



**HAL**  
open science

## Diagnostic et prise en charge de l'endométriose par les médecins généralistes de la région PACA

Marion Mouton, Aubert Agostini, Audrey Pivano, Elena Coiplet, Blandine  
Courbiere, Antoine Netter

► **To cite this version:**

Marion Mouton, Aubert Agostini, Audrey Pivano, Elena Coiplet, Blandine Courbiere, et al.. Diagnostic et prise en charge de l'endométriose par les médecins généralistes de la région PACA. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2022, 50 (12), pp.762-769. 10.1016/j.gofs.2022.09.007 . hal-03994033

**HAL Id: hal-03994033**

**<https://hal.science/hal-03994033>**

Submitted on 31 Mar 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Diagnostic et prise en charge de l'endométriose par les médecins généralistes de la région PACA

## *Diagnosis and management of endometriosis by general practitioners in the south of France*

Marion Mouton<sup>a,\*</sup>, Aubert Agostini<sup>a</sup>, Audrey Pivano<sup>a</sup>, Elena Coiplet<sup>a</sup>,  
Blandine Courbiere<sup>a,b</sup>, Antoine Netter<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Department of Gynecology and Obstetrics, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, AP-HM, Marseille, France

<sup>b</sup> Institut méditerranéen de biodiversité et d'écologie marine et continentale (IMBE), Aix-Marseille university, CNRS, IRD, Avignon university, Marseille, France

### R É S U M É

**Objectif.** – État des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes de la région PACA concernant le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose.

**Méthode.** – Une étude transversale descriptive a été réalisée auprès des médecins généralistes de la région PACA du 14 novembre 2021 au 14 février 2022. Un questionnaire a été mis au point par concertation et validation de deux services universitaires de référence pour l'endométriose de l'AP-HM et a été envoyé aux médecins généralistes exerçant dans la région PACA. Il a été diffusé via les mails professionnels, les réseaux de soins et le conseil de l'ordre de la région PACA. Le questionnaire était divisé en trois parties : la première permettait simplement de recueillir des données démographiques et épidémiologiques, la seconde permettait d'évaluer les connaissances sur cette maladie, et la dernière permettait d'évaluer les pratiques individuelles. Le critère de jugement principal était le pourcentage de praticiens ayant > 75 % de bonnes réponses.

**Résultats.** – Cent trente-trois médecins généralistes ont répondu au questionnaire (133/407, 32,1 %). Au total, 60,2 % réalisaient plus d'une consultation gynécologique par semaine. De plus, 61,7 % obtenaient un taux de bonnes réponses > 75 %. Les médecins généralistes obtenant de meilleurs taux de bonnes réponses avaient davantage pris connaissance des dernières recommandations de la HAS ( $p = 0,027$ ) et effectuaient des consultations gynécologiques plus régulièrement au cabinet ( $p = 0,025$ ). Les dysménorrhées intenses, les douleurs pelviennes chroniques et les dyspareunies profondes étaient considérées comme évocatrices respectivement par 98,1 %, 95,5 % et 95,5 % des répondants. En revanche, les troubles uro-digestifs n'étaient pas souvent évoqués. En cas de suspicion d'endométriose à l'interrogatoire, 54,9 % des médecins généralistes réalisaient un examen clinique gynécologique. Au total, 76,7 % prescrivaient une imagerie et 32,3 % introduisaient un traitement hormonal au décours de la consultation. L'orientation des patientes vers les spécialistes s'effectuait par le médecin généraliste dès la suspicion clinique pour 36,8 %.

**Conclusion.** – Les résultats de notre étude suggèrent que les connaissances et les pratiques des médecins généralistes réalisant des consultations de gynécologie dans la région PACA seraient perfectibles. Dans le cadre de l'annonce d'une réorganisation régionale en filières des soins liés à l'endométriose, d'autres études similaires devraient être régulièrement menées, afin de pouvoir apprécier l'évolution des pratiques des médecins généralistes.

#### Mots clés :

Endométriose  
Médecine générale  
Étude quantitative  
Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Keywords:  
Endometriosis  
General practice  
Quantitative study  
Provence-Alpes-Côte-d'Azur

**Objective.** – Assessment of the practices and knowledge of general practitioners in the south of France regarding the diagnosis and management of endometriosis.

**Method.** – A descriptive cross-sectional study was conducted among general practitioners in the south of France from November 14, 2021 to February 14, 2022. A questionnaire was developed in consultation with and validated by two university endometriosis reference services of the AP-HM and was sent to general practitioners practicing in the south of France. It was distributed via professional emails, care networks and the south of France's medical order. The questionnaire was divided into three parts: the first simply collected demographic and epidemiological data, the second assessed knowledge of the disease, and the last assessed individual practices. The primary endpoint was the percentage of practitioners with > 75% correct responses.

**Results.** – 133 general practitioners responded to the questionnaire (133/407, 32.1%). 60.2% performed more than one gynecological consultation per week. 61.7% obtained a rate of correct answers > 75%. The general practitioners with the best response rates were more aware of the latest HAS guidelines ( $P = 0.027$ ) and performed gynecological consultations more regularly in the office ( $P = 0.025$ ). Intense dysmenorrhea, chronic pelvic pain and deep dyspareunia were considered as evocative by 98.1%, 95.5% and 95.5% of respondents respectively. On the other hand, uro-digestive disorders were not often mentioned. In case of suspicion of endometriosis on questioning, 54.9% of general practitioners performed a clinical gynaecological examination. 76.7% prescribed an imaging test and 32.3% introduced hormonal treatment during the consultation. Referral of patients to specialists was made by the general practitioner as soon as clinical suspicion arose for 36.8%.

**Conclusion.** – The results of our study suggest that the knowledge and practices of general practitioners, performing gynecology consultations in the south of France, is perfectible. In the context of the announcement of a regional reorganization of endometriosis-related care, other similar studies should be conducted regularly in order to assess the evolution of general practitioner's practices.

## 1. Introduction

L'endométriose est une maladie qui touche entre 6 et 10 % des femmes en âge de procréer [1,2]. Elle est définie par la présence de tissu endométrial situé en dehors de la cavité utérine, le plus souvent au niveau des ovaires ou de la cavité péritonéale [3]. Son origine est multifactorielle, résultant de facteurs environnementaux, génétiques et de facteurs liés aux menstruations [4,5].

C'est une maladie chronique complexe, qui revêt des formes variées [6]. Elle peut avoir un effet négatif majeur sur la qualité de vie des patientes [7,8]. Malgré sa prévalence et un fort impact sur la vie des femmes, l'endométriose reste mal comprise des médecins [9]. La faible spécificité des symptômes cliniques, leur minimisation, le tabou qui les entoure ainsi que le manque de sensibilisation du corps médical à leurs égards, expliquent les délais de prise en charge souvent trop longs et des soins souvent inadaptés [10].

Le médecin généraliste est le plus souvent la première personne vers laquelle se tournent les patientes. Il est au cœur de l'accompagnement de ces patientes et est indispensable à la prise en charge précoce de la maladie. Il doit savoir repérer les signes d'appels cliniques, prescrire les examens complémentaires adaptés, et orienter vers un spécialiste si nécessaire. Il joue également un rôle majeur dans l'information des patientes, leur suivi et leur accompagnement psychosocial [11,12].

Des recommandations de la Haute Autorité de santé ont été publiées en décembre 2017 [13]. Elles ont pour objectif de pouvoir proposer à chaque patiente un parcours de soins homogène, coordonné et optimal, avec comme facteur clé l'information des patientes [14].

Ces dernières années, les femmes se sont fait entendre par l'intermédiaire d'associations et de témoignages personnels [15,16]. Il en a résulté différentes annonces gouvernementales, avec notamment le lancement le 11 janvier 2022 de la « stratégie nationale de lutte contre l'endométriose » [17,18]. Ce plan d'action prévoit une réorganisation des soins en filières et centres d'expertises. Les médecins généralistes y auront nécessairement un rôle à jouer en tant que premiers intervenants pour le diagnostic

et la prise en charge. L'endométriose est devenue un véritable enjeu de santé publique.

Parmi les études déjà menées, aucune n'a à ce jour évalué les connaissances et les pratiques des médecins généralistes concernant l'endométriose dans la région PACA. Compte tenu de la future organisation des soins en filières et centres d'expertises par région, il semble intéressant de mener cette étude en région PACA pour mieux cibler les attentes et besoins.

L'objectif principal de cette étude transversale descriptive était de faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région PACA concernant le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose.

## 2. Matériel et méthode

### 2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée auprès des médecins généralistes de la région PACA du 14 novembre 2021 au 14 février 2022.

### 2.2. Population

La population étudiée était l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans la région PACA.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être médecin généraliste thésé ou interne de médecine générale avec licence de remplacement ;
- exercer dans l'un des départements de la région PACA ;
- être en activité, installé ou remplaçant.

### 2.3. Recueil de données

Un questionnaire (Annexe 1) a été mis au point par concertation et validation de deux services universitaires de référence pour

l'endométrieose de l'AP-HM (hôpital Nord et hôpital de la Conception). Il a été diffusé auprès des médecins généralistes de la région PACA via les mails professionnels, les réseaux de soins et le conseil de l'ordre de la région PACA. Les coordonnées électroniques des personnels de santé ayant précédemment accepté de participer à des études similaires menées par le département de médecine générale de l'université Aix-Marseille ont notamment été utilisées. Deux relances ont été effectuées durant la période d'ouverture du questionnaire.

Les questions ont été divisées en 3 parties :

- la première permettait simplement de recueillir des données démographiques et épidémiologiques ;
- la seconde permettait d'évaluer les connaissances sur cette maladie ;
- la dernière permettait d'évaluer les pratiques individuelles.

Toutes les données ont été collectées de manière anonyme.

#### 2.4. Analyse statistique

Une première analyse purement descriptive a été réalisée. Les données sont présentées sous forme de pourcentage pour les variables catégorielles, sous forme de moyennes  $\pm$  écart-type pour les variables continues paramétriques et sous forme de médiane pour les variables continues non-paramétriques.

Une deuxième analyse a permis de comparer les caractéristiques démographiques (âge, sexe, mode d'exercice, formations spécifiques, etc.) des praticiens ayant des connaissances suffisantes et ceux ayant des connaissances insuffisantes sur l'endométrieose. Des connaissances suffisantes ont été définies par un taux de bonnes réponses  $> 75\%$  (sur la seconde partie « connaissances »). Le test de  $t$  de Student et le test de  $\chi^2$  ont été utilisés respectivement pour comparer les variables continues et les variables catégorielles entre les deux groupes.

Toutes les analyses statistiques sont bilatérales, les résultats sont considérés comme significatifs lorsque la valeur  $p$  est

inférieure à 0,05. Toutes les analyses ont été réalisées en utilisant IBM SPSS Statistics 20.0 (IBM Inc., New York, États-Unis).

### 3. Résultats

#### 3.1. Échantillon étudié

Les coordonnées électroniques de 407 médecins généralistes ont été collectées (parmi environ 8000 médecins généralistes exerçant dans la région PACA (environ 5,0 %)). Durant la période du 14 novembre 2021 au 14 février 2022, 133 réponses ont été reçues (Fig. 1). Le taux de réponse était de 32,7 %.

#### 3.2. Caractéristiques des médecins généralistes

Parmi les 133 médecins participants, la majeure partie était des femmes (78,2 %). Leur âge variait de 26 à 71 ans, avec une moyenne de  $36,3 \pm 10,1$  ans. Le département des Bouches du Rhône était le plus représenté avec 48,1 %. Les répondants exerçaient plutôt en milieu semi-rural (39,8 %) ou urbain (48,1 %) et étaient installés, pour la plupart, en cabinet de groupe (39,4 %) ou étaient remplaçants (27,3 %).

Parmi l'ensemble des médecins généralistes participant à l'étude, 72,2 % déclaraient ne pas avoir effectué de formation universitaire spécifique en gynécologie. Plus de la moitié effectuaient plusieurs consultations gynécologiques par semaine ou plusieurs par jour (60,2 %).

La fréquence des consultations pour suspicion d'endométrieose était dans 60,2 % des cas entre 5 et 10 par an.

Les caractéristiques de la population étudiée sont regroupées dans le Tableau 1.

#### 3.3. Analyse des connaissances sur l'endométrieose

Au total, 69,2 % des médecins généralistes évaluaient à 10 % la prévalence de l'endométrieose en France. De plus, 67,7 % des

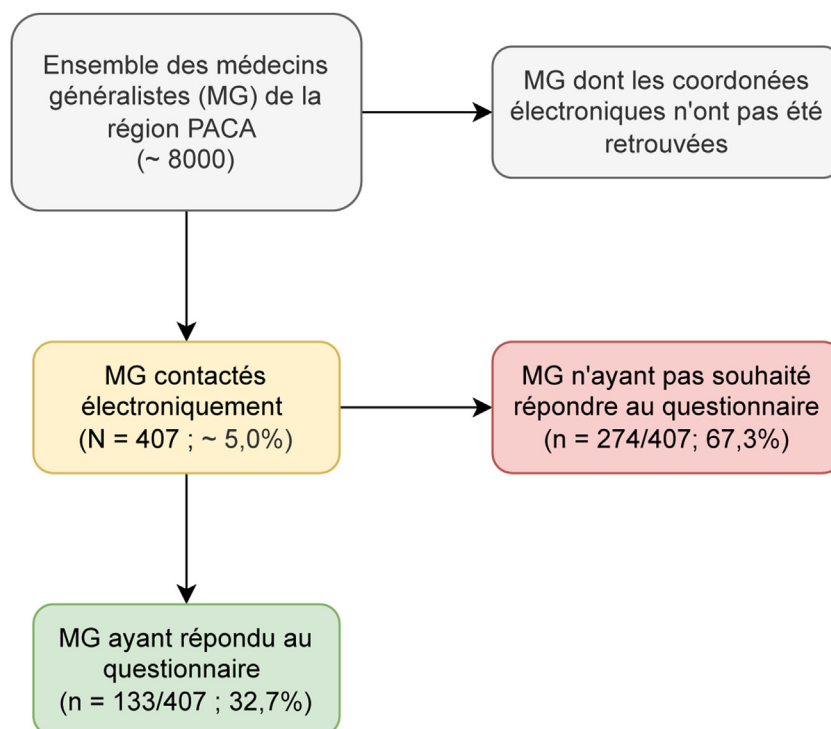


Fig. 1. Diagramme de flux de l'étude.

**Tableau 1**

Caractéristiques démographiques des praticiens interrogés.

Données démographiques	n = 133
Âge, années, moyenne ( $\pm$ ET)	36,3 $\pm$ 10,1
Sexe, n (%)	
Femmes	104 (78,2)
Hommes	29 (21,8)
Département, n (%)	
Alpes-de-Haute-Provence	5 (3,7)
Hautes-Alpes	17 (12,8)
Alpes-Maritimes	19 (14,3)
Bouches-du-Rhône	64 (48,1)
Var	17 (12,8)
Vaucluse	11 (8,3)
Milieu d'exercice, n (%)	
Rural	16 (12,0)
Semi-rural	53 (39,8)
Urbain	64 (48,1)
Mode d'exercice, n (%)	
Cabinet de groupe	52 (39,4)
Maison de santé	24 (18,2)
Remplacement	36 (27,3)
Cabinet	11 (8,3)
Hospitalier	4 (3,0)
PMI	1 (0,8)
Mixte	3 (2,3)
CPEF	1 (0,8)
Fréquence de consultations gynécologiques, n (%)	
Plusieurs par jour	23 (17,3)
Plusieurs par semaine	57 (42,9)
Plusieurs par mois	37 (27,8)
Plusieurs par an	11 (8,3)
Jamais	5 (3,8)
Formation spécifique en gynécologie, n (%)	37 (27,8)
Fréquence des consultations pour suspicion d'endométriose, n (%)	
Plus de 10 par an	17 (12,8)
Entre 5 et 10 par an	80 (60,2)
Moins de 5 par an	35 (26,3)
Jamais	1 (0,8)

répondants évaluaient correctement le délai diagnostic moyen (environ 7 ans).

Les symptômes devant faire évoquer un diagnostic d'endométriose à l'interrogatoire, selon les médecins généralistes interrogés, étaient les dysménorrhées intenses (98,1 %), les douleurs pelviennes chroniques (95,5 %) et les dyspareunies profondes (95,5 %). En revanche, 40,6 % des répondants estimaient que la constipation pendant les règles n'était pas un symptôme de l'endométriose.

Lors de l'examen clinique, 57,1 % des médecins généralistes déclaraient que des lésions bleutées pouvaient être retrouvées à l'examen au spéculum chez les femmes endométriosiques. La douleur provoquée au niveau des culs-de-sac vaginaux ainsi que la palpation d'un nodule induré et fixé au niveau des culs de sac vaginaux étaient évocatrices pour 92,5 et 69,2 %.

Concernant les examens complémentaires, 47,4 % estimaient que l'échographie pelvienne était un bon examen pour détecter l'endométriose à condition d'être réalisée par un radiologue spécifiquement formé sur cette pathologie, 91 % pensaient de même de l'IRM.

Les traitements envisageables dans la prise en charge de l'endométriose selon les médecins généralistes étaient la contraception par estroprogestatifs (63,9 %), le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (52,6 %), la contraception micro-progestative orale (69,9 %) et les agonistes de la GnRH (28,6 %).

L'évaluation des connaissances des médecins généralistes ayant participé à l'étude est regroupée dans le [Tableau 2](#).

Soixante-treize pour cent des médecins généralistes estimaient leurs connaissances comme moyennes ou faibles pour leur pratique quotidienne.

**Tableau 2**

Évaluation des connaissances.

Réponses justes	n (%)
Incidence de l'endométriose (environ 10 %)	92 (69,2)
Délai diagnostic moyen (environ 7 ans)	90 (67,7)
L'endométriose n'a pas forcément de conséquence pathologique et peut être observée chez les femmes indolores et fertiles (vrai)	102 (76,7)
L'endométriose résulte de l'action combinée de facteurs génétiques, environnementaux et de facteurs liés aux menstruations (vrai)	108 (81,2)
L'endométriose est une maladie bénigne et a un impact faible à modéré sur la qualité de vie (faux)	133 (100)
Il existe trois types d'endométriose : superficielle (ou péritonéale), ovarienne et profonde (ou sous péritonéale) (vrai)	96 (72,2)
L'endométriose est une maladie difficile à diagnostiquer (vrai)	114 (85,7)
Certaines femmes atteintes d'endométriose nécessitent un suivi en centre antidouleur	130 (97,7)
Symptômes de l'endométriose	
Dysménorrhées intenses (vrai)	131 (98,1)
Céphalées pendant les règles (faux)	116 (87,2)
Constipation pendant les règles (vrai)	79 (59,4)
Douleurs pelviennes chroniques (vrai)	127 (95,5)
Dyspareunies profondes (vrai)	127 (95,5)
Dyspareunies d'intromission (faux)	95 (71,4)
Troubles de l'humeur pendant les règles (faux)	124 (93,2)
Examen clinique de la femme endométriosique	
Lésions bleutées à l'examen au spéculum (vrai)	76 (57,1)
Douleur provoquée au niveau des culs-de-sac vaginaux (vrai)	123 (92,5)
Douleur vulvaire au moment du toucher vaginal (faux)	109 (82,0)
Palpation d'un nodule induré et fixé au niveau des culs-de-sac vaginaux (vrai)	92 (69,2)
Saignements endo-utérin de faible abondance (faux)	97 (72,9)
Examens complémentaires	
Une IRM pelvienne normale permet d'éliminer le diagnostic d'endométriose (faux)	125 (94,0)
L'échographie pelvienne est un bon examen pour détecter l'endométriose à condition d'être réalisée par un radiologue spécifiquement formé pour l'endométriose (vrai)	63 (47,4)
L'IRM pelvienne est un bon examen pour détecter l'endométriose à condition d'être réalisée par un radiologue spécifiquement formé pour l'endométriose (vrai)	121 (91,0)
L'échographie pelvienne et l'IRM pelvienne apportent des informations différentes et complémentaires (vrai)	101 (75,9)
En cas d'IRM pelvienne discordante avec la clinique ou l'échographie, il est recommandé de proposer une seconde lecture de l'IRM par un radiologue particulièrement formé pour l'endométriose (vrai)	119 (89,5)
Traitements de l'endométriose	
Estroprogestatifs (vrai)	85 (63,9)
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (vrai)	70 (52,6)
Anti-aromatases (faux)	127 (95,5)
Contraception micro-progestative orale (vrai)	93 (69,9)
Anti-TNF alpha (faux)	130 (97,7)
Agonistes de la GnRH (vrai)	38 (28,6)
Évaluation globale des connaissances, n (%)	
> 75 % de réponses justes	82 (61,7)
Entre 50 et 75 % de réponses justes	51 (38,3)
Moins de 50 % de réponses justes	0 (0,0)
Auto-évaluation des connaissances sur l'endométriose, n (%)	
Très bonne	1 (0,8)
Bonne	35 (26,3)
Moyenne	80 (60,2)
Faible	17 (12,8)

L'évaluation globale des connaissances a montré que 61,7 % des médecins généralistes obtenaient un taux de bonnes réponses supérieure à 75 %.

Une comparaison des caractéristiques démographiques des praticiens ayant obtenu > 75 % de réponses justes et ceux ayant obtenu  $\leq$  75 % de réponses justes a été réalisée.

**Tableau 3**

Caractéristiques démographiques des praticiens interrogés.

<i>n</i>	> 75 % de réponses justes 82	≤ 75 % de réponses justes 51	Valeur de <i>p</i>
Âge, années, moyenne (± ET)	35,6 ± 9,2	37,3 ± 11,3	0,333
Sexe, <i>n</i> (%)			0,417
Femmes	66 (63,5)	38 (36,5)	
Hommes	16 (55,2)	13 (44,8)	
Département, <i>n</i> (%)			0,286
Alpes-de-Haute-Provence	3 (60,0)	2 (40,0)	
Hautes-Alpes	14 (82,4)	3 (17,6)	
Alpes-Maritimes	12 (63,2)	7 (36,8)	
Bouches-du-Rhône	37 (57,8)	27 (42,2)	
Var	8 (47,1)	9 (52,9)	
Vaucluse	8 (72,7)	3 (27,3)	
Milieu d'exercice, <i>n</i> (%)			0,893
Rural	9 (56,3)	7 (43,8)	
Semi-rural	33 (62,3)	20 (37,7)	
Urbain	40 (62,5)	24 (37,5)	
Mode d'exercice, <i>n</i> (%)			0,750
Cabinet de groupe	31 (59,6)	21 (40,4)	
Maison de santé	16 (66,7)	8 (33,3)	
Remplacement	22 (61,1)	14 (38,9)	
Cabinet	6 (54,5)	5 (45,5)	
Hospitalier	2 (50)	2 (50)	
PMI	1 (100)	0 (0,0)	
Mixte	2 (66,7)	1 (33,3)	
CPEF	1 (100)	0 (0,0)	
Fréquence de consultations gynécologiques, <i>n</i> (%)			0,025*
Plusieurs par jour	18 (78,3)	5 (21,7)	
Plusieurs par semaine	36 (63,2)	21 (36,8)	
Plusieurs par mois	21 (56,8)	16 (43,2)	
Plusieurs par an	5 (45,5)	6 (54,5)	
Jamais	2 (40,0)	3 (60,0)	
Formation spécifique en gynécologie, <i>n</i> (%)			0,636
Oui	24 (64,9)	13 (35,1)	
Non	58 (60,4)	38 (39,6)	
Fréquence des consultations pour suspicion d'endométriase, <i>n</i> (%)			0,056
Plus de 10 par an	23 (76,7)	7 (23,3)	
Entre 5 et 10 par an	32 (59,3)	22 (40,7)	
Moins de 5 par an	26 (56,5)	20 (43,5)	
Jamais	1 (33,3)	2 (66,7)	
Auto-évaluation des connaissances sur l'endométriase, <i>n</i> (%)			0,006**
Très bonne	1 (100)	0 (0,0)	
Bonne	26 (74,3)	9 (25,7)	
Moyenne	49 (61,3)	31 (38,8)	
Faible	6 (35,3)	1 (64,7)	
Lecture des recommandations du CNGOF/HAS 2017, <i>n</i> (%)			0,027*
Oui	23 (79,3)	6 (20,7)	
Non	59 (56,7)	45 (43,3)	

\*  $p < 0,05$ .\*\*  $p < 0,01$ .

Les médecins généralistes ayant obtenu > 75 % de réponses justes avaient davantage lu les recommandations CNGOF/HAS de 2017 (23 (79,3 %)/6 (20,7 %) ;  $p = 0,027$ ). Lors de l'autoévaluation les médecins généralistes évaluaient plus souvent leurs connaissances comme étant « bonnes ou très bonnes » (27 (75 %)/9 (25 %) ;  $p = 0,006$ ). Les médecins généralistes ayant obtenu > 75 % de réponses justes avaient une fréquence plus importante de consultations gynécologiques (54 (67,5 %)/26 (32,5 %) ;  $p = 0,025$ ). Une tendance à obtenir davantage de bonnes réponses s'observe avec les médecins généralistes réalisant un nombre plus important de consultations pour suspicion d'endométriase (Tableau 3).

### 3.4. Analyse des pratiques

L'évaluation des pratiques des médecins généralistes participant à l'étude est présentée dans le Tableau 4.

Le principal facteur qui amenait les médecins généralistes à rechercher une endométriase était la présence de symptômes

évocateurs à l'interrogatoire (99,2 %). Une majorité des répondants a déclaré qu'ils pouvaient aussi rechercher cette pathologie sur simple demande d'une patiente (65,4 %).

En cas de symptômes évocateurs retrouvés lors de l'interrogatoire, l'évaluation de la douleur et de la qualité de vie était recherchée dans la majorité des cas (82,0 %). Un examen gynécologique était réalisé par 54,9 % des médecins généralistes. La prescription d'une imagerie avait lieu dans 76,7 % des cas. Dans 61,7 %, il s'agissait d'une échographie pelvienne. En cas de suspicion d'endométriase, 32,3 % introduisaient un traitement hormonal au décours de la consultation. Le traitement hormonal prescrit était le plus souvent une contraception par estroprogestatif (43,6 %), ou une contraception micro-progestative orale (38,3 %). Quarante-vingt-deux pour cent des médecins généralistes prescrivaient un traitement antalgique.

Les médecins généralistes pouvaient également proposer à leurs patientes des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses comme le yoga (47,4 %), l'acupuncture (42,9 %) ou l'ostéopathie (35,3 %).

**Tableau 4**  
Évaluation des pratiques des médecins généralistes.

	n (%)
Facteurs amenant à faire rechercher une endométriose	
Dépistage systématique en population générale	20 (15,0)
Facteurs de risques menstruels	44 (33,1)
Demande d'une patiente	87 (65,4)
Symptômes évocateurs	132 (99,2)
Recherche de dysménorrhées chez les femmes consultant pour un suivi gynécologique classique, n (%)	
Systématiquement	69 (51,9)
Souvent	38 (28,6)
Rarement	18 (13,5)
Jamais	8 (6,0)
Conduite à tenir en cas de symptômes évocateurs, n (%)	
Évaluation de la douleur et de la qualité de vie	109 (82,0)
Examen gynécologique	73 (54,9)
Bilan hormonal	17 (12,8)
Imagerie	102 (76,7)
Traitement antalgique	109 (82,0)
Traitement hormonal	43 (32,3)
Orientation vers un spécialiste	39 (29,3)
Examen clinique en cas de suspicion d'endométriose, n (%)	
Examen au spéculum	80 (60,2)
Toucher vaginal	82 (61,7)
Aucun	47 (35,3)
Examen d'imagerie de première intention, n (%)	
Échographie pelvienne	82 (61,7)
IRM pelvienne	50 (37,5)
Autre	1 (0,8)
Traitement hormonal le plus souvent prescrit en cas d'endométriose, n (%)	
Estroprogestatif	58 (43,6)
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	4 (3,0)
Contraception micro-progestative orale	51 (38,3)
Implant à l'étonogestrel	2 (1,5)
Macro-progestatif ou Dienogest	7 (5,3)
Agoniste de la GnRH	1 (0,8)
Aucun	9 (6,8)
Traitements complémentaires	
Régime alimentaire	32 (24,1)
Acupuncture	57 (42,9)
Ostéopathie	47 (35,3)
Yoga	63 (47,4)
Cure thermale	14 (10,5)
Aucun	22 (16,5)
Autre	6 (4,5)
Moment de l'orientation vers un spécialiste, n (%)	
Dès la suspicion clinique	49 (36,8)
Pour l'introduction d'un traitement	10 (7,5)
Après l'échec d'un traitement de première intention	42 (31,6)
Lors d'un désir de grossesse	21 (15,8)
Après confirmation par l'imagerie	3 (2,3)
Correspondants ayant une formation spécifique pour l'endométriose, n (%)	
Gynécologue	91 (68,4)
Radiologue	23 (17,3)
Aucun	11 (8,3)
Ne sait pas	42 (31,6)
Mesures associées	
Remise d'une fiche d'information	3 (2,3)
Associations de patientes	22 (16,5)
Avis sur la formation	
Jugent que la communication sur l'endométriose est insuffisante dans la région	118 (88,7)
Seraient intéressés par une formation complémentaire spécifique	113 (85,0)

Parmi eux, 36,8 % des médecins généralistes déclaraient qu'ils orientaient leurs patientes vers un spécialiste dès la suspicion clinique d'endométriose et 31,6 % après échec d'un traitement de première intention.

Au total, 68,4 % des répondants rapportaient avoir un correspondant gynécologue et 17,3 % avaient un correspondant

radiologue ayant une formation spécifique pour l'endométriose à qui adresser leurs patientes.

Une fiche d'information sur l'endométriose était remise aux patientes par 2,3 % des médecins généralistes.

De plus, 16,5 % des médecins généralistes connaissaient des associations spécifiques vers lesquelles orienter leurs patientes pour un meilleur accompagnement.

Concernant la communication et la formation sur l'endométriose dans la région PACA, 88,7 % des répondants jugeaient la communication sur l'endométriose comme insuffisante dans la région et 85 % seraient intéressés par une formation complémentaire spécifique.

## 4. Discussion

### 4.1. Principaux résultats

Cette étude a permis de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes concernant l'endométriose dans la région PACA. À ce jour, et à notre connaissance, cet article représente la première étude de pratique concernant l'endométriose dans la région.

Près de 90 % des praticiens déclarent recevoir moins de 10 patientes par an pour suspicion d'endométriose. Ce chiffre est faible lorsqu'on prend en considération la prévalence de l'endométriose (environ 10 % des femmes en âge de procréer), et surtout l'orientation des médecins interrogés qui semblent avoir une activité spécifique en gynécologie (60 % des praticiens réalisent plusieurs consultations gynécologiques par semaine). La formulation de la question « Combien de cas d'endométriose ou de suspicion d'endométriose voyez-vous en consultation par an ? » incite pourtant à prendre en compte dans la réponse les patientes consultant spécifiquement pour des symptômes liés à l'endométriose mais aussi celles qui consultent pour un autre motif et chez qui le médecin suspecte une endométriose. Par ailleurs, plus de la moitié des médecins interrogés déclarent rechercher systématiquement une dysménorrhée à l'interrogatoire lors d'une consultation gynécologique standard. Près de deux-tiers d'entre eux déclarent aussi rechercher une endométriose sur simple demande ou inquiétude de la patiente même en l'absence de symptôme, ce qui n'est pas recommandé. L'ensemble de ces informations recoupées laisse entrevoir les limites de la détection de l'endométriose dans la population générale. Il existe vraisemblablement une faille qui pourrait se situer entre la recherche d'une dysménorrhée (qui est un symptôme très fréquent chez des patientes n'ayant pas d'endométriose) et la suspicion effective de l'endométriose. Les recommandations suggèrent de prescrire des examens complémentaires dans trois cas particuliers : (i) échec d'un traitement hormonal, (ii) présence de signe de localisation à l'examen clinique ou lors d'une échographie réalisée en consultation, (iii) désir de grossesse, infertilité ou refus d'un traitement hormonal. Notre étude révèle que moins d'un tiers des généralistes prescrivent un traitement hormonal en cas de symptôme évocateur de l'endométriose. Ce traitement d'essai étant essentiel à la démarche diagnostique selon les recommandations, il s'agit donc certainement d'un des écueils pour la détection de la maladie. Par ailleurs, plus d'un tiers des praticiens interrogés déclarent ne réaliser aucun examen clinique en cas de présence de symptôme évocateur, et près d'un tiers également (souvent les mêmes praticiens) ne connaissent pas de spécialiste spécifiquement formé pour l'endométriose à qui adresser leurs patientes. Concernant les examens complémentaires, contrairement à ce que suggèrent les recommandations, plus de la moitié des praticiens ont répondu que l'échographie pelvienne n'était pas un moyen fiable pour diagnostiquer l'endométriose. Étonnamment il s'agit néanmoins de

l'examen qu'ils prescrivent le plus fréquemment en première intention. Par ailleurs très peu de médecins généralistes semblaient connaître un radiologue spécifiquement formé à la reconnaissance de l'endométriose à qui adresser leurs patientes. La déclaration d'un faible nombre de patiente chez qui une endométriose est authentifiée ou même suspectée s'explique donc vraisemblablement dans notre étude par une sensibilisation insuffisante des médecins généralistes sur ce sujet. Il paraît ainsi évident selon ces chiffres que l'endométriose est insuffisamment suspectée.

Cette hypothèse est confortée par d'autres réponses au questionnaire. Malgré le fait qu'il s'agisse vraisemblablement d'un échantillon de médecins généralistes pratiquant particulièrement la gynécologie, seul un quart des praticiens jugeaient leurs connaissances sur l'endométriose comme suffisantes et moins d'un quart déclaraient avoir lu les recommandations récentes sur l'endométriose (qui comprennent pourtant un livret spécifique à destination des médecins généralistes). Nos résultats montrent également que presque 40 % des praticiens obtiennent moins de 75 % de réponses justes au questionnaire de connaissances concernant l'endométriose. Ces résultats sont néanmoins à mettre en perspective avec la littérature disponible. Dans l'étude de Quibel et al. de 2013 réalisée auprès de médecins généralistes de Seine-Maritime seuls un tiers des médecins généralistes étaient capables de donner les trois symptômes cardinaux de l'endométriose. En comparaison, dans notre étude nous obtenons de meilleurs résultats concernant la connaissance de ces symptômes évocateurs avec plus de 95 % de bonnes réponses sur cette question. Ces résultats pourraient être dus à un échantillonnage différent entre les deux études, puisque notre étude comprend une proportion élevée de médecins généralistes pratiquant régulièrement la gynécologie. Il est aussi probable que la médiatisation importante de l'endométriose ces dernières années à l'initiative des associations de patientes ait pu aboutir à une plus grande sensibilisation des médecins généralistes.

Une fréquence plus élevée des consultations pour motif gynécologique ainsi que la lecture des recommandations semblent associées dans notre étude à de meilleurs résultats au questionnaire des connaissances. Cette donnée, au demeurant non surprenante, va néanmoins dans le sens d'une pratique orientée de la gynécologie en médecine générale notamment pour l'endométriose. Les médecins généralistes ayant réalisé une formation spécifique en gynécologie ne représentaient qu'un quart de l'effectif total (il existe dans la région un diplôme universitaire de gynécologie médicale spécifiquement accessible aux médecins généralistes ainsi qu'un module optionnel de gynécologie médicale pour les internes du DES de médecine générale). L'étude menée par Roullier et al. en 2021, analysant les connaissances et pratiques des médecins généralistes de Picardie, retrouve des résultats similaires [12]. Ces chiffres témoignent du manque de réalisation de formations complémentaires. L'étude de Quibel et al. publiée en 2013, montrait qu'une participation à des formations complémentaires en gynécologie était associée à une meilleure prise en charge des patientes endométriosiques au cabinet [19].

#### 4.2. Forces et faiblesses de l'étude

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'il s'agit de la première étude de pratique menée sur le sujet dans la région PACA. Elle permet de mieux cibler les attentes et les besoins dans la région. Ceci est pertinent compte tenu de la future organisation des soins en filières et centres d'expertises régionaux. Le taux de réponse était de 32,7 % (133/407), ce qui est satisfaisant dans le contexte d'une étude par questionnaire en ligne [20].

L'échantillon de la population étudiée était assez faible. Seulement 133 médecins généralistes ont répondu à l'étude, alors

que la région en dénombre plus de 8000 [21]. La moyenne d'âge des médecins généralistes ayant participé à l'étude était de  $36,3 \pm 10,1$  ans. La population de notre étude est donc plus jeune que la réalité territoriale. Parmi les répondants, 3/4 étaient des femmes, ce qui est supérieur à la proportion nationale. Selon les données de l'atlas de la démographie médicale en France, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'âge moyen des médecins en activité régulière en France est de 50,3 ans, et les femmes représentent 51,5 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière [22]. Cette différence limite considérablement l'extrapolation des résultats à l'ensemble du territoire ou même à l'ensemble de la région PACA.

La représentativité de notre échantillon a aussi vraisemblablement subi un biais d'autosélection : les médecins généralistes ayant accepté de répondre au questionnaire semblent majoritairement avoir une pratique régulière de la gynécologie. Il est probable que des médecins généralistes ne pratiquant pas la gynécologie ne se soient pas sentis concernés par cette étude sur l'endométriose. Cela pourrait être considéré comme un biais important pour l'extrapolation de nos résultats à l'ensemble des médecins généralistes de la région. Notamment il est difficile à partir de notre population d'évaluer globalement les possibilités de détection de l'endométriose chez des patientes se présentant pour un suivi régulier hors consultation gynécologique. Néanmoins, nous argumentons que cette étude apporte des informations plus intéressantes sur une population de médecins généralistes particulièrement concernés par la gynécologie et donc effectivement susceptibles de rencontrer des patientes présentant de l'endométriose.

#### 4.3. Perspectives

L'évaluation globale des connaissances montre qu'il est nécessaire de promouvoir une formation ciblée en gynécologie pour certains médecins généralistes de la région PACA. Il apparaît également important d'encourager une meilleure communication et une meilleure coordination des soins avec les médecins spécialistes afin d'éviter une errance et un retard diagnostic.

Un item ECN spécifique a récemment été créé. Il permet de sensibiliser les étudiants dès le début de leurs études à cette problématique [23]. Parallèlement, la réforme du 3<sup>e</sup> cycle, datant de 2017, a permis de rendre obligatoire un stage en santé de la femme pour tous les internes [24].

On note que 85 % des médecins généralistes ayant participé à l'étude seraient intéressés par une formation complémentaire spécifique sur l'endométriose. Ceci représente un bon argument pour la création d'un nouveau diplôme universitaire dans la région.

La future organisation en filière de soin va permettre d'optimiser la collaboration entre les équipes du secteur public et privé, incluant les médecins généralistes et gynécologues de villes. Elles auront pour objectif la prise en charge de toutes les patientes souffrant d'endométriose, en hiérarchisant les niveaux de soins en fonction de leur pathologie, leur symptomatologie et leurs besoins.

Une meilleure formation des médecins généralistes à la prise en charge précoce de l'endométriose, la poursuite de la sensibilisation du corps médical ainsi qu'une amélioration du développement des filières de soins liés à endométriose semblent être la clé pour une prise en charge optimale des patientes atteintes d'endométriose.

## 5. Conclusion

Les résultats de notre étude suggèrent que les connaissances et les pratiques des médecins généralistes réalisant des consultations de gynécologie dans la région PACA seraient perfectibles. Dans le cadre de l'annonce d'une réorganisation régionale en filières des



soins liés à l'endométriose, d'autres études similaires devraient être régulièrement menées, afin de pouvoir apprécier l'évolution des pratiques des médecins généralistes.

### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

- [1] Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24:235–58. [http://dx.doi.org/10.1016/s0889-8545\(05\)70302-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0889-8545(05)70302-8).
- [2] Giudice LC. Clinical practice. *N Engl J Med* 2010;362:2389–98. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1000274>.
- [3] Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol* 2014;10:261–75. <http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2013.255>.
- [4] Laganà AS, Garzon S, Götte M, Viganò P, Franchi M, Ghezzi F, et al. The pathogenesis of endometriosis: molecular and cell biology insights. *Int J Mol Sci* 2019;20:E5615. <http://dx.doi.org/10.3390/ijms20225615>.
- [5] Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Gomel V, Martin DC. Pathogenesis of endometriosis: the genetic/epigenetic theory. *Fertil Steril* 2019;111:327–40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.10.013>.
- [6] Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update* 2005;11:595–606. <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmi029>.
- [7] Soliman AM, Coyne KS, Gries KS, Castelli-Haley J, Snabes MC, Surrey ES. The effect of endometriosis symptoms on absenteeism and presenteeism in the workplace and at home. *J Manag Care Spec Pharm* 2017;23:745–54. <http://dx.doi.org/10.18553/jmcp.2017.23.7.745>.
- [8] Bourdel N, Alves J, Pickering G, Ramilo I, Roman H, Canis M. Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? *Hum Reprod Update* 2015;21:136–52. <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmu046>.
- [9] Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2006;86:1296–301. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.04.054>.
- [10] Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:649–53. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00168.x>.
- [11] Ducarme G, Planche L, Lebœuf A. [Screening and management of endometriosis by primary care physicians]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2021;49:672–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2021.01.011>.
- [12] 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* 2021;50:102227. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102227>.
- [13] Gourbail L. Haute Autorité de santé; 2017;39.
- [14] Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, et al. Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines – Short version. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2018;47:265–74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.06.003>.
- [15] Le roman graphique sur l'endométriose. Endonymous 2018. <https://endonymous.fr/> [accessed April 22, 2022].
- [16] Endofrance: Association française de lutte contre l'endométriose. Association EndoFrance 2022. <https://www.endofrance.org/> [accessed April 22, 2022].
- [17] Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, annonce un plan d'action pour renforcer la prise en charge de l'endométriose - ministère des Solidarités et de la Santé 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-annonce-un-plan-d-action> [accessed April 22, 2022].
- [18] Lancement de la stratégie nationale de lutte contre l'endométriose. *elysee.fr*; 2022 [accessed April 22, 2022] <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2022/01/11/strategie-nationale-endometrie>.
- [19] Quibel A, Puscasiu L, Marpeau L, Roman H. [General practitioners and the challenge of endometriosis screening and care: results of a survey]. *Gynecol Obstet Fertil* 2013;41:372–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.02.024>.
- [20] Dykema J, Jones NR, Piché T, Stevenson J. Surveying clinicians by web: current issues in design and administration. *Eval Health Prof* 2013;36:352–81. <http://dx.doi.org/10.1177/0163278713496630>.
- [21] Conseil national de l'ordre des médecins. Conseil national de l'Ordre des médecins 2022. <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire/resultats> [accessed May 16, 2022].
- [22] atlas\_demographie\_medicale\_-\_cnom\_-\_2021.pdf 2021.
- [23] JOE\_TEXTE.pdf 2021.
- [24] R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf 2017.