



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIAGNOSTIC PRECOCE D'ENDOMETRIOSE : RECITS DE PATIENTES ET DE
LEURS MEDECINS GENERALISTES DU NORD-PAS-DE-CALAIS

Présentée et soutenue publiquement le 20 mars 2025 à 16h00

au Pôle Formation

par Cyrielle KEIGNAERT

JURY

Président :

Madame le Professeur Chrystèle RUBOD DIT GUILLET

Assesseurs :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leur auteur.

LISTE DES ABREVIATIONS

CDOM :	Conseil départemental de l'ordre des médecins
CNOGF :	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
HAS :	Haute Autorité de santé
IRM :	Imagerie par résonance magnétique
MG :	Médecin généraliste
NPDC	Nord-Pas-de-Calais

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	6
II.	MATERIEL ET METHODE	7
1.	TYPE D'ÉTUDE	7
2.	POPULATION	7
3.	RECRUTEMENT	7
4.	RECUEIL DES DONNEES	7
5.	ANALYSE DES DONNEES	8
6.	ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	8
III.	RESULTATS	9
1.	FACTEURS FAVORISANTS LE DIAGNOSTIC D'ENDOMETRIOSE	9
A.	<i>L'intérêt de l'imagerie</i>	<i>9</i>
a.	Diagnostic par IRM pelvienne	9
b.	Intérêt de l'échographie pelvienne	9
c.	Prescription IRM pelvienne en première intention.....	9
d.	Prescription d'examen rapide suite à une infertilité.....	10
e.	Rôle du radiologue	10
B.	<i>Rôle du MG.....</i>	<i>10</i>
a.	Relation de confiance et empathie du MG	10
b.	Investigation dans la démarche diagnostique.....	10
c.	Détermination du MG malgré avis spécialisé contraire	11
d.	Intérêt changement de MG.....	11
e.	Formation complémentaire en gynécologie	11
f.	Intérêt d'un avis externe	11
C.	<i>Accès aux soins par réseau personnel</i>	<i>12</i>
2.	FACTEURS RETARDANT LE DIAGNOSTIC DE L'ENDOMETRIOSE	12
A.	<i>Facteurs faisant tarder la patiente à consulter</i>	<i>12</i>
a.	Normalisation sociétale des dysménorrhées	12
b.	Connaissances erronées sur l'endométriose	12
i	Apparition tardive des symptômes.....	12
ii	Association entre endométriose et infertilité.....	13
B.	<i>Rôle des professionnels de santé.....</i>	<i>13</i>
a.	Manque d'empathie et d'écoute	13
b.	Manque d'investigation	13
i	Absence de projet de grossesse.....	13
ii	Absence de prescription d'IRM pelvienne	13
iii	Absence de reconnaissance de l'urgence diagnostique	14
iv	Délégation aux spécialistes.....	14

v	Choix du spécialiste.....	14
vi	Obstination sur un diagnostic différentiel	14
c.	Impact des préjugés	14
i	Impact de l'anxiété sur le diagnostic	14
ii	Préjugé physique	15
d.	Manque de sensibilisation à l'endométriose	15
C.	<i>Difficulté d'accès aux soins</i>	15
a.	Difficulté pour avoir un rendez-vous d'IRM pelvienne	15
b.	Échographie avant IRM pelvienne	15
c.	Spécialiste de l'endométriose	16
3.	FACTEURS QUI AURAIENT PU FAVORISER LE DIAGNOSTIC	16
A.	<i>L'anamnèse évoquant l'endométriose</i>	16
a.	Les douleurs chroniques	16
b.	Apparition précoce des dysménorrhées	16
c.	Consultations répétées	17
d.	Antécédents familiaux.....	17
e.	Passage aux urgences.....	17
f.	Contraception inadaptée	17
IV.	DISCUSSION	18
1.	LES RESULTATS PRINCIPAUX	18
2.	FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE	18
A.	<i>Forces de l'étude</i>	18
B.	<i>Limites de l'étude</i>	19
3.	COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE.....	19
V.	CONCLUSION	21
VI.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	22
VII.	ANNEXES	25

I. INTRODUCTION

L'endométriose est une affection gynécologique qui touche environ 10 % des femmes en âge de procréer (1). Elle entraîne des douleurs chroniques et une infertilité. La prévalence est estimée entre 25 % et 40 % chez les femmes infertiles (2).

La physiopathologie de l'endométriose s'explique par la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Le reflux menstruel est le mécanisme actuellement le plus fréquemment évoqué (3). Des processus inflammatoires, une dysrégulation de la production et du métabolisme des œstrogènes sont d'autres hypothèses (4). L'endométriose est multifactorielle impliquant des facteurs génétiques et environnementaux.

Son diagnostic est difficile. La diversité et le manque de spécificité des symptômes en sont la cause principale (5). Le délai moyen de diagnostic est de 12 ans (6). Historiquement, la laparoscopie permettait d'établir un diagnostic définitif. L'échographie ou l'Imagerie par résonance magnétique (IRM) pelviennes sont les examens d'imagerie recommandés pour établir le diagnostic (7).

Le Médecin généraliste (MG) a un rôle dans le dépistage de l'endométriose. C'est vers leur MG que les patientes vont se tourner lorsqu'elles présentent des symptômes évocateurs (8).

En 2017, la Haute Autorité de santé (HAS) et le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNOGF) ont publié des recommandations pour standardiser la prise en soin de l'endométriose. Ces mesures visent aussi à améliorer l'accompagnement des patientes (7). Les représentations sociétales banalisant les douleurs féminines freinent la reconnaissance et la prise en soin optimales de cette maladie (8).

Les répercussions de l'endométriose vont au-delà des aspects médicaux. Cette maladie a un impact important sur la qualité de vie des patientes avec une altération de la vie professionnelle, affective et sexuelle. Ces conséquences justifient l'urgence d'une prise en soin adaptée.

Le but de cette étude était d'identifier les facteurs favorisant ou retardant le diagnostic d'endométriose.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

La méthode qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative a été choisie. Des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés en parallèle patientes-médecins.

2. Population

Les critères d'inclusion étaient de présenter une endométriose symptomatique, confirmée par chirurgie ou imagerie, en âge de procréer, de plus de 18 ans au moment de l'entretien, volontaires pour participer à l'étude, habitantes dans le Nord-Pas-de-Calais (NPDC).

Toutes les femmes ne remplissant pas ces critères étaient exclues.

Le MG de la patiente au moment du diagnostic a été contacté, sur base du volontariat. Les critères d'inclusion étaient les suivants : Docteur en médecine, généraliste, exerçant dans le NPDC volontaires pour participer à l'étude. Les critères d'exclusion étaient les médecins non thésés, d'autres spécialités que la médecine générale, n'exerçant pas dans le NPDC, n'étant plus en activité.

3. Recrutement

Le Conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) a été contacté pour solliciter des MG par courriers.

L'association ENDOFRANCE a été contactée.

Un recrutement par connaissance (maitre de stage, médecins remplacés) a permis une campagne d'affichage en salle d'attente à l'intention des patientes (*Annexe n°1*) en novembre 2023.

Les patientes volontaires ont contacté l'investigatrice principale par e-mail.

Après avoir vérifié les critères d'inclusion et d'exclusion une date d'entretien était fixée soit en présentiel soit en visioconférence. Leur MG au moment du diagnostic a été contacté par téléphone afin de convenir d'une date d'entretien.

4. Recueil des données

Les entretiens étaient individuels. Un guide d'entretien évolutif au fur et à mesure des différents entretiens permettait d'aborder les éléments non abordés spontanément. Il existait un guide d'entretien différent pour la patiente (*Annexe n°2*) et pour son MG (*Annexe n°3*). Le recueil de données a eu lieu entre décembre 2023 et avril 2024.

Les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone après accord de la personne interrogée. Les enregistrements étaient retranscrits ad integrum et anonymisés. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation théorique des données.

5. Analyse des données

L'analyse des verbatim a été faite à l'aide d'un tableur (*Tableau n°1*). La catégorisation a été effectuée sur un traitement texte au fur et à mesure de l'analyse de chaque entretien. Chaque verbatim a été analysé et codé par deux chercheurs (la triangulation des données). Une interne de médecine générale en cours de thèse a été sollicitée. Les résultats obtenus ont fait l'objet d'une discussion pour déterminer un consensus en cas de désaccord. Dans le cas où il n'y avait pas d'accord la propriété était abandonnée.

6. Aspects éthiques et réglementaires

La déclaration auprès du délégué à la protection des données a été effectuée et acceptée (*Annexe n°4*). Une information claire, loyale et appropriée a été donnée, grâce à un consentement éclairé remis à tous les participants avec accord oral (*Annexe n°5*).

III. RESULTATS

Aucun retour n'a eu lieu sur les soixante courriers envoyés au MG (suite au contact avec le CDOM).

Six patientes ont répondu favorablement. Sur les 6 MG de ces patientes, 3 ont été interrogés, 2 n'ont pas donné suite et 1 était en retraite donc ne remplissait plus les critères d'inclusion. Les caractéristiques des patientes et de leur MG ont été rapportées dans les tableaux 2 et 3.

Trois entretiens patientes et un entretien MG ont été effectués en visioconférence, deux entretiens MG ont eu lieu au cabinet du MG et trois entretiens patientes ont eu lieu au cabinet du MG remplacés lors de l'entretien.

Les entretiens ont duré entre 7 et 41 minutes, la durée moyenne des entretiens était de 18 minutes. Les caractéristiques des entretiens ont été rapportées dans le tableau 4. Neuf entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation théorique des données.

1. Facteurs favorisant le diagnostic d'endométriose

A. L'intérêt de l'imagerie

a. Diagnostic par IRM pelvienne

Toutes les patientes ont eu une confirmation diagnostique avec l'IRM pelvienne.

P3 : « l'IRM pelvien euh... Un mois et demi après euh a mis en évidence du coup endométriose sévère profonde, tout ce que vous vous voulez ! »

P4 : « J'ai fait une IRM euh pelvienne, euh à ****, et euh ils m'ont du coup diagnostiqué des gros kystes d'endométriose euh surtout au niveau des intestins. »

b. Intérêt de l'échographie pelvienne

L'échographie pelvienne a favorisé le diagnostic pour une patiente.

M5 : « Alors elle vient me voir et euh on évoquait déjà aux urgences, elle avait juste fait une échographie pelvienne il semblerait qu'il y avait un doute sur l'endométriose.»

c. Prescription IRM pelvienne en première intention

Un MG a prescrit directement une IRM pelvienne sans avoir d'échographie préalable.

M6 : « mais aussi je sais que l'échographie, rechercher des signes d'endométriose par échographie c'est souvent plus difficile. Il faut vraiment connaître un bon radiologue

qui s'y connaisse bien en recherche euh d'endométriose en échographie. Alors moi dans le doute je préfère faire passer directement en fait une IRM. »

d. Prescription d'examen rapide suite à une infertilité

Pour une patiente l'IRM a été prescrite rapidement devant des symptômes évocateurs et une infertilité.

P4 : « c'est sage-femme gynécologue [NDLR : le suivi gynécologique est assuré par une sage-femme] si vous voulez elle m'a dit on va tout de suite faire les examens on ne va pas attendre un an euh pour voir euh si tout va bien. »

e. Rôle du radiologue

Le diagnostic chez quatre patientes a été annoncé par le radiologue. Un MG disait qu'il avait confiance à tous les radiologues qui interprétaient des IRM pelviennes.

P4 : « Ah bah le docteur de l'IRM du coup euh qui a montré l'IRM en disant euh vous avez des kystes là, là, là, après il y en a un important au niveau des intestins et c'est celui qui m'inquiète le plus et du coup je préfère que vous alliez à J***. »

M6 : « Bon bah je fais confiance au radiologue. Je, voilà. Je sais pas forcément euh, je sais pas s'il y a des radiologues qui sont plus dument spécialisés euh dans la recherche d'endométriose, donc bon voilà je leur dis écoutez, prenez rendez-vous dans un cabinet de radio qui fait donc des IRM pelviennes et puis bah, tout simplement quoi. »

B. Rôle du MG

a. Relation de confiance et empathie du MG

La relation de confiance avec le MG et une écoute empathique ont favorisé le diagnostic pour deux patientes.

P6 : « Ce que j'apprécie aussi c'est que euh fin je veux dire euh il est vraiment, bienveillant parce que moi je lui ai expliqué justement que bah c'est, c'est, c'est compliqué de bah pour, je vois bien pour mon mari, de lui, fin de voir que j'ai toujours mal lui, mais lui il comprend pas puis moi il y a des fois, j'essaye de pas le montrer. »

b. Investigation dans la démarche diagnostique

Trois MG s'étaient investis dans la démarche diagnostique.

P1 : « il cherchait à essayer d'avoir des, des imageries pour savoir vraiment ce qui se passait donc de ce côté-là il a été coopératif, oui »

c. Détermination du MG malgré avis spécialisé contraire

Un des MG a favorisé le diagnostic en prescrivant lui-même les examens à la recherche de l'endométriose malgré l'avis contraire du gynécologue de la patiente.

P3 : « elle s'est dit bon, je vais arrêter d'attendre les gynécos, les gastros à ****. Fin elle leur a écrit mais euh elle s'est dit je vais moi lui prescrire un examen et suivre ma piste moi-même. »

d. Intérêt changement de MG

Pour deux des patientes le changement de MG a eu un intérêt dans le diagnostic. Une patiente a changé de MG pour manque d'écoute. Une patiente a changé de MG suite à un départ en retraite de son ancien MG. La reprise de l'anamnèse de la patiente par le MG a été bénéfique.

P6 : « Donc euh voilà c'est le Docteur **** qui, qui bah qui a mis le doigt dessus si je peux le permettre euh tout de suite. »

M5 : « j'ai repris un petit peu donc euh donc euh le donc l'interrogatoire. »

e. Formation complémentaire en gynécologie

Une formation des MG en gynécologie étaient un facteur favorisant le diagnostic pour deux patientes.

M5 : « chaque fois on disait non c'est le stress, c'est autre chose, c'est ceci cela, donc du coup voilà donc moi je me suis dit non moi, moi je suis gynéco [NDLR : dans les faits c'est un MG] je vais quand même chercher coté gynéco et puis voilà »

P6 : « Voilà, donc finalement en fait, je suis revenue un petit peu sur mon idée reçue que j'avais au début, non pas que je n'avais pas confiance en ses capacités, ça aurait pu être un autre je me disais bah non pas avoir son médecin traitant- gynéco en même temps mais en fait si parce que je trouve que ben voilà. »

f. Intérêt d'un avis externe

Un des MG était maître de stage, son interne a joué un rôle favorisant. Un des MG avait une fille qui était gynécologue.

P2 : « Un coup, c'était un interne de Docteur ****, je lui ai parlé de mes symptômes tout ça et il me dit « mais euh vous avez déjà fait des diagnostics pour endométriose », je dis « bah non ». »

P3 : « Après est ce que le fait d'avoir sa fille gynécologue est-ce qu'elle parfois, elle a, elle a pu avoir la conversation sur certaines patientes euh, c'est vrai que je ne lui ai jamais posé la question. »

C. Accès aux soins par réseau personnel

Le bénévolat dans une association a eu un rôle favorisant pour deux patientes. L'accès aux spécialistes a été facilité par une amie travaillant en milieu hospitalier pour une patiente. Une patiente a été orientée par son ostéopathe.

P1 : « J'ai la possibilité d'avoir euh parce que je suis bénévole en fait par ma religion on va dire [rictus], et donc du coup au niveau tout ce qui est médical euh on a des personnes qui s'occupent de certains, comment, de certains organismes et donc qui coopèrent euh avec des personnes euh... avec des médecin »

P2 : « "Et Docteur **** c'est par le biais d'une amie, parce que ça n'allait pas du tout »

2. **Facteurs retardant le diagnostic de l'endométriose**

A. Facteurs faisant tarder la patiente à consulter

a. *Normalisation sociétale des dysménorrhées*

Quatre patientes ont tardé à parler de leurs symptômes pensant que leurs douleurs étaient normales.

P2 : « pendant des années, on ne savait pas, pas pourquoi. On pensait que c'était des règles douloureuses normales »

P4 : « bah à 15-16 ans, on se dit tous c'est normal, il y en a ils ont des, fin, il y a des femmes qui ont des règles plus douloureuses euh. Fin en gros, on nous prend trop pour des gens euh, c'est normal d'avoir mal quoi. »

P5 : « "Non, j'ai attendu, bah je me suis dit euh retour de, fin, en fait, je me suis pas plus inquiétée que ça je me suis dit bon, c'est des règles, des règles c'est douloureux »

b. *Connaissances erronées sur l'endométriose*

i Apparition tardive des symptômes

Deux patientes ont eu une endométriose tardive. Une des patientes a eu une apparition des symptômes après l'arrêt de sa contraception.

P4 : « on a eu désir d'enfant. Du coup, j'ai arrêté ma contraception [...] En fait, j'ai eu des règles super douloureuses »

P5 : « "Non c'est apparu en 2016 à la naissance de mon deuxième enfant »

ii Association entre endométriose et infertilité

Deux des patientes pensaient que l'endométriose entraînait forcément une infertilité.

P5 : « Pour moi, fin quand j'entends parler de l'endométriose autour de mes copines euh des euh des gens même à la télé des reportages ou autre, pour moi, l'endométriose on a des difficultés à tomber enceinte. Moi je suis tombée enceinte très facilement de mes deux enfants. »

P6 : « Que je n'avais pas auparavant. En plus euh, je vais vous dire fin pour concevoir mon fils euh il a été fait tout de suite quoi. »

B. Rôle des professionnels de santé

a. *Manque d'empathie et d'écoute*

Quatre patientes ont ressenti un manque d'écoute de la part des professionnels de santé. Un MG a manqué d'empathie envers sa patiente.

P5 : « "En fait c'est un coup de, un coup de ras-le-bol un coup de, un coup de ras-le-bol de mon médecin qui me faisait tourner un peu en girouette, excusez-moi de l'expression mais euh qui me faisait un peu tourner en girouette et que j'avais l'impression de pas être prise au sérieux et que je me suis dit si ça tombe j'ai quelque chose de grave, il met tout sur la crise d'angoisse. »

M2 : « Au départ contenu de son jeune âge euh j'y croyais pas trop, fin, je t'avoue que euh... Je me suis dit qu'elle en rajoutait une couche donc voilà je n'y ai pas trop cru »

b. *Manque d'investigation*

i Absence de projet de grossesse

Un MG n'avait pas poussé les investigations pour rechercher une endométriose car la patiente n'avait pas de projet de grossesse.

M2 : « puis comme il n'y avait pas de désir de grossesse fin voilà quoi »

ii Absence de prescription d'IRM pelvienne

Chez trois patientes l'absence de prescription d'une IRM pelvienne à la recherche d'endométriose a été un facteur retardant leur diagnostic.

P3 : « alors elle m'avait jamais fait d'IRM pelvienne, ma gynéco de ville, mais elle m'a fait plusieurs échographies pelviennes. »

iii Absence de reconnaissance de l'urgence diagnostique

Un MG n'a pas prescrit l'IRM pelvienne car elle estimait que l'endométriose n'est pas grave.

M2 : « Peut-être aussi que, parce que j'estime aussi que c'est une pathologie qui n'est pas grave quoi, dans ma tête, dans le fond de mon cœur peut être que c'est ça aussi quoi. Bon voilà quoi. On a le temps, on a le temps de se retourner, c'est pas grave quoi. Autant un cancer je vais peut-être faire l'IRM moi-même. »

iv Délégation aux spécialistes

Un MG a adressé la patiente vers le gynécologue pour effectuer la démarche diagnostique à sa place.

M2 : « "D'abord 1 je ne savais pas trop, même en cherchant, déjà de 1 je n'avais pas trop envie de chercher et encore une fois l'envoyer à la gynéco. »

v Choix du spécialiste

Le diagnostic a été retardé pour deux patientes suite à leur choix de gynécologue.

P6 : « j'aime pas trop cracher sur les collègues et les confrères et les consœurs et tout mais bon je pense que je me suis plantée en choisissant euh ... »

vi Obstination sur un diagnostic différentiel

Pour deux des patientes, les professionnels de santé étaient concentrés une maladie digestive, les symptômes étant non spécifiques à l'endométriose.

P2 : « j'ai développé des symptômes ils pensaient que j'avais la maladie de Crohn. Donc L'année dernière, j'ai fait euh tout ce qui est fibro, coloscopie. »

P3 : « et j'ai fait au moins 4 ou 5 fois des colos ou des fibro euh... alors euh à l'époque du diagnostic de l'endométriose on m'a expliquée qu'on a trop regardé à l'intérieur des intestins et pas assez à l'extérieur. »

c. *Impact des préjugés*

i Impact de l'anxiété sur le diagnostic

Les MG de trois patientes ont considéré que leurs symptômes provenaient de leur anxiété.

P5 : « "il me disait que j'étais victime, fin que c'était mes crises d'angoisse que c'était à cause de mes crises d'angoisse que je me crée des maux de ventre et tout ça. »

M2 : « puis en plus ça tombait mal je crois qu'elle avait une rupture sentimentale donc euh j'ai mis ça sur le compte du psychologique quoi »

ii Préjugé physique

Un gynécologue a jugé une patiente sur son physique ce qui a retardé son diagnostic.

P6 : « Non non elle m'a juste dit que voilà... c'était intestinal et qu'elle m'a bien palpé le gras, la petite couche, la belle couche adipeuse que j'ai sur le ventre quoi qu'elle me verra aujourd'hui j'ai encore grossi donc. ».

d. *Manque de sensibilisation à l'endométriose*

Des professionnels de santé n'étaient pas sensibles à l'endométriose ce qui a retardé le diagnostic pour quatre patientes.

M2 : « pour je dise aller hop il faut aller voir une gynéco euh sachant pas trop comment la prendre en charge par manque de connaissance euh... Après euh en dehors de mettre une pilule je t'avoue que je savais pas trop »

M5 : « je pense que c'est peut-être soit le manque d'expérience des, des consultants, qui l'ont vus avant euh le fait aussi qu'elle pouvait tout à fait facilement euh penser à une cause euh, fin déjà intriquer en fait ces, ces symptômes-là en fait, attribuer ces symptômes là à une autre cause comme le stress. Euh donc euh voilà je peux comprendre tout à fait. Et puis aussi pareil donc voilà, je pense soit un manque d'expérience, soit peut-être un manque d'écoute. »

C. Difficulté d'accès aux soins

a. *Difficulté pour avoir un rendez-vous d'IRM pelvienne*

Le délai pour avoir un rendez-vous pour une IRM pelvienne a retardé le diagnostic pour une patiente. Un des médecins n'orientait pas ses patientes vers un centre d'imagerie pour qu'elles puissent trouver un rendez-vous rapide.

P4 : « c'est euh c'est compliqué, j'ai appelé ****. C'est blindé euh du coup, je me retrouve à **** bon c'est tout heureusement que pareil heureusement que j'ai la voiture »

M6 : « parce que les délais d'attente c'est pas évident »

b. *Échographie avant IRM pelvienne*

Passer une échographie pelvienne avant l'IRM pelvienne a été un facteur retardant le diagnostic pour deux patientes car leur échographie était normale.

P1 : « Ben déjà même si je sais que cette procédure plus ou moins mais je pense que ce n'est pas forcément obligatoire de faire échographie scanner IRM [rictus] euh pour ce genre de choses euh, je pense que de faire déjà un scanner dès le départ, euh une IRM pardon, dès le départ euh ce serait mieux »

P3 : "Bah des échos j'en ai fait, régulièrement, parce que vous dis je suis allée souvent aux ... à mon adolescence ou plus jeune euh à l'hôpital de **** et c'était souvent des échographies. »

c. Spécialiste de l'endométriose

La difficulté d'accès au spécialiste a été un facteur retardant le diagnostic pour trois patientes.

P1 : « J'avais dû avoir une première consultation et euh je pense que quand j'étais le voir j'avais déjà l'IRM parce qu'en général il demande toujours des clichés. »

P3 : «il n'y en a pas cinquante. »

3. Facteurs qui auraient pu favoriser le diagnostic

A. L'anamnèse évoquant l'endométriose

a. Les douleurs chroniques

Les douleurs pelviennes chroniques, les dysménorrhées étaient des symptômes présents chez toutes les patientes.

P1 : « Alors, je peux enfin je ne peux pas dire euh à quel moment et sur quelle période euh mais j'avais de fortes douleurs. »

P4 : « j'ai toujours eu des règles super douloureuses »

M6 : « elle me parle effectivement de cette douleur pelvienne chronique, elle a quelques douleurs en fait lors des rapports, donc des règles douloureuses, bref, des douleurs pelviennes assez chroniques »

b. Apparition précoce des dysménorrhées

Quatre patientes présentaient des dysménorrhées depuis leurs ménarches.

P1 : « malgré les douleurs que j'avais depuis des années parce que finalement j'ai toujours eu les symptômes de règles douloureuses, d'hémorragie et euh... émotionnellement catastrophique [rictus]. J'ai toujours eu ça depuis que j'ai eu mes règles en fait »

P3 : « dès le lycée en fait quand j'étais réglée, j'étais couchée »

c. Consultations répétées

L'ensemble des patientes a consulté plusieurs fois pour les mêmes symptômes. L'aggravation progressive des symptômes était présente.

P1 : « Où ça s'accroissait et donc j'ai dit ben c'est qu'il y a quelque chose aussi derrière tout ça. Parce que pendant des années, j'avais ces symptômes là, mais au bout d'un moment, quand il y a des douleurs en plus qui viennent s'ajouter autres que les douleurs que j'avais habituellement ben je me suis posée la question s'il n'y avait pas autre chose derrière »

P5 : « Mais ça a duré depuis j'avais l'endométriose déjà depuis longtemps puisque je me plaignais à mon ancien médecin que j'avais hyper mal au ventre que ça allait pas donc euh »

d. Antécédents familiaux

Des antécédents familiaux étaient retrouvés chez deux patientes.

P2 : « Qui est familial en fait ma mère en eu un, ma grand-mère en a un tout ça donc on a des antécédents »

e. Passage aux urgences

Trois patientes ont consulté aux urgences de leur plein gré à cause de leur douleur importante. Suite à ce passage aux urgences, des éléments favorisant le diagnostic de leur endométriose ont été retrouvés.

P5 : « j'ai été aux urgences et que là ils m'ont dit effectivement euh ça ressemble à des signes d'endométriose »

f. Contraception inadaptée

Une des patientes a reçu un dispositif intra-utérin au cuivre, ce qui a majoré ses symptômes d'endométriose. Une patiente avait une contraception œstro-progestative qu'elle prenait en schéma classique, elle continuait à avoir des dysménorrhées.

P2 : « mais ils ont quand même mis un stérilet en cuivre [...]. Donc ouais 2 mois je l'ai gardé deux mois et ils me l'ont retiré en urgences parce que ... fin ... c'était vraiment hémorragique. »

P4 : « Bah justement non, c'était à l'arrêt en fait où j'avais du coup mes règles donc c'est la semaine où on arrête et c'est là où j'avais mal du coup. »

IV. DISCUSSION

1. Les résultats principaux

Les résultats de cette étude identifient des facteurs favorisant un diagnostic précoce d'endométriose :

- Une écoute empathique de la patiente par son MG.
- La prescription d'une IRM pelvienne car la patiente présentait des symptômes évocateurs de la maladie malgré un avis gynécologique contraire ou des échographies pelviennes normales.
- Le changement de médecin après un manque d'écoute.
- Avoir un avis externe comme un interne en stage.
- Un MG formé ou sensibilisé à la gynécologie était un facteur favorisant un diagnostic rapide.

Les résultats de cette étude identifient des facteurs retardant le diagnostic précoce de l'endométriose :

- La normalisation des dysménorrhées par les patientes.
- La délégation du diagnostic à des professionnels de santé non sensibilisés à l'endométriose.
- L'obstination vers un diagnostic différentiel, que ce soit une maladie digestive ou psychosomatique par manque de spécificité des symptômes.
- L'absence de reconnaissance de l'urgence diagnostique.

2. Forces et les limites de l'étude

A. Forces de l'étude

L'étude qualitative a permis de retranscrire le vécu de la patiente et de son MG. L'étude en parallèle patiente et son MG est novatrice dans la recherche de facteurs favorisant ou retardant le diagnostic précoce d'endométriose.

Le guide d'entretien était construit avec des questions ouvertes, la patiente et son MG n'étaient pas limités dans leur discours tout en orientant le dialogue. Il était réévalué après chaque entretien.

Les entretiens étaient programmés à l'avance, à huis clos pour ne pas être dérangé et permettre une liberté d'expression.

Les participants étaient volontaires et motivés à participer à l'étude.

La triangulation et la discussion des données a été effectuée avec une interne de médecine générale pour améliorer la qualité de l'analyse.

La grille d'évaluation COREQ (9) a été utilisée et les critères ont été respectés (20/32).

B. Limites de l'étude

La difficulté à recruter des patientes et des MG a limité la possibilité de diversifier les profils de patientes volontaires ce qui peut entraîner une sélection de patientes ou de MG plus sensibilisés par le sujet. L'entretien en parallèle avec le MG n'a pas pu être réalisé pour 3 patientes.

Les neuf entretiens ont permis la saturation des données.

Le manque d'expérience de l'investigatrice en recherche qualitative a pu diminuer la qualité des entretiens. La difficulté à garder une position neutre a pu influencer son interlocuteur lors des entretiens.

L'analyse des données a été faite manuellement avec triangulation et discussion des données avec une autre interne de médecine générale ce qui a pu entraîner un biais d'interprétation.

3. Comparaison avec la littérature

Le fait que le MG soit sensibilisé à l'endométriose est un facteur favorisant le diagnostic. Une étude retrouve que les connaissances et les compétences adéquates du MG favorise le diagnostic (10). L'expérience du MG face à l'endométriose est un élément favorisant (11).

Un examen clinique par un médecin spécialisé peut avoir un taux de détection élevé en fonction de la localisation de l'endométriose (12). La persévérance de la patiente à avoir accès à une consultation spécialisée est un facteur favorisant le diagnostic (10). L'infertilité est un facteur favorisant le diagnostic retrouvé dans plusieurs études (10,13). L'absence de désir de grossesse retardait le diagnostic dans l'étude, car le MG jugeait qu'il n'y avait pas d'urgence diagnostique. Dans la littérature le désir de grossesse favorise le diagnostic (10).

Dans l'étude faire une IRM pelvienne a été un facteur favorisant le diagnostic chez toutes les patientes. Dans la littérature il n'y pas de différence entre une échographie trans-vaginale faite par un médecin expert et une IRM pelvienne (12,14,15). L'HAS recommande l'échographie en première intention et l'IRM pelvienne en seconde intention (16). Une question se pose sur l'accès aux imageries spécialisées dans le NPDC.

L'hétérogénéité des symptômes de l'endométriose et la normalisation des symptômes sont des facteurs retardant le diagnostic retrouvés dans plusieurs études mondiales (10–12,17,18). L'intervention thérapeutique peut finalement retarder le diagnostic même si cela soulage la patiente (13,19).

Dans la littérature comme dans l'étude le manque de formation à l'endométriose des MG retarde le diagnostic (10,11).

Le diagnostic précoce de l'endométriose est important car il diminue la progression de la maladie, le risque de douleurs chroniques et d'infertilité associée (12,14).

L'endométriose a un impact sur la qualité de vie des patientes symptomatiques. Il y a un impact sur la productivité au travail qui engendre des coûts importants dans toutes les ethnies (20).

Une stratégie nationale de lutte contre l'endométriose a été lancée en 2022 pour garantir un diagnostic précoce et sensibiliser la société sur l'endométriose. L'un des leviers est de centraliser les chirurgies complexes pour améliorer le recours aux soins (21). Il serait intéressant d'analyser l'impact de cette stratégie nationale sur le délai diagnostic.

V. CONCLUSION

Cette étude a contribué à mieux comprendre les facteurs favorisant ou retardant le diagnostic précoce de l'endométriose, en croisant le vécu des patientes et celui de leurs MG dans le NPDC. Malgré une stratégie nationale mise en place, une actualité médiatique importante il semble que les facteurs favorisant ou retardant le diagnostic sont sensiblement les mêmes depuis plusieurs dizaines d'années. Ces résultats renforcent l'importance de sensibiliser l'ensemble des acteurs de santé mais également la population en général. La médiatisation de l'endométriose permet de sensibiliser la population. La sensibilisation des acteurs de santé semble plus difficile à mettre en place. Depuis 2022 il existe deux centres expert dans le Nord, spécialisés dans la prise en charge de l'endométriose qui améliorent le parcours de soins et la prise en charge des patientes. L'idée d'un répertoire avec un ensemble de professionnel de santé (MG, gynécologue, radiologue, para-médicaux) sensible à l'endométriose peut être une voie d'amélioration pour le parcours diagnostique. C'est un projet qui est en cours de développement dans notre département.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Young K, Fisher J, Kirkman M. Women's experiences of endometriosis: a systematic review and synthesis of qualitative research. *J Fam Plann Reprod Health Care*. juill 2015;41(3):225-34.
2. Inserm [Internet]. [cité 29 sept 2022]. Endométriose · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/>
3. Borghese B, Santulli P, Marcellin L, Chapron C. [Definition, description, clinicopathological features, pathogenesis and natural history of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. mars 2018;46(3):156-67.
4. Daraï E, Ploteau S, Ballester M, Bendifallah S. Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique. *Presse Médicale* [Internet]. 1 déc 2017 [cité 25 nov 2024];46(12, Part 1):1156-65. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498217304529>
5. Allaire C, Bedaiwy MA, Yong PJ. Diagnostic et gestion thérapeutique de l'endométriose. *CMAJ* [Internet]. 19 juin 2023 [cité 17 oct 2023];195(24):E853-62. Disponible sur: <https://www.cmaj.ca/content/195/24/E853>
6. Aubry G, Bencharif C, Vesale E, Oueld E, Dietrich G, Collinet P, et al. Délais diagnostiques et parcours des patientes souffrant d'endométriose en France : une étude multicentrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie* [Internet]. 1 févr 2023 [cité 12 nov 2024];51(2):117-22. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718922003415>
7. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2017;
8. Roullier C, Sanguin S, Parent C, Lombart M, Sergent F, Foulon A. General practitioners and endometriosis: Level of knowledge and the impact of training. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 1 déc 2021 [cité 28 nov 2024];50(10):102227. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784721001641>
9. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. 1 janv 2015 [cité 20 févr 2025];15(157):50-4. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012314004331>
10. van der Zanden M, de Kok L, Nelen WJDM, Braat DDM, Nap AW. Strengths

and weaknesses in the diagnostic process of endometriosis from the patients' perspective: a focus group study. *Diagn Berl Ger*. 26 août 2021;8(3):333-9.

11. Australian Journal of General Practice [Internet]. [cité 20 janv 2025]. Challenges in diagnosing and managing endometriosis. Disponible sur: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2023/august/challenges-in-diagnosing-and-managing-endometriosis>

12. Pascoal E, Wessels JM, Aas-Eng MK, Abrao MS, Condous G, Jurkovic D, et al. Strengths and limitations of diagnostic tools for endometriosis and relevance in diagnostic test accuracy research. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 [cité 20 janv 2025];60(3):309-27. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/uog.24892>

13. Staal AHJ, van der Zanden M, Nap AW. Diagnostic Delay of Endometriosis in the Netherlands. *Gynecol Obstet Invest*. 2016;81(4):321-4.

14. Allaire C, Bedaiwy MA, Yong PJ. Diagnosis and management of endometriosis. *CMAJ Can Med Assoc J* [Internet]. 14 mars 2023 [cité 20 janv 2025];195(10):E363-71. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10120420/>

15. Bazot M, Daraï E. Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. *Fertil Steril*. déc 2017;108(6):886-94.

16. Bourdel N, Chauvet P, Canis M. Stratégies diagnostiques dans l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie* [Internet]. 1 mars 2018 [cité 17 oct 2023];46(3):209-13. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718918300400>

17. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 avr 2019 [cité 28 févr 2023];220(4):354.e1-354.e12. Disponible sur: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(19\)30002-X/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(19)30002-X/fulltext)

18. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod Oxf Engl*. déc 2012;27(12):3412-6.

19. Dixon S, McNiven A, Talbot A, Hinton L. Navigating possible endometriosis in primary care: a qualitative study of GP perspectives. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. sept 2021;71(710):e668-76.

20. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F,

de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. août 2011;96(2):366-373.e8.

21. El Farouki K, Merlot B, Roman H, Collinet P, Rubod C, Bourdel N, et al. La chirurgie des endométrioses complexes dans le PMSI : aide à la décision pour la mise en place des filières régionales de prise en charge de l'endométriose. *J Epidemiol Popul Health* [Internet]. 1 mars 2024 [cité 20 janv 2025];72:202271. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2950433324000818>

VII. ANNEXES

Annexe n°1 : Affiche à l'intention des patientes

THESE SUR L'ENDOMETRIOSE

PRECHERCHE PATIENTE
ATTEINTE D'ENDOMETRIOSE

COORDONNEES

cyrille.keignaert@live.fr

Bonjour,

Je me présente, je m'appelle Cyrielle KEIGNAERT, je suis actuellement médecin remplaçant et j'effectue ma thèse sur l'endométriose.

Je suis à la recherche de patiente atteinte de cette pathologie pour qu'elle puisse me raconter l'histoire de son diagnostic et connaître le rôle de son médecin traitant lors de ce parcours. Je recherche des patientes avec un diagnostic confirmé, âgée de plus de 18 ans et dont le diagnostic a été effectué dans le Nord-Pas-de-Calais.

Via ce projet de recherche je souhaite optimiser la prise en charge diagnostic des patientes souffrant d'endométriose notamment en limitant le délai diagnostic qui est actuellement situé entre 8 et 12 ans.

Vous pouvez me contacter via mon adresse mail.

Je vous remercie par avance,
Cyrielle KEIGNAERT



Guide d'entretien Patiente

Question principale :

Comment a été diagnostiquée votre endométriose ?

Question de relance :

1/ Quels ont été les signes d'alerte ?

2/ Quand avez-vous abordé le sujet avec votre médecin traitant ?

3/ Comment avez-vous été mise en relation avec un spécialiste ?

4/ Quels sont les examens qui vont être prescrits ?

5/ Qu'est ce qui a permis le diagnostic ?

6/ Qui a effectué l'annonce du diagnostic ?

7/ Quel a été le délai entre la première consultation au sujet de l'endométriose et le diagnostic ?

8/ En quoi votre médecin généraliste a favorisé le diagnostic ?

9/ En quoi votre médecin généraliste a retardé le diagnostic ?

10/ Selon vous qu'est ce qui aurait pu améliorer le diagnostic ?

Guide d'entretien Médecin

Question principale

Comment a été diagnostiquée l'endométriose de Mme X ?

Question de relance

1/ Quelle a été votre réaction face aux signes qui ont alerté votre patiente ?

2/ Quelle a été votre place dans la démarche diagnostique ?

3/ Comment avez-vous orienté la patiente ?

4/ Qui a prescrit les examens paracliniques ?

5/ Quels examens paracliniques ont été prescrits ?

6/ Qu'est ce qui a permis d'affirmer avec certitude le diagnostic ?

7/ Qui a effectué l'annonce du diagnostic ?

8/ Quel a été le délai pour poser le diagnostic d'endométriose de Mme X ?

9/ Quels sont les éléments qui ont favorisé le diagnostic ?

10/ Quels sont les éléments qui ont retardé le diagnostic ?

11/ Comment auriez-vous pu améliorer la prise en charge diagnostique ?

Annexe n°4 : Déclaration auprès du délégué à la protection des données



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. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

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

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Les éléments favorisant un diagnostic précoce d'endométriose par le médecin généraliste à partir de récit de patientes atteintes d'endométriose
Référence Registre DPO : 2023-162
Responsable scientifique : M. Ludovic WILLEMS Interlocuteur : Mme Cyrielle KEIGNAERT

Fait à Lille,

Le 5 octobre 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe n°5 : Consentement éclairé

" Bonjour, je suis KEIGNAERT Cyrielle, étudiant en médecine générale. Dans le cadre de mon mémoire/thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur l'endométriose. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les facteurs favorisant le diagnostic d'endométriose . Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez avoir plus de 18 ans, avoir eu un diagnostic d'endométriose, être symptomatique, être en âge de procréer, vivre dans le Nord-Pas-de-Calais.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°1196 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !"

"Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : cyrielle.keignaert.etu@univ-lille.fr "

Tableau 1 : Exemple d'analyse des données manuelles

VERBATIM	THEMATIQUE	EXPERIENTIELLE	PROPRIETE
"Alors, je peux enfin je ne peux pas dire euh à quel moment et sur quelle période euh mais j'avais de fortes douleurs "	Symptômes	J'ai des douleurs depuis longtemps	Douleurs chroniques
"donc du coup à plusieurs reprises euh ça a pu paralyser un peu dans mon travail"	Impact au travail	J'ai des douleurs qui impactent mon travail	Impact professionnel
" j'étais bloquée donc j'ai été amenée à faire des examens et du coup s'en ai suivi des consultations, médecins, IRM."	Symptômes	J'ai tellement de douleurs que j'ai fini par consulter	Consultation motivée par la douleur
"Une IRM pelvienne euh, parce qu'au départ on fait une échographie, même il y avait des scanners aussi. Mais c'est l'IRM vraiment pelvienne avec injection qui avait été la plus favorable on va dire"	Diagnostic	J'ai été diagnostiquée grâce à l'IRM	Diagnostic par IRM

Tableau 2 : Caractéristiques des patientes interrogées

	Age (années)	Age au moment du diagnostic (années)	Délai diagnostic (années)	Opérée de l'endométriose
P1	35	34	19	Oui
P2	23	19	10	Non
P3	37	34	17	Oui
P4	26	23	8	Non
P5	34	34	6	Non
P6	44	43	6	Non

Tableau 3 : Caractéristiques des MG

	Genre (H/F)	Interrogé
M1	H	Non
M2	F	Oui
M3	F	Non
M4	F	Non
M5	H	Oui
M6	H	Oui

Tableau 4 : Caractéristiques des entretiens

	Durée (en minutes)	Prise de contact	Type entretien
P1	21	Via remplacement	Présentiel
P2	19	Affiche	Présentiel
P3	20	Association Endofrance	Visio
P4	23	Affiche	Visio
P5	13	Affiche	Visio
P6	41	Affiche	Présentiel
M2	10	Affiche	Visio
M5	8	Affiche	Présentiel
M6	7	Affiche	Présentiel

AUTEUR(E) : Nom :KEIGNAERT Prénom :Cyrielle

Date de soutenance : 20 mars 2025

Titre de la thèse : Diagnostic précoce d'endométriose : récits de patientes et de leurs médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille « 2025 »

Cadre de classement : Doctorat de médecine

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Endométriose ; diagnostic ; étude qualitative ; Médecins généralistes

Résumé :

But de l'étude

L'endométriose est une maladie gynécologique fréquente, affectant environ 10 % des femmes en âge de procréer. Son diagnostic est souvent tardif, avec un délai moyen de 12 ans, en raison de la diversité et du manque de spécificité des symptômes. Le médecin généraliste (MG) joue un rôle central dans le repérage des patientes présentant des signes évocateurs. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs favorisant ou retardant un diagnostic précoce de l'endométriose, en croisant le vécu des patientes et celui de leurs MG.

Méthodes

Une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative a été menée à partir d'entretiens semi-dirigés individuels en miroir. Les patientes incluses étaient atteintes d'endométriose diagnostiquée par chirurgie ou imagerie, symptomatiques, majeures et résidant dans le Nord-Pas-de-Calais (NPDC). Leurs MG ont été recrutés sur la base du volontariat. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, retranscrits et analysés manuellement avec triangulation des résultats. L'analyse a mis en évidence des thématiques récurrentes autour des facteurs influençant le diagnostic.

Résultats

L'échantillon comprenait six patientes et trois MG interrogés en miroir. Les principaux facteurs favorisant un diagnostic précoce étaient : une relation de confiance avec le MG, une prescription rapide d'une IRM pelvienne, une formation complémentaire du MG en gynécologie et l'orientation précoce vers un spécialiste sensibilisé à l'endométriose. À l'inverse, les facteurs retardant le diagnostic incluaient : la banalisation des douleurs menstruelles, le manque d'écoute des professionnels, l'attribution des symptômes à des troubles psychologiques, l'absence de prescription d'IRM en première intention et les délais d'accès aux examens spécialisés. Le changement de MG s'est parfois révélé déterminant dans l'obtention d'un diagnostic.

Conclusion

Cette étude met en lumière les obstacles et leviers du diagnostic précoce de l'endométriose. Malgré une médiatisation croissante et une prise de conscience progressive, les difficultés d'accès au diagnostic persistent. Il apparaît essentiel de renforcer la formation des MG et des gynécologues, d'améliorer l'accès aux examens d'imagerie et de sensibiliser davantage la population à cette maladie. La création d'un réseau de professionnels formés à l'endométriose pourrait améliorer le parcours de soins et réduire le délai diagnostique.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Chrystèle RUBOD DIT GUILLET

Assesseurs : Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS