%.

Tableau VII : Symptômes évocateurs d'endométriose

n (%)	
Métrorragies (n=327)	45 (13,8)
Infertilité (n=327)	146 (44,6)
Dysménorrhées (n=327)	301 (92,0)
Dyspareunies (n=327)	201 (61,5)
Pollakiurie (n=327)	7 (2,1)
Douleurs lombaires (n=327)	30 (9,2)

Lorsqu'on s'intéresse au binôme de symptômes le plus évocateur de la maladie, le binôme dysménorrhées/dyspareunies a été choisi par 50,5% des sages-femmes et le binôme infertilité/dysménorrhées par 31% d'entre elles.

Pour connaître l'interrogatoire mené par les sages-femmes auprès d'une patiente présentant des dysménorrhées, nous leur avons demandé si elles recherchaient les symptômes proposés dans le tableau ci-dessous.

Tableau VIII : Symptômes recherchés en présence de dysménorrhées

n (%)	
Dyspareunies profondes (n=327)	283 (86,5)
Douleurs lombaires (n=322)	122 (37,9)
Douleurs à la défécation pendant les règles (n=326)	151 (46,3))
Difficultés à concevoir (n=323)	266 (82,4)
Douleurs pelviennes en dehors des règles (n=325)	279 (85,8)
Fatigue chronique (n=321)	103 (32,1)

Chez une femme présentant des dysménorrhées, les sages-femmes ont recherché en moyenne 4 des 6 symptômes proposés. Seulement 5 sages-femmes n'ont recherché aucun symptôme parmi ceux proposés.

Il n'existe pas de différence significative entre le nombre moyen de symptômes recherchés et la possession d'une formation complémentaire acquise ou en cours d'acquisition.

Cependant la formation complémentaire semble influencer la recherche en particulier de certains symptômes. Entre autres, les douleurs lors de la défécation pendant les règles étaient recherchées par 46,3% des sages-femmes toutes confondues mais ce symptôme était significativement plus recherché parmi celles munies d'une formation complémentaire acquise ou en cours d'acquisition ($p=0,00003$). En effet, 64,5% d'entre elles l'ont recherché alors que nous avons retrouvé un taux de 39% parmi celles sans formation.

Nous avons aussi identifié une différence significative dans la recherche des dyspareunies profondes en fonction de l'existence ou non d'une formation complémentaire ($p=0,002226$). Même si le symptôme était recherché par 86,5% des sages-femmes toutes confondues, ce taux passait à 95% parmi celles possédant une formation complémentaire acquise ou en cours d'acquisition alors que nous avons retrouvé un taux de 82% parmi celles sans formation complémentaire.

Les symptômes les moins recherchés parmi ceux proposés étaient les douleurs lombaires (37,9%) et la fatigue chronique (32,1%).

ii) L'examen clinique

Lorsqu'une endométriose était suspectée à l'interrogatoire, 87,5 % des sages-femmes réalisaient un examen gynécologique systématique.

Lors de cette examen, 89,2% d'entre elles réalisaient une inspection au spéculum. Parmi ces sages-femmes, 28,6 % réalisaient une inspection concernant uniquement le col de l'utérus et 71,4% inspectaient le col de l'utérus et le cul-de-sac vaginal postérieur.

Nous avons identifié une différence significative ($p=0,0148$) entre le fait d'avoir ou d'acquérir une formation complémentaire et de réaliser une inspection du cul-de-sac vaginal postérieur et du col de l'utérus. En effet, parmi celles possédant une formation acquise ou en cours d'acquisition, 81% réalisaient une inspection du col de l'utérus et du cul-de-sac vaginal postérieur versus 66% chez les sages-femmes sans formation complémentaire. Lors de l'examen gynécologique, 97,5% des sages-femmes pratiquaient un toucher vaginal et 50,5% parmi elles recherchaient l'existence d'un nodule et/ou d'une induration de la cloison recto vaginale et l'existence d'un utérus fixé et/ou douloureux à la mobilisation.

iii) Les examens complémentaires

Environ la moitié des sages-femmes ont choisi l'échographie pelvienne de dépistage par voie endovaginale comme examen complémentaire de première intention à prescrire devant une suspicion d'endométriose.

Tableau IX : Examens complémentaires

n = 320	n (%)
IRM	133 (41,6)
Echographie pelvienne de dépistage par voie endovaginale	163 (50,9)
Hystéroscopie	22 (6,9)
Dosage du CA125	2 (0,6)

iv) Les conduites à tenir

Nous avons voulu connaître quelle conduite à tenir était adoptée par les sages-femmes lorsqu'elles suspectaient une endométriose.

On note que plus des 2/3 des sages-femmes ont demandé un avis spécialisé d'emblée en cas de suspicion d'endométriose.

Un avis spécialisé, quel que soit les résultats des examens complémentaires et/ou de la réponse au traitement a été demandé par 14,2% des sages-femmes.

Tableau X : Conduites à tenir en cas de suspicion d'endométriose

n= 309	n (%)
Avis d'un gynécologue spécialisé d'emblée	206 (66,7)
Avis d'un gynécologue spécialisé en cas d'anomalie des examens complémentaires	41 (13,3)
Avis d'un gynécologue spécialisé en cas d'inefficacité du traitement	10 (3,2)
Avis d'un gynécologue spécialisé en cas d'inefficacité du traitement et en cas d'anomalie des examens complémentaires	8 (2,6)
Avis d'un gynécologue spécialisé quel que soit les résultats des examens complémentaires et/ou de la réponse au traitement	44 (14,2)

L'âge, le mode d'exercice ou l'existence d'une formation complémentaire ne semblaient pas affecter la conduite à tenir lorsqu'une endométriose était suspectée.

A noter que 18 sages-femmes ont répondu de manière inadéquate à cette question d'où l'effectif totale de 309 réponses.

v) La prise en charge médicale

En proposant différents traitements dans la prise en charge médicale des symptômes de la maladie, nous avons observé qu'environ 63% des sages-femmes prescrivaient un contraceptif en première intention pour traiter les symptômes d'endométriose.

Les méthodes non médicamenteuses étaient aussi envisagées par les sages-femmes de notre étude. En effet, 7% des sages-femmes préféraient utiliser l'acupuncture, l'ostéopathie ou l'hypnose en première intention pour traiter les symptômes de la maladie.

Parmi les réponses, 21 sages-femmes (soit 6,4%) indiquaient ne prescrire aucun traitement pour traiter les symptômes endométriosiques. Elles précisaient référer la patiente directement à un gynécologue car il s'agissait d'une pathologie.

Tableau XI : Prise en charge médicale

n = 327		n (%)	
Antalgiques		28 (8,6)	
AINS ayant l'AMM dans le traitement des dysménorrhées		50 (15,3)	
Un contraceptif si aucun désir de grossesse		205 (62,7)	
Homéopathie		13 (4,0)	
Acupuncture		8 (2,4)	
Autres	Hypnose	1	(0,3)
	Ne sait pas	1	(0,3)
	Aucun traitement	21	(6,4)

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre la prise en charge médicale choisie et le fait d'avoir ou d'acquérir une formation complémentaire ($p>0,05$).

vi) Le traitement hormonal

Lorsqu'une contraception était prescrite, 47,3% des sages-femmes prescrivaient un progestatif en continu et 41,0% prescrivaient une pilule oestroprogestative. Parmi celles prescrivant une pilule oestroprogestative, 8,6% la prescrivaient avec un arrêt de 7 jours et 32,4% la prescrivaient en continu. Dans notre étude, aucune sage-femme n'a choisi l'implant pour traiter les symptômes endométriosiques en première intention.

Tableau XII : Traitement hormonal de la maladie

n = 315		n (%)
Pilule oestroprogestative avec arrêt de 7 jours		27 (8,6)
Stérilet au lévonorgestrel		36 (11,4)
Pilule oestroprogestative en continu		102 (32,4)
Implant		0
Stérilet au cuivre		1 (0,3)
Progestatif en continu		149 (47,3)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le contraceptif choisi et la possession d'une formation complémentaire.

IV. DISCUSSION

1. Les forces de l'étude

Cette étude est originale et inédite. Il s'agit de la première étude à s'intéresser d'une part aux connaissances des sages-femmes sur l'endométriose et d'autre part à leur place comme acteurs de premiers recours dans la stratégie diagnostique de cette maladie.

Nous avons inclus les sages-femmes libérales de trois régions ce qui nous a permis de décrire leurs connaissances et d'établir un état des lieux de leurs pratiques.

Pour limiter les biais de sélection, nous avons recherché le statut de chaque sage-femme libérale inscrite au tableau de l'ordre départemental de chaque région afin d'identifier celles réalisant du suivi gynécologique de prévention.

Dans le but de faciliter la participation à notre étude, nous avons décidé de diffuser le questionnaire en ligne avec des questions courtes et précises nécessitant seulement quelques minutes pour y répondre.

Le taux de participation à cette enquête d'environ 45% indique l'intérêt qu'ont manifesté ces professionnels de santé pour cette étude.

2. Les limites

Cette enquête présente toutefois quelques limites. Tout d'abord, nous avons rencontré plusieurs difficultés dans la méthodologie de cette étude. Les activités de toutes les sages-femmes libérales n'étant pas référencées, nous avons constaté que l'identification de celles réalisant du suivi gynécologique était complexe. C'est pour cette raison que certaines sages-femmes ont été contactées par téléphone et d'autres par mail.

Dans notre étude, environ 55% des sages-femmes ayant reçu le questionnaire n'ont pas répondu. Nous avons donc un biais lié à des non réponders. Celui-ci peut s'expliquer par les sollicitations multiples auxquelles doivent faire face les sages-femmes au quotidien. Le profil des non réponders est donc méconnu.

Nous avons choisi de limiter l'obligation de réponse aux questions du profil. Ceci a généré des non réponses à certaines questions à l'origine d'une variation des effectifs. Enfin, certaines questions ont également été mal interprétées ou insuffisamment comprises par les sages-femmes libérales, rendant certaines réponses inadéquates.

3. Représentativité de la population testée

Les caractéristiques des sages-femmes de notre étude sont similaires à la population nationale. En effet, la moyenne d'âge des sages-femmes ayant répondu était de 38 ans, comparativement à la moyenne d'âge des sages-femmes exerçant en France qui est de 40 ans.

Dans notre étude, l'installation de sages-femmes en libéral a lieu en moyenne 8 ans après l'obtention du diplôme. Cependant, 24,2% d'entre elles se sont installées dans l'année qui suit l'obtention du diplôme. Il y a bien un attrait pour ce statut dès la sortie d'école ou après une expérience courte du salariat. Ceci est compatible avec les données nationales.

En effet, les sages-femmes se dirigent davantage vers l'exercice libéral et de façon plus précoce, comme en témoigne l'observation du taux de sages-femmes libérales chez les primo-inscrites passé de 9 % à 20 % entre 1998 et 2014.

Au niveau national les sages-femmes libérales exercent majoritairement leurs activités en cabinet individuel. Cependant, on remarque une croissance importante des installations en cabinet de groupe de 1998 à 2014 (de 8% à 28%) (53).

Dans notre étude, la majorité des sages-femmes libérales exerçaient en cabinet de groupe avec d'autres sages-femmes. Nous avons observé un taux diminué à la limite de la significativité concernant l'exercice seul en Ile de France par rapport aux autres régions. Il pourrait s'expliquer par la croissance rapide du nombre de sages-femmes libérales en Ile de France avec doublement des effectifs installés en libéral sur les dernières cinq années.

Les sages-femmes libérales de notre étude réalisent en moyenne entre 21 et 24 consultations de gynécologie par mois. Cette pratique semble être en forte croissance depuis la loi HPST de 2009. En effet, dans le mémoire de S. Dos Santos publié en 2012, parmi les sages-femmes libérales de Paris interrogées, 77,2% pratiquaient une activité liée à la contraception et 48,9% une activité liée à la prévention des pathologies gynécologiques (54).

D'après le tableau I et malgré les activités non identifiées de certaines sages-femmes, la pratique du suivi gynécologique dans notre étude semble développée et plus particulièrement chez les sages-femmes de ND et d'ALCA.

4. Formation des sages-femmes en gynécologie

Dans notre étude, 87,5% des sages-femmes ont indiqué avoir reçu un cours théorique sur le thème de l'endométriose durant leurs études de sages-femmes.

Ce taux élevé montre que dès la formation initiale, les sages-femmes acquièrent des connaissances pour reconnaître cette pathologie.

L'étude du profil des sages-femmes nous a indiqué que 28,4% d'entre elles ont réalisé une formation complémentaire ou sont en cours de formation.

Nous avons observé qu'il y avait une différence significative entre l'âge et l'existence d'une formation complémentaire. Celle-ci peut s'expliquer par la réforme du programme des études de sage-femme de 2001. En effet, depuis 2001 le programme des études de sage-femme a renforcé la formation en contraception et en gynécologie avec 280 heures de gynécologie dont 120 heures de stage clinique et 160 heures d'enseignement (55).

Les plus jeunes ont donc bénéficié de programmes de formation initiale pleinement adaptés à la modification du code de la santé élargissant la pratique du métier de sage-femme au suivi gynécologique de prévention. Ceci n'est pas le cas des sages-femmes libérales exerçant depuis plus longtemps et à qui une formation complémentaire est davantage nécessaire.

Parmi les sages-femmes possédant une formation complémentaire acquise, 64,7% ont indiqué que le thème de l'endométriose a été traité durant cette formation. L'endométriose est donc une pathologie enseignée lors de la formation continue en gynécologie.

Nous pensons que, par rapport à la prévalence de cette pathologie et à son retard diagnostique, l'endométriose devrait faire partie de tous les programmes de formations complémentaires en gynécologie.

5. Connaissances et pratiques des sages-femmes

Afin d'identifier la place de la sage-femme libérale dans la stratégie diagnostique de l'endométriose, nous nous sommes intéressés à leurs connaissances et leurs pratiques.

Nous avons observé grâce à nos résultats que les sages-femmes libérales connaissent les symptômes évocateurs de l'endométriose. Selon la littérature, les dysménorrhées et les dyspareunies font partie des symptômes principaux évocateurs de l'endométriose (30). Ces deux symptômes sont aussi les plus évocateurs de la maladie pour les sages-femmes libérales de notre étude.

Cependant, la dysménorrhée est aussi un symptôme très fréquent qui peut être associé ou non à une endométriose. Selon la littérature, la recherche d'autres symptômes évocateurs de la maladie est nécessaire devant une dysménorrhée (24).

Nous avons observé avec nos résultats que devant une patiente présentant des dysménorrhées, les sages-femmes de notre étude recherchaient en moyenne 4 symptômes évocateurs d'endométriose parmi les 6 que nous avons proposés. Ceci confirme notre hypothèse principale ; les sages-femmes libérales possèdent les connaissances suffisantes pour suspecter une endométriose. Grâce à leurs connaissances, elles sont en mesure de réaliser un interrogatoire à la recherche d'autres symptômes évocateurs.

Parmi les symptômes les plus recherchés, nous avons remarqué que les dyspareunies profondes et les douleurs lors de la défécation sont des symptômes significativement plus recherchés par les sages-femmes libérales possédant une formation complémentaire acquise ou en cours d'acquisition. La formation continue semble utile et permet d'approfondir la recherche des symptômes évocateurs de la maladie.

En ce qui concerne l'examen clinique, il est recommandé même s'il est difficile de connaître sa sensibilité et spécificité dans le dépistage de l'endométriose. Les données disponibles font majoritairement référence à des examens cliniques réalisés par des opérateurs expérimentés. De plus, il s'agit d'un examen opérateur-dépendant dont la pertinence semble augmentée lorsqu'il est orienté par les données apportées par l'interrogatoire (6).

Dans notre étude, 87% des sages-femmes libérales réalisent un examen gynécologique systématique lorsqu'une endométriose est suspectée à l'interrogatoire. Ce taux est bien plus élevé que le taux retrouvé chez les médecins généralistes de Seine Maritime dans la thèse de A. Quibel, dont seulement 38% réalisent « souvent voire toujours » un examen clinique orienté en cas de suspicion d'endométriose (50).

Lors de l'examen gynécologique, une inspection incluant l'examen du cul-de-sac vaginal postérieur est réalisée par 2/3 des sages-femmes. La visualisation de nodules bleutées au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur semble être un signe pathognomonique d'une endométriose profonde (56). Nous avons noté que cette inspection est plus réalisée par les sages-femmes munies d'une formation complémentaire ce qui nous montre à nouveau l'impact de la formation continue.

Nos résultats ont indiqué que le toucher vaginal est couramment pratiqué par les sages-femmes lorsqu'une endométriose est suspectée.

La majorité d'entre-elles recherche à la fois l'existence de nodules et/ou d'une induration de la cloison recto-vaginale et l'existence d'un utérus fixé et/ou douloureux à la mobilisation.

Lorsqu'on s'intéresse à l'examen complémentaire de première intention à prescrire en cas d'endométriose suspectée, 50,9% des sages-femmes prescrivent une échographie endovaginale de dépistage. Selon les données de la littérature, l'échographie endovaginale fait partie du deuxième examen à réaliser après l'examen clinique dans la recherche d'une endométriose (42). Elle semble parfaitement adaptée pour diagnostiquer des localisations ovariennes et suggérer des localisations endométriosiques profondes antérieures (57). En effet, une étude comparant l'échographie endovaginale et endorectale dans la suspicion d'endométriose sous péritonéale profonde montre des résultats équivalents avec une sensibilité de 84% et une spécificité de 99% pour l'échographie endovaginale (58).

Il aurait pu être intéressant de demander aux sages-femmes si elles choisissaient un échographiste spécialisé ou non pour la réalisation de cette échographie. En effet, la littérature nous indique que le diagnostic échographique des endométriomes ne nécessite pas d'échographiste référent. Par contre, lorsqu'une endométriose profonde est suspectée il est préférable d'orienter vers un échographiste expérimenté (24).

Concernant la conduite à tenir lorsqu'une endométriose est suspectée, notre étude montre que les sages-femmes orientent majoritairement d'emblée vers un gynécologue spécialisé sans demander des examens complémentaires et/ou prescrire un traitement. Cette question semble avoir posé des difficultés de compréhension. En effet, 18 sages-femmes ont répondu de manière inadéquate à cette question. De plus, lorsqu'on s'intéresse à la question suivante on pourrait penser que la majorité des sages-femmes de notre étude orientent vers un spécialiste quels que soient les résultats des examens complémentaires et/ou de la réponse au traitement.

En tout état de cause, face à une suspicion d'endométriose, la majorité des sages-femmes orientent vers un spécialiste.

Dans notre questionnaire nous avons utilisé le terme « gynécologue spécialisé » et non pas le terme « gynécologue ». En effet, les données de la littérature indiquent qu'en moyenne les femmes ont consulté plus de 5 praticiens différents avant que le diagnostic de la maladie ne soit posé (59). Nous avons pensé qu'il était donc justifié d'orienter les patientes en cas

de suspicion d'endométriose vers un praticien spécialiste afin de leur permettre une prise en charge précoce et optimale.

Lorsque on s'intéresse à la prise en charge de la maladie, les sages-femmes privilégient le traitement contraceptif en première intention pour soulager les femmes de leurs symptômes. La plupart parmi elles choisissent une administration continue pour privilégier un état d'aménorrhée. Leur choix se porte majoritairement sur la prescription d'une pilule progestative en continu. Il est probable que les sages-femmes soient familiarisées avec la prescription de cette pilule micro dosée dont les contres indications et les effets secondaires sont moindres.

Il faut noter que les études n'ont pas démontré une supériorité du schéma continu ou cyclique de la contraception oestroprogestative dans la prise en charge des douleurs liées à l'endométriose (24). De même, il n'existe pas de preuve d'une efficacité supérieure de la contraception oestroprogestative cyclique ou de la contraception progestative micro dosée continue dans la prise en charge des douleurs liées à l'endométriose.

Les sages-femmes libérales de notre étude semblent aussi sensibilisées à la prise en charge de la douleur par les méthodes alternatives. En effet, 23 sages-femmes indiquent choisir les méthodes non médicamenteuses en première intention pour traiter les symptômes endométriosiques. L'homéopathie et l'acupuncture sont les méthodes les plus utilisées parmi les sages-femmes de notre étude.

En ce qui concerne l'acupuncture, seule une étude décrit l'amélioration de l'intensité de la douleur et de la qualité de vie des patientes présentant une endométriose lorsqu'elle est associée au traitement conventionnel chez un groupe acupuncture en comparaison avec un groupe fausse acupuncture (placebo) (60). Cependant, les effectifs sont faibles et il serait donc intéressant d'avoir des études à plus grande échelle.

Les médecines douces offrent une approche globale du patient et s'accompagnent d'un temps d'échange et de bien-être qui ne peut qu'être bénéfique pour les patientes dont la qualité de vie par les symptômes douloureux est souvent très altérée. De plus en plus de sages-femmes exercent ces médecines alternatives sous réserve d'avoir obtenu un diplôme complémentaire.

Ces résultats nous ont permis de confirmer notre hypothèse principale : la sage-femme possède des connaissances suffisantes pour suspecter l'endométriose. Les pratiques des sages-femmes en termes d'interrogatoire, d'examen clinique et de conduite à tenir sont en accord avec les données de la littérature.

Le fait de suspecter une pathologie les incite à orienter les femmes vers des spécialistes afin de leur permettre une prise en charge précoce.

Leurs connaissances et leurs pratiques leur permettent ainsi d'être des acteurs importants au cœur de la stratégie diagnostique de l'endométriose.

6. Les nouvelles recommandations de la HAS

Devant le retard de diagnostic important de la maladie, la Haute Autorité de Santé a émis en Décembre 2017 de nouvelles recommandations sur la prise en charge de l'endométriose afin d'harmoniser les pratiques. Ces nouvelles recommandations abordent chaque étape de la prise en charge du diagnostic aux traitements.

La Haute Autorité de Santé indique qu'actuellement un dépistage de la maladie dans la population générale ou à risque n'est pas recommandé. En effet, elle précise que la définition du dépistage ne peut s'appliquer à l'endométriose.

Cependant ces recommandations insistent sur la nécessité de prendre en charge précocement les douleurs intenses évocatrices d'endométriose afin de réduire le retard de diagnostic de la maladie et d'améliorer la qualité de vie des patientes.

Dans ces recommandations, la sage-femme apparaît comme un acteur de premier recours au même titre que le médecin généraliste et le gynécologue. Effectivement, elle y est indiquée comme acteur de soins primaires dans la stratégie diagnostique de la maladie. Dans ces recommandations, la HAS différencie les symptômes isolés (dysménorrhées, dyspareunies modérés ou douleurs pelviennes chroniques) des symptômes pouvant évoquer une endométriose profonde imposant une démarche spécifique (dyspareunies profondes intenses, douleurs à la défécation, symptômes digestifs à recrudescence cataméniale, symptômes urinaires à recrudescence cataméniale).

Elle propose une stratégie diagnostique des symptômes douloureux pelviens chroniques pour les acteurs de soins primaires (Annexe V).

Devant une plainte pour symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhées, dyspareunies, douleurs pelviennes non menstruelles) la Haute Autorité de Santé recommande :

- * d'évaluer la douleur (intensité et retentissement).

- * de rechercher des symptômes évocateurs de l'endométriose : dysménorrhées intenses (EVA > 7, absentéisme fréquent, résistance aux antalgiques de niveau 1), infertilité.

* de rechercher des symptômes localisateurs de l'endométriose profonde : dyspareunies profondes, douleurs à la défécations cycliques, signes urinaires cycliques.

Puis elle recommande de réaliser un examen clinique et pelvien si possible et de prescrire une échographie pelvienne de première ligne (Annexe VI).

Devant la présence de dysménorrhées sans signe localisateur d'endométriose profonde et lorsqu'il n'y a pas de souhait de grossesse, elle recommande de prescrire une contraception hormonale. En cas d'efficacité de cette contraception elle ne recommande pas d'examens supplémentaires à la recherche d'endométriose.

Lorsqu'une endométriose profonde est suspectée à l'interrogatoire et/ou à l'examen clinique, des examens de deuxième intention doivent être réalisés. Il s'agit d'un examen pelvien orienté réalisé par un clinicien référent, ainsi qu'une IRM et une échographie endovaginale par un échographiste référent.

Il faut noter que ces recommandations sont écrites par des spécialistes et semblent adressées à des spécialistes de la maladie. En effet, le rôle de la sage-femme ne semble pas clairement défini.

Les recommandations nous indiquent que lorsqu'une endométriose profonde ou un endométriome sont suspectés, il est nécessaire d'orienter la patiente vers un spécialiste de la maladie. Dans ce cas, les examens complémentaires devront être réalisés par des radiologues référents. La diffusion d'une éventuelle liste des gynécologues et radiologues référents régionaux pourrait permettre aux sages-femmes d'orienter les patientes facilement et de leur permettre une prise en charge optimale.

La sage-femme présente donc un rôle dans la stratégie diagnostique de la maladie. Cependant son rôle dans la prise en charge des symptômes douloureux endométriosiques semblent être à préciser. Les recommandations précisent que la prise en charge de première intention des symptômes douloureux pourrait faire appel à une contraception orale avec ou sans suppression de règles, ce traitement ayant un équilibre bénéfice-risque favorable et un coût réduit, associé à un traitement antalgique de palier 1 (24).

Certaines sages-femmes de notre étude ont indiqué ne rien prescrire en cas de suspicion d'endométriose. Elles nous précisaient adresser directement la patiente chez un spécialiste et prescrire un traitement en cas de suspicion d'endométriose leur paraissaient hors de leurs champs de prescription.

En effet, aucun contraceptif inscrit dans le champ de prescription des sages-femmes ne possède l'AMM dans le traitement des symptômes endométriosiques.

Nous nous interrogeons s'il serait envisageable d'élargir l'AMM des contraceptifs aux traitements des symptômes endométriosiques et de permettre aux sages-femmes de les prescrire en tant que tels.

De plus, les recommandations conseillent d'associer aux contraceptifs un traitement antalgique de palier I. Cependant, les sages-femmes ne sont actuellement pas autorisées à prescrire en primo-prescription des AINS dans le traitement des dysménorrhées. En effet, elles sont seulement autorisées à renouveler la prescription établie par un médecin. Nous nous posons la même réflexion. Peut-être, serait-il intéressant de permettre aux sages-femmes de prescrire en primo-prescription des AINS dans le traitement des dysménorrhées.

Ainsi, avec ces modifications les sages-femmes, tout en respectant leur champ de compétence, pourraient proposer aux patientes un traitement médical le temps d'orienter vers un gynécologue. Les douleurs liées à l'endométriose peuvent être parfois invalidantes et les rendez-vous chez un spécialiste demandent un temps d'attente important. Soulager ces patientes fait aussi partie du rôle de la sage-femme.

Dans la pratique et selon notre étude, les sages-femmes prescrivent couramment un contraceptif en première intention afin de traiter les symptômes douloureux pelviens. Cependant des recommandations insistant sur la prise en charge par la sage-femme des symptômes douloureux lorsqu'une endométriose est suspectée seront bénéfiques afin d'harmoniser les pratiques des sages-femmes, de lever les ambiguïtés et préciser le rôle de chacun.

CONCLUSION

L'endométriose est une maladie chronique présentant un des plus grands retards de diagnostic. Ce retard de diagnostic a des répercussions sur notre système de soins. En effet, en avril 2012, une étude de la fondation mondiale de recherche sur l'endométriose a révélé que le coût moyen par femme et par année s'élevait à 9579 euros (coûts directs relatifs aux soins de 3113 euros et 6299 euros de perte de productivité pour l'employeur). Il s'agit donc d'un véritable enjeu de santé publique et financier.

L'endométriose est une maladie fréquente qui, lorsqu'elle est symptomatique, peut affecter profondément la qualité de vie des patientes à différents niveaux.

Depuis la loi HPST, les sages-femmes libérales réalisent des consultations de suivi gynécologique de prévention. Cette activité semble se développer et faire partie intégrante du quotidien des sages-femmes libérales.

Cette étude inédite nous a permis de constater que les sages-femmes libérales possèdent des connaissances suffisantes pour suspecter la maladie. Dès leur formation initiale, elles acquièrent des connaissances sur cette pathologie. Elles sont en mesure de réaliser un interrogatoire à la recherche des signes évocateurs de la maladie. De plus, la formation continue semble être une valeur ajoutée pour approfondir cet interrogatoire.

Leurs connaissances et leurs pratiques sont en accord avec les données de la littérature et leur permettent ainsi d'être au cœur de la stratégie diagnostique de l'endométriose.

Dans les nouvelles recommandations de la HAS sur la prise en charge de l'endométriose, la sage-femme est notée au même titre que le médecin généraliste et le gynécologue en tant qu'acteurs de soins primaires. Leurs pratiques actuelles semblent en harmonie avec ces recommandations.

Cependant, dans ces recommandations, leurs rôles semblent surtout concerner la suspicion de la maladie et l'orientation des femmes vers des spécialistes. Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge des symptômes douloureux liés à l'endométriose est donc à spécifier. Des modifications du champ de prescription des sages-femmes et des nouvelles recommandations précisant leurs rôles dans la prise en charge des symptômes douloureux lorsqu'une endométriose est suspectée pourraient être bénéfiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Prise en charge de l'endométriose. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français; 2006.
2. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet. 19 nov 2004;364(9447):1789-99.
3. Pelage L, Fenomanana S, Brun J., Levailant J., Fernandez H. Diagnostic et traitements de l'adénomyose (hors grossesse). Mise à jour en gynécologie médicale. Bordeaux: Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français; 2013.
4. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. avril 2004;18(2):177-200.
5. Ohannessian A, Gamberre M, Agostini A. Épidémiologie de la fertilité. EMC - Gynécologie. 30 janv 2014;9(2):1-7.
6. Panel P, Renouvel F. Prise en charge de l'endométriose : évaluation clinique et biologique. J Gynecol Obstet Biol Reprod. avril 2007;36(2):119-28.
7. Candiani GB, Danesino V, Gastaldi A, Parazzini F, Ferraroni M. Reproductive and menstrual factors and risk of peritoneal and ovarian endometriosis. Fertil Steril. août 1998;56(2):230-4.
8. Belmaghni F. Endométriose profonde sans atteinte digestive : Evaluation de l'efficacité du traitement chirurgical sur la qualité de vie et identification de facteurs prédictifs d'amélioration [Thèse pour le diplôme d'état de de docteur en médecine]. Paris: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2012.
9. Avril C. Obésité et infertilité, quelle prise en charge ? Rouen: Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français; 2007.
10. Hunt PA, Sathyanarayana S, Fowler PA, Trasande L. Female Reproductive Disorders, Diseases, and Costs of Exposure to Endocrine Disrupting Chemicals in the European

Union. J Clin Endocrinol Metab. 1 avr 2016;101(4):1562-70.

11. Liu D, Hitchcock A. Endometriosis: Its association with retrograde menstruation, dysmenorrhoea and tubal pathology. Int J Gynecol Obstet. 1 oct 1987;25(5):427.

12. Velemir L, Krief M, Matsuzaki S, Rabischong B, Jardon K, Botchorishvili R, et al. Physiopathologie de l'endométriose. EMC - Gynécologie. janv 2008;3(3):1-16.

13. Cassagne M. Evaluation et prise en charge des dysménorrhées lors d'une consultation en contraception par les médecins généralistes de Haute Normandie [Thèse pour le doctorat en médecine]. Rouen: Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2014.

14. Nisolle M, Pasleau F, Foidart J-M. L'endométriose extragénitale. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 11 juin 2014;36(2):173-8.

15. Fritel X. Les formes anatomocliniques de l'endométriose. J Gynecol Obstet Biol Reprod. avril 2007;36(2):113-8.

16. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. European Society of Human Reproduction and Embryology guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 1 mars 2014;29(3):400-12.

17. Cravello J, Agostini A, Roger V, Estrade J-P, Gamberre M. Endométriomes ovariens : quelle technique opératoire ? Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale. Paris: Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français; 2006.

18. Chapron C, Dubuisson J-B. L'endométriose pelvienne profonde : une entité spécifique. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Paris: Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français; 2002.

19. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. Obstet Gynecol. mars 1986;67(3):335-8.

20. Chapron C, Chopin N, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Vacher-Lavenu MC, et al. Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distribution. Hum Reprod. 1 juill 2006;21(7):1839-45.

21. Bricou A, Borghese B, Batt RE, Piketty M, de Ziegler D, Chapron C. Étude de la distribution anatomique des lésions endométriosiques : un argument majeur en faveur de la participation de la théorie de la régurgitation dans la physiopathologie de l'endométriose. *Gynecol Obstet Fertil*. 1 avr 2009;37(4):325-33.
22. Poncelet C, Ducarme G. Prise en charge de l'endométriose : les bonnes pratiques de la coelioscopie diagnostique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 10 mars 2008;36(2):135-40.
23. Fritel X, Fauconnier A, Chapron C. Algies pelviennes chroniques de la femme. Orientation diagnostique et conduite à tenir. *EMC - Gynécologie*. janv 2006;1(3):1-8.
24. Haute Autorité de Santé, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Prise en charge de l'endométriose. Argumentaire scientifique. Haute Autorité de Santé; 2017 déc.
25. Roman H, Bourdel N, Rigaud J, Delavierre D, Labat J-J, Sibert L. Endométriose et douleurs pelvipérinéales chroniques. *Prog Urol*. nov 2010;20(12):1010-8.
26. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum Reprod*. 5 janv 2012;27(5):1292-9.
27. Fauconnier A, Huchon C, Fritel X, Lafay-Pillet M-C, Chapron C, Panel P. Aspects cliniques de l'endométriose. *EMC - Gynécologie*. 7 mai 2014;10(3):1-13.
28. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman G a. J, Dirksen CD, Hummelshoj L, Simoens S, et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod*. 1 oct 2013;28(10):2677-85.
29. Terrosi P, Graesslin O. Endométriose : du signe clinique au diagnostic. *Med Reprod Gynecol Endoc*. 2007;9(1):21-34.

30. Daraï E, Bazot M, Ballester M, Belghiti J. Le caractère cyclique des symptômes avec une recrudescence cataméniale est évocateur - Endométriose. Rev Prat. Avril 2014;64:545-50.
31. Daraï E, Rouzier R, Dubernard G. Fertilité et endométriose. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. Paris: Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français; 2006.
32. Canis M, Pouly J, Wattiez A. Endométriose et infertilité [Internet]. 2003 [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: www.endofrance.org/wp-content/uploads/2014/03/Endométriose-et-fertilité-version-médecin.pdf
33. Pouly J-L, Canis M, Velemir L, Brugnon F, Rabischong B, Botchorichvili R, et al. La stérilité par endométriose. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 11 juin 2014;36(2):151-61.
34. Roman H. Prise en charge d'une endométriose douloureuse. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 11 juin 2014;36(2):141-50.
35. Gallard F, Comby F, Desmoulière A. L'endométriose ou les endométrioses ? Act pharm. 6 sept 2014;53(538):16-9.
36. Leroy A, Azaïs H, Garabedian C, Bregegere S, Rubod C, Collier F. Psychologie et sexologie : une approche essentielle, du diagnostic à la prise en charge globale de l'endométriose. Gynecol Obstet Fertil. 3 juin 2016;44(6):363-7.
37. Yosef A, Allaire C, Williams C, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS, et al. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women. Am J Obstet Gynecol. 1 déc 2016;215(6):760.e1-760.e14.
38. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson J-B, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril. 1 oct 2002;78(4):719-26.
39. Leyland N, Casper R, Laberge P, S.Singh S. Endométriose : Diagnostic et prise en

charge. J Obstet Gynaecol Can. Juillet 2010;32(7):1-36.

40. Azoulay C, Daraï E. Traitement médicamenteux de l'endométriose (adénomyose exclue). J Gynecol Obstet Biol Reprod. nov 2005;2(4):312-28.

41. Daraï E, Ploteau S, Ballester M, Bendifallah S. Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique. Presse Med. 1 déc 2017;46(12, Part 1):1156-65.

42. BouSSION F, Lefebvre-Lacoeuille C, Sentilhes L, Jalle T, Catala L, Descamps P. Endométriose pelvienne: diagnostic échographique. Lett Gynécolog. 2008;(331):24-28.

43. Fraser MA, Agarwal S, Chen I, Singh SS. Routine vs. expert-guided transvaginal ultrasound in the diagnosis of endometriosis: A retrospective review. Abdom Imaging. 2015;40(3):587-94.

44. Barbarino A. La prise en charge médicale des patientes atteintes d'endométriose pelvigénitale. Inter bloc. 2 juill 2009;28(2):117-9.

45. Vercellini P, Trespidi L, Colombo A, Vendola N, Marchini M, Crosignani PG. A gonadotropin-releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptive for pelvic pain associated with endometriosis. Fertil Steril. juill 1993;60(1):75-9.

46. Leone Roberti Maggiore U, Remorgida V, Scala C, Tafi E, Venturini PL, Ferrero S. Desogestrel-only contraceptive pill versus sequential contraceptive vaginal ring in the treatment of rectovaginal endometriosis infiltrating the rectum: a prospective open-label comparative study. Acta Obstet Gynecol Scand. mars 2014;93(3):239-47.

47. Daraï C, Deboute O, Zacharopoulou C, Laas E, Canlorbe G, Belghiti J, et al. Impact of osteopathic manipulative therapy on quality of life of patients with deep infiltrating endometriosis with colorectal involvement: results of a pilot study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 mai 2015;188:70-3.

48. Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. Br J Gen Pract. 1 juin 2007;57(539):470-6.

49. Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A, et al. Patients' report on how

endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertil Steril*. mai 2010;93(7):2424-8.

50. Quibel A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose par les médecins généralistes de Seine-Maritime [Thèse pour le doctorat en médecine]. Seine-Maritime: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2012.

51. Greene R, Stratton P, Cleary SD, Ballweg ML, Sinaii N. Diagnostic experience among 4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. *Fertil Steril*. janv 2009;91(1):32-9.

52. Code de la santé publique - Article L4151-1 | Légifrance [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>

53. Les sages-femmes une profession en mutation. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; 2016.

54. Dos Santos S. Evaluation des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes sur le frottis cervico-utérin et sur le suivi gynécologique [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Paris: Faculté de Médecine de Paris Descartes; 2012.

55. Corne A. Suivi gynécologique et contraception : point sur la formation initiale et continue des sages-femmes [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Nancy: Université de Lorraine; 2014.

56. Netgen. Prise en charge des endométriomes et de l'endométriose recto-vaginale et vésicale [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-447/Prise-en-charge-des-endometriomes-et-de-l-endometriose-recto-vaginale-et-vesicale>

57. Bazot M, Bornier C, Cortez A, Uzan S, Darai E. Contribution de l'imagerie au diagnostic de l'endométriose pelvienne. *mt*. 2007;9(1):35-50.

58. Bazot M, Thomassin I, Hourani R, Cortez A, Darai E. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. août 2004;24(2):180-5.

59. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experience of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril*. 1 déc 2006;86(5):1296-301.

60. Rubi-Klein K, Kucera-Sliutz E, Nissel H, Bijak M, Stockenhuber D, Fink M, et al. Is acupuncture in addition to conventional medicine effective as pain treatment for endometriosis? A randomised controlled cross-over trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. nov 2010;153(1):90-3.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Effectifs des sages-femmes (SF) libérales de chaque région

Tableau II : Age de la population

Tableau III : Année d'obtention du diplôme et d'installation en libéral

Tableau IV : Mode d'exercice

Tableau V : Nombre de consultations de gynécologie par mois

Tableau VI : Formations complémentaires

Tableau VII : Symptômes évocateurs d'endométriose

Tableau VIII : Symptômes recherchés en présence de dysménorrhées

Tableau IX : Examens complémentaires

Tableau X : Conduites à tenir en cas de suspicion d'endométriose

Tableau XI : Prise en charge médicale

Tableau XII : Traitement hormonal de la maladie

ANNEXES

Annexe I : Score de l'American Fertility Society révisé en 1985

1 – Lésions péritonéales		
Ne coter que la lésion la plus sévère (superficielle ou profonde)		
<i>Péritoine</i>	Superficielles	Profondes
< 1cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3cm	4	6
5 – Lésions ovariennes		
Ne coter que la lésion la plus sévère (superficielle ou profonde) et ajouter les scores des ovaires droits et gauches		
<i>Ovaire droit</i>	Superficielles	Profondes
< 1cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3cm	4	20
<i>Ovaire gauche</i>	Superficielles	Profondes
< 1cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3cm	4	20
5 – Adhérences annexielles selon la circonférence		
Ajouter les scores des ovaires droit et gauche et des trompes droite et gauche		
<i>Ovaire droit</i>	Superficielles (ou transparente)	Profondes (ou opaque)
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
<i>Ovaire gauche</i>	Superficielles (ou transparente)	Profondes (ou opaque)
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
<i>Trompe droite</i>	Superficielles (ou transparente)	Profondes (ou opaque)
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
<i>Trompe gauche</i>	Superficielles (ou transparente)	Profondes (ou opaque)
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhérent sur toute la circonférence), compter 16		
4 – Oblitération du Douglas		
Partielle	4	
Totale	40	
Calcul du score AFSr		
Addition des 4 scores		
Stade de l'endométriose	Degré de sévérité	Score AFS
Stade I	Endométriose minime	1-5
Stade II	Endométriose modérée	6-15
Stade III	Endométriose moyenne	16-40
Stade IV	Endométriose sévère	> 40

Annexe II : Classification FOATI

Facteurs principaux	0	1	2	3
F (foyer-péritoine) Diamètre cumulé	Sans lésion	< 1cm	1 à 5 cm	< 5 cm ou profond
O (endométrio-me ovarien) Mensuration par échographie ou autre imagerie*	Sans lésion	< 1 cm	1-5 cm	< 5 cm ou bilatéral
A (adhérence) avant toute lyse*	Sans lésion	Mobilité trompe et ovaire conservée	Conservation partielle mobilité trompe et/ou ovaire	Absence mobilité trompe et/ou ovaire
T (trompe = HSG ou autre)**	Sans lésion	Occlusion partielle (proximale ou distale)	Occlusion totale d'un côté + partielle de l'autre	Occlusion totale, bilatérale et permanente
I (inflammation)**	Hypervascularisation, Saignement au contact + si > 50 % de lésions rouges, sinon –			
C.D.S (cul-de-sac)	Sans lésion	Lésions superficielles des ligaments utérosacrés	Lésions profondes des ligaments utérosacrés	Septum recto-vaginal
Autres : E (intestins) U (urinaires)				
* Ajouter D, G si lésions unilatérales ou très asymétriques ** Facteurs additionnels				

Annexe IV : Questionnaire diffusé en ligne

Questionnaire endométriose

Madame, Monsieur Je m'appelle Laura Hornecker, je suis étudiante sage-femme en 5ème année de cursus à l'école de Saint Antoine. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude et de la sensibilisation au niveau national de cette maladie, je me permets de vous solliciter pour participer à une enquête portant sur l'état des lieux des connaissances et pratiques des sages-femmes libérales concernant le dépistage de l'endométriose. Il s'adresse aux sages-femmes libérales réalisant du suivi gynécologique de prévention. Ce questionnaire est anonyme et ne prendra que quelques minutes. Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à cette demande et je vous prie d'agréer mes respectueuses salutations.

Laura Hornecker

Pour chaque question plusieurs réponses sont possibles sauf cas mentionné. ***Obligatoire**

Concernant la maladie :

1. Parmi ces propositions choisissez les deux symptômes les plus évocateurs d'une endométriose selon vous. Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Métrorragies
- ☐ Infertilité
- ☐ Dysménorrhées
- ☐ Dyspareunies
- ☐ Pollakiurie
- ☐ Douleurs lombaires

2. Lorsqu'une femme présente des dysménorrhées interrogez-vous sur l'existence de :* Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Dyspareunie profonde	☐	☐
Douleurs lombaires	☐	☐
Douleurs à la défécation pendant les règles	☐	☐
Difficultés à concevoir	☐	☐
Douleurs pelviennes en dehors des règles	☐	☐
Fatigue chronique	☐	☐

3. Lorsque vous suspectez une endométriose à l'interrogatoire réalisez-vous systématiquement un examen gynécologique : Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

4. Si oui, que comprend votre examen : Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Inspection au spéculum du col
- ☐ Inspection au spéculum du col et du cul de sac vaginal postérieur
- ☐ Toucher vaginal avec recherche d'un nodule et/ou d'une induration de la cloison recto vaginale
- ☐ Toucher vaginal à la recherche d'un utérus fixé et/ou douloureux à la mobilisation

5. Selon vous quel est l'examen complémentaire de première intention à prescrire devant une suspicion d'endométriose : (une seule réponse est possible) Une seule réponse possible.

- ☐ IRM
- ☐ Echographie pelvienne de dépistage par voie endovaginale
- ☐ Hystéroscopie
- ☐ Bilan sanguin avec dosage du CA125

6. Lorsque vous suspectez une endométriose quelle est votre conduite à tenir ? Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Avis d'un gynécologue spécialisé d'emblée
- ☐ Avis spécialisé en cas d'anomalie des examens complémentaires
- ☐ Avis spécialisé en cas d'inefficacité du traitement
- ☐ Avis spécialisé quel que soit les résultats des examens complémentaires et de la réponse au traitement

7. Que prescrivez-vous pour traiter les symptômes endométriosiques en première intention ? Une seule réponse possible.

- ☐ Antalgiques
- ☐ Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens ayant l'AMM dans le traitement des dysménorrhées
- ☐ Un contraceptif si aucun de désir de grossesse
- ☐ Homéopathie
- ☐ Acupuncture
- ☐ Autre :

8. Si vous êtes amené à prescrire un contraceptif lequel prescrivez-vous en première intention ? Une seule réponse possible.

- ☐ Pilule oestro progestative avec arrêt d'une semaine
- ☐ Stérilet au lévonorgestrel
- ☐ Pilule oestro progestative en continu
- ☐ Implant
- ☐ Stérilet au cuivre
- ☐ Progestatif en continu

Votre profil

9. Votre année de naissance :

10. Année d'obtention de votre diplôme :

11. Année d'installation en libéral :

12. Nombre de consultations gynécologiques réalisé par mois :

13. Possédez-vous un diplôme universitaire en rapport avec la gynécologie : si oui, précisez

14. A-t-on traité de l'endométriose durant ce DU :

- ☐ Oui
- ☐ Non

15. Vous exercez :

- ☐ Seul
- ☐ En cabinet de groupe avec d'autres sages-femmes
- ☐ En cabinet de groupe avec un médecin généraliste
- ☐ En cabinet de groupe avec un gynécologue
- ☐ En cabinet de groupe avec d'autres professionnels de santé

16. Dans quel département exercez-vous ?

17. Avez-vous eu un cours théorique sur l'endométriose durant vos études de sage-femme ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Annexe V : Stratégie diagnostique de la HAS devant des symptômes pelviens chroniques

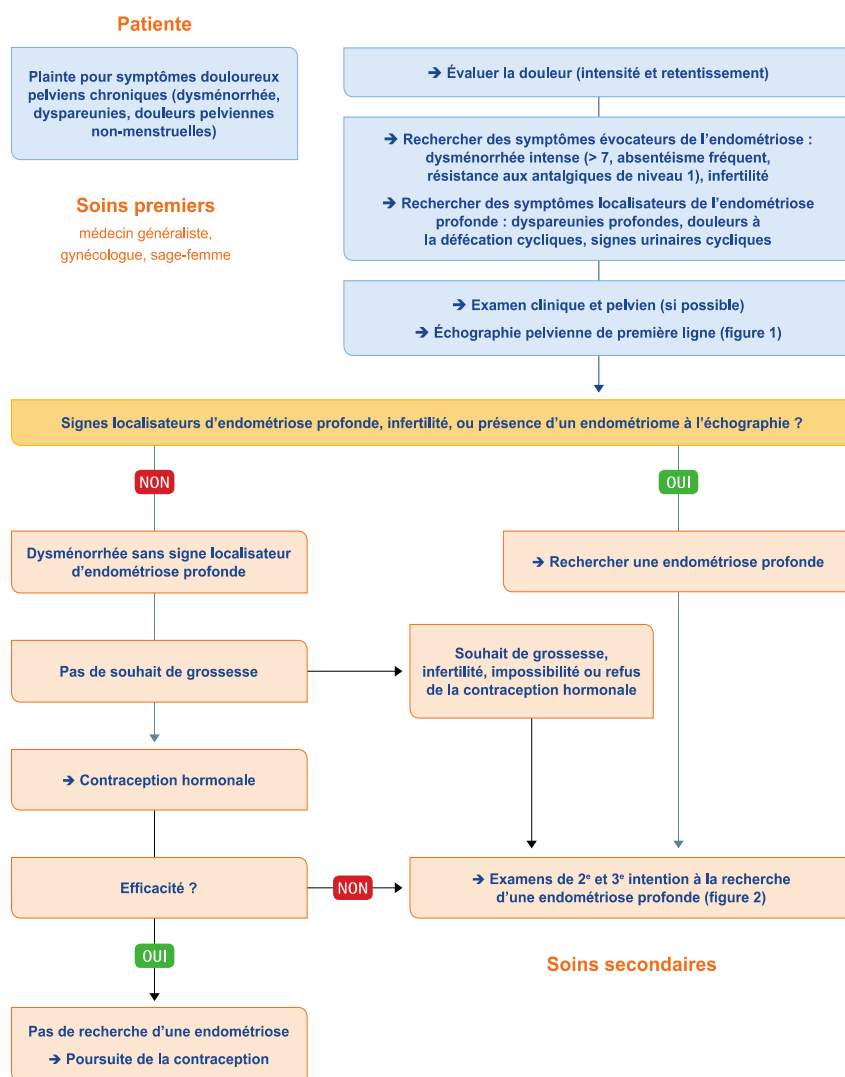
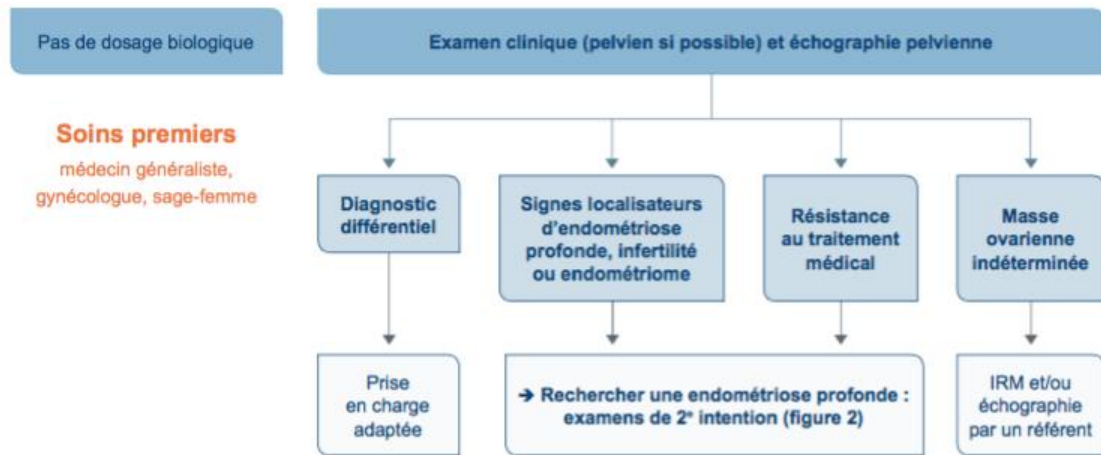


Figure 1. Stratégie diagnostique devant des symptômes douloureux pelviens chroniques.

Annexe VI : Examens de première intention à la recherche d'une endométriose selon la HAS



GLOSSAIRE

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ALCA : Alsace Lorraine Champagne-Ardenne

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ASRM : American Society for Reproductive Medicine

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

ENS : Echelle numérique simple

EVA : Echelle visuelle analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoires

IDF : Ile de France

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

ND : Normandie

SF : Sage-femme

RÉSUMÉ

Introduction : L'endométriose est une pathologie touchant environ une femme sur dix en âge de procréer et présentant un retard de diagnostic important d'environ 10 ans. Depuis la loi HPST du 21 Juillet 2009 la sage-femme libérale peut réaliser le suivi gynécologique des femmes en bonne santé. Nos objectifs étaient de décrire les connaissances des sages-femmes libérales concernant l'endométriose et leurs pratiques lorsque celle-ci est suspectée.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle du 23 Septembre au 18 décembre 2017. Elle s'est déroulée via un questionnaire accessible en ligne. Nous avons interrogé les sages-femmes libérales réalisant du suivi gynécologique de prévention de trois régions (Ile de France, Normandie et Alsace Lorraine Champagne-Ardenne). Sur 748 questionnaires envoyés, 337 réponses furent enregistrées dont 327 exploitables.

Résultats : Les symptômes les plus évocateurs d'endométriose pour les sages-femmes libérales sont les dysménorrhées à 92% et les dyspareunies à 61,5%. Lorsqu'une femme présente des dysménorrhées elles recherchent en moyenne 4 autres symptômes pouvant évoquer la maladie dont les dyspareunies profondes à 86,5% et les douleurs pelviennes en dehors des règles à 85,8%. La majorité des sages-femmes orientent vers un spécialiste en cas de suspicion de la maladie.

Discussion : Les sages-femmes libérales connaissent les principaux symptômes de la maladie et les recherchent devant une patiente se présentant pour syndrome douloureux. Elles savent réaliser les examens de première intention et orienter les patientes en cas de suspicion. Elles sont des acteurs de premier recours dans la stratégie diagnostique de la maladie.

Mots-clés : *endométriose; sage-femme; gynécologie*

ABSTRACT

Introduction : Endometriosis is a chronic gynecologic disease affecting approximately one in ten women of reproductive age with a diagnostic delay of about 10 years. By virtue of the "HPST Act" of 21st July 2009, midwives can perform gynecological care of healthy women. The aim of our study is to study the knowledge of midwives who are in private practice, regarding endometriosis and what they propose to the patients when this disease is suspected.

Method : We carried out an observational quantitative study from September 23rd to December 18th 2017. It was conducted via an online questionnaire. Private practice midwives providing preventive gynecological care in three regions (Ile de France, Normandy and Alsace Lorraine Champagne-Ardenne) were interviewed. 748 questionnaires were sent and 337 responses were recorded, 327 of which were exploitable.

Results : The most common warning signs of endometriosis for private practice midwives are dysmenorrhea (92%) and dyspareunia (61.5%). When a woman has dysmenorrhea, they search for an average of 4 other symptoms suggestive of endometriosis, among which deep dyspareunia (86,5%) and pelvic pain in off-period (85.8%). The majority of private practice midwives refer patients to a specialist in case of suspicion of the disease.

Discussion : Private practice midwives are aware of the main symptoms of the disease and search for them in case of a patient presenting with pelvic pain. They also know how to carry out first-line examinations and they refer patient to a specialist if endometriosis is suspected. According to the results of our study, they have an important role in the diagnostic strategy of endometriosis.

Keys-words : *endometriosis, midwife, gynecological care*