



HAL
open science

Connaissances et prises en charge de l'endométriose par les sages-femmes libérales : étude dans les départements de l'Ain, de la Drôme, de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie

Laura Appertet

► To cite this version:

Laura Appertet. Connaissances et prises en charge de l'endométriose par les sages-femmes libérales : étude dans les départements de l'Ain, de la Drôme, de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-02955999

HAL Id: dumas-02955999

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02955999>

Submitted on 2 Oct 2020

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Connaissances et prises en charge de l'endométriose
par les sages-femmes libérales :
étude dans les départements de l'Ain, de la Drôme,
de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie

Par APPERTET Laura

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 15 Juin 2020

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2020

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Connaissances et prises en charge de l'endométriose
par les sages-femmes libérales :
étude dans les départements de l'Ain, de la Drôme,
de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie

Par APPERTET Laura

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 15 Juin 2020

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2020

RESUME

Objectif : L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de connaissance concernant la définition de l'endométriose par les sages-femmes libérales (SFL) des départements de l'Ain, de la Drôme, de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie.

Méthodes : Étude descriptive transversale déclarative par hétéro-questionnaire sur la période de septembre 2019 au 31 janvier 2020.

Résultats : Le taux de participation était de 8,2%. Parmi les SFL interrogées, 88,4% connaissaient la définition exacte de l'endométriose. Concernant la prise en charge de l'endométriose, 70% des SFL interrogées se considéraient comme « pas du tout » ou « peu » compétentes. Les symptômes les plus connus par les SFL sont les dysménorrhées et les dyspareunies profondes. Plus de la moitié des SFL ne prescrivait « jamais » ou « parfois » une thérapeutique ou un examen complémentaire. Les SFL ont évoqué des difficultés à orienter les patientes vers d'autres professionnels.

Conclusion : Les SFL souhaitent améliorer leur formation dans la prise en charge de l'endométriose. Il est, aujourd'hui, nécessaire de structurer un réseau de professionnels à différents niveaux afin d'améliorer la prise en charge des patientes.

Mots clés : Sages-Femmes Libérales, Connaissances, Endométriose, Sentiment d'Efficacité Personnelle

ABSTRACT

Objectives : The main objective of this study was to determine the rate of knowledge regarding the definition of endometriosis by freelance midwives in the following departments : Ain, Drôme, Isère, Haute-Savoie and Savoie.

Methods : Cross-sectional descriptive study by hetero-survey over the period from September 2019 to 31st of January 2020.

Results : The participation rate was 8.2%. Of the freelance midwives asked, 88.4% knew the exact definition of endometriosis. Regarding the management of endometriosis, 70% of the freelance midwives asked considered themselves to be "not at all" or "not very" competent. The most common symptoms known by freelance midwives are dysmenorrhoea and deep dyspareunia. More than half of freelance midwives "never" or "sometimes" prescribe a therapy or an additional exam for further investigation. Freelance midwives have difficulty referring patients to other professionals.

Conclusion : Freelance midwives wish to improve their knowledge in the management of endometriosis. Nowadays, it is now necessary to structure a network of professionals at different levels in order to improve patient management.

Key words : Freelance Midwives, Knowledge, Endometriosis, Sense of Self-efficacy

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

- Mr DI MARCO Lionel, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes, Président du Jury ;
- Mme BRUNET-HUMBERT Anne, Médecin généraliste, Praticien Attaché de l'Hôpital Couple-Enfant, CHUGA, Co-Présidente de ce jury ;
- Mme SALOMON Claire, Sage-Femme au CHU Dijon et à l'Hôpital privé Dijon Bourgogne, Sage-Femme invitée ;
- Mr ESCALON Julien, Gynécologue-Obstétricien à la Clinique Belledonne et à l'espace Gynebelle (Saint Martin d'Hères), Spécialiste de l'Endométriose, Directeur de ce mémoire ;
- Mme MARTIN Claudine, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes, Co-Directrice de ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Je remercie plus particulièrement :

- Mr ESCALON Julien, Gynécologue-Obstétricien à la Clinique Belledonne et à l'espace Gynebelle (Saint Martin d'Hères), Spécialiste de l'Endométriose, Directeur de ce mémoire ;

Pour votre intérêt, vos conseils avisés et votre accompagnement tout au long de l'écriture de ce mémoire ;

- Mme MARTIN Claudine, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes, Co-Directrice de ce mémoire ;

Pour vos nombreuses relectures, votre disponibilité et votre accompagnement au cours de ces deux dernières années ;

- Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes ayant accepté de transmettre mon étude, l'association « Gynnove » et toutes les Sages-Femmes qui ont participé à cette étude.

REMERCIEMENTS

Je remercie :

- L'ensemble de ma famille ;

Pour votre soutien sans faille et votre confiance ;

- Emmanuelle, Anthony, François et Yohann ;

Pour votre amitié infaillible depuis de nombreuses années ;

- Le bureau de l'ANESF 2017-2018 et tous les étudiants associatifs que j'ai rencontré au cours de mes études ;

Pour cette année singulière qui nous a appris la valeur de l'engagement ;

- Mes amies de la promotion Sage-Femme 2019 ;

Pour votre courage et votre détermination ;

- Lilia, Chloé et Meagan ;

Merci pour tout.

TABLE DES MATIERES

I. ABREVIATIONS	9
II. INTRODUCTION	10
III. MATERIELS ET METHODES	14
1. TYPE D'ETUDE	14
2. SITE ET DUREE DE L'ETUDE	14
3. POPULATION DE L'ETUDE ET MODE DE SELECTION	14
3.1. RECRUTEMENT DE LA POPULATION	14
3.2. CRITERES DE SELECTION	16
4. MODE DE RECUEIL DES DONNEES	16
5. VARIABLES	17
6. METHODES STATISTIQUES	18
IV. RESULTATS	19
1. CHARTFLOW	19
2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	20
2.1. CARACTERISTIQUES ADMINISTRATIVES ET DE FORMATION DES SFL	20
2.2. TYPE DE FORMATION DES SFL REPOUNDANTES	21
2.3. ACTIVITE DES SFL REPOUNDANTES	22
3. OBJECTIF PRINCIPAL	24
4. OBJECTIFS SECONDAIRES	25
4.1. OBJECTIF SECONDAIRE : LE SEP DES SFL CONCERNANT L'ENDOMETRIOSE	25
4.2. OBJECTIF SECONDAIRE : LA CONNAISSANCE DES SYMPTOMES DE L'ENDOMETRIOSE PAR LES SFL	27
4.3. OBJECTIF SECONDAIRE : DESCRIPTION DES TRAITEMENTS ET DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES PRESCRITS EN CAS DE SUSPICION D'ENDOMETRIOSE	28
4.4. OBJECTIF SECONDAIRE : DESCRIPTION DE LA FREQUENCE ET DU TYPE D'ORIENTATION PROPOSES PAR LES SFL	30
V. DISCUSSION	32
1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	32
2. ANALYSE DES RESULTATS	34
2.1. POPULATION ETUDIEE	34
2.2. OBJECTIF PRINCIPAL	36
2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES	37
2.3.1. LE SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE	37
2.3.2. CONNAISSANCE DES SYMPTOMES DE L'ENDOMETRIOSE PAR LES SFL	39
2.3.3. PRISE EN CHARGE PROPOSEE PAR LES SFL	40
3. PERSPECTIVES	44

VI. CONCLUSION	47
VII. BIBLIOGRAPHIE	48
VIII. ANNEXES	50

I. ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

CDOSF : Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

DE : Diplôme d'État

DIU : Dispositif Intra-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

LMD : Licence-Master-Doctorat

MG : Médecins Généralistes

SEP : Sentiment d'Efficacité Personnel

SFL : Sages-Femmes Libérales

II. INTRODUCTION

L'endométriose est une pathologie inflammatoire chronique définie histologiquement par la présence de stroma ou de glandes endométriales en dehors de l'utérus (1). Décrite pour la première fois en 1690 par Daniel SHROEN au sein de son livre « *Disputatio Inauguralis Medica de Ulceribus Ulceri* » (2), cette pathologie était probablement connue depuis l'antiquité (3). C'est en 1860 que l'anatomopathologiste Karl Von Rokitanski a observé, pour la première fois, des « plaies » d'endométriose au microscope. L'histoire de l'endométriose, bien que ponctuée de découvertes décisives, a été marquée par l'errance et la confusion de la société autour des menstruations féminines (4). Au cours du XX^e siècle, peu d'articles seront publiés et peu de recherches seront entreprises à ce sujet (5). Ce sont les créations successives d'associations de patients, telles que « EndoFrance » en 2001, « Lilli H Contre l'Endométriose » et « Ensemble contre l'Endométriose » en 2011, qui offrent un soutien aux patientes atteintes d'endométriose et leur permettent de s'exprimer à travers leurs réseaux sociaux respectifs (3). C'est en 2006 que se met en place le premier réseau interprofessionnel, « Rouendométrie » (6), composé d'un centre de référence articulé avec des centres publics et privés en Normandie. Il a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patientes, en travaillant notamment sur la coordination et la communication entre les professionnels de ce territoire. Par la suite, la place de l'endométriose bascule définitivement dans le débat public grâce à l'« EndoMarch » en 2014, ou marche mondiale pour l'endométriose, initiée aux Etats-Unis et déclinée dans plus de 60 pays, dont la France. A cette occasion, la ministre des Droits des femmes alors en

poste, Najat Vallaud-Belkacem, est interpellée. De cette journée découleront plusieurs rencontres avec diverses ONG, et finalement, la première campagne nationale InfoEndométriose qui voit le jour en 2016 avec le slogan : « Les règles c'est naturel, pas la douleur » (Annexe 1).

Aujourd'hui, l'endométriose est considérée comme l'une des pathologies gynécologiques les plus fréquentes avec une prévalence estimée à 10-15 % des femmes en âge de procréer (7). En 2014, la Société Européenne de Reproduction Humaine et d'Embryologie a publié, en anglais, de nouvelles recommandations très précises sur l'endométriose. Il faudra attendre 2017 pour que la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) adaptent et publient, en langue française, de nouvelles recommandations de bonnes pratiques (8), remplaçant ainsi les dernières recommandations françaises datant de 1997.

Dans le cadre de notre étude, il est important de rappeler que l'endométriose est une pathologie hétérogène dont on distingue trois formes, souvent associées entre elles : l'endométriose superficielle (péritonéale), l'endométriome ovarien et l'endométriose pelvienne profonde (sous-péritonéale) (1). Cette dernière forme est fréquemment multifocale et touche principalement les structures suivantes : ligaments utéro-sacrés, cul-de-sac vaginal postérieur, vessie, uretères et tube digestif (rectum, jonction recto-sigmoïdienne, appendice). Il est établi, à ce jour, que les principaux symptômes évocateurs et localisateurs de l'endométriose sont les dysménorrhées intenses, les dyspareunies profondes, les douleurs à la défécation et les signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale ainsi que l'infertilité.

En notant que certains de ces symptômes, tels que les douleurs pelviennes chroniques, les dysménorrhées profondes ou la dyschésie doivent faire rechercher l'endométriose profonde. L'infertilité n'est pas systématiquement présente lorsqu'une patiente est atteinte d'endométriose, mais l'on considère aujourd'hui que ces patientes ont deux fois plus de risque d'en être atteinte. La qualité de vie des patientes est aussi à intégrer à la démarche diagnostique de l'endométriose et il est conseillé d'utiliser des échelles de cotation de douleur et des échelles de qualité de vie afin d'évaluer l'impact de cette pathologie dans le quotidien de la patiente et aussi pouvoir évaluer l'efficacité de la prise en charge.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) promulguée le 21 juillet 2009, élargit le cadre de compétences des sages-femmes en leur permettant de réaliser des « consultations 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 » (Article L4151-1 du code de la santé publique) (9). Les sages-femmes sont donc aujourd'hui des acteurs de première ligne dans le cadre du dépistage de cette pathologie et de l'orientation des patientes concernées vers des professionnels de santé compétents. Il est cependant difficile, aujourd'hui, de connaître la qualité de formation des professionnels de santé, dont les sages-femmes, concernés et leur sentiment de compétence vis-à-vis du diagnostic et de la prise en charge de cette pathologie.

Au vu de l'extension des compétences des sages-femmes et de la publication de récentes recommandations de bonnes pratiques sur l'endométriose par la HAS,

quelles sont leurs connaissances ainsi que leur sentiment d'efficacité personnelle concernant le dépistage et la prise en charge de l'endométriose ?

Notre hypothèse était que plus de 50% des sages-femmes en exercice libéral (SFL) installés dans les départements de l'Ain, de la Drôme, de la Haute-Savoie, de l'Isère et de la Savoie connaissaient la définition exacte de l'endométriose.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de connaissances exactes concernant la définition de l'endométriose par les SFL de l'Ain, la Drôme, la Haute-Savoie, de l'Isère et de la Savoie.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Déterminer le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) des SFL concernant le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose ;
- Caractériser les connaissances des SFL concernant les symptômes de l'endométriose ;
- Décrire les types de prises en charge thérapeutiques ou les types d'exams complémentaires prescrits ;
- Évaluer la fréquence et le type d'adressage proposés aux patientes dans ce cas.

III. MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale déclarative par hétéro-questionnaire.

2. Site et durée de l'étude

Cette étude était prévue auprès des SFL des départements de l'Ain, de la Drôme, de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie.

Le recueil des données s'est déroulé de début septembre 2019 au 31 janvier 2020 en fonction des disponibilités des sages-femmes libérales.

3. Population de l'étude et mode de sélection

3.1. Recrutement de la population

La population d'étude cible était celle des sages-femmes installées en mode d'exercice libéral dans les départements de l'Ain, de la Drôme, de l'Isère, de la Haute-Savoie, de la Savoie et pratiquant une activité de suivi obstétrical et/ou de suivi gynécologique de prévention.

A cet effet, nous avons contacté les sages-femmes par l'intermédiaire de quatre voies distinctes :

- Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes (CDOSF) des départements de de l'Ain, de la Drôme, de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie ont été contactés par mail le 12 septembre 2019 afin de leur demander de transférer le questionnaire sur le logiciel « LimeSurvey » à l'ensemble des

SFL de leur département. Nous avons reçu une réponse positive des CDOSF de l'Ain et de la Haute-Savoie. Nous avons effectué une relance par mail et par téléphone un mois plus tard mais nous n'avons pas obtenu de réponse positive supplémentaire ;

- Nous avons participé le 11 octobre 2019 à la journée du CDOSF de l'Isère afin de pouvoir diffuser le questionnaire sous format papier aux SFL présentes ce jour ;
- Nous avons contacté l'association « Gynнове » le 27 novembre 2019 pour leur demander de transférer le questionnaire sur le logiciel « LimeSurvey » à l'ensemble des SFL adhérentes à cette association. L'association « Gynнове » est une association pluridisciplinaire qui a pour objectif de rassembler un maximum de professionnels des secteurs de la périnatalité et de la santé de la femme au sein de l'Isère, afin d'améliorer l'accès et la prise en charge des femmes en gynécologie et obstétrique et de favoriser les échanges entre les professionnels de santé en ville et à l'hôpital ;
- Par ailleurs, deux réseaux de périnatalité contactés, Réseau de Périnatalité des 2 Savoie (RP2S) et le Réseau Périnatal Alpes-Isère (RPAI), n'ont pas souhaité transmettre le questionnaire.

Nous avons donc limité notre étude aux sages-femmes libérales des départements de l'Ain (01), de la Drôme (26), de l'Isère (38) et la Haute-Savoie (74).

3.2. Critères de sélection

Nous avons utilisé trois critères de sélection :

- Concernant le mode d'exercice : l'exercice libéral ;
- Concernant la zone d'exercice géographique : les départements de l'Ain, de la Drôme, de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie ;
- Concernant la pratique d'une activité de suivi obstétrical et/ou de suivi gynécologique de prévention : au moins une consultation de suivi obstétrical et/ou de suivi gynécologique de prévention par semaine.

Nous excluons ainsi les sages-femmes pratiquant uniquement une activité de suivi échographique, d'acupuncture, d'ostéopathie, etc.

4. Mode de recueil des données

Le recueil des données s'est effectué par l'intermédiaire d'un questionnaire sur la pratique des SFL concernant l'endométriose. Il a été diffusé sous deux formats : un format informatique grâce au logiciel « LimeSurvey » et un format papier.

Le questionnaire a été établi à partir des recommandations de la HAS sur l'endométriose, publiées en 2017. Afin de respecter le cadre des compétences des sages-femmes, les questions ont été créées en tenant compte du cadre de la physiologie et du rôle de dépistage inhérent à la profession de sage-femme.

Le questionnaire était composé de 31 questions sous la forme de questions ouvertes, de questions fermées et de questions à choix multiples (Annexe 2). Les

réponses à toutes les questions n'étaient pas obligatoires pour valider le questionnaire.

5. Variables

Les questions ont permis de recueillir des réponses à plusieurs variables qui peuvent être regroupées de manière didactique selon :

- Les variables destinées à caractériser la population étudiée de sages-femmes en fonction :
 - De leur âge, sexe et département d'exercice ;
 - De l'année d'obtention de leur diplôme d'état (DE) et d'installation en libéral ;
 - De leur niveau de formation initiale et continue en gynécologie et spécifiquement sur l'endométriose ;
 - Du nombre de consultations effectuées par semaine, toutes activités confondues et spécifiquement le nombre de consultations par semaine de suivi gynécologique de prévention ;
- Les variables concernant leurs connaissances générales liées à l'endométriose : définition, prévalence, symptômes et les éléments de l'interrogatoire faisant évoquer l'endométriose ;
- Les variables concernant le nombre de cas de suspicion d'endométriose au cours de leur carrière ;
- Les variables concernant leurs pratiques en termes de prise en charge thérapeutique, de prescription d'examens complémentaires de première intention et d'orientation en cas de suspicion clinique d'endométriose ;

- Une variable concernant leur sentiment d'efficacité personnelle par rapport au diagnostic et à la prise en charge de l'endométriose ;

Le **critère de jugement principal** était le taux de connaissance de la définition exacte de l'endométriose par les SFL.

Nous avons considéré que la sage-femme connaissait la définition de l'endométriose lorsque ces deux notions principales étaient présentes :

- La « présence de cellules endométriales » ou « présence de tissu endométrial » ;
- Et « En position ectopique » ou « en dehors de l'utérus »

Le **critère de jugement secondaire** était donc leur sentiment d'efficacité personnelle coté entre 0 et 10.

Nous avons considéré que la sage-femme se trouvait :

- Pas du tout compétente quand son SEP était ≤ 3
- Peu compétente quand son SEP était > 3 et ≤ 5
- Plutôt compétente quand son SEP était > 5 et ≤ 7
- Très compétente quand son SEP était > 7

6. Méthodes statistiques

L'analyse des données a été effectuée de manière descriptive.

Les données recueillies ont été transposées dans des tableaux sur Microsoft Excel.

Leur analyse a été réalisée grâce à R4web.

IV. RESULTATS

1. Chartflow

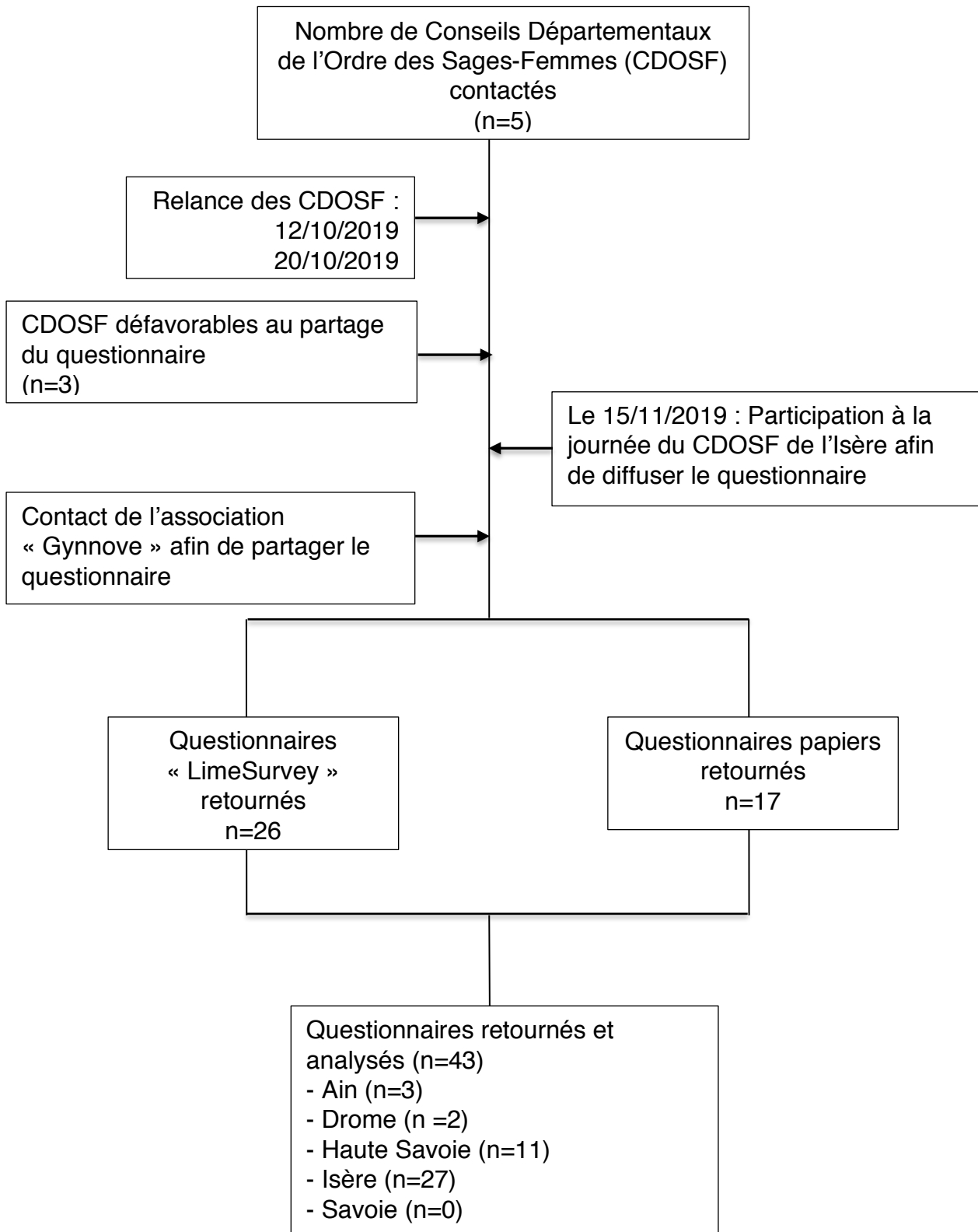


Figure 1 : Charflow

Au cours de cette étude, 43 questionnaires ont été retournés par les SFL (sur 524 SFL exerçant dans les départements de l'Ain, de la Drôme, de la Haute-Savoie, de la Savoie et de l'Isère (10)) soit un taux de participation de 8,2%. Tous les questionnaires retournés ont été inclus.

Les taux de réponse pour chaque département étaient de :

- Ain (n = 67) : 4,5% ;
- Drome (n = 69) : 2,9% ;
- Haute-Savoie (n = 115) : 9,6% ;
- Isère (n = 207) : 13% ;
- Savoie (n = 66) : 0%.

2. Caractéristiques de la population

2.1. Caractéristiques administratives et de formation des SFL

Caractéristiques*		
Sexe Féminin, n (%)	40	(93)
Age, moyenne, (ET)	38,8	(9,4)
Département d'exercice, n (%)		
Ain (01)	3	(7)
Drôme (26)	2	(4,7)
Haute Savoie (74)	11	(25,6)
Isère (38)	27	(62,7)
Année obtention Diplôme d'État n (%)		
< 2009	27	(62,8)
≥ 2009	13	(30,2)
Sans réponse	3	(7)
Nombre d'années d'installation en SFL n (%)		
≤ 5 ans	19	(44,2)
> 5 et ≤ 10 ans	9	(20,9)
> 10 ans	12	(27,9)
Sans réponse	3	(7)

* Les données étaient manquantes pour le sexe pour n=3, pour l'âge n=3.

Tableau I : Caractéristiques de la population de sages-femmes libérales à l'inclusion (n=43)

Sur les 40 SFL ayant répondu à la question concernant le sexe, 93% étaient des femmes. L'âge moyen des participantes à cette étude était de 38,8 ans (ET=9,4 ans). 62,8% des SFL participantes ont été diplômées avant 2009 avec, en moyenne, une installation en 2003 (ET=9,8 ans), c'est-à-dire avant la mise en place des compétences de suivi gynécologique de prévention pour les sages-femmes.

2.2. Type de formation des SFL répondantes

Formation*	Année obtention DE		Total
	<2009	≥2009	
Formation en gynécologie n (%)			
Initiale	11 (28,9)	9 (23,7)	20 (52,6)
Continue	25 (64,1)	7(17,9)	32 (82)
Formation sur l'endométriose n (%)			
Oui	2 (4,6)	4 (9,3)	6 (13,9)
Sans réponse	/	/	7 (16,8)
Nombre d'années d'installation en tant que SFL n (%)			
≤ 5 ans	8 (18,6)	11(25,6)	19 (44,2)
> 5 et ≤10 ans	7 (16,3)	2 (4,6)	9 (20,9)
>10 ans	12 (27,9)	0 (0)	12 (27,9)
Sans réponse	/	/	3 (7)

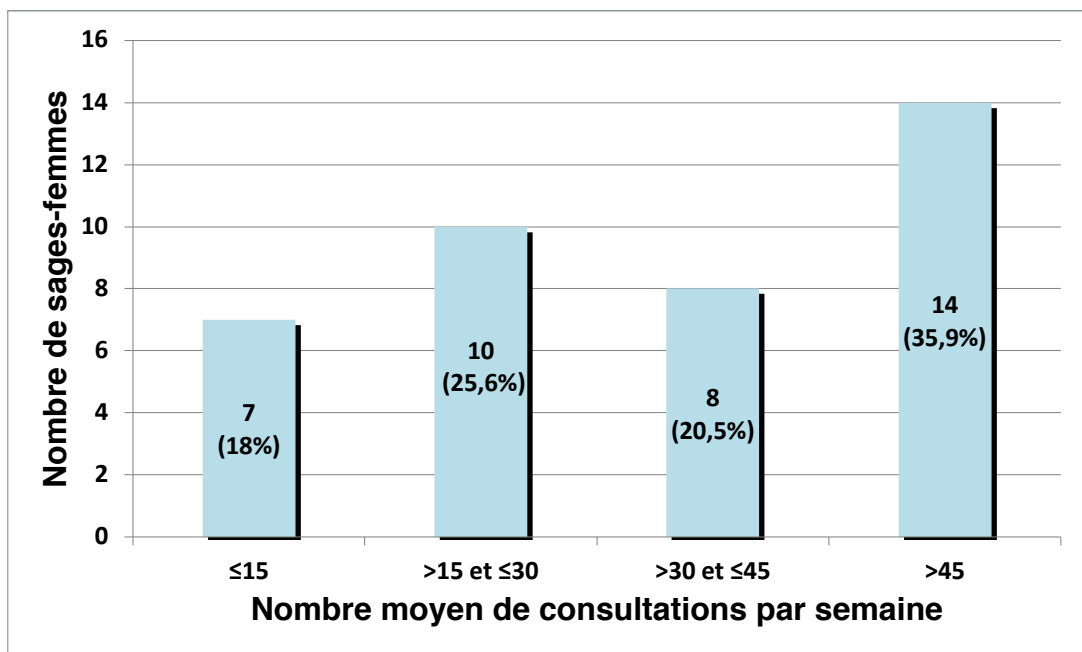
*Les données étaient manquantes pour la formation initiale en gynécologie n=5, pour la formation continue en gynécologie n=4

Tableau II : Caractéristiques de la formation des SFL en fonction de l'année d'obtention de leur DE (n=43)

Afin de caractériser le type de formation en gynécologie de prévention des SFL, nous avons choisi de les classer en deux catégories selon l'année d'obtention de leur DE. En effet, la compétence des sages-femmes dans le suivi gynécologique de prévention a été inscrite dans le code de la santé publique au sein de l'article L4151-1 datant du 21 juillet 2009 (9). Le CNOSF a ensuite élaboré le référentiel de

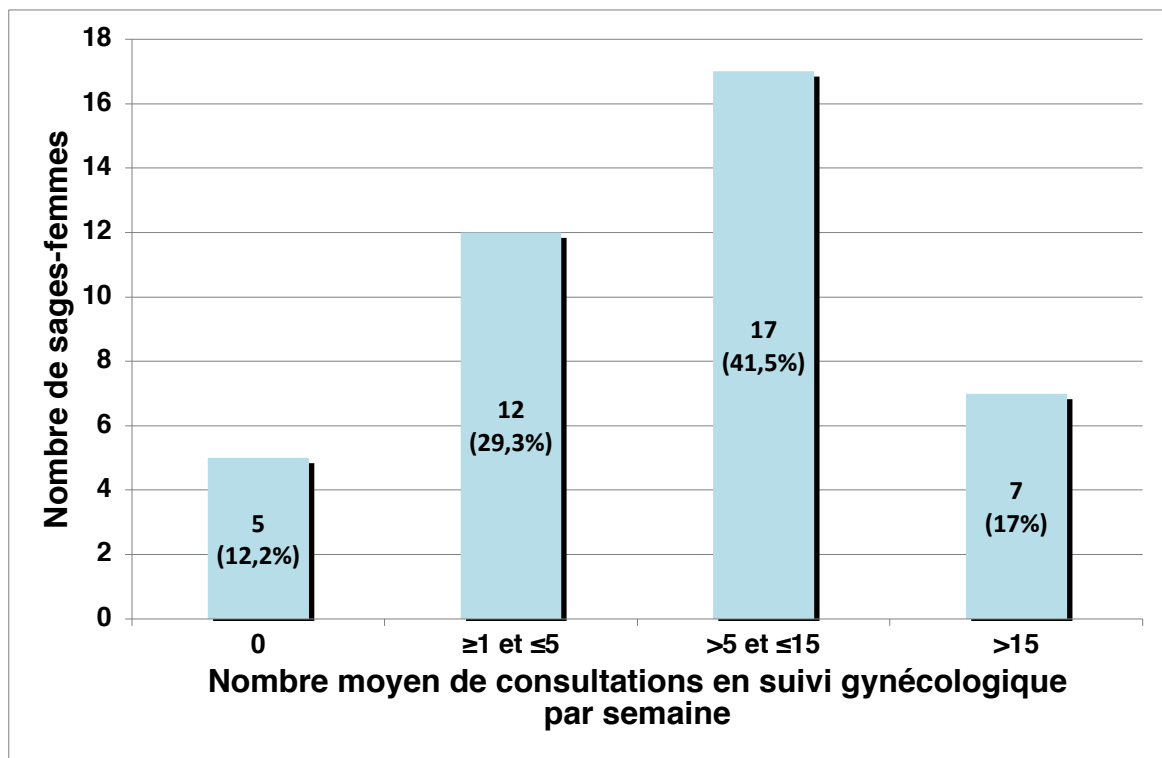
compétences des sages-femmes (11) en 2010, duquel a découlé le programme de formation des sages-femmes concernant le suivi gynécologique de prévention et l'orthogénie. Ce dernier a alors été utilisé en référence pour établir le programme de formation des étudiants sages-femmes. Les décrets de formation n'ont cependant été officiellement modifiés qu'en 2011(12), lors de la réforme du premier cycle de formation et l'intégration du cursus de maïeutique dans le modèle européen Licence-Master-Doctorat (LMD). Ainsi, face à l'absence d'année précise où la gynécologie aurait été introduite dans les maquettes de formations de l'ensemble des écoles, nous avons choisi de classer ces données en fonction de l'année 2009, marquant l'évolution officielle des compétences des sages-femmes.

2.3. Activité des SFL répondantes



*Les données étaient manquantes pour le nombre de consultations totales pour n=4

Figure 2 : Histogramme du nombre de consultations des SFL par semaine toutes activités confondues (n=43)*



*Les données étaient manquantes pour le nombre de consultations de suivi gynécologique pour n=2

Figure 3 : Histogramme du nombre de consultations de suivi gynécologique de prévention des SFL par semaine (n=43) *

Concernant l'activité des SFL interrogées, nous avons pu voir que 56,4% des SFL répondantes, soit plus de la moitié, effectuent plus de 30 consultations toutes activités confondues par semaine.

En outre, parmi ces SFL, nous avons pu observer que 87,8% d'entre elles pratiquaient au moins une consultation de suivi gynécologique de prévention par semaine et que plus de la moitié (58,5%) en pratiquait plus de cinq par semaine.

3. Objectif principal

	n	%
Connaissance définition		
Totale	38	(88,4)
Partielle	1	(2,3)
Sans réponse	2	(4,6)
Localisations ectopiques précisées	10	(23,2)

Tableau III : Connaissance de la définition de l'endométriose par les SFL (n=43) *

Concernant la connaissance de la définition de l'endométriose, pour celles qui ont répondu à cette question nous avons pu observer que 88,4% connaissaient la totalité de la définition de l'endométriose.

Concernant la seule réponse partielle que nous avons obtenue, elle indiquait la présence d'un « tissu » en « position ectopique » avec l'absence de l'origine endométriale de ce tissu.

En outre, 23,2% des SFL ayant répondu à cette question ont précisé, en complément, un ou plusieurs types de localisation ectopiques tels que :

- La localisation superficielle et notamment le péritoine ;
- Les localisations annexielles : ovaires et trompes ;
- Les localisations profondes : la vessie, le rectum, les ligament utéro-sacrés de l'utérus.

Nous pouvons supposer que les deux SFL n'ayant pas répondu à cette question ne connaissaient pas la définition de l'endométriose.

4. Objectifs secondaires

4.1. Objectif secondaire : Le SEP des SFL concernant l'endométriose

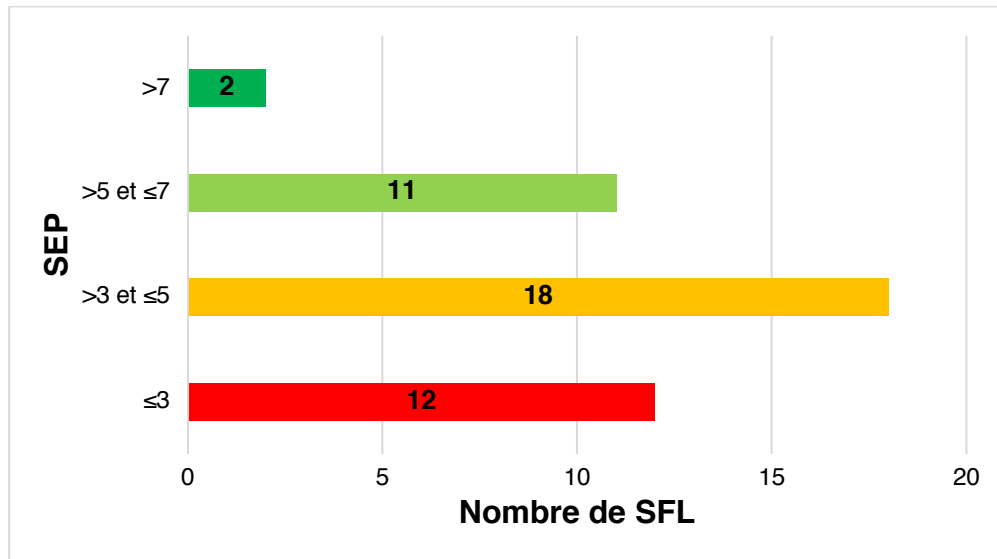


Figure 4 : SEP des SFL dans le cadre du diagnostic et de la prise en charge de l'endométriose (n=43)

Concernant le SEP des SFL dans le cadre du diagnostic et de la prise en charge de l'endométriose, nous avons pu observer que les SFL se considéraient comme :

- Pas du tout compétentes pour 12 SFL
- Peu compétentes pour 18 SFL
- Plutôt compétentes pour 11 SFL
- Très compétentes pour 2 SFL

Ainsi, environ 70% des SFL se considéraient comme « pas du tout » ou « peu » compétentes dans le cadre de l'endométriose et au contraire 4,6% se considéraient comme « très » compétentes.

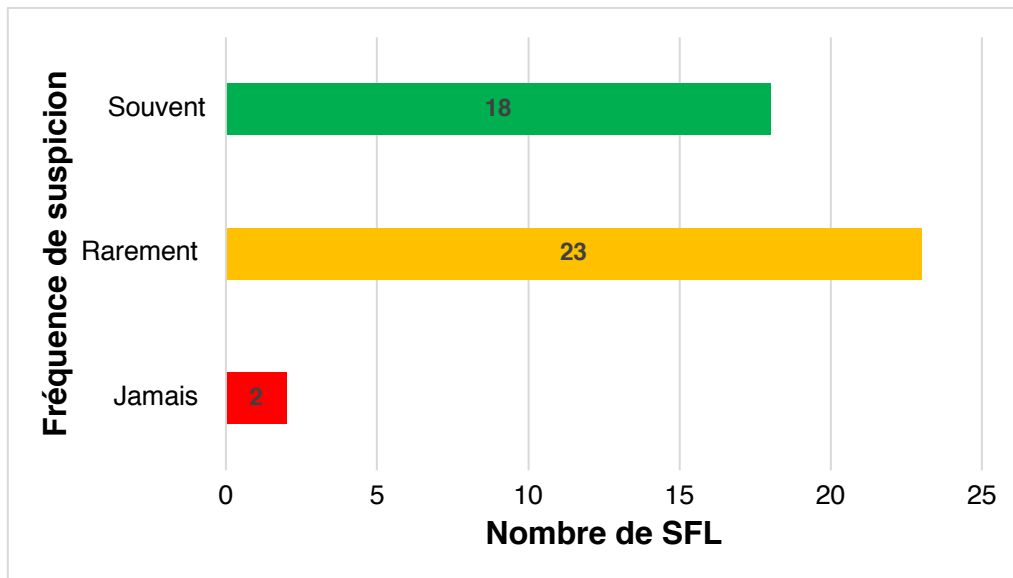


Figure 5 : Fréquence de suspicion des cas d'endométriose par les SFL (n=43)

Au cours de cette étude, les SFL ont déclaré qu'environ 40% d'entre elles rencontraient « souvent » des patientes suspectes d'être atteintes d'endométriose. Seulement deux d'entre elles ont déclaré ne jamais en avoir rencontré.

Pour les SFL ayant déclaré avoir déjà rencontré des patientes suspectées d'être porteuses d'endométriose, il s'agissait dans 86% des cas de consultations de suivi gynécologique de prévention. 13% des SFL ont déclaré qu'elles avaient déjà suspecté une patiente d'être atteinte d'endométriose au cours d'une consultation de post-partum ou de rééducation du périnée.

4.2. Objectif secondaire : la connaissance des symptômes de l'endométriose par les SFL

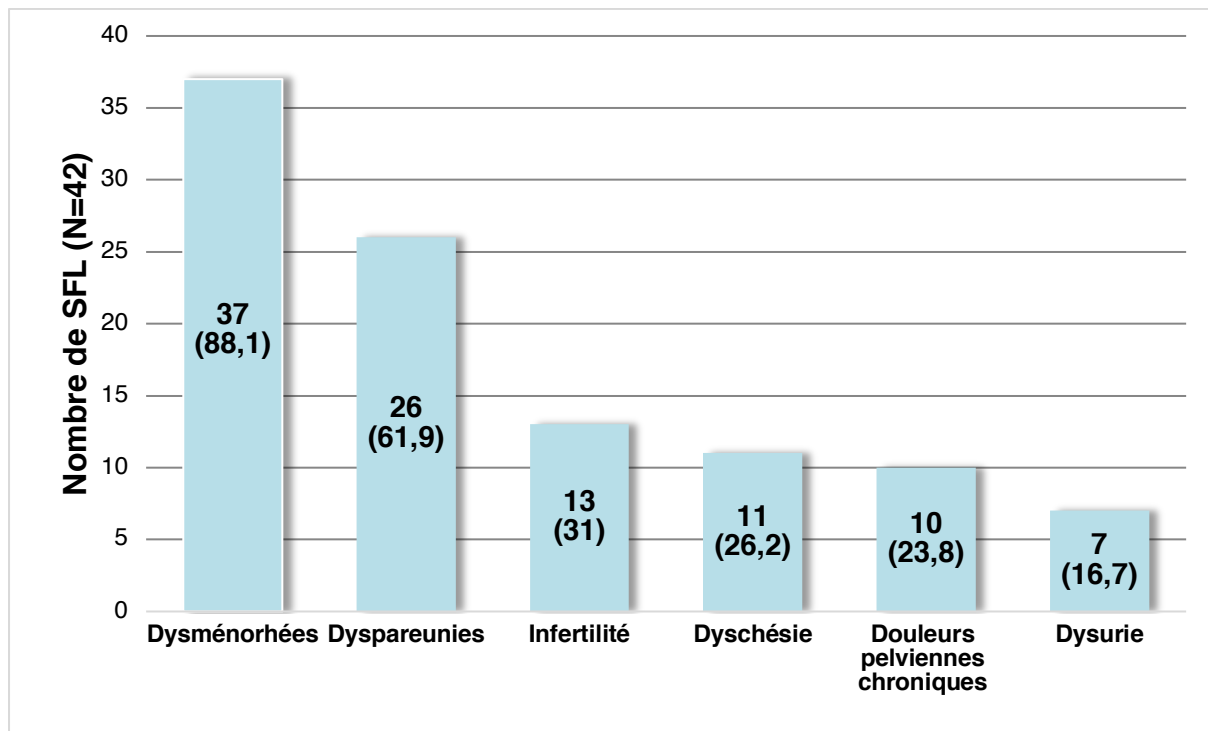


Figure 6 : Histogramme de la connaissance des SFL concernant les symptômes de l'endométriose (n=42)

Concernant la connaissance des SFL des principaux symptômes de l'endométriose, nous avons pu observer que respectivement 26 et 37 SFL connaissaient les dyspareunies et les dysménorrhées en tant que symptômes de l'endométriose.

Pour les autres symptômes les plus fréquents de l'endométriose que sont les douleurs pelviennes chroniques, la dyschésie et la dysurie, moins de 30% des SFL répondantes ont déclaré les connaître.

Enfin, 13 SFL ont déclaré que l'infertilité était un des symptômes de l'endométriose.

En particulier concernant les dysménorrhées, 97,7% des SFL ont su préciser que ces dysménorrhées étaient caractérisées par l'absence d'amélioration par la prise d'antalgique de pallier 1.

Trente-quatre SFL (79,1%) ont déclaré que l'absentéisme scolaire ou professionnel était un élément de l'interrogatoire caractéristique de l'endométriose.

Concernant la connaissance de la prévalence de l'endométriose chez les SFL ayant participé à l'étude, la moyenne de la prévalence déclarée était de 12,7% (ET=9,4%).

A cette question, 10 SFL n'ont pas répondu, nous pouvons donc supposer qu'elles ne connaissaient pas la prévalence de l'endométriose au sein de la population générale.

4.3. Objectif secondaire : Description des traitements et des examens complémentaires prescrits en cas de suspicion d'endométriose

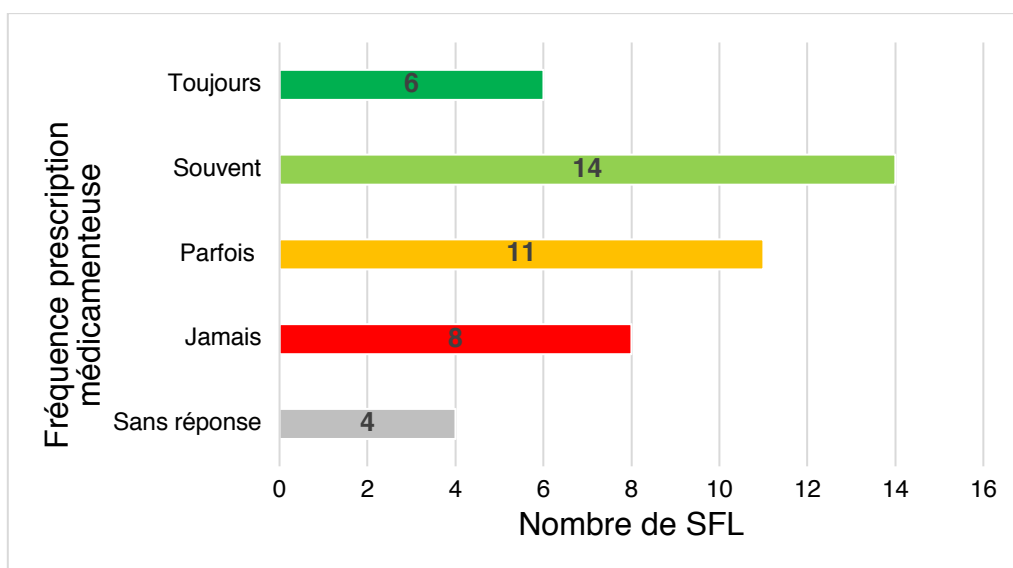


Figure 7 : Fréquence de prise en charge médicamenteuse des patientes suspectes d'endométriose par les SFL (n=43)

Au cours de cette étude, les SFL participantes ont déclaré que 46,5% d'entre elles prescrivait « souvent » ou « toujours » une prise en charge médicamenteuse aux patientes ayant des symptômes de l'endométriose, notamment les dysménorrhées.

Parmi les 31 SFL ayant déclaré prescrire « parfois », « souvent » ou « toujours », les médicaments prescrits étaient :

- Des AINS pour 21 SFL (67,7%)
- Une contraception oestro-progestative pour 14 SFL (45,2%)
- Un antalgique de palier 1 autre qu'un AINS pour 7 SFL (22,6%)
- Une contraception micro-progestative pour 6 SFL (19,4%)
- D'autres méthodes antalgiques (implant contraceptif, DIU hormonal, progestérone...) pour 5 SFL (16,1%)

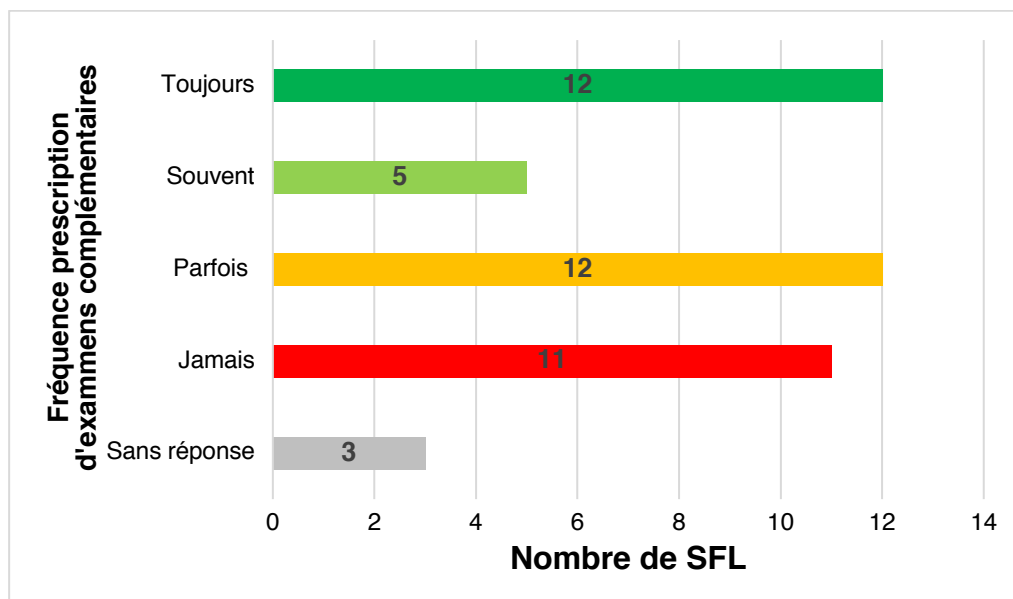


Figure 8 : Fréquence de la prescription d'examens complémentaires aux patientes suspectes d'endométriose par les SFL (n=43)

Concernant les examens complémentaires, 53,5% des SFL ont déclaré qu'elles ne prescrivaient « jamais » ou « parfois » des examens complémentaires.

Parmi les 29 SFL prescrivant un examen complémentaire « parfois », « souvent » ou « toujours », les examens prescrits étaient :

- L'échographie abdomino-pelvienne pour 26 SFL (90%)
- L'IRM pour 7 SFL (24,1%)
- Le scanner pour 1 SFL (3,4%)

4.4. Objectif secondaire : Description de la fréquence et du type d'orientation proposés par les SFL

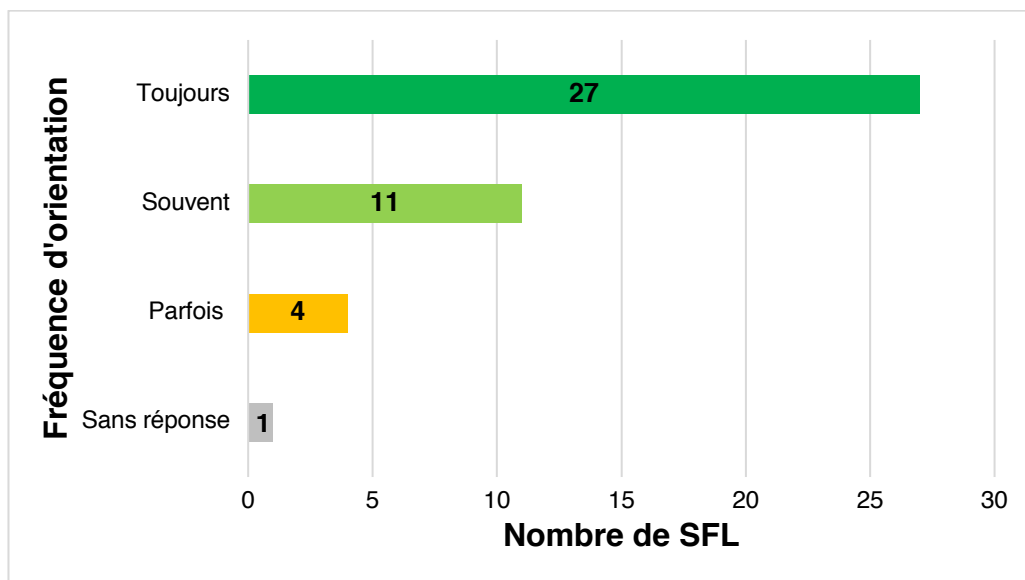


Figure 9 : Fréquence de l'orientation vers d'autres professionnels des patientes suspectes d'endométriose par les SFL (n=43)

Concernant l'orientation proposée par les SFL, ces dernières ont déclaré orienter les patientes vers :

- Un gynécologue obstétricien qu'il soit libéral, en milieu hospitalier ou déclaré comme référent sur l'endométriose pour 41 SFL (97,6%)
- Un médecin généraliste pour 2 SFL (4,7%)
- Un échographiste référent pour 1 SFL (2,4%)

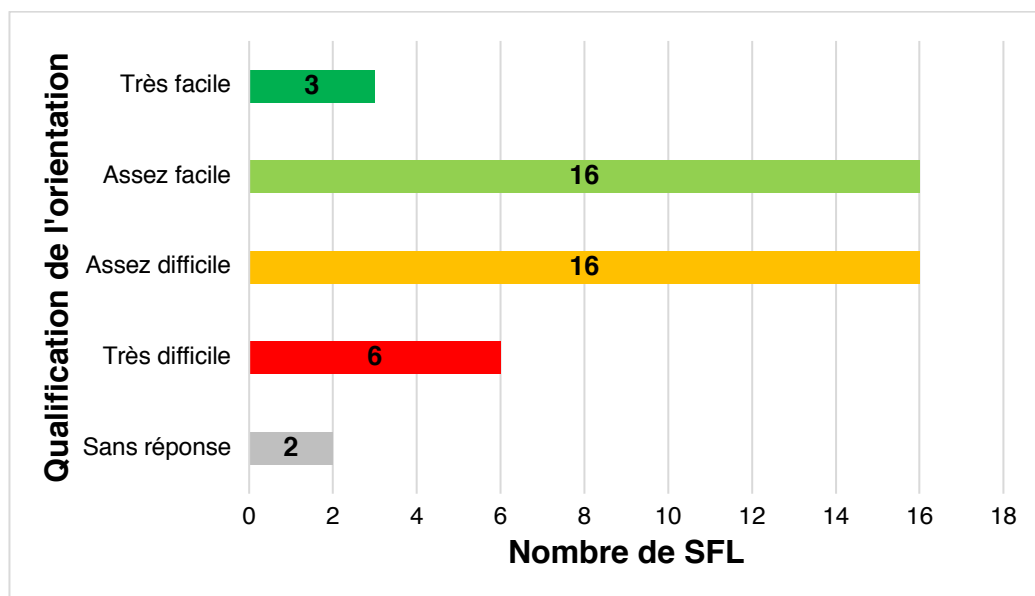


Figure 10 : Qualification de la difficulté d'orientation vers d'autres professionnels de patientes suspectes d'endométriose par les SFL (n=43)

Concernant le dépistage de l'endométriose, 20 SFL, soit 46,5% des répondantes, déclaraient effectuer « souvent » ou « toujours » un dépistage de l'endométriose au cours de leurs consultations. Au contraire, 7 SFL (16,3%) ont déclaré ne jamais dépister l'endométriose.

Enfin, 38 SFL (88,4%) ont déclaré avoir besoin d'une formation complémentaire spécifique à l'endométriose.

V. DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

Pour cette étude, nous avons contacté cinq CDOSF afin de leur demander de transmettre le questionnaire à travers le logiciel « Limesurvey » aux SFL de leur département. Parmi ces derniers, seulement deux CDOSF ont accepté de transmettre le questionnaire. En outre, nous avons contacté deux réseaux de périnatalité - Réseau de Périnatalité des 2 Savoie (RP2S) et le Réseau Périnatal Alpes-Isère (RPAI) – qui n'ont pas souhaité transmettre le questionnaire. Nous avons observé, dans plusieurs autres mémoires, que ces réseaux de périnatalité avaient déjà refusé de transmettre des questionnaires à destination des SFL.

Le transfert des questionnaires par les CDOSF comportait des inconvénients liés à la délivrabilité des e-mails envoyés, leur bonne réception, leur taux d'ouverture et le taux de réponse.

Pour compléter le recueil, nous avons choisi de contacter l'association « Gynнове », qui a accepté de transmettre le questionnaire par « Limesurvey », et de participer à la Journée Départementale du CDOSF de l'Isère et ainsi de diffuser le questionnaire sous format papier.

Ainsi, parmi les 524 SFL exerçant dans les départements de l'Ain, de la Drôme, de la Haute-Savoie, de la Savoie et de l'Isère, nous n'avons recueilli que 43 questionnaires soit un taux de participation de 8,2%, confirmant donc la présence d'un biais de sélection. Ce taux ne nous permet donc pas d'être représentatif de la population cible. Nous avons observé, lors de notre revue de littérature, que les taux

de réponse d'autres études sur la même population étaient inférieurs ou similaires au notre (13).

Cette méthode de recueil de données a permis de recueillir les réponses de chaque participante anonymement sans qu'elles ne soient influencées par les réponses des autres ; et afin de minimiser le risque de biais d'interprétation du questionnaire nous avons établi le questionnaire avec l'aide d'un gynécologue-obstétricien spécialisé dans l'endométriose.

De plus, l'échantillonnage volontaire de cette étude a pu introduire des biais. En effet, les SFL qui ont accepté de répondre au questionnaire étaient peut-être celles qui se souciaient assez fortement de la question étudiée ou qui se sentaient compétentes sur le sujet. Cela a pu supposer un problème de généralisation des résultats puisqu'il est complexe de savoir si les volontaires ont répondu de la même façon que ceux qui appartiennent à la population cible mais qui n'ont pas répondu. Bien que le questionnaire s'adressât à toutes les SFL des départements étudiés, nous pouvons supposer que les sages-femmes ne pratiquant pas de suivi gynécologique de prévention ne se soient pas senties concernées par cette étude alors même qu'elles ont peut-être déjà suspecté une patiente d'être atteinte d'endométriose dans un autre contexte.

La construction du questionnaire a aussi pu entraîner un biais méthodologique. En effet, plusieurs questions étaient des questions ouvertes et donc soumises à la bonne interprétation de la question. En outre, plusieurs questions nécessitaient que les SFL comptabilisent le nombre de consultations effectuées

toutes activités confondues puis pour le suivi gynécologique de prévention, ce qui a pu induire un biais de mémorisation.

2. Analyse des résultats

2.1. Population étudiée

Concernant la population étudiée, une revue de la littérature nous a montré qu'un seul mémoire(14) d'étudiante en maïeutique avait porté sur la population des SFL. Cette étude portait sur les SFL d'Ile de France, de Normandie et de l'Alsace-Lorraine Champagne-Ardenne. Le nombre de réponses exploitées était de 327 SFL soit un taux total de réponse de 43,7% ce qui est très supérieur à notre taux de réponse de 8,2%. Cette étude a été effectuée en 2017, soit plus de dix ans après la mise en place de « Rouendométriase », et nous pouvons nous interroger sur le lien entre le taux de réponse supérieur à 50% en Normandie et la création d'un réseau interprofessionnel qui a, entre autres missions, permis de sensibiliser et de former les professionnels de santé. Ainsi, au vu de la création très récente d'un réseau structuré sur l'endométriase en Rhône-Alpes il serait intéressant de reproduire une étude similaire dans dix ans afin de mesurer l'impact des travaux fournis par ce dernier sur la connaissance et la prise en charge de l'endométriase des SFL.

Concernant les caractéristiques de la population, les SFL répondantes des deux études avaient un âge moyen similaire. De plus, les deux études montraient une similarité en matière d'activité de suivi gynécologique de prévention des SFL. En effet, dans l'étude de L. Hornecker(14), 60% des sages-femmes effectuaient

entre 2 et 10 consultations de suivi gynécologique par semaine. Dans notre étude, 70,8% des SFL interrogées effectuaient entre 1 et 15 consultations par semaine.

Concernant la représentativité de la population étudiée par rapport à l'ensemble des SFL exerçant dans les départements de l'Ain, de la Drôme, de la Haute-Savoie, de la Savoie et de l'Isère, une précédente étude menée sur les SFL du Réseau Périnatal Alpes-Isère (15) caractérisait cette population. Ainsi, les SFL de cette étude avaient une moyenne d'âge de 43 ans, étaient installés en cabinet libéral en moyenne depuis 8 ans et étaient diplômés depuis 19 ans en moyenne. En comparaison, les sages-femmes iséroises ayant répondu à notre étude (correspondant à 62,8% de nos réponses), se sont majoritairement installées dans les cinq dernières années et étaient diplômées depuis 2003 en moyenne.

Ainsi, notre étude a permis d'apporter des précisions supplémentaires sur la connaissance, des SFL du territoire étudié, de l'endométriose et particulièrement sur leurs pratiques associées. Bien que cette étude ne soit pas représentative de la population des SFL des départements sus-cités, nous avons pu remarquer que les caractéristiques de la population étaient cependant similaires aux différentes études réalisées sur cette population.

Concernant, le sexe des SFL répondantes, nous avons remarqué que 3 SFL n'ont pas répondu à cette question alors que les autres questions de leur questionnaire étaient complètes, nous pouvons ainsi nous demander si ces sages-femmes libérales étaient des hommes ne souhaitant pas communiquer leur sexe.

2.2. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de connaissances exactes concernant de la définition de l'endométriose par les SFL de l'Ain, la Drôme, la Haute-Savoie, la Savoie et l'Isère. En lien avec cet objectif, notre hypothèse était que plus de 50% des SFL installés dans les départements étudiés connaissaient la définition exacte de l'endométriose.

Or, nous avons montré que 88,4% des SFL interrogées connaissaient la totalité de la définition de l'endométriose, c'est-à-dire les deux notions expliquées ci-dessus.

En outre, cette question ouverte a permis à 23,2% des SFL ayant répondu de préciser, en complément, un ou plusieurs types de localisation ectopiques.

La revue bibliographique nous a montré qu'aucune étude ne référençait la connaissance des professionnels de santé de la définition de l'endométriose.

Pourtant il existe aujourd'hui une confusion entre les notions d'endométriose et d'adénomyose mais aussi entre les différentes formes (superficielles, annexielles ou profondes) de l'endométriose qui entraîneraient des symptômes et des comorbidités différentes.

De plus, il semblerait que des relations existent entre la fréquence et l'intensité des symptômes, tels que les dysménorrhées(16) ou les dyspareunies profondes(17), et l'atteinte plus ou moins profonde de l'endométriose.

Ainsi, il aurait pu être intéressant de pouvoir comparer nos résultats avec ceux d'autres études au vu des nuances inhérentes à la définition de l'endométriose et à sa symptomatologie.

Pour conclure, notre hypothèse de départ qui était que plus de 50% des SFL installées dans les départements de l'Ain, de la Drôme, de la Haute-Savoie, de la Savoie et de l'Isère interrogés connaissaient la définition exacte de l'endométriose est difficile à confirmer du fait du manque de représentativité de notre étude. Cependant, au sein de la population étudiée, plus de 88% des SFL connaissaient cette définition.

2.3. Objectifs secondaires

2.3.1. Le sentiment d'efficacité personnelle

Concernant nos objectifs secondaires, le premier consistait à évaluer le sentiment d'efficacité personnelle des SFL lié à leur prise en charge d'une patiente atteinte d'endométriose.

Nous avons pu observer qu'environ 70% des SFL répondantes ne se considéraient « pas du tout » ou « peu » compétentes dans la prise en charge de l'endométriose et que seulement deux SFL (4,6%) ont répondu se sentir très compétentes. En complément de réponse, ces deux SFL ont indiqué avoir eu une formation récente sur l'endométriose, ce qui expliquerait cette cotation.

Nous avons supposé ci-dessus que les SFL ayant répondu au questionnaire étaient sensibilisées à la question de l'endométriose. Or, nous avons pu voir, avec cette question, que, bien que sensibles à cette pathologie, elles ne se sentent, pour la majorité, pas compétentes dans la prise en charge. Cet élément pourrait aussi être une explication au faible taux de réponse de notre étude. Dans ce cadre, le travail de

sensibilisation et de formation effectué par un réseau interprofessionnel à l'ensemble des échelons de professionnels est d'autant plus nécessaire.

Le SEP a été défini au cours des années 1970 par Albert Bandura, psychosociologue américain, qui a axé ses travaux sur la théorie sociale cognitive. Selon lui, la définition actuelle du sentiment d'efficacité personnelle correspond à « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (18) ainsi qu'« une croyance relative à ce qu'il peut faire dans diverses situations quelles que soient ses aptitudes ». Par la suite, diverses études ont été menées, notamment, auprès des personnels infirmiers et ont ainsi permis d'adapter la notion de SEP aux pratiques de santé mais aussi au travail en équipe en développant la notion de Sentiment d'Efficacité Collectif (18).

Concernant l'endométriose, aucune étude n'a auparavant recherché le SEP des SFL face à l'endométriose mais une étude sur 100 médecins généralistes(19) (MG) de Seine Maritime a montré que 63% des répondants n'étaient pas à l'aise avec la prise en charge de l'endométriose. Au vu de leur position similaire à celle des SFL en tant qu'acteurs de première ligne, il était intéressant de pouvoir comparer leur SEP. Selon cette même étude, les facteurs expliquant ces résultats seraient en lien notamment avec le manque de formation sur cette pathologie, mais aussi avec la « banalisation » des douleurs cataméniales. La concordance entre le sentiment d'efficacité des MG et des SFL nous a apporté une réflexion sur l'intérêt du maillage territorial dans la prise en charge de cette pathologie. En effet, s'il existe à ce jour des professionnels ou des réseaux « hyper » spécialisés dans l'endométriose, le lien avec les professionnels de première ligne ne serait cependant pas optimal. Il aurait

été intéressant de pouvoir comparer le SEP des SFL de l'étude de L.Hornecker(14), s'il avait été demandé, afin de pouvoir de nouveau évaluer l'impact d'un réseau professionnel sur le SEP des SFL.

Nous pouvons nous interroger sur un lien entre le SEP et le délai moyen de diagnostic de l'endométriose. En effet, de nombreuses études ont montré que l'endométriose était une pathologie souffrant d'un retard de diagnostic important, mais nous n'avons pas retrouvé d'études démontrant un lien entre les connaissances des professionnels de santé et/ou le SEP de ces derniers et l'évolution du retard diagnostic.

2.3.2. Connaissance des symptômes de l'endométriose par les SFL

Concernant la connaissance des SFL des symptômes de l'endométriose, nous avons remarqué que les SFL connaissaient pour plus de 50% d'entre elles les symptômes très fréquents que sont les dysménorrhées et les dyspareunies profondes. Les dysménorrhées sont considérées comme le symptôme douloureux le plus précoce de l'endométriose profonde (16). En outre, une étude observationnelle multicentrique portant sur 931 patientes ayant rempli un questionnaire retrouve une prévalence de 56% de dyspareunies profondes chez les patientes ayant eu un diagnostic d'endométriose (20).

Concernant les dyschésies, les douleurs pelviennes chroniques et les dysuries, c'est moins de 30% des SFL ayant répondu qui ont déclaré les connaître.

Dans l'étude de L.Hornecker (14), les résultats étaient semblables pour les dysménorrhées et les dyspareunies profondes. Elles étaient, cependant, plus

nombreuses à rechercher les signes tels que les dyschésies (46,3%) et les douleurs pelviennes chroniques (85,8%) ; tout en précisant qu'elles ont déclaré les rechercher quand la patiente signale déjà des dysménorrhées.

Enfin, concernant l'infertilité, au sein de notre étude, 31% des SFL déclaraient que l'infertilité est un symptôme de l'endométriose. Cette dernière peut être expliquée par plusieurs mécanismes complémentaires et associés de façon variable chez une même patiente : un facteur pelvien, lié à l'inflammation et perturbant la fécondation ; un facteur ovarien lié à la qualité et/ou à la quantité ovocytaire ; et enfin un facteur utérin, perturbant l'implantation (1).

Dans le cadre de l'étude de H.Quibel (19) concernant les MG, les résultats montraient que la connaissance des dyspareunies et des douleurs pelviennes chroniques étaient semblables à celles des SFL. En revanche, plus de MG connaissaient les symptômes comme la dyschésie (34,8%). En revanche, les SFL connaissaient davantage l'infertilité et la dysurie en tant que symptômes de l'endométriose. En outre, cette étude révèle aussi que, si les dysménorrhées sont largement dépistées par les MG (90%), 37% des MG n'associeraient pas à ce symptôme la possibilité d'une endométriose.

2.3.3. Prise en charge proposée par les SFL

A propos de la prise en charge médicamenteuse des patientes suspectes d'endométriose, 58% des SFL ont déclaré prescrire « parfois » ou « souvent » des médicaments. 18,6% ont, au contraire, déclaré ne jamais en prescrire.

45,2 % des SFL ont déclaré prescrire une contraception oestroprogestative et respectivement 67,7% et 22,6% d'entre elles prescrivent des AINS ou d'autres antalgiques de palier 1.

L'étude de L.Hornecker indique que plus de 60% de SFL ont déclaré prescrire des contraceptifs, avec une répartition similaire entre une contraception oestroprogestative et microprogestative. Concernant les antalgiques, c'est au sein de notre étude que les SFL ont le plus déclaré prescrire des antalgiques de palier 1. Nous retrouvons un taux similaire de SFL au sein des deux études qui conseillaient aux patientes d'effectuer des séances d'acupuncture ou qui prescrivaient de l'homéopathie, afin de prendre en charge les dysménorrhées notamment.

Les dernières recommandations de la HAS(8) considèrent que les traitements hormonaux de première intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont la contraception oestro-progestative ou le dispositif intra-utérin (DIU) au lévonorgestrel à 52mg. La contraception oestroprogestative et le DIU au lévonorgestrel permettraient notamment d'avoir une efficacité sur l'intensité des dysménorrhées pouvant totalement les faire disparaître mais pourraient aussi avoir un impact sur l'évolution de l'endométriose (1). Bien qu'en pratique clinique, l'aménorrhée causée par un schéma continu de la contraception permette de faire diminuer et/ou disparaître les dysménorrhées, il n'existe à ce jour pas de preuves solides de supériorité entre un schéma cyclique ou continu.

Concernant la prise d'antalgiques de palier 1, les AINS sont les seuls antalgiques dont l'efficacité sur la douleur a été prouvée sur l'endométriose(21). Malgré cela, il est important de rappeler aux professionnels et aux patientes que la prescription d'AINS au long cours n'est pas recommandée au vu de leurs effets

secondaires gastriques et rénaux. En outre, il est précisé au sein de l'arrêté du 12 octobre 2011 (22) que les sages-femmes ne peuvent prescrire des « Anti-inflammatoires non stéroïdiens uniquement pour la prise en charge de la douleur en post-partum immédiat et dans le cadre de l'IVG, à l'exclusion des AINS indiqués spécifiquement dans la prise en charge symptomatique d'affections rhumatismales ». Ces dernières ne peuvent donc pas prescrire, même pour une période courte permettant à la patiente de consulter un gynécologue-obstétricien, un AINS qui permettrait de la soulager et d'améliorer sa prise en charge.

Ainsi, notre étude a montré que parmi les SFL qui prescrivaient une thérapeutique, il s'agit pour la majorité d'entre elles d'une contraception oestro-progestative, ce qui correspond aux recommandations, ou un antalgique type AINS. Ces prescriptions interviennent en complément de l'orientation des patientes vers d'autres professionnels.

En effet, notre étude a montré que 62,8% des SFL ayant répondu ont orienté leurs patientes vers un autre professionnel de santé. Aucune SFL n'a déclaré ne « jamais » orienter ses patientes. L'orientation se faisait d'emblée dans 97% des cas vers un gynécologue-obstétricien, qu'il soit libéral, en milieu hospitalier ou déclaré comme référent de l'endométriose.

Environ 50% des SFL ont déclaré qu'il était « très difficile » ou « assez difficile » d'orienter les patientes. Les raisons évoquées étaient notamment la méconnaissance ou l'absence de professionnels référents sur l'endométriose au sein de leurs réseaux ou alors le retour de certaines patientes concernant le « jugement » ou « la négation » de leurs douleurs par les professionnels chez qui elles avaient été orientées.

Enfin, concernant la prescription d'examens complémentaires 53,5% des SFL ont déclaré qu'elles ne prescrivaient « jamais » ou « parfois » des examens complémentaires. Dans le cas où un examen était prescrit, 90% d'entre elles ont déclaré prescrire une échographie abdomino-pelvienne et pour 24% des SFL une IRM.

En effet, selon les recommandations de la HAS, l'échographie pelvienne est l'examen complémentaire à prescrire en première intention lors d'une suspicion d'endométriose. Une étude de la cohorte IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) décrite par Van Holsbeke et al. (23) en 2010 rapportait une sensibilité de 81% et une spécificité de l'échographie de 97%. En outre, une autre étude précisait la nécessité de former les professionnels à cette pathologie en précisant que pour atteindre ces spécificité et sensibilité, il fallait en moyenne 44 examens par échographiste (24).

Concernant l'IRM, plusieurs SFL ont indiqué qu'elles n'avaient pas les compétences ou ne pensaient pas avoir l'autorisation de prescrire une IRM et qu'elles favorisaient l'orientation des patientes, avant ou après avoir effectué une échographie pelvienne, à la prescription directe d'une IRM. Dans son étude, C.DRAN(25) précise qu'il n'existe, pour les sages-femmes, plus de liste limitant la prescription d'examens complémentaires depuis la loi du 9 août 2004 et donc que dans le cadre du suivi gynécologique de prévention, la sage-femme peut prescrire les examens de dépistage mais doit adresser la patiente à un médecin en cas de pathologie. Elle précise, par la suite, qu'il existe un questionnement de la part des sages-femmes sur la prescription d'examens complémentaires suite à des points d'appels lors de l'examen clinique, ce qui serait théoriquement hors de leur champ de compétence. Cependant, il est très fréquent que les sages-femmes prescrivent

les examens complémentaires nécessaires et orientent ensuite les patientes vers d'autres professionnels. Les SFL peuvent être confrontées à cette ambiguïté dans le cadre de l'endométriose, complexifiant encore plus la prise en charge des patientes.

En conclusion, que ce soit en termes de prescriptions thérapeutiques ou d'examens complémentaires, les SFL étaient en accord avec les dernières recommandations de la HAS. Les difficultés exprimées sont particulièrement en lien avec l'orientation vers un professionnel référent et la prescription d'examens en amont de cette orientation.

3. Perspectives

A l'occasion de la journée des droits des femmes et pour clôturer la semaine européenne de prévention et d'information consacrée à l'endométriose, Agnès Buzyn, alors Ministre des Solidarités et de la Santé, a visité le vendredi 8 mars 2019, le centre de l'endométriose de l'hôpital Saint Joseph (Paris) et y a annoncé un plan d'action (26) construit autour de trois axes et dont les principales mesures sont :

- D'améliorer la détection précoce de l'endométriose, notamment en recherchant les signes d'endométriose chez l'adolescente lors des nouvelles consultations obligatoires du suivi médical (11-13 ans et 15-16 ans) ;
- D'améliorer l'accompagnement des femmes en simplifiant et structurant les parcours de soins ;
- D'améliorer l'information sur cette maladie encore méconnue du grand public, des femmes et des professionnels de santé notamment par la création d'une campagne de communication nationale ;

Dans le cadre du second objectif, trois régions ont été désignées afin de proposer un « projet pilote » de filière de soins : Auvergne Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile de France. Les ARS ont pour mission de définir avec les acteurs locaux (médecins, organisations professionnelles, associations de patientes...) les filières de soins dédiées.

Pour répondre aux besoins des malades, la Direction Générale de l'Offre des Soins préconise que ces filières tiennent compte de 3 niveaux :

- Niveau 1 : Les professionnels de ville du premier recours (dépistage, orientation et/ou soins primaires) ;
- Niveau 2 : Les spécialistes « référents » (cliniciens, radiologues et échographistes spécialisés qui interviennent pour les examens et prises en charge de seconde intention, au sens des recommandations CNGOF-HAS, exerçant en ville et/ou en établissement de santé spécialisé) ;
- Niveau 3 : Établissements de santé pluridisciplinaires et chirurgicaux (qui peuvent réaliser les examens de deuxième et troisième intention, qui disposent de plateaux techniques d'imagerie et de chirurgie adaptés ainsi que d'équipes pluri-professionnelles, et qui peuvent proposer une prise en charge de situations spécifiques, la prise en charge de l'infertilité et de la douleur).

C'est sous le nom « Endora » (Endométriose en Région Rhône-Alpes), qu'a été créé en octobre 2019, le premier réseau territorial de cette région, ayant pour objectif d'optimiser la prise en charge des patientes souffrant d'endométriose en favorisant leur accès aux soins et en organisant leur parcours face à cette pathologie. La recherche est également incluse au sein de ce réseau expert et vise à

l'élaboration d'une base de données prospective pour colliger les données des patientes présentant une endométriose profonde et ayant été opérées.

L'objectif à court terme d' « Endora » est d'associer massivement les professionnels des autres échelons (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens non spécialisés dans l'endométriose,...) à ce projet. Il sera nécessaire, pour cela, de les sensibiliser et de leur proposer des formations afin d'améliorer la communication entre les différents niveaux de prise en charge de l'endométriose. Dans ce contexte, il serait intéressant de pouvoir suivre sur plusieurs années, les connaissances des SFL, leur SEP et aussi leur appartenance à un réseau de professionnels ciblés dans la prise en charge de l'endométriose. En miroir, une étude auprès des patientes comparant leur prise en charge avant et après la mise en place de ce réseau serait aussi très utile à ce dernier.

L'association « Gynnove » a déjà réussi à mettre en place un réseau, sur le territoire isérois, qui n'est pas spécialisé dans une pathologie particulière mais qui tire sa richesse de la diversité de professionnels le composant : sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes et tout professionnel en lien avec le suivi gynécologique ou obstétrical. Ce réseau permet ainsi de répondre à un besoin de formation de ces professionnels et de leur offrir un espace d'échange dans l'optique d'améliorer la prise en charge des femmes.

Le contexte actuel de la pandémie mondiale de SARS Cov-2 a mis un frein au développement du réseau expert en retardant la recherche et la formation des professionnels notamment, mais nous espérons que le développement d'une politique nationale de prise en charge pluridisciplinaire de l'endométriose restera une des priorités en matière de santé publique.

VI. CONCLUSION

En conclusion, nous avons montré, par cette étude, que les SFL interrogées disposaient, pour la majorité d'entre elles, d'une connaissance suffisante de la définition et des principaux symptômes de l'endométriose. Nous avons pu mettre en lumière les difficultés que rencontrent les sages-femmes et qui seront importantes à prendre en compte pour améliorer la prise en charge des patientes. Nous pouvons citer notamment la nécessité d'améliorer la formation des SFL au diagnostic et à la prise en charge de cette pathologie ; mais aussi à identifier un parcours de soin avec des acteurs de première, seconde et troisième ligne.

Or, le plan établi par Agnès Buzyn, dont a découlé la création du réseau « Endora » en octobre 2019, nous permet d'espérer que ces éléments seront activement intégrés aux divers projets à venir sur le territoire Auvergne Rhône-Alpes. Une implication des associations de patients, comme dans le cas de l'endométriose, est aujourd'hui historique et contribuera à la réussite de ces actions.

Dix ans après l'évolution des compétences des sages-femmes, nous observons qu'elles sont de plus en plus nombreuses à pratiquer des consultations de gynécologie de prévention et à compléter leurs apprentissages à travers la formation continue. L'interaction de ces différents facteurs nous invite à penser que l'évolution du SEP des sages-femmes sera positive et leur permettra de s'intégrer activement à la prise en charge de cette pathologie.

Les diverses politiques publiques mettant à l'honneur la coopération ville-hôpital et la coordination des professionnels de santé, sont, à ce jour, plus que d'actualité et résonnent d'autant plus face à des pathologies à l'instar de l'endométriose.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Gourbail L. Prise en charge de l'endométriose - Recommandations de bonne pratique - Argumentaire Haute Autorité de Santé. 2017;399.
2. Knapp VJ. How old is endometriosis? Late 17th- and 18th-century European descriptions of the disease. 1999;72(1):5.
3. Delphine Lhuillery, Petit Eric, Sauvanet E. Tout sur l'endométriose. Odile Jacob. 2019. 277 p.
4. Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C. Endometriosis: ancient disease, ancient treatments. Fertil Steril. déc 2012;98(6):S1-62.
5. Lorriaux A. Comment l'endométriose s'est imposée dans le débat public. Slate.fr ; 9 déc 2015; Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/109755/endometriose-circulation-information>
6. Roman H, Chanavaz-Lacheray L. Le Centre expert de diagnostic et de prise en charge multidisciplinaire de l'endométriose de Rouen: une expérience pilote française, 2018
7. Mehedintu C, Plotogea M, Ionescu S, Antonovici M. Endometriosis still a challenge. J Med Life. 15 sept 2014;7(3):349-57.
8. Haute Autorité de Santé, Prise en charge de l'endométriose - Synthèse, 2017.
9. Légifrance, Article L4151-1, Code de la santé publique, 2009. Code de la santé publique.
10. DREES, Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité, sexe et tranche d'âge, 2018 [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
11. CNOSF, Référentiel de compétences des sages-femmes, 2010.
12. Légifrance, Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, Code de la Santé Publique, 19 juillet 2011.
13. M.MOSCA. Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraceptions dans l'activité des sages-femmes libérales du Réseau de Périnatalité Alpes Isère (RPAI). 2019;58.
14. Hornecker L. La place de la sage-femme libérale dans la stratégie diagnostique de l'endométriose. 2018;65.

15. André P. Activité et revenu des sages-femmes libérales du réseau de périnatalité Alpes-Isère: enquête déclarative. 2013;51.
16. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson J-B, Barakat H, Vieira M, Bréart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod Oxf Engl.* avr 2003;18(4):760-6.
17. 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.* 1 déc 2012;98(6):1503-1511.e1.
18. Bandura A. Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle. de Boeck. Vol. 1. 2007. 859 p.
19. Quibel A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose par les médecins généralistes de Seine-Maritime. 2012;86.
20. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman GAJ, 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.* 1 oct 2013;28(10):2677-85.
21. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev,* 30 juill 2015
22. Légifrance, Liste de prescription des sages-femmes-Arrêté du 12 octobre, 2011.
23. Holsbeke CV, Calster BV, Guerriero S, Savelli L, Paladini D, Lissoni AA, et al. Endometriomas: their ultrasound characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;35(6):730-40.
24. Bazot M, Daraï E, Biau DJ, Ballester M, Dessolle L. Learning curve of transvaginal ultrasound for the diagnosis of endometriomas assessed by the cumulative summation test (LC-CUSUM). *Fertil Steril.* 1 janv 2011;95(1):301-3.
25. Dran C. Quelles sont les compétences de la sage-femme dans le domaine de la gynécologie ? *Rev Sage-Femme.* juin 2018;17(3):143-7.
26. Ministère des Solidarités et de la Santé, Communiqué de presse plan endométriose, 8 mars 2019 Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190308_-_communiqué_de_presse_-_endometriose.pdf

VIII. ANNEXES

Annexe I : Affiche de la campagne nationale « InfoEndométriose »



**LES RÈGLES
C'EST NATUREL
PAS LA DOULEUR**

LES RÈGLES DOULOUREUSES
PEUVENT ÊTRE LE SYMPTÔME DE
L'ENDOMÉTRIOSE
PREMIÈRE CAUSE D'INFERTILITÉ

INFO-ENDOMETRIOSE.FR

© BEAUMI VALISSON. Photo: J. P. / J. P.



Questionnaire sur la prise en charge des patientes suspectes d'endométriose par les sages-femmes libérales en région Rhône-Alpes

Je réalise mon mémoire de fin d'étude de Sage-Femme sur la prise en charge des patientes suspectes d'endométriose par les sages-femmes libérales en région Rhône-Alpes.

Il s'agit d'un sujet d'actualité au vu de la prévalence de l'endométriose. Or, depuis 2009 et l'élargissement des compétences des sages-femmes vers le suivi gynécologique de prévention, ces dernier.e.s sont en première ligne dans le dépistage et la prise en charge de première intention de cette pathologie.

Face aux polémiques médiatiques récentes en lien avec l'endométriose, j'ai pu constater que très peu d'études n'avaient, à ce jour, été effectuées auprès des sages-femmes, qui sont pourtant des acteurs essentiels. C'est pourquoi il me paraît essentiel de traiter cette thématique.

Ce questionnaire est anonyme et dure environ 10 min.

Merci d'avance pour votre participation !

Laura APPERTET

Partie 1 : Pratiques cliniques autour de l'endométriose

1. **Au cours de votre pratique, avez-vous déjà suspecté une ou plusieurs patiente.s d'être atteinte.s d'endométriose ?**

Cochez une réponse

- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas
- Sans réponse

2. **Lorsque vous avez suspecté une/des patientes d'être atteinte.s d'endométriose, était-ce dans le cadre :**

Plusieurs réponses possibles

- Consultation de suivi gynécologique
- Consultation de suivi de grossesse
- Consultation du post partum
- Autre :

3. **Quels sont le ou les symptômes qui pourraient vous faire évoquer le diagnostic de l'endométriose ?**

4. **Parmi les éléments suivants de l'interrogatoire et de l'examen clinique, quels sont ceux qui pourraient vous faire évoquer le diagnostic d'endométriose ?**

Cochez la ou les réponses

- Dysménorrhées non améliorées par les AINS ou le spaston
- Premières règles à 12 ans, pas particulièrement douloureuses
- Absentéisme régulier, particulièrement les 2 premiers jours de son cycle
- Présence de dyspareunies superficielles
- Autre :

5. Selon vous, comment définiriez vous l'endométriose?

6. Selon vous, quelle est la prévalence de l'endométriose au sein de la population générale ? Inscrivez la prévalence sous la forme suivante : 2/50 ; 15/100...

7. Dans le cadre de votre pratique, lorsque vous suspectez une patiente algique d'être atteinte d'endométriose, lui prescrivez-vous un traitement ?

Cochez une réponse

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Sans réponse

8. Si votre réponse à la question 7 est « toujours », « souvent » ou « parfois », à quelle.s classe.s thérapeutique.s appartient le/les médicaments que vous prescrivez ?

Ex : Corticoïdes, opioïdes, antalgiques non opioïdes, AINS...

9. Si votre réponse à la question 7 est « toujours », « souvent » ou « parfois », sur quel.s critère.s éventuel.s prescrivez-vous un/des traitements ?

10. Dans le cadre de votre pratique, lorsque vous suspectez une patiente algique d'être atteinte d'endométriose, lui prescrivez-vous un examen complémentaire ?

Cochez une réponse

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Sans réponse

11. Si la réponse à la question 10 est « toujours », « souvent » ou « parfois », quel(s) examen(s) lui prescrivez-vous en première intention ?

12. Dans le cadre de votre pratique, lorsque vous suspectez une patiente algique d'être atteinte d'endométriose, l'orientiez-vous ?

Cochez une réponse

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Sans réponse

13. Si la réponse à la question 12 est « toujours », « souvent » ou « parfois », vers qui l'orientiez-vous ?

14. Selon vous, est-il facile d'orienter les patientes dans le cadre de cette pathologie ?

Cochez une réponse

- Très facile
- Assez facile
- Assez difficile
- Très difficile
- Sans réponse

15. Selon vous, quels sont les freins à une orientation éventuelle ?

16. Quels sont les professionnels ou les structures que vous considérez comme ressource dans le cadre de l'endométriose ?

17. Effectuez-vous un dépistage systématique de l'endométriose lors des consultations gynécologiques ?

Cochez une réponse

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Sans réponse

18. Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez-vous vos compétences dans le dépistage et la prise en charge de l'endométriose ?

Echelle : 0 = pas du tout compétent(e) 10 = Très compétent(e)

19. Auriez-vous besoin de formations complémentaires sur l'endométriose ?

Cochez une réponse

- Oui
- Non
- Sans réponse

20. Avez-vous des commentaires, des suggestions à apporter concernant l'endométriose dans votre pratique ?

Partie 2 : Caractéristiques de la population

21. Quel est votre âge ?

22. Quel est votre sexe ?

- Féminin
- Masculin

23. Dans quelle ville et département exercez-vous ?

24. Depuis combien d'années êtes-vous installées en tant que sage-femme libéral.e ?

25. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme ?

26. Avez-vous été formé.e en gynécologie durant vos études ?

Cochez une réponse

- Oui
- Non
- Sans réponse

27. Avez-vous participé à une/des formation.s complémentaire.s en gynécologie depuis votre diplôme ?

Cochez une réponse

- Oui
- Non
- Sans réponse

28. Si la réponse à la question 26 et/ou 27 est « oui », avez-vous eu une formation spécifique sur l'endométriose ?

Cochez une réponse

- Oui
- Non
- Sans réponse

29. Si la réponse à la question 28 est « oui », dans quel cadre ?

30. En moyenne, combien de consultations pratiquez-vous par semaine, toutes activités confondues ?

31. En moyenne, combien de consultations de suivi gynécologique pratiquez-vous par semaine ?

Merci pour votre participation !

RESUME

Objectif : L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de connaissance concernant la définition de l'endométriose par les sages-femmes libérales (SFL) des départements de l'Ain, de la Drôme, de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie.

Méthodes : Étude descriptive transversale déclarative par hétéro-questionnaire sur la période de septembre 2019 au 31 janvier 2020.

Résultats : Le taux de participation était de 8,2%. Parmi les SFL interrogées, 88,4% connaissaient la définition exacte de l'endométriose. Concernant la prise en charge de l'endométriose, 70% des SFL interrogées se considéraient comme « pas du tout » ou « peu » compétentes. Les symptômes les plus connus par les SFL sont les dysménorrhées et les dyspareunies profondes. Plus de la moitié des SFL ne prescrivait « jamais » ou « parfois » une thérapeutique ou un examen complémentaire. Les SFL ont évoqué des difficultés à orienter les patientes vers d'autres professionnels.

Conclusion : Les SFL souhaitent améliorer leur formation dans la prise en charge de l'endométriose. Il est, aujourd'hui, nécessaire de structurer un réseau de professionnels à différents niveaux afin d'améliorer la prise en charge des patientes.

Mots clés : Sages-Femmes Libérales, Connaissances, Endométriose, Sentiment d'Efficacité Personnelle.