

2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ENVISAGENT-ILS LE DIAGNOSTIC D'ENDOMÉTRIOSE DEVANT UNE DYSMÉNORRHÉE SÉVÈRE DE L'ADOLESCENTE ?

ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS
GÉNÉRALISTES DU MAINE-ET-LOIRE

LECOU Elodie

Née le 12 Décembre 1986 à Grenoble (38)

Sous la direction de Mme TESSIER-CAZENEUVE Christine

Membres du jury

Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume	|	Président
Madame le Docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine	|	Directrice
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	|	Membre
Madame le Docteur MERIENNE-COUSSE Maryline	|	Membre

Soutenue publiquement le :
26 Septembre 2019

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée LECOUCHE Elodie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **08/08/2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie

DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine

Merci infiniment d'avoir accepté de diriger ce travail. Je suis ravie d'avoir pu travailler à tes côtés. Merci pour tes conseils précieux, ta disponibilité et ta rigueur qui m'ont permis de mener à bien cette thèse.

A Monsieur le Professeur CONNAN Laurent

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger mon travail. Merci aussi pour tout ce que vous m'avez appris pendant mon stage SASPAS ainsi que pour la confiance dont vous m'avez fait part lors de mes remplacements.

A Madame le Docteur MERIENNE-COUSSE Maryline

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Je garde un excellent souvenir de mon semestre à Craon, merci pour ton écoute, ta bienveillance et ta confiance.

Aux médecins interrogés

Merci d'avoir participé à cette étude ainsi que pour votre disponibilité et votre accueil.

A ma fille Victoria

Je t'aime plus que tout. Tu illumines notre vie avec ton sourire. J'ai hâte de voir la merveilleuse personne que tu vas devenir. Je suis fière d'être ta maman.

A Arnaud

Je n'imaginais plus un jour sans toi, je t'aime. Merci d'être à mes côtés, tu m'aides à dépasser mes doutes et à avancer. Je suis fière de toi et fière de notre petite Victoria. Merci pour tout ce que tu fais pour nous.

A mes parents

Je vous dois tout. Merci de m'avoir toujours soutenue dans mes choix, encouragée dans mes (nombreux) moments de doute et de m'avoir permis de réaliser mes études sereinement. Merci pour tout votre amour, je vous aime fort.

Maman merci pour ta relecture.

A ma sœur

Tu es et tu resteras toujours mon modèle. Je sais que je peux toujours compter sur toi, merci pour tes conseils avisés, ton soutien indéfectible, tous nos fous rires et moments passés ensemble. Un seul regard suffit à ce qu'on se comprenne. Tu as une famille plus que magnifique, je suis fière d'être la marraine de Tessa. Je vous embrasse fort, toi Thibault, Tessa et Eden.

A ma famille tout entière

Merci.

Une mention spéciale pour mon petit Nico, merci énormément pour ton aide précieuse pour la traduction.

REMERCIEMENTS

A ma belle famille

Philippe et Dominique, merci de m'avoir accueillie comme votre propre fille. Merci pour votre gentillesse et vos petites attentions qui me touchent à chaque fois.

A Lucie

Ma belle-sœur préférée, je te souhaite le meilleur. Promis on le fera un jour ce masterclass de pâtisserie !

A Ludo

Mon bro, ces études auraient été d'une tristesse sans toi ! ... 'Co-ext' de choc, merci pour tous ces fous rires, en stage, en cours, en soirée, aux concerts de LDR. A tous les surnoms trouvés pour la promo, D, Marshall, Jamel, James Blunt, hérisson, herpès, shazam, cauet, clovis et j'en passe ! Je te souhaite le meilleur au milieu des volcans.

A Jennifer

Les années et les kilomètres ne nous ont pas éloignées et ne nous séparerons jamais. Tous ces délires et fous rires sont gravés dans ma mémoire ! J'aimerais tellement qu'on puisse se voir plus souvent... Tu as une merveilleuse petite famille et j'ai hâte d'assister à ton mariage.

A Mailys

Ma meilleure catsitter ! Cet internat n'a pas toujours été facile, merci pour ton soutien dans les moments de doute (ainsi que dans les galères administratives d'URSSAF et j'en passe !). Je te souhaite le meilleur avec Thomas.

A Fanny

Je suis ravie de t'avoir rencontrée pendant cet internat, merci pour ton aide pour cette thèse.

Merci à tous nos amis, à tous ceux qui m'ont appris la médecine, aux supers infirmières et aides-soignantes de Château Gontier et Craon, aux sages-femmes du CHU.

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODE

1. Population et recrutement
2. Déroulement des entretiens
3. Méthode d'analyse

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population
2. Aborder le sujet des dysménorrhées
3. Evaluer la sévérité des dysménorrhées
4. Les dysménorrhées sévères comme signe évocateur d'endométriose
5. La prise en charge des dysménorrhées
6. La prise en charge de l'endométriose
7. Les signes d'appel d'endométriose recherchés par les médecins généralistes
8. Le diagnostic d'endométriose chez l'adolescente
 - 8.1. L'âge d'apparition des premières lésions
 - 8.2. La démarche diagnostique
9. L'accompagnement des adolescentes par les médecins généralistes
 - 9.1. Evaluation de l'impact de l'endométriose sur la qualité de vie
 - 9.2. Aborder le sujet de la fertilité
 - 9.3. Soutien psychologique
 - 9.4. Internet et supports d'information
10. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude
 - 1.1. A propos du sujet
 - 1.2. A propos de l'échantillonnage
 - 1.3. A propos de l'enquêteur et du recueil des données
 - 1.4. A propos de l'analyse
2. Discussion des principaux résultats
 - 2.1. Les dysménorrhées ne constituent pas un signe d'appel majeur d'endométriose
 - 2.2. Une recherche des dysménorrhées non systématique
 - 2.3. Un flou sur les critères de sévérité des dysménorrhées
 - 2.4. Les autres signes évocateurs d'endométriose
 - 2.5. Une pathologie encore difficile à appréhender pour les médecins généralistes
 - 2.6. Un rôle de dépistage contrastant avec un manque d'aisance et de connaissances sur l'endométriose

2.7. Une prise en charge des dysménorrhées adaptée mais un symptôme souvent banalisé

2.8. L'endométriose et ses conséquences

2.8.1. Impact de l'endométriose sur la qualité de vie

2.9. L'information aux patientes

2.10. La problématique de l'accès aux soins

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

INTRODUCTION : La dysménorrhée, symptôme souvent banalisé est considérée comme sévère chez 15 à 40% des adolescentes. L'endométriose en est la principale cause. Cependant, cette pathologie reste méconnue des médecins généralistes qui ont pourtant un rôle à jouer dans son dépistage.

OBJECTIF : Explorer comment les médecins généralistes prennent en charge les dysménorrhées sévères des adolescentes et s'ils recherchent une endométriose dans ce contexte.

MÉTHODE : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels auprès de médecins généralistes exerçant dans le Maine-et-Loire, de Décembre 2017 à Mai 2018. Analyse thématique inductive du verbatim selon la théorie ancrée avec triangulation des données.

RÉSULTATS : Dix médecins généralistes de 29 à 46 ans ont été interrogés. La recherche d'une dysménorrhée chez l'adolescente est fréquente mais non systématique. Les généralistes ne cernaient pas la totalité des critères de gravité de la dysménorrhée mais interrogeaient le retentissement sur la qualité de vie des adolescentes. Ils envisageaient un ensemble de symptômes pour évoquer une endométriose et temporisaient avant de poser le diagnostic.

CONCLUSION : Malgré sa récente médiatisation, l'endométriose reste méconnue et les généralistes la considèrent comme peu probable chez l'adolescente. Prendre davantage en compte la sévérité des dysménorrhées et les douleurs pelviennes chroniques dans cette population permettrait un diagnostic plus précoce et limiterait l'impact de la maladie sur la qualité de vie et ses complications notamment sur la fertilité.

INTRODUCTION

La symptomatologie pelvienne est un motif hebdomadaire de consultation pour 45% des médecins généralistes de la région Pays de la Loire (1). La dysménorrhée, algie pelvienne cyclique survenant au moment des règles, est un symptôme fréquent qui peut toucher jusqu'à 70% des adolescentes (2) âgées entre 10 et 19 ans selon la classification de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) (3). La dysménorrhée sévère est observée dans 15 à 40% des cas avant l'âge de 20 ans (2) et se définit par une limitation dans les activités de la vie quotidienne, un absentéisme scolaire ou professionnel, et/ou lorsqu'elle entraîne une consommation accrue d'antalgiques. Les dysménorrhées de l'adolescente et de l'adulte jeune sont habituellement primaires (fonctionnelles). Cependant, dans environ 10% des cas il s'agit de dysménorrhées secondaires (organiques), souvent associées à des douleurs pelviennes chroniques, des dyspareunies et des métrorragies. L'étiologie alors la plus fréquente chez l'adolescente et l'adulte jeune est l'endométriose (4).

L'endométriose est définie par la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Il s'agit d'une pathologie chronique, dont la définition histologique rend difficile l'estimation de sa prévalence, qui selon les études, varie de 2 à 74% chez la femme adulte présentant des algies pelviennes chroniques (5). Encore peu connue, elle est marquée par un délai diagnostique d'environ 7 ans, pouvant entraîner des complications parfois irréversibles, notamment concernant la fertilité en cas de localisations profondes d'endométriose. En effet 30 à 40% des femmes atteintes d'endométriose ont des troubles de la fertilité (6).

Chez l'adolescente, la prévalence exacte est méconnue et l'on possède uniquement une estimation dans une population d'adolescentes étudiée présentant des douleurs pelviennes ayant conduit à réaliser une cœlioscopie. Ainsi dans une étude de 2012 (7), une endométriose a été diagnostiquée par cœlioscopie chez 62% des adolescentes incluses dans l'étude. Parmi

elles, 70% présentait une dysménorrhée, et 75% une douleur pelvienne chronique résistante au traitement médicamenteux associant anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et contraception œstroprogestative.

L'endométriose est donc un problème de santé publique avec une incidence socio-économique importante. En effet, en France le coût relatif à cette pathologie, incluant le coût médical direct et le coût indirect par perte de productivité, s'élève à 9,5 milliards d'euros par an. Les hospitalisations pour endométriose représentent 5% des hospitalisations en gynécologie en 2016, en augmentation depuis 2010 (6).

Face à cette pathologie pouvant impacter la vie des femmes, il semble nécessaire d'établir un diagnostic plus précoce et donc de s'intéresser aux adolescentes. Par ailleurs, dans une étude de 2014 évaluant d'une part la prise en charge par les adolescentes des douleurs pelviennes et notamment des dysménorrhées et d'autre part leur connaissance sur l'endométriose, un quart des adolescentes se plaignant de dysménorrhées utilisait des antalgiques chaque mois sans avis médical, à des doses infra-thérapeutiques et 81% des adolescentes n'avaient jamais entendu parler d'endométriose (8).

Or, des facteurs de risques d'endométriose identifiés de manière précoce chez l'adolescente, pourraient réduire le délai nécessaire au diagnostic (9).

Peu d'études se sont intéressées à la place du médecin généraliste dans le diagnostic précoce de l'endométriose et notamment auprès des adolescentes. Une enquête de 2013 auprès de médecins traitants (10) révélait que 63% des médecins interrogés ne se sentaient pas à l'aise avec cette pathologie, 37% n'associaient pas les dysménorrhées à l'endométriose et 25% n'envisageaient pas la présence d'endométriose avant l'âge de 20 ans.

Or, compte tenu du déficit grandissant de gynécologues de ville en France (11), le médecin généraliste occupe donc désormais une place centrale dans la prise en charge des dysménorrhées. On remarque cependant qu'il existe un manque d'information important autant du côté des médecins que des patientes sur l'endométriose.

La dysménorrhée étant un symptôme souvent banalisé, pouvant cependant être révélateur d'une pathologie chronique sévère, il est intéressant de se demander si elle constitue un signe évocateur d'endométriose pour les médecins généralistes. Est-elle systématiquement recherchée lors des consultations de l'adolescente ? Comment les médecins généralistes la prennent-ils en charge ? Évoquent-ils le diagnostic d'endométriose et le cas échéant, existe-t-il une information auprès des jeunes patientes sur cette pathologie et ses conséquences ?

L'objectif principal de cette étude était donc d'explorer si les dysménorrhées sévères de l'adolescente constituaient un signe d'appel chez les médecins généralistes les incitant à rechercher une endométriose.

Les objectifs secondaires étaient d'observer d'une part, la prise en charge par les médecins généralistes des dysménorrhées et éventuellement de l'endométriose, et d'autre part l'accompagnement de ces adolescentes dans les différents champs de cette maladie chronique lorsque ce diagnostic était suspecté.

MÉTHODE

Une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de médecins généralistes exerçant dans le Maine et Loire sur une période de 6 mois (Décembre 2017 à Mai 2018).

1. Population et recrutement

Cette enquête a inclus des médecins généralistes homme ou femme, de tous âges, remplaçant ou non, exerçant dans le département du Maine et Loire.

Le recrutement devait se faire initialement de façon séquentielle par effet 'boule de neige', mais devant le faible taux de réponses positives aux sollicitations pour répondre aux entretiens, l'échantillonnage a été réalisé de façon aléatoire par moteur de recherche sur internet, incluant uniquement les médecins généralistes du Maine et Loire. Ceux-ci ont été contactés par téléphone ou par mail afin de leur proposer un entretien sur le thème des dysménorrhées de l'adolescente.

2. Déroulement des entretiens

La réalisation des entretiens a eu lieu de façon individuelle, soit à leur cabinet, soit à leur domicile, selon la préférence des médecins généralistes. Avant chaque entretien, la présentation de l'étude et son but ont été exposés oralement (annexe 1) et un consentement écrit a été recueilli (annexe 2). Les entretiens ont été enregistrés sur smartphone sous couvert d'anonymat. Le recueil des caractéristiques des participants a été réalisé au début de chaque entretien.

Ces entretiens semi-dirigés ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 3) élaboré à

partir des données de la littérature, dont les grands axes sont les suivants :

- Recueil des caractéristiques socio-professionnelles des médecins, nombre de consultations gynécologiques par semaine, formation gynécologique (tableau I) ;
- Discussion autour des dysménorrhées de l'adolescente ;
- Discussion sur l'endométriose et sa prise en charge ;
- Accompagnement des adolescentes en cas de diagnostic suspecté.

Deux entretiens pré-test ont été effectués et intégrés à l'étude, permettant de faire évoluer le guide d'entretien, d'estimer la durée moyenne des entretiens communiquée ensuite aux médecins interrogés et d'évaluer la posture de l'enquêtrice.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation théorique des données.

3. Méthode d'analyse

Les entretiens ont été intégralement retranscrits au fur et à mesure avec le logiciel de traitement de texte Word® et anonymisés. Chaque participant a reçu une copie de son entretien pour relecture, aucun n'a apporté de modification.

L'analyse thématique du verbatim a été réalisée au fil de l'eau de manière inductive selon la théorisation ancrée.

Un codage en unité de sens a été réalisé au fur et à mesure des entretiens. Une double lecture des propos recueillis et du codage a été faite permettant une triangulation des données dans le but d'augmenter la validité interne des résultats. Pour chaque entretien, un relevé thématique a été effectué, suivie d'une analyse transversale de l'ensemble des données.

Le travail de recherche a été soumis au comité d'éthique du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) d'Angers qui a émis un avis favorable à sa réalisation.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

Dix médecins généralistes ont été interrogés, cinq médecins homme et cinq médecins femme, âgés de 29 à 46 ans soit une moyenne d'âge de 36 ans. Les caractéristiques de la population sont regroupées dans le tableau I.

La durée moyenne des entretiens a été de 15 minutes (de 9 à 23 minutes).

Tableau I : Caractéristiques socio-professionnelles des médecins interrogés

Entretien	Age (années)	Sexe	Date de début d'activité	Lieu d'exercice	Nombre de consultations gynécologiques/ semaine	Formation en gynécologie
M1	29	H	2016	Semi-rural	5	0
M2	31	F	2014	Semi-rural	8	FMC
M3	38	H	2008	Semi-rural	15	FMC
M4	37	F	2008	Semi-rural	10	FMC
M5	29	F	2017	Rural	10 à 15	DIU + FMC
M6	32	H	2016	Semi-rural	2	0
M7	45	F	2000	Semi-rural	1	FMC
M8	40	H	2008	Semi-rural	5 à 10	DIU + FMC
M9	32	H	2015	Semi-rural	3	0
M10	46	F	1999	Semi-rural	5	FMC

H: homme ; **F** : femme ; **FMC** : formation médicale continue ; **DIU** : diplôme inter-universitaire

2. Aborder le sujet des dysménorrhées

La plupart des médecins interrogés recherchaient les dysménorrhées de l'adolescente au cours des consultations de prévention (certificat sportif et/ou vaccinations) : « M5 : *Quand on fait les certificats de sport annuels. Quand on les voit c'est l'occasion d'en parler. Ou les vaccins aussi, en fait toutes les consultations de suivi systématique.* » D'autres médecins évoquaient les consultations de première prescription ou de renouvellement de pilule comme une opportunité pour rechercher des dysménorrhées : « M9 : *Sur les premières prescriptions de pilule (...) c'est souvent là qu'on pose les questions.* »

Cependant la moitié des médecins déclaraient que cette recherche n'était pas systématique : « M3 : *Ce n'est pas forcément une question que je pose à chaque fois si c'est ça la question, non* ».

Un autre médecin soulignait la fréquence de ce motif de consultation : « M9 : *C'est un motif fréquent, je crois que c'est 30 à 50% des consultations... enfin on est quand même très sollicité pour ça* ».

3. Evaluer la sévérité des dysménorrhées

Deux médecins soulignaient le caractère banal souvent attribué aux dysménorrhées : « M8 : *Alors la difficulté je pense c'est que les dysménorrhées c'est quand même très banal et fréquent ; les dysménorrhées sévères c'est souvent banalisé par les familles, par les mamans ou par les ados.* » et parfois rattaché à la représentation que pouvait avoir le médecin de la douleur : « M7 : *Non parce qu'en fait dans ma tête la douleur est normale, enfin je ne sais pas comment vous dire on a toujours un peu mal et après c'est vrai que je me suis rendue compte*

que non en fait pas forcément. Et puis après c'est un peu perso, enfin moi j'ai toujours cette notion qu'il y a toujours un minimum de douleur. »

Un médecin parlait même de dysménorrhées classiques : « *M1 : Donc chez une adolescente le plus souvent c'est des dysménorrhées classiques ».*

Pour la moitié des médecins interrogés, l'intensité, et notamment le caractère invalidant de la douleur était un critère de sévérité des dysménorrhées : « *M3 : Ce que j'entends par dysménorrhée sévère c'est une dysménorrhée invalidante (...) une personne évidemment avec des douleurs intenses, avec une EVA [Echelle Visuelle Analogique] à 6-7 par exemple ».*

A l'unanimité, les médecins évaluaient la sévérité des dysménorrhées par le retentissement dans la vie quotidienne : « *M2 : Sur l'impact fonctionnel, la gêne au quotidien, (...) »* et notamment sur l'absentéisme scolaire ou professionnel engendré : « *M5 : Alors pour moi à partir du moment où c'est sévère c'est qu'il y a un retentissement important sur la vie de tous les jours, donc pour les ados c'est qu'elle loupe des jours d'école... Pour moi c'est ça le critère sévère ».*

Par ailleurs, quatre médecins rajoutaient dans l'évaluation de la sévérité des dysménorrhées la consommation d'antalgiques : « *M7 : Alors pour moi les dysménorrhées sévères c'est des douleurs pendant les règles très importantes, où la patiente est obligée de prendre des médicaments, au moins des anti-inflammatoires et des antalgiques. »* et deux d'entre eux parlaient de résistance au traitement comme argument de sévérité : « *M4 : Dysménorrhées sévères (...) c'est pour moi euh... Que ça ne cède pas sous un antispasmodique ou sous un antalgique simple ».* Un seul médecin évoquait la surconsommation d'antalgiques comme signe de sévérité : « *M2 : Ce que ça entraîne sur une surconsommation éventuelle de*

médicaments. »

Parmi les autres marqueurs de sévérité des dysménorrhées, un seul médecin mentionnait le caractère très hémorragique des règles : « M10 : J'entends par exemple des règles très hémorragiques qui entraînent une altération de l'état général », et un autre évoquait la notion de douleurs chroniques : « M3 : Après la sévérité je pense que ça se cote enfin ça se définit aussi en termes de longévité. Je pense qu'une dysménorrhée qui dure depuis vraiment très longtemps c'est quelque chose qui peut être considéré comme sévère ».

4. Les dysménorrhées sévères comme signe évocateur d'endométriase

Bien que quasi unanimement les interviewés citaient l'endométriase comme étiologie principale face à des dysménorrhées sévères : « M7 : Pour moi c'est tout ce qui est endométriase et les dystrophies ovariennes en fait », pour la plupart ce symptôme ne constituait pas le signe d'alarme majeur en faveur de ce diagnostic. Ainsi l'endométriase n'était pas recherchée d'emblée chez une adolescente présentant des dysménorrhées sévères mais plutôt en présence d'autres symptômes : « M4 : Je ne l'évoque pas de prime abord, après effectivement s'il y a d'autres signes qui me l'évoquent, on en parle mais de prime abord non. »

L'un d'eux disait ne pas suffisamment y penser face à ce symptôme : « M9 : Je crois que ça peut être juste des dysménorrhées et on n'y pense pas forcément assez... ».

Seul un médecin ayant fait une formation complémentaire (DIU de gynécologie) l'évoquait rapidement face à des dysménorrhées sévères : « M5 : Alors elles sont jeunes encore mais l'endométriase je pense qu'il faut quand même avoir le flash. Même si à 16 ans je n'irai pas lancer un bilan aussi facilement qu'à 30 ans, vu qu'il n'y a pas forcément de grosses lésions d'endométriase, mais je pense qu'il faut l'avoir en tête rapidement ».

5. La prise en charge des dysménorrhées

L'ensemble des médecins évoquaient la prescription d'antalgiques de palier 1 de type anti-inflammatoire non stéroïdiens pour la prise en charge initiale des dysménorrhées, et faisaient aussi référence aux antispasmodiques : « M8 : J'ai même commencé par prescrire du PHLOROGLUCINOL, de l'IBUPROFENE, des trucs comme ça, un peu habituel quoi. ».

Un seul médecin mentionnait le DYDROGESTERONE dans sa prise en charge : « M10 : Il avait été mis du DYDROGESTERONE en place, et puis elle avait arrêté et puis elle avait repris le DYDROGESTERONE et malgré tout ça restait très irrégulier et hémorragique surtout, c'est ce qui la gênait le plus, et du coup on est passé sous pilule ».

Après échec des anti-inflammatoires non stéroïdiens, la démarche des médecins était de prescrire une pilule œstroprogestative dans un but antalgique et non contraceptif : « M2 : Ensuite on a commencé à discuter d'une éventuelle contraception, qui serait pour but des dysménorrhées car elle n'a pas nécessité de contraception en tant que telle pour le moment ».

L'un des médecins faisait référence à l'implant contraceptif à visée antalgique, bien que les effets secondaires de celui-ci avait conduit à son retrait : « M5 : A l'époque on lui avait posé un implant pour ça, c'était sans doute le planning familial je pense, parce qu'on lui avait dit que ça diminuerait ses règles donc elle n'aurait plus mal. Mais elle n'a pas supporté car elle a pris 15 kg et elle avait des boutons donc elle a enlevé l'implant. ». De même, il mentionnait l'utilisation du dispositif intra-utérin hormonal à cet effet : « M5 : Enfin tout ce qui va être contraceptif, hormonal qui va diminuer les règles. Alors après si jamais elle a 17 ans et qu'elle est partante on peut mettre un JAYDESS® par exemple, mais bon on n'arrive pas toujours à poser des stérilets à 16-17 ans ».

L'un des deux médecins ayant fait le DIU de gynécologie s'assurait de valider sa prise en charge à ce stade en envoyant la patiente consulter un spécialiste : « M8 : Je l'avais envoyé consulter

aussi une collègue gynéco-pédiatre pour valider ce que je faisais. »

6. La prise en charge de l'endométriose

Deux médecins jugeaient nécessaire de rassurer d'emblée les jeunes patientes, en leur fournissant des explications sur cette pathologie s'ils la suspectaient : *« M5 : Alors déjà je commence par lui expliquer, parce que je pense que ça fait du bien de mettre des mots, même si je ne suis pas sûre du diagnostic mais souvent voilà on met quand même des mots et on dit que c'est pas grave, que c'est une femme sur 10, et puis qu'il faut qu'on fasse des examens ».*

L'ensemble des médecins interrogés demandaient pour la suite de la prise en charge un avis auprès d'un gynécologue, au CHU pour la majorité d'entre eux : *« M2 : Oui au CHU vers un gynécologue »,* à un spécialiste en ville pour un autre. Quelques médecins laissaient le choix à la patiente de s'adresser à un spécialiste en ville ou à l'hôpital : *« M6 : Peu importe. Je la laisse choisir ».*

Les centres de référence de l'endométriose quant à eux étaient mentionnés par deux médecins : *« M2 : J'ai des patientes qui vont jusqu'à Nantes pour être prises en charge ».*

Pour la moitié des interrogés, le rôle du médecin généraliste était surtout d'être en première ligne dans l'évocation du diagnostic, deux médecins notamment parlaient d'un rôle de repérage : *« M8 : Il a 100% sa place le médecin généraliste car il est en 1ère ligne avec des enfants qui n'ont pas encore vu de gynéco, des ados (...) il a une place de A à Z, dépistage, enfin pas dépistage mais l'évoquer précocement, diagnostic, thérapeutique, suivi, infertilité... enfin il a sa place tout du long ».*

L'ensemble des médecins s'accordaient à soulager la patiente quant à une dysménorrhée sévère (antalgiques, pilule œstroprogestative), mais n'instauraient pas de traitement spécifique d'endométriose d'emblée, préférant attendre l'avis du spécialiste : « M9 : *Non pour une endométriose ce sera l'avis gynéco et le traitement sera instauré par lui. Parce qu'après c'est des histoires de progestatifs seuls des choses comme ça, non ça je ne connais pas assez* ».

La prise en charge financière de l'endométriose était soulevée par un seul médecin, mettant en lumière l'absence de reconnaissance de l'endométriose au titre d'affection de longue durée qui pouvait impacter certaines patientes sur l'accès aux soins : « M2 : *Sachant qu'il n'y a pas de prise en charge en ALD [Affection de Longue Durée]... (...) donc moi je lui faisais le tiers payant, c'est tout ce que je pouvais lui proposer, parce qu'entre les arrêts de travail et les rendez-vous des spécialistes, elle ne s'en sortait plus* ».

7. Les signes d'appel d'endométriose recherchés par les médecins généralistes

Six médecins mentionnaient la persistance des douleurs malgré les traitements comme un signe d'appel pour le diagnostic d'endométriose : « M9 : *C'est par exemple quand on a mis un traitement symptomatique, soit un AINS soit une pilule, et puis qu'il y a des douleurs qui persistent* ». La répétition des plaintes pouvait aussi constituer un signe d'appel pour trois médecins : « M1 : *C'est suite à des plaintes répétées qu'on va faire des examens complémentaires* ».

Parmi les symptômes gynécologiques, trois médecins évoquaient les dyspareunies : « M8 : *Ah si dans les symptômes évocateurs mais ça c'est plus tard c'est moins les ados, enfin si ça peut*

être les ados, c'est quand il y a des dyspareunies, mais ça les dyspareunies les ados ils n'en parlent pas trop, c'est plutôt vers 20 ans qu'ils en parlent. »

L'irrégularité des cycles était aussi un signe d'appel pour deux médecins interrogés : « M10 : *Devant l'âge... des douleurs importantes, euh... l'irrégularité des cycles* » et un médecin évoquait aussi les *ménométrorragies* : « M1 : *Du coup chez l'adolescente, en dehors des dysménorrhées... Euh. (Réflexion)... des ménométrorragies* ».

D'autre part, trois médecins expliquaient que *l'infertilité* pouvait être un signe d'appel bien qu'il concernât des femmes plus âgées plutôt que des adolescentes : « M4 : *Finalemment c'est plutôt chez la femme jeune en...comment dire (réfléchit)... en infertilité du coup, ben là, si on fait l'historique de l'existence de règles douloureuses, avec des cycles irréguliers etc. et qu'en plus il y a une infertilité primaire, là c'est plus facile en fait.* ».

Trois médecins recherchaient les *antécédents familiaux* d'endométriose face à des patientes dysménorrhéiques : « M6 : *Des antécédents familiaux. C'était le cas avec la patiente de 20 ans c'est pour ça qu'on l'a recherché* ».

Quatre médecins s'attardaient sur des signes associés tel que des *symptômes digestifs, urinaires* ou même une épistaxis : « M9 : *Des troubles associés, urinaires, digestifs, enfin des trucs qui font que c'est pas que des douleurs de règles. Ou alors une localisation un peu diffuse.* ».

Un des médecins interrogés était alerté par des symptômes *atypiques* : « M6 : *Sur des douleurs atypiques. Dès qu'il y a de l'atypie j'y pense.* ».

8. Le diagnostic d'endométriose chez l'adolescente

8.1. L'âge d'apparition des premières lésions

L'ensemble des médecins interrogés pensaient impossible l'apparition de lésions d'endométriose avant la ménarche. Un médecin évoquait un élément de physiopathologie pour argumenter sa réponse : *« M5 : Avant la ménarche non, parce que le principe de l'endométriose c'est la théorie du reflux menstruel ».*

A contrario, la quasi-totalité des médecins interviewés pensaient qu'il pouvait y avoir des lésions d'endométriose avant l'âge de 20 ans, et trois médecins évoquaient une probable sous-estimation du diagnostic dans cette population : *« M1 : Je pense que c'est très peu cherché, sous-estimé même ».*

8.2. La démarche diagnostique

Deux médecins soulignaient l'importance de l'interrogatoire beaucoup plus riche que l'examen clinique qu'ils étaient plusieurs à trouver pauvre dans cette pathologie : *« M3 : C'est beaucoup porté sur l'interrogatoire de toute façon c'est clair... l'examen clinique sera peu contributif. Donc c'est au niveau de l'interrogatoire qu'il faut aller chercher quoi ».* Un médecin déclarait que l'examen clinique chez l'adolescente constituait un frein dans sa démarche et pouvait parfois contribuer au retard diagnostic : *« M1 : Il faut quand même faire un examen gynécologique complet, alors après chez une adolescente vierge faire un toucher vaginal ça me paraît compliqué... il faut vérifier les culs de sacs et tout ça. Mais bon chez l'adolescente ça me paraît compliqué. Et du coup ça contribue au retard diagnostic aussi peut être ».*

La notion de long délai au diagnostic était évoquée par trois médecins, qui expliquaient pourtant qu'ils étaient plutôt dans une démarche de temporisation concernant le diagnostic

chez l'adolescente : « M1 : Je sais que c'est très long à faire un diagnostic, parce que le plus souvent c'est... euh... c'est suite à des plaintes répétées qu'on va faire des examens complémentaires et honnêtement je pense que chez l'adolescente c'est très rarement découvert, justement parce qu'on se dit le cycle va se mettre en place il faut un peu de temps ».

Trois médecins évoquaient la difficulté à faire le diagnostic de cette pathologie : « M8 : Parce que par contre la difficulté que j'ai moi c'est sur le plan diagnostic, c'est un diagnostic qu'on évoque facilement, mais qui est difficile à confirmer ».

Tous les médecins s'orientaient vers une échographie pelvienne en première intention, lorsqu'ils constataient un échec thérapeutique au traitement des dysménorrhées : « M8 : C'est avant tout une échographie pelvienne par quelqu'un qui est entraîné ». Pour la suite des investigations, quatre médecins citaient l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) pelvienne, et trois d'entre eux le mentionnaient comme l'examen d'imagerie de référence dans l'endométriose : « M3 : Je pense que l'IRM de mon souvenir c'est le gold standard du diagnostic de l'endométriose ». Deux médecins évoquaient la coelioscopie dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la patiente : « M7 : Pour faire le diagnostic je pense qu'ils font une IRM et après s'ils font une coelio exploratrice pour expliquer tout ça c'est plutôt le rôle du gynéco. »

Un des médecins qui avait fait le DIU de gynécologie parlait de l'importance d'orienter les patientes vers des spécialistes de l'endométriose, notamment pour l'imagerie : « M8 : Je leur précise que je ne souhaite pas qu'elles aillent au cabinet de radiologie habituel, que je les oriente vers une échographiste gynéco. Voilà j'ai mon réseau ».

Le recours au spécialiste était exprimé par tous les médecins interrogés, pour trois d'entre eux

d'emblée en cas de doute initial et après avoir initié une imagerie pour la poursuite de la prise en charge pour les sept autres : « M4 : *S'il y a des signes autres (...) évidemment que là je passe la main à un gynéco. Moi je fais de la gynécologie classique après quand ça me pose question, je passe la main* ».

9. L'accompagnement des adolescentes par les médecins généralistes

9.1. Evaluation de l'impact de l'endométriose sur la qualité de vie

Quatre médecins précisait ne pas parler avec les adolescentes de l'impact de l'endométriose dans leur vie future, expliquant qu'ils préféraient se concentrer sur les douleurs, les inquiétudes du moment présent de l'adolescente : « M4 : *Je pense qu'il faut la laisser venir (...). On va l'accompagner au fur et à mesure de l'âge en fait (...). Je pense que c'est au fur et à mesure de sa vie qu'on va l'accompagner dans ça quoi.* » et ainsi d'éviter d'être trop anxiogène, notamment sur le pronostic parfois inconnu de cette maladie : « M8 : *Je pense que c'est pas forcément le temps de leur parler des difficultés prévisibles parce que d'abord elles en auront peut-être pas, comme je ne suis pas sûr à 100% du diagnostic je vais pas non plus me lancer dans un pronostic dont je ne sais absolument rien à vrai dire* ». Un médecin évoquait l'anxiété qu'éprouvait les patientes au sujet de l'impact de l'endométriose sur leur qualité de vie : « M2 : *Elles en parlent, oui. Beaucoup d'inquiétude sur ce thème-là [qualité de vie], je pense* » tandis qu'un autre parlait de handicap par rapport à la fréquence mensuelle des dysménorrhées, qui pouvait conduire parfois jusqu'à l'isolement social de la patiente : « M5 : *C'est handicapant, enfin ça revient quand même tous les mois ! Et le but c'est qu'elle puisse avoir une vie la plus normale possible, sans avoir des arrêts de travail et de se désocialiser à cause de ça* ».

Pour un médecin, il fallait attendre que la qualité de vie soit impactée pour agir contre l'endométriose : *«M3 : Le problème c'est que tout n'est pas rose dans l'endométriose et je pense qu'il y a un moment où il faut vivre au jour le jour (...) voilà le pronostic de l'endométriose c'est pas dramatique c'est juste la qualité de vie qui est impactée... donc attendons que la qualité de vie soit impactée pour agir ».*

Dans le suivi des jeunes patientes, quatre médecins réévaluaient l'impact d'une part sur la vie scolaire ou professionnelle, pouvant aboutir parfois à la prescription d'arrêt de travail, et d'autre part sur l'efficacité des traitements jugée par le confort qu'ils engendraient : *« M3 : Après la prise en charge c'est vraiment sur l'efficacité du traitement, l'évolutivité des symptômes, la maladie peut pas flamber mais enfin elle peut s'étendre, donc c'est de cet ordre-là ».*

9.2. Aborder le sujet de la fertilité

Cinq médecins évoquaient les troubles de la fertilité possibles liés à l'endométriose : *« M2 : Et puis après sur des projets de grossesse aussi, grossesse et endométriose, est-ce que c'est possible, au bout de combien de temps on peut l'envisager ».* Deux d'entre eux précisaient qu'ils adaptaient leur discours à l'âge de la patiente, les adolescentes étant moins préoccupées par un projet de grossesse : *« M4 : Je ne sais pas, mais après, je ne sais pas si c'est pertinent d'aller dire à une adolescente que probablement il y aura des difficultés de fertilité si elle a 14 ans quoi. On va l'accompagner au fur et à mesure de l'âge en fait ».*

9.3. Soutien psychologique

L'accompagnement se faisait dans le soutien psychologique pour la moitié des médecins

interrogés. L'ensemble des interviewés évoquait le recours à un psychologue à un moment donné de la prise en charge : « M2 : *Après si je vois qu'elle en a beaucoup besoin et que je n'arrive pas à répondre aux demandes c'est à dire si les besoins sont plus par semaine avec des consultations qui sont plus longues, oui là c'est vrai que c'est plus facile d'avoir quelqu'un qui fait que ça* ». Cependant un seul médecin faisait référence au coût financier que pouvait représenter un suivi par un psychologue, pouvant être un frein pour certaines patientes : « M1 : *Après le problème avec les psychologues, et c'est le cas dans toutes les pathologies, c'est le côté financier, c'est pas remboursé donc ça c'est un peu embêtant pour certaines patientes* ».

La moitié des médecins soulignaient l'importance de s'assurer de la bonne compréhension des patientes concernant leur pathologie, leur traitement et les modalités de prise en charge : « M6 : *Pour moi c'est surtout pour accompagner tout ce qui est à côté. Tout ce qui ne va pas être forcément fait par le gynéco, des fois c'est reprendre le diagnostic, reprendre les explications, reprendre le pourquoi du comment... Est-ce qu'on peut envisager un traitement, l'intérêt du traitement... Quel traitement on peut mettre etc. On peut reprendre le compte rendu du spécialiste aussi* ».

Deux des médecins interrogés soulignaient l'importance de soutenir la réalité des douleurs : « M7 : *Mais dire effectivement que ça fait mal et que c'est réel, car souvent quand il y a des douleurs comme ça, souvent pour les jeunes c'est difficile, ça peut être difficile à faire accepter par l'entourage... elles ont vraiment mal et ce n'est pas du cinéma, et que si elle ne peut pas aller à l'école c'est bien réel* ».

9.4. Internet et supports d'information

En ce qui concerne internet, quatre médecins avaient une position favorable en expliquant que cela permettait d'avoir un point de départ dans la discussion avec le patient : « M10 : *Je pense que se renseigne c'est quand même un patient qui a envie de se prendre en charge donc je trouve que c'est quand même une bonne démarche* ». Un médecin rajoutait que les patients avaient le droit de s'informer mais que l'explication finale devait être celle du médecin : « M5 : *Il faut qu'ils arrivent à comprendre que la bonne parole c'est quand même celle du médecin qui est en face et pas forcément celle d'internet* ». Quatre autres médecins avaient une position intermédiaire, considérant qu'internet présentait des avantages mais pouvait aussi délivrer de fausses informations aux patientes : « M8 : *C'est très bien et ce n'est pas bien, de toute façon c'est dans tous les sujets pas seulement dans l'endométriose* ».

Ainsi, pour limiter l'anxiété que pouvait engendrer le recours à internet, ils insistaient sur le fait de dédramatiser certains points : « M4 : *Du coup il faut dédramatiser car internet est souvent faux mais très souvent alarmiste... (...) donc il faut relativiser* ». Ils expliquaient qu'ils reprenaient avec les patientes ce qu'elles avaient lu sur internet pour démêler le vrai du faux, et ainsi les aiguiller vers des sites de référence : « M8 : *J'essaye de regarder avec elles quels sites elles consultent, et puis leur recommander des sites de meilleure qualité (...), pour leur dire voilà ça c'est une information fiable, intéressante* ».

Enfin deux médecins étaient contre internet : « M3 : *Non je pense qu'il y a trop de conneries sur internet pour aller s'informer là* ».

Parmi les autres supports d'information, trois médecins faisaient référence aux associations : « M10 : *Il y a une association, donc déjà ça peut être un bon point parce qu'effectivement ça peut permettre d'aller rencontrer d'autres femmes qui ont le même soucis* », trois citaient des revues papiers pour grand public : « M2 : *Des magazines oui (...) là c'était un magazine (...)*

sur les femmes où il y avait un article sur l'endométriose », et trois parlaient de la médiatisation actuelle de l'endométriose : « M7 : C'est vrai qu'il y a des gens connus qui parlent d'endométriose, cela peut être pratique pour les patientes, ça permet de dédramatiser un peu les choses ».

10. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

La moitié des médecins interrogés expliquaient être à l'aise sur le sujet de l'endométriose (parmi lesquels les deux médecins ayant fait le DIU), mais deux précisait qu'ils ne l'étaient pas lorsqu'il s'agissait d'adolescentes : « M1 : Oui en fait... Enfin la pathologie... Je ne suis pas mal à l'aise avec la pathologie, c'est plutôt avec la population, les adolescentes ». L'autre moitié avouait ne pas être à l'aise avec cette pathologie : « M9 : Je ne connais pas très bien l'endométriose... ça donne un peu plein de trucs je crois c'est un peu particulier ».

Les médecins reconnaissent méconnaître certains aspects de la pathologie, comme par exemple l'existence de facteurs de risque ou les indications chirurgicales : « M1 : Parce que je sais que ça peut être opéré, selon le degré de sévérité, que je ne connais pas ».

Un seul médecin évoquait le manque de formation des médecins généralistes : « M2 : Donc oui je pense que le médecin généraliste à une place centrale, d'où à mon avis une information qui doit être plus importante ».

Un seul médecin faisait référence à sa difficulté, en tant qu'homme, de réaliser un examen gynécologique chez une adolescente : « M1 : Ne serait-ce que par rapport à l'examen gynécologique, pour le toucher vaginal tout ça. Ça sera pour moi une première barrière (...) je l'ai jamais fait... et ça me paraît très compliqué ! (...) En plus moi en tant que médecin

homme je pense que c'est un peu particulier aussi » et la difficulté parfois d'aborder la sexualité avec les adolescentes : « M1 : Voilà je trouve que ça reste des questions qui sont très délicates car on aborde la sexualité de la jeune fille ». Un autre médecin évoquait ses limites dans la pertinence de son examen clinique : « M9 : Je pense que moi mon examen ne me permettrait pas d'avoir forcément une bonne rentabilité diagnostique dans la cause des dysménorrhées ! ».

Pour trois médecins, leur faible expérience professionnelle constituait aussi un frein, que ce soit dans le diagnostic ou dans l'instauration de traitement : « M5 : Mais c'est peut-être parce que je n'ai pas encore beaucoup d'expérience... je pense qu'une fois que j'en aurai vu quelques-uns qui lancent le traitement et que je vois que ça marche peut-être que je le ferai de moi-même ». Plusieurs médecins évoquaient pour cette pathologie une prise en charge spécialisée qu'ils connaissaient peu : « M7 : Je pense vraiment que c'est une prise en charge spécialisée, pour faire le diagnostic je pense qu'ils font une IRM et après s'ils font une coelioscopie exploratrice pour expliquer tout ça c'est plutôt le rôle du gynéco ».

Un médecin déplorait également le manque de temps sur une consultation pour pouvoir faire un accompagnement psychologique de qualité : « M1 : Mais moi j'ai tendance à être un peu psychologue que la première consultation et ensuite après dire que voilà, je ne peux pas faire un travail de psychologue ce n'est pas possible ».

Enfin cinq médecins avaient des difficultés à trouver spontanément d'autres support d'information qu'internet à proposer aux patientes : « M9 : Non, enfin j'imagine qu'il y a plein de trucs mais non je ne connais pas de choses concrètes ».

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. A propos du sujet

L'endométriose est une pathologie qui jusqu'ici était méconnue du grand public et des médecins, mais depuis quelques années les recherches à son sujet s'intensifient et sa médiatisation s'accroît. Cependant il persiste encore des incertitudes notamment dans sa physiopathologie et il n'existe toujours pas de traitement curatif à l'heure actuelle. La force de cette étude réside dans son application à l'adolescente, car peu d'études se sont penchées sur la recherche par les médecins généralistes des signes évoquant cette pathologie dans cette population.

1.2. A propos de l'échantillonnage

Le recrutement s'est fait par volontariat ce qui peut engendrer un biais car il est possible qu'il s'agisse des médecins les plus motivés ou les plus à l'aise avec les dysménorrhées de l'adolescente. Par ailleurs, la moyenne d'âge de 36 ans des médecins interrogés peut aussi constituer un biais. Il s'agit en effet de médecins jeunes, dont l'expérience et la prise en charge peut être différente des médecins plus expérimentés. Enfin, la majorité des médecins interrogés ont un exercice semi-rural qui peut être différent en termes de prise en charge par rapport à un exercice en ville.

A l'inverse, l'échantillonnage a permis d'obtenir une répartition équivalente entre médecins homme et femme.

1.3. A propos de l'enquêteur et du recueil des données

Le terme d'endométriose n'était pas cité lors de la demande de participation à l'étude afin de

ne pas influencer les réponses des médecins interrogés. Cependant, le manque d'expérience de l'enquêtrice dans la conduite des entretiens a pu influencer la qualité des entretiens et le recueil des données. Un seul entretien a été réalisé au domicile du médecin interrogé, tous les autres ont eu lieu à leur cabinet.

1.4. A propos de l'analyse

L'analyse des entretiens a été réalisée au fur et à mesure, permettant d'ajuster le guide d'entretien et la posture de l'enquêtrice pour les entretiens suivants, jusqu'à saturation théorique des données. La double lecture des entretiens et de leur codage ainsi que la triangulation des données est un autre point fort de cette étude.

2. Discussion des principaux résultats

2.1. Les dysménorrhées ne constituent pas un signe d'appel majeur d'endométriose

L'endométriose est la principale cause de dysménorrhées secondaires chez l'adolescente et l'adulte jeune (4). Elle est retrouvée en cœlioscopie chez au moins 12% des adolescentes ayant une dysménorrhée sévère (12) (13). Dans notre étude, la majorité des médecins évoquaient l'endométriose comme étiologie principale face à des dysménorrhées sévères, à l'image d'une enquête de 2013 où 63% des médecins généralistes associaient les dysménorrhées à la possibilité d'une endométriose (10). Cependant les médecins de notre étude ne se basaient pas sur ce seul symptôme pour suspecter ce diagnostic, et d'autant plus chez l'adolescente où ils préféraient temporiser avant de lancer des investigations à la recherche d'une endométriose.

2.2. Une recherche des dysménorrhées non systématique

Dans notre étude, les dysménorrhées sont recherchées par l'ensemble des médecins interrogés lors de consultations de prévention ou de contraception chez l'adolescente mais de manière non systématique. Cette donnée est corroborée par une étude de 2013 où 90% des médecins interrogés recherchaient des dysménorrhées lors des consultations rattachées à une thématique gynécologique. Le caractère systématique de cette recherche n'était pas mentionné dans cette étude (10). Cependant, les consultations de prévention risquent de devenir moins fréquentes puisque les certificats médicaux sportifs sont désormais établis tous les 3 ans (14). De même, les adolescents ne sont pas revus entre 11 et 25 ans pour le suivi vaccinal (15), sauf éventuellement pour le vaccin contre le Papillomavirus, mais celui-ci est recommandé entre 11 et 14 ans donc avant les ménarches pour un certain nombre de jeunes filles (16). Néanmoins, pour palier à ce manque de suivi des adolescents, sont désormais proposées depuis Mars 2019 deux consultations de suivi médical entre 11 et 13 ans et 15 et 16 ans avec une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (17). Concernant les consultations pour motif contraceptif ou gynécologique, seul 39% des adolescentes entre 15 et 19 ans avait eu recours à leur médecin généraliste selon le baromètre santé INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) de 2010 (18). Ainsi un dépistage non systématique de signes d'endométriose chez cette population consultant peu peut participer au retard diagnostic. Il semble donc nécessaire de questionner l'existence d'une dysménorrhée, présente chez 70 à 80 % des adolescentes (2) mais souvent non évoquée spontanément et d'évaluer son intensité et les signes qui pourraient orienter vers une endométriose.

2.3. Un flou sur les critères de sévérité des dysménorrhées

La prévalence des dysménorrhées sévères de l'adolescente est estimée entre 15 et 40% chez les jeunes filles de moins de 20 ans (2). L'ensemble des médecins de notre étude évaluaient la sévérité des dysménorrhées par rapport au retentissement dans la vie quotidienne, notamment l'absentéisme scolaire ou professionnel. Il y a effectivement un impact majeur des dysménorrhées sévères sur l'absentéisme scolaire ; une étude de 2010 retrouvait 21% de cas de dysménorrhées sévères chez des adolescentes entre 14 et 19 ans parmi lesquelles 50% déclaraient rater l'école (19). Seulement deux médecins interviewés évoquaient spontanément la résistance au traitement médicamenteux pourtant intégrée dans la définition des dysménorrhées sévères par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) (20). En effet, les dysménorrhées qui ne répondent pas après 3 mois d'utilisation d'un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien ensuite associé à une contraception œstroprogestative sur 3 cycles peuvent être qualifiées de sévères et donc faire suspecter une origine organique (4). Quelques médecins interrogés évoquaient les autres critères de sévérité retrouvés dans la littérature tels qu'une intensité des dysménorrhées évaluée à 8 ou plus sur l'échelle visuelle analogique (20), et des règles abondantes. La ménarche précoce et des règles longues en durée (4) n'ont pas été évoquées par les médecins interrogés. Ainsi les médecins interviewés dans cette étude ne cernaient pas la totalité des critères de gravité répertoriés dans les dysménorrhées sévères ce qui peut là aussi poser la question d'un retard au diagnostic et à la prise en charge de dysménorrhées organiques.

2.4. Les autres signes évocateurs d'endométriose

Certains médecins interrogés mentionnaient d'autres symptômes évocateurs d'endométriose tel que les dyspareunies, l'antécédent familial au premier degré (majorant par 5 le risque de

développer une endométriose) et les signes associés digestifs et/ou urinaires à recrudescence cataméniale. Ces symptômes sont ceux retrouvés dans la littérature (20). A contrario, aucun des médecins interrogés n'évoquait une ménarche précoce comme facteur de risque d'endométriose, pourtant une étude Australienne de 2010 (21) retrouvait que les femmes ayant eu une ménarche à 14 ans ou plus avaient moins de risque de développer une endométriose que celles avec une ménarche précoce (avant 11 ans). De même, aucun médecin interrogé n'évoquait clairement les douleurs pelviennes chroniques autre que les dysménorrhées comme signe d'appel. Or les adolescentes souffrant d'endométriose peuvent aussi présenter des douleurs pelviennes chroniques pouvant être cycliques et/ou acycliques (22) comme l'atteste une revue de la littérature réalisée en 2012 où il a été retrouvé par coelioscopie chez ces patientes des lésions d'endométriose pour 49% d'entre elles, dont 57% étaient des formes modérées à sévères (7). Ceci fait écho aux remarques des praticiens soulignant un manque de connaissances sur l'endométriose ainsi qu'un manque d'aisance à sa prise en charge.

2.5. Une pathologie encore difficile à appréhender pour les médecins généralistes

L'ensemble des médecins interrogés ne concevait pas la possibilité de l'existence d'une endométriose avant la ménarche, alors que les données de la littérature retrouvaient dès les années 2000 des lésions chez des jeunes filles âgées entre 8 et 10 ans avec des douleurs pelviennes chroniques depuis plus de 6 mois (23). La diffusion de ces données permettrait donc une surveillance plus rapprochée de ces pré-adolescentes et donc possiblement par la suite un diagnostic et une prise en charge plus précoce. La majorité des médecins exprimait clairement ne pas se sentir à l'aise avec cette pathologie, d'autant plus chez l'adolescente. Ceci rejoint les résultats de l'étude de QUIBEL (10) où 63%

des médecins généralistes avouaient ne pas être à l'aise avec cette pathologie.

Ainsi, l'examen clinique dans le cadre des dysménorrhées secondaires était considéré par certains médecins de l'étude comme pauvre alors que la littérature lui confère une part importante pouvant, d'une part mettre en lumière des éléments évocateurs d'endométriose comme par exemple une sensibilité au niveau des ligaments utéro-sacrés, un utérus rétroversé douloureux ou la palpation de nodules de la cloison recto-vaginale (20), et d'autre part éliminer les diagnostics différentiels. Cependant ces éléments évocateurs d'endométriose sont plutôt ceux retrouvés chez la femme plus âgée lorsque le stade d'endométriose est plus avancé (24). En effet il a été observé que les lésions, initialement superficielles, progressent en profondeur vers les organes pelviens (24). Ainsi chez l'adolescente, les lésions, moins évoluées, sont plus fréquemment des lésions péritonéales superficielles et de la surface ovarienne (24) (25). La réalisation d'un examen gynécologique chez l'adolescente représentait un frein pour les médecins interrogés. La littérature recommande néanmoins de le réaliser, dans la mesure du possible, parfois après plusieurs consultations afin que la patiente soit plus à l'aise avec l'examineur (26). Dans une revue de la littérature concernant l'endométriose de l'adolescente, il est retrouvé qu'un examen rectal-abdominal est mieux toléré qu'un examen vaginal chez la jeune fille non sexuellement active (27).

Pour autant, la démarche paraclinique évoquée par les médecins est cohérente avec les recommandations (20). La coelioscopie, seul examen permettant d'affirmer le diagnostic et dont l'indication de réalisation revient aux spécialistes, était évoquée par deux médecins. Il s'agit d'un outil diagnostique et thérapeutique fondamental. S'il existe des lésions caractéristiques visibles en imagerie, la coelioscopie est indiquée dans un but opératoire (25) et non dans le seul but de confirmer le diagnostic (20).

Comme le faisaient remarquer trois médecins dans notre étude, il est important d'avoir un réseau de spécialistes référents en imagerie surtout dans cette pathologie. Le CNGOF

recommande effectivement que les examens de seconde intention soient réalisés par un échographiste et/ou un radiologue référent (20), car parfois quand les lésions sont superficielles les examens d'imagerie réalisés en première intention peuvent être considérés comme normaux et contribuer à l'errance diagnostique. En effet, les lésions les plus fréquemment retrouvées chez l'adolescente sont des implants superficiels péritonéaux de 1-2mm de diamètre (26) pour lesquels l'échographie vaginale et l'IRM ne permettent pas un diagnostic satisfaisant (20). Ainsi en cas de lésions infra radiologiques et de résistance au traitement médicamenteux ou de forte suspicion clinique, la coelioscopie est indiquée à visée diagnostique (20).

Enfin, dans notre étude, le recours au spécialiste pour la suite de la prise en charge suivait globalement la même tendance que dans l'étude de QUIBEL (10), puisqu'un tiers des médecins les sollicitaient d'emblée et les deux tiers restants après un bilan d'imagerie.

2.6. Un rôle de dépistage contrastant avec un manque d'aisance et de connaissances sur l'endométriose

A juste titre, les médecins interrogés estimaient être en 1ère ligne pour le repérage de signes d'endométriose chez les jeunes patientes. En effet, en tant que médecins de famille et donc de premier recours, ils étaient amenés à voir en consultation davantage les adolescentes. De plus devant la baisse du nombre de gynécologues médicaux et par conséquent l'allongement des délais pour obtenir un rendez-vous, les patientes vont désormais de plus en plus se tourner vers les médecins généralistes qui eux-mêmes en 2018 sont 7% moins nombreux qu'en 2010 (28). Dans notre étude, 7 médecins sur 10 réalisaient plus de 5 consultations par semaine pour un motif gynécologique. Selon l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) dans la région des Pays de la Loire notamment, la densité de gynécologue libéraux est inférieure de 33% à la moyenne nationale, ce qui peut expliquer la plus forte implication des médecins généralistes

dans cette discipline (73% des médecins généralistes ont au moins une fois par semaine une consultation pour motif gynécologique versus 56% au niveau national en 2015) (29). Il est établi que 75 à 80% des adolescents consultent au moins une fois dans l'année un médecin généraliste (30). Face à ce rôle déterminant, il en ressort deux problématiques.

D'une part, comme précédemment évoqué, les médecins exprimaient leur manque d'aisance vis à vis de cette pathologie et notamment dans le contexte de l'adolescence. Une information spécifique à destination des médecins généralistes pourrait leur permettre de repérer et commencer plus rapidement la prise en charge des patientes puis les orienter vers des centres de référence pour ainsi diminuer le nombre de spécialistes vus avant d'établir un diagnostic. Dans notre étude seuls deux médecins font référence à ces centres spécialisés dans l'endométriose où il existe une prise en charge pluridisciplinaire. A l'heure actuelle, il n'existe effectivement qu'un centre expert dédié à l'endométriose labellisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) à Rouen, les autres centres nationaux étant des équipes multidisciplinaires mais n'ayant pas le titre qualitatif de centre expert (31). Par ailleurs, une revue de la littérature sur l'attente des patientes atteintes d'endométriose soulignait qu'elles souhaitaient que les praticiens les aident à retrouver de l'espoir et un sentiment de contrôle en les éduquant sur leur maladie (32). Il n'existe à l'heure actuelle qu'un seul programme d'éducation thérapeutique sur l'endométriose à Montpellier, actif depuis 2016 (33). Ainsi, même mieux formé, le médecin généraliste reste confronté à un manque de structures adéquates pour l'accueil des patientes et notamment des adolescentes, qui représente un domaine à améliorer.

D'autre part, les consultations d'adolescents peuvent être longues et chronophage car il faut du temps avant qu'ils puissent se confier, ce qui peut être problématique dans un contexte de

zones de démographie médicale en pénurie (28) et où les consultations sont nombreuses ; le temps d'écoute peut en être impacté. Dans un article de 2006, AUDEBERT parle de 'coaching de l'endométriose' (34), et expose quelques principes notamment la nécessité d'établir un climat de confiance, d'élaborer avec la patiente un plan d'action qui lui sera expliqué afin d'obtenir un réel partenariat avec elle, de ne pas négliger le temps d'écoute et de tenir compte de ses réactions émotionnelles, de l'orienter vers des groupes de soutien et enfin de lui apprendre à gérer son endométriose. Cette approche correspond aux méthodes de counseling, centrées sur la personne (35), mais aussi aux compétences de relation et communication développées dans le DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de médecine générale (36). Dans notre étude, six des dix médecins interrogés disaient accompagner psychologiquement leurs patientes et la totalité d'entre eux les orientait vers un(e) psychologue si besoin. Un des freins à la réalisation d'un soutien psychologique de qualité lorsque les besoins se font sur le long terme peut être le manque de temps lors des consultations des médecins généralistes, ainsi la redirection vers un(e) psychologue peut être une alternative intéressante.

Dans une thèse de 2017 (37) explorant la place des médecins généralistes dans le suivi des adolescents, ces derniers estimaient que du fait de son statut de médecin de famille, le médecin généraliste avait une place de choix pour les suivre au long cours, car connaissant le contexte de vie familial une relation de confiance existait, les mettant plus facilement à l'aise pour se confier. Cependant, toujours dans la même thèse, les adolescents voyaient leur médecin généraliste comme un somaticien et ne le pensaient pas formé à la prise en charge psychologique.

2.7. Une prise en charge des dysménorrhées adaptée mais un symptôme souvent banalisé

Bien que la prise en charge thérapeutique des dysménorrhées par les médecins généralistes

interrogés concordât avec les recommandations du CNGOF (20), il existait une certaine banalisation de ces douleurs entraînant un retard d'investigations diagnostiques. L'appréciation de la réalité des douleurs n'était évoquée que par deux des médecins interrogés de notre étude. La perception de la douleur étant un élément subjectif, certaines patientes peuvent la considérer comme « normale » ou peu intense et donc s'automédiquer sans consulter leur médecin. Ainsi dans l'étude de NARRING (2), 72,9% des adolescentes souffrant de dysménorrhées sévères s'automédiquaient, et seulement 24,4% d'entre elles déclaraient avoir consulté un médecin pour cette raison. On peut donc supposer que les traitements entrepris par les patientes elles-mêmes ne soient pas pleinement efficaces et donc n'empêchent pas l'absentéisme scolaire ou professionnel. Sur l'évaluation des douleurs rapportées par les patientes, une des médecins généralistes avouait considérer jusqu'ici la douleur de règles comme « normale », avec la notion d'un minimum de douleur systématique. Ainsi on peut émettre l'hypothèse que son vécu personnel, familial et socio-culturel ont pu probablement jouer un rôle sur sa prise en charge des dysménorrhées. Cela ramène à la notion importante de banalisation des douleurs de règles, évoquée par de nombreux auteurs et retrouvé dans une revue de la littérature où il en ressort que les femmes déplorent le manque de connaissance des professionnels de santé sur l'endométriose et parfois une attitude dédaigneuse face aux symptômes menstruels considérés à tort comme normaux (32). Il semble donc nécessaire de réfléchir à l'élaboration d'un travail de déconstruction des représentations de la dysménorrhée chez les professionnels de santé et les jeunes femmes, et notamment la « normalité » des douleurs pendant les règles. Dans cette optique, des mesures commencent à être prises avec notamment la campagne nationale de sensibilisation de l'association Info-endométriose (38). En effet, la banalisation des dysménorrhées peut entraîner des retards diagnostics dans l'endométriose : les données de la littérature retrouvent un délai moyen d'environ 15 ans entre les premières douleurs (apparaissant avant l'âge de 20

ans) et le diagnostic chirurgical (39). La mise en évidence d'un lien entre la précocité des symptômes et la sévérité de la maladie (9) soulignent l'importance d'un dépistage du risque d'endométriose devant une dysménorrhée sévère chez une adolescente.

2.8. L'endométriose et ses conséquences

L'impact de l'endométriose dans la vie future était peu abordé par les médecins interrogés qui préféraient se concentrer sur les symptômes actuels des adolescentes. Néanmoins la moitié d'entre eux soulevaient le problème de la fertilité en précisant qu'il s'agissait d'un sujet qui ne concernait peu ou pas encore les adolescentes. Dans une étude de 2005, 28 adolescentes porteuses d'endométriose ont été suivies sur une période de 8,6 ans, et il a été démontré que le taux de fécondabilité était directement lié au stade des lésions, allant de 75% de fécondabilité au stade I à 0% au stade IV (40). Cela révèle qu'une prise en charge chirurgicale au stade précoce d'endométriose pourrait augmenter le taux de grossesse et donc remet au premier plan la nécessité d'un diagnostic précoce.

Les médecins interrogés considéraient la nécessité d'informer indispensable mais restaient craintif de ne pas majorer une angoisse qui pourrait retentir sur les douleurs et/ou les signes cliniques (26).

2.8.1. Impact de l'endométriose sur la qualité de vie

L'un des médecins interviewés livrait un point de vue déroutant considérant le pronostic comme non dramatique et ne l'envisageant qu'en termes de qualité de vie, négligeant ainsi les difficultés de la gestion quotidienne de cette maladie, notamment la gestion des douleurs chroniques résistantes aux traitements, les effets secondaires de ceux-ci, la multiplication des interventions chirurgicales, le retentissement sur la vie de couple. En effet, l'endométriose a un impact négatif sur les activités de la vie quotidienne, les

performances au travail et la vie sociale des patientes, comme l'atteste une étude de 2010 où 20% des patientes atteintes d'une forme sévère déclarent être dans l'incapacité d'aller au travail, avec une moyenne de 33,6 jours par an ce qui est plus important que pour d'autres maladies chroniques (41). Ainsi, les recommandations récentes de la Haute Autorité de Santé (HAS) (20) incitent à débiter une prise en charge lorsque la maladie a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité) ou lorsqu'elle entraîne une altération d'un organe. Il existe des questionnaires validés (42) (43) pour évaluer la qualité de vie des patientes, mais aucun des médecins interrogés n'en parle. Selon le NICE (National Institute for Clinical Excellence) (44), un échange sur l'impact de l'endométriose, la qualité de vie et la relation du couple, pour les patientes plus âgées, devrait être réalisé lors des consultations.

2.9. L'information aux patientes

Les médecins de notre étude étaient divisés sur l'utilisation d'internet par les patientes. La plupart y était plutôt favorable mais soulignait la nécessité de reprendre les informations avec les patientes et leur suggérer des sites de référence. Cela va dans le sens d'une méta analyse réalisée en 2016 de 750 pages web sur l'endométriose où seulement 16 pages étaient jugées crédibles avec une qualité modérée par ailleurs (45). Ainsi internet peut montrer des avantages mais l'information doit toutefois être maniée avec précaution et reprise avec le médecin.

Seulement trois médecins citaient les associations de patientes comme autre outil d'information qu'internet, montrant une certaine méconnaissance vis à vis de ce support. Celui-ci constitue pourtant un appui important où les patientes peuvent trouver une source d'information fiable, et comme le souligne le CNGOF (20), un lieu d'échange et de lutte utile contre l'isolement que peut engendrer cette pathologie.

Dans une revue de la littérature de 2018 (32), 3 sources d'informations sont mises en évidence. Premièrement le corps médical, qui présente une inadéquation entre l'information

délivrée et les besoins ressentis par les patientes. Deuxièmement les associations de patientes et groupes de soutien ; ceux-ci favorisent la prise en charge autonome des patientes et l'échange d'information (44). Enfin les groupes de soutien online, qui présentent aussi l'avantage de lutter contre la solitude et de partager son expérience, mais au risque d'une désinformation et/ou d'une inquiétude des patientes devant des publications de mauvaises expériences. Ces groupes de soutien sont considérés par le NICE comme incontournables dans le cadre de l'apprentissage des patientes sur leur pathologie bien qu'une modération soit indispensable pour contrôler les forums présents sur Internet (44).

2.10. La problématique de l'accès aux soins

Un seul médecin soulevait la question de l'aspect financier et de l'accès aux soins pour les patientes. La non-reconnaissance sur la liste des trente affections de longue durée (ALD 30) peut renforcer le sentiment des patientes à se sentir exclues, et/ou à ne pas consulter. Pourtant l'endométriose est une maladie chronique au même titre que l'hypertension artérielle ou le diabète, qui génère un coût économique majeur. En effet, une étude de 2012 a établi que le coût moyen annuel pour une patiente endométriosique s'élevait à 10 000 euros environ (coût lié aux soins et à la perte de productivité) (46).

Les patientes peuvent néanmoins être prises en charge par une demande d'ALD hors liste (ALD 31), cependant la procédure peut être longue et n'aboutit pas toujours. Pour les patientes de plus de 16 ans qui travaillent, il est possible de faire une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) lorsqu'il devient difficile de concilier travail et maladie. Par ailleurs comme le précise un médecin, les consultations chez le psychologue peuvent aussi générer un coût non négligeable pour ces patientes, d'autant plus que la multiplication des arrêts de travail peut avoir un impact financier important. Néanmoins, la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes évolue. En effet, depuis un décret de Mai 2017 (47), il est

expérimenté pour 4 ans le remboursement des consultations de psychologues pour les jeunes de 11 à 21 ans, avec une prise en charge maximum de 12 séances. Le département du Maine-et-Loire est notamment concerné (48).

CONCLUSION

Les médecins généralistes sont les médecins de premier recours et 75 à 80% des adolescents les consultent au moins une fois dans l'année. Ils ont donc un rôle primordial de dépistage des pathologies sévères et / ou chroniques dans cette population. L'endométriose, de plus en plus médiatisée, est une pathologie dont l'origine et les mécanismes sont encore flous. Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement curatif même si les traitements chirurgicaux et hormonaux peuvent parfois retarder l'évolution de cette maladie pendant plusieurs années. Selon l'HAS, la prévalence de l'endométriose, du fait de sa définition histologique, est difficile à estimer et varie selon les études de 2 à 74% chez la femme adulte présentant des algies pelviennes chroniques. Son existence chez l'adolescente, parfois même avant la ménarche, est encore difficile à appréhender par certains médecins. Si cette information était mieux connue par tous, il pourrait y avoir une surveillance plus rapprochée de ces pré-adolescentes à risque et donc possiblement par la suite un diagnostic et une prise en charge plus précoce. Les dysménorrhées, sévères dans 15 à 40% des cas chez l'adolescente, ne sont pas systématiquement recherchées par les médecins généralistes et les éléments définissant leur sévérité ne sont pas forcément connus par tous. De plus il s'agit d'un symptôme souvent banalisé à la fois par les patientes et leur famille mais aussi par certains médecins. Pourtant la sévérité des dysménorrhées doit faire suspecter une origine secondaire (10% des cas chez l'adolescente et l'adulte jeune) et l'endométriose en est la principale cause. Il semble nécessaire qu'une formation plus importante sur cette pathologie soit délivrée lors des études médicales, afin de la repérer et de la diagnostiquer plus rapidement de sorte que la prise en charge des patientes soit la plus optimale possible et leur qualité de vie la moins impactée. Afin d'évaluer cette dernière, les questionnaires prévus à cet effet devraient être plus utilisés par les médecins. Par ailleurs le développement des centres experts en endométriose à l'échelle nationale est une mesure nécessaire qui rend compte de l'importance de cette pathologie qui

touche des milliers de femmes et d'adolescentes. Enfin une plus grande information des adolescentes mais aussi de leurs parents devrait être mise en place pour sensibiliser à cette pathologie et ses symptômes. Des mesures commencent à voir le jour avec l'association Info-Endométriose et sa campagne en partenariat avec le ministère de l'Éducation nationale afin de sensibiliser les élèves de collèges et lycées à cette maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1. https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_15_suivi_gyneco_panel3_mgpdl.pdf. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_15_suivi_gyneco_panel3_mgpdl.pdf
2. Narring F, Yaron M, Ambresin A-E. La dysménorrhée : un problème pour le pédiatre ? Archives de Pédiatrie. févr 2012;19(2):125-30.
3. OMS. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
4. Harel Z. Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. déc 2006;19(6):363-71.
5. prise_en_charge_de_lendometriose_-_messages_cles_destines_au_medecin_generaliste.pdf [Internet]. [cité 25 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_messages_cles_destines_au_medecin_generaliste.pdf
6. Petit É. Épidémiologie de l'endométriose. Imagerie de la Femme. déc 2016;26(3-4):196-8.
7. Janssen. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review | Human Reproduction Update | Oxford Academic [Internet]. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/humupd/article/19/5/570/611744/Prevalence-of-endometriosis-diagnosed-by>
8. Zannoni L, Giorgi M, Spagnolo E, Montanari G, Villa G, Seracchioli R. Dysmenorrhea, Absenteeism from School, and Symptoms Suspicious for Endometriosis in Adolescents. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. oct 2014;27(5):258-65.
9. Chapron. Questioning patients about their adolescent history can identify markers associated with deep infiltrating endometriosis [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/buadistant.univ-angers.fr/science/article/pii/S0015028210027032>

10. Quibel A, Puscasiu L, Marpeau L, Roman H. Les médecins traitants devant le défi du dépistage et de la prise en charge de l'endométriose : résultats d'une enquête. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. juin 2013;41(6):372-80.
11. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
12. Sauvan M. Traitement médical de l'endométriose douloureuse chez l'adolescente, RPC Endométriose CNGOF-HAS - EM Premium [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/1201929/resultatrecherche/1>
13. Ragab A, Shams M, Badawy A, Alsammani MA. Prevalence of endometriosis among adolescent school girls with severe dysmenorrhea: A cross sectional prospective study. *Int J Health Sci (Qassim)*. juill 2015;9(3):273-81.
14. Certificat médical [Internet]. [sports.gouv.fr](http://www.sports.gouv.fr). [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/pratique-securite/securite-sur-la-voie-publique/article/Le-certificat-medical>
15. DICOM_Jocelyne.M DM. Le calendrier vaccinal [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
16. Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. [cité 29 juin 2019]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
17. Enfant et adolescent : 20 examens de suivi médical [Internet]. [cité 25 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>
18. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.
19. Parker MA, Sneddon AE, Arbon P. The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers.

BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1 janv 2010;117(2):185-92.

20. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, et al. Prise en charge de l'endométriose: recommandations pour la pratique clinique CNGOF-HAS (texte court). <http://www.em-premium.com/data/revues/24687189/unassign/S246871891830059X/> [Internet]. 19 mars 2018 [cité 23 mai 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/1203701/resultatrecherche/8>
21. Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, Purdie DM, Green AC. Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. juin 2010;202(6):534.e1-534.e6.
22. Laufer MR, Goitein L, Bush M, Cramer DW, Emans SJ. Prevalence of Endometriosis in Adolescent Girls With Chronic Pelvic Pain Not Responding to Conventional Therapy 1997. <http://www.em-premium.com/data/revues/10833188/v10i4/S1083318897700858/> [Internet]. 10 nov 2012 [cité 10 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/766079/resultatrecherche/1/complSearch>
23. Laufer MR. Premenarcheal Endometriosis Without an Associated Obstructive Anomaly: Presentation, Diagnosis, and Treatment. *Fertility and Sterility*. 1 sept 2000;74(3):S15.
24. Closon F, Brichant G, Tebache L, Pinzauti S, Nisolle M. L'endométriose de l'adolescente. *Médecine thérapeutique / Médecine de la reproduction, gynécologie et endocrinologie*. 1 juill 2013;15(3):228-33.
25. Audebert A. Adolescent endometriosis: review of clinical presentation and long-term issues. *Médecine de la Reproduction*. 1 oct 2013;15(4):363-77.
26. Bourdel N, Matsusaki S, Roman H, Lenglet Y, Botchorischvili R, Mage G, et al. Endométriose et adolescente. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. sept 2006;34(9):727-34.
27. Laufer MR, Sanfilippo J, Rose G. Adolescent Endometriosis: Diagnosis and Treatment Approaches. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. juin 2003;16(3, Supplement):S3-11.
28. [cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf](#) [Internet]. [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external->

package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf

29. 2016_15_suivi_gyneco_panel3mgpdl.pdf [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_15_suivi_gyneco_panel3mgpdl.pdf
30. Gallais DJL. Contraceptions des adolescents : Places et leviers spécifiques de la Médecine générale. :10.
31. Chanavaz-Lacheray I, Darai E, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P, et al. Définition des centres experts en endométriose. <http://www.em-premium.com/data/revues/24687189/unassign/S246871891830028X/> [Internet]. 27 févr 2018 [cité 21 nov 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/1198835/resultatrecherche/1>
32. Denouel A, Fauconnier A, Torre A. Attentes des femmes atteintes d'endométriose : quelle information apporter ? RPC Endométriose CNGOF-HAS. <http://www.em-premium.com/data/revues/24687189/v46i3/S2468718918300370/> [Internet]. 5 avr 2018 [cité 22 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/1207415/resultatrecherche/5>
33. Vivre avec l'Endométriose - CHU de Montpellier [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.chu-montpellier.fr/fr/chirurgie-gyneco-fonct/unite-de-chirurgie-gynecologique-fonctionnelle/endometriose/vivre-avec-lendometriose/>
34. Audebert A. Le coaching de l'endométriose. <http://www.em-premium.com/data/revues/12979589/00340004/06000683/> [Internet]. [cité 5 nov 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/47165/resultatrecherche/1>
35. Schneider-Harris J. Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant.e-soigné.e. Recherche en soins infirmiers. 2007;N° 89(2):52-7.
36. Les compétences à acquérir [Internet]. [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.univ-angers.fr/fr/acces-directs/facultes-et-instituts/faculte-de-sante/formations/departement-medecine-generale/pedagogie.html>

37. Bertrand A, Bedu C, Freminville H de. Quelle est la place du médecin généraliste dans le suivi de l'adolescent ? Lyon, France; 2017.
38. L'association [Internet]. Info endométriose. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.info-endometriose.fr/lassociation.html>
39. Matsuzaki S, Canis M, Pouly J-L, Rabischong B, Botchorishvili R, Mage G. Relationship between delay of surgical diagnosis and severity of disease in patients with symptomatic deep infiltrating endometriosis. *Fertility and Sterility*. nov 2006;86(5):1314-6.
40. Ventolini G, Horowitz GM, Long R. Endometriosis in adolescence: A long-term follow-up fecundability assessment. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2005;3:14.
41. Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A, et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertility and Sterility*. mai 2010;93(7):2424-8.
42. Questionnaire de santé SF-36. Liste d. :4.
43. Renouvel F, Fauconnier A, Pilkington H, Panel P. Adaptation linguistique de l' endometriosis health profile 5 : EHP 5. /data/revues/03682315/v38i5/S0368231509001677/ [Internet]. 27 août 2009 [cité 2 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/224502>
44. NICE. Endometriosis: diagnosis and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/chapter/Recommendations>
45. Hirsch M, Aggarwal S, Barker C, Davis CJ, Duffy JMN. Googling endometriosis: a systematic review of information available on the Internet. <http://www.em-premium.com/data/revues/00029378/v216i5/S0002937816319871/> [Internet]. 27 sept 2017 [cité 24 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/1145999/resultatrecherche/2/complSearch>
46. Reconnaissance et prise en charge de l'endométriose - Sénat [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ130305491.html>
47. Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la

souffrance psychique des jeunes | Legifrance [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/5/AFSP1704616D/jo/texte/fr>

48. Arrêté du 5 mai 2017 fixant la liste des territoires retenus pour les expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes | Legifrance [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/5/5/AFSP1706386A/jo/texte>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Caractéristiques socio-professionnelles des médecins interrogés 7

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODE	5
1. Population et recrutement	5
2. Déroulement des entretiens	5
3. Méthode d'analyse	6
RÉSULTATS	7
1. Caractéristiques de la population	7
2. Aborder le sujet des dysménorrhées	8
3. Evaluer la sévérité des dysménorrhées	8
4. Les dysménorrhées sévères comme signe évocateur d'endométriose	10
5. La prise en charge des dysménorrhées	11
6. La prise en charge de l'endométriose	12
7. Les signes d'appel d'endométriose recherchés par les médecins généraliste	13
8. Le diagnostic d'endométriose chez l'adolescente	15
8.1. L'âge d'apparition des premières lésions.....	15
8.2. La démarche diagnostique.....	15
9. L'accompagnement des adolescentes par les médecins généralistes	17
9.1. Evaluation de l'impact de l'endométriose sur la qualité de vie	17
9.2. Aborder le sujet de la fertilité	18
9.3. Soutien psychologique	18
9.4. Internet et supports d'information	20
10. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes	21
DISCUSSION	23
1. Forces et faiblesses de l'étude	23
1.1. A propos du sujet.....	23
1.2. A propos de l'échantillonnage	23
1.3. A propos de l'enquêteur et du recueil des données	23
1.4. A propos de l'analyse.....	24
2. Discussion des principaux résultats	24
2.1. Les dysménorrhées ne constituent pas un signe d'appel majeur d'endométriose.....	24
2.2. Une recherche des dysménorrhées non systématique	25
2.3. Un flou sur les critères de sévérité des dysménorrhées	26
2.4. Les autres signes évocateurs d'endométriose.....	26
2.5. Une pathologie encore difficile à appréhender pour les médecins généralistes	27
2.6. Un rôle de dépistage contrastant avec un manque d'aisance et de connaissances sur l'endométriose.....	29
2.7. Une prise en charge des dysménorrhées adaptée mais un symptôme souvent banalisé	31
2.8. L'endométriose et ses conséquences	33
2.8.1. Impact de l'endométriose sur la qualité de vie	33

2.9.	L'information aux patientes	34
2.10.	La problématique de l'accès aux soins	35
CONCLUSION	.....	37
BIBLIOGRAPHIE	.....	39
LISTE DES TABLEAUX	.....	45
TABLE DES MATIERES	.....	46
ANNEXES	.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information à l'intention des participants

Département de Médecine Générale

UFR Santé d'Angers

Rue Haute de Reculée

49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 22/08/2017

Cher(e) confrère,

Je suis interne en médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude qui s'intéresse à la prise en charge des dysménorrhées sévères de l'adolescente en médecine générale.

L'objectif de ce travail est de permettre d'évaluer si ce symptôme fréquent de consultation conduit les médecins généralistes à une prise en charge et un suivi particulier auprès des adolescentes.

Pour cela, il me semble intéressant de recueillir votre expérience vécue au cours de consultation avec des adolescentes dont les dysménorrhées constituaient le motif principal ou non.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question lors d'entretiens d'environ une heure et demi, à votre cabinet ou dans le lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes cités...) seront ensuite rendu anonymes.

Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez.

Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. (Voir le document joint)

La participation à ce travail n'entraîne aucune contrepartie financière de votre part.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

Par email : elodie.lecou@gmail.com

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Lecou Elodie

Annexe 2 : Le formulaire de consentement

Département de Médecine Générale

UFR Santé d'Angers

Rue Haute de Reculée

49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail :

Les médecins généralistes envisagent-ils le diagnostic d'endométriose devant une dysménorrhée sévère de l'adolescente ?

Nom du thésard : Lecou Elodie

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature :

*Déclaration de révocation :

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature :

Annexe 3 : Le guide d'entretien

Recueil des données des MG interrogés :

Age

Sexe

Date de début d'activité

Lieu d'exercice

Type d'exercice

Nombre de consultation gynécologique par semaine, participation à une formation (FMC, DU, SAFE)

1ère partie : Évaluation et prise en charge des dysménorrhées

- *Racontez-moi votre dernière prise en charge d'une patiente adolescente présentant des dysménorrhées.*
- *Qu'entendez-vous par dysménorrhée sévère ?*
- *Au cours de quel type de consultation recherchez-vous les dysménorrhées de l'adolescente ?*
- *Est-ce systématique ?*
- *Y a-t-il une étiologie qui vous paraît essentielle à évoquer ?*

2ème partie : Endométriose

- *Que pensez-vous du diagnostic d'endométriose évoqué devant une dysménorrhée sévère de l'adolescente ?*
- *Quand évoquez-vous ce diagnostic ?*
- *Vers quel(s) moyen(s) complémentaire(s) vous dirigez vous pour faire ce diagnostic ?*
- *Existe-t-il d'autres éléments qui vous orientent vers ce diagnostic ?*
- *Envisagez-vous la possibilité d'une endométriose avant l'âge de 20ans ? Avant la ménarche ?*

3ème partie : Prise en charge diagnostique de l'endométriose :

- *Si une endométriose est suspectée chez une adolescente comment organisez-vous la prise en charge ?*
- *Orientez-vous vers un spécialiste de ville ou au CHU ?*
- *Quelle est selon vous la place du médecin généraliste dans la prise en charge de cette pathologie ?*
- *Est-ce une pathologie avec laquelle vous vous sentez à l'aise ?*
- *Proposez-vous d'emblée un traitement ?*

4ème partie : accompagnement de la jeune femme une fois le diagnostic suspecté :

- *Comment l'accompagnez-vous ?*
- *Parlez-vous avec les adolescentes de l'impact possible de l'endométriose dans leur vie ?*
- *Discutez-vous d'une prise en charge psychologique ?*
- *Faites-vous le suivi psychologique ou orientez-vous vers un psychologue en ville ?*

5ème partie : Internet et recherche d'endométriose par les jeunes femmes

- *Que pensez-vous des patientes qui se documentent sur internet sur leur pathologie ?*
- *Que connaissez-vous comme support d'information pour ces patientes souffrant d'endométriose ?*

Les médecins généralistes envisagent-ils le diagnostic d'endométriose devant une dysménorrhée sévère de l'adolescente ? Une étude qualitative auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La dysménorrhée, symptôme souvent banalisé est considérée comme sévère chez 15 à 40% des adolescentes. L'endométriose en est la principale cause. Cependant, cette pathologie reste méconnue des médecins généralistes qui ont pourtant un rôle à jouer dans son dépistage.

OBJECTIF : Explorer comment les médecins généralistes prennent en charge les dysménorrhées sévères des adolescentes et s'ils recherchent une endométriose dans ce contexte.

MÉTHODE : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels auprès de médecins généralistes exerçant dans le Maine-et-Loire, de Décembre 2017 à Mai 2018. Analyse thématique inductive du verbatim selon la théorie ancrée avec triangulation des données.

RÉSULTATS : Dix médecins généralistes de 29 à 46 ans ont été interrogés. La recherche d'une dysménorrhée chez l'adolescente est fréquente mais non systématique. Les généralistes ne cernaient pas la totalité des critères de gravité de la dysménorrhée mais interrogeaient le retentissement sur la qualité de vie des adolescentes. Ils envisageaient un ensemble de symptômes pour évoquer une endométriose et temporisaient avant de poser le diagnostic.

CONCLUSION : Malgré sa récente médiatisation, l'endométriose reste méconnue et les généralistes la considèrent comme peu probable chez l'adolescente. Prendre davantage en compte la sévérité des dysménorrhées et les douleurs pelviennes chroniques dans cette population permettrait un diagnostic plus précoce et limiterait l'impact de la maladie sur la qualité de vie et ses complications notamment sur la fertilité.

Mots-clés : dysménorrhées, adolescente, endométriose

Do general practitioners consider endometriosis in front of adolescent's severe dysmenorrhea ? Qualitative study.

ABSTRACT

INTRODUCTION : Dysmenorrhea, a symptom often commoditized, is considered as severe in 15% to 40% of adolescents. Endometriosis is the main etiology. However, this pathology remains unknown to general practitioners who have a role to play in its screening.

OBJECTIVE : To explore how general practitioners treat adolescent's severe dysmenorrhea and if they search an endometriosis in this context.

METHODS : A qualitative study based on semi-structured individual interviews of general practitioners working in Maine-et-Loire, from December 2017 to May 2018. Thematic inductive analysis of verbatim according to the anchored theory with triangulation of data.

RESULTS : Ten general practitioners aged from 29 to 46 years old have been interviewed. The research of adolescents' dysmenorrhea is common but not systematic. General practitioners didn't identified the totality of dysmenorrhea's severity criteria but they interviewed the resounding of teenagers' quality life. They considered a set of symptoms to evoke endometriosis and temporized before giving their diagnosis.

CONCLUSION : Despite its recent mediatization, endometriosis remains underrated and general practitioners consider it unlikely for adolescent. Taking more into account severe dysmenorrhea and chronic pelvic pain in this population would allow earlier diagnosis and could limit the impact of the disease on quality life and its complications especially on fertility.

Keywords : Dysmenorrhea, adolescence, endometriosis