

A Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gynécologie obstétrique)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail,

je vous en remercie.

Soyez assuré de trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Johann PELTIER
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Chef du Service de Neurochirurgie
(Anatomie)

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance
et de mon profond respect.*

A Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gastro-entérologie)

*Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, c'est un véritable honneur
Sois assuré de mon amitié et de mon admiration.*

A Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Histologie, Embryologie
Médecine et Biologie de la Reproduction,
CECOS de PICARDIE
CHU AMIENS PICARDIE, Centre de Biologie Humaine

*Merci d'avoir accepté de juger ce travail.
Soyez assurée de trouver ici ma reconnaissance
et mon profond respect.*

A Monsieur le Docteur Arthur FOULON
Praticien Hospitalier
(Gynécologie obstétrique)

*Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.
Merci pour ta disponibilité et ta bienveillance.
Sois assuré de mon amitié et de ma gratitude.*

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	17
II.	MATERIELS ET METHODES	20
III.	RESULTATS	23
1.	Caractéristiques de la population étudiée	24
a.	Données sociodémographiques	24
b.	Formation de gynécologie	24
c.	Fréquence de consultations de gynécologie	26
2.	Connaissances sur l'endométriose	26
a.	Estimation des connaissances	26
b.	Source des connaissances	27
c.	Connaissance de l'actualisation de la recommandation HAS	27
d.	Prévalence de l'endométriose	28
3.	Etude des pratiques	28
a.	Situations amenant à faire rechercher une endométriose	28
b.	Signes cliniques évocateurs	29
c.	Echelle d'évaluation de la douleur	32
d.	Examen gynécologique	32
e.	Orientation vers spécialiste	33
f.	Examen complémentaire de 1 ^{ère} intention	34
4.	Prise en charge thérapeutique	35
a.	En cas de dysménorrhées sans signe localisateur d'endométriose et en l'absence de désir de grossesse immédiat	35
b.	En cas d'endométriose douloureuse	35
5.	Points de vue et attentes	37
IV.	DISCUSSION	38
V.	CONCLUSION	45
VI.	BIBLIOGRAPHIE	46
VII.	ANNEXES	50

TABLEAUX ET FIGURES

- FIGURE 1 : Diagramme de flux	23
- TABLEAU 1 : Données sociodémographiques de la population étudiée	25
- TABLEAU 2 : Fréquence de consultations de gynécologie effectuées par les médecins généralistes en fonction de leur formation	26
- FIGURE 2 : Sources des connaissances sur l'endométriose des médecins généralistes	27
- FIGURE 3 : Prévalence de patientes atteintes d'endométriose selon les médecins généralistes	28
- FIGURE 4 : Signes cliniques faisant évoquer une endométriose aux médecins généralistes répondants	30
- TABLEAU 3 : Fréquence de recherche des signes cliniques évocateurs et localisateurs d'endométriose par les médecins généralistes en fonction de leur formation	31
- FIGURE 5 : Echelles d'évaluation de la douleur utilisées par les médecins ayant répondu en utiliser une	32
- FIGURE 6 : Stades de la prise en charge auxquels les médecins généralistes déclarent orienter leurs patientes vers le gynécologue	34
- TABLEAU 4 : Prise en charge des patientes par les médecins généralistes en fonction de leur formation	36

ABREVIATIONS

- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- AMP : Assistance Médicale à la Procréation
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- DIU : Diplôme Inter Universitaire
- DIU : Dispositif Intra Utérin
- DU : Diplôme Universitaire
- ECN : Examen Classant National
- EHP : Endometriosis Health Profile
- EN : Echelle Numérique
- EVA : Echelle Visuelle Analogique
- FIV : Fécondation In Vitro
- FMC : Formation Médicale Continue
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- LNG : Lévonorgestrel
- MG : Médecin Généraliste
- QCM : Questions à Choix Multiples
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- SFU : Signes Fonctionnels Urinaires

I. INTRODUCTION

L'endométriose est une maladie inflammatoire chronique qui a été longtemps méconnue. Elle toucherait pourtant environ 10% des femmes en âge de procréer (1). C'est une pathologie qui se manifeste par des douleurs pelviennes chroniques, des dysménorrhées intenses, parfois invalidantes, des dyspareunies profondes (2). Elle peut également engendrer des troubles de la fertilité avec une infertilité primaire ou secondaire.

La définition de l'endométriose est histologique. Elle est définie par la présence de glandes ou de stroma endométrial en dehors de l'utérus. On distingue 3 formes de la maladie souvent associées entre elles : l'endométriose superficielle (ou péritonéale), l'endométriose ovarien et l'endométriose pelvienne profonde (ou sous-péritonéale) atteignant principalement les ligaments utéro-sacrés, le cul-de-sac vaginal postérieur, la vessie, les uretères et le tube digestif (rectum, jonction rectosigmoïdienne, appendice). La présence de lésions d'endométriose n'est pas systématiquement synonyme de symptômes cliniques. L'endométriose devient une maladie lorsqu'il existe des douleurs et/ou une infertilité (3). Des formes limitées d'endométriose superficielle peuvent être considérées comme physiologiques ou transitoires (4)(5) pour certains auteurs.

La théorie physiopathologique communément admise est celle du reflux menstruel tubaire et d'implantation de Sampson (6). Cette théorie n'expliquerait pas à elle seule toute la pathogénie de la maladie, bien qu'elle explique en grande partie la répartition préférentielle des lésions. Plus récemment, la biosynthèse d'hormones stéroïdiennes et un mécanisme inflammatoire ont été mis en évidence et seraient les deux mécanismes principaux favorisant l'implantation et la croissance des lésions(3)(7)(8).

La prévalence de la maladie est difficilement évaluable dans la population générale. Des études très hétérogènes, décrivent la prévalence de la maladie chez les femmes présentant des douleurs pelviennes chroniques de façon très variable, le Collège de Gynécologie et d'Obstétrique Américain estimait en 2004 qu'elle était approximativement autour de 33%, elle serait en fait supérieure (9). Chez les femmes présentant des douleurs pelviennes aiguës, la prévalence de la maladie serait elle aussi supérieure à 33% (9).

L'endométriose maladie est responsable de douleurs et/ou d'infertilité. Elle peut à ce moment avoir un retentissement fonctionnel et psychologique très important avec un impact sur la qualité de vie des patientes, tant sur le plan personnel, social, sexuel que professionnel. Les coûts directs et indirects engendrés pour la prise en charge sont importants, de l'ordre de plusieurs milliers voire dizaines de milliers d'euros par an et par patiente (10)(11).

Des études qualitatives menées dans le but de connaître le ressenti des patientes quant au vécu de leur maladie montrent qu'elles ont souvent l'impression de ne pas avoir été écoutées (12), notamment en soins primaires (13), que leurs douleurs sont banalisées voire normalisées (14) et cela entraînant un retard diagnostique important (15), pouvant engendrer des angoisses. Les patientes souhaitent que leurs troubles soient reconnus par les professionnels de santé et pas attribués à des troubles psychologiques (16).

Le délai diagnostique moyen est effectivement l'un des problèmes demeurant majeur dans la prise en charge de la maladie. Les études réalisées sur le sujet retrouvent des durées de 8 à 12 ans, et même s'il a tendance à diminuer (du fait probablement d'une sensibilisation des praticiens et des patientes elles-mêmes), ce délai reste trop long (17)(18).

Les patientes sont aujourd'hui au centre de la prise en charge de la pathologie. Celle-ci est de plus en plus médiatisée, de part notamment les associations de patientes, telles que « EndoFrance », « ENDOmind France » ou encore « Info-Endométriose » dont les buts sont de faire connaître la maladie au grand public, mais aussi de favoriser le dialogue entre les patientes, les professionnels de santé et les instances publiques ou encore de promouvoir la formation des médecins.

Ces derniers se disent en effet peu formés sur le sujet (19). Il n'existe d'ailleurs pas d'item dédié au programme des Examens Classant Nationaux (ECN). L'endométriose n'est citée que dans les items des « Algies pelviennes de la femme » et de la « Assistance Médicale à la Procréation » (AMP) (20).

L'endométriose est une maladie mal repérée, dont la prise en charge est insuffisamment coordonnée. L'une des pistes évoquées serait la méconnaissance des professionnels de santé sur le sujet (19) associée à une banalisation des douleurs (15).

Les Médecins Généralistes (MG) sont pourtant au centre de la prise en charge de ces patientes. Ils sont en effet indispensables à la prise en charge précoce de la maladie, pour

repérer les symptômes évocateurs et orienter les patientes. Ils ont également un devoir d'information ; la diversité des sources d'information peut être pour certaines patientes sources d'angoisses et la qualité des informations disponibles sur internet est variable et souvent médiocre, entraînant une désinformation (21). Le MG a aussi un rôle de soutien des patientes, et le lien privilégié MG /malade peut être un atout majeur dans le suivi.

Une actualisation des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) a été publiée en décembre 2017 afin d'harmoniser les pratiques et permettre un meilleur dépistage et prise en charge des patientes avec un parcours de soins homogène, coordonné et optimal (22). Le facteur clé étant l'information des patientes.

Cette recommandation cible notamment les médecins généralistes et sages femmes libérales, premiers recours d'accès aux soins.

De plus, du fait des difficultés démographiques actuelles et notamment vis-à-vis de spécialités comme la gynécologie (23), les MG sont et vont être de plus en plus sollicités pour le suivi gynécologique de leurs patientes.

L'endométriose est donc un problème de santé publique.

L'objectif principal de cette étude était d'observer et d'analyser les connaissances et les pratiques des médecins généralistes picards concernant le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier des facteurs associés ou non au retard diagnostique de l'endométriose et d'évoquer des pistes permettant aux médecins généralistes de mieux prendre en charge la maladie.

II. MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive par sondage à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé à des médecins généraliste de Picardie. Ce questionnaire s'orientait sur les connaissances et les pratiques de ces médecins quant à l'endométriose.

Les MG ont été identifiés via des réseaux de médecins installés, des réseaux de formation médicale continue, des réseaux de remplaçants et des confrères nouvellement thésés.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être médecin généraliste
- exercer dans l'un des départements de l'ancienne région Picardie (Aisne, Somme, Oise)
- avoir une activité de consultation
- être en activité, installé ou remplaçant

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- ne plus exercer dans l'un des trois départements
- être retraité
- avoir une activité hospitalière exclusive

Elaboration du questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire déclaratif et anonyme.

Le questionnaire a été transmis sous forme d'un lien permettant de répondre en ligne sur la plateforme *Google Docs*[®]. Le lien pour le questionnaire, envoyé par mail, était le suivant :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc9nh1YtKCBJ2X5WibzvNvsSRu55qXtdZ_LUMbd7A9oTfL9A/viewform?usp=sf_link

Ce questionnaire s'articulait autour de 3 parties avec 25 questions et sous questions, avec des questions fermées, ouvertes, et des questions à choix multiples (QCM).

La première partie permettait de recueillir les données sociodémographiques de la population étudiée, à savoir le sexe, l'âge, le département d'exercice, le mode d'exercice, la fréquence de consultations de gynécologie, la formation en gynécologie durant et après l'internat.

La seconde partie étudiait les connaissances des médecins généralistes sur l'endométriose. Les premières questions portaient sur des généralités comme les connaissances sur la maladie jugées suffisantes ou non, la provenance des connaissances sur le sujet, l'existence d'une recommandation HAS récente, le taux de patientes atteintes, les situations devant lesquelles les médecins étaient amenés à rechercher la maladie. L'une des questions cherchait à savoir pour plusieurs signes cliniques la fréquence à laquelle ceux-ci faisaient évoquer le diagnostic. Les questions suivantes étudiaient la pratique des médecins, notamment sur l'utilisation d'une échelle de la douleur, la réalisation d'un examen gynécologique, le stade de la prise en charge auquel étaient adressées les patientes, l'examen complémentaire de 1^{ère} intention prescrit.

La troisième partie s'intéressait à la prise en charge thérapeutique de la maladie. Il y avait 2 questions à choix multiples avec 2 scénarios différents, l'un en cas d'absence de signe localisateur d'endométriose et en l'absence de désir de grossesse et l'autre en cas d'endométriose douloureuse.

Enfin une dernière question ouverte était posée afin de recueillir d'éventuelles remarques ou suggestions des médecins afin d'améliorer leurs pratiques.

Diffusion du questionnaire

Le questionnaire, accompagné d'une introduction de présentation synthétique du travail, a été envoyé par e-mail une première fois le 16 décembre 2019 à 493 adresses. Une relance a été effectuée le 25 février 2020 aux adresses valides. Un délai de vingt-huit jours a été accordé entre l'envoi et la fin de l'inclusion.

Analyse statistique des données

Les réponses étaient automatiquement validées et enregistrées sur le logiciel *Google Docs*, puis traitées dans le logiciel *Excel*.

Les résultats sont exprimés en valeurs absolues et pourcentage de répondants. Les comparaisons entre les groupes concernant les variables qualitatives ont été effectuées par le test non paramétrique de Chi 2 ou, pour les petits effectifs, le test exact de Fisher. Ces analyses ont été réalisées sur la plateforme web *BiostatGV*[®] à l'aide du logiciel R.

III. RESULTATS

Sur les 493 questionnaires envoyés, 105 ont été retournés. Trois questionnaires ont été exclus puisqu'ils avaient été complétés par des praticiens exerçant une activité hospitalière exclusive. Au total, 102 questionnaires ont été analysés. Le taux de réponse était de 21,5% (105/488) (Figure 1).

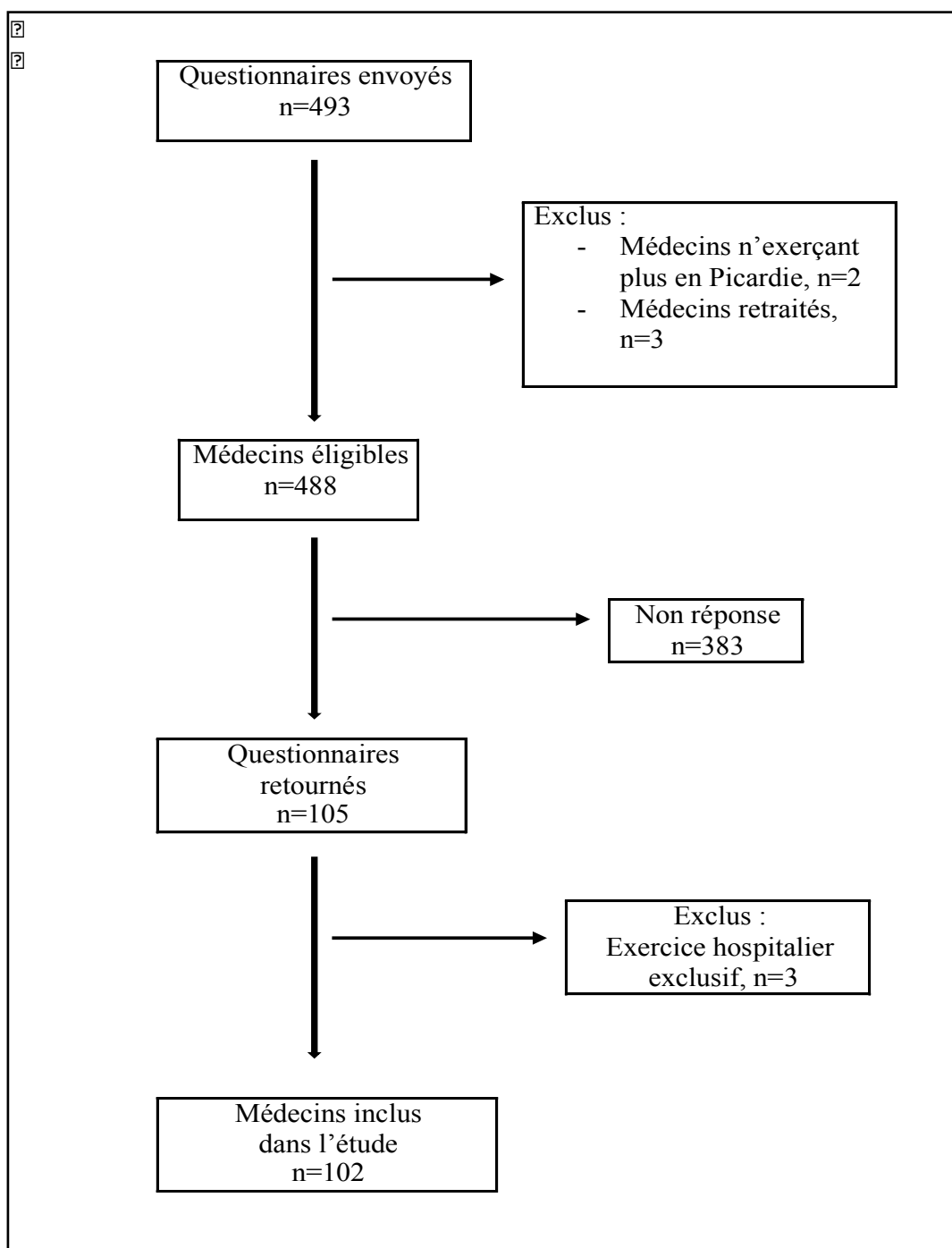


FIGURE 1 : DIAGRAMME DE FLUX

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

a. Données sociodémographiques

Soixante deux virgule sept pour cent des médecins ayant participé à cette étude avaient moins de 40 ans (64/102). Cinquante quatre virgule neuf pour cent des répondants étaient des femmes (56/102). L'Oise était le département le plus représenté avec 46,1% des répondants (47/102) puis la Somme 38,2%, (39/102) et enfin l'Aisne 15,7% (16/102). La répartition du mode d'installation des médecins ayant répondu à l'enquête était assez homogène : 32 % (32/100) en secteur urbain, 36% (36/100) en milieu semi-rural et 32% (32/100) en milieu rural. La plupart d'entre eux étaient installés en cabinet de groupe (42,1%, (43/102) ou remplaçants (23,5%, (24/102)). Les caractéristiques de la population étudiée sont regroupées dans le tableau 1.

b. Formation de gynécologie

Parmi les répondants, seuls 32,7% (33/101) avaient effectué un stage de gynécologie durant leur internat (Tableau 1).

Parmi les 102 médecins généralistes participant à l'étude, 88% (90/102) déclaraient ne pas avoir effectué de formation universitaire complémentaire (DU/DIU) en gynécologie (Tableau 1). Pour les 12 médecins (11,7%) en ayant suivi une, 8 avaient un Diplôme Inter Universitaire (DIU) de gynécologie, 3 un Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie et le dernier avait répondu de façon non spécifique « Amiens », sans préciser s'il s'agissait d'un DU ou d'un DIU. Cinquante pour cent (51/102) des praticiens déclaraient suivre régulièrement des Formations médicales continues (FMC) ayant pour thème la gynécologie (Tableau 1).

	Effectif (n=102)	%
Sexe		
Masculin	46	45,1
Féminin	56	54,9
Age		
< 40 ans	64	62,7
40-50 ans	7	6,9
>50 ans	31	30,4
Département d'exercice		
Aisne	16	15,7
Oise	47	46,1
Somme	39	38,2
Lieu d'exercice		
Rural	32	32
Semi-rural	36	36
Urbain	32	32
Mode d'exercice		
Cabinet seul	15	14,7
Installation en groupe	43	42,1
Maison de Santé Pluridisciplinaire	17	16,7
Remplaçant	24	23,5
SOS médecins	2	2
PMI	1	1
Formation de gynécologie		
Stage gynécologie durant internat	33	32,7
FMC de gynécologie	51	50
DU/DIU de gynécologie	12	11,7

TABLEAU 1 : DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

c. Fréquence de consultations de gynécologie

La majorité des médecins répondants effectuaient plusieurs consultations de gynécologie par mois (41,2%, (42/102)). Trente virgule quatre pour cent d'entre eux en effectuaient moins d'une par mois (31/102). La proportion des médecins n'effectuant jamais de consultation de gynécologie était de 9,8% (10/102) (Tableau 2).

Les médecins possédant un DU de gynécologie faisaient statistiquement plus fréquemment des consultations de gynécologie que les autres. En effet, 33% (4/12) d'entre eux effectuaient des consultations gynécologiques quotidiennes contre 1,1% (1/90) pour les médecins n'ayant pas de DU de gynécologie ($p=0,0005$) (Tableau 2).

	Population totale (n=102) % (n)	DU (n=12) % (n)	FMC (n=51) % (n)
Fréquence de consultations de gynécologie			
Jamais	9,8 (10)	0 (0)	2 (1)
< 1 / mois	30,4 (31)	8,3 (1)	21,6 (11)
Plusieurs par mois	41,2 (42)	16,7 (2)	49 (25)
Plusieurs par semaine	13,7 (14)	41,7 (5)	19,6 (10)
Tous les jours	4,9 (5)	33,3 (4)	7,8 (4)

TABLEAU 2 : FREQUENCE DE CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE EFFECTUEES PAR LES MG EN FONCTION DE LEUR FORMATION.

2. CONNAISSANCES SUR L'ENDOMETRIOSE

a. Estimation des connaissances

Seuls 25% (26/102) des médecins interrogés jugeaient leurs connaissances sur l'endométriose suffisantes pour leur pratique quotidienne. Cinquante huit virgule trois pour cent (7/12) des médecins ayant un DU/DIU jugeaient leurs connaissances suffisantes sur l'endométriose contre seulement 21% (19/90) pour ceux n'en ayant pas ($p=0,01$). Les médecins qui participaient à des FMC de gynécologie étaient 31,4% (16/51) à juger leurs

connaissances suffisantes sur l'endométriose. Ce taux chutait à 19,6% pour les médecins ne participant pas à des FMC de gynécologie (10/51).

b. Sources des connaissances

Les sources des connaissances des 102 médecins ayant répondu au questionnaire étaient multiples : formation médicale initiale (59,8% (61/102)), FMC (47% (48/102)), internet (40,2% (41/102)), avis de confrères gynécologues (35% (35/102)) (Figure 2). Les autres sources sont détaillées dans la Figure 2.

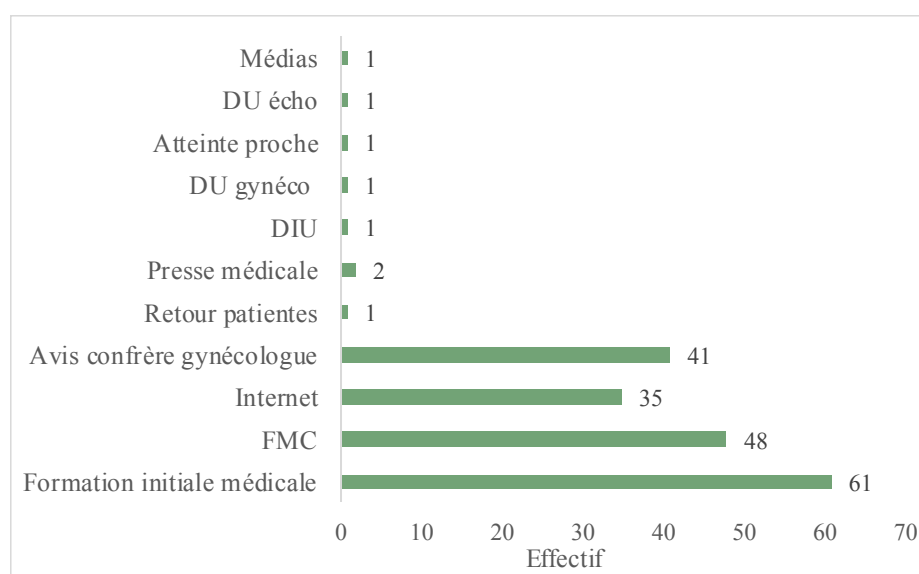


FIGURE 2 : SOURCES DES CONNAISSANCES SUR L'ENDOMETRIOSE DES MEDECINS GENERALISTES

c. Connaissance de l'actualisation de la recommandation HAS

Seuls 19,6% (20/102) des médecins ayant répondu au questionnaire déclaraient savoir qu'il existait une recommandation HAS récente sur l'endométriose. Trente trois virgule trois pour cent (4/12) des médecins ayant un DU/DIU de gynécologie et 23,5% (12/51) des médecins assistant à des FMC de gynécologie affirmaient connaître l'existence de ces recommandations. Seuls 17,8% (16/90) des médecins n'ayant pas de DU/DIU de gynécologie et 15,7% (8/51) des médecins n'assistant pas à des FMC de gynécologie connaissaient l'existence de ces recommandations.

d. Prévalence de l'endométriose

La suite du questionnaire portait sur la prévalence de l'endométriose en France. Trente sept pour cent (38/102) répondaient que la maladie touchait 10 à 15% des femmes. Les autres réponses sont détaillées dans la figure 3.

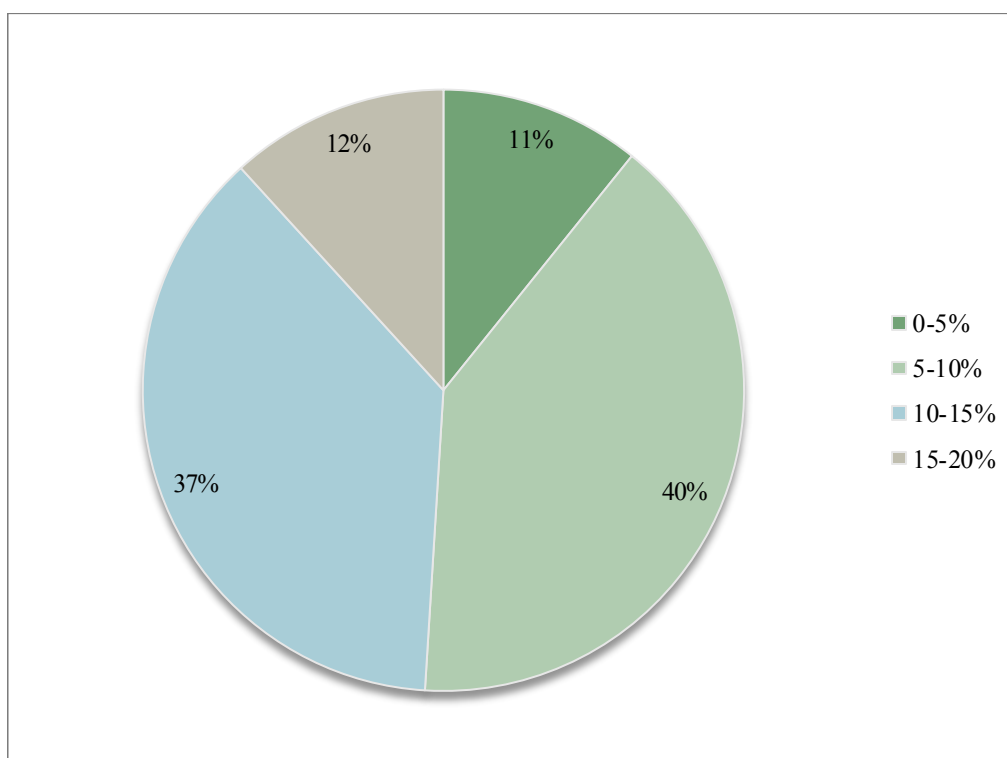


FIGURE 3 : PREVALENCE DE PATIENTES ATTEINTES D'ENDOMETRIOSE SELON LES MEDECINS GENERALISTES

3. ETUDE DES PRATIQUES

a. Situations amenant à rechercher une endométriose

Parmi les 102 médecins généralistes participant à l'étude, la quasi totalité d'entre eux déclarait rechercher une endométriose devant un signe clinique évocateur (97,1%, (99/102)), 39,2% (40/102) disaient le faire suite à la demande spécifique d'une patiente. Quatorze virgule sept pour cent (15/102) déclaraient rechercher la maladie dans les populations à risque

augmenté (facteurs génétiques, facteurs de risque menstruels). Seul 1% (1/102) répondait rechercher une endométriose dans la population générale.

b. Signes cliniques évocateurs

Les médecins étaient ensuite interrogés sur les signes cliniques qui leur faisaient suspecter le diagnostic d'endométriose. (Figure 4).

Parmi les cinq principaux symptômes évocateurs et localisateurs d'endométriose (24), les dyspareunies profondes, les dysménorrhées et les troubles de la fertilité étaient les signes qui faisaient le plus souvent évoquer le diagnostic d'endométriose à tous les médecins ayant répondu mais également, et encore plus souvent, aux médecins ayant un DU/DIU et ceux participant à des FMC de gynécologie (Tableau 3). A l'inverse, les signes fonctionnels urinaires (SFU) et les douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale faisaient peu évoquer le diagnostic (Tableau 3).

Pour plus de 50% de l'ensemble des médecins ayant répondu au questionnaire les douleurs pelviennes chroniques faisaient **souvent** et les douleurs pelviennes aiguës faisaient **parfois** évoquer le diagnostic (Figure 4). Les autres symptômes (troubles digestifs cycliques, et troubles du cycle menstruel) faisaient moins souvent évoquer le diagnostic (Figure 4).

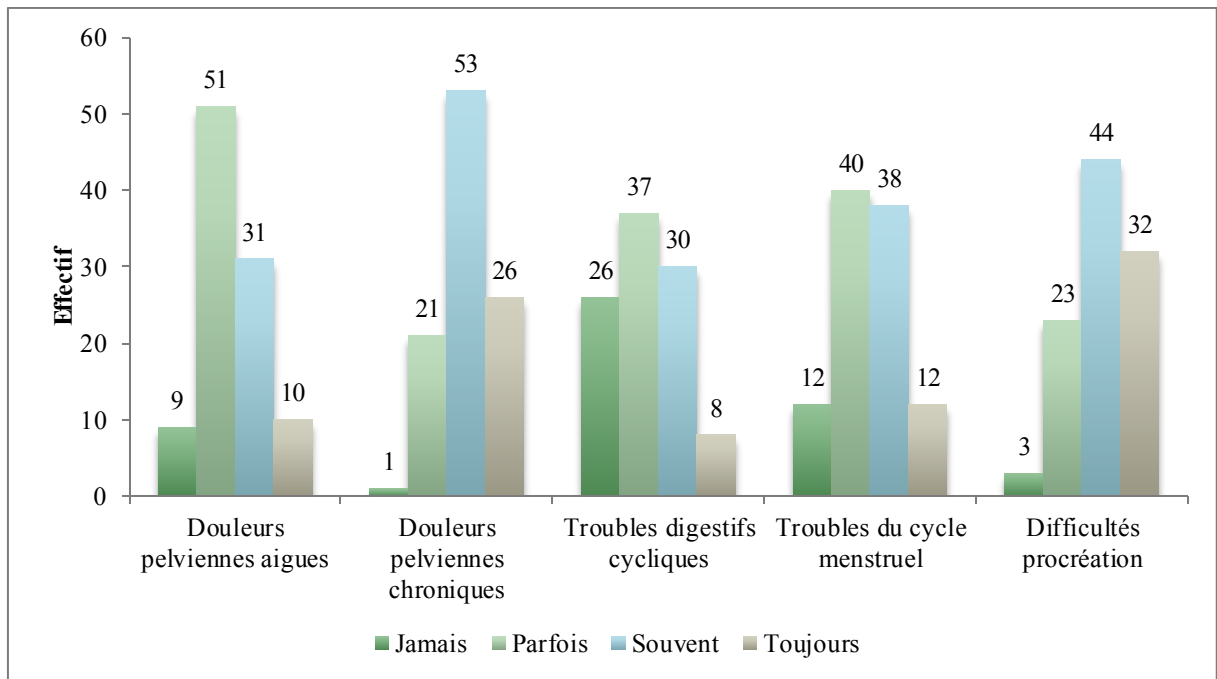


FIGURE 4 : SIGNES CLINIQUES FAISANT EVOQUER UNE ENDOMETRIOSE AUX MEDECINS GENERALISTES REPONDANTS

	Population totale (n=102) % (n)	DU (n=12) % (n)	FMC (n=51) % (n)
Dysménorrhées intenses			
Toujours	25,5 (26)	50 (6)	33,3 (17)
Souvent	55,9 (57)	33,3 (4)	47,1 (24)
Parfois	16,7 (17)	16,7 (2)	17,6 (9)
Jamais	1,9 (2)	0 (0)	2 (1)
Dyspareunies profondes			
Toujours	36,3 (37)	58,3 (7)	37,3 (19)
Souvent	37,3 (38)	16,7 (2)	41,2 (21)
Parfois	23,5 (24)	25 (3)	17,6 (9)
Jamais	2,9 (3)	0 (0)	3,9 (2)
Douleurs à la défécation			
Toujours	22,5 (23)	25 (3)	23,5 (12)
Souvent	20,6 (21)	33,3 (4)	29,4 (15)
Parfois	29,4 (30)	8,3 (1)	23,5 (12)
Jamais	27,5 (28)	33,3 (4)	23,5 (12)
SFU			
Toujours	16,7 (17)	25 (3)	19,6 (10)
Souvent	19,6 (20)	33,3 (4)	35,3 (18)
Parfois	33,3 (34)	8,3 (1)	19,6 (10)
Jamais	30,4 (31)	33,3 (4)	25,5 (13)
Infertilité			
Toujours	31,4 (32)	41,7 (5)	31,4 (16)
Souvent	43,1 (44)	41,7 (5)	51 (26)
Parfois	23,5 (24)	16,7 (2)	15,7 (8)
Jamais	2 (2)	0 (0)	2 (1)

TABLEAU 3 : FREQUENCE DE RECHERCHE DES SIGNES CLINIQUES EVOCATEURS ET LOCALISATEURS D'ENDOMETRIOSE PAR LES MG EN FONCTION DE LEUR FORMATION

c. Echelle d'évaluation de la douleur

La grande majorité (69%, (70/102)) des médecins ayant répondu au questionnaire n'utilisait pas d'échelle pour évaluer la douleur des patientes que ce soit pour l'intensité ou le retentissement, comme recommandé par l'HAS.

Pour ceux ayant répondu qu'ils en utilisaient une, 71,9% (23/32) déclaraient utiliser une Echelle Visuelle Analogique (EVA), seuls 3,1% (1/32) utilisaient un score de qualité de vie. Les échelles utilisées par les médecins généralistes déclarant en utiliser une sont détaillées dans la figure 5.

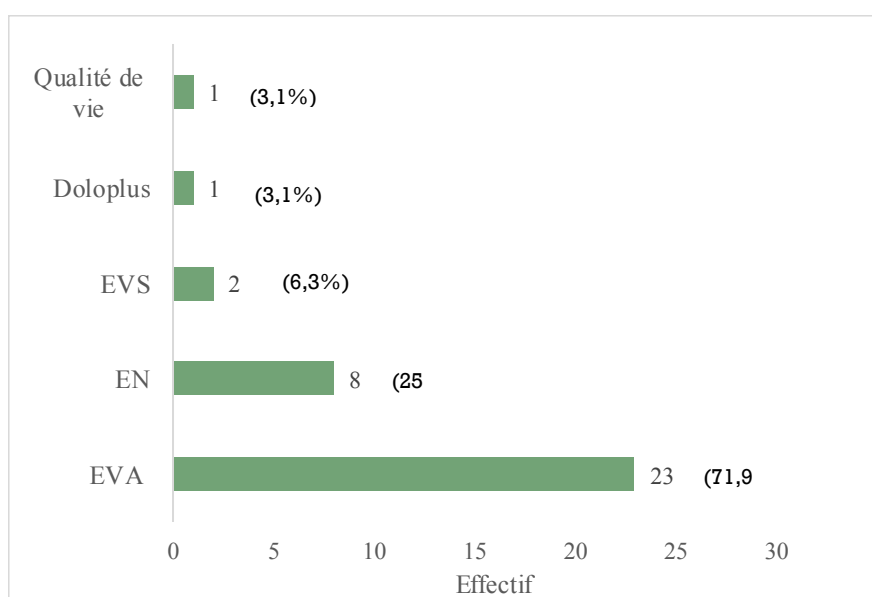


FIGURE 5: ECHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR UTILISÉES PAR LES MÉDECINS AYANT RÉPONDU EN UTILISER UNE

d. Examen gynécologique

Devant une suspicion d'endométriose, 71% (72/102) des praticiens participant au questionnaire répondaient ne pas réaliser d'examen clinique.

De façon significative, les examens gynécologiques devant une suspicion de la maladie étaient plus souvent réalisés par les praticiens ayant un DU/DIU de gynécologie (66,7% vs 24,4% ; $p=0,05$).

Quarante huit virgule six pour cent des médecins ne réalisant pas d'examen gynécologique (35/72) ne savaient pas quel signe rechercher et 44,4% (32/72) ne pratiquaient pas du tout de gynécologie. Vingt deux virgule deux pour cent des médecins (16/72) disaient manquer de temps. Certains ont répondu adresser les patientes à d'autres praticiens (spécialistes pour 4,2% (3/72), ou encore les sages femmes présentes au sein des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) pour 2,8% (2/72)), l'un des médecins (1,4%, 1/72) précisait « ne pas vouloir imposer la multiplication des examens ». Enfin l'un des médecins (1,4%) répondant au questionnaire disait « attendre les résultats des examens complémentaires » et un autre (1,4%) que les « consultations n'étaient pas forcément au meilleur moment (hors règles) ».

e. Orientation vers spécialiste

La majorité des médecins adressait leurs patientes au gynécologue dès lors qu'il y avait une anomalie sur les examens complémentaires (59,8%, (61/102)). Vingt six virgule cinq pour cent (27/102) des praticiens déclaraient les adresser pour la mise en place d'un traitement (Figure 6).

D'autres les adressaient plus précocement : 52% (53/102) déclaraient le faire d'emblée dès suspicion clinique (Figure 6). Les médecins n'ayant pas de DU/DIU adressaient plus souvent leurs patientes dès suspicion clinique que les médecins ayant un DU/DIU (56,6% vs 2,2% ; $p=0,009$).

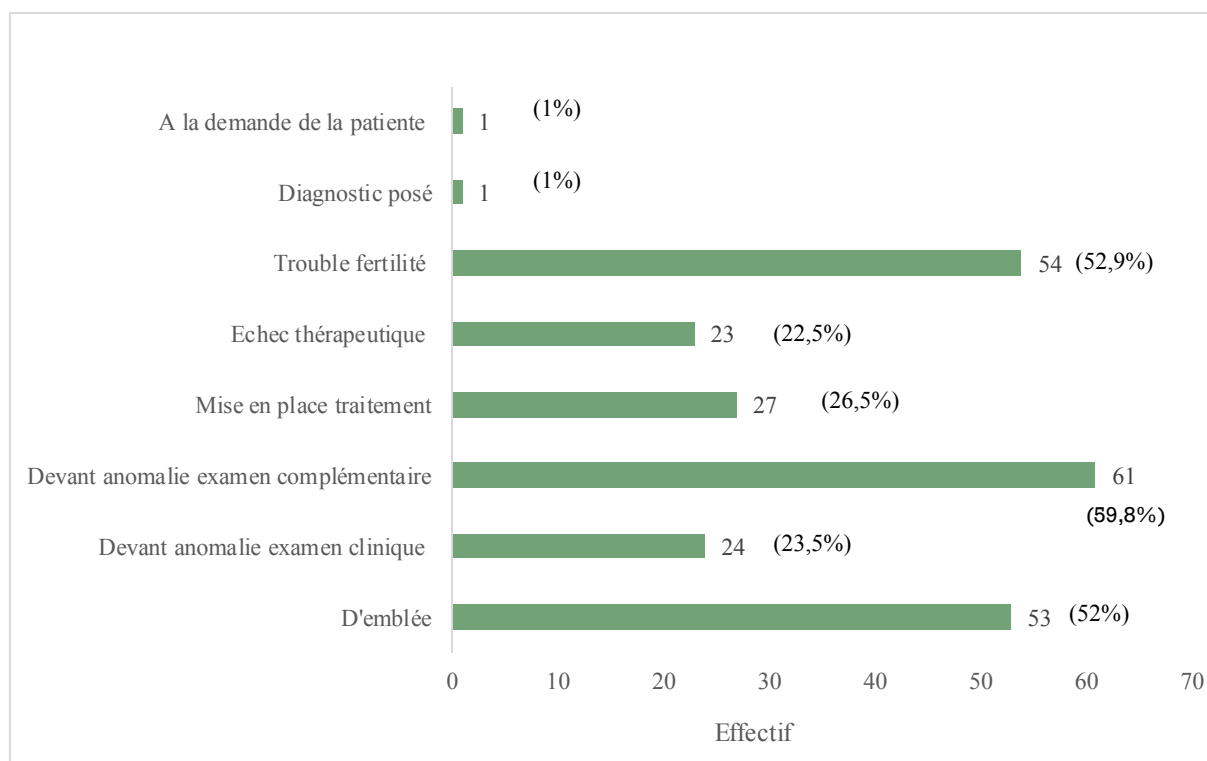


FIGURE 6: STADES DE LA PRISE EN CHARGE AUXQUELS LES MEDECINS GENERALISTES DECLARENT ORIENTER LES PATIENTES VERS LE GYNECOLOGUE

f. Examen complémentaire de 1^{ère} intention

Face à une suspicion d'endométriose, l'échographie pelvienne était l'examen complémentaire de 1^{ère} intention à prescrire pour 63% (64/102) des médecins ayant répondu au questionnaire, c'était le cas pour 58,3% (7/12) de ceux qui possédaient un DU/DIU et pour 54,9% (28/51) de ceux qui participaient à des FMC de gynécologie (Tableau 4). L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) pelvienne était prescrite en première intention par 35% (36/102) des répondants, par 33,3% des praticiens ayant un DU (4/12) et 41,2% de ceux allant à des FMC (21/51) (Tableau 4). Le scanner abdomino-pelvien était prescrit en première intention par environ 2% (2/102) des médecins ayant répondu mais également par 8,3% (1/12) des médecins ayant un DU/DIU et par 3,9% (2/51) des médecins assistant à des FMC de gynécologie (Tableau 4).

4. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

- a. En cas de dysménorrhées sans signe localisateur d'endométriose et pas de désir de grossesse

En cas de dysménorrhées sans signe localisateur d'endométriose et en l'absence de désir immédiat de grossesse, 57,8% (59/102) prescrivait une contraception hormonale dans le but d'obtenir une aménorrhée, de façon significative, ce traitement était plus souvent prescrit par les praticiens ayant répondu avoir un DU/DIU (91,7% (11/12) vs 53,3% (48/90) ; $p=0,01$) (Tableau 4).

Quarante et un virgule deux pourcent (42/102) prescrivait de façon isolée ou complémentaire des antalgiques usuels.

Tout de même 49% (50/102) des praticiens déclaraient demander un avis gynécologique. De façon significative, les avis étaient plus souvent demandés par les médecins qui ne possédaient pas de DU/DIU (53,3% vs 16,6% ; $p=0,02$) (Tableau 4).

Douze virgule sept pour cent (13/102) disaient demander des examens complémentaires de 2^e ou 3^e intention (Tableau 4).

- b. En cas d'endométriose douloureuse

En cas d'endométriose douloureuse, la contraception microprogestative orale au désogestrel étaient la plus prescrite par l'ensemble des médecins (54,9% (56/102)) mais également par ceux ayant un DU/DIU (91,6% (11/12)) et par ceux assistant à des FMC de gynécologie (62,7% 32/51) (Tableau 4). Le Dispositif Intra Utérin (DIU) au levonorgestrel (LNG) était le 2^{ème} traitement cité par les médecins ayant un DU/DIU et par ceux assistant à des FMC en gynécologie. Ce même traitement arrivait en 3^{ème} choix pour l'ensemble de la population après les pilules oestro-progestatives (Tableau 4).

Le traitement chirurgical en première intention était tout de même cité par un peu moins de 10% de l'ensemble des groupes (Tableau 4). Le reste des traitements prescrits en 1^{ère} intention selon les MG sont décrits dans le tableau 4.

	Population totale (n=102) % (n)	DU (n=12) % (n)	FMC (n=51) % (n)
Orientation patiente vers un gynécologue			
Dès la suspicion	52 (53)	16,7 (2)	41,2 (21)
Anomalie examen clinique	23,5 (24)	25 (3)	37,3 (19)
Anomalie examen complémentaire	59,8 (61)	66,7 (8)	70,6 (36)
Mise en place traitement	26,5 (27)	16,7 (2)	35,3 (18)
Echec thérapeutique	21,6 (23)	41,7 (5)	27,5 (14)
Trouble de la fertilité	52,9 (54)	41,7 (5)	58,8 (30)
Diagnostic posé	1 (1)	8,3 (1)	2 (1)
A la demande de la patiente	1 (1)	0 (0)	2 (1)
Examen complémentaire en première intention			
Echographie pelvienne	62,7 (64)	58,3 (7)	54,9 (28)
IRM pelvienne	35,3 (36)	33,3 (4)	41,2 (21)
Scanner abdomino-pelvien	2 (2)	8,3 (1)	3,9 (2)
Dysménorrhée sans signe localisateur			
Examen 2 ^e ou 3 ^e intention	12,7 (13)	25 (3)	11,8 (6)
Contraception hormonale	57,8 (59)	91,7 (11)	74,5 (38)
Antalgiques usuels	41,2 (42)	41,7 (5)	39,2 (20)
Avis gynécologique	49 (50)	16,7 (2)	33,3 (17)
Traitement de première intention endométriose douloureuse			
AINS	18,6 (19)	8,3 (1)	17,6 (9)
Pilule oestro-progestative	37,3 (38)	25 (3)	29,4 (15)
DIU Levonorgestrel 52 mg	29,4 (30)	83,3 (10)	33,3 (17)
Microprogestatif au désogestrel	54,9 (56)	91,7 (11)	62,7 (32)
Implant	19,6 (42)	58,3 (7)	29,4 (15)
GnRH + AddBack thérapie	3,9 (4)	0 (0)	5,9 (3)
Chirurgie	8,8 (9)	8,3 (1)	9,8 (5)

TABLEAU 4: PRISE EN CHARGE DES PATIENTES PAR LES MG EN FONCTION DE LEUR FORMATION

5. POINTS DE VUE ET ATTENTES

Une question ouverte a été posée aux MG de l'étude afin qu'ils puissent formuler des remarques ou des propositions dans le but d'améliorer leur pratique. Seuls 12,7% (13/102) d'entre eux ont répondu à cette question.

Ce qui ressortait principalement de leurs propositions était de faire des FMC sur l'endométriose pour 53,9% d'entre eux (7/13).

Quinze virgule quatre pourcent (2/13) demandaient quant à eux les contacts des référents de l'endométriose dans les Centres Hospitaliers Universitaire.

Certains médecins (2/13, 15,4%) notaient que la densité médicale faible était problématique, « il serait plus facile de prendre en charge les patientes si l'accès aux gynécologues était plus rapide mais malheureusement comme partout nous manquons de spécialistes », il faudrait « plus de temps et plus de médecins ».

IV. DISCUSSION

Notre enquête a permis de faire l'état des lieux des connaissances sur l'endométriose d'un échantillon des médecins généralistes de Picardie. A notre connaissance, il s'agit de la première étude française évaluant les connaissances de médecins généralistes sur cette pathologie depuis l'actualisation des recommandations en 2017.

Soixante deux virgule sept pour cent des médecins ayant participé à cette étude avaient moins de 40 ans. Parmi les répondants, il y avait presque autant d'hommes que de femmes. Les 3 départements de la Picardie étaient représentés et la répartition des lieux d'exercice rural, semi-rural et urbain était homogène. Cela donne du poids à notre étude. En effet, cette répartition démographique nous donne un aperçu des résultats d'un échantillon les plus représentatifs possibles de notre population cible à savoir les médecins généralistes de Picardie. De même, l'ensemble des modes d'exercice était représenté.

Un quart des médecins jugeaient leurs connaissances suffisantes sur l'endométriose. Parmi les médecins ayant un DU ou un DIU de gynécologie ce taux était de plus de 50% et d'environ 31% parmi les médecins assistant régulièrement à des FMC en gynécologie. Ces taux montrent plusieurs éléments : i) les médecins ayant répondu à notre questionnaire n'étaient pas les plus informés sur la pathologie étudiée, ii) l'obtention d'un diplôme complémentaire et la participation à des formations spécifiques permettent d'augmenter les connaissances sur une pathologie. Les médecins n'ayant pas de DU/DIU déclaraient plus fréquemment et de façon significative que leurs connaissances étaient insuffisantes sur l'endométriose.

Les sources d'information étaient diverses. En effet, 59,8% des praticiens déclaraient que leurs connaissances sur la maladie provenaient de leur formation médicale initiale. Cependant il n'existe pas d'item spécifique à l'endométriose au programme de l'ECN. L'endométriose est évoquée dans l'item « Douleurs pelviennes de la femme » simplement comme étant au premier plan des algoménorrhées organiques. Cette pathologie est également évoquée dans l'item « Assistance Médicale à la Procréation » dans lequel l'endométriose fait partie des principales indications de Fécondation In Vitro (FIV) (20). Quarante sept pour cent de l'ensemble des répondants estimaient que leurs connaissances sur la pathologie étaient issues de FMC ce qui permet de montrer, une nouvelle fois, l'importance de telles formations. Plus

d'1/3 des participants déclaraient également rechercher des informations sur internet. Toutes les informations concernant l'endométriose peuvent être trouvées sur la toile. Il faut cependant se méfier des informations erronées et les sites internet dans le domaine de la santé ne respectent pas tous la charte de qualité établie par la HAS (25).

L'ensemble des médecins répondants réalisait peu de consultations gynécologiques. En effet, seulement 18% de l'ensemble des médecins effectuaient plusieurs consultations de gynécologie par semaine ou plus contre 27% pour les médecins participant à des FMC et plus de 70% pour les médecins ayant un DU/DIU de gynécologie. Ces chiffres montrent une fois de plus l'intérêt de réaliser des formations complémentaires pour disposer des connaissances de base sur certaines pathologies mais également pour être à l'aise dans la gestion de ces pathologies.

En 2017, une actualisation de la recommandation sur la prise en charge de l'endométriose a été faite par l'HAS avec le Collège National des Gynécologues Français (CNGOF)(22) afin d'aider les médecins dans la démarche diagnostique de la maladie et le traitement médical, mais peu de médecins généralistes ayant répondu à notre étude en avaient connaissance (19,6% (20/102)).

Dans notre étude, les dysménorrhées intenses et les dyspareunies profondes étaient les 2 symptômes faisant le plus souvent évoquer le diagnostic. Notons cependant que près de 20 à 25% des MG ne pensaient pas ou peu à l'endométriose devant ces signes cliniques qui sont pourtant les principaux signes localisateurs de la maladie. L'endométriose profonde atteint les ligaments utéro-sacrés dans environ 50% des cas et le cul-de-sac vaginal postérieur dans 15% des cas (26)(27)(28)(29). Ces deux localisations sont une des principales explications des dyspareunies profondes, symptômes pouvant être retrouvé chez plus de 50% des patientes atteintes d'endométriose (28)(30). Un renforcement des connaissances pourrait permettre une meilleure prise en charge et ainsi réduire le délai diagnostique.

La disparité des signes cliniques ainsi que l'absence de corrélation entre le degré d'atteinte et la symptomatologie font que la prévalence des différents symptômes chez les patientes endométriosiques ne peut pas être estimée de manière fiable. Cependant, un interrogatoire bien mené permet de différencier certains symptômes douloureux de l'endométriose profonde des autres étiologies (2). Certains signes cliniques permettent en

effet d'établir un diagnostic de localisation anatomique des lésions d'endométriose (31). Il faut noter qu'il n'existe cependant pas de corrélation systématique entre la maladie, son étendue, son caractère profond ou non et son degré d'expression clinique.

Les dysménorrhées, d'augmentation progressive au cours de la période de menstruation, sont le symptôme le plus précoce de l'endométriose profonde (2)(32). De Graaff et al estime la prévalence des dysménorrhées intenses à environ 60% des patientes atteintes d'endométriose (28).

D'autres signes cliniques localisateurs faisaient peu évoquer le diagnostic comme les douleurs à la défécation et les signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale.

Le signe digestif le plus évocateur d'endométriose profonde est la douleur à la défécation avec recrudescence menstruelle (31)(33). Il existe 20 à 25% d'atteinte intestinale (la face antérieure du rectum et la jonction rectosigmoïdienne principalement) dans l'endométriose profonde (26)(27). Dans notre étude la majorité des MG y pensaient peu voire jamais. En revanche, les MG possédant un DU ou DIU de gynécologie étaient 58,3% à y penser souvent voire toujours, et les médecins participant à des FMC y pensaient également un peu plus souvent que les autres (52,9%), ce qui montre encore une fois l'importance de la formation continue.

Dans l'endométriose profonde, la vessie est atteinte dans 10 % des cas et les uretères dans 3% des cas (34)(27)(26). Certains signes fonctionnels urinaires peuvent être interprétés comme des signes localisateurs (31). Certains auteurs considèrent l'hématurie cataméniale comme pathognomonique (35)(36). Dans notre étude, les SFU à recrudescence cataméniale étaient très peu évocateurs pour près de 64% des médecins répondants, même parmi les médecins qui possédaient un DU ou DIU de gynécologie, 1/3 ne pensait pas à l'endométriose face à ces signes cliniques, ce qui suggère une mauvaise connaissance de la symptomatologie de la maladie et donc probablement une cause au retard diagnostique.

L'évaluation de la douleur est recommandée dans la prise en charge de la maladie. Il faudrait en effet utiliser une échelle pour mesurer l'intensité de la douleur. La dysménorrhée intense est d'ailleurs définie comme ayant une intensité > 7 ou engendrant un absentéisme fréquent ou encore ayant une résistance aux antalgiques de niveau 1(22). Dans notre étude, 69% (70/102) des praticiens y ayant répondu n'évaluaient pas l'intensité de la douleur. La

majorité de ceux qui déclaraient utiliser une échelle de douleur utiliser l' Echelle Visuelle Analogique (EVA) (71,9% (23/32)) ou l'Echelle Numérique (EN) (25% (8/32)). Ces deux échelles sont les deux méthodes les plus adaptées pour la mesure de la douleur chez la femme endométriosique (37). De même que l'utilisation d'un questionnaire de qualité de vie devrait être utilisé, tels que l'*Endometriosis Health Profile-30* (EHP-30), mais difficile d'interprétation pour les praticiens du fait de sa longueur et chronophage en pratique, ou sa version courte l'EHP-5 (38). Parmi les médecins ayant répondu à notre questionnaire un seul de ceux qui utilisaient des échelles d'évaluation (3,1%) déclarait utiliser un score de qualité de vie. La prise en charge d'une patiente souffrant d'endométriose ne peut se faire aujourd'hui sans une évaluation correcte de sa qualité de vie. L'EHP-5 a d'ailleurs été traduite(39)(40) et validée en français(40) afin de pouvoir utiliser un outil spécifique, fiable et standardisé pour l'évaluation de la maladie. Mais en pratique, l'utilisation de ces échelles en médecine générale est difficile, car prennent du temps.

Dans notre étude, 71% des praticiens répondaient ne pas réaliser d'examen clinique (72/102) et parmi eux 48,6% (35/72) précisaient ne pas savoir quel signe clinique rechercher. Dans les recommandations de bonnes pratiques, un examen clinique pelvien devrait être réalisé « si possible ». L'examen clinique d'une patiente endométriosique peut être difficile y compris pour les experts de cette pathologie. En effet, sur une série consécutive de 92 patientes examinées par des experts, la sensibilité de l'examen clinique pour le diagnostic de localisation était de 81,5% pour l'endométriose en général et chutait à 18% pour les nodules du septum recto-vaginal (41). De plus, la valeur diagnostique de l'examen clinique augmente en période de menstruation (42). Cet examen clinique semble de ce fait difficilement réalisable en pratique en médecine générale. L'examen clinique pelvien n'est pas nécessaire à la suspicion diagnostique et l'interrogatoire semble plus important.

Dans notre étude, une majorité de médecins (59,8% (61/102)) prescrivait un examen complémentaire de 1^{ère} intention avant d'adresser leurs patientes au spécialiste, même si parallèlement 52% (53/102) déclaraient les adresser d'emblée. Les praticiens répondants savaient que l'échographie pelvienne et l'IRM pelvienne étaient les meilleurs examens pour diagnostiquer la maladie. Soixante trois pourcent (64/102) prescrivait selon les recommandations l'échographie pelvienne en 1^{ère} intention et 35% (36/102) l'IRM pelvienne, qui a une performance similaire à l'échographie pour le diagnostic d'endométriose mais qui est plutôt recommandée en 2^{ème} intention. Il est primordial que l'IRM pelvienne soit interprétée par un radiologue référent. Deux pour cent des médecins prescrivait un scanner

abominopelvien, hors le scanner est un mauvais examen dans l'exploration des pathologies pelviennes, conduisant encore une fois à un retard diagnostique. Le colo-scanner avec balisage à l'eau a lui une indication dans l'exploration exhaustive de l'atteinte digestive (43).

Les médecins ne possédant pas de DU/DIU adressaient plus souvent leurs patientes dès suspicion clinique (56,6% vs 2,2%), probablement parce que ces médecins étaient moins à l'aise dans la prise en charge de la maladie que les médecins plus formés en gynécologie.

Concernant la prise en charge de dysménorrhées sans signe localisateur d'endométriose et sans désir de grossesse immédiat, une majorité des médecins semblaient savoir que l'obtention d'une aménorrhée était le traitement de référence (57,8% (59/102)). Le traitement spécifique était significativement plus prescrit par les médecins ayant un DU/DIU de gynécologie ($p=0,01$). Quarante neuf pour cent (50/102) demandaient tout de même un avis gynécologique dès ce stade et de façon significative il s'agissait plus fréquemment des médecins ne possédant pas de DU/DIU de gynécologie, de la même façon nous pouvons supposer qu'il s'agissait de médecins moins à l'aise avec la pratique de la gynécologie.

Le traitement de l'endométriose pelvienne profonde est dans une majorité des cas un traitement médical. Il est basé sur les traitements hormonaux dans le but d'obtenir une aménorrhée (44). Bien entendu, de tels traitements ne peuvent être prescrits qu'en l'absence de désir de grossesse immédiat chez les patientes. Il est primordial d'informer les patientes et de les rendre actrices de leur prise en charge, et notamment de discuter avec elles des impacts potentiels sur leur fertilité.

Les traitements hormonaux recommandés en 1^{ère} intention dans l'endométriose sont :

- la contraception par oestroprogestatifs , (45)(46)
- le DIU au LNG à 52 mg (47)(48)(49)

Il n'existe pas de données comparant la contraception œstroprogestative aux DIU au LNG 52 mg. En raison du risque thromboembolique, il est recommandé de suivre les règles de bonne pratique concernant l'usage des contraceptifs oestroprogestatifs si ce traitement est prescrit. (HAS 2013)(50).

Dans notre étude, en cas d'endométriose douloureuse, la contraception

microprogestative orale au desogestrel était prescrite en 1^{ère} intention par l'ensemble des médecins (54,9% (56/102)) ce qui était aussi le cas pour les médecins ayant un DU/DIU (91,6% (11/12)) et ceux participant à des FMC de gynécologie (62,7%), alors que ce traitement est recommandé en 2^{nde} intention par l'HAS ; en effet, les données concernant l'efficacité de la contraception microprogestative orale au désogestrel mais aussi de l'implant à l'étonogestrel sont peu nombreuses, même si les conclusions sont que ces traitements sont efficaces sur les douleurs liées à l'endométriose. (51)

En revanche, la pilule microprogestative est l'un des traitements de 1^{ère} intention de l'endométriose douloureuse chez l'adolescente (52), avec la contraception orale oestroprogestative qui l'est aussi chez la femme adulte, et nous n'avions en effet pas fait le distinctif entre les femmes adultes et les adolescentes dans notre questionnaire. Il est également possible que les MG aient pensé que l'administration continue d'un microprogestatif soit plus efficace sur la diminution des douleurs puisqu'en pratique clinique, l'aménorrhée permet de faire diminuer voire disparaître les dysménorrhées. Néanmoins, aucune preuve solide de supériorité de la prise continue ou discontinuée d'une contraception oestroprogestative n'existe en ce qui concerne la prise en charge des douleurs liées à l'endométriose.(45)

Il est intéressant de noter que les contraceptifs oestroprogestatifs n'ont pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans le traitement de l'endométriose (22).

Dans notre étude, le DIU au LNG à 52 mg était le 2^{ème} traitement cité par les praticiens qui avaient un DU/DIU de gynécologie et par ceux qui assistaient à des FMC de gynécologie contrairement à l'ensemble de la population de notre étude qui ne le citait qu'en 3^{ème} position. Une fois encore les médecins plus formés à la gynécologie prescrivaient les traitements plus en adéquation avec les recommandations.

Forces et faiblesses de l'étude

Le choix du questionnaire adressé par email réduisait le temps de réponse et limitait le risque de non-réponse notamment du fait de l'absence de nécessité de renvoi postal. Le taux de réponse était de 21,5% (105/488) ce qui pouvait être jugé satisfaisant.

Le fait d'avoir utilisé un questionnaire auto-administré, et grâce au fait que le format Google Forms ait permis de rendre obligatoire la réponse à presque toutes les questions pour passer aux suivantes, on retrouvait peu de réponses manquantes, ce qui facilitait l'analyse statistique.

Cependant, le contact de la population par courrier électronique constituait un biais de sélection, en effet étaient exclus d'emblée les médecins qui ne possédaient pas d'adresse email. Il y avait un renforcement du biais du fait de l'utilisation d'une mailing-liste déjà en grande partie constituée, complétée par les emails de nouveaux médecins remplaçants ou nouvellement thésés, qui ne permettait pas un recrutement intégralement aléatoire de la population. Ce mode de diffusion a donc certainement contribué à sélectionner une population plus jeune, non représentative de la population cible. En effet les médecins ayant répondu à cette étude étaient plus jeunes que ce qui est observé dans l'Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales éditée en Janvier 2018 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, avec 62,7% de notre population de moins de 40 ans contre 16,1% de médecins de moins de 40 ans dans l'Aisne, 16% dans l'Oise et 22,4% dans la Somme dans les faits (23)(19).

Par ailleurs les répondants spontanés étaient probablement plus impliqués, intéressés et informés sur le sujet que les médecins ayant refusé de répondre, ce qui constitue un biais de non réponse.

Ce questionnaire étant auto-administré, l'étude se basait sur des données déclaratives. Il existait donc un potentiel biais d'information, lié à la possible mauvaise compréhension des questions par les répondants, ce qui pouvait générer des réponses orientées notamment par les propositions données, des réponses involontaires, sans compter sur le fait que les pratiques pouvaient différer de celles déclarées.

V. CONCLUSION

L'endométriose est une pathologie chronique inflammatoire avec une prévalence élevée mais qui reste aujourd'hui encore diagnostiquée avec retard. Les patientes prennent une place de plus en plus centrale dans la prise en charge de leur maladie et ce grâce à sa médiatisation. Les recommandations sur la prise en charge de la pathologie ont été actualisées en 2017 par l'HAS. Notre étude révèle que les connaissances de ces recommandations restent mal connues des MG de Picardie, hors ils sont en première ligne pour le dépistage de cette maladie et d'autant plus du fait de la décroissance de l'effectif des gynécologues sur le territoire. La connaissance des signes cliniques évocateurs et localisateurs de la maladie reste médiocre. Bien que les grands principes de la prise en charge soient connus par une majorité de MG, il apparaît dans notre étude que la connaissance de l'endométriose reste moyenne. Il faut cependant noter que les médecins généralistes possédant un DU ou DIU de gynécologie mais aussi ceux assistant régulièrement à des FMC de gynécologie semblent mieux maîtriser le sujet.

Il apparaît donc essentiel pour améliorer le délai diagnostique et la prise en charge des patientes que la formation médicale des MG soit renforcée. L'un des meilleurs moyens d'améliorer leurs connaissances serait de réaliser des FMC dédiées sur le sujet, avec la transmission d'informations sur les médecins référents de l'endométriose dans chaque région afin que les médecins puissent constituer un réseau et améliorer la prise en charge et le parcours de soins des patientes. L'autre possibilité pour améliorer les connaissances des jeunes médecins sur cette pathologie serait de l'inclure dans leur formation médicale initiale avec un item dédié à l'ECN.

BIBLIOGRAPHIE

1. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* juin 1997;24(2):235- 58.
2. Fauconnier A, Fritel X, Chapron C. [Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications]. *Gynecol Obstet Fertil.* janv 2009;37(1):57- 69.
3. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* mai 2014;10(5):261- 75.
4. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* avr 2004;18(2):177- 200.
5. Zondervan KT, Cardon LR, Kennedy SH. What makes a good case-control study? Design issues for complex traits such as endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl.* juin 2002;17(6):1415- 23.
6. Sampson JA. Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. *Am J Pathol.* mars 1927;3(2):93-110.43.
7. Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, et al. Endometriosis. *Endocr Rev.* 01 2019;40(4):1048- 79.
8. Reis FM, Petraglia F, Taylor RN. Endometriosis: hormone regulation and clinical consequences of chemotaxis and apoptosis. *Hum Reprod Update.* août 2013;19(4):406- 18.
9. Guo S-W, Wang Y. The prevalence of endometriosis in women with chronic pelvic pain. *Gynecol Obstet Invest.* 2006;62(3):121- 30.
10. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum Reprod Oxf Engl.* mai 2012;27(5):1292- 9.
11. Soliman AM, Yang H, Du EX, Kelley C, Winkel C. The direct and indirect costs associated with endometriosis: a systematic literature review. *Hum Reprod Oxf Engl.* avr 2016;31(4):712- 22.
12. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* juin 2004;25(2):123- 33.
13. Denny E, Mann CH. Endometriosis and the primary care consultation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juill 2008;139(1):111- 5.
14. Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs.* juin 2004;46(6):641- 8.
15. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study--Part 1. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* oct 2008;115(11):1382- 91.
16. Dancet EAF, Apers S, Kremer JAM, Nelen WLDM, Sermeus W, D'Hooghe TM. The patient-centeredness of endometriosis care and targets for improvement: a systematic review. *Gynecol Obstet Invest.* 2014;78(2):69- 80.
17. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod Oxf Engl.* déc 2012;27(12):3412- 6.

18. Hadfield R, Mardon H, Barlow D, Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. *Hum Reprod Oxf Engl.* avr 1996;11(4):878- 80.
19. Quibel A, Puscasiu L, Marpeau L, Roman H. [General practitioners and the challenge of endometriosis screening and care: results of a survey]. *Gynecol Obstet Fertil.* juin 2013;41(6):372- 80.
20. UE 2 : De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - l'adolescent [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2608425/fr/ue-2-de-la-conception-a-la-naissance-pathologie-de-la-femme-heredite-l-enfant-l-adolescent
21. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2017;399.
22. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2017;39.
23. [approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf](#) [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/12u58hp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
24. Gourbail - 2017 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf
25. [evaluation_qualite_site_sante_internet.pdf](#) [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/evaluation_qualite_site_sante_internet.pdf
26. 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 Oxf Engl.* juill 2006;21(7):1839- 45.
27. Dousset B, Leconte M, Borghese B, Millischer A-E, Roseau G, Arkwright S, et al. Complete surgery for low rectal endometriosis: long-term results of a 100-case prospective study. *Ann Surg.* mai 2010;251(5):887- 95.
28. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman G a. J, Dirksen CD, Hummelshoj L, WERF EndoCost Consortium, et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod Oxf Engl.* oct 2013;28(10):2677- 85.
29. Vercellini P, Somigliana E, Buggio L, Barbara G, Frattaruolo MP, Fedele L. « I can't get no satisfaction »: deep dyspareunia and sexual functioning in women with rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril.* déc 2012;98(6):1503-1511.e1.
30. De Graaff AA, Van Lankveld J, Smits LJ, Van Beek JJ, Dunselman G a. J. Dyspareunia and depressive symptoms are associated with impaired sexual functioning in women with endometriosis, whereas sexual functioning in their male partners is not affected. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2016;31(11):2577- 86.
31. 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.* oct 2002;78(4):719- 26.

32. Arruda MS, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod Oxf Engl*. avr 2003;18(4):756- 9.
33. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Kennedy SH, Jenkinson C, Zondervan KT, World Endometriosis Research Foundation Women's Health Symptom Survey Consortium. Developing symptom-based predictive models of endometriosis as a clinical screening tool: results from a multicenter study. *Fertil Steril*. sept 2012;98(3):692-701.e5.
34. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, et al. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Hum Reprod Oxf Engl*. janv 2003;18(1):157- 61.
35. Gabriel B, Nassif J, Trompoukis P, Barata S, Wattiez A. Prevalence and management of urinary tract endometriosis: a clinical case series. *Urology*. déc 2011;78(6):1269- 74.
36. Kumar S, Tiwari P, Sharma P, Goel A, Singh JP, Vijay MK, et al. Urinary tract endometriosis: Review of 19 cases. *Urol Ann*. janv 2012;4(1):6- 12.
37. Bourdel N, Alves J, Pickering G, Ramilo I, Roman H, Canis M. Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? *Hum Reprod Update*. févr 2015;21(1):136- 52.
38. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Development of the Short Form Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-5. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. avr 2004;13(3):695- 704.
39. Renouvel F, Fauconnier A, Pilkington H, Panel P. [Linguistic adaptation of the endometriosis health profile 5: EHP 5]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. sept 2009;38(5):404- 10.
40. Fauconnier A, Huchon C, Chaillou L, Aubry G, Renouvel F, Panel P. Development of a French version of the Endometriosis Health Profile 5 (EHP-5): cross-cultural adaptation and psychometric evaluation. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2017;26(1):213- 20.
41. Bazot M, Lafont C, Rouzier R, Roseau G, Thomassin-Naggara I, Daraï E. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril*. déc 2009;92(6):1825- 33.
42. Koninckx PR, Meuleman C, Oosterlynck D, Cornillie FJ. Diagnosis of deep endometriosis by clinical examination during menstruation and plasma CA-125 concentration. *Fertil Steril*. févr 1996;65(2):280- 7.
43. Vassilieff M, Suaud O, Collet-Savoie C, Da Costa C, Marouteau-Pasquier N, Belhiba H, et al. [Computed tomography-based virtual colonoscopy: an examination useful for the choice of the surgical management of colorectal endometriosis]. *Gynecol Obstet Fertil*. juin 2011;39(6):339- 45.
44. Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *N Engl J Med*. 24 juin 2010;362(25):2389- 98.
45. Mabrouk M, Solfrini S, Frascà C, Del Forno S, Montanari G, Ferrini G, et al. A new oral contraceptive regimen for endometriosis management: preliminary experience with 24/4-day drospirenone/ethinylestradiol 3 mg/20 mcg. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol*

Endocrinol. juin 2012;28(6):451- 4.

46. Taniguchi F, Enatsu A, Ota I, Toda T, Arata K, Harada T. Effects of low dose oral contraceptive pill containing drospirenone/ethinylestradiol in patients with endometrioma. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. août 2015;191:116- 20.

47. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. Fertil Steril. mars 2001;75(3):485- 8.

48. Ferreira RA, Vieira CS, Rosa-E-Silva JC, Rosa-e-Silva ACJS, Nogueira AA, Ferriani RA. Effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on cardiovascular risk markers in patients with endometriosis: a comparative study with the GnRH analogue. Contraception. févr 2010;81(2):117- 22.

49. Brown J, Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 8 déc 2010;(12):CD008475.

50. Haute Autorité de santé. 2013;249.

51. 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.

52. Fukuoka M, Kurihara M, Haga T, Ebana H, Kataoka H, Mizobuchi T, et al. Clinical characteristics of catamenial and non-catamenial thoracic endometriosis-related pneumothorax. Respirol Carlton Vic. nov 2015;20(8):1272- 6.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE ET MOT D'ACCOMPAGNEMENT ENVOYES AUX MEDECINS

Chers confrères, chères consoeurs,

Je réalise ma thèse de DES de médecine générale sous la direction du Dr FOULON, gynécologue au CHU Amiens Picardie, et j'ai besoin de votre collaboration.

Ce questionnaire permettra de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes picards concernant la prise en charge de l'endométriose pelvienne profonde. Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation.

Je vous remercie de bien vouloir remplir le questionnaire en lien ci dessous (cliquer sur "remplir le questionnaire"): [Remplir le questionnaire](#)

Le questionnaire est anonyme et il ne vous prendra que 5 minutes d'y répondre.

Merci de votre participation.

Chloé ROULLIER

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES
MEDECINS GENERALISTES PICARDS SUR LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN
CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE PELVIENNE PROFONDE EN 2019.

QUESTIONNAIRE

PARTIE 1 : DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Etes-vous :

- Un homme
- Une femme

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- <40 ans
- 40-50 ans
- > 50 ans

3. Dans quel département exercez-vous ?

- Somme
- Aisne
- Oise

4. Dans quel milieu exercez-vous ?

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

5. Quel est votre mode d'exercice ?

- Installé en cabinet de médecine générale seul
- Installé en cabinet de groupe de médecine générale
- Installé au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Remplaçant
- Autre :

6. A quelle fréquence effectuez-vous des consultations de gynécologie ?

- Jamais
- <1/mois
- plusieurs par mois
- plusieurs par semaine
- tous les jours

7. Avez-vous réalisé un stage de gynécologie obstétrique durant votre internat ?

- Oui
- Non

8. Avez-vous effectué une formation universitaire complémentaire en gynécologie (DU, DIU) ?

- Oui
- Non

Si OUI, précisez :

9. Assistez-vous à des formations ayant pour thème la gynécologie (FMC, congrès...) ?

- Oui
- Non

PARTIE 2 : CONNAISSANCES CONCERNANT L'ENDOMETRIOSE

10. Jugez-vous vos connaissances suffisantes quant à la prise en charge de l'endométriose ?

- Oui
- Non

11. D'où viennent vos connaissances sur le sujet ?

- Formation initiale lors de vos études médicales
- Formation médicale continue
- Internet
- Avis de confrères gynécologues
- Autre :

12. Savez-vous qu'il existe une recommandation récente HAS sur le sujet ?

- Oui
- Non

13. Quel est selon vous le pourcentage de femmes atteintes ? une seule réponse possible

- 0-5%
- 5-10%

- 10-15%
- 15-20%

14. Quand êtes-vous amené à rechercher une endométriose ?

- Lors d'un dépistage de la population générale
- Suite à la demande spécifique d'une patiente d'explorer dans ce sens
- Lors du dépistage de populations à risque augmenté (facteurs génétiques, facteurs de risque menstruels)
- Si présence de signes cliniques évocateurs

15. Pensez-vous à l'endométriose devant :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Des dysménorrhées primaires				
Des dysménorrhées secondaires				
Des dysménorrhées précoces				
Des dysménorrhées tardives				
Des dyspareunies profondes				
Des douleurs pelviennes				

aigues				
Des douleurs pelviennes chroniques				
Des troubles digestifs cycliques				
Des douleurs à la défécation cataméniales				
Des SFU cataméniaux				
Des troubles du cycle menstruel				
Des difficultés à la procréation				

16. Afin d'évaluer la douleur (intensité, retentissement), utilisez-vous des échelles ou questionnaires ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

.....

17. Faites-vous un examen gynécologique ?

- Oui
- Non
 - Si non, est-ce parce que
 - Vous ne pratiquez pas du tout de gynécologie ?
 - Vous ne savez pas quel signe rechercher ?
 - Par manque de temps ?
 - autres : ...

18. A quel stade de la prise en charge décidez-vous d'orienter les patientes vers un gynécologue ?

- D'emblée, dès suspicion clinique
- Devant une anomalie à l'examen clinique
- Devant une anomalie sur les examens complémentaires
- Pour mettre en place un traitement
- En cas d'échec thérapeutique
- Pour prendre en charge un trouble de la fertilité
- Autre `

19. Quel examen complémentaire prescririez-vous en 1ere intention ?

- Echographie pelvienne
- Bilan hormonal
- IRM pelvienne
- Scanner abdomino-pelvien
- Hystérosalpingographie



PARTIE 3 : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

20. En cas de dysménorrhée sans signe localisateur d'endométriose profonde, et en l'absence de désir de grossesse immédiat, que feriez-vous ?

- Examen de 2^e ou 3^e intention à la recherche d'une endométriose profonde
- Contraception hormonale dans le but d'obtenir une aménorrhée
- Antalgiques usuels
- Avis gynécologique
- Autre

21. En cas d'endométriose douloureuse, quels sont selon vous les traitements de 1^{ere} intention ?

- AINS au long cours
- Contraception orale oestro-progestative
- DIU au levonorgestrel à 52 mg
- Contraception microprogestative orale au desogestrel
- Implant à l'étonorgestrel
- GnRH en association à une add-back thérapie
- Chirurgie

