

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

**INTÉRÊT POUR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES DE SARTHE DE
LA CRÉATION DU CENTRE DE
L'ENDOMÉTRIOSE DU CHU
D'ANGERS**

ABDALLAH Nisma

Née le 20/12/1990 à Le Mans (72)

Sous la direction de Madame le docteur LECLERCQ Anne

Madame le professeur DE CASABIANCA Catherine
Madame le docteur LECLERCQ Anne
Monsieur le professeur LEGENDRE Guillaume
Madame le docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine
Madame le docteur PLARD-DUGAS Céline

| Président
| Directeur
| Codirecteur
| Membre
| Membre

Soutenue publiquement le :
10 septembre 2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) ABDALLAH Nisma
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'étudiant(e) le **29/06/2020**

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 vieillissement	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
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie

DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
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
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE 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	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	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
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	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
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
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	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
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	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
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
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
RAMOND-ROQUIN Aline	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
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	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

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

A Mme le professeur DE CASABIANCA, vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de ce jury. Soyez assurée de mon profond respect.

A Mme le docteur LECLERCQ, je te remercie tout d'abord d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci également pour ta grande disponibilité, ton soutien, tes conseils et tes nombreuses relectures. Sois assurée de ma sincère gratitude.

A Monsieur le professeur LEGENDRE, merci d'avoir volontiers accepté de co-diriger cette thèse et de l'intérêt porté à mon travail.

A Mme le docteur PLARD-DUGAS et à Mme le docteur TESSIER-CAZENEUVE, vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous en remercie.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude.

Merci à l'URML des Pays de la Loire, à MG72 et à la faculté de médecine d'Angers d'avoir accepté de diffuser mon questionnaire auprès des médecins généralistes de Sarthe.

Merci à l'association ENDOmind d'avoir répondu à mes interrogations lors de nos échanges de mails.

Je remercie également sincèrement mes proches, en particulier mes parents, mes frères et ma sœur pour avoir toujours été là et m'avoir soutenue tout au long de mes études.

Je remercie toutes les personnes avec qui j'ai partagé mes études.

Liste des abréviations

PMA	Procréation Médicalement Assistée
MG	Médecin Généraliste
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
MG72	Syndicat des médecins généralistes sarthois
MSU	Maître de Stage Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DIU	Dispositif intra-utérin
DIU gynécologie	Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
ECN	Examen Classant National
CHM	Centre Hospitalier du Mans
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
EVA	Échelle Visuelle Analogique
AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
DMPA	Acétate de MédroxyProgesterone en Dépôt
SIU au LNG	Système Intra-Utérin au Lévonorgestrel
GnRH	Gonadotrophin-Releasing Hormone
FIV	Fécondation In Vitro
EHP-5	Endometriosis Health Profile-5
EHP-30	Endometriosis Health Profile-30

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Population étudiée
2. Recueil des données
3. Analyse statistique

RÉSULTATS

1. 1^{ère} partie du questionnaire : Données générales de la population étudiée
2. 2^{ème} partie du questionnaire : Évaluation par le médecin de sa capacité à diagnostiquer et à traiter l'endométriose
 - 2.1 Diagnostic clinique et paraclinique
 - 2.2 Prescription d'examen(s) complémentaire(s) et avis spécialisé
 - 2.3 Prise en charge thérapeutique
3. 3^{ème} partie du questionnaire : Soins de second recours et avis sur le centre de l'endométriose du CHU d'Angers

DISCUSSION

1. Taux de participation
2. Population
3. Points forts
4. Points faibles
5. Analyse des résultats

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

L'endométriose est une pathologie fréquente touchant environ 10% des femmes.

Elle est définie histologiquement par la présence de tissu semblable à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus. Différents organes peuvent être touchés (cavité pelvienne essentiellement mais aussi cavité abdominale, ou plus rarement : plèvre, diaphragme...).

Elle peut être responsable de douleurs (notamment en période de menstruations) et/ou d'une infertilité.

(1)

Elle a un impact sur la qualité de vie, et les coûts directs et indirects engendrés par sa prise en charge sont importants. (2) (3)

En effet, selon l'étude de la fondation mondiale de recherche sur l'endométriose en avril 2012, le coût moyen par femme et par année s'élève à 9579 euros.

Cela comprend les coûts directs relatifs aux soins : chirurgie, examens complémentaires, hospitalisations, consultations, procréation médicalement assistée (PMA) et les coûts indirects : absentéisme au travail.

Un tiers des femmes déclare confier leur suivi gynécologique à leur médecin traitant, un tiers à leur gynécologue et un dernier tiers, alternativement à l'un et à l'autre. (4)

Face à une baisse de la démographie médicale, des femmes assurent également leur suivi gynécologique de prévention par des sages-femmes.

Le rôle du médecin généraliste (MG), premier recours dans le système de soins, est donc important dans le diagnostic et la prise en charge précoce de l'endométriose afin d'obtenir une meilleure qualité de vie pour la patiente et de préparer une grossesse future. (5)

Il peut soupçonner le diagnostic, prescrire les premiers examens complémentaires, et initier le traitement.

Il est tout aussi important que le médecin généraliste puisse adresser sa patiente vers un spécialiste, de préférence un médecin ayant l'expertise de la pathologie ou un centre de référence pour une prise en charge adaptée. (6)

Pourtant, l'étude menée par Quibel A. et al en 2012 montre que les médecins généralistes ont un manque de connaissance et de formation sur ce sujet. (7)

Ceci explique en partie que le diagnostic d'endométriose est trop souvent tardif (entre 5 et 10 ans après le début des symptômes). (8)

La banalisation des douleurs liées aux règles et la diversité des signes cliniques de l'endométriose expliquent certainement aussi ce retard diagnostique.

Cette étude souligne également que les échanges entre les spécialistes et les médecins qui suivent les patientes déjà traitées pour endométriose semblent améliorer la qualité de la prise en charge par les médecins généralistes. (7)

L'endométriose est encore aujourd'hui difficile à diagnostiquer et à traiter.

En effet, les signes cliniques peuvent être variés et sont non spécifiques. L'examen gynécologique peut être normal.

Le médecin généraliste peut avoir des difficultés à obtenir des examens complémentaires interprétés par un radiologue « expert » et à trouver une thérapeutique optimale lorsque la contraception hormonale traditionnelle est insuffisante dans la gestion des douleurs.

La complexité de la prise en charge de l'endométriose impose la création de centres experts travaillant en réseau avec les praticiens de ville, permettant ainsi une prise en charge

multidisciplinaire et optimale pour chaque patiente, que ce soit dans le domaine de la douleur ou dans celle de l'infertilité. (9)

En France, il n'existe pour le moment qu'un seul centre de référence labellisé, situé à Rouen, créé en 2016. Il est labellisé par l'Agence Régionale de Santé de Normandie.

Le centre expert de Rouen est un réseau régional, composé d'un centre de référence articulé avec des centres de compétence publics et privés de Normandie.

La création de ce centre a permis l'amélioration de la prise en charge de la maladie en Normandie, notamment grâce à une meilleure organisation de l'équipe médicale, et à une amélioration du fonctionnement en réseau public-privé. (10)

Plusieurs centres régionaux ont ainsi vu le jour depuis la création du centre de Rouen : à Marseille, Nice ou Lyon.

Le centre de l'endométriose du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers (« EndoRef Angers ») a ouvert en avril 2018. Il n'est actuellement pas encore labellisé.

Il est composé de chirurgiens digestifs, d'un urologue, de chirurgiens gynécologues, de médecins de la reproduction, de radiologues, de sages-femmes, d'une psychologue ainsi qu'une infirmière dédiée pour faciliter le parcours de soins.

Il peut y avoir également des consultations d'hypnose, de sexologie ou de la douleur au cas par cas.

Le centre a pour but la discussion des dossiers en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) une fois par mois. Les cas de patientes où l'atteinte est sévère ou multiple, sont principalement présentés, imagerie(s) à l'appui, pour déterminer la prise en charge thérapeutique optimale. (11)

Le centre EndoRef Angers pourrait s'inscrire, comme le centre de Rouen, dans un projet régional, en réseau avec les praticiens de ville et les centres hospitaliers périphériques de sa région, afin d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des patientes souffrant d'endométriose.

Cette étude a pour objectif d'évaluer si les médecins généralistes de Sarthe pensent que l'existence du centre de l'endométriose du CHU d'Angers améliorera la prise en charge de leurs patientes.

MÉTHODES

1) Population étudiée

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, observationnelle et transversale, qui s'est déroulée du 06 octobre 2019 au 20 février 2020. Elle est basée sur un questionnaire qui comporte 3 parties avec un total de 32 items (**cf Annexes partie B**).

La 1ère partie concerne les caractéristiques des médecins, la 2ème demande au médecin d'évaluer la facilité qu'il a ou non de diagnostiquer et traiter l'endométriose, et enfin, la 3ème partie est consacrée à l'avis du médecin sur le centre de l'endométriose du CHU d'Angers.

Les questions sont pour la plupart fermées avec des choix dirigés, avec possibilité pour certaines questions de répondre « autres » avec un commentaire libre.

Quelques autres items permettent de développer la réflexion du médecin en cas de réponse négative (par exemple, aux questions si le médecin pense que le centre EndoRef Angers peut répondre à ses attentes ou encore si le médecin pense adresser ses patientes à ce centre).

La population étudiée concerne les médecins généralistes installés en Sarthe, ayant une pratique de la gynécologie et dont l'adresse mail est présente dans le répertoire de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des Pays de la Loire, et/ou du syndicat des médecins généralistes sarthois (MG72), et/ou de la faculté de médecine d'Angers.

2) Recueil des données

382 médecins généralistes sont répertoriés sur le département de la Sarthe (d'après l'URML).

Le questionnaire, anonyme, d'une durée d'environ 10 min a été créé via Google FORMS, logiciel de création de questionnaire. Il a été diffusé aux médecins généralistes sarthois répertoriés sur l'annuaire des professionnels de l'URML des Pays de la Loire (323 médecins généralistes).

Le questionnaire a été également envoyé aux adresses mails des médecins généralistes inscrits au syndicat des médecins généralistes sarthois (48 médecins généralistes) et à 94 maîtres de stage universitaires (MSU) sarthois via la faculté de médecine d'Angers.

Le nombre exact de médecins à qui le questionnaire a été envoyé est inconnu étant donné qu'il existe des regroupements entre les 3 organismes.

De plus, l'URML n'a pas donné les adresses mails de ses adhérents, le questionnaire a été diffusé directement via leur biais.

Le mail comportait un texte renseignant sur l'objectif de ce travail (**cf Annexes partie E**).

Il était bien précisé dans ce texte, de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

Le mail était également accompagné du lien vers le questionnaire hébergé par Google FORMS. (**cf Annexes partie B**).

Il y a eu une relance le 14/11/2019 et le 21/01/2020. Les relances ont été envoyées aux adresses mails des MSU et des médecins répertoriés à MG72.

En ce qui concerne l'URML, une diffusion a été faite directement via leur biais, sans relance.

3) Analyse statistique

Nous avons réalisé des statistiques descriptives, à l'aide du logiciel Excel avec présentation de certains résultats sous forme d'histogrammes ou de diagrammes.

Les résultats des variables qualitatives sont exprimés en pourcentage ou en nombre de réponses pour les items à réponses multiples. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne.

RESULTATS

Un total de **41 réponses** a été obtenues.

1) 1^{ère} partie du questionnaire : Données générales de la population étudiée

Les médecins ayant répondu au questionnaire ont entre 29 et 66 ans, soit un **âge moyen de 44 ans**. Ils sont majoritairement des femmes (figure 1).

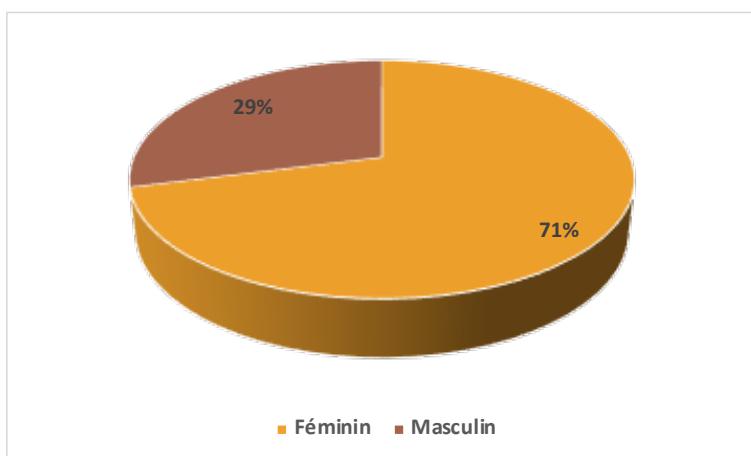


Figure 1. Sex-ratio des MG sarthois de l'étude pratiquant la gynécologie

Le nombre d'années d'exercice varie d'un an et demi à 37 ans avec une moyenne de **15 ans d'exercice**.

51% des médecins exercent en milieu urbain, 24,5% travaillent en milieu semi-rural, et 24,5% en milieu rural.

66% des MG exercent en cabinet de groupe, 19,5% en maison de santé pluridisciplinaire et 14,5% des MG exercent seul.

Le 6ème item du questionnaire demandait au médecin s'il intégrait dans sa pratique, la réalisation de gestes techniques gynécologiques (en dehors du frottis) (figure 2).

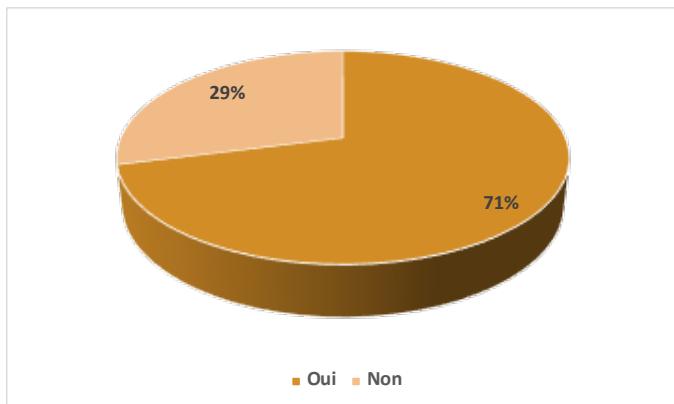


Figure 2. Pourcentages des MG sarthois de l'étude pratiquant (ou non) des gestes techniques de gynécologie (pose d'implant et/ou pose de DIU)

29% des médecins ayant répondu au questionnaire ont déjà participé à des formations médicales continues (FMC) sur le thème de l'endométriose, tandis que 71% des médecins n'ont jamais participé à un FMC sur ce thème.

On observe que 66% des médecins évaluent suivre moins de 10 patientes souffrant d'endométriose, et 34% entre 10 et 20. Aucun médecin n'évalue suivre plus de 20 patientes.

78% des médecins ont répondu que parmi leurs patientes endométriosiques, certaines ont eu recours à une technique d'assistance médicale à la procréation (AMP) alors que pour 22% d'entre eux, aucune n'a eu recours à cette technique.

Le nombre évalué de patientes endométriosiques ayant eu recours à une technique d'AMP ne dépasse pas 10 pour 97% des MG. Il est entre 10 et 20 pour 3% d'entre eux.

Aucun médecin n'a donc coché la case « plus de 20 patientes ».

2) 2^{ème} partie du questionnaire : Évaluation par le médecin de sa capacité à diagnostiquer et à traiter l'endométriose

2.1. Diagnostic clinique et paraclinique

- Face au diagnostic clinique de l'endométriose :
 - o 2,5% des MG de l'étude ne se sentent pas du tout à l'aise
 - o 36,5% ne se sentent pas à l'aise
 - o 34% se sentent plutôt à l'aise
 - o 22% se sentent à l'aise
 - o 5% se sentent tout à fait à l'aise

- Face au diagnostic paraclinique de l'endométriose :
 - o 5% ne se sentent pas du tout à l'aise
 - o 41,5% ne se sentent pas à l'aise
 - o 32% se sentent plutôt à l'aise
 - o 14,5% se sentent à l'aise
 - o 7% se sentent tout à fait à l'aise

2.2. Prescription d'examen(s) complémentaire(s) et avis spécialisé

En cas de suspicion d'endométriose, 90% des médecins prescrivent un ou des examen(s) complémentaire(s). A l'inverse, 10% n'en prescrivent pas.

L'item suivant questionnait le médecin sur sa demande ou non d'avis spécialisé :

- 58,5% des MG demandent un avis spécialisé après la prescription de(s) l'imagerie(s) quel que soit le résultat.
- 27% ont besoin d'un avis spécialisé qu'en cas d'anomalie(s) sur l(es)imagerie(s).
- 12% demandent un avis spécialisé d'emblée sans examen complémentaire au préalable.
- 2,5% ne demandent pas d'avis spécialisé après la prescription de(s) l'imagerie(s).
- On observe que personne n'a coché la réponse « je ne demande ni d'imagerie ni d'avis spécialisé ».

2.3. Prise en charge thérapeutique

- Face à la prise en charge thérapeutique de la patiente souffrant d'endométriose :

- 7,5% ne se sentent pas du tout à l'aise
- 51% ne se sentent pas à l'aise
- 31,5% se sentent plutôt à l'aise
- 10% se sentent à l'aise

- *Traitements alternatifs non médicamenteux*

68% des médecins généralistes ne connaissent pas des professionnels proposant des prises en charge non médicamenteuses afin de gérer la douleur vers qu'ils pourraient orienter leurs patientes. Par contre, 32% en connaissent et proposent à leurs patientes d'y avoir recours (figure 3).

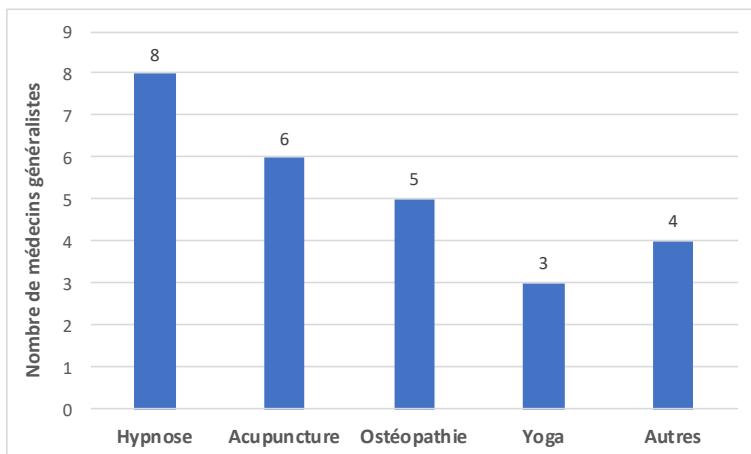


Figure 3. Nombre de médecins généralistes sarthois de l'étude proposant une prise en charge alternative, avec classement des différentes disciplines proposées

Plusieurs réponses étaient possibles.

Les médecins ayant répondu « autres » ont précisé qu'ils connaissaient des professionnels dans les domaines suivants : « Kinésithérapie et sage-femme » (1 réponse), « Homéopathie » (1 réponse), « Centre anti douleur » (1 réponse), « Autant dire qu'on ne sait pas quoi proposer d'efficace (1 réponse).

- *Prise en charge psychologique*

66% des médecins envisagent pour leurs patientes une prise en charge psychologique.

A contrario, 34% n'en envisagent pas.

Pour les médecins qui préconisent une prise en charge psychologique, ils l'envisagent de la manière suivante :

- par un psychologue (21 réponses)
- par une association de patientes endométriosiques (14 réponses)
- par une psychothérapie de soutien par le MG (14 réponses)

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

3) 3^{ème} partie du questionnaire : Soins de second recours et avis sur le centre de l'endométriose du CHU d'Angers

Si le médecin généraliste a besoin d'un avis spécialisé, il adresse préférentiellement sa patiente à un :

- gynécologue d'un centre hospitalier (CH) hors CHU (49%)
- gynécologue libéral (26,5%)
- gynécologue d'un CHU (22%)
- gynécologue d'une clinique privée (2,5%)
- Aucun médecin n'adresse à un gynécologue du centre de référence de l'endométriose de Rouen.

L'item 21 du questionnaire interrogeait le médecin sur ses difficultés rencontrées dans la prise en charge des patientes endométriosiques.

Plusieurs choix étaient possibles pour cette question.

Nous retrouvons :

- **Difficultés à obtenir des examens complémentaires interprétés par un radiologue « expert » en endométriose** (28 réponses)
- **Difficultés à trouver une solution thérapeutique efficace contre les douleurs** (28 réponses)
- **Difficulté à obtenir des examens complémentaires rapides** (20 réponses)
- **Difficultés de communication avec les professionnels de la spécialité (gynécologues et radiologues)** (12 réponses)
- **Difficultés à accompagner les patientes** (12 réponses)
- 2 médecins ne ressentent **aucune difficulté**.

- 2 médecins rencontrent **d'autres difficultés** : « récidive pour un cas grave » pour l'un et « manque d'empathie des gynécologues » pour l'autre.

L'item questionnant les MG sur la connaissance du centre de l'endométriose du CHU d'Angers montre que la majorité n'était pas au courant (figure 4).

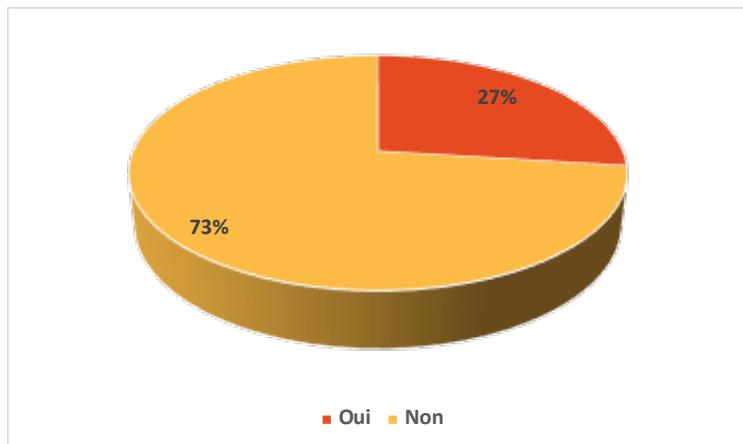


Figure 4. Pourcentages des médecins généralistes sarthois de l'étude pratiquant la gynécologie ayant entendu (ou non) parler de l'ouverture du centre EndoRef Angers

Une partie était en revanche au courant par le biais de Formation Médicale Continue (FMC) de gynécologie (4 réponses), Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de gynécologie (2 réponses), par la revue du CHU d'Angers (1 réponse), par ses associés (1 réponse).

En cas de besoin d'avis spécialisé, 95% des médecins disent qu'ils seraient susceptibles d'adresser leurs patientes à ce centre contre 5% des médecins qui ne les adresseront pas.

Pour les 2 médecins qui n'adresseront pas leurs patientes à ce centre, un médecin a répondu que c'est parce qu'il adresse habituellement ses patientes à un gynécologue libéral du réseau Endomind au Mans et l'autre médecin a répondu « ne sait pas ».

Pour faciliter les échanges entre les médecins généralistes adresseurs et les spécialistes du centre de l'endométriose d'Angers, plusieurs possibilités étaient proposées pour le mode d'adressage. Elles sont détaillées dans la figure 5.

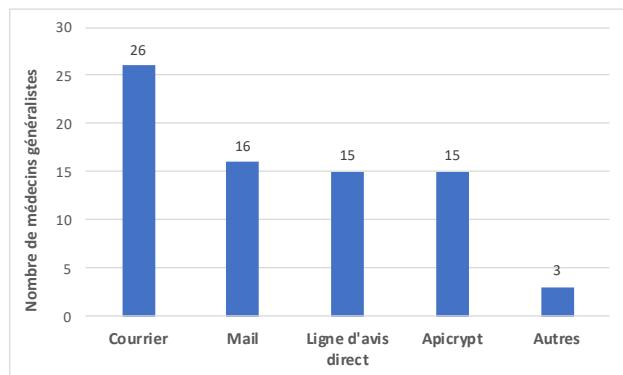


Figure 5. Mode d'adressage préférentiel des patientes suspectes ou souffrant d'endométriose par les MG sarthois de l'étude aux spécialistes du centre de l'endométriose du CHU d'Angers

Plusieurs réponses étaient possibles.

Les médecins ayant répondu « autres », ont précisé qu'ils aimeraient les adresser via MS Santé (1 réponse), fax (1 réponse), autre messagerie sécurisée (1 réponse).

En ce qui concerne le suivi des patientes endométriosiques adressées, plusieurs possibilités ont été également proposées, afin que le MG soit tenu au courant de la prise en charge préconisée par le spécialiste du centre (figure 6).

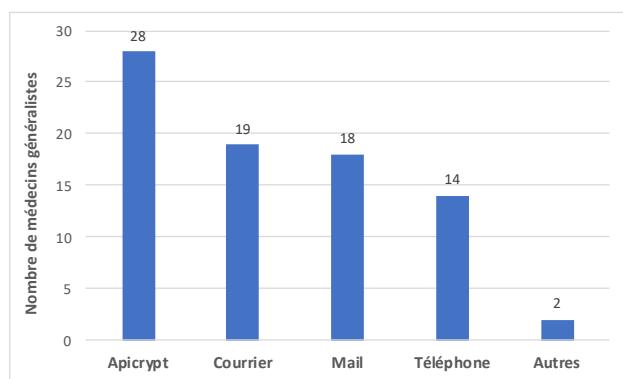


Figure 6. Moyen de communication préférentiel des MG sarthois de l'étude pour être recontactés par les spécialistes du centre de l'endométriose du CHU d'Angers, au sujet de leurs patientes endométriosiques.

Plusieurs réponses étaient possibles.

Les médecins ayant répondu « autres » aimeraient qu'on les recontacte via MS Santé (2 réponses).

Les attentes des médecins par rapport à ce centre sont :

- **Avoir une prise en charge de la douleur plus rapide en cas d'échec de la contraception hormonale** (36 réponses)
- **Avoir des examens spécifiques mieux interprétés** (32 réponses)
- **Avoir la possibilité d'un avis téléphonique spécialisé** (27 réponses)
- **Proposer une prise en charge en PMA spécifique et plus rapide** (27 réponses)
- **Faire bénéficier les patientes d'un accompagnement psychologique spécialisé** (23 réponses)
- **Avoir des examens spécifiques plus rapides** (19 réponses)

Plusieurs réponses étaient possibles.

95% des médecins pensent que ce centre pourra répondre à leurs attentes.

Pour les 5% des médecins qui ont répondu par la négative, l'un a répondu « beaucoup de bruit ministériel pour peu d'avancée scientifique » et l'autre a répondu « j'espère ».

100% des médecins généralistes pensent devoir faire partie de la boucle de la prise en charge une fois la patiente adressée au centre.

DISCUSSION

1) Taux de participation

Le taux de participation avec les 2 relances est environ de 12,5%, correspondant à 41 réponses au total.

On peut considérer le nombre d'envois à environ 325 médecins généralistes sarthois (en prenant en compte les regroupements entre les différents organismes sollicités pour la diffusion du questionnaire).

Il a été choisi de diffuser notre questionnaire via plusieurs organismes afin d'optimiser le nombre de réponses.

D'après l'URML des Pays de la Loire, le taux moyen de participation pour ce type d'enquête, diffusée par leur biais, avoisine les 5% avec relance.

Le taux de participation à notre enquête est donc plutôt correct en termes de pourcentage si on le compare à ce taux moyen de participation de 5%.

De manière générale, le faible taux de participation aux enquêtes peut s'expliquer par un manque de temps, et/ou un manque d'implication, d'intérêt pour le sujet, et/ou le fait que le médecin peut ne pas se sentir concerné par la problématique et/ou une sollicitation importante des médecins à des études pouvant amener à une certaine lassitude et à un refus de participer à des enquêtes supplémentaires.

2) Population

En 2015, la moyenne d'âge des médecins généralistes en Sarthe était de 53 ans, avec une proportion de 38% de femmes et de 62% d'hommes. (12)

La population ayant répondu au questionnaire est donc plus jeune (moyenne d'âge de 44 ans) et plus féminine (71%) par rapport à l'ensemble des MG de Sarthe.

La population ciblée dans notre étude est la population des médecins généralistes de Sarthe intégrant la gynécologie dans leur pratique.

Les médecins généralistes femmes sont sans doute plus actives dans la prise en charge gynécologique.

Une étude de l'URML montre par exemple, que les consultations de gynécologie sont en majorité réalisées par des médecins généralistes femmes en Pays de la Loire (13), comme notre population étudiée.

Ceci explique probablement l'écart entre la population cible et l'ensemble des MG de Sarthe.

L'étude de l'URML montre également que les médecins généralistes installés dans une commune peu ou moyennement pourvue en gynécologues libéraux sont plus enclin à faire des examens gynécologiques. (13)

Il serait donc plus logique que les médecins « ruraux » fassent plus de gynécologie que leurs confrères « urbains ».

Pourtant dans notre étude, si nous regroupons la population rurale et semi-rurale, nous remarquons que le pourcentage de cette population (49%) est quasi similaire au pourcentage de leurs collègues MG « urbains » (51%).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela.

Les MG exerçant en milieu urbain sont-ils plus motivés à répondre à des études ?

Les MG exerçant en milieu rural utilisent-ils moins leur adresse électronique ?

Les adresses mails des médecins « ruraux » sont-elles moins présentes dans le répertoire des organismes sollicités pour diffuser le questionnaire ?

Les médecins « ruraux » ont-ils moins de temps pour répondre à des questionnaires du fait d'une activité plus importante que leurs confrères de ville ?

Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), en 2010 (14), la durée hebdomadaire moyenne de travail des médecins généralistes en zone rurale est plus importante (+ 4 heures) qu'en zone urbaine.

Probablement que l'écart entre zone rurale et urbaine est encore plus important actuellement.

Le nombre d'années d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire est en moyenne de 15 ans. Cela correspond à des médecins plutôt jeunes (environ 40 ans).

Probablement que les jeunes médecins sont mieux formés à la gynécologie que leurs collègues plus âgés. Il y a aussi peut-être une « obligation » d'intégrer la gynécologie dans leur pratique étant donné la pénurie des gynécologues libéraux qui ne cesse de s'accentuer au fil des années.

Le fait qu'un stage de gynécologie et/ou de pédiatrie soit obligatoire dans la maquette de formation pour le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale doit aussi participer dans le choix du médecin d'intégrer la gynécologie dans sa pratique.

3) Points forts

A notre connaissance, aucune étude en France, évaluant l'intérêt d'un centre de référence de l'endométriose pour les médecins généralistes n'a été réalisée. Cela donne un caractère original à ce travail.

De plus, la force de cette étude réside dans son intérêt pratique pour les médecins généralistes. Elle vise à améliorer la prise en charge des patientes souffrant d'endométriose. Le MG a un rôle d'acteur central dans cette amélioration.

En effet, l'endométriose est une pathologie fréquente n'engageant pas le pronostic vital mais ayant un impact sur la qualité de vie. Elle présente un long retard diagnostic.

Le MG sera forcément confronté à voir en consultation une patiente endométriosique ou suspecte d'endométriose.

La création de ce centre pourra contribuer, au moins au niveau régional, à améliorer la prise en charge des patientes et à diminuer le retard diagnostic.

Cette étude a également permis d'informer les médecins généralistes de Sarthe de la création du centre, puisque 73% n'étaient pas au courant et que 95% d'entre eux seraient prêt à envoyer leurs patientes à ce centre.

4) Points faibles

Cette étude présente un biais de sélection.

En effet, le mode de recrutement était par voie électronique, excluant automatiquement les médecins n'utilisant pas d'adresse électronique.

En outre, les adresses mails devaient être présentes dans le répertoire de l'URML des Pays de la Loire, ou/et de MG72 ou/et de la faculté de médecine d'Angers.

Le mode électronique a été choisi par souci pratique (diffusion de masse plus rapide et moins coûteuse).

L'envoi du questionnaire par courrier aurait pu éviter ce biais et aurait peut-être augmenté le taux de réponses, bien qu'il aurait fallu que les médecins le renvoient par courrier, ce qui aurait pu constituer aussi un biais.

La réponse à ce questionnaire en ligne était sur la base du volontariat. Probablement que seuls les médecins intéressés par le sujet ont répondu.

Cela n'est pas forcément un biais de sélection étant donné que les médecins qui seront à même d'utiliser ce centre sont ceux faisant de la gynécologie, correspondant donc à notre population cible.

Il serait donc intéressant de savoir combien de médecins généralistes sarthois pratiquant la gynécologie n'ont pas répondu au questionnaire.

Nous n'avons pas trouvé d'études à ce jour, en Sarthe précisément, évaluant le nombre de médecins généralistes intégrant la gynécologie dans leur pratique.

Outre le biais de sélection, notre travail présente également un biais de mémoire.

En effet, plusieurs items du questionnaire se basent sur le ressenti et les souvenirs des médecins généralistes.

5) Analyse des résultats

- **1^{ère} partie du questionnaire : caractéristiques des médecins généralistes**

La plupart des médecins sarthois ayant participé à l'étude (71%) posent des dispositifs intra-utérins (DIU) et/ou des implants contraceptifs.

Les MG des Pays de la Loire sont plus impliqués dans la prise en charge gynécologique de leurs patientes par rapport à la moyenne nationale. A titre d'exemple, environ 20% des MG des Pays

de la Loire posent un DIU au moins une fois par mois (vs moins de 10% si on englobe tous les MG de France). (13)

Comme expliqué dans les annexes (**cf Annexes partie A**), le DIU et la pilule oestroprogestative sont recommandés en première intention dans le traitement de l'endométriose. L'implant contraceptif est recommandé en 2^{ème} intention.

Il est important de savoir réaliser ces gestes car le médecin généraliste va devoir occuper une place plus importante dans la prise en charge gynécologique face à la carence démographique des gynécologues.

La Sarthe est l'un des départements des Pays de la Loire (avec la Mayenne) qui compte le plus faible nombre de gynécologues par rapport à sa population.

En effet, en 2015, elle compte 6,83 gynécologues obstétriciens pour 100 000 femmes et 1,71 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes (vs respectivement 16,10 et 11,91 en France métropolitaine). (15)

Il est donc nécessaire d'intégrer les médecins généralistes dans la prise en charge : le recours au soin y est plus facile et plus rapide, même s'il existe également une faible densité de médecins généralistes en Sarthe (cependant moins importante que pour les gynécologues).

En 2018, la Sarthe compte 118 médecins généralistes pour 100 000 habitants, pour une moyenne nationale de 153 pour 100 000 habitants. (16)

A titre comparatif, en 2015, le Maine-et-Loire compte 7,64 gynécologues obstétriciens pour 100 000 femmes et 3,30 gynécologues médicaux pour le même nombre de femmes (15). La population féminine ainsi que la population globale est 1,5 fois plus importante que celle de la Sarthe. (17)

En ce qui concerne les médecins généralistes dans le Maine-et-Loire, en 2018, ils sont 155 pour 100 000 habitants. (16)

66% des médecins évaluent suivre moins de 10 patientes endométriosiques et 34% entre 10 et 20.

Ces résultats posent question. En effet, comme vu précédemment, le nombre de patientes souffrant d'endométriose est estimé à environ 10%. (1)

En 2016, le nombre de femmes âgées de 15 à 44 ans en Sarthe était de 96 173. (18)

Il devrait donc avoir en Sarthe environ 25 patientes souffrant d'endométriose par médecins généralistes sarthois.

Cela confirme que les patientes endométriosiques sont sous diagnostiquées.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les patientes ne consultent pas (ou consultent peu) leur MG pour ce motif (il est aussi possible qu'elles consultent ailleurs : gynécologue...).

Elles peuvent être elles-mêmes mal informées.

Elles doivent par exemple penser que les dysménorrhées sont physiologiques, et ne pas faire la différence entre des douleurs de règles « normales » et des douleurs de règles « anormales ». (19)

Ces résultats peuvent également indiquer que lorsque les médecins répondent à un questionnaire, ils sous évaluent la réalité de leur pratique.

78% des médecins généralistes ont au moins une patiente qui a eu recours à une technique d'AMP.

En Sarthe, seule une clinique privée au Mans le permet, mais elle ne traite pas les troubles de la fertilité nécessitant un don d'ovocytes.

L'infertilité est l'un des symptômes possibles de l'endométriose, il paraît donc important que ces patientes aient une prise en charge en PMA adaptée.

Le centre de l'endométriose du CHU d'Angers pourrait répondre à ce besoin.

- **2^{ème} partie du questionnaire**

La 2^{ème} partie du questionnaire interroge le médecin sur sa capacité à diagnostiquer et à traiter l'endométriose.

Le médecin devait s'évaluer en cochant la case qu'il lui correspondait le plus : « tout à fait à l'aise », « à l'aise », « plutôt à l'aise », « pas à l'aise », « pas du tout à l'aise ».

Le choix multiple proposé est intentionnel permettant plus de finesse dans l'auto-évaluation.

Pour la discussion des résultats, un cut off nous a paru nécessaire afin de simplifier l'analyse. Nous avons donc choisi de classer la population étudiée en 2 catégories : « à l'aise » et « pas à l'aise ».

Les médecins ayant répondu « plutôt à l'aise », « pas à l'aise », et « pas du tout à l'aise » sont dans la catégorie « pas à l'aise »

Les médecins ayant répondu « tout à fait à l'aise » et « à l'aise » sont dans la catégorie « à l'aise ».

Les médecins « plutôt à l'aise » sont dans la catégorie « pas à l'aise » car nous avons considéré qu'ils ont choisi cette réponse pour être « entre deux », ne sachant pas vraiment comment s'autoévaluer, montrant peut-être qu'ils ne sont pas rassurés par leur prise en charge.

En utilisant cette méthode pour synthétiser les réponses, nous obtenons les chiffres suivants :

- Face au diagnostic clinique de l'endométriose, 73% des MG ne se sentent pas à l'aise et 27% sont à l'aise.
- Face au diagnostic paraclinique, 78,5% des médecins ne sont pas à l'aise et 21,5% se sentent à l'aise.
- Face à la prise en charge thérapeutique, 90% ne sont pas à l'aise et 10% se sentent à l'aise.

Cela montre globalement que les médecins ne sont pas rassurés par la prise en charge de leurs patientes suspectes ou souffrant d'endométriose. Le résultat est plus marqué pour la prise en charge thérapeutique.

Pourtant, la plupart pratique la gynécologie. On peut donc imaginer que ce résultat sera accentué si l'on prend en compte également les médecins ne pratiquant pas la gynécologie.

L'intérêt est donc majeur pour les médecins spécialistes, de travailler et communiquer avec les MG.

Notre étude montre que 71% des médecins n'ont pas participé à des FMC sur le thème de l'endométriose.

Le manque de formation/connaissance également constaté par Quibel A. (7) pourrait expliquer l'autoévaluation négative des MG en ce qui concerne la prise en charge des patientes endométriosiques.

De plus, l'item "endométriose" ne fait pas parti du programme de l'examen classant national (ECN) (seul un petit paragraphe y est consacré dans l'item "algies pelviennes chez la femme").

Le rôle d'un centre de référence est entre autres, l'enseignement et la formation.

On peut donc penser que le centre d'Angers permettra d'améliorer ce point, et cela dès le début des études de médecine (dès l'externat).

En ce qui concerne le fort taux de pourcentage des médecins « non à l'aise » dans la prise en charge de l'endométriose, il pourrait aussi s'expliquer par la nature même de l'individu qui a plutôt tendance à sous-estimer ses capacités.

- **3^{ème} partie du questionnaire : soins de second recours et avis sur le centre EndoRef**
Angers

Les résultats montrent que la très grande majorité des médecins a besoin d'un avis spécialisé en cas de suspicion d'endométriose : 97,5% au total. Il est compris dans ce pourcentage les 27% de médecins qui demandent un avis spécialisé qu'en cas d'anomalie(s) sur l(es)'imagerie(s) prescrite(s).

Il est donc important d'avoir un interlocuteur « expert » qui puisse répondre aux besoins du médecin généraliste.

Comme vu plus haut, la faible démographie des gynécologues en Sarthe rend le centre EndoRef Angers indispensable.

En cas d'avis spécialisé, presque la moitié des médecins généralistes (49%) adressent préférentiellement à un gynécologue d'un CH hors CHU. Le CH est probablement le centre hospitalier du Mans (CHM) qui est le plus gros centre hospitalier de Sarthe.

Vient en seconde position, le gynécologue de ville (26,5%), puis le gynécologue d'un CHU (22%), probablement le CHU d'Angers, étant donné que c'est le CHU de la région le plus proche du Mans.

A noter que le CHU de Tours (qui ne fait pas parti de la région des Pays de la Loire) est quasi à la même distance du Mans qu'Angers.

Les médecins adressent un peu moins facilement au CHU, probablement à cause de la distance et sûrement aussi parce que pour 73% d'entre eux, l'existence du centre EndoRef Angers leur était inconnu.

Les médecins au courant de l'ouverture du centre l'ont su via des FMC, DIU de gynécologie et par la revue du CHU d'Angers.

Quel(s) autre(s) moyens de communication pour informer les MG de Sarthe pourraient être mis en place ? Comment améliorer le message ?

Aucun médecin n'adresse au centre de référence de Rouen, sûrement parce qu'il est situé à un peu plus de deux heures du Mans et/ou car ils ne connaissent pas non plus ce centre.

Le centre d'Angers est lui, plus accessible car situé à environ une heure du Mans.

Il y a possibilité pour les CH périphériques d'adresser leurs patientes au centre de l'endométriose d'Angers pour discuter de leur dossier. (11)

Il paraît important que le CHU d'Angers travaille en collaboration/réseau avec le CH du Mans étant donné que c'est le principal lieu d'adressage des patientes par les médecins généralistes de Sarthe, ainsi qu'avec les gynécologues libéraux de Sarthe qui est le second lieu d'adressage. Les femmes souffrant d'endométriose peuvent d'ailleurs avoir une prise en charge globale de la douleur au centre antidouleur du CHM.

Bien sûr, cela nécessite une bonne coordination et entente ainsi qu'une pratique homogène et organisée entre les différents intervenants du réseau.

La définition des centres experts en endométriose a été publiée en 2018 dans la revue Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. (20)

Le but des centres ne serait pas de recevoir toutes les patientes souffrant d'endométriose mais de diriger les patientes vers les différents praticiens d'établissements privés ou publics du réseau, appelés « centres de compétence » en fonction de l'objectif de la prise en charge, et de résERVER les cas complexes ou avec atteintes multiples au centre de référence.

(10) (20)

Les réponses au questionnaire montrent que les premières difficultés rencontrées par les MG sont la « difficulté à trouver une solution thérapeutique efficace contre les douleurs », et la « difficulté à obtenir des examens complémentaires interprétés par un radiologue « expert » en endométriose ».

On remarque également une méconnaissance des professionnels proposant des prises en charge non médicamenteuses afin de gérer la douleur pour 68% des MG.

Un médecin généraliste suspectant une endométriose pour une de ses patientes doit pouvoir être guidé par le centre pour la prise en charge afin qu'il trouve les bons spécialistes référents (que ce soit radiologues, gynécologues, médecins d'aide à la procréation, médecins de la douleur, professionnels paramédicaux etc...).

Afin d'éviter l'errance diagnostique, il paraît nécessaire que chaque MG possède un répertoire de professionnels référents de son département. Cela pourrait améliorer le diagnostic car rappelons-le, l'endométriose est la pathologie chronique avec le plus long retard diagnostic. (8)

Cela rejoint le rôle de « réseau » comme développé plus haut.

Une des nombreuses attentes du centre pour les MG est de bénéficier d'un avis téléphonique pour plus de la moitié d'entre eux.

En cas de besoin d'avis sur une thérapeutique à instaurer par exemple, le MG pourrait être guidé par téléphone, par un gynécologue du centre.

Il est aussi possible de contacter un médecin référent par le biais de l'infirmière dédiée par courrier ou mail (coordonnées disponibles sur le site du CHU d'Angers).

En cas de besoin d'avis de la RCP du centre d'Angers, une demande peut être faite en remplissant un formulaire disponible sur le site du CHU d'Angers, à envoyer par courrier, fax ou par mail.

(11)

Le rôle du MG intervient également dans le suivi au long terme, en post opératoire, ou après introduction d'un traitement par un gynécologue. Le respect et la poursuite du traitement dépendront en grande partie des connaissances et des compétences du MG. Il doit savoir en évaluer les bénéfices et les effets secondaires.

Dans l'idéal, le suivi doit se faire sur la base d'un programme de suivi personnalisé proposé par le spécialiste référent ou la RCP.

Pour que le suivi se fasse dans de bonnes conditions, il semble évident que le MG doit avoir accès au compte rendu de la consultation du spécialiste ou de la RCP.

En effet, le questionnaire montre que quasi 1/3 des MG ont des difficultés de communication avec leurs collègues spécialistes (gynécologues et/ou radiologues).

Il pourrait être intéressant également de développer des téléconsultations (quand elles sont possibles) pour pallier à la distance des 2 départements (Sarthe et Maine-et-Loire).

Si une ordonnance est prescrite, elle pourrait être faxée directement à la pharmacie habituelle de la patiente.

En effet, les téléconsultations se sont développées dans tout le pays pendant la période de crise sanitaire due au coronavirus.

A voir comment la sécurité sociale pourrait prendre en charge ces consultations.

CONCLUSION

Le centre de l'endométriose du CHU d'Angers semble avoir un intérêt pour les médecins généralistes de Sarthe : 95% des MG seraient prêts à adresser leurs patientes à ce centre en cas de besoin d'avis spécialisé, bien que 49% d'entre eux adressent habituellement au CH du Mans. Cela montre qu'ils sont prêts à changer d'adresseur pour une prise en charge plus adaptée. De même, 95% pensent que ce centre pourra répondre à leurs attentes.

Le médecin généraliste a un rôle important dans le diagnostic et la prise en charge précoce de l'endométriose. (5)

Il a un rôle de premier recours dans le système de soins.

En Sarthe, il doit pallier à la baisse de la démographie des gynécologues mais aussi à la sienne.

Il est tout aussi important que le médecin généraliste puisse adresser sa patiente vers un spécialiste, de préférence un médecin référent de la pathologie ou un centre de référence. (6)

La complexité de la prise en charge de l'endométriose impose la création de centres experts travaillant en réseau avec des centres de compétence, permettant ainsi une prise en charge multidisciplinaire et optimale pour chaque patiente. (20)

Le centre de l'endométriose d'Angers pourrait avoir ce rôle, et travailler en réseau avec les praticiens de ville, le centre hospitalier du Mans et les autres centres périphériques des Pays de la Loire.

Il serait également intéressant pour les patientes n'habitant pas le département du Maine-et-Loire de développer le système de téléconsultations quand cela est possible.

Il est nécessaire d'intégrer à ce centre les médecins généralistes, afin qu'ils soient plus sensibilisés à cette pathologie chronique fréquente, et ainsi permettre un meilleur suivi, une meilleure prise en charge clinique, paraclinique, et thérapeutique, avec l'aide des spécialistes référents.

Il est intéressant de voir que tous les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire se sentent responsable de la prise en charge de leurs patientes, même si celles-ci seraient adressées au centre EndoRef Angers.

L'intérêt serait de réévaluer dans quelques années si le lien entre les médecins généralistes et les spécialistes de ce centre est optimal et pourquoi pas élargir notamment l'étude sur la région des Pays de la Loire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Endométriose - INSERM <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/endometriose>.
2. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, and al. «The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres.» *Hum Reprod Oxf Engl.* 2012 May.
3. Soliman AM, Yang H, Du EX, Kelley C, Winkel C. «The direct and indirect costs associated with endometriosis: a systematic literature review.» *Hum Reprod Oxf Engl.* 2016 Apr.
4. Menière R. «De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude national Epilule 2003 au près de 2802 patientes en médecine générale.» Faculté de médecine de Nancy; 2004.
5. Mao AJ, Anastasi JK. «Diagnosis and management of endometriosis: the role of the advanced practice nurse in primary care.» *J Am Acad Nurse Pract.* 2010 feb.
6. Jennifer L. Johnston and al. «Diagnosing endometriosis in primary care : clinical update» *Br J Gen Pract.* 2015 Feb.
7. Quibel A, Pascasiu L, Marpeau L, Roman H. «General practitioners and the challenge of endometriosis screening and care: Results of a survey.» *Gynecologie, Obstetrique & Fertilite.* 2012 avr 19.
8. Huntington A, Gilmour JA. «A life shaped by pain: women and endometriosis» *JCN Clinical Nursing* 2005 september.
9. Emile Darai et al «Arguments pour la création de centres experts en endométriose», *La presse médicale*, décembre 2017.

10. H. Roman, I Chanavaz-Lacheray «Le centre expert de diagnostic et de prise en charge multidisciplinaire de l'endométriose de Rouen : une expérience pilote française» *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2018.
 11. «EndoRef – Centre de prise en charge de l'endométriose complexe» <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/les-reseaux-du-secteur-sanitaire-et-social/endoref-centre-de-prise-en-charge-de-l-endometriose-complexe-85589.kjsp>.
 12. Conseil national de l'ordre des médecins, «médecins généralistes à l'échelle départementale en 2015» https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/g4b3jr/atlas_pays_de_la_loire_2015.pdf.
 13. URML Pays de la Loire «Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire» Octobre 2016.
 14. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. «Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats» Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n° 797, mars 2012.
15. <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langs=FRA&langh=FRA&valeur=GYMERPTTDNSGYNGYNGYOBPRTTDNSGYN&source=1>.
16. INSEE, «Professionnels de santé au 1er janvier 2018 : comparaisons départementales» https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_departements.
 17. INSEE, «Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2020 : comparaisons départementales» https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#tableau-TCRD_021_tab1_departements.
 18. INSEE, «Population par sexe et âge en Sarthe en 2016» <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-72#chiffre-cle-1>.

19. Ballard K, Lowton K, Wright J. « What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. » *Fertility and Sterility*. nov 2006.
20. F. Golfier and al « The definition of Endometriosis Expert Centres » *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. May 2018.
21. A. Maubon, M. Bazot « Imagerie de l'endométrie » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* - Avril 2007.
22. Chapron C, Bourret A, Chopin N, Dousset B, Leconte M, Amsellem-Ouazana D, and al. « Surgery for bladder endometriosis: long-term results and concomitant management of associated posterior deep lesions. » *Hum Reprod Oxf Engl*. 2010 Apr.
23. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, and al. « Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. » *Hum Reprod Oxf Engl*. 2003 Jan.
24. Somigliana E, Infantino M, Candiani M, Vignali M, Chiodini A, Busacca M, and al. « Association rate between deep peritoneal endometriosis and other forms of the disease: pathogenetic implications. » *Hum Reprod Oxf Engl*. janv 2004.
25. Chapron C, Pietrin-Vialle C, Borghese B, Davy C, Foulot H, Chopin N. « Associated ovarian endometrioma is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis. » *Fertil Steril*. 2009 Aug.
26. Lafay Pillet MC, Huchon C, Santulli P, Borghese B, Chapron C, Fauconnier A. « A clinical score can predict associated deep infiltrating endometriosis before surgery for an endometrioma. » *Hum Reprod Oxf Engl*. 2014 Aug.

27. Vercellini P, Giudice LC, Evers JLH, Abrao MS. « Reducing low-value care in endometriosis between limited evidence and unresolved issues : a proposal. » *Hum Reprod Oxf Engl*. 2015 Sep.
28. Leone Roberti Maggiore U, Scala C, Venturini PL, Remorgida V, Ferrero S. « Endometriotic ovarian cysts do not negatively affect the rate of spontaneous ovulation. » *Hum Reprod Oxf Engl*. 2015 Feb.
29. Di Donato N, Montanari G, Benfenati A, Leonardi D, Bertoldo V, Monti G, and al. « Prevalence of adenomyosis in women undergoing surgery for endometriosis. » *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014 Oct.
30. Leyendecker G, Bilgicyildirim A, Inacker M, Stalf T, Huppert P, Mall G, et al. « Adenomyosis and endometriosis. Re- visiting their association and further insights into the mechanisms of auto-traumatisation. » An MRI study. *Arch Gynecol Obstet*. 2015 Apr.
31. Pinzauti S, Lazzeri L, Tosti C, Centini G, Orlandini C, Luisi S, and al. « Transvaginal sonographic features of diffuse adenomyosis in 18-30-year-old nulligravid women without endometriosis : association with symptoms. » *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015 Dec.
32. « Prise en charge de l'endométriose » Recommandations HAS et du CNGOF janvier 2018 (actualisation des recommandations de 2006).
33. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. « Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. » *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2004 Apr.

34. Chauvet P, Auclair C, Mourgues C, Canis M, Gerbaud L, Bourdel N. « Psychometric properties of the French version of the Endometriosis Health Profile-30, a health-related quality of life instrument. » *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*. 2017 Mar.
35. Aubry G, Panel P, Thiollier G, Huchon C, Fauconnier A. « Measuring health-related quality of life in women with endometriosis : comparing the clinimetric properties of the Endometriosis Health Profile-5 (EHP-5) and the EuroQol-5D (EQ-5D).» *Human reproduction*. 2017 Apr.
36. Fauconnier A, Chapron C. « Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. » *Human reproduction update*. 2005 Nov- Dec.
37. Warren JW, Meyer WA, Greenberg P, Horne L, Diggs C, Tracy JK. « Using the International Continence Society's definition of painful bladder syndrome." *Urology*. 2006 Jun.
38. Kumar S, Tiwari P, Sharma P, Goel A, Singh JP, Vijay MK, and al. « Urinary tract endometriosis : Review of 19 cases. » *Urology annals*. 2012 Jan.
39. Medeiros LR, Fachel JMG, Garry R, Stein AT, Furness S. « Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumours. » *Cochrane Database Syst Rev*. 20 juill 2005.
40. Tal Z Jacobson, James MN Duffy, David Barlow, Philippe R Koninckx, Ray Garry. « Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. » 2009.
41. Panel P, Huchon C, Estrade-Huchon S, Le Tohic A, Fritel X, Fauconnier A. « Bladder symptoms and urodynamic observations of patients with endometriosis confirmed by laparoscopy. » *International urogynecology journal*. 2016 Mar.
42. Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A, and al. « Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. » *Fertil. Steril.* 2010 may.

43. Salvat J. «Diagnosis and follow-up of endometriosis during consultation : changes». Gynecol Obstet Fertil. 2001 sept.
44. Raiter-Tenenbaum A, Barañao RI, Etchepareborda JJ, Meresman GF, Rumi LS. «Functional and phenotypic alterations in peritoneal macrophages from patients with early and advanced endometriosis.» Arch. Gynecol. Obstet. 1998.
45. Xin Gao, Jackie Outley, Marc Botteman, James Spalding, James A. Simon, Chris L. Pashos. «Economic burden of endometriosis.» Fertility and Sterility. 2006 déc.
46. Ozkan S, Murk W, Arici A. «Endometriosis and infertility : epidemiology and evidence-based treatments.» Ann. N. Y. Acad. Sci. 2008 avr.
47. Sampson JA. «Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity.» Am J Obstet Gynecol. 1927 Jan.
48. Vercellini P, De Giorgi O, Aimi G, Panazza S, Uglietti A, Crosignani PG. «Menstrual characteristics in women with and without endometriosis.» Obstetrics and gynecology. 1997 Aug.
49. Nnoaham KE, Webster P, Kumbang J, Kennedy SH, Zondervan KT. «Is early age at menarche a risk factor for endometriosis? A systematic review and meta-analysis of case-control studies.» Fertility and sterility. 2012 Sep.
50. Wei M, Cheng Y, Bu H, Zhao Y, Zhao W. «Length of Menstrual Cycle and Risk of Endometriosis : A Meta-Analysis of 11 Case-Control Studies." Medicine. 2016 Mar.
51. Stefansson H, Geirsson RT, Steinhorsdottir V, Jonsson H, Manolescu A, Kong A, and al. «Genetic factors contribute to the risk of developing endometriosis.» Hum Reprod Oxf Engl. 2002 Mar.

52. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. «Endometriosis: pathogenesis and treatment.» *Nat Rev Endocrinol.* 2014 May.
53. Batt RE, Smith RA, Buck Louis GM, Martin DC, Chapron C, Koninckx PR, et al. «Müllerianosis. Histol Histopathol.» 2007.
54. Batt RE, Yeh J. «Müllerianosis: four developmental (embryonic) mullerian diseases.» *Reprod Sci Thousand Oaks Calif.* 2013 Sep.
55. Hufnagel D, Li F, Cosar E, Krikun G, Taylor HS. «The Role of Stem Cells in the Etiology and Pathophysiology of Endometriosis.» *Semin Reprod Med.* 2015 Sep.
56. Jerman LF, Hey-Cunningham AJ. «The role of the lymphatic system in endometriosis: a comprehensive review of the literature.» *Biol Reprod.* 2015 Mar.
57. Riazi H, Tehranian N, Ziae S, Mohammadi E, Hajizadeh E, Montazeri A. «Clinical diagnosis of pelvic endometriosis: a scoping review.» *BMC women's health.* 2015 May 08.
58. Guerriero S, Mais V, Ajossa S, Melis GB. «Predictive value of color Doppler for ovarian endometrioma." *Fertility and sterility.* 1995.
59. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz- Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. «ESHRE guideline : management of women with endometriosis.» *Hum Reprod.* 2014.
60. Meredith SM, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. «Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for the diagnosis of adenomyosis: systematic review and metaanalysis.» *American journal of obstetrics and gynecology.* 2009.
61. Fraser MA, Agarwal S, Chen I, Singh SS. «Routine vs. expert-guided transvaginal ultrasound in the diagnosis of endometriosis : a retrospective review.» *Abdominal imaging.* 2015.

62. Medeiros LR, Rosa MI, Silva BR, Reis ME, Simon CS, Dondossola ER, and al. « Accuracy of magnetic resonance in deeply infiltrating endometriosis: a systematic review and meta-analysis. » Arch Gynecol Obstet. 2015 Mar.
63. Bazot M, Darai E, Hourani R, Thomassin I, Cortez A, Uzan S, and al. « Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. » Radiology. 2004 Aug.
64. Nisenblat V, Prentice L, Bossuyt PM, Farquhar C, Hull ML, Johnson N. « Combination of the non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis. » The Cochrane database of systematic reviews 2016.
65. Nisenblat V, Bossuyt PM, Farquhar C, Johnson N, Hull ML. « Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis. » The Cochrane database of systematic reviews 2016.
66. Harada T, Momoeda M, Taketani Y, Hoshiai H, Terakawa N. « Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis : a placebo- controlled, double-blind, randomized trial. » Fertil Steril 2008.
67. Morotti M, Remorgida V, Venturini PL, Ferrero S. « Progestogen-only contraceptive pill compared with combined oral contraceptive in the treatment of pain symptoms caused by endometriosis in patients with migraine without aura. » Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014.
68. Mabrouk M, Solfrini S, Frasca C, Del Forno S, Montanari G, Ferrini G, Paradisi R, Seracchioli R. « A new oral contraceptive regimen for endometriosis management: preliminary experience with 24/4-day drospirenone/ethinylestradiol 3 mg/20 mcg. » Gynecol Endocrinol 2012.

69. Brown J, Kives S, Akhtar M. « Progestagens and anti- progestagens for pain associated with endometriosis. » Cochrane Database Syst Rev 2012.
70. Strowitzki T, Faustmann T, Gerlinger C, Seitz C. « Dienogest in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. » Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Aug.
71. Petraglia F, Hornung D, Seitz C, Faustmann T, Gerlinger C, Luisi S, and al. « Reduced pelvic pain in women with endometriosis: efficacy of long-term dienogest treatment. » Arch Gynecol Obstet. 2012 Jan.
72. Leone Roberti Maggiore U, Remorgida V, Scala C, Tafi E, Venturini PL, Ferrero S. « Desogestrel-only contraceptive pill versus sequential contraceptive vaginal ring in the treatment of rectovaginal endometriosis infiltrating the rectum : a prospective open-label comparative study. » Acta Obstet Gynecol Scand 2014.
73. Walch K, Unfried G, Huber J, Kurz C, van Trotsenburg M, Pernicka E, Wenzl R. "Implanon versus medroxyprogesterone acetate: effects on pain scores in patients with symptomatic endometriosis--a pilot study. » Contraception 2009.
74. Brown J, Pan A, Hart RJ. "Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. » Cochrane Database Syst Rev 2010.
75. Ferrero S, Tramalloni D, Venturini PL, Remorgida V. « Vaginal danazol for women with rectovaginal endometriosis and pain symptoms persisting after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine device. » Int J Gynaecol Obstet 2011.
76. Wu D, Hu M, Hong L, Hong S, Ding W, Min J, Fang G, Guo W. "Clinical efficacy of add-back therapy in treatment of endometriosis: a meta-analysis. » Arch Gynecol Obstet 2014.

77. Davis L, Kennedy SS, Moore J, Prentice A. « Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. » Cochrane Database Syst Rev 2007.
78. Cucinella G, Granese R, Calagna G, Svelato A, Saitta S, Tonni G, De Franciscis P, Colacurci N, Perino A. « Oral contraceptives in the prevention of endometrioma recurrence : does the different progestins used make a difference? » Arch Gynecol Obstet 2013.
79. Morelli M, Sacchinelli A, Venturella R, Mocciaro R, Zullo F. "Postoperative administration of dienogest plus estradiol valerate versus levonorgestrel-releasing intrauterine device for prevention of pain relapse and disease recurrence in endometriosis patients. » J Obstet Gynaecol Res 2013.
80. Rubi-Klein K, Kucera-Sliutz E, Nissel H, Bijak M, Stockenhuber D, Fink M, et al. « Is acupuncture in addition to conventional medicine effective as pain treatment for endometriosis? : A randomised controlled cross-over trial. » Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Nov.
81. Daraï C, Deboute O, Zacharopoulou C, Laas E, Canlorbe G, Belghiti J, and al. « Impact of osteopathic manipulative therapy on quality of life of patients with deep infiltrating endometriosis with colorectal involvement: results of a pilot study. » Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015 May.
82. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow D, Farquhar C, Koninckx PR, Olive D. « Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. » Cochrane Database Syst Rev. 2010.
83. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. « Prise en charge de l'endométrie. » Recommandation pour la pratique clinique. 2006.
84. National Institute for health and Care Excellence. « Endometriosis: diagnosis and management. » Nice. 17 févr 2017 ; Clinical guideline.

85. Meuleman C, Tomassetti C, Wolthuis A, Van Cleynenbreugel B, Laenen A, Penninckx F, and al. « Clinical outcome after radical excision of moderate-severe endometriosis with or without bowel resection and reanastomosis : a prospective cohort study. » Ann Surg. mars 2014.
86. Roman H, Abo C, Huet E, Bridoux V, Auber M, Oden S, and al. « Full-Thickness Disc Excision in Deep Endometriotic Nodules of the Rectum : A Prospective Cohort. » Dis Colon Rectum. oct 2015.
87. Leone Roberti Maggiore U, Ferrero S, Candiani M, Somigliana E, Viganò P, Vercellini P. Bladder « Endometriosis : A Systematic Review of Pathogenesis, Diagnosis, Treatment, Impact on Fertility, and Risk of Malignant Transformation. » European Urology. 2017 May.
88. Garry R, Clayton R, Hawe J. « The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. » BJOG. 2000 janv.
89. Nezhat C, Morozov V. « Robot-assisted laparoscopic presacral neurectomy : feasibility, techniques, and operative outcomes. » J Minim Invasive Gynecol. 2010 august.
90. Goodman LR, Goldberg JM, Flyckt RL, Gupta M, Harwalker J, Falcone T. « Effect of surgery on ovarian reserve in women with endometriomas, endometriosis and controls. » Am J Obstet Gynecol. nov 2016.
91. Werbrouck E, Spiessens C, Meuleman C, D'Hooghe T. « No difference in cycle pregnancy rate and in cumulative live- birth rate between women with surgically treated minimal to mild endometriosis and women with unexplained infertility after controlled ovarian hyperstimulation and intrauterine insemination. » Fertil Steril. 2006 Sep.
92. Darai E, Cohen J, Ballester M. « Colorectal endometriosis and fertility. » Eur J Obstet Gynecol 2016.

93. Ziegler D, Gayet V, Aubriot FX, Fauque P, Streuli I, Wolf JP, and al. «Use of oral contraceptives in women with endometriosis before assisted reproduction treatment improves outcomes.» *Fertil Steril*. déc 2010.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Sex-ratio des MG sarthois de l'étude pratiquant la gynécologie.....	8
Figure 2 : Pourcentages des MG sarthois de l'étude pratiquant (ou non) des gestes techniques de gynécologie (pose d'implant et/ou pose de DIU).....	9
Figure 3 : Nombre de MG sarthois de l'étude proposant une prise en charge alternative, avec classement des différentes disciplines proposées.....	12
Figure 4 : Pourcentages des MG sarthois de l'étude pratiquant la gynécologie ayant entendu (ou non) parler de l'ouverture du centre EndoRef Angers.....	14
Figure 5. Mode d'adressage préférentiel des patientes suspectes ou souffrant d'endométriose par les MG sarthois de l'étude aux spécialistes du centre de l'endométriose du CHU d'Angers.....	15
Figure 6. Moyen de communication préférentiel des MG sarthois de l'étude pour être recontactés par les spécialistes du centre de l'endométriose du CHU d'Angers, au sujet de leurs patientes endométriosiques.....	15

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES.....	5
1. Population étudiée.....	5
2. Recueil des données.....	6
3. Analyse statistique.....	7
RÉSULTATS.....	8
1. 1 ^{ère} partie du questionnaire : Données générales de la population étudiée.....	8
2. 2 ^{ème} partie du questionnaire : Évaluation par le médecin de sa capacité à diagnostiquer et à traiter l'endométriose.....	10
2.1 Diagnostic clinique et paraclinique.....	10
2.2 Prescription d'examen(s) complémentaire(s) et avis spécialisé.....	10
2.3 Prise en charge thérapeutique.....	11
3. 3 ^{ème} partie du questionnaire : Soins de second recours et avis sur le centre de l'endométriose du CHU d'Angers.....	13
DISCUSSION.....	17
1. Taux de participation.....	17
2. Population.....	18
3. Points forts.....	19
4. Points faibles.....	20
5. Analyse des résultats.....	21
CONCLUSION.....	31
BIBLIOGRAPHIE.....	33
LISTE DES FIGURES.....	45
TABLE DES MATIÈRES.....	46
ANNEXES.....	I
A) Généralités.....	I
B) Questionnaire.....	XVI
C) EHP-5.....	XXI
D) Associations de lutte contre l'endométriose.....	XXI

E) Texte explicatif accompagnant le questionnaire.....XXII

RÉSUMÉ

ANNEXES

A) GÉNÉRALITÉS

1) Formes anatomo-cliniques

Il existe différentes formes d'endométriose :

-L'endométriose péritonéale superficielle, elle correspond à la présence d'implants d'endomètre ectopiques à la surface du péritoine, elle est donc vue le plus souvent qu'à la coelioscopie.

L'imagerie s'avère peu performante pour détecter l'endométriose superficielle. En effet, les lésions sont rarement visibles en imagerie par résonance magnétique (IRM) et inaccessibles à l'échographie endovaginale (la plupart des lésions mesurent moins de 10 mm). (21)

-L'endométriose pelvienne profonde (=sous péritonéale), elle correspond à la présence de tissu endométrial au niveau de la musculeuse des organes abdomino-pelviens tels que les ligaments utéro-sacrés, le vagin, la vessie, l'uretère et le tube digestif. (22)

Les lésions d'endométriose profondes sont souvent multifocales. (23)

-L'endométriome ovarien est un kyste endométriosique de l'ovaire. Il est rarement isolé, et dans la majorité des cas, associé à des lésions d'endométriose profondes. (24) (25) (26)

La recherche d'autres localisations pelviennes est donc recommandée lors de la découverte ou de la prise en charge chirurgicale d'un endométriome.

Ces 3 formes anatomo-cliniques sont souvent associées entre elles.

La sévérité des symptômes (que ce soit douleur et/ou infertilité) n'est pas forcément corrélée à l'étendue des lésions ou au caractère profond ou superficiel de la maladie. (27) (28)

Autrement dit, il est possible d'avoir une endométriose profonde avec atteinte digestive par exemple, et d'être asymptomatique sur le plan douleur et ne pas avoir de difficulté à avoir des enfants.

A contrario, on peut avoir des lésions d'endométriose superficielles modérées et présenter des douleurs intenses ainsi qu'une infertilité.

En général, les symptômes diminuent au cours d'une grossesse et après la ménopause.

-Cas particulier de l'adénomyose : elle correspond à la présence de tissu endométrial dans le myomètre.

L'adénomyose et l'endométriose sont souvent associées. (29) (30) (31)

L'adénomyose est responsable de ménorragies.

2) Symptômes

L'endométriose peut être asymptomatique mais il n'existe pas d'études estimant la proportion des femmes ne présentant aucun symptôme.

On parle donc d'endométriose maladie lorsqu'elle provoque des douleurs et/ou une infertilité.

Les données ne sont pas en faveur d'une aggravation de l'endométriose au fil du temps (32).

De façon exceptionnelle, les lésions d'endométriose profonde peuvent se compliquer d'occlusion digestive ou d'obstruction d'un uretère avec perte de la fonction du rein, mais ces complications sont alors le plus souvent présentes dès le diagnostic de la maladie (32).

Seules les patientes symptomatiques nécessiteront un traitement, et des examens complémentaires afin d'établir un diagnostic.

L'interrogatoire doit être minutieux afin d'orienter le diagnostic. Les signes cliniques recherchés sont les suivants :

a) Dysménorrhées

Elles sont rythmées par les règles et particulièrement intenses (échelle visuelle analogique (EVA) > 7, résistantes aux antalgiques palier 1).

Il est intéressant de s'intéresser au retentissement socio-professionnel (absentéisme) et à l'impact sur la qualité de vie grâce notamment à des questionnaires sur la qualité de vie : EHP-30 et sa version courte EHP-5, ou SF-36. L'échelle SF-36 n'est pas spécifique de l'endométriose.

Les échelles EHP-30 et EHP-5 (**cf Annexes partie C**) ont été validées en français. (33) (34) (35)

La présence d'algies pelviennes chroniques est également possible.

b) Dyspareunies profondes

Elles évoquent une atteinte des ligaments utéro sacrés (endométriose profonde). (36)

c) Signes fonctionnels digestifs

La douleur à la défécation (dyschésie) pendant les règles est le symptôme le plus évocateur d'une endométriose profonde. Il peut y avoir d'autres troubles digestifs (diarrhées...).

Elle évoque une atteinte vaginale postérieure avec une infiltration de l'aire postérieure recto vaginale. (36)

d) Signes fonctionnels urinaires

Cela peut-être, lors des règles, une hématurie, une urgenturie, une pollakiurie, une douleur sus ou rétro pubienne lors du remplissage vésical et/ou persistant après la miction. (37) (38)

Ces signes (en dehors de l'hématurie qui signe une atteinte urinaire (39) (40)) peuvent être présents même en l'absence de localisation vésicale. (41)

e) Infertilité

Dans l'étude de Fourquet et al. (42), 90% des femmes endométriosiques ont eu des difficultés à procréer et 48% ont eu recours à la PMA.

L'endométriose peut être responsable d'une augmentation des fausses couches spontanées. (43) (44)

Elle peut être responsable d'une obturation tubaire, d'adhérences péritonéales et d'une altération de la réserve ovarienne notamment lors de kystes endométriosiques.

Tous ces facteurs peuvent altérer la fertilité.

L'endométriose est d'ailleurs souvent diagnostiquée lors d'un bilan d'infertilité. (45) (46)

3) Physiopathologie

La théorie la plus admise actuellement est la théorie de la régurgitation menstruelle. (47)

Au cours des règles, des fragments d'endomètre passeraient par les trompes et parviendraient dans la cavité péritonéale, où ils vont s'implanter, se développer et parfois envahir les structures pelviennes.

Les facteurs de risque de l'endométriose confortent cette hypothèse car ils augmentent le risque de reflux menstruel : ménarche précoce, cycles courts, règles abondantes et longues. (48) (49) (50)

Un autre facteur de risque a été identifié : un facteur génétique. Le risque de développer une endométriose pour les apparentées de 1er degré est 5 fois plus important que dans la population générale. (51)

Cependant, il est possible que plusieurs phénomènes interviennent conjointement à la théorie de la régurgitation menstruelle, comme une altération de l'immunité ou l'inflammation. (52)

D'autres théories ont été proposées comme la théorie des emboles lymphatiques et vasculaires, la théorie de la métaplasie müllerienne, ou encore la théorie des cellules souches endométriales ou de progéniteurs issus de la moelle osseuse. (53) (54) (55) (56)

Elles expliqueraient les localisations atypiques (cerveau, poumons...).

4) Examen clinique

Un examen clinique normal n'exclut pas le diagnostic.

De plus, sa valeur ne peut être déterminée car les données disponibles concernent des femmes de centres de référence où les examens sont réalisés le plus souvent par des professionnels expérimentés.

Les lésions les plus souvent décrites sont (57) :

-Lésions bleutées vaginales à l'examen au spéculum, en particulier au niveau rétro-cervical et au niveau de la paroi vaginale postérieure

-Palpation de nodules au niveau des ligaments utéro-sacrés ou du cul-de-sac de Douglas

-Douleur à la mise en tension des ligaments utéro-sacrés

-Utérus rétroversé ou des annexes fixées à l'examen

-Douleur à la mobilisation utérine

5) Examens complémentaires

a) L'échographie endovaginale

C'est l'examen de 1ère intention à prescrire lorsque l'on suspecte une endométriose.

Il est démontré que l'échographie est une technique performante pour affirmer ou infirmer le diagnostic d'endométriome, en présence d'un aspect typique (58), même s'il n'est pas réalisé par un échographiste référent. (59)

Elle est également performante pour le diagnostic d'adénomyose. (60)

Les performances de l'échographie pelvienne dans le diagnostic de l'endométriose profonde augmentent avec l'expérience de l'opérateur. (61)

b) L'IRM pelvienne

La sensibilité globale de l'IRM dans le diagnostic de l'endométriose profonde et ovarienne est de 83% pour une spécificité de 90%. (62)

Cependant des différences existent en fonction des localisations (valeur diagnostique inférieure pour les localisations vaginale et de la cloison recto vaginale) (63).

Elle est comme l'échographie, opérateur dépendant donc nécessite un radiologue expérimenté.

Une IRM pelvienne négative permet d'exclure la maladie endométriosique profonde avec les mêmes performances que la chirurgie. (32)

L'IRM est également performante pour le diagnostic d'adénomyose.

Les données de la revue publiées par la Cochrane en 2016 montrent que l'échographie pelvienne et l'IRM pelvienne ont des performances similaires pour le diagnostic d'endométrie ovarienne.

L'IRM et l'échographie pelvienne ne permettent pas un diagnostic satisfaisant des lésions d'endométrie superficielle.

c) La coelioscopie

Elle est l'examen diagnostique de référence permettant de visualiser les lésions d'endométrie même si elle reste la plus invasive. (64) (65)

La coelioscopie diagnostique peut être utile chez les patientes ayant des symptômes ou une infertilité faisant suspecter une endométrie alors que les examens pré-opératoires pertinents n'ont pas permis d'affirmer l'endométrie.

Elle doit s'insérer dans une démarche de prise en charge de la douleur et/ou de l'infertilité.

La HAS a proposé une stratégie de prise en charge en soins primaires de patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques, permettant ainsi de « cibler » les femmes chez qui l'on doit prescrire un ou plusieurs examen(s) complémentaire(s) (figures I, II et III).

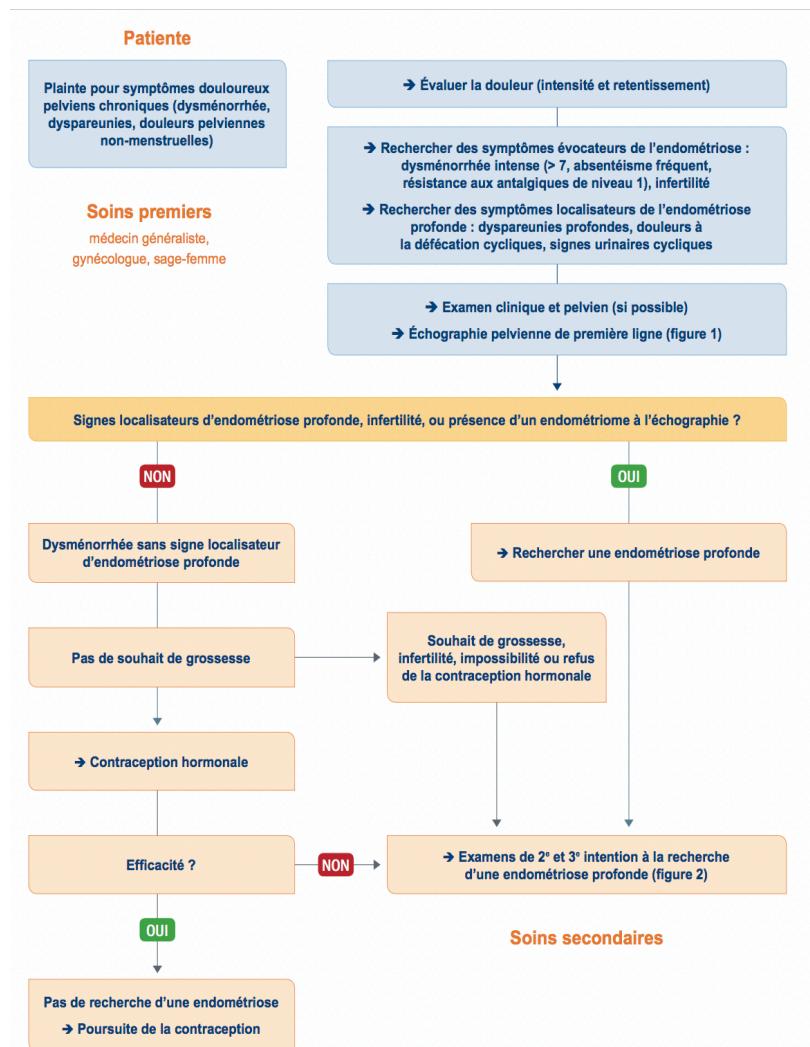


Figure I. Stratégie diagnostique devant des symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhées, dyspareunies, douleurs pelviennes non menstruelles)

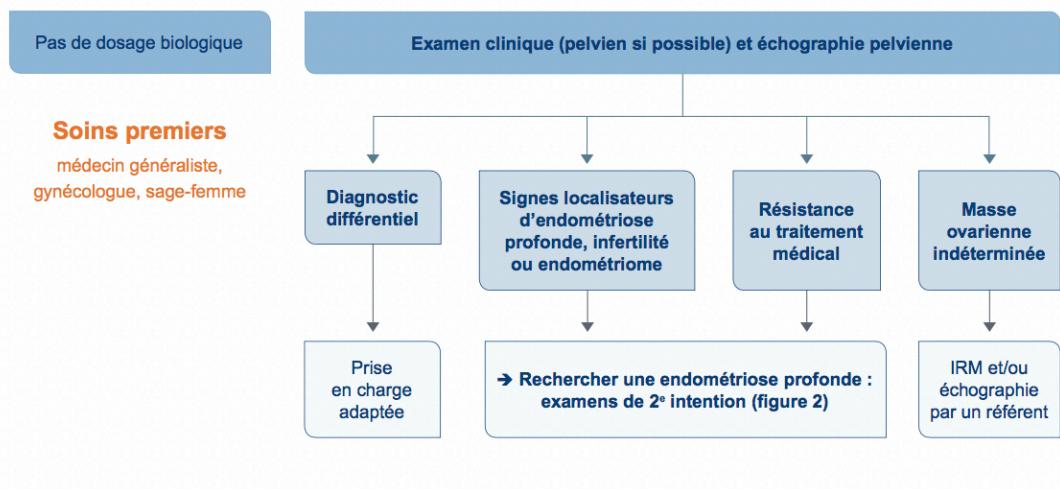


Figure II. Stratégie des examens de première intention

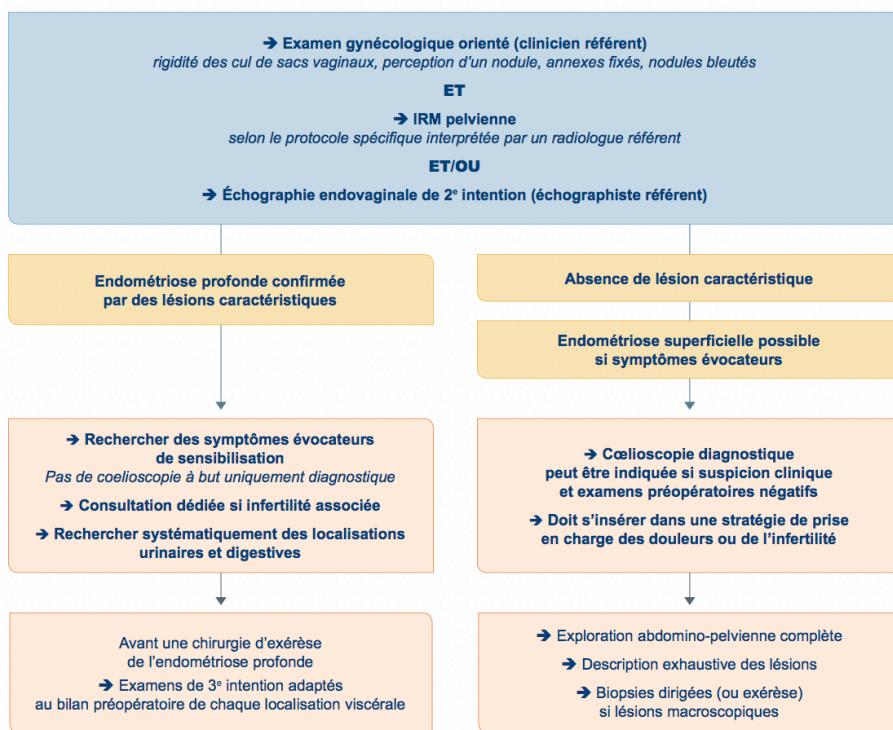


Figure III. Stratégie des examens de deuxième et troisième intentions

6) Traitements

a) Médicamenteux

Les traitements hormonaux visent à provoquer une atrophie des lésions d'endométriose et à diminuer leurs manifestations douloureuses.

Il n'y a à ce jour, aucun traitement médicamenteux permettant de « guérir » de la maladie mais plutôt des traitements permettant de la « contrôler ».

Outre les traitements antalgiques simples (type PARACETAMOL, Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)),

-**La contraception oestroprogestative** est à proposer en 1ère intention malgré qu'aucune d'elle n'a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement de l'endométriose. (32)

Elle permet de diminuer les douleurs liées à l'endométriose. (66) (67)

En pratique clinique, l'aménorrhée fait disparaître/diminuer la dysménorrhée.

Néanmoins, il n'existe pas de preuve solide d'une supériorité du schéma continu par rapport au cyclique. (68)

-**Les progestatifs**

Les molécules progestatives commercialisées en France ayant l'AMM pour le traitement de l'endométriose sont (32) :

- Acétate de chlormadinone (Lutéran) 5 mg : deux comprimés par jour en traitement continu (à noter que le dosage à 10 mg/comprimé n'est pas remboursé depuis 2012)

- Acétate de médroxyprogesterone en dépôt (DMPA) (Dépo-Prodasone) 250 mg/5 ml : 250 mg par mois (le dosage à 500 mg n'a pas l'AMM)
 - Dydrogestérone (Duphaston) 10 mg : trois comprimés par jour, en traitement continu ou discontinu (du 5e au 25e jour du cycle). Il n'existe pas de preuve d'une efficacité de cette molécule (69)
 - Médrogestone (Colprone) 5 mg : 1 à 3 comprimé(s) par jour du 5e au 25e jour du cycle ou en traitement continu
 - Diénogest (Visanne) : progestatif oral de synthèse. C'est un progestatif associant des spécificités des dérivés de la 19 nor-testostérone et de la 19 nor-progéstérone.
Il possède des propriétés pharmacologiques associant des effets progestatifs forts à des effets antigonadotropes modérés, sans activité androgénique, glucocorticoïde ou minéralo-corticoïde. Sa posologie habituelle est de 2mg/jour en continu dans le traitement de l'endométriose.
Il a l'AMM mais n'est pas remboursé en France.
Il permet l'amélioration des douleurs de l'endométriose (70) (71).
Il est recommandé en 2ème intention.
- Les contraceptifs microprogestatifs (contraception par désogestrel per os en continu) et l'implant à l'étonorgestrel sont efficaces sur les douleurs liées à l'endométriose avec un niveau de preuve moyen. (69) (72) (73) (74) (75)
- Ils n'ont pas l'AMM dans le traitement de l'endométriose en France mais sont recommandés en 2ème intention.
- Le système intra-utérin au lévonorgestrel (SIU au LNG) est proposé en 1ère intention avec la contraception oestroprogestative. (32)**

En cas d'échec d'un traitement par SIU au LNG 52 mg, le **danazol** par voie vaginale (substance androgène ayant une action anti gonadotrope) peut être utilisé en association. (75)

Le danazol présente des effets indésirables comme des bouffées de chaleur, une hyperséborrhée, une prise de poids, de l'acné, une atrophie mammaire, des céphalées, une modification de la voix, une augmentation de la pilosité...

-Les analogues agonistes de la GnRH (Gonadotrophin-Releasing Hormone)

Les analogues agonistes de la GnRH (GnRHa) ayant une AMM dans le traitement de l'endométriose sont la triptoréline, la leuproréline et la nafaréline. (32)

Ils bloquent l'axe gonadotrope. Ils sont donc responsables d'une carence oestrogénique. Ils ont comme effets indésirables : bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, diminution de la libido. Leur utilisation prolongée expose également à un risque d'ostéoporose, diabète, accidents cardio-vasculaires.

En raison du risque d'ostéoporose, il est conseillé d'adoindre une add back thérapie avant le 3ème mois (avec une contraception oestro-progestative) afin de limiter les effets indésirables. (76)

Il est conseillé également de limiter leur utilisation à 6 mois, voir 12 mois pour la leucopréline.

Les GnRHa diminuent les douleurs liées à l'endométriose.

Ils peuvent être utilisés par voie sous-cutanée ou nasale. (74)

Ils sont recommandés en 2ème intention.

Il n'existe pas de preuve d'une efficacité supérieure entre contraception oestroprogestative cyclique, GnRHa et traitements progestatifs microdosés continus. (67) (77)

Il est donc recommandé de prendre en compte les contre-indications, les effets indésirables potentiels, les traitements antérieurs et l'avis de la patiente pour guider le choix de la molécule.

La contraception oestroprogesterative et le SIU au LNG sont recommandés également en 1ère intention en post opératoire afin de diminuer le risque de récidive douloureuse de l'endométriose. Ils préviennent également les récidives des endométriomes opérés. (78) (79)

b) Non médicamenteux

Il a été montré qu'en association avec les traitements médicamenteux, les traitements complémentaires type acupuncture, ostéopathie, yoga... améliorent la qualité de vie de la patiente malgré le manque de puissance des études ou l'absence de groupe contrôle. (80) (81)

En cas de douleurs chroniques, une évaluation pluridisciplinaire (gynécologues, algologues, sexologues, psychologues...) semble nécessaire afin d'améliorer la qualité de vie de la patiente.

c) Chirurgical

Le but de la chirurgie est en éliminant les lésions endométriosiques, de réduire la douleur et dans certains cas d'augmenter les chances de grossesse spontanée ou après une technique d'assistance médicale à la procréation. (40) (59) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88)

Elle est plutôt proposée en cas d'échec du traitement médical et/ou en cas de désir de grossesse.

Selon les situations, plusieurs techniques sont utilisées :

-La coelioscopie est le gold standard pour le traitement des kystes endométriosiques, des lésions d'endométriose infiltrant le colon et le rectum ainsi que les lésions d'endométriose péritonéale en particulier, minimes à modérées (59) (82) (86).

Elle est la moins invasive.

Elle est associée à une réduction des complications postopératoires, des douleurs postopératoires, de la durée d'hospitalisation et du coût, par rapport à la laparotomie. (39)

-La laparotomie peut être conservatrice ou non (hystérectomie+/-ovariectomie).

-La robot-assistance se développe petit à petit. (89)

La chirurgie des endométriomes peut réduire la réserve ovarienne par l'exérèse ou la destruction du parenchyme ovarien entourant le kyste, avec de possibles effets négatifs sur la fertilité postopératoire.

Ce risque est majoré en cas d'endométriomes volumineux, récidivants ou bilatéraux. (90)

Les possibilités de préservation de la fertilité doivent être discutées avec la patiente en cas de chirurgie pour endométriome ovarien.

d) Prise en charge de l'infertilité

La prise en charge de l'infertilité dans un contexte d'endométriose doit être globale, en tenant compte, du bilan pré-thérapeutique du couple infertile (exploration de la réserve ovarienne, du statut tubaire et des paramètres spermatiques du conjoint).

L'AMP peut-être nécessaire (avec ou sans prise en charge chirurgicale au préalable).

La stimulation ovarienne, avec ou sans insémination intra-utérine, en postopératoire peut être envisagée pour l'endométriose superficielle minime à légère. (91)

La prise en charge par fécondation in vitro (FIV) peut être proposée afin d'augmenter les chances de grossesse dans un contexte d'infertilité et d'endométriose profonde. (92)

La revue de la littérature a mis en évidence une amélioration des chances de grossesse en cas de blocage ovarien avant la stimulation pour FIV, par un analogue agoniste de la GnRH ou une contraception œstroprogestative. (93)

B) QUESTIONNAIRE :

I) Caractéristiques des médecins généralistes :

- 1) Quel est votre âge ?
- 2) Quel est votre sexe ? masculin/féminin
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?
- 4) Lieu d'exercice ? rural/semi-rural/urbain
- 5) Activité du cabinet ? groupe/seule/maison de santé pluridisciplinaire
- 6) Faites-vous des gestes techniques gynécologiques en dehors du frottis ? (pose de DIU et/ou pose d'implant contraceptif) : oui/non
- 7) Avez-vous déjà participé à des FMC sur le thème de l'endométriose ? : oui/non
- 8) Combien de patientes endométriosiques avez-vous dans votre patientèle ?
 - .moins de 10
 - .entre 10 et 20
 - .plus de 20
- 9) Certaines d'entre elles ont-elles eu recours à une technique d'assistante médicale à la procréation ?
oui/non
- 10) Si oui, combien ?
 - .moins de 10
 - .entre 10 et 20
 - .plus de 20

II) Diagnostic clinique, paraclinique et prise en charge thérapeutique :

- 11) Vous sentez-vous à l'aise face au diagnostic clinique de l'endométriose ? :
 - .tout à fait à l'aise

.à l'aise

.plutôt à l'aise

.pas à l'aise

.pas du tout à l'aise

12) Vous sentez-vous à l'aise face au diagnostic paraclinique de l'endométriose ? :

.tout à fait à l'aise

.à l'aise

.plutôt à l'aise

.pas à l'aise

.pas du tout à l'aise

13) Si vous suspectez une endométriose, prescrivez-vous un ou des examen(s) complémentaire(s) ? :

oui/non

14) Demandez-vous un avis spécialisé après l'imagerie ?

.Avis spécialisé d'emblée, sans examen(s) complémentaire(s) au préalable

.Avis spécialisé qu'en cas d'anomalie(s) sur l'imagerie

.Avis spécialisé après imagerie quel que soit le résultat

.Pas d'avis spécialisé après imagerie

.Je ne demande ni d'imagerie ni d'avis spécialisé

15) Vous sentez-vous à l'aise face à la prise en charge thérapeutique de la patiente endométriosique ?

:

.tout à fait à l'aise

.à l'aise

.plutôt à l'aise

.pas à l'aise

.pas du tout à l'aise

16) Connaissez-vous des professionnels proposant des prises en charge non médicamenteuses afin de gérer la douleur vers qui vous pourrez orienter vos patientes ? oui/non

17) Si Oui, quelles disciplines ? Plusieurs réponses possibles :

- .Yoga
- .Ostéopathie
- .Hypnose
- .Acupuncture
- .Autre : précisez

18) Dans le suivi des patientes endométriosiques, envisagez-vous une prise en charge psychologique ? : oui/non

19) Si oui, quel suivi ? Plusieurs réponses possibles :

- .Association de patientes endométriosiques
- .Psychologue
- .Psychothérapie de soutien par le médecin généraliste
- .Autre : précisez

III) Soins de second recours :

20) A qui adressez-vous préférentiellement votre patiente en cas de besoin d'avis spécialisé ? :

- .gynécologue libéral
- .gynécologue d'un CH hors CHU
- .gynécologue d'un CHU
- .gynécologue d'une clinique privée
- .gynécologue du centre de référence de l'endométriose de Rouen

21) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des patientes endométriosiques ? Plusieurs réponses possibles :

- .Difficultés à obtenir des examens complémentaires rapides
- .Difficultés à obtenir des examens complémentaires interprétés par un radiologue « expert » en endométriose

- .Difficultés à trouver une solution thérapeutique efficace contre les douleurs
- .Difficultés de communication avec les professionnels de la spécialité (gynécologues et radiologues)
- .Difficultés à accompagner les patientes
- .Aucune difficulté
- .Autre : précisez

22) Aviez-vous eu connaissance de l'ouverture du centre de l'endométriose au CHU d'Angers avant de répondre à ce questionnaire ? : oui/non.

23) Si oui, comment ?

24) En cas de besoin d'avis spécialisé, adressez-vous vos patientes à ce centre ? : oui/non.

25) Si non, pourquoi ?

26) Comment aimeriez-vous adresser votre patiente ? Plusieurs réponses possibles :

- .par courrier
- .par mail
- .par ligne d'avis direct
- .par apicrypt
- .autre : précisez

27) Comment aimeriez-vous qu'on vous recontacte au sujet de vos patientes ? Plusieurs réponses possibles :

- .par courrier
- .par mail
- .par téléphone
- .par apicrypt
- .autre : précisez

28) Quelles seraient vos attentes par rapport à ce centre ? Plusieurs réponses possibles :

- .Avoir des examens spécifiques plus rapides
- .Avoir des examens spécifiques mieux interprétés
- .Avoir une prise en charge de la douleur plus rapide en cas d'échec de la contraception hormonale

.Avoir la possibilité d'un avis téléphonique spécialisé

.Faire bénéficier vos patientes d'un accompagnement psychologique spécialisé

.Proposer une prise en charge en PMA spécifique et plus rapide

.Autre : précisez

29) Pensez-vous que ce centre pourra y répondre ? oui/non.

30) Si non, pourquoi ?

31) Pensez-vous devoir faire partie de la boucle de prise en charge une fois la patiente adressée au centre ? : oui/non.

32) Si non, pourquoi ?

C) EHP-5

La version française validée de l'Endometriosis Health Profile-5 ou EHP-5 (figure IV) correspond à une adaptation courte de l'EHP-30, le seul questionnaire de qualité de vie spécifique de l'endométriose.

<u>PARTIE 1</u>					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu des changements d'humeur ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changée ?	<input type="checkbox"/>				

<u>PARTIE 2</u>					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfant(s) ?	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?	<input type="checkbox"/>				
Vous êtes vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants ou d'autres enfants ?	<input type="checkbox"/>				

Figure IV. EHP-5

D) ASSOCIATIONS DE LUTTE CONTRE L'ENDOMÉTRIOSE

Plusieurs associations ont vu le jour, comme les associations EndoFrance et ENDOmind (agrées par le ministère de la santé), réparties sur tout le territoire.

Elles ont pour but de mieux faire connaître l'endométriose, réduire le délai diagnostic, soutenir la recherche, et améliorer la prise en charge.

Elles organisent des conférences notamment avec les professionnels de santé, des journées portes ouvertes dans les hôpitaux (comme le fait par exemple l'association ENDOMind avec le centre hospitalier du Mans), la marche mondiale etc...

Elles ont également pour but de faire rencontrer des patientes atteintes d'endométriose afin qu'elles puissent partager leur expérience.

Il est important de les faire connaître aux médecins généralistes afin qu'ils puissent conseiller ces associations à leurs patientes. Cela ne peut être qu'« un plus » dans la prise en charge qui doit être rappelons-le, globale.

Sites des associations : endomind.org et endofrance.org

E) TEXTE EXPLICATIF ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE

"Chers confrères, chères consoeurs,

Je suis médecin généraliste remplacante en Sarthe.

Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude sur l'intérêt pour les médecins généralistes installés en Sarthe (et n'excluant pas la gynécologie dans leur pratique) de la création du centre de l'endométriose du CHU d'Angers.

L'objectif de ce travail est de montrer que les médecins généralistes exerçant en Sarthe ont un réel besoin de la création de ce centre, et qu'ils ont envie/besoin de pouvoir communiquer facilement avec les médecins spécialistes.

Les réponses seront directement intégrées dans un logiciel et seront donc anonymisées.

Le questionnaire est assez court et vous prendra moins de dix minutes.

Veuillez ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

Je vous remercie par avance de votre aide.

Je vous adresserais par mail les résultats de l'étude si vous le souhaitez.

Nisma Abdallah »

Intérêt pour les médecins généralistes de Sarthe de la création du centre de l'endométriose du CHU d'Angers

RÉSUMÉ

Introduction :

L'endométriose peut être responsable de douleurs et/ou d'une infertilité. Elle touche environ 10% des femmes.

L'endométriose est l'une des maladies chroniques présentant le plus long retard diagnostic.

Le rôle du médecin généraliste (MG) est important dans le diagnostic et la prise en charge précoce de l'endométriose. Il est tout aussi important que le MG puisse adresser sa patiente vers un spécialiste, de préférence un médecin ayant l'expertise de la pathologie ou un centre de référence.

La complexité de la prise en charge de l'endométriose impose la création de centres experts travaillant en réseau avec des centres de compétence.

Le centre de l'endométriose du CHU d'Angers (« centre EndoRef Angers ») a ouvert en avril 2018.

Cette étude a pour objectif d'évaluer si les médecins généralistes de Sarthe pensent que ce centre améliorera la prise en charge de leurs patientes.

Sujets et Méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale qui s'est déroulée du 06/10/2019 au 20/02/2020.

La population étudiée concerne les médecins généralistes installés en Sarthe, ayant une pratique de la gynécologie.

Un questionnaire en ligne a été envoyé à environ 325 médecins généralistes.

Résultats :

Un total de 41 réponses a été obtenues.

97,5% des MG ont besoin d'un avis spécialisé en cas de suspicion d'endométriose.

73% des MG n'étaient pas au courant de l'ouverture du centre EndoRef Angers avant de répondre au questionnaire.

En cas de besoin d'avis spécialisé, 95% des médecins disent qu'ils seraient susceptibles d'adresser leurs patientes à ce centre. 95% également, pensent que ce centre pourra répondre à leurs attentes.

Conclusion :

Le centre de l'endométriose du CHU d'Angers semble avoir un intérêt pour les MG de Sarthe.

La quasi-totalité des médecins ayant répondu au questionnaire seraient susceptibles d'adresser leurs patientes à ce centre bien que la moitié d'entre eux les adressent habituellement au centre hospitalier du Mans.

Cela montre qu'ils sont prêts à changer d'adresseur pour une prise en charge plus adaptée.

Mots-clés : endométriose – médecin généraliste – centre expert – centre EndoRef Angers

Interest to general practitioners from Sarthe of the creation of the endometriosis centre of the Angers University Hospital

ABSTRACT

Introduction :

Endometriosis can cause pain and/or infertility. It affects about 10% of women.

Endometriosis is one of the chronic diseases with the longest diagnostic delay.

The role of the general practitioner (GP) is important in the early diagnosis and management of endometriosis. It is equally important for the GP to be able to refer the patient to a specialist, preferably a doctor with expertise in the disease or a reference centre.

The complexity of endometriosis management requires the establishment of expert centres working in a network with centres of competence in the matter.

The centre for endometriosis of Angers University Hospital ("Centre EndoRef Angers") opened in April 2018.

The aim of this study is to assess whether general practitioners in Sarthe believe that this centre will improve the management of their patients.

Subjects and Methods :

This is an observational, descriptive and cross-sectional study which took place from 06/10/2019 to 20/02/2020.

The population studied was general practitioners based in the Sarthe region of France with a gynaecology practice.

An online questionnaire was sent to approximately 325 general practitioners.

Results :

A total of 41 responses were obtained.

97.5% of the GPs need a specialist's opinion when endometriosis is suspected.

73% of the GPs were not aware of the opening of the EndoRef Angers Centre before answering this questionnaire.

If they needed a specialist's advice, 95% of doctors said that they would be most likely to refer their patients to this centre. 95% also thought that this centre would be able to meet their expectations.

Conclusion:

The endometriosis centre of the Angers University Hospital seems to be of value for the GPs from Sarthe.

Almost all the doctors who answered the questionnaire would be likely to refer their patients to this centre even though half of them usually refer them to the Le Mans Hospital Centre.

This shows that they are willing to change their choice of hospital referral for more appropriate care.

Keywords : endometriosis - general practitioner - expert centre - EndoRef Angers centre

