



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Comment les médecins généralistes repèrent-ils l'endométriose chez les adolescentes ?

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2024
Au Pôle Formation
Par Marie CHOTARD

JURY

Présidente :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseure :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

I	CONTEXTE	5
1	ENDOMETRIOSE : ENTRE FONDAMENTAUX ET ACTUALITES.....	5
1.1	Actualités et enjeux sur l'endométriose.....	5
1.2	Les outils d'aide au diagnostic de l'endométriose.....	6
2	REPERER LES DYSMENORRHEES CHEZ L'ADOLESCENTE.....	7
2.1	L'adolescence : phase de transitions et de changements.....	7
2.2	Les dysménorrhées.....	8
2.2.1	Généralités.....	8
2.2.2	Approche thérapeutique des dysménorrhées primaires.....	9
2.3	Les dysménorrhées secondaires et l'endométriose.....	10
2.3.1	Généralités.....	10
2.3.2	Examens cliniques et paracliniques.....	12
2.3.3	Stratégies thérapeutiques.....	13
II	INTRODUCTION	15
1	PERSPECTIVES SUR L'ENDOMETRIOSE.....	15
2	OBJECTIFS DE THESE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	16
III	MATERIEL ET METHODE	17
1	CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ETUDE ET RECUEIL DE DONNEES.....	17
2	ÉTHIQUE ET LEGISLATION.....	18
3	POPULATION ETUDIEE.....	18
4	COMPOSITION ET REALISATION DU QUESTIONNAIRE.....	19
5	ANALYSES STATISTIQUES.....	20
6	RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES.....	20
IV	RESULTATS	21
1	POPULATION DE L'ETUDE.....	21
2	TYPES DE CONSULTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES.....	22
3	MALADIES SUSPECTEES EN CAS DE DOULEURS ABDOMINALES CHRONIQUES.....	23
4	LES ELEMENTS CLINIQUES LES PLUS EVOCATEURS DE DYSMENORRHEES PRIMAIRES.....	25
5	DELAI MOYEN POUR SUSPECTER DES DYSMENORRHEES SECONDAIRES.....	27
6	LES ELEMENTS CLINIQUES LES PLUS EVOCATEURS DE L'ENDOMETRIOSE.....	28
7	SUIVI PROPOSE AUX PATIENTES DANS LE CAS D'UNE SUSPICION D'ENDOMETRIOSE.....	30
8	RESSOURCES UTILISEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES POUR GUIDER LE CHEMINEMENT DU DIAGNOSTIC.....	31
V	DISCUSSION	32
1	BIAS ET FORCE DE L'ETUDE.....	32
2	ANALYSE LITTERAIRE ET DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	33
2.1	Les consultations « santé de la femme » et la médecine générale.....	33
2.2	La place du médecin généraliste dans les consultations de suivi des adolescentes.....	34
2.3	Douleurs abdominopelviennes : les hypothèses diagnostiques évoquées.....	35
2.4	Dysménorrhée primaire ou secondaire ?.....	37
2.4.1	Dysménorrhées primaires.....	37
2.4.2	Dysménorrhées secondaires.....	38
2.5	Enjeux et impacts du repérage de l'endométriose.....	39
2.6	Le suivi proposé par les médecins généralistes à leurs jeunes patientes.....	40
2.7	Ressources des médecins généralistes.....	41
VI	CONCLUSION	44
1	GENERALITES.....	44
2	LES PERSPECTIVES.....	45
VII	ANNEXE 1: AFFICHE AVEC LE QR CODE	46
VIII	ANNEXE 2: QUESTIONNAIRE DE THESE	47
IX	ANNEXE 3: TABLEAU RECAPITULATIF DES DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES EVOQUES	50
X	ANNEXE 4: ATTESTATION DE DECLARATION	51
XI	GRILLE DES CRITÈRES DE QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE ET DE RÉDACTION RETENUE	52
XII	BIBLIOGRAPHIE	56

I CONTEXTE

1 Endométriose : entre fondamentaux et actualités

Environ 2 millions de femmes en âge de procréer sont touchées par l'endométriose, soit 10% de la population féminine. Cette prévalence s'avère incertaine et reste difficilement quantifiable chez l'adolescente. (1)

1.1 Actualités et enjeux sur l'endométriose

Cette pathologie complexe bouleverse la santé de la femme. Ces dernières années, les patientes, le corps médical, les pouvoirs publics et les associations combattent ensemble pour offrir une meilleure prise en soins et réduire au maximum le retard de diagnostic. (2)

Le sujet a donné lieu à de nombreuses actualités à la fois sur le plan législatif, social et médical: En 2022, une stratégie nationale de lutte contre la maladie est mise en place par le ministère des Solidarités et de la Santé en lien avec les autres ministères associés à cette stratégie. Elle a pour enjeu d'investir dans la recherche, afin d'améliorer le délai diagnostique et les thérapeutiques. (3) Cette même année, l'endométriose est inscrite sur la liste ALD « hors liste » : ALD 31. Une prise en charge à 100% est possible si la maladie comporte un traitement coûteux de plus de six mois. (4)

Le 16 février 2023, L'Espagne devient le premier pays d'Europe à proposer et adopter le congé menstruel : un arrêt maladie dont l'État prévoit le remboursement intégral lorsqu'une femme se plaint de règles incapacitantes. (5)

En décembre 2023, Arras est la première ville du Nord-Pas-de-Calais à instaurer un congé menstruel de 10 jours (congés payés). (6)

En février 2024, le Sénat a rejeté la mise en place d'un arrêt de travail pour dysménorrhées. (7)

Néanmoins, plusieurs entreprises et collectivités expérimentent le congé menstruel avec succès afin que ces femmes ne perdent pas de jour de carence sur leur salaire.

Les associations et les aides collectives participent au soutien des femmes : des campagnes de sensibilisation et d'information sont mises en place pour lutter contre la normalisation des dysménorrhées.

La qualité de vie des femmes est davantage prise en considération. Les professionnels de santé jouent un rôle important de repérage, d'écoute et d'accompagnement des adolescentes se plaignant de dysménorrhées.

1.2 Les outils d'aide au diagnostic de l'endométriose

En janvier 2024, L'HAS s'est chargée d'évaluer l'efficacité d'un nouveau test appelé Endotest® en vue d'un potentiel remboursement. Il s'agit d'un test salivaire innovateur après un séquençage haut débit de microARN. Ce test serait réalisé en 3^e intention après l'examen de la patiente et un bilan d'imagerie non concluant. Il permettrait de limiter le nombre de coelioscopies, examen invasif. (8)

Certaines associations telle qu'EndoFrance diffusent des applications ou des aides diagnostiques pour les médecins et les patientes. (2)

Il existe l'algorithme SHINY DEVA , spécifique à 98%, pour les patientes et les médecins.

Il a pour objectif d'obtenir un score de probabilité d'être atteinte d'endométriose chez les patientes âgées de 18 à 45 ans. (9) C'est un questionnaire portant sur la douleur (localisation, irradiation, intensité...) et sur la fertilité. Il permet un gain de temps en prescrivant en première intention une IRM si le risque d'avoir une endométriose est importante. (10) Néanmoins, pour les adolescentes mineures, ce questionnaire n'est pas utilisable car non testé sur cette population.

Des applications existantes peuvent être proposées aux patientes dans le suivi de leurs douleurs:

(2)

- LUNAENDOSCORE : application composée d'un auto-questionnaire permettant le calcul d'un score du risque d'endométriose de 0 à 100%. (11)
- FOLLOW METRIOS : carnet de santé numérique qui permet à la patiente de suivre ses symptômes, les traitements pris en fonction de ceux-ci.
- LUCY : application qui existe uniquement en anglais pour le moment. C'est un projet financé par l'Union Européenne permettant d'améliorer le dépistage, le diagnostic et les soins.

Le dépistage précoce de cette pathologie demeure l'objectif principal et a un rôle prépondérant sur la vie sociale, sportive, professionnelle, sur la santé sexuelle, la fertilité des adolescentes.

2 Repérer les dysménorrhées chez l'adolescente

2.1 L'adolescence : phase de transitions et de changements

L'adolescence correspond à une étape de la vie marquant le passage de l'enfance à l'âge adulte et s'étend de 10 à 19 ans selon la définition de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS). (12)

Des changements physiques, psychiques, cognitifs et sexuels surviennent lors de cette période de transition. Elle débute entre 8 et 13 ans chez la fille et dure en moyenne 4 ans. La date des premières règles reste le repère dans la vie d'une femme. L'âge médian de la ménarche est de 12,8 ans. (13).

2.2 Les dysménorrhées

2.2.1 Généralités

A l'arrivée des règles, les adolescentes peuvent ressentir des douleurs abdomino-pelviennes basses : ce sont les dysménorrhées. Considérée comme la pathologie gynécologique la plus courante chez les jeunes femmes, celle-ci est rarement prise en considération. (14) La prévalence de ces douleurs varie selon les études, elles concernent entre 50% et 70% voire 90% des adolescentes.(15) (16) (17) Une adolescente sur cinq souffrant de dysménorrhées limite ses activités quotidiennes : absentéisme scolaire, activités sportives, retentissement sur la qualité de sommeil, diminution des performances intellectuelles. Seulement 15% des jeunes filles consultent leur médecin généraliste dans ce cadre-là.

Les dysménorrhées sont nommées primaires si aucune maladie organique n'est retrouvée. Elles débutent au cours des deux premières années post-ménarche lorsque les cycles deviennent ovulatoires et durent généralement de la veille jusqu'aux deux-trois premiers jours de règles. (1) Les symptômes sont décrits comme spasmodiques pouvant irradier en région lombaire jusque dans les cuisses. (18)

Elles sont dues à une production excessive d'agents utérotoniques et vasoconstricteurs accompagnée d'un taux élevé menstruel de prostaglandines (PGF₂). Elles causent une ischémie du myomètre, provoquant une perception de crampes et de symptômes douloureux. (19)

Il n'y a pas d'intérêt à réaliser un examen pelvien ou examens complémentaires. Un traitement médical peut être proposé rapidement.

En consultation, l'entretien avec l'adolescente, généralement accompagnée par un de ses parents permet d'affiner la suspicion de diagnostic en enquêtant sur les antécédents personnels et familiaux.

Ces informations aideront le médecin à ne pas négliger d'autres atteintes potentielles qui devront être évaluées :

- Malformations utéro-vaginales,
- Antécédents gynécologiques familiaux tels que l'endométriose
- Pathologies gastroentérologiques (maladie cœliaque, maladies inflammatoires de l'intestin (MICI), syndrome du côlon irritable)
- Affections rhumatologiques
- Souffrances psychologiques (violences, maltraitance, harcèlement)

Le médecin généraliste a un rôle d'information et d'écoute afin de ne pas banaliser les douleurs rapportées par ces patientes. Nombreuses sont les personnes qui normalisent ces douleurs : l'entourage, les parents, les amis, les professionnels de santé, les professeurs ou la patiente elle-même.

2.2.2 Approche thérapeutique des dysménorrhées primaires

Différentes classes thérapeutiques peuvent être proposées à l'adolescente. Ces traitements sont à adapter en fonction de l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché).

Les traitements de première intention reposent généralement sur les antidouleurs de palier 1 et les antispasmodiques. Si la patiente n'est pas soulagée, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent lui être proposés. (17)

Les AINS ont prouvé leur efficacité dans les dysménorrhées chez les patientes indemnes d'endométriose. Leur utilisation doit être ponctuelle au vu des effets secondaires gastriques et/ou rénaux. L'ibuprofène et le naproxène sont à privilégier car présentent moins d'effets secondaires que les autres molécules. L'ibuprofène a l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dès 6 ans, soit le plus tôt en pédiatrie contrairement au naproxène utilisable chez les plus de 15 ans. (20)

Cette prise de traitement sera réévaluée après plusieurs mois par le médecin prescripteur. Si aucune amélioration clinique notable n'est observée après 3 à 6 mois d'antalgiques malgré une bonne observance, il faudra suspecter une cause secondaire.(21)

2.3 Les dysménorrhées secondaires et l'endométriose

2.3.1 Généralités

La majorité des adolescentes ressentiront un inconfort pendant leurs règles affectant leur qualité de vie. Au vu de l'impact psychologique induit par ces douleurs invalidantes, les dysménorrhées doivent être repérées et explorées précocement.

Les dysménorrhées secondaires, appelées aussi dysménorrhées réfractaires, sont définies comme des douleurs associées à une maladie organique, résistantes aux traitements antalgiques usuels. (1) L'endométriose est la cause la plus fréquente de dysménorrhées secondaires.

Différentes manifestations cliniques peuvent alerter le médecin et faire suspecter une pathologie sous-jacente :

- Douleurs intenses et /ou réfractaires aux traitements de première intention c'est-à-dire résistantes aux AINS.
- Douleurs plus importantes en fin de cycle ou en dehors des règles augmentant progressivement d'années en années.
- Saignements utérins anormaux (saignements menstruels abondants et irréguliers) (21)
- Symptômes digestifs associés (dyschésie, difficultés à évacuer les selles, rectorragies) ou urinaires (dysurie, pollakiurie, hématurie) lors des menstruations. (22)

Ces symptômes peuvent apparaître dès l'adolescence et se manifester de manière atypique. Selon le registre de l'*Endometriosis Association*, plus de 90% des jeunes patientes présentent des symptômes acycliques. Une étude observationnelle rétrospective de cohorte menée aux États-Unis en 2015, implique des adolescentes atteintes d'endométriose diagnostiquée par laparoscopie (âge moyen 17,2 ans). Elle révèle que les plaintes préopératoires les plus courantes concernaient les dysménorrhées (64%), les ménorragies (44%), les saignements anormaux ou irréguliers (60%), au moins un symptôme gastro-intestinal (56%) et au moins un symptôme génito-urinaire (52%). (23)

Une revue systématique de 2013 confirme ces résultats en montrant qu'environ 66% des adolescentes atteintes de dysménorrhées ou douleurs pelviennes chroniques présentent des signes laparoscopiques d'endométriose avec environ un tiers d'entre elles souffrant d'une forme modérée à sévère de la maladie. (24) Il est important de souligner que 38% des femmes adultes atteintes d'endométriose rapportent avoir souffert de dysménorrhées sévères avant l'âge de 15 ans. (25)

La fertilité et la dyspareunie sont des caractéristiques typiques de l'endométriose chez la femme adulte mais restent complexes à évaluer chez les adolescentes. Le suivi de l'adolescente reste essentiel pour évaluer l'apparition de nouveaux symptômes ou l'aggravation des symptômes existants.

Malgré ces prévalences élevées, de nombreuses patientes subissent un retard de diagnostic. Un avis de comité de l'association *American College of Obstetricians and Gynecologists* de 2018 indique que 12% des jeunes femmes âgées de 14 à 20 ans présentent un absentéisme scolaire chaque mois en raison de leurs dysménorrhées. Elles se tournent souvent vers une automédication sans consulter un médecin pour explorer les causes de leurs douleurs invalidantes. (21)

2.3.2 Examens cliniques et paracliniques

Le diagnostic définitif de l'endométriose se fait par laparoscopie, en analysant histologiquement les lésions endométriosiques.

L'examen clinique et d'autres examens complémentaires permettent d'affiner le diagnostic.

L'examen clinique pelvien vise à rechercher :

- Des nodules bleutés, qui peuvent être rouges ou plus claires chez l'adolescente
- Des douleurs à la mobilisation de l'utérus au moment du toucher vaginal
- Des douleurs au moment du toucher rectal

Un examen normal ne peut éliminer le risque d'être atteint d'endométriose.(21)

L' échographie pelvienne est l'examen réalisé en première intention en raison de sa facilité d'accès et de l'absence d'irradiation. Il permet d'explorer les organes génitaux, faire le bilan de malformations utéro-vaginales, écarter d'autres causes de douleurs abdominopelviennes ou visualiser des masses ovariennes telles que les endométriomes. (21) L'échographie endovaginale peut avoir un intérêt pour documenter davantage les lésions endométriosiques (non réalisée chez la patiente vierge). (2) Une échographie normale n'élimine pas l'endométriose.

L'IRM pelvienne, examen de référence réalisé par un centre expert, est prescrite en deuxième intention selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Cette imagerie permet de détecter des lésions profondes, des kystes ou des nodules afin de réaliser une cartographie. Les lésions superficielles ou péritonéales sont difficilement détectables car trop petites pour être visibles: c'est le cas d'au moins 20% des patientes atteintes. Une IRM normale n'élimine donc pas le diagnostic d'endométriose. 60 à 85% des patientes atteintes d'endométriose ayant réalisées une échographie endovaginale ou une IRM pelvienne ont une confirmation diagnostique d'endométriose profonde. (2,20)

2.3.3 Stratégies thérapeutiques

Le traitement proposé a pour but de diminuer les douleurs en créant une aménorrhée. Ce traitement n'a pas de visée curative mais de confort et de limitation de la maladie. En plus d'un traitement hormonal, il est préférable de le combiner avec des antalgiques.

Il est recommandé de prescrire une contraception oestroprogestative ou une micro progestative en continu en première intention. Elle permet de limiter les saignements des lésions endométriosiques dispersées à travers l'organisme. (20,26)

En cas d'échec malgré une bonne observance de la contraception pendant 3 à 6 mois, un traitement de seconde intention peut être suggéré par une équipe pluridisciplinaire en centre expert. Celui-ci implique l'administration d'analogues de la gonadolibérine ou Gonadotropin-Releasing Hormone (GnRH) qui stimulent les ovaires. Ils induisent une hypo-œstrogénie et bloquent les saignements menstruels. Chez l'adolescente, ce traitement est évalué au vu du risque de déminéralisation osseuse ou d'ostéoporose. (27) Une revue systématique de la littérature datant de 2013 a comparé l'utilisation d'un dispositif intra-utérin (DIU) et les analogues de GnRH (traitement de référence) chez les femmes atteintes d'endométriose : il existe une efficacité équivalente mais le DIU peut présenter certains avantages cliniques. (28)

Selon l'évolution de la maladie, si la jeune femme n'est pas soulagée par les traitements médicamenteux, une laparoscopie diagnostique et thérapeutique peut être proposée par une équipe hospitalière pluridisciplinaire afin d'avoir une histologie de confirmation et une ablation des lésions.

Des traitements non médicamenteux peuvent être proposés tels que l'acupuncture, l'ostéopathie, le yoga, l'hypnose et la relaxation. Ces pratiques sont peu étudiées, leurs efficacités ne sont pas prouvées mais peuvent apporter un confort à la patiente. (29)

La réassurance des patientes et des familles est importante : seulement 11 à 19% des femmes souffrant d'endométriose ne sont pas soulagées par le traitement médical. Il n'y a pas de données disponibles sur les adolescentes mais les expériences cliniques semblent rassurantes. (30)

II INTRODUCTION

L'endométriose se définit comme une maladie inflammatoire chronique, bénigne associée à des douleurs sévères parfois invalidantes allant jusqu'à l'infertilité et impactant la qualité de vie de la patiente.

Il s'agit d'une affection hormonodépendante liée à la présence d'amas de cellules endométriales retrouvées en dehors de l'utérus. Au cours des différents cycles, ces cellules sont susceptibles de saigner au niveau abdominal (ovaires, trompes, intestin grêle, péritoine, paroi abdominale) et extra-abdominal (diaphragme). La Haute Autorité de Santé (HAS) décrit différentes formes d'endométriose :

- L'endométriose superficielle : endométriose limitée au péritoine
- L'endométriose profonde : endométriose qui infiltre l'espace rétropéritonéal ou les viscères (rectum, vagin, utérus, vessie, uretère, intestin grêle, etc.)
- L'endométriome ovarien : kyste endométriosique de l'ovaire

Cette accumulation cellulaire va engendrer des formations kystiques occasionnant un état inflammatoire chronique des lésions et des douleurs.(22) A la ménopause, ces douleurs peuvent s'améliorer en raison de la diminution de la circulation des hormones sexuelles.(20)

L'endométriose peut être indolore, sans trouble de la fertilité et sans conséquence sur la vie des femmes. Son évolution demeure peu connue et sous diagnostiquée. (31) (32) (2)

1 Perspectives sur l'endométriose

Cette pathologie complexe suscite une mobilisation croissante de divers acteurs du domaine médical, social, législatif, avec pour objectif de sensibiliser la population et de promouvoir une meilleure prise en soins des patientes. La normalisation et la stigmatisation des symptômes menstruels entraînent des retards de diagnostic.

Différencier les dysménorrhées primaires des dysménorrhées secondaires permettrait de révéler une endométriose sous-jacente.

La recherche diagnostique de l'endométriose demeure similaire chez les adolescentes et les femmes adultes. La prise en soins vise à améliorer la qualité de vie des jeunes patientes. Les traitements s'adaptent en fonction de l'âge de la patiente et doivent être conformes aux recommandations thérapeutiques de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Bien que l'endométriose soit aujourd'hui mieux connue du grand public et des professionnels de santé, la formation médicale continue permettrait d'offrir une prise en soins optimale à leurs patientes. Cette approche est cruciale pour favoriser un dépistage précoce de la pathologie.

2 Objectifs de thèse et question de recherche

Les dernières données épidémiologiques montrent que le délai de diagnostic de la maladie est en moyenne de 7 ans. (2) Ce délai semble plus long chez l'adolescente que chez l'adulte.

L'éducation des jeunes filles sur les dysménorrhées, qu'elle soit scolaire, numérique via les réseaux sociaux ou familiale, permettrait de diminuer le retard diagnostique.

Le médecin généraliste joue un rôle important dans la prévention, le dépistage et l'éducation. Il est un des acteurs de la consultation gynécologique de prévention et de contraception.

En raison des délais importants de prise de rendez-vous chez un gynécologue, les médecins généralistes sont les intervenants de proximité et privilégiés pour repérer les dysménorrhées sévères et sensibiliser les femmes.

Ce travail vise à comprendre le parcours diagnostique de l'endométriose chez les adolescentes par les médecins généralistes. L'objectif est d'analyser leurs pratiques cliniques face aux dysménorrhées et d'identifier des pistes d'amélioration. L'étude permettra de déterminer les ressources utilisées par les médecins pour affiner leur diagnostic. Le but est de mettre en lumière la relation médecin généraliste-adolescente dans le suivi des dysménorrhées pour potentialiser le repérage.

III MATERIEL ET METHODE

1 Caractéristiques générales de l'étude et recueil de données

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale et descriptive réalisée au cours de l'année 2024.

Un questionnaire est envoyé aux médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais.

Un premier envoi a été effectué par mail vers les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sélectionnées à partir d'une liste disponible sur le site de l'ARS. Au total, 27 CPTS situées exclusivement dans le Nord et le Pas-de-Calais ont été contactées. Les CPTS incluant des cabinets situés dans l'Aisne, l'Oise, ou la Somme ont été exclues, de même que celles dont le projet était encore en cours d'élaboration (rédaction du projet de santé, création de l'association ou rédaction de la lettre d'intention). Les CPTS dépourvues de site internet, de coordonnées ou d'adresse postale ont également été exclues.

Certaines CPTS ont refusé de diffuser le questionnaire de thèse, d'autres n'ont pas répondu malgré plusieurs sollicitations ; seules trois CPTS ont accepté de le diffuser.

Un second envoi a été réalisé auprès des Maitres de Stages Universitaires (MSU) des promotions N1/ Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) de la faculté de médecine de Lille, ce qui m'a permis de recueillir un nombre important de réponses. Au total, 310 MSU ont été contactés par mail avec trois relances.

26 praticiens, maîtres de stage pour les externes, ont été sollicités par SMS pour leur proposer de participer à ma thèse.

Enfin, j'ai réalisé et distribué une affiche accompagnée d'un QR code dans plusieurs cabinets autour de Lille (Santes, Saint André-les-Lille, Lille, Lomme, Lambersart). Certaines affiches ont également été remises aux internes en stage de SASPAS présents à la faculté avec moi, afin qu'ils relaient l'information et atteignent d'autres médecins généralistes travaillant avec des MSU.

Affiche avec le QR Code disponible en Annexe 1.

222 questionnaires ont été recueillis dont 67 incomplets et 155 complets. Parmi ceux incomplets, seuls ceux comportant plus de 8 réponses, soit 20 ont été retenus. Au total, 175 questionnaires ont été analysés.

D'après une estimation réalisée via un outil de calcul d'échantillon, j'aurais dû obtenir 352 questionnaires complets pour que mon étude soit représentative, avec un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%. Ce calcul est basé sur une taille d'échantillon de 4127 personnes. (33)

2 Éthique et Législation

Le service Protection des Données de l'Université de Lille m'a transmis une attestation de déclaration qui affirme l'exonération de déclaration relative au règlement général sur la protection des données.

Ne traitant pas de données personnelles et n'impliquant pas la personne humaine, l'avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ainsi que du Comité de Protection des Personnes (CPP), n'étaient pas requis.

Attestation de déclaration disponible en Annexe 4.

3 Population étudiée

L'ordre des médecins du Pas-de-Calais et du Nord a été sollicité pour obtenir le nombre exact de médecins généralistes exerçants dans ces deux départements. Au 2 février 2024, on comptait 1773 médecins généralistes en activité dans le Pas-de-Calais. Au 1^{er} mars 2024, ce chiffre était de 2354 pour le département du Nord.

Les critères d'inclusion pour cette étude sont :

- Les médecins généralistes exerçant dans le Nord (59) et le Pas-de-Calais (62)
- Les médecins généralistes thésés
- Exercice en libéral
- Les médecins généralistes assistants, collaborateurs, remplaçants ou installés

Les critères d'exclusion sont définis comme :

- Les médecins généralistes non thésés
- Les internes en médecine générale, qu'ils soient thésés ou non
- Les médecins généralistes ne pratiquant pas en libéral
- Les médecins généralistes ayant cessé leur activité

4 Composition et réalisation du questionnaire

Le questionnaire comprend quatre parties et un total de quinze questions. La première partie recueille des informations personnelles sur le médecin : l'âge et le sexe afin d'étudier les caractéristiques de la population recrutée.

La deuxième partie aborde des questions cliniques générales, centrées sur les douleurs abdominales et les dysménorrhées.

La troisième partie est dédiée à des questions spécifiques sur l'endométriose.

Enfin, la quatrième partie se concentre sur les types de consultations réalisées par les médecins généralistes.

Le questionnaire est réalisé sur la plateforme Lime Survey afin de conserver au mieux les données médicales.

Questionnaire de thèse disponible en Annexe 2.

5 Analyses statistiques

Les analyses descriptives présentent les moyennes (écart-type) pour les variables quantitatives, ainsi que les effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives. Aucune donnée manquante n'a été imputée et rapportée dans la description.

Pour comparer deux populations, des tests statistiques ont été effectués :

- Des tests du Chi-2 (ou Test de Fisher exact si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 2,5) pour les variables catégorielles
- Des tests de Wilcoxon ou de Student, en fonction des conditions de réalisation statistique pour les variables quantitatives

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux.

Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel R, version 4.3.2 (Référence : R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, URL <https://www.Rproject.org/>).

6 Recherches bibliographiques

Pendant toute la durée de la réalisation de cette thèse, des recherches bibliographiques ont été réalisées sur les plateformes Lissa et PubMed.

Différents mots clés MeSH caractérisant l'étude ont été utilisés : Endometriosis – Adolescents – Dysmenorrhea – Pelvic Pain.

Grâce à des alertes, j'ai pu être avertie des derniers articles parus correspondant à mes recherches.

Certaines autres ressources ont été recensées sur les sites de la HAS, des associations telles que EndoFrance, Endomind ou encore info-endométriose.

IV RESULTATS

1 Population de l'étude

Tableau 1. Caractéristiques démographiques, n = 175

Caractéristiques	Population générale N = 175
Sexe ¹	
Homme	87 (49,7)
Femme	88 (50,3)
Âge ¹	
Moins de 40 ans	92 (52,6)
Entre 41 et 50 ans	38 (21,7)
Plus de 51 ans	45 (25,7)
<hr/> ¹ n (%) <hr/>	

Sur les 175 réponses retenues des médecins dans le cadre de l'évaluation des signes de l'endométriose, 88 étaient des femmes (50,3%).

Plus de la moitié des professionnels interrogés avaient moins de 40 ans (52,6%).

2 Types de consultations des médecins généralistes interrogés

Tableau 2. Types de consultations, selon le sexe et l'âge, n = 175.

Caractéristiques	Total N = 175	Sexe		p- value ²	Âge			p- value ²
		Homme N = 87	Femme N = 88		Moins de 40 ans N = 92	Entre 41 et 50 ans N = 38	Plus de 50 ans N = 45	
Données manquantes	19	12	7		8	5	6	
Parmi vos consultations 'Santé de la Femme', suivez-vous des adolescentes ? ¹	135 (86,5)	58 (77,3)	77 (95,1)	0,001	75 (89,3)	28 (84,8)	32 (82,1)	0,491
Voyez-vous les adolescentes plus d'une fois par an pour le suivi 'Santé de la Femme' ? ¹	78 (50,0)	36 (48,0)	42 (51,9)	0,631	40 (47,6)	16 (48,5)	22 (56,4)	0,650

¹ n (%) - **Souvent, Toujours** versus **Jamais, Rarement** ; ² Test du Chi-2 de Pearson, Test de Fisher exact

Parmi les consultations « Santé de la Femme », 86,5% des médecins indiquent suivre des adolescentes, avec une différence significative selon le sexe du praticien.

95,1 % des femmes suivent ces jeunes patientes contre 77,3 % chez les médecins hommes.

(p = 0,001)

50% des médecins indiquent recevoir des adolescentes plus d'une fois par an pour le suivi « santé de la femme ». Aucune différence n'a été constatée si le médecin était une femme ou un homme, ou jeune ou plus âgé.

3 Maladies suspectées en cas de douleurs abdominales chroniques

Tableau 3. Description des maladies suspectées par le médecin lorsque l'adolescente présente des douleurs abdomino-pelviennes chroniques, selon le sexe et l'âge, n = 175

Caractéristiques	Total N = 175	Sexe		p- value ²	Âge			p- value ²
		Homme N = 87	Femme N = 88		Moins de 40 ans N = 92	Entre 41 et 50 ans N = 38	Plus de 50 ans N = 45	
Syndrome du côlon irritable ¹	120 (68,6)	55 (63,2)	65 (73,9)	0,129	60 (65,2)	26 (68,4)	34 (75,6)	0,473
Maladie inflammatoire de l'intestin ¹	81 (46,3)	43 (49,4)	38 (43,2)	0,408	47 (51,1)	18 (47,4)	16 (35,6)	0,228
Maladie cœliaque ¹	44 (25,3)	27 (31,4)	17 (19,3)	0,067	27 (29,7)	7 (18,4)	10 (22,2)	0,350
Malformations utérines ¹	22 (12,6)	13 (15,1)	9 (10,2)	0,332	11 (12,1)	5 (13,2)	6 (13,3)	>0,999
Kyste ovarien ¹	138 (79,3)	66 (76,7)	72 (81,8)	0,409	70 (76,9)	28 (73,7)	40 (88,9)	0,168
Infection Sexuellement Transmissible (IST) ¹	93 (53,1)	47 (54,0)	46 (52,3)	0,817	52 (56,5)	16 (42,1)	25 (55,6)	0,303
Endométriose ¹	150 (85,7)	72 (82,8)	78 (88,6)	0,267	81 (88,0)	35 (92,1)	34 (75,6)	0,065
Douleurs musculo-squelettiques ¹	44 (25,1)	22 (25,3)	22 (25,0)	0,965	21 (22,8)	10 (26,3)	13 (28,9)	0,731
Violences sexuelles ¹	25 (14,5)	9 (10,5)	16 (18,4)	0,138	12 (13,0)	4 (10,8)	9 (20,5)	0,401
Autres ¹ , dont	81 (46,3)	46 (52,9)	35 (39,8)	0,082	42 (45,7)	18 (47,4)	21 (46,7)	0,982
Urologique	20 (24,7)	14 (30,4)	6 (17,1)	0,169	3 (3,3)	9 (23,7)	8 (17,8)	<0,001
Psychiatrique	23 (28,4)	12 (26,1)	11 (31,4)	0,597	16 (17,4)	3 (7,9)	4 (8,9)	0,255
Gynécologique	21 (25,9)	10 (21,7)	11 (31,4)	0,324	13 (14,1)	6 (15,8)	2 (4,4)	0,174
Abdominale	42 (51,9)	26 (56,5)	16 (45,7)	0,335	21 (22,8)	12 (31,6)	9 (20,0)	0,436
Neurologique	4 (4,9)	4 (8,7)	0 (0,0)	0,13	0 (0,0)	2 (5,3)	2 (4,4)	0,049
Divers	12 (14,8)	9 (19,6)	3 (8,6)	0,168	4 (4,3)	3 (7,9)	5 (11,1)	0,271

¹ n (%) - **Souvent, Toujours** versus **Jamais, Rarement** ; ² Test du Chi-2 de Pearson, Test de Fisher exact

Nous identifions à travers le tableau 3, qu'en cas de douleurs abdomino-pelviennes chroniques, 85,7% des médecins suspectent l'endométriose, 79,3% le kyste ovarien, 68,6% le syndrome du côlon irritable, 53,1% une infection sexuellement transmissible comme potentiellement en lien avec ces douleurs.

Aucune différence significative n'est retrouvée selon le sexe du praticien quelle que soit la maladie décrite.

Selon l'âge du médecin, aucune différence n'est remarquée, les médecins jeunes identifient les mêmes maladies que les médecins moyennement âgés, ou plus âgés.

Une différence est observée concernant les autres maladies décrites dans le questionnaire : les jeunes médecins n'indiquent pas les maladies urologiques par rapport aux médecins de plus de 41 ans ($p < 0,001$), cette tendance est aussi observée pour les maladies neurologiques ($p = 0,049$).

4 Les éléments cliniques les plus évocateurs de dysménorrhées primaires

Tableau 4. Description des éléments cliniques les plus évocateurs d'une dysménorrhée primaire chez une adolescente, selon le sexe et l'âge, n = 175

Caractéristiques	Total N = 175	Sexe		p- value ²	Âge			p- value ²
		Homme N = 87	Femme N = 88		Moins de 40 ans N = 92	Entre 41 et 50 ans N = 38	Plus de 50 ans N = 45	
Douleurs pelviennes ¹	170 (97,1)	85 (97,7)	85 (96,6)	>0,999	88 (95,7)	37 (97,4)	45 (100,0)	0,415
Trouble du transit ¹	80 (45,7)	35 (40,2)	45 (51,1)	0,148	46 (50,0)	17 (44,7)	17 (37,8)	0,399
Pollakiurie ¹	45 (25,7)	24 (27,6)	21 (23,9)	0,573	23 (25,0)	6 (15,8)	16 (35,6)	0,119
Lombalgies ¹	108 (61,7)	53 (60,9)	55 (62,5)	0,830	48 (52,2)	27 (71,1)	33 (73,3)	0,023
Douleurs musculaires ¹	43 (24,6)	21 (24,1)	22 (25,0)	0,895	25 (27,2)	9 (23,7)	9 (20,0)	0,651
Céphalées ¹	64 (36,6)	32 (36,8)	32 (36,4)	0,954	30 (32,6)	18 (47,4)	16 (35,6)	0,279
Nausées et/ou vomissements ¹	86 (49,1)	38 (43,7)	48 (54,5)	0,150	43 (46,7)	16 (42,1)	27 (60,0)	0,214
Lipothymies ¹	86 (49,1)	44 (50,6)	42 (47,7)	0,706	44 (47,8)	18 (47,4)	24 (53,3)	0,807
Autres ¹ , dont	36 (20,6)	19 (21,8)	17 (19,3)	0,680	15 (16,3)	12 (31,6)	9 (20,0)	0,146
Qualité de vie	9 (25,0)	7 (36,8)	2 (11,8)	0,128	4 (26,7)	4 (33,3)	1 (11,1)	0,554
Douleurs, symptômes en dehors de l'utérus	7 (19,4)	3 (15,8)	4 (23,5)	0,684	1 (6,7)	3 (25,0)	3 (33,3)	0,240
Dyspareunie	1 (2,8)	1 (5,3)	0 (0,0)	>0,999	0 (0,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	0,583
Autres éléments cliniques utérins	21 (58,3)	10 (52,6)	11 (64,7)	0,463	10 (66,7)	6 (50,0)	5 (55,6)	0,692

¹ n (%) - **Souvent, Toujours** versus **Jamais, Rarement** ; ² Test du Chi-2 de Pearson, Test de Fisher exact

À travers le tableau 4, nous avons cherché à évaluer les éléments cliniques qui seraient le plus évocateur d'une dysménorrhée primaire chez l'adolescente, toujours selon le sexe et l'âge du médecin.

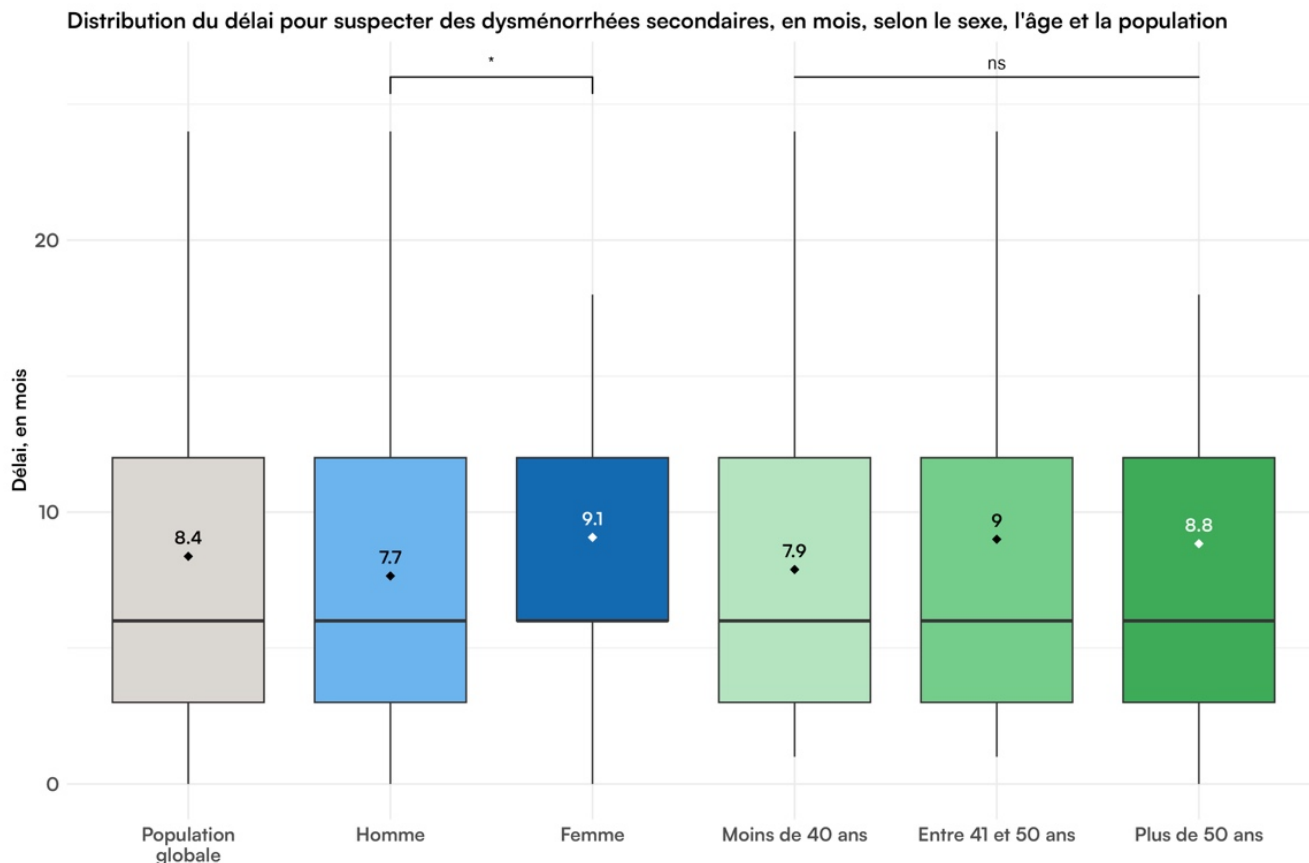
Les douleurs pelviennes sont décrites comme un signe d'une dysménorrhée primaire dans 97,1 % des cas, sans différence selon le sexe ou l'âge du médecin. Viennent ensuite les lombalgies, signalées par 61,7% des médecins, les nausées et/ou vomissements (49,1 %) et les lipothymies (49,1 %).

Aucune différence significative n'est retrouvée selon le sexe du praticien quels que soient les signes cliniques évocateurs de dysménorrhées primaires chez l'adolescente.

Selon l'âge, une différence est observée concernant les lombalgies : 52,2 % des médecins de moins de 40 ans les considèrent comme un signe clinique évocateur de dysménorrhée primaire, contre 70 % pour les médecins âgés d'au moins 41 ans ($p = 0,023$).

5 Délai moyen pour suspecter des dysménorrhées secondaires

Figure. Explications



Cette figure est un *boxplot*, ou boîte à moustache en français.

Elle représente la distribution d'une variable quantitative, avec la moyenne, la médiane, les premier et troisième quartiles.

Le délai moyen pour suspecter des dysménorrhées secondaires dans la population globale est de 8,4 mois.

Une différence significative est constatée selon le sexe du médecin : les femmes, prennent plus de temps que les hommes, avec un délai moyen de 9,1 mois contre 7,7 mois.

Aucune différence n'est observée selon l'âge du médecin, les jeunes médecins semblent prendre moins de temps pour suspecter les dysménorrhées secondaires.

6 Les éléments cliniques les plus évocateurs de l'endométriose

Tableau 5. Description des éléments cliniques les plus évocateurs d'une endométriose chez une adolescente, selon le sexe et l'âge, n = 175

Caractéristiques	Total N = 175	Sexe		p-value ²	Âge			p-value ²
		Homme N = 87	Femme N = 88		Moins de 40 ans N = 92	Entre 41 et 50 ans N = 38	Plus de 50 ans N = 45	
Données manquantes	13	10	3		4	4	5	
Métrorragies ¹				0,328				0,036
Jamais, Rarement	60 (37,0)	32 (41,6)	28 (32,9)		29 (33,0)	10 (29,4)	21 (52,5)	
Souvent, Toujours	101 (62,3)	45 (58,4)	56 (65,9)		59 (67,0)	24 (70,6)	18 (45,0)	
Ne sait pas	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,2)		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	
Cycles irréguliers ¹				0,449				0,573
Jamais, Rarement	51 (31,5)	22 (28,6)	29 (34,1)		29 (33,0)	9 (26,5)	13 (32,5)	
Souvent, Toujours	110 (67,9)	54 (70,1)	56 (65,9)		59 (67,0)	25 (73,5)	26 (65,0)	
Ne sait pas	1 (0,6)	1 (1,3)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	
Douleurs à la défécation ¹				0,583				0,377
Jamais, Rarement	52 (32,1)	27 (35,1)	25 (29,4)		26 (29,5)	14 (41,2)	12 (30,0)	
Souvent, Toujours	107 (66,0)	48 (62,3)	59 (69,4)		61 (69,3)	20 (58,8)	26 (65,0)	
Ne sait pas	3 (1,9)	2 (2,6)	1 (1,2)		1 (1,1)	0 (0,0)	2 (5,0)	
Troubles urinaires ¹				0,473				0,223
Jamais, Rarement	77 (47,5)	36 (46,8)	41 (48,2)		44 (50,0)	18 (52,9)	15 (37,5)	
Souvent, Toujours	83 (51,2)	39 (50,6)	44 (51,8)		44 (50,0)	15 (44,1)	24 (60,0)	
Ne sait pas	2 (1,2)	2 (2,6)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (2,9)	1 (2,5)	
Douleurs abdominales ¹				>0,999				0,593
Jamais, Rarement	3 (1,9)	1 (1,3)	2 (2,4)		1 (1,1)	1 (2,9)	1 (2,5)	
Souvent, Toujours	159 (98,1)	76 (98,7)	83 (97,6)		87 (98,9)	33 (97,1)	39 (97,5)	
Céphalées ¹				0,004				0,269
Jamais, Rarement	112 (69,1)	56 (72,7)	56 (65,9)		61 (69,3)	25 (73,5)	26 (65,0)	
Souvent, Toujours	44 (27,2)	15 (19,5)	29 (34,1)		25 (28,4)	9 (26,5)	10 (25,0)	
Ne sait pas	6 (3,7)	6 (7,8)	0 (0,0)		2 (2,3)	0 (0,0)	4 (10,0)	
Nausées et/ou vomissements ¹				0,023				0,158
Jamais, Rarement	91 (56,2)	50 (64,9)	41 (48,2)		47 (53,4)	24 (70,6)	20 (50,0)	
Souvent, Toujours	67 (41,4)	24 (31,2)	43 (50,6)		40 (45,5)	9 (26,5)	18 (45,0)	
Ne sait pas	4 (2,5)	3 (3,9)	1 (1,2)		1 (1,1)	1 (2,9)	2 (5,0)	
Dyspareunie ¹				0,248				0,170
Jamais, Rarement	14 (8,6)	8 (10,4)	6 (7,1)		9 (10,2)	4 (11,8)	1 (2,5)	
Souvent, Toujours	146 (90,1)	67 (87,0)	79 (92,9)		79 (89,8)	29 (85,3)	38 (95,0)	
Ne sait pas	2 (1,2)	2 (2,6)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (2,9)	1 (2,5)	
Malaise ¹				0,062				0,712
Jamais, Rarement	78 (48,1)	43 (55,8)	35 (41,2)		44 (50,0)	17 (50,0)	17 (42,5)	
Souvent, Toujours	84 (51,9)	34 (44,2)	50 (58,8)		44 (50,0)	17 (50,0)	23 (57,5)	
Puberté précoce avant 11 ans ¹				0,138				0,242
Jamais, Rarement	108 (66,7)	46 (59,7)	62 (72,9)		59 (67,0)	27 (79,4)	22 (55,0)	
Souvent, Toujours	11 (6,8)	5 (6,5)	6 (7,1)		6 (6,8)	2 (5,9)	3 (7,5)	
Ne sait pas	43 (26,5)	26 (33,8)	17 (20,0)		23 (26,1)	5 (14,7)	15 (37,5)	

¹ n (%) - **Souvent, Toujours** versus **Jamais, Rarement** ; ² Test du Chi-2 de Pearson, Test de Fisher exact

D'après le tableau 5, selon les médecins généralistes, les éléments cliniques les plus évocateurs d'une endométriose sont :

- Les douleurs abdominales, identifiées par 98,1 % des médecins.
- La dyspareunie, fréquemment signalée, avec 90,1 % des médecins les considérant souvent ou toujours comme un facteur évocateur.
- Les cycles irréguliers, les douleurs à la défécation et les métrorragies sont mis en avant par deux médecins sur trois.

Sur le critère des métrorragies, les médecins âgés d'au moins 50 ans ont tendance à moins les considérer comme un signe évocateur d'endométriose ($p = 0,036$), avec près d'un médecin sur deux y pensant contre au moins deux sur trois dans les autres catégories d'âge.

Les médecins de sexe féminin sont significativement plus susceptibles d'identifier les nausées, vomissements et les céphalées comme des éléments cliniques importants pour le diagnostic de l'endométriose ($p = 0,023$ et $p = 0,004$, respectivement).

7 Suivi proposé aux patientes dans le cas d'une suspicion d'endométriose

Tableau 6. Description, en cas de suspicion d'endométriose, du suivi proposé aux patients, n = 175

Caractéristiques	Total N = 175	Sexe		p- value ²	Âge			p- value ²
		Homme N = 87	Femme N = 88		Moins de 40 ans N = 92	Entre 41 et 50 ans N = 38	Plus de 50 ans N = 45	
Données manquantes	13	10	3		4	4	5	
Par le médecin généraliste lui-même ¹	63 (38,9)	30 (39,0)	33 (38,8)	0,986	41 (46,6)	10 (29,4)	12 (30,0)	0,090
Par un gynécologue libéral ¹	108 (66,7)	48 (62,3)	60 (70,6)	0,266	61 (69,3)	20 (58,8)	27 (67,5)	0,540
Par un gynécologue ¹ hospitalier ¹				0,929				0,021
Jamais, Rarement	50 (30,9)	23 (29,9)	27 (31,8)		35 (39,8)	9 (26,5)	6 (15,0)	
Souvent, Toujours	111 (68,5)	54 (70,1)	57 (67,1)		52 (59,1)	25 (73,5)	34 (85,0)	
Ne sait pas	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,2)		1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Autres suivis ¹ , dont	49 (30,8)	28 (36,4)	21 (25,6)	0,142	30 (34,9)	8 (24,2)	11 (27,5)	0,462
Paramédicale	5 (10,2)	3 (10,7)	2 (9,5)	>0,999	4 (13,3)	1 (12,5)	0 (0,0)	0,537
Médecine parallèle	30 (61,2)	16 (57,1)	14 (66,7)	0,498	23 (76,7)	4 (50,0)	3 (27,3)	0,010
Suivi spécialiste	15 (30,6)	10 (35,7)	5 (23,8)	0,371	9 (30,0)	3 (37,5)	3 (27,3)	0,912
Associations de patientes	1 (2,0)	1 (3,6)	0 (0,0)	>0,999	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	0,388

¹ n (%) - **Souvent, Toujours** versus **Jamais, Rarement** ; ² Test du Chi-2 de Pearson, Test de Fisher exact

Dans le tableau 6, le suivi est proposé au moins souvent à un gynécologue, qu'il soit libéral (66,7 %) ou hospitalier (68,5 %). Le médecin généraliste estime pouvoir poursuivre le suivi lui-même dans 38,9 % des cas, soit 63 médecins.

Aucune différence significative n'est observée dans les orientations vers un autre praticien ou dans la prise en charge par le médecin généraliste, qu'il soit homme ou femme.

Les jeunes médecins ont tendance à moins conseiller un gynécologue hospitalier que les médecins plus âgés ($p = 0,021$) pour le suivi en cas de suspicion d'endométriose.

30,8 % des médecins suggèrent des alternatives, parmi elles la médecine parallèle ou le suivi par un autre spécialiste.

8 Ressources utilisées par les médecins généralistes pour guider le cheminement du diagnostic

Tableau 7. Description, en cas de suspicion d'endométriose, des ressources utilisées pour guider le cheminement du diagnostic, $n = 175$

Caractéristiques	Total N = 175	Sexe		p- value ²	Âge			p- value ²
		Homme N = 87	Femme N = 88		Moins de 40 ans N = 92	Entre 41 et 50 ans N = 38	Plus de 50 ans N = 45	
Site internet ¹	84 (48,0)	42 (48,3)	42 (47,7)	0,942	48 (52,2)	14 (36,8)	22 (48,9)	0,279
Livres ¹	11 (6,3)	9 (10,3)	2 (2,3)	0,028	8 (8,7)	1 (2,6)	2 (4,4)	0,462
Réseau/hôpital/gynécologue à proximité par téléphone ¹	14 (8,0)	7 (8,0)	7 (8,0)	0,982	6 (6,5)	3 (7,9)	5 (11,1)	0,617
Associations ¹	15 (8,6)	5 (5,7)	10 (11,4)	0,184	8 (8,7)	5 (13,2)	2 (4,4)	0,369
Formations ¹	30 (17,1)	11 (12,6)	19 (21,6)	0,116	14 (15,2)	8 (21,1)	8 (17,8)	0,718
Aucun ¹	35 (20,0)	19 (21,8)	16 (18,2)	0,545	16 (17,4)	8 (21,1)	11 (24,4)	0,615

¹ n (%) - **Souvent, Toujours** versus **Jamais, Rarement** ; ² Test du Chi-2 de Pearson, Test de Fisher exact

En plus de leurs propres connaissances, 48 % des médecins utilisent internet pour s'aider à diagnostiquer l'endométriose.

17,1 % des médecin suit des formations spécialisées, sans différence significative observée en fonction du sexe ou de l'âge.

V DISCUSSION

1 Biais et force de l'étude

Dans l'étude, la répartition homme/femme est équilibrée, avec 88 femmes représentant 50,3% des participants, en accord avec la proportion actuelle des femmes dans la profession.

En 2023, d'après le Conseil National des Médecins, 22 290 femmes et 24 411 hommes exercent exclusivement en libéral, les femmes représentant 47,7% de la profession. (34)

52,6 % des médecins interrogés sont jeunes (moins de 40 ans), cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils soient probablement plus sensibilisés à l'endométriose grâce à leur formation initiale plus axée sur la santé de la femme.

La diversité des profils a contribué à renforcer la validité externe de l'étude. Un biais de recrutement existe : certains participants faisaient partie de mon réseau personnel. De plus, la participation était sur la base du volontariat, il est possible que les médecins intéressés par le sujet aient été sur-représentés, introduisant un biais de sélection. Les raisons pour lesquelles d'autres médecins n'ont pas participé restent inconnues.

Le questionnaire a été réalisé en ligne et distribué de deux manières : par courriel ou par une affiche avec QR code distribuée autour de mon domicile. Le format en ligne est un outil pratique, simple et accessible. L'utilisation du QR code a pu introduire un biais de sélection : il est adapté aux générations jeunes et connectées, ce qui a conduit à une participation plus active des médecins de moins de 40 ans. L'utilisation d'une liste préexistante des MSU a introduit un biais, empêchant un recrutement aléatoire de la population.

L'envoi de certains questionnaires sur les adresses électroniques des secrétariats ou coordinateurs des MSP plutôt qu'aux médecins directement a également pu créer un biais de sélection.

Pour le questionnaire, le logiciel Lime Survey a permis de rendre chaque question obligatoire avant de passer à la suivante. Cette contrainte pourrait expliquer le nombre élevé de réponses incomplètes, probablement dû à des abandons. L'avantage de cette méthode a permis d'assurer que les réponses retenues soient complètes, facilitant les analyses statistiques.

Les réponses rapides ont été obtenues par des propositions prédéfinies. J'ai également inclus la proposition « autres propositions » et des questions ouvertes pour permettre une expression plus libre. Le traitement des questions « ouvertes » a été difficile en raison de la variété et de l'imprécision de certaines réponses. Il a été nécessaire de classer ces réponses de manière subjective ce qui a pu introduire un biais d'interprétation.

Le faible taux de réponses pourrait être lié à la période de collecte de réponses de 9 semaines avec des relances régulières.

2 Analyse littéraire et discussion des résultats de l'étude

2.1 Les consultations « santé de la femme » et la médecine générale

86,5 % des médecins généralistes interrogés assurent le suivi des adolescentes dans le cadre des consultations « santé de la femme » avec une proportion significativement plus élevée des professionnels féminins.

Ces résultats sont cohérents avec la littérature, une étude observationnelle rétrospective menée dans la région Pays de la Loire en 2022 révèle une féminisation croissante de la médecine générale où les femmes médecins prennent en charge le suivi gynécologique plus fréquemment.

(35)

Concernant la médecine générale, un article de la revue « Exercer » de 2013 souligne que, quel que soit le genre du médecin, ceux-ci étaient convaincus qu'il était plus simple pour une femme médecin de pratiquer la gynécologie, en raison de la préférence des patientes. (36)

Ces tendances pourraient s'expliquer par le choix des patientes. Plusieurs études indiquent que les femmes privilégient des médecins du même sexe pour les consultations « santé de la femme ». La majorité des patientes considèrent les compétences des gynécologues hommes et femmes égales. Certaines préfèrent être suivies par une femme selon une étude observationnelle, descriptive, transversale allemande de 2019. (37) Suivant une étude descriptive transversale turque de 2009, les patientes se sentent plus à l'aise et moins anxieuse avec une femme médecin pour l'examen pelvien, notamment pour des raisons religieuses. (38)

2.2 La place du médecin généraliste dans les consultations de suivi des adolescentes

Dans l'étude, la moitié des médecins rapportent suivre des adolescentes plus d'une fois par an pour des consultations liées à la « santé de la femme », sans différence significative selon le sexe du praticien. Le médecin généraliste est facilement consulté par les adolescents et assure un rôle clé dans le dépistage. (39)

Ces résultats pourraient être améliorés par les consultations obligatoires entre 11 et 13 ans, et entre 15 et 16 ans. Elles sont entièrement prises en charge par la sécurité sociale.

Ces rendez-vous permettent de faire le point sur la santé globale de l'adolescent, son développement, ainsi que divers aspects de sa vie (alimentation, sommeil, rythme de vie, scolarité...). Cette occasion permet de dépister d'éventuelles dysménorrhées pouvant faire évoquer une endométriose. (41)

Selon le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF), le nombre moyen de consultations annuelles chez le médecin généraliste pour des motifs gynécologiques est de 3,6 par femme, avec une augmentation progressive liée à l'âge. Chez les jeunes femmes entre 15 et 20 ans, ce chiffre s'élève à 2,5 consultations. (40)

Selon le registre de l'Endometriosis Association de 2019, lorsqu'une patiente présente des symptômes d'endométriose avant l'âge de 15 ans, il faut en moyenne 4,2 consultations médicales pour obtenir un diagnostic, ce qui est plus élevé que dans tout autre groupe d'âge.(25)

2.3 Douleurs abdominopelviennes : les hypothèses diagnostiques évoquées

Les douleurs abdominopelviennes chroniques sont fréquemment à l'origine de consultations en médecine générale et en gynécologie. Lorsque les adolescentes consultent pour ces douleurs, les diagnostics les plus évoqués par les médecins généralistes sont l'endométriose, les kystes ovariens, le syndrome du côlon irritable et les maladies sexuellement transmissibles.

Les médecins avaient la possibilité de proposer d'autres diagnostics. Leurs réponses ont ensuite été classées de manière subjective introduisant un biais d'interprétation.

Parmi les diagnostics ajoutés, on retrouve le déni de grossesse, la grossesse extra utérine, le syndrome des ovaires polykystiques, le syndrome prémenstruel et les problèmes de contraception. En ce qui concerne les pathologies abdominales, les médecins ont mentionné des troubles du transit (constipation, dolichomégacôlon), des brides post chirurgicales, une gastrite, une pancréatite, des viroses, des parasitoses, une dysbiose, une intolérance au lactose et une lithiase biliaire.

Bien que non mentionnées dans la liste initiale, des affections urologiques telles que les calculs rénaux, les infections urinaires ou cystites récidivantes, ainsi que les maladies vésico-rénales ont été rapportées.

Sur le plan neurologique, les névralgies pudendales et les migraines ont été évoquées.

Pour le domaine psychologique et psychiatrique, des cas d'anxiété, de somatisation, de harcèlement, de phobie scolaire, des troubles alimentaires (anorexie, boulimie) et des syndromes dépressifs ont été signalés. La prise médicamenteuse, la consommation de drogues et d'autres facteurs de santé mentale ont également été abordés.

Certaines réponses ont été difficiles à classer, d'où la création d'une catégorie « autres » regroupant les allergies, l'abus d'antibiotiques, les cancers, les troubles endocriniens, les troubles musculosquelettiques (déjà mentionnés dans le tableau), la mucoviscidose et le régime végétarien.

Tableau récapitulatif des diagnostics ajoutés en Annexe 3

Des diagnostics ont été mentionnés à nouveau, bien qu'ils aient été inclus dans le tableau tels que l'endométriose, les infections génitales hautes, les malformations utérines et la colopathie fonctionnelle. Ces réponses présentent une limite, certains diagnostics évoqués ne répondent pas précisément à la question posée étant davantage lié à des douleurs abdominales aiguës. Cette question exigeait un effort de réflexion supplémentaire, cela a pu décourager certains médecins entraînant des biais de non-réponse et de formulation.

D'après un article de la Revue Médicale Suisse, les principales causes identifiées pour ces douleurs incluent l'endométriose, le syndrome du côlon irritable, la constipation, la cystite interstitielle et les adhérences. Chez la femme, l'endométriose est la première cause à repérer.

(42) Une revue de la littérature de New York datant de 2018 souligne que les douleurs pelviennes chroniques peuvent être d'origine gynécologique ou non. Chez les adolescentes, les causes gynécologiques principales sont l'endométriose, les obstructions de l'appareil reproducteur, les kystes ou masses pelviennes et les maladies inflammatoires pelviennes. Les causes non gynécologiques, comme chez l'adulte, incluent des troubles gastro-intestinaux, urologiques et

musculosquelettiques. (43) Ces diagnostics sont également répertoriés dans une revue de la littérature italienne en août 2023. (44)

Dans l'étude, les médecins plus âgés ont signalé davantage de maladies urologiques et neurologiques par rapport aux jeunes médecins. Cependant, cette variable est difficile à analyser en raison de la nature ouverte de la question posée. Il aurait été préférable d'inclure les causes urologiques et neurologiques directement dans le tableau. La représentativité des résultats est limitée et un biais est introduit dans l'interprétation des données. Pour les cas où aucune information n'a été fournie, il est difficile de déterminer si les médecins qui n'ont pas mentionné ces aspects les ont abordés en consultation.

Au total, les résultats sont en accord avec les données de la littérature. Les réponses à la question ouverte « autres » ont nécessité une interprétation et une catégorisation subjective.

2.4 Disménorrhée primaire ou secondaire ?

2.4.1 Disménorrhées primaires

Dans l'étude, les signes les plus évocateurs de dysménorrhées primaires sont les douleurs pelviennes puis les lombalgies ou encore les nausées/vomissements ou lipothymies.

Ces données sont cohérentes avec la littérature. Deux revues de la littérature américaine (2022) et italienne (2023) indiquent que les dysménorrhées peuvent être accompagnées de céphalées, nausées, vomissements, asthénie et de douleurs irradiant dans les lombaires et les cuisses. (45)

(1)

Dans la catégorie « autres propositions », certains médecins ont mentionné : les douleurs lors des premiers jours du cycle, les cycles irréguliers, les ménorragies, les métrorragies, la dyspareunie et l'aménorrhée, des douleurs extra-utérines comme des douleurs de l'épaule, des rectorragies cycliques, des signes d'insuffisance veineuse, des diarrhées, des symptômes

urinaires. La qualité de vie a aussi été évoquée comme un des symptômes de dysménorrhées primaires : l'absentéisme scolaire ou l'impossibilité de réaliser les actes de la vie quotidienne.

Certains de ces symptômes sont en inadéquation avec la littérature comme la dyspareunie, les ménométrorragies, les douleurs extra utérines et la qualité de vie. Ils sont pour la plupart évocateurs de dysménorrhées secondaires. Les réponses aux questions ouvertes entraînent des incompréhensions, rendant l'analyse compliquée.

De manière significative, les jeunes médecins (moins de 40 ans) signalent que les adolescentes souffrant de lombalgies pendant leurs menstruations présentent un signe clinique évocateur de dysménorrhée primaire. Aucune donnée littéraire ne permet de l'expliquer : sont-ils plus méfiants ou mieux formés face à cette pathologie ?

2.4.2 Dysménorrhées secondaires

Les symptômes les plus évocateurs de dysménorrhées secondaires et d'endométriose pour les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sont: les douleurs abdominales, la dyspareunie, puis les cycles irréguliers, les douleurs à la défécation ou les métrorragies. Les métrorragies sont moins considérées comme signe évocateur d'endométriose par les médecins de plus de 50 ans. Les médecins plus jeunes sont-ils plus vigilants sur les symptômes classiques ?

De plus, les femmes médecins ont tendance à identifier les nausées, vomissements et céphalées comme des symptômes de l'endométriose. Il est important de les rechercher pour évaluer leur impact sur les activités quotidiennes. (44)

Peu d'informations dans la littérature permettent d'expliquer pourquoi les femmes médecins sont plus sensibles que les hommes aux nausées, vomissements et céphalées. Leurs propres expériences les rendraient peut-être plus sensibles sur ce type de symptômes subjectifs décrits par les patientes : ce sont des biais implicites.

Les principaux facteurs de risques de l'endométriose sont marqués par la puberté précoce avant 12 ans, peu évoqué par les médecins, et par les antécédents familiaux notamment ceux de la mère. (46)

Ces résultats sont en adéquation avec la Haute Autorité de Santé et Endo France. (2)(43)(47) En plus des ménométrorragies, des douleurs pelviennes chroniques, d'autres symptômes doivent alerter le médecin généraliste notamment la dysurie où les signes échographiques d'endométriose sont significativement plus élevés.(48)

2.5 Enjeux et impacts du repérage de l'endométriose

Le repérage précoce de l'endométriose demeure le principal enjeu. Une question ouverte concernant le délai de transition entre les dysménorrhées primaires et secondaires permet de faire un état des lieux.

En moyenne, il faut 8,4 mois aux médecins interrogés pour envisager l'endométriose.

Les recommandations suggèrent de suspecter une cause secondaire après un traitement adéquate pendant une période de 3 à 6 mois. (21)

Cette durée est significativement plus longue chez les femmes médecins par rapport à leurs confrères masculins. Plusieurs explications sont envisageables : le sujet est abordé de manière progressive dans le questionnaire, ce qui ne reflète pas forcément la réalité des consultations. En pratique, les patientes mettent souvent du temps avant de consulter, considérant leurs symptômes comme normaux. Les médecins peuvent prolonger ce délai devant la diversité des symptômes plus ou moins évidents selon les cas cliniques.

La différence entre les sexes pourrait s'expliquer par une moindre aisance des médecins hommes avec le suivi gynécologique de leur patiente, les incitant à les orienter plus rapidement vers un

confrère ou un centre spécialisé. Il aurait été pertinent d'explorer cette hypothèse en identifiant précisément leur choix.

Les décisions médicales peuvent varier en fonction de la relation médecin-adolescente influencée par les biais implicites tels que les stéréotypes, les émotions ou les préjugés. Ces biais affectent les investigations et les choix thérapeutiques pouvant avoir un impact négatif sur la qualité de soins.

Dans le domaine de la gynécologie, les femmes médecins adoptent une approche plus personnalisée, influencée par leur vécu personnel ou familial. Elles peuvent considérer les règles comme « normales ». Ces biais sont présents dans toutes nos consultations. (49)

Selon un article scientifique publié dans la revue médicale suisse de 2010, les femmes médecins sont perçues comme plus chaleureuses, plus empathiques et moins dominantes que les hommes. Ainsi, il est possible que les hommes montrent plus d'autoritarisme et orientent rapidement la patiente, tandis que les femmes prennent plus de temps pour préparer la patiente aux examens complémentaires à venir. (50)

2.6 Le suivi proposé par les médecins généralistes à leurs jeunes patientes

Environ deux tiers des médecins généralistes orientent les patientes atteintes d'endométriose vers un gynécologue, qu'il soit hospitalier ou libéral. Les jeunes médecins privilégient moins souvent les gynécologues hospitaliers. Cela s'explique probablement par une formation initiale renforcée en gynécologie durant leur internat, ce qui les rend plus confiants dans la prise en soins.

Un tiers des médecins généralistes assurent eux-mêmes le suivi de leurs patientes atteintes d'endométriose. Le rôle du médecin généraliste reste central dans l'accompagnement des

patientes. Dans les cas de patientes stables et équilibrées, un suivi par le médecin de premier recours, généralement leur médecin traitant, est jugé suffisant.

En France, la pénurie croissante de spécialistes en gynécologie médicale et obstétrique oblige les généralistes à davantage prendre en charge ces pathologies chroniques. Leur formation s'est adaptée à la désertification médicale les obligeant à pratiquer de plus en plus de cas complexes sans toujours avoir recours à des spécialistes.

Parmi les réponses à la question ouverte, un tiers des médecins, soit 49 praticiens interrogés ont proposé des approches alternatives, impliquant des professionnels paramédicaux comme les kinésithérapeutes, les ostéopathes, les diététiciens, les nutritionnistes ou les psychologues. Certains orientent également les patientes vers des associations ou vers des pratiques de médecine parallèle. Parmi celles-ci, on retrouve la sophrologie, la méditation, l'hypnose, l'acupuncture.

Malgré le manque de preuves d'efficacité de ces approches alternatives selon certaines revues : Prescrire ou Ameli, elles sont souvent proposées pour favoriser le bien être des patientes. (20) (51)

15 participants ont mentionné un suivi pluridisciplinaire comprenant un gynécologue, un médecin de la douleur, un chirurgien, un gastroentérologue, un urologue ou une sage-femme. Ce suivi est nécessaire du fait de la complexité de la maladie et de la grande variabilité interindividuelle. La gestion des complications, telles que l'infertilité peut être difficile et nécessite l'avis d'un autre spécialiste.

2.7 Ressources des médecins généralistes

Les résultats de cette étude sont cohérents avec les données existantes de la littérature, qui montrent des similitudes dans les types de formations suivies par les médecins. Les connaissances

médicales évoluent rapidement: 50 % d'entre elles nécessitent une mise à jour tous les 5,5 à 7 ans en moyenne, selon les études. La sémiologie clinique conserve sa validité plus longtemps. (52) (53)

La formation continue joue un rôle crucial dans la pratique de la médecine générale, comme le stipule l'article 11 du code de déontologie : « *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* ». (54)

Il existe trois grandes catégories de formations pour permettre aux médecins de maintenir à jour leurs connaissances:

- Formation en présentielle
- Formation individuelle
- investissement collectifs professionnels (55)

Dans cette étude, les médecins interrogés, à travers une question ouverte, ont indiqué leurs principales sources d'informations. Les sites internet les plus fréquemment mentionnés incluent :

- Guideline care, Prescrire, Ordotype, Ameli, CNGOF, Omnidoc, Gynecoclic/ Kit Médical, Vidal, HAS
- Moteur de recherche, docteur
- La société Française de Gynécologie
- Revue médicale Suisse, Revue de médecine
- Les sites de recommandations médicales comme EBM France, Manuel MSD
- Des articles scientifiques

Les généralistes s'informent via les sites d'associations spécialisées telles que Endomind, Endofrance, Endolille, Endochu et Artois endométriose.

Quant aux formations en présentiel, les médecins généralistes ont cité des évènements et programmes comme la formation des Journées de Gynécologie Obstétrique pour le médecin Généraliste (JGOG) à Jeanne de Flandres, le DPC/FMC, formation Cefomed et les congrès de gynécologie médicale. Le réseau ville-hôpital est souvent utilisé pour résoudre des problématiques médicales, à travers des pratiques comme le compagnonnage, les groupe de pairs, ou en s'appuyant sur l'expérience d'autres patientes.

Une analyse comparative de 2010 a démontré que les médecins ayant suivi la formation continue sur internet sont plus susceptibles de prendre des décisions cliniques fondées sur des preuves scientifiques. (56) Selon une étude perspective allemande de 2009, l'utilisation d'internet est en hausse, les médecins allemands continuent de privilégier les formations classiques, contrairement à l'apprentissage en ligne. (57)

L'étude aurait pu être complétée en comparant les médecins ayant récemment suivi une formation de gynécologie et leur prise en soins des adolescentes.

Cette question, située à la fin du questionnaire, a été supprimée lors de la récupération des données. L'absence d'une option de réponse rendait les résultats et les analyses non exploitables.

VI CONCLUSION

1 Généralités

Ce travail met en évidence les pratiques des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais pour repérer l'endométriose chez les adolescentes.

La diversité des profils des participants renforce la validité externe de l'étude mais certains biais de sélection, de recrutement et de déclaration ont été identifiés notamment liés à la distribution des questionnaires et aux méthodes de collectes des données.

L'analyse des résultats montre une forte implication des jeunes médecins dans la prise en soins des adolescentes, en particulier sur les sujets gynécologiques. Elle souligne les différences de pratique entre les hommes et les femmes médecins. La préférence des patientes et la féminisation de la profession influencent ces pratiques, conditionnées par des biais implicites et probablement par des préférences personnelles.

L'étude souligne la nécessité d'améliorer la formation continue des médecins pour réduire les délais de diagnostic de l'endométriose et adapter les stratégies de suivi des patientes, en tenant compte des ressources disponibles et des contraintes du système de santé.

Cette recherche apporte une meilleure compréhension des pratiques médicales en matière de santé féminine et encourage à réfléchir sur comment améliorer la prise en soins des patientes, surtout pour des maladies chroniques complexes comme l'endométriose.

2 Les perspectives

Pour approfondir les données présentées dans cette thèse, plusieurs pistes d'études peuvent être envisagées comme une analyse longitudinale des connaissances et pratiques des médecins généralistes sur l'endométriose, une étude comparative entre les perceptions des médecins et des adolescentes concernant l'endométriose et les dysménorrhées. Ces études permettraient non seulement de confirmer et d'enrichir les données actuelles, mais aussi de proposer des améliorations dans la prise en soins des adolescentes souffrant d'endométriose et de douleurs pelviennes chroniques.

VII ANNEXE 1: AFFICHE AVEC LE QR CODE



QUESTIONNAIRE DE THÈSE



SCAN ME

<https://www.cemg-lille.fr/limesurvey/index.php/874991?lang=fr>

Je suis **Marie CHOTARD**, étudiante en 3^e année d'internat de médecine générale.

Je réalise ma thèse sur le **suivi des dysménorrhées chez les adolescentes** en médecine générale.

Vous êtes médecin généraliste thésé ?
Je vous laisse flasher le **QR code** présent sur ce flyer.

J'ai besoin de **vos réponses** !

Le questionnaire ne vous prendra que quelques minutes et m'aidera grandement !

Je vous remercie 🙏.

VIII ANNEXE 2: QUESTIONNAIRE DE THÈSE

Bonjour, je suis Marie CHOTARD, étudiant(e) en 3e année de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur le suivi des adolescentes.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste thésé.

Ce questionnaire est facultatif, anonyme et il ne vous prendra que quelques minutes !

Il n'est pas identifiant et il ne sera pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Merci à vous!

Questions de ciblage :

Êtes-vous ?	- Une femme - Un homme
Quel âge avez-vous ?	- Moins de 40 ans - 41 à 50 ans - 51 ans et plus

Questions générales :

		<u>Jamais</u>	<u>Rarement</u>	<u>Souvent</u>	<u>Toujours</u>	<u>Ne sait pas</u>
Que suspectez-vous lorsqu'une adolescente présente des douleurs abdomino-pelviennes chroniques :	-Syndrome du côlon irritable -Maladie inflammatoire de l'intestin -Maladie cœliaque -Malformations utérines -Kyste ovarien -IST -Endométriose -Douleurs musculosquelettiques -Violences sexuelles -Autres (réponse libre)					

Questions centrées sur les dysménorrhées et l'endométriose :

		<u>Jamais</u>	<u>Rarement</u>	<u>Souvent</u>	<u>Toujours</u>	<u>Ne sait pas</u>
Pour vous, quels éléments cliniques sont les plus évocateurs d'une dysménorrhée primaire chez une adolescente ?	<ul style="list-style-type: none"> - Des douleurs pelviennes - Trouble du transit - Pollakiurie - Lombalgies - Douleurs musculaires - Céphalées - Nausées et/ ou vomissements - Lipothymies - Autres : préciser (réponse libre) 					

Quel est le délai qui vous fait suspecter des dysménorrhées secondaires ?	Réponse souhaitée en mois
---	---------------------------

		<u>Jamais</u>	<u>Rarement</u>	<u>Souvent</u>	<u>Toujours</u>	<u>Ne sait pas</u>
Pour vous, quels éléments cliniques sont les plus évocateurs d'une endométriose chez l'adolescente ?	<ul style="list-style-type: none"> - Métrorragies - Cycles irréguliers - Douleurs à la défécation - Troubles urinaires - Douleurs abdominales - Céphalées - Nausées – Vomissements - Dyspareunie - Malaise - Puberté précoce avant 11 ans 					

En cas de suspicion d'endométriose, quel suivi proposez-vous à votre patiente ?

	<u>Jamais</u>	<u>Rarement</u>	<u>Souvent</u>	<u>Toujours</u>	<u>Ne sait pas</u>
Continuez-vous vous-même le suivi de votre patiente dans le cadre de l'endométriose ?					
Adressez-vous la patiente auprès d'un gynécologue libéral ?					
Adressez-vous la patiente auprès d'un gynécologue hospitalier ?					
Autres propositions	<u>Réponse libre</u>				

En cas de suspicion d'endométriose chez l'adolescente, quelles ressources (sites internet, livres, autres supports) utilisez-vous pour guider votre cheminement diagnostique ?

(Question ouverte)

Types de consultations :

Parmi vos consultations 'Santé de la Femme', suivez-vous des adolescentes ?	-Oui -Non
Voyez-vous les adolescentes plus d'une fois par an pour le suivi 'Santé de la Femme' ?	-Oui -Non

IX ANNEXE 3: TABLEAU RECAPITULATIF DES DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES EVOQUES

Hypothèses de diagnostics supplémentaires évoquées par les médecins généralistes en cas de douleurs abdominopelviennes chroniques :

Atteintes gynécologiques / obstétricale	<ul style="list-style-type: none"> - Déni de grossesse - Grossesse extra utérine - Syndrome des ovaires polykystiques - Syndrome prémenstruel - Problèmes de contraception
Pathologiques abdominales	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du transit (constipation, dolichomégacôlon) - Brides post chirurgicales - Gastrite - Pancréatite - Viroses - Parasitoses - Dysbiose - Intolérance au lactose - Lithiase biliaire
Affections urologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Calculs rénaux - Infections urinaires ou cystites récidivantes - Maladies vésico rénales
Atteintes neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Névralgies pudendales - Migraines
Domaines psychologiques/psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Somatisation - Harcèlement - Phobie scolaire - Troubles alimentaires (anorexie, boulimie) - Syndrome dépressif - Prise médicamenteuse - Consommation de drogues - Autres facteurs de santé mentale
Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Allergies - Abus d'antibiotiques - Cancers - Troubles endocriniens - Troubles musculosquelettiques (mentionnés dans le tableau) - Mucoviscidose - Régime végétarien

X ANNEXE 4: ATTESTATION DE DECLARATION



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Le repérage de l'endométriiose chez les adolescentes (de 10 à 19 ans) par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais

Responsable chargée de la mise en œuvre : Mme Judith OLLIVON
Interlocuteur (s) : Mme Marie CHOTARD

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 11 mars 2024

Délégué à la Protection des Données

XI GRILLE DES CRITÈRES DE QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE ET DE RÉDACTION RETENUE

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract How do general practitioners identify endometriosis in adolescents?	1
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found In cases of chronic abdominal-pelvic pain in adolescent girls, the majority of doctors, 85.7%, suspected endometriosis. The analysis of the results reveals a strong involvement of young doctors in the gynecological care of adolescents. Practices vary based on the doctors' gender, influenced by the feminization of the profession, the shortage of private practitioners, and patients' preferences. The study highlights the importance of enhancing ongoing medical education to reduce diagnostic delays for endometriosis and to adapt patient follow-up to the constraints of the healthcare system.	62
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported Endometriosis affects about 10% of women, but its prevalence in adolescents remains unknown. Often underdiagnosed, it is the leading cause of chronic pelvic pain, affecting the quality of life of young girls. The diagnostic delay could be reduced, on one hand, through better education and awareness among adolescents, and on the other hand, by general practitioners, who are on the front line for screening severe dysmenorrhea and endometriosis.	6
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses: This work aims to understand the diagnostic journey of endometriosis in adolescents by general practitioners. The objective is to analyze their clinical practices regarding dysmenorrhea and identify areas for improvement. The study will determine the resources used by doctors to refine their diagnosis. The goal is to shed light on the relationship between general practitioners and adolescents in managing dysmenorrhea to enhance detection.	18
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper A quantitative, cross-sectional, and descriptive study	19
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection The study was conducted in 2024, allowing for interviews with general practitioners in the Nord-Pas-de-Calais region.	19
Participants	6	Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	

The inclusion criteria for this study are:

- General practitioners practicing in the Nord (59) and Pas-de-Calais (62) regions
 - General practitioners who have completed their medical thesis
 - Practicing in private practice
 - General practitioners who are assistants, collaborators, substitutes, or established practitioners
- Doctors were recruited either by email or through a poster with a QR code distributed in medical offices.

Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable I am studying the diagnostic pathway of general practitioners, starting from chronic abdominal-pelvic pain in adolescents to the diagnosis of endometriosis, with the aim of improving care for young women.	
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group A questionnaire was distributed to general practitioners through different methods. They all responded online. For most of the questions, the doctors had to choose between the following options: Never, Rarely, Often, or Always.	21
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	X
Study size	10	Explain how the study size was arrived at According to an estimate using a sample size calculator, I would have needed 352 complete questionnaires for my study to be representative, with a 95% confidence interval and a 5% margin of error. This calculation is based on a sample size of 4,127 people.	20
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why Descriptive analyses present means (standard deviations) for quantitative variables, as well as frequencies and percentages for qualitative variables. No missing data were imputed and reported in the description. Different groupings were used: men vs women, and there are three age categories that were compared in the various questions.	22
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding To compare two populations, statistical tests were performed: <ul style="list-style-type: none"> • Chi-square tests (or Fisher's exact test if theoretical counts were less than 2.5) for categorical variables • Wilcoxon or Student's t-tests, depending on the statistical conditions, for quantitative variables 	22

		The significance level was set at 0.05, and all tests were two-tailed.	
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	X
		(b) Explain how missing data were addressed When a questionnaire was completed with less than 50% of the responses, it was not included in the analyses. Each question was mandatory, which explains the minimal amount of missing data.	20
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	X
		(e) Describe any sensitivity analyses	X
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed 222 questionnaires were collected, of which 67 were incomplete and 155 were complete. Among the incomplete ones, only those with more than 8 responses, totaling 20, were retained. In total, 175 questionnaires were analyzed.	20
		(c) Give reasons for non-participation at each stage I do not know the reasons for the non-participation of the doctors.	X
		(c) Consider use of a flow diagram	X
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders The study involves general practitioners working in private practice in the Nord-Pas-de-Calais region. Many general practitioners are also university tutors throughout the region, which allowed for access to various practices (rural, semi-rural, urban) and different ages.	
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest The questionnaire from 47 doctors was not included because less than half of it was completed. 20 were included because more than half of the questionnaire was completed, allowing for better analysis.	20
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	X
		(c) Report category boundaries when continuous variables were categorized For continuous variables, there is only one in my study: the time described in months to suspect secondary dysmenorrhea. The criterion was to provide a number equivalent to the estimated number of months. A box plot was used to display the different information (mean, standard deviation). Each category was evaluated: male, female, young, middle-aged, older.	29
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	X

Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses The analyses conducted for most questions involve comparisons between men and women, as well as between younger, less young, and older individuals. No sensitivity analysis was conducted.	23
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives Endometriosis is the primary diagnosis considered when an adolescent presents with chronic abdominal-pelvic pain. The analysis shows strong involvement of young doctors in adolescent care, particularly in gynecological issues. It highlights differences in practice between male and female doctors, influenced by patient preferences, the feminization of the profession, implicit biases, and possibly personal preferences. The study emphasizes the need for enhanced ongoing training for doctors to reduce endometriosis diagnostic delays and to adapt patient follow-up strategies, considering available resources and healthcare system constraints.	34
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias The number of subjects is lower than expected to achieve 95% power and a 5% margin of error. There are selection, recruitment, reporting, and likely implicit biases. Regarding sources of imprecision, the questionnaire includes open-ended questions, introducing subjectivity in the classification and interpretation of responses.	34
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence The results of this study are similar to those of other studies in the literature, considering the limitations.	
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results The population in my study is similar to the population of doctors in France, with the same proportion of male and female doctors.	34
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based Self-funding	

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

XII BIBLIOGRAPHIE

1. Martire FG, Piccione E, Exacoustos C, Zupi E. Endometriosis and Adolescence: The Impact of Dysmenorrhea. *J Clin Med*. 29 août 2023;12(17):5624.
2. Association EndoFrance [Internet]. [cité 24 févr 2024]. Endofrance : Association Française de lutte contre l'Endométriose. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/>
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. strategie-endometriose.pdf [Internet]. 2022 [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie-endometriose.pdf>
4. Comprendre l'endométriose [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometriose/definition-facteurs-favorisants>
5. BFMTV [Internet]. [cité 10 mai 2024]. Espagne: le Parlement adopte une loi créant un « congé menstruel » inédit en Europe. Disponible sur: https://www.bfmtv.com/international/europe/espagne/espagne-le-parlement-adopte-une-loi-creant-un-conge-menstruel-inedit-en-europe_AD-202302160393.html
6. BFMTV [Internet]. [cité 10 mai 2024]. Arras: la ville instaure un congé menstruel, une première dans le Pas-de-Calais. Disponible sur: https://www.bfmtv.com/grand-littoral/arras-la-ville-instaure-un-conge-menstruel-une-premiere-dans-le-pas-de-calais_AN-202312150944.html
7. Sénat [Internet]. [cité 10 mai 2024]. Proposition de loi visant à améliorer et garantir la santé et le bien-être des femmes au travail. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/123-314/123-314.html>
8. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 24 févr 2024]. Diagnostic complexe d'endométriose : la HAS propose un accès au test salivaire Endotest® dans le cadre du forfait innovation. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3487378/fr/diagnostic-complexe-d-endometriose-la-has-propose-un-acces-au-test-salivaire-endotest-dans-le-cadre-du-forfait-innovation
9. Prédiction de l'endométriose : [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: <https://arnaudfauconnier.shinyapps.io/shinyDEVA/>
10. L'algorithme Deva , outil d'aide au diagnostic de l'endométriose (Version longue) [Internet]. 2023 [cité 22 mai 2024]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=_H1SeupmgTM
11. LunaEndoScore ® par le Dr Jean-Philippe Estrade [Internet]. 2023 [cité 22 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=9v3uNbWbj5w>
12. Santé des adolescents [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
13. Gaudineau A, Ehlinger V, Vayssière C, Jouret B, Arnaud C, Godeau E. Âge à la ménarche : résultats français de l'étude *Health Behaviour in School-aged Children*. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 juin 2010;38(6):385-7.
14. Hadjou OK, Jouannin A, Lavoue V, Leveque J, Esvan M, Bidet M. Prevalence of dysmenorrhea in adolescents in France: Results of a large cross-sectional study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. mars 2022;51(3):102302.
15. C. PERDRIX , P. IMBERT , Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). TMG : Thérapeutique en médecine générale. Vol. 5e édition. Global Media Sante - Gmsante; 2023. 1204 p.
16. McKenna KA, Fogleman CD. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. 1 août 2021;104(2):164-70.
17. Kciuk O, Kives S. Menstruations douloureuses chez les adolescentes. *CMAJ*. 19 juill 2021;193(28):E1114-5.
18. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 22 mai 2024]. Dysménorrhée - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/troubles-menstruels/dysmenorrhée>
19. LA PUBERTÉ [Internet]. CNGOF. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://cngof.fr/espace-grand-public/la-puberte/>
20. Prescrire Rédaction. Douleurs liées à une endométriose pelvienne. 2023.
21. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol*. déc 2018;132(6):e249-58.
22. LES ENNUIS ET MALADIES GYNÉCOLOGIQUES [Internet]. CNGOF. [cité 22 mai 2024].

- Disponible sur: <https://cngof.fr/espace-grand-public/les-ennuis-et-maladies-gynecologiques/>
23. Dun EC, Kho KA, Morozov VV, Kearney S, Zurawin JL, Nezhat CH. Endometriosis in Adolescents. *JSLs*. 2015;19(2):e2015.00019.
 24. Janssen EB, Rijkers ACM, Hoppenbrouwers K, Meuleman C, D'Hooghe TM. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2013;19(5):570-82.
 25. No Author. Chapitre 7 : Endométriose chez les adolescentes. *J Obstet Gynaecol Can*. juin 2019;41:S160-3.
 26. Sachedin A, Todd N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. janv 2020;12(Suppl 1):7-17.
 27. Traitement de l'endométriose [Internet]. [cité 29 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometriose/traitement>
 28. Lan S, Ling L, Jianhong Z, Xijing J, Lihui W. Analysis of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis. *J Int Med Res*. juin 2013;41(3):548-58.
 29. L'endométriose à l'adolescence - Webinar organisé par Merck en collaboration avec EndoFrance [Internet]. 2023 [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=xEH5fnyMSBs>
 30. S. Da Costa. Traitement de l'endométriose chez l'adolescente. 2021.
 31. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2017;
 32. endometriose-infos-patientes-nov-2020.pdf [Internet]. [cité 18 août 2024]. Disponible sur: <https://cngof.fr/app/pdf/FICHES%20D'INFORMATION%20DES%20PATIENTES/Gyn%C3%A9cologie/endometriose-infos-patientes-nov-2020.pdf>
 33. SurveyMonkey [Internet]. [cité 13 août 2024]. Calculatrice de taille d'échantillon. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
 34. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2023 [cité 1 août 2024]. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-latlas-demographie-medicale-2023>
 35. Bataille E, Paquier H, Artarit P, Chaslerie A, Hérault T. Les pratiques des professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en Pays de la Loire. *Santé Publique*. 2022;34(2):207-17.
 36. exercer la revue française de médecine générale. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. 2013.
 37. Spaich S, Weiss C, Sütterlin M. Altered patient perceptions and preferences regarding male and female gynecologists: a comparison between 1997 and 2018. *Arch Gynecol Obstet*. nov 2019;300(5):1331-41.
 38. Yanikkerem E, Ozdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*. oct 2009;25(5):500-8.
 39. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/1662
 40. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm#
 41. Entre 11 et 13 ans : un examen médical important [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent/entre-11-et-13-ans-un-examen-medical-important>
 42. Wenger JM, Zormpa M, Dallenbach P, Weber L. Place de l'endométriose dans le diagnostic différentiel des douleurs pelviennes chroniques. *Rev Med Suisse*. 24 oct 2012;359(37):1998-2002.
 43. Smorgick N, As-Sanie S. Pelvic Pain in Adolescents. *Semin Reprod Med*. mars 2018;36(02):116-22.
 44. Martire FG, Piccione E, Exacoustos C, Zupi E. Endometriosis and Adolescence: The Impact of Dysmenorrhea. *J Clin Med*. 29 août 2023;12(17):5624.
 45. Gutman G, Nunez AT, Fisher M. Dysmenorrhea in adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. mai 2022;52(5):101186.
 46. comprendre l'Endométriose.
 47. V. Belien-Pallet. Disménorrhées à l'adolescence. 26/05/2023 [Internet]. 2023; Disponible sur:

<https://pap-pediatrie.fr/douleur-neuro/dysmenorrhées-ladolecence>

48. Martire FG, Lazzeri L, Conway F, Siciliano T, Pietropolli A, Piccione E, et al. Adolescence and endometriosis: symptoms, ultrasound signs and early diagnosis. *Fertil Steril*. nov 2020;114(5):1049-57.
49. Shah HS, Bohlen J. Implicit Bias. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cité 14 août 2024]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589697/>
50. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Rev Med Suisse*. 28 juill 2010;257(27):1444-7.
51. Traitement de l'endométriose [Internet]. [cité 15 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometriose/traitement>
52. Bertrand D, Bouet P. Développement professionnel continu (DPC) et émergence de la recertification en France. Évolution législative et commentaires. *Bull Acad Natl Med*. juin 2020;204(6):589-97.
53. Triboulet JP. Transmettre le savoir médical. *Hegel*. 2018;4(4):275-82.
54. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 25 juill 2024]. Article 11 - Développement professionnel continu. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-11-developpement-professionnel-continu>
55. Bertrand D, Lai Fat V. Les obligations de la FMC : perfectionnement des connaissances et évaluation des pratiques professionnelles. *Inf Psychiatr*. 2006;82(1):9-14.
56. Casebeer L, Brown J, Roepke N, Grimes C, Henson B, Palmore R, et al. Evidence-based choices of physicians: a comparative analysis of physicians participating in Internet CME and non-participants. *BMC Med Educ*. 10 juin 2010;10:42.
57. Vollmar HC, Rieger MA, Butzlaff ME, Ostermann T. General Practitioners' preferences and use of educational media: a German perspective. *BMC Health Serv Res*. 16 févr 2009;9:31.

AUTEUR : CHOTARD Marie

Date de soutenance : 24 octobre 2024

Titre de la thèse : Comment les médecins généralistes repèrent-ils l'endométriose chez les adolescentes ?

Thèse - Médecine - Lille - 2024

Cadre de classement : Médecine générale

Mots-clés : « Endometriosis » – « Adolescents » – « Dysmenorrhea » – « Pelvic Pain »

Résumé :

Contexte: L'endométriose touche environ 10 % des femmes mais sa prévalence chez les adolescentes reste inconnue. Souvent sous-diagnostiquée, elle est la principale cause de douleurs pelviennes chroniques, affectant la qualité de vie des jeunes filles.

Le délai de diagnostic pourrait être réduit grâce à une meilleure éducation et sensibilisation des adolescentes, et par les médecins généralistes en première ligne pour dépister les dysménorrhées sévères et l'endométriose.

Comment les médecins généralistes repèrent-ils l'endométriose chez les adolescentes?

Méthode: Une étude quantitative, transversale et descriptive a été réalisée courant l'année 2024 permettant d'interroger les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Un questionnaire leur a été distribué de différentes manières, principalement par courriel et en distribuant une affiche avec un QR code. Le questionnaire a pu être complété en ligne sur la plateforme Lime Survey.

Résultats: Lors de douleurs abdomino-pelviennes chroniques chez l'adolescente, les médecins ont suspecté en grande majorité l'endométriose, avec 85,7%. L'analyse des résultats révèle une forte implication des jeunes médecins dans la prise en charge gynécologique des adolescentes. Les pratiques diffèrent selon le sexe des médecins, sous l'influence de la féminisation de la profession, de la pénurie de médecins libéraux et des préférences des patientes. L'étude souligne l'importance de renforcer la formation continue des médecins pour réduire les délais de diagnostic de l'endométriose et adapter le suivi des patientes aux contraintes du système de santé.

Conclusion: Cette étude montre la place centrale des médecins généralistes dans la prévention, le dépistage et l'éducation des patientes, en veillant à ne pas banaliser les douleurs rapportées par les adolescentes. Il est fréquent que ces douleurs soient normalisées par l'entourage, les parents, les amis ou les patientes elles-mêmes. Un dépistage précoce est crucial pour améliorer la qualité de vie sociale, professionnelle, sportive et sexuelle tout en prenant davantage en considération leur bien-être global.

Composition du Jury :

Présidente : Madame le Professeur CATTEAU-JONARD Sophie

Assesseure : Madame le Docteur BODEIN Isabelle

Directrice de thèse : Madame le Docteur OLLIVON Judith