

The logo for IFMS (Institut de Formation aux Métiers de la Santé) features the letters 'IFMS' in a bold, blue, sans-serif font. A horizontal orange bar is positioned above the 'F'.

Filière Kinésithérapie - Physiothérapie

The logo for the University of Bourgogne-Franche-Comté consists of the words 'UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ' in a black, sans-serif font. Small red curved lines are placed above the 'é' in 'UNIVERSITÉ' and 'COMTÉ'.The logo for the Region of Bourgogne-Franche-Comté displays the words 'RÉGION BOURGOGNE FRANCHE COMTÉ' in a black, sans-serif font. A vertical yellow bar is located to the left of the text.

Mémoire d'initiation à la démarche scientifique

Filière Kinésithérapie – Physiothérapie

Institut de Formation aux Métiers de la Santé

Hôpital Nord Franche-Comté

Etude de la prise en soin en kinésithérapie des femmes atteintes d'endométriose non ménopausées

Réalisé par : Mme POUPARD LÉA

Sous la direction de : Mme WINTENBERGER VALERIE

Année universitaire : 2020-2021

GLOSSAIRE

AI	Anti-Inflammatoire
AP	Activité Physique
APA	Activité Physique Adaptée
ASRM	American Society for Reproductive Medicine
CRAC	Contracter Relâcher avec Contraction de l'Antagoniste
Ddl	Degré De Liberté
DOM-TOM	Départements d'Outre-Mer et Territoires d'Outre-Mer
EHP-5	Endometriosis Health Profile-5
EHP-30	Endometriosis Health Profile-30
EI	Effet Indésirable
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FSFI	Female Sexual Function Index
FSH	Follicle Stimulating Hormone
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormone
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
LH	Luteinizing Hormone
MI	Membres Inférieurs
MK	Masso-Kinésithérapeute
MPP	Muscles du Plancher Pelvien
PES	Prise En Soins
QCM	Question à Choix Multiple
QRU	Question à Réponse Unique
RAVANS	Respiratory-gated Auricular Vagal Afferent Nerve Stimulation
SF-36	Short Form-36
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
TNF	Tumor Necrosis Factors
TTT	Traitement

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFMK de Montbéliard pour leur accompagnement tout au long de ce travail d'initiation à la recherche ainsi que ces 4 années de formation.

Je remercie plus particulièrement Valérie Wintenberger, ma directrice de mémoire, pour son soutien et ses conseils.

Je souhaite également remercier l'ensemble des participantes de l'étude pour le temps qu'elles m'ont accordées et l'investissement fournis.

Je tiens à adresser mes remerciements à l'association EndoFrance pour leur confiance, leur bienveillance et leur aide dans l'élaboration et la diffusion de mon questionnaire.

Merci à mes amies Mylène, Mathilde et Laure pour leur soutien, leur écoute et leur aide pour la relecture de ce travail.

Enfin, je remercie grandement ma famille et tout particulièrement mes parents pour leur soutien indéfectible, leurs précieux conseils et pour m'avoir épaulée tout au long de mes études.

CHARTRE DE NON PLAGIAT

L'honnêteté et la sincérité sont des valeurs essentielles à l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé du Nord Franche-Comté nous rechercherons donc, dans les documents produits, le plagiat car il est contraire à l'éthique soignante et il sera passible de sanctions.

Pour tout travail personnel, individuel ou collectif, pour lequel les étudiants sont autorisés à utiliser des documents, ils devront très précisément signaler leurs sources, à la fois dans le corps de texte et la bibliographie.

Article 1 : Définition du plagiat

Le plagiat est l'action de prendre « dans un ouvrage qu'on ne cite pas, des pensées, des expressions remarquables, ou même des morceaux entiers. »

Dictionnaire LITRE

« Il s'agit de toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits d'auteur, tels qu'ils sont définis et réglementés par la loi ».

Article 335-3 du Code de la propriété intellectuelle

Article 2 : Les sanctions encourues en cas de plagiat

En France, le Code de la propriété intellectuelle protège les œuvres de l'esprit. En cas de faute avérée, le plagiaire peut être condamné à de lourdes amendes pour « atteinte aux droits patrimoniaux » et/ou « atteinte au droit moral » (cf. partie réglementaire, livre III, titre III : procédures et sanctions)

Le règlement intérieur de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé du Nord Franche-Comté stipule que « conformément au code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle d'une œuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite. Le délit de contrefaçon peut donner lieu à une sanction disciplinaire, indépendamment de la mise en œuvre de poursuites pénales. » (cf. titre 1^{er}, chapitre 1^{er} : dispositions générales)

Engagement de l'étudiant :

Je soussigné(e) Lea POUPARD

déclare être pleinement conscient (e) que le plagiat d'un document ou d'une partie d'un document publié sur toute forme de support, y compris informatique, constitue une violation des droits d'auteurs ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage, pour tous les travaux demandés pendant ma formation, à présenter un document original, que je n'ai pas recopié et dont je n'ai pas utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans avoir mentionné leur origine et sans avoir signalé entre guillemets les citations intégrales.

Conformément au règlement en vigueur dans l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé du Nord Franche-Comté, le non respect de ces dispositions me rend passible de sanctions

DATE : 17/04/21

SIGNATURE



SOMMAIRE

TABLE DES TABLEAUX	
TABLE DES FIGURES	
I INTRODUCTION PERSONNELLE	1
II PARTIE THÉORIQUE	2
II.1 L'ENDOMÉTRIOSE	2
II.1.1 Généralités	2
II.1.2 Physiopathologie et facteurs de risque	3
II.1.3 Signes cliniques	5
II.2 LE PARCOURS DE SOINS	7
II.2.1 Les recommandations en France et en Europe	7
II.2.2 Un diagnostic tardif et complexe de la pathologie	8
II.2.2.1 L'interrogatoire	9
II.2.2.2 L'examen gynécologique	9
II.2.2.3 L'échographie	9
II.2.2.4 L'Imagerie par Résonance Magnétique	10
II.2.2.5 L'intervention chirurgicale	10
II.2.3 Les traitements	10
II.2.4 Les options d'intervention en kinésithérapie	12
II.3 PROBLÉMATIQUE	16
III MATERIEL ET METHODES	18
III.1 Choix de la méthode	18
III.2 Population cible	18
III.2.1 Critères d'inclusion et de non inclusion	18
III.2.2 Échantillonnage	19
III.3 Critères de diffusion	20
III.3.1 Phase de pré-test	20
III.3.2 Administration et diffusion	20
III.4 Élaboration du questionnaire	21
III.5 Analyse des résultats	23
IV RESULTATS	24
IV.1 Description de l'échantillon	24
IV.2 Recours à la kinésithérapie	27
IV.3 Résultats du groupe avec kinésithérapie	28

IV.3.1	Motif de consultation du kinésithérapeute.....	28
IV.3.2	Médecin prescripteur	28
IV.3.3	Contexte de la prescription.....	29
IV.3.4	Prise de contact avec le kinésithérapeute.....	31
IV.3.5	Choix du kinésithérapeute.....	31
IV.4	Résultats du groupe sans kinésithérapie.....	34
IV.4.1	Proposition de kinésithérapie par le médecin	34
IV.4.2	Intérêt pour la kinésithérapie dans le cadre de l'endométriose	35
IV.5	Lien entre les variables.....	36
V	DISCUSSION	37
V.1	Interprétation des résultats et réponse à la problématique	37
V.1.1	Recours à la kinésithérapie.....	37
V.1.2	Facteurs influençant la prise en soin : région et âge des participantes	38
V.1.3	Facteurs influençant la prescription médicale : motifs et acteurs	38
V.1.4	Facteurs influençant la prise de contact avec le kinésithérapeute.....	40
V.1.5	Facteurs influençant la décision des patientes : spécialité et sexe du thérapeute	40
V.2	Limites et biais de l'étude	41
V.2.1	Limites et biais concernant l'outil de diffusion	41
V.2.2	Limites concernant la forme du questionnaire.....	41
V.2.3	Limites liées à l'analyse des résultats	43
V.3	Apports professionnels et perspectives de recherche	43
V.3.1	Apports professionnels.....	43
V.3.2	Perspectives de recherche	44
V.3.3	Apports personnels.....	45
V.4	CONCLUSION	47
VI	RÉFÉRENCES	
	TABLE DES ANNEXES	
	RÉSUMÉ	
	ABSTRACT	

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Lignes directrices concernant la prise en soin de l'endométriose.....	8
Tableau 2: Techniques de kinésithérapie montrant des bénéfices pour l'endométriose.....	15
Tableau 3: Caractéristiques générales des participantes.....	25
Tableau 4: Caractéristiques spécifiques des participantes en lien avec l'endométriose	26

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma représentant le phénomène de menstruation rétrograde.....	4
Figure 2: Proportion du recours à la kinésithérapie	27
Figure 3: Motifs de consultation du kinésithérapeute	28
Figure 4: Représentation des spécialités des médecins prescripteurs de kinésithérapie	29
Figure 5: Représentation du contexte de la prescription	30
Figure 6: Temporalité de la prescription	30
Figure 7: Raisons de l'impossibilité de la prise en soin en kinésithérapie au premier contact.	31
Figure 8: Répartition de la spécialité du kinésithérapeute	32
Figure 9: Justification du choix de la spécialisation du kinésithérapeute	33
Figure 10: Choix du kinésithérapeute en fonction du sexe	33
Figure 11: Proportion de l'abord de la kinésithérapie par le médecin	34
Figure 12: Intérêt porté aux informations concernant la kinésithérapie.....	35
Figure 13: Souhait du moyen de diffusion d'informations concernant la kinésithérapie	36

I INTRODUCTION PERSONNELLE

L'endométriose est une pathologie chronique gynécologique encore peu connue bien que les répercussions soient nombreuses et importantes. Elle touche de nombreuses femmes, en France et dans le monde, et si certaines sont asymptomatiques, d'autres souffrent de symptômes invalidants qui altèrent considérablement leur qualité de vie.

À ce jour, le diagnostic est encore long et tardif et les patientes se retrouvent confrontées à une errance diagnostique. Concernant les traitements de la pathologie, il s'agit pour la plupart de techniques lourdes et invasives qui ne peuvent obtenir une guérison complète et définitive. Toutes ces raisons nous amènent à constater qu'il s'agit d'un réel enjeu de santé publique sur lequel persiste de nombreuses zones d'ombre.

Ces dernières années, la prise en soin et les représentations de cette pathologie commencent à évoluer et la recherche scientifique à ce sujet est lancée. Ceci s'explique en partie par la médiatisation, par certaines personnalités publiques françaises, de cette pathologie jusqu'à lors encore tabou. La parole se libère progressivement et amène à une évolution positive.

Étant moi-même touchée personnellement par l'endométriose, je ne peux que constater la complexité de cette maladie d'une part et les difficultés de prise en soin d'une autre part. À travers ce parcours personnel j'ai rencontré de nombreuses femmes dans mon cas, elles présentaient chacune des symptômes très diversifiés nécessitant pour chacune une prise en soin personnalisée et pluridisciplinaire. Ces rencontres ont confirmé et appuyé davantage mon envie de travailler sur ce sujet. Je tiens malgré tout à conserver mon objectivité lors de mes recherches et de la rédaction de ce mémoire.

C'est pour l'ensemble de ces raisons, qu'il m'a semblé évident de consacrer mon mémoire de fin d'étude de masso-kinésithérapeute à l'étude de cette pathologie et à sa prise en soin.

II PARTIE THÉORIQUE

II.1 L'ENDOMÉTRIOSE

II.1.1 Généralités

L'endométriose est une pathologie inflammatoire chronique dépendante des œstrogènes qui touche la femme en âge de procréer (1,2). Elle se définit de façon histologique par la présence de glandes et/ou de stroma endométrial en dehors de la cavité utérine (3,4). Elle est associée à des douleurs pelviennes chroniques, une infertilité ainsi qu'une qualité de vie diminuée (5).

Cette pathologie affecte 6 à 10% de la population féminine. On retrouve chez les femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques et/ou d'infertilité 35 à 55% de cas d'endométriose. De même, 50% des adolescentes souffrant de dysménorrhées en sont atteintes (6–8). Bien que la chirurgie puisse soulager ces douleurs, 75% des patientes présentent une récurrence des symptômes dans les 2 ans et une intervention chirurgicale supplémentaire est nécessaire dans 57,8% des cas (3,9).

Il s'agit d'une pathologie hétérogène du fait des symptômes très variés, de ses différentes formes et des diverses localisations des lésions (5).

On distingue trois formes :

- L'endométriose superficielle ou péritonéale : les lésions sont localisées à la surface du péritoine (4,10).
- L'endométriome ovarien : se présentant sous la forme d'un ou plusieurs kystes différents d'un kyste lutéal ou folliculaire. Il a une origine extra-ovarienne et provient d'une lésion du péritoine ayant adhéré à l'ovaire (11).
- L'endométriose profonde infiltrante : les lésions sont localisées sous le péritoine (5mm de profondeur minimum) et affectent différentes structures.

Parmi ces structures nous retrouvons principalement les ligaments utéro-sacrés (dans 50% des cas), l'intestin (20-25% des cas), la vessie (15%), les uretères (3%) et le cul-de-sac vaginal postérieur (cul-de-sac de Douglas) (10,12,13).

L'endométriose peut également être classée selon 4 stades en fonction du degré de sévérité de la pathologie. La classification la plus largement acceptée à ce jour est celle de l'American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (14). La détermination du stade est réalisée par un score (de 1 à 40) calculé en fonction du nombre et de la taille des lésions, de la présence d'adhérences et de l'implication des ovaires et/ou du péritoine (15) :

- Stade I : minime
- Stade II : léger
- Stade III : modéré
- Stade IV : sévère

Ces stades n'ont pas de lien direct avec l'intensité des douleurs et avec la probabilité de conception d'un enfant après traitement (16). D'autres classifications ont été proposées, bien que celle de l'ASRM reste la plus utilisée (17).

II.1.2 Physiopathologie et facteurs de risque

L'étiologie et la physiopathologie de l'endométriose sont à ce jour encore méconnues, cependant certaines hypothèses ont émergées. Les théories fortement suspectées à l'heure actuelle sont notamment : la menstruation rétrograde, l'altération de l'immunité et la métaplasie cœlomique (18).

La théorie de la menstruation rétrograde aussi appelée théorie de Sampson est la plus reconnue et se base sur des preuves solides (3). Elle se définit comme la progression de fragments d'endomètre transportés selon un flux rétrograde de la cavité utérine en direction des trompes utérines au moment des menstruations (1). Ces fragments traversent la barrière des trompes afin de se retrouver dans la cavité péritonéale, où ils pourront adhérer aux différentes structures avoisinantes. Ce phénomène est incriminé car il est retrouvé chez 97% des patientes souffrantes d'endométriose comparé à 60% des femmes non atteintes (19). De ce fait, toutes les femmes subissant ce phénomène ne déclarent pas d'endométriose.

C'est pourquoi il existe une seconde théorie venant corroborer la première il s'agit de l'altération de l'immunité. Elle se définit par une déficience de l'immunité à médiation cellulaire. En effet, une anomalie des fonctions immunologiques des leucocytes (lymphocytes B et T) et une diminution de la cytotoxicité des cellules tueuses naturelles ont été observées. Ceci empêchant

l'élimination optimale des fragments endométriaux présents dans le péritoine (20). De plus, les femmes atteintes d'endométriose présentent une augmentation des cellules macrophages entraînant une sécrétion élevée de cytokines TNF-alpha. Ces dernières sont à l'origine d'une inflammation locale au sein du péritoine et participent aussi à l'adhérence des cellules endométriales. Enfin, cette théorie rapporte également une augmentation des facteurs de croissance péritonéaux responsables de la formation d'une microvascularisation (21). Cette dernière entretient la prolifération des fragments et participe de ce fait à la progression de la pathologie.

La troisième théorie est celle de la métaplasie cœlomique : des cellules indifférenciées qui sont présentes à la surface du péritoine pourraient se différencier en cellules endométriales (22).

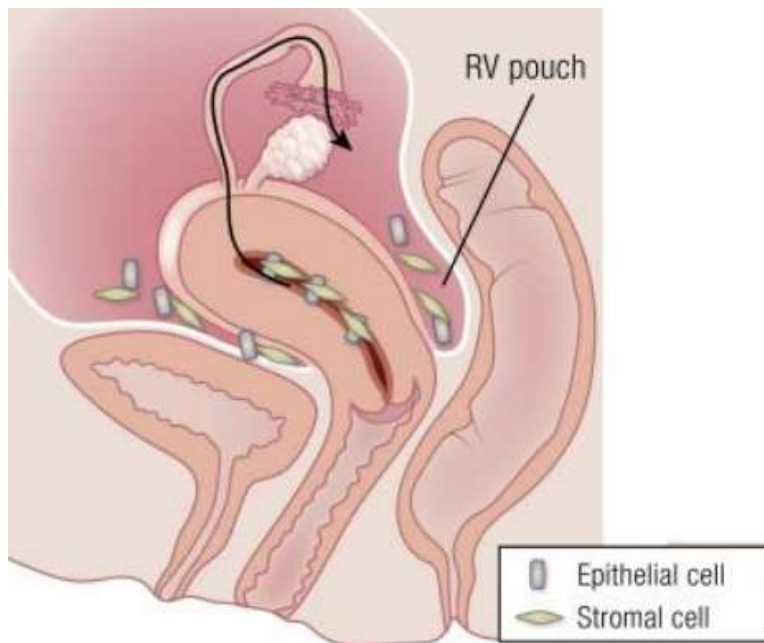


Figure 1 : Schéma représentant le phénomène de menstruation rétrograde

RV pouch = Cul-de-sac rétro-vaginale (cul-de-sac de Douglas), Epithelial cell = Cellule épithéliale, Stromal cell = Cellule stromale.

Dans : Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, et al. Endometriosis. Endocr Rev. 17 avr 2019;40(4):1048-79.

Par ailleurs, les causes de cette pathologie seraient une intrication complexe entre des prédispositions génétiques et des facteurs environnementaux (23). Des facteurs de risque tels que des antécédents familiaux d'endométriose sont rapportés, l'hérédité de cette pathologie est estimée à 51% (5). De plus, certains facteurs menstruels et reproductifs sont reconnus comme étant des facteurs de risques : nous retrouvons parmi ceux-ci les menstruations abondantes et irrégulières, la nulliparité et des premières menstruations à un âge précoce. Par ailleurs, une corrélation entre l'environnement et le risque de développer de l'endométriose est aussi suspectée. Une consommation d'alcool par la mère pendant la grossesse, une exposition prolongée à des polluants ainsi qu'une activité physique insuffisante pourrait entrer en cause (1).

II.1.3 Signes cliniques

Le tableau clinique de cette pathologie est large et comporte des disparités importantes au sein des symptômes (4). La plupart des patientes présentent un ensemble de symptômes et rarement un symptôme isolé (24).

La principale plainte des femmes atteintes d'endométriose est la douleur pelvienne chronique (non cyclique), elle est retrouvée chez 76% des patientes (25,26). Elle représente également la première cause de réorientation vers un chirurgien pour réaliser une laparoscopie (27).

Nous retrouvons également des dysménorrhées (douleurs liées au cycle menstruel) et des métrorragies (menstruations abondantes et prolongées) (25,28).

Ces différents symptômes sont retrouvés de manière fréquente et quel que soit le type et la localisation des lésions.

Par ailleurs, d'autres symptômes sont spécifiques à la localisation anatomique d'une lésion endométriosique et peuvent être classés en fonction de l'atteinte (27,28) :

- Troubles gynécologiques et sexuels : dyspareunie (douleur pendant les rapports sexuels). Ces douleurs sont très fréquentes et peuvent correspondre à une endométriose profonde infiltrante touchant les ligaments utéro-sacrés (10,28).
- Troubles urinaires : dysurie (difficulté à l'évacuation de l'urine), urgenturie (besoin impérieux d'uriner), hématurie (présence de sang dans les urines), pollakiurie (miction

fréquente diurne et nocturne) et douleur à la miction.

Une inflammation et une hyperactivité vésicale peut également être retrouvée (26,29).

Ces signes fonctionnels urinaires témoignent d'une endométriose profonde infiltrante avec atteinte de la vessie et/ou des uretères. Ceci peut évoluer vers une obstruction des uretères avec perte de la fonction rénale (28,29).

- Troubles digestifs : constipation, dyschésie (difficulté à l'exonération des selles), diarrhée, rectorragie et douleurs à la défécation (30,31).

Ces signes fonctionnels digestifs attestent d'une endométriose profonde avec atteinte du système digestif et/ou atteinte de la paroi postérieure du vagin (28).

- Troubles myofasciaux : douleur pelvienne myofasciale (douleur musculo-squelettique locale déclenchée par des points de déclenchement appelés « trigger points ») (32).

- Rachialgie/Dorsalgie : douleur chronique à type de lombalgie le plus fréquemment (33,34).

- Troubles de la sensibilité centrale : hyperalgésie, allodynie et vulvodynie.

Ces douleurs sont liées à une sensibilisation centrale provoquée par des stimulus nociceptifs répétés sur le long terme. Cela explique que des douleurs puissent persister malgré une élimination des lésions par intervention chirurgicale (35,36).

En plus de ces signes cliniques invalidants, l'infertilité est un trouble retrouvé chez 40% des patientes atteintes de la pathologie (27). Et sur la totalité des femmes infertiles 17% souffrent d'endométriose (8). Ce trouble nécessite une attention particulière dans la prise en soin et requiert des traitements spécifiques à cette dimension. En effet, le traitement de l'infertilité prend en compte le traitement classique de l'endométriose associé à la procréation médicale assistée (37).

Par conséquent, l'ensemble de ces troubles impactent le bien-être physique, psychique, émotionnel et sexuel des patientes et altèrent considérablement leur qualité des vies (24,38). Le retentissement sur leur vie sociale, professionnelle/scolaire et familiale est conséquent et non

négligeable (26). Une échelle de qualité de vie spécifique à l'endométriose a notamment été créée, il s'agit de l'échelle EHP-30. Ce score, de 30 questions, est réparti en 5 items évaluant la douleur, la gestion de symptômes et le sentiment d'impuissance, le soutien social, le bien-être émotionnel et l'image de soi. Une version plus courte existe, il s'agit de l'EHP-5, ces deux versions sont validées et traduites en français (39). Le questionnaire générique de qualité de vie SF-36 a également été testé et validé pour l'endométriose (40).

II.2 LE PARCOURS DE SOINS

II.2.1 Les recommandations en France et en Europe

Des groupes d'experts ont établi des lignes directrices concernant la gestion de l'endométriose, du diagnostic au traitement, dans le but de proposer aux patientes un parcours de soin optimal. Ces directives ont été définies d'une part à l'échelle nationale par les Recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) et d'une autre part à l'échelle Européenne par les guidelines de la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) (4,41). Ces lignes directrices ont été synthétisées dans le tableau ci-dessous :

HAS	Les examens de première intention pour rechercher une endométriose sont l'examen clinique (gynécologique si possible) et l'échographie pelvienne. (AE)
	L'échographie pelvienne et l'IRM apportent des informations différentes et complémentaires. (AE)
	La coelioscopie diagnostique peut être indiquée en cas de suspicion clinique d'endométriose, alors que les examens préopératoires n'en ont pas fait la preuve (C)
	Les traitements hormonaux recommandés en première intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse, sont la contraception par œstroprogestatifs et le système intra-utérin au lévonorgestrel (B).
	Les prises en charge non médicamenteuses qui ont montré une amélioration de la qualité de vie peuvent être proposées en complément de la prise en charge médicale de l'endométriose (AE)

	En cas de douleurs chroniques, une évaluation interdisciplinaire (gynécologues, algologues, sexologues, psychologues et assistantes sociales) est recommandée (AE).
ESHRE	Envisager le diagnostic en présence de symptômes gynécologiques tels que: dysménorrhée, douleurs pelviennes non cycliques, dyspareunie profonde, infertilité, fatigue. (GPP)
	Envisager le diagnostic chez les femmes en âge de procréer avec des symptômes cycliques non-gynécologiques (dyschezie, dysurie, hématurie, saignement rectal). (GPP)
	Effectuer une laparoscopie en complément d'une histologie pour diagnostiquer l'endométriose. (GPP)
	Prescrire un traitement hormonal [contraceptifs hormonaux, progestatifs, antiprogestagènes ou agonistes de la GnRH] (réduction de la douleur). (A-B)
	Lorsque l'endométriose est identifiée lors de la laparoscopie, le traitement chirurgical de l'endométriose (excision et ablation des lésions) est recommandé. Il est efficace pour réduire la douleur associée à l'endométriose : méthode du «voir et traiter». (A)
	Pas de recommandations sur l'utilisation de compléments nutritionnels, médecine complémentaire ou alternative, car les avantages potentiels et / ou les EI ne sont pas clairs. Cependant, certaines femmes ayant recours à une médecine complémentaire et alternative peuvent ressentir des bienfaits. (GPP)

Tableau 1: Lignes directrices concernant la prise en soin de l'endométriose.

A : Preuve scientifique établi, B : Présomption scientifique, C : Faible niveau de preuve scientifique, AE : Accord d'expert, GPP : Good Practice Point, recommandation basée sur l'expérience du groupe d'élaboration des lignes directrices.

II.2.2 Un diagnostic tardif et complexe de la pathologie

La durée entre l'apparition des premiers symptômes et l'annonce du diagnostic est très souvent longue. Il faut en moyenne entre 7 et 11 ans avant d'établir le diagnostic d'endométriose (3). Les raisons de ce délai sont multiples : cela peut provenir d'une difficulté à différencier l'endométriose d'autres pathologies gynécologiques, de l'inexistence de marqueur biologique permettant d'établir le diagnostic mais également de la nécessité d'une intervention chirurgicale

pour obtenir un diagnostic certain et définitif (38,42).

Quel qu'en soit les causes, ce retard engendre des conséquences sur la dimension physique, psychologique et sur la qualité de vie des patientes (38).

II.2.2.1 L'interrogatoire

L'interrogatoire vise à récolter les signes cliniques évocateurs d'endométriose. Il n'est pas suffisant à lui seul pour diagnostiquer la pathologie cependant il permet d'orienter la patiente vers des examens complémentaires pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

La douleur pelvienne chronique persistante et progressive (non cyclique) ainsi que les dysménorrhées sont des symptômes omniprésents de cette pathologie et peuvent orienter le diagnostic en son sens (43). De plus, l'association avec d'autres signes évocateurs tels que les dyspareunies, dysuries, et dyschézies permet d'augmenter la probabilité du diagnostic (38,43). Des scores de prédiction de l'endométriose basés sur une combinaison de symptômes et de facteurs de risque (menstruations abondantes, prédisposition génétique) sont actuellement en recherche (44). Ces modèles prédictifs ont pour objectif de réduire le retard de diagnostic ainsi que d'éviter les interventions chirurgicales inutiles. Néanmoins, à ce jour, ces scores prédictifs n'ont montré aucun résultat fiable et ont une valeur prédictive faible (45).

II.2.2.2 L'examen gynécologique

L'examen gynécologique par palpation digitale des ligaments utéro-sacrés, du cul-de-sac de Douglas, de la paroi postérieure de la vessie et des annexes peut détecter des nodules endométriosiques ainsi que des zones de douleur intense caractéristiques de la pathologie (43,46). Cependant, l'examen gynécologique peut aussi ne déceler aucune anomalie et cela n'exclut pas pour autant le diagnostic d'endométriose (46). Il doit donc être réalisé en combinaison avec d'autres examens tels que l'échographie ou l'IRM (47).

II.2.2.3 L'échographie

L'échographie par voie transvaginale est l'examen de première intention en complément de l'interrogatoire et de l'examen gynécologique (38,48). La réalisation de l'échographie doit

cependant être effectuée selon un protocole spécifique et par un professionnel expérimenté et formé à la reconnaissance des lésions d'endométriose (46). L'échographie transvaginale bénéficie d'une bonne sensibilité et d'une bonne spécificité, permettant d'inclure ou d'exclure le diagnostic (49). Néanmoins, la validité de cet examen est élevée dans les endométrioses de type « endométriome ovarien » et est largement plus faible pour les autres formes d'endométriose (43).

II.2.2.4 L'Imagerie par Résonance Magnétique

L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est l'examen de deuxième intention qui est prescrit après une échographie pelvienne et/ou un examen clinique révélant des signes évocateurs d'endométriose (41). Par conséquent, l'IRM a pour objectif d'une part de confirmer les éléments visualisés lors des imageries et examens cités ci-dessus afin d'apporter davantage de poids au diagnostic. D'autre part, cet examen permet d'évaluer la localisation et l'étendue des lésions en vue d'une intervention chirurgicale ultérieure (50). La spécificité de cette imagerie est élevée (94%) et sa sensibilité est modérée (77%). Bien qu'elle ne puisse établir le diagnostic, l'IRM permet d'effectuer un triage (50).

II.2.2.5 L'intervention chirurgicale

L'intervention chirurgicale par laparoscopie (décrite dans la partie II.2.3) est le gold standard¹ pour le diagnostic de l'endométriose (3). Il permet de confirmer la présence d'endométriose de façon certaine et définitive ainsi que visualiser la localisation et l'étendue des lésions afin d'en évaluer la sévérité (43). D'après la ESHRE, il est recommandé d'éliminer les lésions rencontrées au moment de cette laparoscopie diagnostic par la méthode du « voir et traiter » dans le but de réduire le nombre d'interventions chirurgicales (41).

II.2.3 Les traitements

À ce jour, il existe peu d'options pour traiter cette pathologie, et celles-ci ne permettent pas d'obtenir une guérison. Les traitements existants se divisent en deux catégories : d'une part les

¹Gold standard : Test de référence/étalon d'or du diagnostic

traitement pharmacologiques et d'autre part les traitements chirurgicaux qui seront décrits ci-dessous (51). Les principaux objectifs de ces traitements sont de réduire la douleur et les autres symptômes, éliminer les lésions existantes d'endométriose et ralentir la progression de la pathologie (52).

Concernant les interventions chirurgicales, elles sont réalisées par laparoscopie (aussi appelée coelioscopie) ou par laparotomie (53). Il est à noter que ces interventions sont toutes deux invasives, lourdes et présentent des risques (42). Néanmoins, la laparoscopie comparativement à la laparotomie permet une réduction des complications et douleurs postopératoires, ainsi qu'une diminution de la durée et du coût d'hospitalisation (54). C'est pourquoi, la voie d'abord par laparoscopie est donc recommandée (4).

Les options chirurgicales peuvent être conservatrices ou définitives. Le traitement définitif équivaut à une hystérectomie (ablation de l'utérus) associée éventuellement à une ovariectomie (ablation des ovaires) remettant en cause la fertilité de la femme (9).

Le traitement conservateur vise à éliminer les lésions d'endométriose par excision ou ablation au laser (53). Ces tissus endométriosiques excisés pourront subir une histologie afin de confirmer l'origine des cellules et écarter toute malignité (41). La restauration d'une anatomie physiologique doit être réalisée dans la mesure du possible (52).

Dans le cadre d'endométrioses ovariens, l'intervention peut participer à la formation d'adhérences et diminuer la réserve ovarienne, ainsi la fertilité de la patiente peut être impactée. Concernant l'endométriose profonde infiltrante, la chirurgie est complexe et comprend de nombreux risques. En effet, dans certains cas la résection d'une partie de l'intestin, des ligaments utéro-sacrés ainsi que de la paroi postérieure du vagin peut être nécessaire (53).

Quant à l'efficacité de cette technique, la laparoscopie apporte une diminution considérable des douleurs notamment au niveau des douleurs pelviennes chroniques, des dysménorrhées, des dyspareunies et des dyschézies (9,55). Par ailleurs, une amélioration de la fonction sexuelle ainsi que de la qualité de vie est également à noter. Le score de qualité de vie est significativement plus élevé après l'intervention malgré qu'il n'atteigne pas le score d'une personne sans endométriose (56). Cependant, la réduction des douleurs n'est pas observée dans tous les cas : 20 à 28% des patientes opérées ne rapportent pas un soulagement de la douleur après l'intervention (36). De plus, les récurrences et exacerbations de la pathologie sont fréquentes :

selon une étude 33% des patientes ont dû subir une nouvelle intervention dans les 5 ans et 51% ont dû répéter plusieurs fois la procédure (9).

Concernant les traitements pharmacologiques, les thérapies actuelles ont pour objectif de diminuer le taux d'œstrogène circulant au vue du caractère hormono-dépendant de la pathologie (51). Pour se faire l'effet anti-œstrogénique de la progestérone est utilisé, immergeant le corps dans un état proche de celui de la grossesse (57). Ces traitements sont des analogues des contraceptifs oraux prescrits chez les femmes sans endométriose. Le mécanisme d'action dans le cadre de l'endométriose est encore incertain, néanmoins ces progestatifs pourraient inhiber les récepteurs des œstrogènes ainsi qu'empêcher l'implantation et la croissance de l'endomètre (58). De plus, un second type de traitement est envisageable, il s'agit de l'analogue de l'hormone de libération gonadotrophines hypophysaires (aussi appelée GnRH) (55). Cette neurohormone synthétisée par l'hypothalamus est responsable de la sécrétion des hormones lutéinisantes (LH) et folliculo-stimulantes (FSH). L'utilisation de ce traitement provoque une ménopause appelée ménopause artificielle (59).

L'efficacité de ces thérapies n'est, à ce jour, pas encore optimale puisque les études démontrent la persistance d'implants endométriaux résiduels malgré les traitements (51). De plus, ils ne peuvent être utilisés sur le long terme car ils engendrent des effets secondaires et des conséquences inenvisageables, tel que le déclenchement d'une ostéoporose précoce sous analogue de la GnRH (3).

A ce jour, la ESHRE recommande toutefois aux médecins de prescrire un traitement hormonal de manière empirique en la présence de signes évocateurs d'endométriose même si une laparoscopie diagnostique n'a pu être effectuée (41).

II.2.4 Les options d'intervention en kinésithérapie

Il existe, à ce jour, un nombre peu élevé d'études portant sur l'effet de la kinésithérapie sur l'endométriose du fait de la complexité de leur mise en place (effectif souvent faible, difficulté à mettre en place le double aveugle...). Cependant, ces dernières années les études se multiplient et celles qui ont pu être réalisées tendent à montrer qu'il existe des bénéfices aux techniques de kinésithérapie : notamment une diminution de la douleur et une amélioration de la qualité de

vie des patientes. La kinésithérapie représente une thérapeutique supplémentaire et non invasive des traitements chirurgicaux et médicamenteux (60). Elle est, par conséquent, un levier important de l'amélioration de la prise en soin des femmes atteintes d'endométriose.

Les techniques de kinésithérapie ayant démontré des bénéfices sur les troubles et/ou sur les conséquences de l'endométriose et pouvant être intégrées dans la prise en soin sont détaillées dans le tableau ci-dessous (Tableau 2) :

TECHNIQUES	INDICATIONS	OBJECTIFS	MODALITES D'APPLICATION
TENS	Douleur chronique pelvienne (61) Dyspareunie profonde Dyschésie ((62) Dysménorrhée (63) Bien-être/ image de soi altéré, Besoin de soutien social (60) Gestion de la douleur (64) Anxiété (65)	- Diminution douleur sur l'EVA (62,63) - Diminution fréquence de prise d'AI (66) - Amélioration qualité de vie sur l'échelle EHP-30 (39,62)	Application électrodes sur différents sites possibles : - Intra-vaginale (61) - Sacrée S3-S4 (60) - Abdominale inférieur (66) - Auriculaire selon la méthode RAVANS (65)
Massage	Dysménorrhée (67) Douleur à type de crampes menstruelles Sensation de tension (68) Stress (68)	- Diminution douleur sur l'EVA à court et long terme (67,69) - Recherche d'un effet relaxant et apaisant (68)	Effectué par un MK au niveau abdominal et région sacrée (67) En association éventuelle avec aromathérapie (68,70)
Activité physique	Douleur chronique pelvienne (71) Perte de mobilité Inactivité/Réduction de l'AP (72) Perte de densité	- Diminution douleur sur l'EVA (71) - Reprise de l'activité physique progressive et accompagnée (74) - Amélioration tolérance à	Activité physique supervisées par MK ou APA. Différentes activités possibles :

		osseuse (liée aux TTT hormonaux) (73) Stress, anxiété Bien-être psychique altéré (74) Souhait d'autogestion de la pathologie (75)	l'effort - Retrouver son niveau antérieur d'AP (75) - Palier les EI des traitements (perte de densité osseuse des GnRH) / Prévention de l'ostéoporose (73) - Action positive sur la fonction ovarienne (76)	- Pilates (69) - Aérobie (75) - Etirement - Marche (73) - Posture (71)
	Relaxation/ Respiration/ Yoga	Bien-être/image de soi altéré Souhait d'autogestion douleur Besoin d'un soutien social (77) Anxiété (78)	-Diminution douleur sur l'EVA (63,77) -Amélioration qualité de vie sur l'EHP-30 (4)	Séances de Yoga (77) Relaxation classique Exercices de respiration associés à la posture (71) Relaxation de type Jacobson (78)
Techniques uro-gynécologiques	Massage interne / Libération myofasciale	Dyspareunie (79) Douleur chronique pelvienne (80,81) Douleur génitale (80) Dysurie Hyperactivité vésicale (82) Trouble de la sexualité (satisfaction, désir, lubrification, orgasme, douleur) (79,80)	- Diminution de la douleur sur l'EVA et sur l'échelle McGill (83) - Amélioration de la fonction sexuelle sur l'échelle FSFI - Amélioration de la qualité de vie (79) - Diminution de la suractivité des muscles du plancher pelvien - Production d'un effet relaxant (80)	- Technique de libération des points Trigger en intravaginale : Pressions douces, lentes et soutenues Étirement CRAC sur muscle(s) contracturé(s) (84) - Massage Thiele en transvaginale et/ou transrectal par pression sur l'insertion musculaire (85) - Massage Weiss en transvaginal sur les points Trigger par pressions progressives associées à une contraction isométrique et étirement (86)

Entraînement muscles plancher pelvien	Dyspareunie (80,81,87)	- Diminution de la douleur sur l'EVA - Briser le cercle douleur – spasme - douleur (82)	Aucun consensus sur le protocole (89) En biofeedback manuel ou en électrothérapie. - Contraction volontaire maximale et sélective suivie d'une relaxation maximale entre chaque contraction (81) - Méthode Kegel
	Douleur chronique pelvienne (82)	- Apprentissage de la relaxation du muscle après contraction (88)	
	Dysfonction plancher pelvien (81)	-Diminution de la suractivité des MPP (80)	
	Vestibulodynie (88)	- Restaurer longueur initiale et tonus de repos des MPP (81)	
	Incontinence urinaire d'effort (89)	- Augmentation force et endurance MPP - Amélioration de la fonction sexuelle sur l'échelle FSFI (80)	

Tableau 2: Techniques de kinésithérapie rapportant des bénéfices pour l'endométriose.

II.3 PROBLÉMATIQUE

Fort des éléments cités précédemment, il apparaît comme une nécessité d'adopter une approche globale et pluridisciplinaire dans la prise en soin de l'endométriose. Les recommandations nationales et européennes appuient l'importance de cette prise en soin holistique avec une évaluation approfondie de la douleur. Cette dernière est un symptôme prédominant et invalidant de la pathologie et elle doit être traitée et prise en compte selon sa dimension bio-psycho-sociale.

Connaissant le caractère émergeant de cette pathologie, la recherche scientifique à son sujet est encore très récente. Cela explique que le parcours de soin est, à ce jour, non optimale et souvent chaotique pour les patientes qui oscillent entre l'errance diagnostique et les traitements aux effets indésirables et aux risques importants. Malgré tout, les recherches en cours sont probantes et témoignent en faveur d'une prise en soin globale intégrant la kinésithérapie.

En effet, au vue du tableau clinique large et varié de l'endométriose, de nombreux symptômes peuvent être abordés par des techniques kinésithérapiques en complément des traitements pharmacologiques et chirurgicaux. L'expertise du kinésithérapeute peut apporter une amélioration des troubles uro-gynécologiques et également des troubles associés ne relevant pas de la sphère uro-gynécologiques et pourtant bien présents dans la vie des femmes atteintes d'endométriose (sensibilité centrale, dorsalgie par exemple). Son rôle de conseil (conseils sexuels, alimentation, activité physique) et de soutien social et psychologique est évidemment non négligeable.

Globalement, le masso-kinésithérapeute peut apporter aux patientes une réduction de leur douleur et une amélioration de leur qualité de vie, qui représentent des points essentiels de la prise en soin.

Néanmoins, ceci n'a été explicité que très récemment alors nous pouvons nous demander si, en France, ces thérapies complémentaires sont à ce jour déjà mises en place et si elles font déjà parties intégrantes de la prise en soin.

C'est pourquoi, dans un but d'amélioration de la prise en soin et d'obtention d'un parcours de soins coordonné et pluridisciplinaire, nous pouvons nous demander :

Quelle est la place de la kinésithérapie dans le parcours de soins des femmes atteintes d'endométriose ?

L'objectif principal de ce mémoire est donc d'évaluer si, à ce jour, les femmes atteintes d'endométriose ont recours à une prise en soin kinésithérapique.

Les objectifs secondaires s'attacheront à l'identification des facteurs influençant cette prise en soin :

- 1) Identifier et comprendre les facteurs influençant la prescription médicale de séances de kinésithérapie.
- 2) Identifier et comprendre les facteurs influençant la mise en place de séances de kinésithérapie après obtention d'une prescription médicale.
- 3) Identifier et comprendre les facteurs influençant la décision et les motivations des patientes à effectuer des séances de kinésithérapie

III MATERIEL ET METHODES

III.1 Choix de la méthode

Ce mémoire s'intéresse à la description et à la compréhension du parcours de soins des patientes atteintes d'endométriose. De ce fait, une étude qualitative sous forme de questionnaire semble être la méthode la plus pertinente et appropriée pour recueillir les ressentis et expériences des sujettes.

Le format questionnaire comparativement aux entretiens a été privilégié du fait qu'il offre la possibilité d'interroger un plus grand nombre de participantes ainsi que de collecter des informations plus objectives et structurées (90).

En effet, les enquêtes par questionnaire comportent une série de questions préparées au préalable et les réponses sont analysées de façon statistiques.

Selon François de Singly : *“Schématiquement, le questionnaire doit être choisi si on se situe dans le cadre d’une sociologie explicative, à la recherche des raisons objectives des actions,”* (90)

III.2 Population cible

Il paraît pertinent et intéressant de recueillir les opinions directement auprès de la population concernée par cette pathologie. En effet, cette pathologie étant à ce jour encore peu connue et peu prise en charge, les femmes souffrant d'endométriose sont donc souvent très réactives et très ouvertes à participer à des études scientifiques afin de faire progresser la recherche sur la pathologie.

III.2.1 Critères d'inclusion et de non inclusion

Afin de sélectionner des sujets correspondant à la population ciblée, il a été nécessaire de construire des critères d'inclusion et de non inclusion clairs, compréhensibles de tous et ne pouvant mener à aucune ambiguïté. Ces critères sont explicités ci-dessous :

Les critères d'inclusion sont :

Femme majeure ($>$ ou $=$ 18ans)

Femme non ménopausée (sans ménopause naturelle)

Femme avec diagnostic établi d'endométriose

Les critères de non inclusion sont :

Homme

Femme mineure

Femme ménopausée (ménopause naturelle)

Femme sans diagnostic établi d'endométriose

III.2.2 Échantillonnage

Afin de calculer la taille de l'échantillon, la formule ci-dessous a été utilisée (91) :

$$n = \frac{z^2 \cdot p (1-p)}{m^2}$$

Correspondant à :

n : taille de l'échantillon

z : niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite (95% est choisis comme niveau de confiance, de ce fait $z = 1.96$)

p : proportion estimée de la population qui présente la caractéristique ($p = 0.06$).

La proportion a été calculée grâce au nombre de femmes atteintes d'endométriose en France, soit environ 2 millions selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, par rapport au nombre total de femmes recensées en France, soit environ 34.8 millions selon l'INSEE (92,93).

m : marge d'erreur tolérée (5% est choisis comme marge d'erreur tolérée, de ce fait $m = 0.05$)

Le calcul suivant est obtenu :

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.06 (1-0.06)}{0.05^2} = 86.6$$

Un effectif total de 87 participantes est nécessaire à la représentativité de l'étude. Bien qu'un nombre maximal de réponses est recherché lors du recrutement des sujets en ne se limitant pas à 87 participants.

III.3 Critères de diffusion

III.3.1 Phase de pré-test

Afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions ainsi que d'un enchaînement logique de ces dernières, un pré-test a été réalisé sur un panel de 6 femmes (94).

Ces testeuses ont été recrutées par technique du bouche à oreille, elles sont âgées de 23 à 60 ans, elles ne sont pas étudiantes en santé et ne pratiquent pas une profession du secteur médical. Ces conditions ont été mises en place afin de se rapprocher au mieux de la population cible malgré que les sujets de notre pré-test ne soient pas atteintes d'endométriose.

Ce pré-test a également permis d'évaluer la durée du questionnaire, en moyenne 5 minutes suffisent à répondre à l'ensemble des questions.

III.3.2 Administration et diffusion

L'administration de ce questionnaire a été réalisée via la méthode d'autoadministration par l'intermédiaire du site internet « GoogleForm » diffusé soit par mail soit par le biais d'un lien Internet. Cette méthode a permis aux participantes de répondre au moment le plus arrangeant pour elles, tout en respectant un anonymat des plus complets (94).

La diffusion s'est effectuée en deux temps :

Dans un premier temps, nous avons fait appel aux associations françaises de lutte contre l'endométriose, notamment Endofrance et Endomind (95,96). Ces associations ont été contactées au préalable par mail au mois de juillet 2020 (cf Planification Annexe I).

Suite à ces échanges, une fiche de renseignement a été envoyée à EndoFrance afin d'expliquer

et détailler le projet (Annexe II). L'association a donné son accord de diffusion fin septembre 2020. Leur souhait a été de transmettre le questionnaire par email aux adhérentes de la région Bourgogne-Franche-Comté.

Quant à l'association Endomind, elle n'a pas souhaité donner suite à notre demande.

Dans un second temps, après avoir obtenu 41 réponses de la part des adhérentes d'EndoFrance (exclusivement domiciliées en Bourgogne-Franche-Comté), il a paru nécessaire d'étendre la recherche de participantes à l'ensemble du territoire français. Cette démarche a été effectuée dans le but d'obtenir un échantillon varié et de taille raisonnable.

De ce fait, nous nous sommes rapprochées de groupes sur les réseaux sociaux destinés à cette pathologie. Notamment auprès de deux groupes sur le réseau social Facebook, le premier se nommant « Endométriose, mon combat, notre combat » comptant 6 600 membres, le second « Mieux vivre avec l'endométriose !!! » comptant 18 900 membres. Après avoir contacté les administrateurs de ces groupes et obtenu leur accord, fin octobre, le questionnaire a pu être publié directement sur leur fil d'actualité. Le fil d'actualité aussi appelé « mur » étant la page principale d'un groupe Facebook, ce qui est publié sur celui-ci est visible par tous les membres du groupe en temps réel.

III.4 Élaboration du questionnaire

Ce questionnaire se divise en trois parties :

- Une première partie commune à toutes les participantes, visant à obtenir des informations concernant les caractéristiques générales de ces dernières et les caractéristiques spécifiques à la pathologie (dans le respect de leur anonymat).
- Une deuxième partie interrogeant uniquement les femmes qui sont ou ont déjà été prises en soin par un kinésithérapeute. Les questions ont ciblé leurs expériences et le contexte de la prise en soin.
- Une troisième partie concernant uniquement les femmes qui n'ont jamais été prises en soin par un kinésithérapeute. Les questions étant orientées sur leur parcours afin d'identifier les facteurs pouvant freiner la prise en soin.

Cette méthode de division du questionnaire a permis de réaliser un double questionnaire comprenant des questions spécifiques à la situation et au parcours de chaque participante.

L'organisation de ce double questionnaire a été représentée sous la forme d'une carte mentale. Cet outil permet d'exposer notre raisonnement ainsi que l'enchaînement des questions en fonction des thèmes abordés (Annexe III). Le site Internet GoogleForm a été utilisé car il permet que certaines questions ne soient accessibles qu'aux sujets concernés comme le spécifie notre carte mentale. Les sujets ayant eu recours à la kinésithérapie n'ont pas eu accès aux questions concernant la non prise en soin. Inversement, celles n'ayant pas eu recours à la kinésithérapie ne pouvaient pas répondre aux questions concernant celles ayant eu recours.

Concernant le contenu des questions, il était nécessaire d'élaborer des questions pertinentes et ciblées sur les différentes notions à aborder. Une trame d'élaboration des questions sous forme de tableau a été suivie (Annexe IV). Ce tableau comporte différentes parties :

- Thèmes
- Hypothèses
- Questions
- Lien entre les questions
- Traitement des résultats

Les thèmes abordés sont : la prescription médicale et son contexte (questions 8-11, 17-20), le choix du kinésithérapeute par la patiente (questions 14-16), la prise de contact avec le kinésithérapeute (questions 7,12,13,19) et l'intérêt de la patiente pour la kinésithérapie (questions 21,22).

Ce questionnaire comporte un total de 22 questions.

Les questions sont précédées d'un court encart d'information aux participantes figurant au début du questionnaire (Annexe V). Cet encart contient une brève présentation de l'étudiante en charge du projet, un résumé du travail de recherche, ainsi que les modalités du questionnaire (anonymat, durée, critères d'inclusion).

De plus, une case est à cocher avant d'envoyer les réponses afin de confirmer le consentement des participantes.

III.5 Analyse des résultats

Les réponses au questionnaire ont été extraites du site Google Form® et ont été retranscrites dans une feuille de calcul du logiciel Microsoft Excel®. Le traitement des données a été réalisé en trois temps correspondant aux trois parties du questionnaire. Dans un premier temps, les questions communes à toutes les participantes ont été analysées. L'outil « filtre » présent sur Excel, nous a permis par la suite d'effectuer de manière distincte le traitement des réponses des participantes ayant consulté un kinésithérapeute puis celles des participantes n'en n'ayant pas consulté. Les données ont été représentées par des figures (Figure 2 à 13), la totalité des diagrammes a été réalisé à l'aide de Microsoft Excel® et les tableaux à l'aide de Microsoft Word®. Pour ce qui est de l'analyse statistique des données, le test de Chi2 a été utilisé dans l'objectif de mesurer un potentiel lien entre deux variables (pour les questions 1 et 7, 2 et 7, 6 et 7). Il a aussi été utilisé pour comparer des effectifs en comparant un effectif obtenu à un effectif théorique (pour les questions 7, 10, 14, 16) (97). Pour les questions 10 et 16, certains effectifs théoriques sont inférieurs à 5, il a donc été nécessaire d'utiliser la correction de Yates. Les tests de Chi2 ont été effectué grâce aux sites en ligne de calcul du Chi2.

IV RESULTATS

IV.1 Description de l'échantillon

A l'issu de la diffusion du questionnaire, nous avons récolté un total de 328 réponses. 16 participantes (5%) ne respectaient pas les critères d'inclusion et n'ont donc pas été incluses dans notre étude. Parmi ces 16 réponses, 11 (69%) ne correspondaient pas au critère « diagnostic établi d'endométriose » interrogé à la question n°4. De même que 5 réponses (31%) ne respectaient pas le critère « femme non ménopausée » étudié à la question n°3. Après avoir exclu ces 16 participantes, l'effectif total de notre échantillon s'élève à **312 participantes**.

Les caractéristiques générales (âge, région du domicile) des sujettes de notre échantillon sont détaillées dans le tableau 3. Les caractéristiques spécifiques en lien avec l'endométriose, quant à elles, sont répertoriées dans le tableau 4.

Il est à noter que les questions 5 et 6 sont des QCM avec la possibilité pour les participantes d'écrire une réponse libre dans le champ « Autre ». Les réponses obtenues dans ce champ ont été analysées et regroupées en catégories. Pour exemple, concernant la question « Par quel(s) examen(s) le diagnostic a-t-il été confirmé ? », les termes « biopsie » et « intervention chirurgicale d'exérèse des lésions... » ont été ajoutés à la catégorie « Autre intervention chirurgicale ».

Pour la question concernant les symptômes, une catégorie « Douleurs neuropathiques » a été créée pour regrouper les termes « neuropathiques », « neuro » et « sciatique ». De même que les termes « pneumothorax », « essoufflement », et « douleur pulmonaire » ont été classés dans une catégorie nommée « Troubles respiratoires/pulmonaires ».

Caractéristiques générales des participantes (n=312)

	n	Pourcentage (%)
Âge (en année)		
18 – 25	81	26%
25 – 35	127	40.7%
35 – 45	80	25.6%
45 – 55	23	7.4%

> 55	1	0.3%
Région du domicile		
Auvergne-Rhône-Alpes	22	7.1%
Bourgogne-Franche-Comté	43	13.8%
Bretagne	14	4.5%
Centre-Val de Loire	6	1.9%
Corse	1	0.3%
Grand-Est	29	9.3%
Hauts-de-France	26	8.3%
Île-de-France	45	14.4%
Normandie	21	6.7%
Nouvelle-Aquitaine	23	7.4%
Occitanie	34	10.9%
Pays de la Loire	17	5.4%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	24	7.7%
Guadeloupe	1	0.3%
Martinique	2	0.6%
Guyane	0	0%
La Réunion	4	1.3%
Mayotte	0	0%

Tableau 3: Caractéristiques générales des participantes

Caractéristiques en lien avec l'endométriose (n=312)	n	Pourcentage (%)
Principaux symptômes		
Douleurs pelviennes chroniques	302	96.8%
Fatigue	272	87.2%
Troubles digestifs	259	83%

Rachialgie	223	71.5%
Dyspareunies	220	70.5%
Troubles urinaires	154	49.4%
Infertilité	80	25.6%
Migraine, maux de tête, vertiges	8	2.6%
Douleur MI	6	1.9%
Troubles respiratoires/pulmonaires	5	1.6%
Douleurs neuropathiques	4	1.3%
Autre : métrorragie, malaise, «ventre gonflé», douleurs musculaires, saignement nombril, fièvre, douleurs abdominales	7	2.2%
Professionnel ayant établi le diagnostic		
Gynécologue	183	58.7%
Radiologue	64	20.5%
Chirurgien	46	14.7%
Médecin	19	6.1%
Examen(s) confirmant le diagnostic		
IRM	221	70.8%
Échographie	104	33.3%
Cœlioscopie	81	26%
Autre intervention chirurgicale	18	5.8%
Examen palpatoire : gynécologique et/ou rectal	2	0.6%
Autre examen : fibroscopie/endoscopie, hystérographie, rectosonographie, scanner	6	1.9%
Ménopause		
Oui, ménopause naturelle	0	0%
Oui, ménopause artificielle	84	26.9%
Non	228	73.1%

Tableau 4: Caractéristiques spécifiques des participantes en lien avec l'endométriose

IV.2 Recours à la kinésithérapie

Le recours à la kinésithérapie dans le cadre de l'endométriose a été questionné à la question n°7.

Les réponses des participantes ont été retranscrites dans la figure 2 ci-dessous.

244 participantes n'ont pas eu recours à la kinésithérapie, cela représente **78,2%** de l'échantillon.

Et seulement 68 (21,8%) ont consulté un kinésithérapeute.

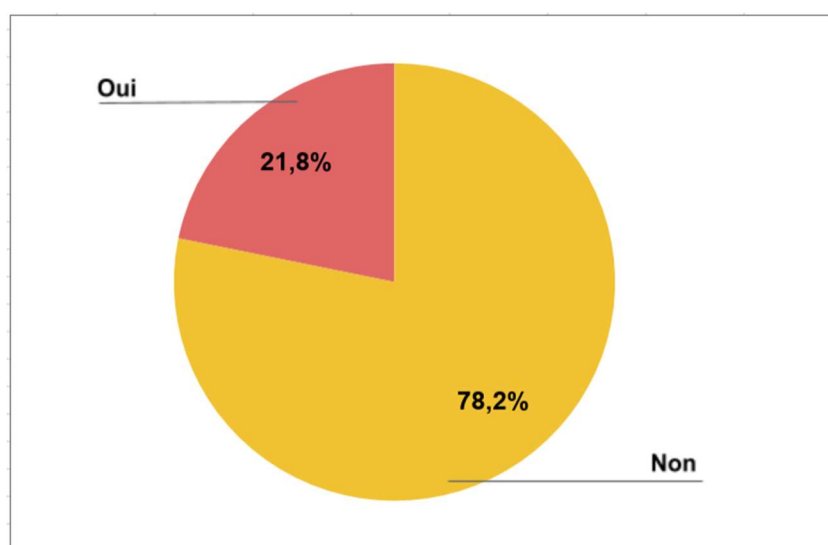


Figure 2: Proportion du recours à la kinésithérapie

Un test de Chi2 a été réalisé afin d'évaluer si le recours à la kinésithérapie dans le cadre de l'endométriose est réparti de manière homogène dans notre échantillon. D'après ce test, nous pouvons observer une répartition non homogène du recours à la kinésithérapie de manière significative avec $p < 0,0001$ (Chi2 obtenu = 53.9314, ddl = 1, $\alpha = 0,05$).

A la suite de cette question, l'échantillon se divise en deux groupes distincts avec, pour chacun, des questions différentes et indépendantes. Le groupe ayant répondu « Oui » sera nommé « avec kinésithérapie » constitué de 68 sujets et le groupe ayant répondu « Non » : « sans kinésithérapie » comprenant 244 sujets.

IV.3 Résultats du groupe avec kinésithérapie

IV.3.1 Motif de consultation du kinésithérapeute

La réponse à cette question étant sous forme de champs libre, les participantes ont répondu avec leurs propres mots. Ces réponses ont été analysées et regroupées en catégories.

45 réponses n'ont pas été incluses car le motif de consultation était trop évasif pour être analysé. Par conséquent, l'effectif est de 23 (n=23). 17 patientes (73,9%) ont pour motif une dorsalgie, 8 (34,8%) pour des douleurs pelviennes chroniques, 8 sujets (34,8%) pour des dyspareunies, également 8 (34,8%) pour des troubles urinaires, 5 (21,7%) pour des troubles digestifs et 2 (8,7%) pour reprendre une activité physique. La catégorie « Autre » comprend 12 réponses correspondant notamment à “douleurs épaule”, “adhérences”, “douleurs musculaires”, “douleurs jambes”.

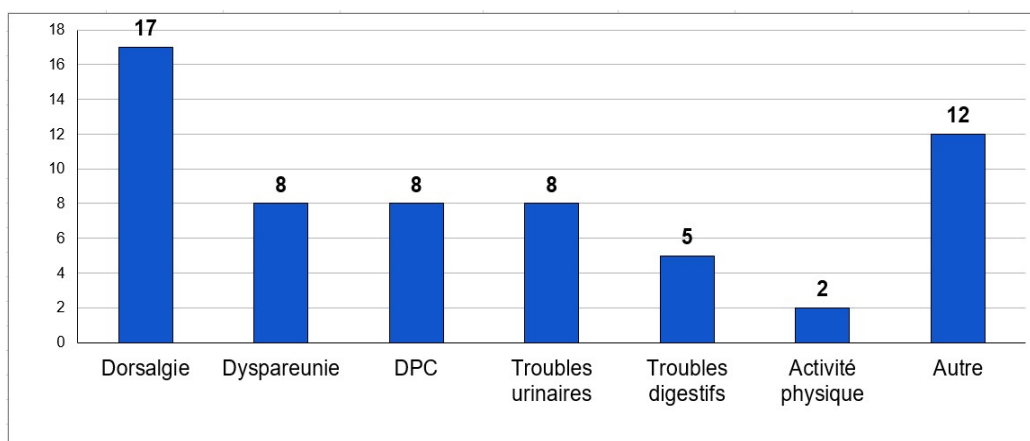


Figure 3: Motifs de consultation du kinésithérapeute

La réalisation d'un test de Chi2 n'a pu être effectuée car les participantes pouvaient répondre par plusieurs propositions. Le résultat de ce test n'aurait donc pas été concluant.

IV.3.2 Médecin prescripteur

Concernant le médecin prescripteur de séances de kinésithérapie, il s'agit d'un médecin généraliste dans 51,5% des cas (n=35), d'un gynécologue dans 25% (n=17) et d'un chirurgien dans 10,3% (n=7). Dans notre échantillon, des médecins issus d'autres spécialités ont aussi

prescrit des séances, nous retrouvons notamment des algologues (médecins de la douleur) ayant prescrit de la kinésithérapie à 5,9% des participantes (n=4), des urologues (2,9%) et des gastro-entérologues (1,5%). La catégorie “Autre” correspond à deux réponses : “Médecin référent de la filière endométriose” et “Aucun”.

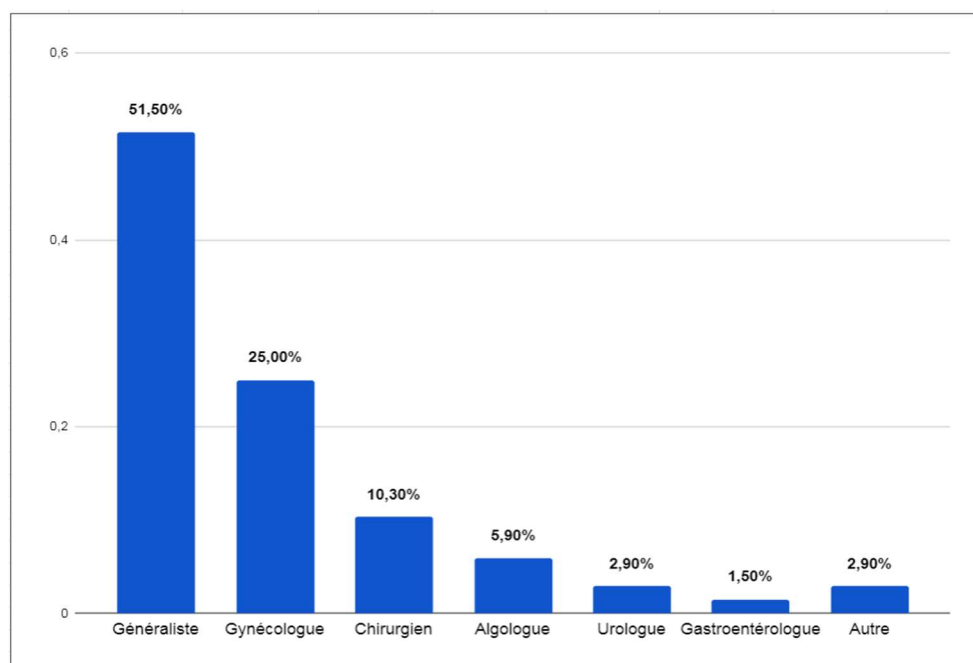


Figure 4: Représentation des spécialités des médecins prescripteurs de kinésithérapie

Un test de Chi2 corrigé de Yates a été réalisé dans le but d’observer si la répartition des spécialités des médecins prescripteurs est homogène. D’après ce test, nous obtenons $p = 0.000036$ démontrant une répartition non homogène des spécialités des médecins de manière significative (Chi2 obtenu = 30.204, ddl = 6, $\alpha = 0,05$).

IV.3.3 Contexte de la prescription

Pour 27 participantes (39,7%), la prescription a été réalisée après une proposition provenant d’un médecin. 21 patientes (30,9%) ont demandé d’elles même une prescription à leur médecin. Et 19 participantes (27,9%) ont obtenu la prescription après qu’un autre professionnel de santé leur ai suggéré ou suggéré à leur médecin. De ce fait, nous remarquons que dans 58,8% des cas (41 participantes) la prescription n’était pas à l’initiative du médecin.

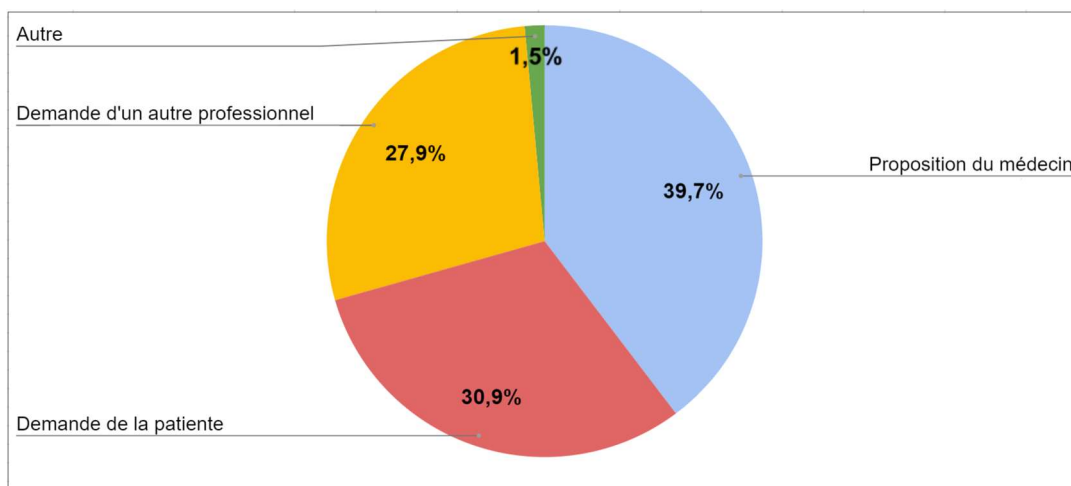


Figure 5: Représentation du contexte de la prescription

A propos de la temporalité de la prescription, majoritairement la prescription est réalisée après des douleurs persistantes sur plusieurs années. C'est le cas pour 29 patientes (42,6%) de notre échantillon. 22 (32,4%) ont obtenu une prescription après plusieurs mois de douleurs et 10 (14,7%) après une intervention chirurgicale avec une indication post-opératoire. Seulement 4 patientes (5,9%) ont reçu une prescription de kinésithérapie au moment du diagnostic. L'ensemble de ces éléments sont détaillées dans la Figure 6.

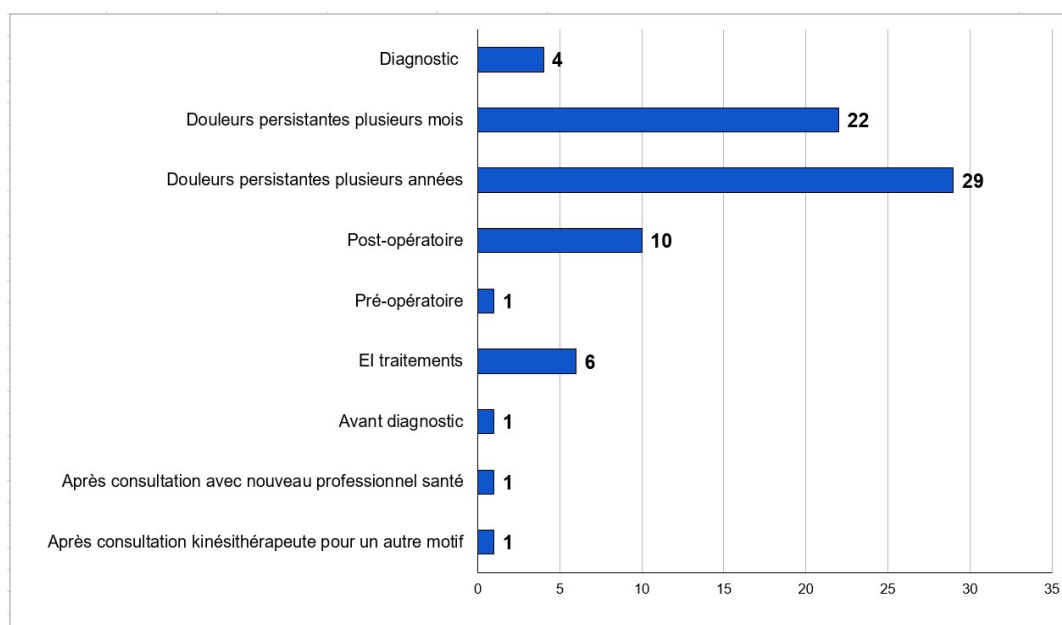


Figure 6: Temporalité de la prescription

IV.3.4 Prise de contact avec le kinésithérapeute

89,7% des patientes (n=61) ont eu la possibilité de prendre un rendez-vous lors de la première prise de contact avec le kinésithérapeute. 10,3% (n=7) n'ont pas obtenu de rendez-vous à ce moment-là. Pour ces 7 patientes, les raisons pour lesquelles la prise en charge n'a pas été possible sont détaillées dans la figure ci-dessous (Figure 7). Une participante n'a pas souhaité répondre à la question, par conséquent l'effectif pour cette question est de 6.

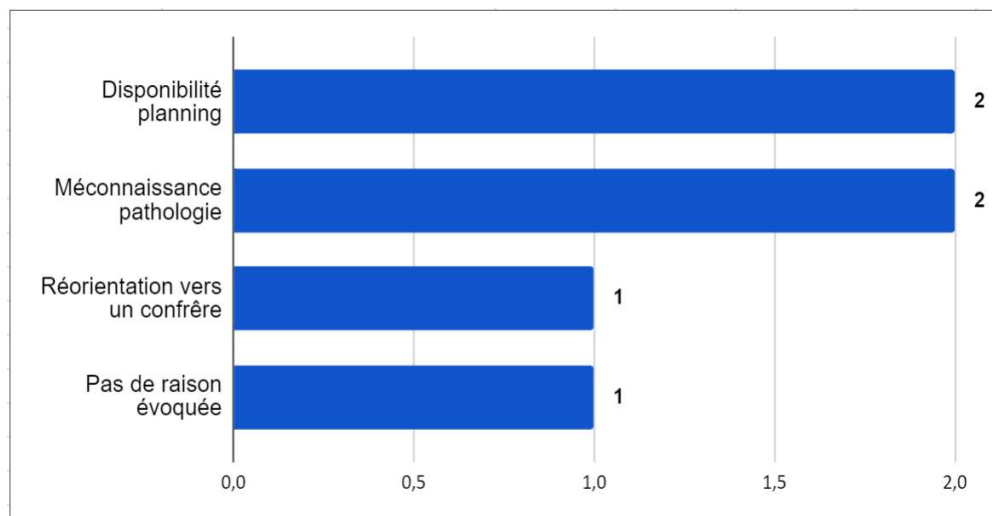


Figure 7: Raisons de l'impossibilité de la prise en soin en kinésithérapie au premier contact

IV.3.5 Choix du kinésithérapeute

Concernant le choix de la spécialisation du thérapeute, 20 participantes (29,4%) sont prises en soin par un kinésithérapeute spécialisé en uro-gynécologie, 32 (47,1%) par un kinésithérapeute non spécialisé dans ce domaine et 16 (23,5%) ne connaissent pas la spécialisation de leur thérapeute.

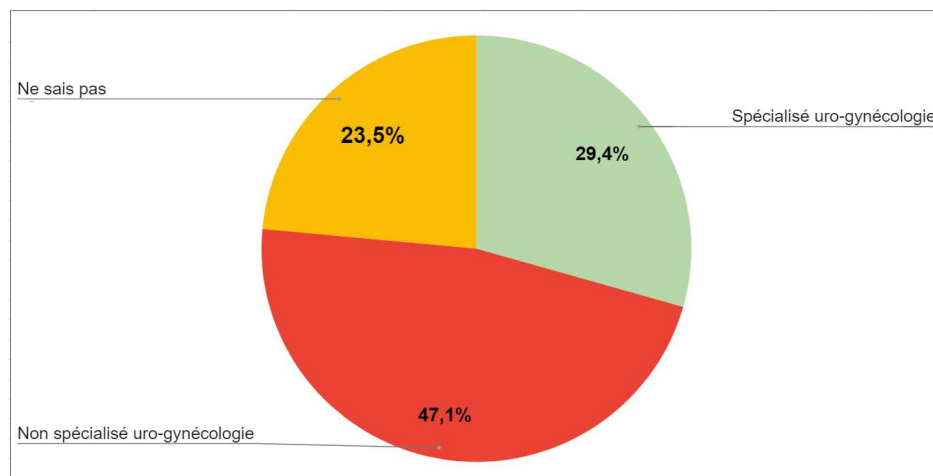


Figure 8: Répartition de la spécialisation du kinésithérapeute

Un test de Chi2 a été réalisé pour définir si la répartition des spécialisations du kinésithérapeute est homogène. Nous obtenons un résultat non significatif avec $p > 0.05$ (Chi2 obtenu = 2.9313, $p = 0.230928$, ddl 2, $\alpha = 0.05$).

Les 20 participantes suivies par un thérapeute spécialisé en uro-gynécologie ont été questionnées sur la raison du choix de cette spécialisation. Cette question est à choix multiples, les participantes ont par conséquent pu donner plusieurs raisons. 11 (55%) ont fait ce choix sous les conseils d'un professionnel de santé. 8 (40%) ont préféré un thérapeute spécialisé dans la sphère intime afin d'être plus à l'aise pour évoquer leurs symptômes. 4 sujets (20%) ont été conseillés par leur entourage ou une association, 4 (20%) ont fait ce choix après avoir effectué des recherches sur Internet et 3 (15%) ont été réorientés vers cette spécialisation par un kinésithérapeute non spécialisé en uro-gynécologie.

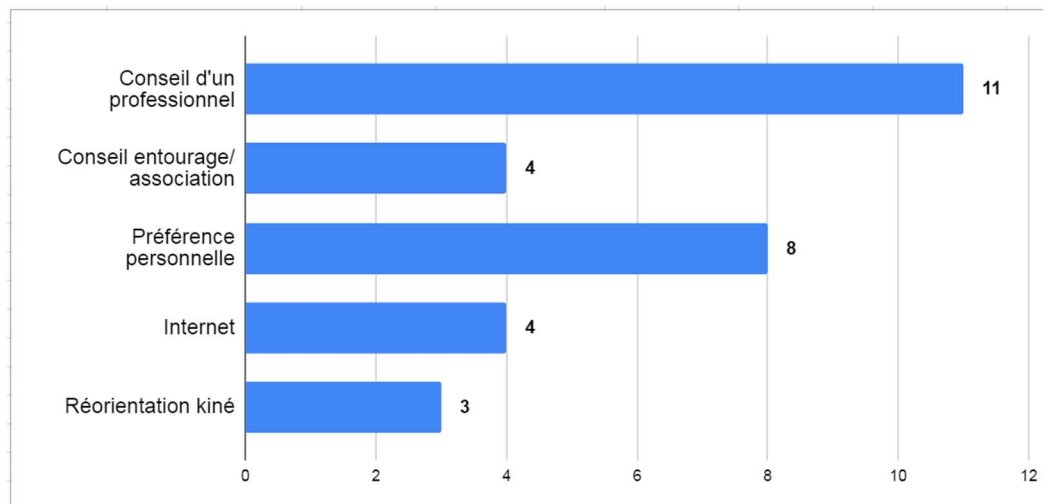


Figure 9: Justification du choix de la spécialisation du kinésithérapeute

Concernant le choix du kinésithérapeute en fonction de son sexe : pour 61,8% (n=42) des patientes le sexe du thérapeute n'a pas d'importance. 35,3% (n=24) préfèrent être prises en soin par une femme et 2,9% (n=2) préfèrent par un homme.

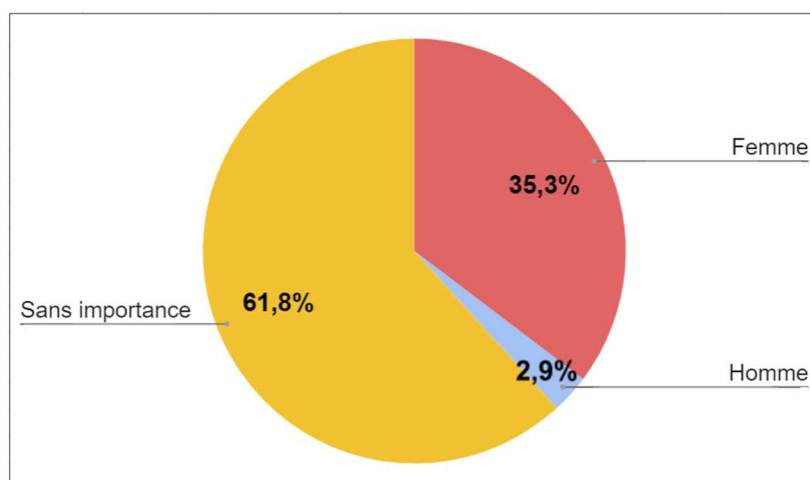


Figure 10: Choix du kinésithérapeute en fonction du sexe

D'après le test du Chi2 corrigé de Yates, le choix du kinésithérapeute en fonction de son sexe ne suit pas une répartition homogène de manière significative avec $p < 0.00001$ ($p = 0.00002804$, Chi2 obtenu = 20.964, $\alpha = 0.05$)

IV.4 Résultats du groupe sans kinésithérapie

IV.4.1 Proposition de kinésithérapie par le médecin

Pour le groupe n'ayant pas eu recours à la kinésithérapie, nous voulions savoir si leur médecin avait évoqué à un moment donné d'éventuelles séances de kinésithérapie pour leur endométriose. **96,7 %** (n= 236) nous ont répondu que leur médecin ne leur avait jamais parlé de la kinésithérapie et pour **3,3 %** (n=8) leur médecin a déjà évoqué le sujet.

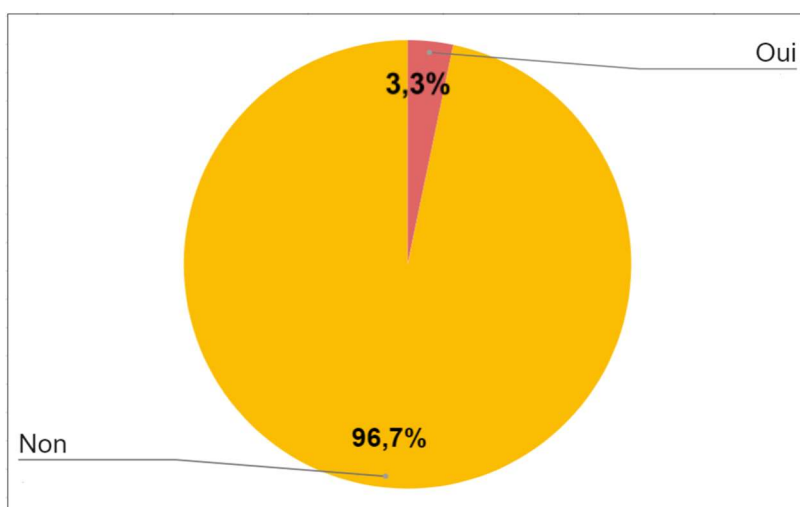


Figure 11: Proportion de l'abord de la kinésithérapie par le médecin

Pour les 8 participantes ayant répondu « Oui », la moitié (n=4, 50%) ont obtenu une prescription à la suite de cette discussion avec le médecin mais la démarche n'a pas abouti pour les raisons suivantes : manque de kinésithérapeute spécialisé et connaissant la pathologie dans le secteur géographique, sentiment de « ne pas oser » consulter une kinésithérapeute et des problèmes personnels sans rapport avec notre étude.

Pour les sujets ayant discuté avec leur médecin de la kinésithérapie mais n'ayant pas de prescription (n=4) : 1 patiente (25%) réalise déjà des séances d'hypnose, 1 (25%) n'est pas encore prête à en faire, 1 patiente n'a pas souhaité répondre à la question et 1 a répondu par une réponse ininterprétable.

IV.4.2 Intérêt pour la kinésithérapie dans le cadre de l'endométriose

Pour les 236 sujets (96,7%, cf Partie IV.4.1) n'ayant jamais évoqué la kinésithérapie avec leur médecin, nous voulions connaître l'intérêt qu'elles portaient à d'éventuelles informations sur la kinésithérapie dans le cadre de leur pathologie. 132 participantes (55,9%) portent un fort intérêt à ses informations, 97 (41,1%) portent un intérêt modéré en ayant répondu « Oui, pourquoi pas » et seulement 7 sujets (3%) ne souhaitent pas avoir d'information à ce sujet.

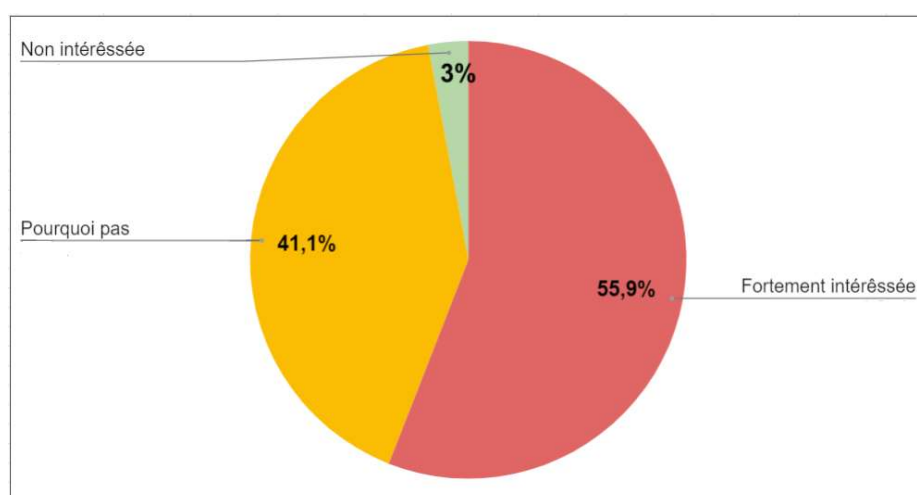


Figure 12: Intérêt porté aux informations concernant la kinésithérapie

Pour finir, nos participantes ont été questionnées au sujet de leurs préférences concernant le moyen de diffusion de ces informations. Cette question est à choix multiple et laisse la possibilité aux répondantes de cocher plusieurs modes de diffusion. 148 participantes souhaitent obtenir ces informations par le biais de plaquette(s) informative(s), 142 souhaiteraient l'intervention d'un masso-kinésithérapeute et 124 l'intervention d'un médecin. Seuls 2 sujets préfèrent obtenir ces explications par l'intermédiaire d'une association (notamment EndoFrance) et 1 sujet par le biais d'Internet. 2 participantes ne sont pas intéressées.

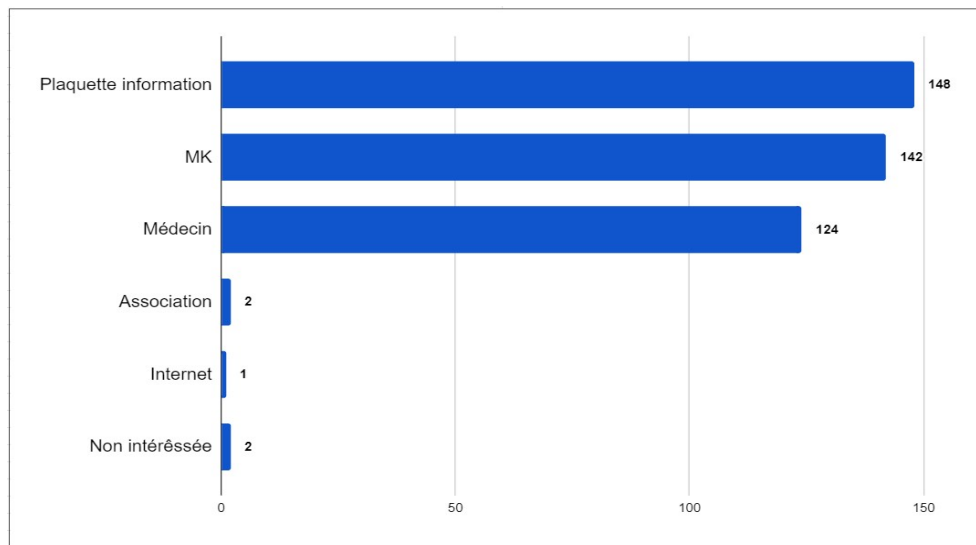


Figure 13: Souhait du moyen de diffusion d'informations concernant la kinésithérapie

IV.5 Lien entre les variables

Afin de comprendre quel(s) facteur(s) peuvent influencer la prise en soin en kinésithérapie, certaines variables ont été croisées afin d'observer d'éventuels liens significatifs entre celles-ci.

Premièrement, nous avons souhaité observer s'il existait un lien entre l'âge des sujets et le recours à la kinésithérapie. D'après le test de Chi2, la valeur de $p = 0,581076$ pour un risque d'erreur $\alpha = 0,05$ nous montre qu'il n'existe pas de lien significatif entre ces deux variables (Chi2 obtenu = 2,8626, ddl = 4).

Dans un second temps, nous avons souhaité évaluer l'influence de la région d'habitation des sujets sur le recours à la kinésithérapie. Selon le test du Chi2, il n'existe pas de lien significatif entre la région et le recours à la kinésithérapie. Nous retrouvons $p = 0,795931$ avec un risque d'erreur $\alpha = 0,05$ (Chi2 obtenu = 8,690028, ddl = 13).

Enfin, les variables « symptômes » et « recours à la kinésithérapie » ont également été croisées

afin d'établir un éventuel lien. Nous obtenons $p = 0.67682$ avec un risque d'erreur $\alpha = 0,05$. D'après ce test, il n'existe pas de lien significatif entre les symptômes des participantes et le recours à la kinésithérapie (Chi2 obtenu = 6.618, ddl = 9).

V DISCUSSION

Ce travail de recherche vise à identifier la place de la kinésithérapie dans le parcours de soin des femmes atteintes d'endométriose. Pour cela nous souhaitons :

Dans un premier temps évaluer si les femmes atteintes de cette pathologie ont recours à une prise en soin en kinésithérapie.

Et par la suite, identifier les facteurs influençant cette prise en soin.

Notre étude a récolté 312 réponses. Les participantes sont domiciliées en France et sont réparties sur l'ensemble du territoire français (France métropolitaine et DOM-TOM). Leur âge varie de 18 à 55 ans et plus. Et les principaux symptômes ressentis (chez au moins 50% des participantes) sont des douleurs pelviennes chroniques, de la fatigue, des troubles digestifs, des rachialgies, des dyspareunies ainsi que des troubles urinaires.

V.1 Interprétation des résultats et réponse à la problématique

V.1.1 Recours à la kinésithérapie

Nous pouvons constater qu'en majorité les femmes atteintes d'endométriose n'ont pas recours à une prise en soin en kinésithérapie, et cela de manière significative. En effet, près de **80%** d'entre elles n'ont jamais consulté un kinésithérapeute dans le cadre de leur pathologie. Ce résultat peut paraître surprenant au vu des symptômes (dyspareunies, troubles urinaires, rachialgies, troubles digestifs...) qui peuvent être pris en soin en kinésithérapie. C'est pourquoi nous avons voulu comprendre pour quelles raisons nous observons un pourcentage aussi élevé de non recours à la kinésithérapie, même si nous savons pertinemment que cette pathologie est

émergente et reste complexe à traiter.

V.1.2 Facteurs influençant la prise en soin : région et âge des participantes

Nous avons souhaité savoir si la prise en soin était influencée par la région du domicile des participantes. En effet, en France des problématiques de déserts médicaux sont actuellement soulevées. Ces déserts correspondent à des zones dites sous-dotées où figure une inégalité de répartition des professionnels de santé. Selon Chevillard et al, en 2018, ces zones engendrent pour les habitants de la région des difficultés d'accès aux soins (98). Cette étude nous suggère que le lieu d'habitation des patientes est un potentiel frein à une prise en soin optimale en compromettant leur accès à un kinésithérapeute ou un médecin prescripteur. Toutefois, notre étude statistique n'a révélé aucun lien significatif entre ces variables et cela nous indique que le recours à un kinésithérapeute n'est pas influencé par la région dans cet échantillon.

L'influence de l'âge des participantes sur le recours à un kinésithérapeute a également été traitée. Selon le Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, 33% des jeunes renoncent aux soins pour des raisons financières et ne peuvent donc pas accéder à un parcours de soin coordonné (99). De plus, selon certaines études les jeunes se tournent de plus en plus vers l'automédication qui est retrouvée notamment chez les jeunes femmes étudiantes atteintes de pathologies chroniques (100,101). Cette population préfère prioriser l'autogestion de leurs douleurs avant de consulter un thérapeute en second recours. Bien que notre étude n'ait montré aucun lien significatif entre l'âge des participantes et le recours à un kinésithérapeute, l'hypothèse pourrait être investiguée.

V.1.3 Facteurs influençant la prescription médicale : motifs et acteurs

Nous rappelons qu'à ce jour, en France, il est nécessaire de détenir une prescription rédigée par un médecin (quel que soit sa spécialité) pour pouvoir réaliser des séances de kinésithérapie à visée thérapeutique (selon l'article L4321-1 du Code de la Santé Publique) (102). Dans notre étude, nous constatons que **77%** des femmes atteintes d'endométriose ne possèdent pas de

prescription. Ce chiffre a été calculé à l'aide du groupe avec kinésithérapie bénéficiant pour la totalité d'une prescription et du groupe sans kinésithérapie où seules 4 participantes en détiennent une. Cela nous permet d'affirmer que les patientes ne sont pas prises en soin par les kinésithérapeutes du fait qu'elles n'ont pas de prescription médicale de kinésithérapie. De ce fait, la prescription est le réel point de départ de la prise en soin et nous avons souhaité identifier les potentiels freins à la réalisation de celle-ci.

Dans notre étude, nous observons que la kinésithérapie est le plus souvent prescrite pour des dorsalgies, cette dernière est un motif de prescription dans **74%** des cas. En revanche, nous avons relevé que la dyspareunie, répondant favorablement aux techniques de kinésithérapie, n'était un motif de prescription que dans 35% des cas (103,104). Pourtant, elle est un symptôme fréquent dans l'endométriose et elle est retrouvée chez 51% des participantes de notre étude. Selon l'étude de Witzeman et al., en 2004, la dyspareunie est un sujet difficilement abordé tant pour les patientes que pour les médecins et témoigne d'une difficulté de communication entre ceux-ci (105). Cette étude nous permet de poser l'hypothèse que la communication autour des troubles sexuels et de la sphère intime est très complexe et peut être considéré comme un sujet tabou, que ce soit de la part de la patiente, mais aussi de la part du médecin. Par conséquent, ceci représente un réel frein à la prescription.

Concernant les acteurs de la prescription : nous constatons de manière significative que le plus fréquemment ce sont les médecins généralistes (52%) qui rédigent la prescription de kinésithérapie. Cela peut s'expliquer par le fait que le médecin généraliste endosse un rôle de suivi et de coordination des soins des pathologies chroniques, instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (106). Néanmoins, dans notre étude nous remarquons que dans **60%** des cas, la prescription n'est pas à l'initiative du médecin. Elle est réalisée après une suggestion de la part de la patiente elle-même ou de la part d'un autre professionnel. Nous pouvons ajouter également que lors des consultations avec le médecin, la kinésithérapie n'est évoquée que dans **3%** des cas.

Ceci peut nous amener en tant que kinésithérapeute à émettre l'hypothèse que la kinésithérapie dans le parcours de soin de l'endométriose n'est pas assez connue par les différents intervenants, quel que soit leur spécialisation. Il pourrait donc être intéressant que les kinésithérapeutes mettent davantage en avant leurs compétences et communiquent sur les capacités qu'ils ont

pour lutter contre cette pathologie auprès des autres professionnels de santé.

V.1.4 Facteurs influençant la prise de contact avec le kinésithérapeute

Dans notre étude, nous notons que 10% des participantes ayant consulté un kinésithérapeute n'ont pas obtenu de rendez-vous immédiatement. Cette situation est minoritaire mais il serait intéressant de se pencher sur les raisons pour lesquelles 1 patiente sur 10 ne peut être reçue par le kinésithérapeute. Nous avons interrogé cela dans les questions suivantes et nous obtenons des pistes de réponses bien que l'effectif à ces questions soit trop faible pour en tirer des conclusions. Selon les réponses des participantes, les potentiels freins sont le manque de kinésithérapeute et la méconnaissance de la pathologie par ceux-ci qui serait intéressant d'approfondir ultérieurement.

V.1.5 Facteurs influençant la décision des patientes : spécialité et sexe du thérapeute

Ce travail a révélé que les patientes ne s'orientent pas forcément vers un kinésithérapeute spécialisé en uro-gynécologie comme nous aurions pu l'imaginer. Seules **30%** se sont tournées vers un thérapeute formé dans ce domaine. Ce choix a été fait le plus souvent après avoir été conseillées par un professionnel de santé ou car elles se sentaient plus à l'aise avec un thérapeute habitué à prendre en soin des troubles de la sphère intime.

Cette dernière proposition vient corroborer l'hypothèse que certains symptômes de l'endométriose relèvent du tabou et la communication autour de ceux-ci est difficile pour les patientes. Ce déficit de communication peut se révéler être un frein à une prise en soin optimale de la pathologie.

Concernant le choix du thérapeute, de manière significative **62%** n'accorde pas d'importance au sexe du thérapeute. 38% ont tout de même une préférence et elles se tourneraient en grande majorité vers une kinésithérapeute de sexe féminin. Ce chiffre amène à penser que bien que cette pathologie soit une pathologie féminine touchant la sphère uro-gynécologique, sa prise en soin n'est pas réservée qu'aux femmes et les kinésithérapeutes de sexe masculin peuvent tout à

fait trouver leur place dans le parcours de soin de l'endométriose. L'étude de Janssen et al, en 2012, arrive à des conclusions similaires, pour la moitié des participantes de leur étude le sexe du thérapeute n'a pas d'importance, pour l'autre moitié elles préfèrent être prise en soin par une femme pour les affections uro-gynécologiques (107).

Pour finir, les patientes n'ayant jamais consulté de kinésithérapeute sont globalement très intéressées par des renseignements à ce sujet. Elles souhaitent obtenir des informations complémentaires par l'intervention de professionnels de santé notamment par les kinésithérapeutes et les médecins afin de leur expliquer en quoi consiste la profession et les bénéfices générés par la kinésithérapie.

V.2 Limites et biais de l'étude

V.2.1 Limites et biais concernant l'outil de diffusion

La diffusion du questionnaire par le biais des réseaux sociaux entraîne un nombre important de réponses. C'est pourquoi il est complexe de sélectionner les sujets de l'étude et nous ne pouvons totalement écarter l'hypothèse que certaines des participantes ne répondaient pas à nos critères d'inclusion (108). Nous avons tenté d'éviter au maximum ce phénomène par l'élaboration des questions n° 2, 3 et 4 qui sont respectivement : « Quel âge avez-vous ? », « Êtes-vous ménopausée ? » et « Par quel professionnel de santé le diagnostic d'endométriose a-t-il été établi ? ».

Également, le texte d'introduction spécifiait que l'enquêteur est une étudiante en kinésithérapie, de ce fait certaines femmes qui ne consultent pas de kinésithérapeute ne se sont probablement pas senties visées par l'étude et n'ont donc pas répondu au questionnaire. Bien que nous ne pouvons confirmer cette hypothèse, il s'agit d'un biais potentiel de notre étude.

V.2.2 Limites concernant la forme du questionnaire

La méthode du QCM (questions à choix multiples) nous a permis d'obtenir des réponses plus complètes et moins restrictives que les questionnaires à réponse unique ou à réponse binaire (« Oui » / « Non ») par exemple (90). Cependant, les résultats obtenus et leurs analyses sont

moins spécifiques et ne permettent pas toujours d'obtenir des réponses catégoriques.

De ce fait, certaines questions n'ont pas pu être traitées et les résultats n'étaient pas interprétables.

De même, certaines de nos questions sont des questions ouvertes à réponse libre avec la possibilité pour les participants de s'exprimer librement. Ce format n'impose aucun choix de réponse et permet d'apporter des informations supplémentaires ou de donner une réponse à laquelle l'investigateur n'avait pas pensé. Le traitement de ces questions est cependant plus difficile et plus chronophage que les questions fermées (108). Ces données nécessitent une analyse qualitative impliquant un codage thématique avec la création de verbatim (109).

Concernant la question n°8 : “Pour quel(s) motif(s) avez-vous consulté ce kinésithérapeute ? (Douleurs, dyspareunie, incontinence ...) :”. Cette question n'a probablement pas été formulée de façon assez claire et compréhensible pour toutes les répondantes puisque nous avons dû exclure 23 réponses. Ces réponses n'étaient pas exploitables soit par manque de précision soit par une mauvaise compréhension de la part des participantes. 45 réponses sur 68 ont pu être analysées.

Dans la question n°1 portant sur la région du domicile des participantes, nous avons omis d'inclure deux départements d'outre-mer (Nouvelle-Calédonie et Saint-Pierre-et-Miquelon). De ce fait, l'effectif total de l'échantillon a pu être légèrement impacté et certaines participantes potentielles n'ont pas pu accéder à notre questionnaire.

Également, la formulation de la question n°2 concernant l'âge des sujets a pu mener à des confusions. Les propositions, sous forme de tranches d'âge, ne s'excluent pas entre elles (90). La formulation des tranches « 18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-55 ans et > 55 ans » (au lieu de “18-25 ans, 25-35 ans, 35-45 ans, 45-55 ans, > 55ans) aurait été plus judicieuse et aurait permis une meilleure compréhension de la part des participantes. Pour exemple, une participante âgée de 25 ans a pu hésiter devant cette question, ne sachant pas si elle devait cocher la proposition “18-25 ans” ou la proposition “25-35 ans”.

V.2.3 Limites liées à l'analyse des résultats

Nous avons fait le choix d'élaborer un double questionnaire comprenant une partie uniquement réservée aux sujets ayant consulté un kinésithérapeute et une autre partie exclusivement pour ceux n'en ayant pas consulté. Ce choix a été fait dans l'objectif d'obtenir un contenu riche et plus complet mais également de cibler par des questions spécifiques chacune de ces deux situations. En fonction de leur parcours de soin, les participantes ont des questions adaptées aux situations qu'elles ont rencontrées. Bien que cette organisation représente un point positif pour ce travail, elle entraîne toutefois certains inconvénients. Les questions étant différentes pour les deux situations, nous ne pouvons pas comparer les résultats des deux groupes entre eux sur une même question (par un test de Chi2 notamment). Cette comparaison aurait pu relever d'autres facteurs influençant la prise en soin en kinésithérapie en évaluant s'il existe des différences significatives entre le groupe « avec kinésithérapie » et le groupe « sans kinésithérapie ».

V.3 Apports professionnels et perspectives de recherche

V.3.1 Apports professionnels

Ce travail apporte des pistes de réflexion concernant le parcours de soins des femmes atteintes d'endométriose ainsi que sur la place actuelle de la kinésithérapie dans la prise en soin de cette pathologie. Nous constatons que la kinésithérapie est encore peu présente dans ce domaine bien que les études tendent à montrer qu'il existe de nombreux bénéfices de cette pratique. Notre étude soulève la présence d'un déficit de prescription de kinésithérapie malgré des symptômes pouvant être traités par cette dernière (dyspareunies, dorsalgie, troubles urinaires...). Cela nous amène à affirmer que la communication interdisciplinaire est primordiale et probablement sous-estimée pour cette pathologie. Les compétences du kinésithérapeute ne sont probablement pas assez explicitées auprès des autres professions de santé. Une optimisation de la communication interprofessionnelle et une valorisation de notre profession permettrait de pallier à ce déficit.

De plus, cette étude incite les professionnels de santé et notamment les masso-kinésithérapeutes à faire preuve d'une certaine attention quant aux signes évocateurs de cette pathologie. Les

kinésithérapeutes sont souvent au plus proche du patient, les séances sont régulières (souvent plusieurs fois par semaine) et s'étalant sur une durée pouvant être longue. De par cette proximité une relation de confiance s'installe et il arrive fréquemment que les patients se confient et demandent conseil à leur thérapeute. Ces moments sont propices à évoquer des symptômes relevant pour certains du tabou (tels que les dyspareunies ou les troubles urinaires) qui n'auraient pas été abordés avec leur médecin. Nous savons que le délai de diagnostic est en moyenne très long (7-11 ans) et le kinésithérapeute en connaissance de ces signes évocateurs d'endométriose pourrait réduire considérablement ce délai en réorientant la patiente auprès d'un médecin spécialisé.

Ce travail souligne également une réelle demande et une envie de la part des femmes atteintes d'endométriose d'être prise en soin et de s'impliquer activement dans leur parcours. Nous pouvons en déduire, que la relation de partenariat avec les patientes sera facilitée et qu'elles deviendront très probablement des acteurs de leurs soins.

V.3.2 Perspectives de recherche

Pour aller plus loin, ce travail pourrait être poursuivi par des études interrogeant, cette fois-ci, les professionnels de santé au sujet du parcours de soin de cette population. Une étude ciblant les médecins (médecins généralistes, gynécologues, chirurgiens) afin de recueillir leur avis sur la kinésithérapie dans le cadre de l'endométriose pourrait révéler quels sont les facteurs influençant la prescription de séances. Ainsi, cette étude apporterait des précisions sur les représentations de la profession de kinésithérapeute. Nous avons montré par ce travail que la kinésithérapie était prescrite le plus fréquemment pour des douleurs à type de dorsalgie. Ces études complémentaires pourraient se demander s'il existe, dans les représentations de la population, une association stéréotypée de la profession de kinésithérapeute avec les douleurs de dos.

Notre travail s'est aussi intéressé au premier contact entre la patiente et le kinésithérapeute. Nous n'avons pas pu obtenir de résultats probants faute d'effectif mais nous avons obtenu des pistes de réflexion à investiguer : une méconnaissance de la pathologie et une surcharge des emplois du temps des kinésithérapeutes en sont ressorties. Des études complémentaires seraient

nécessaires afin d'investiguer ces pistes. Concernant les difficultés de disponibilités des kinésithérapeutes, une comparaison entre les MK en régions sous-dotées ainsi qu'en régions sur-dotées est envisageable bien que notre étude n'ait décelé aucune différence de prise en soin entre les régions. La différence entre les milieux ruraux et urbains est également possible. Pour ce qui est de l'hypothèse de la méconnaissance de la pathologie, elle est soulignée par « La stratégie nationale contre l'endométriose » lancée par le Ministère des Solidarités et de la Santé en 2021 (92). Cette stratégie vise à pallier entre autres une méconnaissance de la pathologie de façon générale auprès des professionnels de santé entraînant un retard de diagnostic et une prise en soin non optimale. Une enquête auprès des masso-kinésithérapeutes sur leurs représentations de l'endométriose et sur leurs intérêts pour d'éventuelles formations peut être menée. Des pistes pour cibler au mieux les attentes et les demandes des kinésithérapeutes pourraient être identifiées afin de construire des formations plus adaptées.

Enfin, il apparaît comme une évidence que les études quantitatives recherchant à évaluer l'efficacité des techniques de masso-kinésithérapie pour pallier les symptômes et conséquences de l'endométriose devraient être poursuivies.

V.3.3 Apports personnels

Lors de nos recherches, nous avons assisté à plusieurs conférences avec différents professionnels de santé afin de recueillir leurs points de vue et qu'ils nous transmettent leurs savoirs. Nous avons rencontré des gynécologues et des kinésithérapeutes formés en urogynécologie et investis dans le parcours de soin des femmes atteintes d'endométriose. Les gynécologues souhaitent d'avantages communiquer avec les kinésithérapeutes afin d'établir des objectifs communs pour les patientes. Quant aux kinésithérapeutes, ils souhaitent faire reconnaître leurs compétences auprès des médecins dans l'objectif d'être intégrés dans le parcours de soins des femmes atteintes de cette pathologie. Ces rencontres et ces échanges nous ont beaucoup apporté et nous avons constaté l'envie des professionnels de santé de tendre vers une collaboration entre les médecins et les kinésithérapeutes.

D'un point de vue personnel, ce travail d'initiation à la recherche nous a conforté dans l'envie d'approfondir nos connaissances et nos compétences dans ce domaine. Nous accordons une importance particulière à connaître les signes évocateurs d'endométriose pour notre future profession afin de diminuer l'errance diagnostique de cette population. La prise en soin de l'endométriose nous intéresse tout particulièrement et les recherches dans le cadre de ce travail nous ont donné envie d'effectuer des formations dans le domaine uro-gynécologique.

V.4 CONCLUSION

Cette étude qualitative sous forme de questionnaire nous a amené à évaluer le recours à la kinésithérapie chez les femmes atteintes d'endométriose majeures, non ménopausées et domiciliées en France. Nous avons également souhaité déterminer quels étaient les facteurs pouvant influencer la prise en soin en kinésithérapie.

Parmi les participantes, de manière significative **78.2%** n'ont jamais consulté de kinésithérapeute pour des troubles liés à leur endométriose. Le principal frein à cette prise en soin est le manque de prescription médicale de séances de kinésithérapie : 77% des sujets ne possèdent pas de prescription. Cette prescription est rédigée, pour plus de la moitié des cas, par le médecin généraliste. Néanmoins dans 60% des cas, celle-ci est rédigée après discussion et/ou suggestion d'une tierce personne (patiente ou autres professionnels de santé), la dorsalgie étant le principal motif de son élaboration.

Dans notre étude, nous avons relevé que certains critères tels que l'âge et la région n'influencent pas la prise en soin kinésithérapique. De même, pour les participantes, leur décision de consulter n'est pas influencée de manière significative par le sexe du thérapeute ni par sa spécialité.

À ce jour, la kinésithérapie ne fait pas partie intégrante du parcours de soin des femmes atteintes d'endométriose. Cela s'expliquant par le caractère émergent de la pathologie et la place importante des traitements pharmacologiques et chirurgicaux qui sont nécessaires. Les résultats de ce travail et la littérature nous indique qu'à ce jour le parcours de soins de ces femmes comporte de nombreux obstacles et qu'il doit être optimisé afin de réduire le délai important du diagnostic et d'assurer une meilleure qualité de soin. Les symptômes de cette pathologie sont nombreux et variés et retentissent de façon importante sur la qualité de vie des patientes. Les recommandations de l'HAS ainsi que les décisions gouvernementales tendent à développer un parcours de soins coordonné et une prise en soin pluridisciplinaire. Ceci ayant pour objectif de pallier à cette altération de la qualité de vie des femmes atteintes d'endométriose.

VI RÉFÉRENCES

1. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* mai 2014;10(5):261-75.
2. Fu J, Song H, Zhou M, Zhu H, Wang Y, Chen H, et al. Progesterone receptor modulators for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cité 7 mars 2021];(7). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009881.pub2/full/fr?cookiesEnabled>
3. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet Lond Engl.* 13 nov 2004;364(9447):1789-99.
4. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : Prise en charge de l'endométriose. 2017;399.
5. 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* [Internet]. 10 nov 2019 [cité 7 mars 2021];20(22). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6888544/>
6. Parasar P, Ozcan P, Terry KL. Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. *Curr Obstet Gynecol Rep.* mars 2017;6(1):34-41.
7. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and Pathophysiology of Endometriosis. *Fertil Steril* [Internet]. sept 2012 [cité 7 mars 2021];98(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3836682/>
8. Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. *Ann N Y Acad Sci.* mars 2002;955:11-22; discussion 34-36, 396-406.
9. Zanelotti A, Decherney AH. Surgery and Endometriosis. *Clin Obstet Gynecol.* sept 2017;60(3):477-84.
10. Chapron C, Chopin N, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Vacher-Lavenu MC, et al. Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distribution. *Hum Reprod Oxf Engl.* juill 2006;21(7):1839-45.
11. Brosens IA, Puttemans PJ, Deprest J. The endoscopic localization of endometrial implants in the ovarian chocolate cyst. *Fertil Steril.* juin 1994;61(6):1034-8.
12. Chapron C, Bourret A, Chopin N, Dousset B, Leconte M, Amsellem-Ouazana D, et al. Surgery for bladder endometriosis: long-term results and concomitant management of associated posterior deep lesions. *Hum Reprod Oxf Engl.* avr 2010;25(4):884-9.
13. Chapron C, Chiodo I, Leconte M, Amsellem-Ouazana D, Chopin N, Borghese B, et al. Severe ureteral endometriosis: the intrinsic type is not so rare after complete surgical

exeresis of deep endometriotic lesions. *Fertil Steril*. 1 mai 2010;93(7):2115-20.

14. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. mai 1997;67(5):817-21.
15. Zondervan KT, Rahmioglu N, Morris AP, Nyholt DR, Montgomery GW, Becker CM, et al. Beyond endometriosis GWAS: from Genomics to Phenomics to the Patient. *Semin Reprod Med*. juill 2016;34(4):242-54.
16. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril*. sept 2012;98(3):591-8.
17. Adamson GD, Pasta DJ. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertil Steril*. oct 2010;94(5):1609-15.
18. Macer ML, Taylor HS. Endometriosis and infertility: a review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. *Obstet Gynecol Clin North Am*. déc 2012;39(4):535-49.
19. D'Hooghe TM, Debrock S. Endometriosis, retrograde menstruation and peritoneal inflammation in women and in baboons. *Hum Reprod Update*. févr 2002;8(1):84-8.
20. Nothnick WB. Treating endometriosis as an autoimmune disease. *Fertil Steril*. août 2001;76(2):223-31.
21. Gazvani R, Templeton A. Peritoneal environment, cytokines and angiogenesis in the pathophysiology of endometriosis. *Reprod Camb Engl*. févr 2002;123(2):217-26.
22. Ferguson BR, Bennington JL, Haber SL. Histochemistry of mucosubstances and histology of mixed müllerian pelvic lymph node glandular inclusions. Evidence for histogenesis by müllerian metaplasia of coelomic epithelium. *Obstet Gynecol*. mai 1969;33(5):617-25.
23. Dai Y, Li X, Shi J, Leng J. A review of the risk factors, genetics and treatment of endometriosis in Chinese women: a comparative update. *Reprod Health [Internet]*. 21 mai 2018 [cité 7 mars 2021];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5963030/>
24. Falcone T, Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. *Obstet Gynecol*. mars 2018;131(3):557-71.
25. 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*. 1 sept 2013;19(5):570-82.
26. DiVasta AD, Vitonis AF, Laufer MR, Missmer SA. Spectrum of symptoms in women diagnosed with endometriosis during adolescence vs adulthood. *Am J Obstet Gynecol*. mars 2018;218(3):324.e1-324.e11.
27. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson J-B, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation

between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril.* oct 2002;78(4):719-26.

28. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* déc 2005;11(6):595-606.
29. Kołodziej A, Krajewski W, Dołowy Ł, Hirnle L. Urinary Tract Endometriosis. *Urol J.* 4 sept 2015;12(4):2213-7.
30. Nicolaus K, Reckenbeil L, Bräuer D, Szczesny R, Diebolder H, Runnebaum IB. Cycle-related Diarrhea and Dysmenorrhea are Independent Predictors of Peritoneal Endometriosis, Cycle-related Dyschezia is an Independent Predictor of Rectal Involvement. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* mars 2020;80(3):307-15.
31. Leconte M, Borghese B, Chapron C, Dousset B. [Intestinal endometriosis]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. avr 2012;41(4):358-66.
32. Aredo JV, Heyrana KJ, Karp BI, Shah JP, Stratton P. Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction. *Semin Reprod Med.* janv 2017;35(1):88-97.
33. Ballweg ML. Impact of endometriosis on women's health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* avr 2004;18(2):201-18.
34. Sachedina A, Todd N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 6 févr 2020;12(Suppl 1):7-17.
35. Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The pains of endometriosis. *Science.* 10 juin 2005;308(5728):1587-9.
36. Maddern J, Grundy L, Castro J, Brierley SM. Pain in Endometriosis. *Front Cell Neurosci* [Internet]. 6 oct 2020 [cité 7 mars 2021];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7573391/>
37. Ozkan S, Murk W, Arici A. Endometriosis and infertility: epidemiology and evidence-based treatments. *Ann N Y Acad Sci.* avr 2008;1127:92-100.
38. 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.* avr 2019;220(4):354.e1-354.e12.
39. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol.* août 2001;98(2):258-64.
40. Stull DE, Wasiak R, Kreif N, Raluy M, Colligs A, Seitz C, et al. Validation of the SF-36 in patients with endometriosis. *Qual Life Res.* 2014;23(1):103-17.

41. ESHRE : European Society of Human Reproduction and Embryology. Endometriosis guideline : Guideline on the management of women with endometriosis [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>
42. Hadfield R, Mardon H, Barlow D, Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. *Hum Reprod Oxf Engl.* avr 1996;11(4):878-80.
43. Rolla E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *F1000Research* [Internet]. 23 avr 2019 [cité 7 mars 2021];8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6480968/>
44. Lafay Pillet MC, Huchon C, Santulli P, Borghese B, Chapron C, Fauconnier A. A clinical score can predict associated deep infiltrating endometriosis before surgery for an endometrioma. *Hum Reprod Oxf Engl.* août 2014;29(8):1666-76.
45. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Kennedy SH, Jenkinson C, Zondervan KT, World Endometriosis Research Foundation Women's Health Symptom Survey Consortium. Developing symptom-based predictive models of endometriosis as a clinical screening tool: results from a multicenter study. *Fertil Steril.* sept 2012;98(3):692-701.e5.
46. Abrao MS, Gonçalves MOC. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis | *Human Reproduction* | Oxford Academic [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/humrep/article/22/12/3092/2384579>
47. Cranney R, Condous G, Reid S. An update on the diagnosis, surgical management, and fertility outcomes for women with endometrioma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* juin 2017;96(6):633-43.
48. Guerriero S, Condous G, Bosch T van den, Valentin L, Leone FPG, Schoubroeck DV, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;48(3):318-32.
49. Moore J, Copley S, Morris J, Lindsell D, Golding S, Kennedy S. A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* déc 2002;20(6):630-4.
50. 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.
51. Mehedintu C, Plotogea M, Ionescu S, Antonovici M. Endometriosis still a challenge. *J Med Life.* 15 sept 2014;7(3):349-57.
52. Valle RF, Sciarra JJ. Endometriosis: treatment strategies. *Ann N Y Acad Sci.* nov

2003;997:229-39.

53. Api M. Surgery for Endometriosis-Related Pain. *Womens Health*. 1 sept 2015;11(5):665-9.
54. Medeiros LR, Rosa DD, Bozzetti MC, Fachel JM, Furness S, Garry R, et al. Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [cité 7 mars 2021];(2). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004751.pub3/full/fr>
55. Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 10 mars 2014 [cité 7 mars 2021];2014(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6984415/>
56. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Hum Reprod Oxf Engl*. sept 2003;18(9):1922-7.
57. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Crosignani PG. Endometriosis: current therapies and new pharmacological developments. *Drugs*. 2009;69(6):649-75.
58. Vercellini P, Fedele L, Pietropaolo G, Frontino G, Somigliana E, Crosignani PG. Progestogens for endometriosis: forward to the past. *Hum Reprod Update*. août 2003;9(4):387-96.
59. Stamatiades GA, Carroll RS, Kaiser UB. GnRH—A Key Regulator of FSH. *Endocrinology*. 4 déc 2018;160(1):57-67.
60. Mira TAA, Buen MM, Borges MG, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. oct 2018;143(1):2-9.
61. de Bernardes NO, Marques A, Ganunny C, Bahamondes L. Use of intravaginal electrical stimulation for the treatment of chronic pelvic pain: a randomized, double-blind, crossover clinical trial. *J Reprod Med*. févr 2010;55(1-2):19-24.
62. Mira TAA, Giraldo PC, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Effectiveness of complementary pain treatment for women with deep endometriosis through Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS): randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. nov 2015;194:1-6.
63. Kannan P, Claydon LS. Some physiotherapy treatments may relieve menstrual pain in women with primary dysmenorrhea: a systematic review. *J Physiother*. mars 2014;60(1):13-21.
64. Johnson NP, Hummelshoj L, World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl*. juin 2013;28(6):1552-68.

65. Napadow V, Edwards RR, Cahalan CM, Mensing G, Greenbaum S, Valovska A, et al. Evoked Pain Analgesia in Chronic Pelvic Pain Patients using Respiratory-gated Auricular Vagal Afferent Nerve Stimulation. *Pain Med Malden Mass.* juin 2012;13(6):777-89.
66. Bai H-Y, Bai H-Y, Yang Z-Q. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation therapy for the treatment of primary dysmenorrhea. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 8 sept 2017 [cité 7 mars 2021];96(36). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6392990/>
67. Valiani M, Ghasemi N, Bahadoran P, Heshmat R. The effects of massage therapy on dysmenorrhea caused by endometriosis. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2010;15(4):167-71.
68. Apay SE, Arslan S, Akpınar RB, Celebioglu A. Effect of aromatherapy massage on dysmenorrhea in Turkish students. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses.* déc 2012;13(4):236-40.
69. Armour M, Sinclair J, Chalmers KJ, Smith CA. Self-management strategies amongst Australian women with endometriosis: a national online survey. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 15 janv 2019 [cité 7 mars 2021];19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6332532/>
70. Bakhtshirin F, Abedi S, YusefiZoj P, Razmjooee D. The effect of aromatherapy massage with lavender oil on severity of primary dysmenorrhea in Arsanjan students. *Iran J Nurs Midwifery Res.* févr 2015;20(1):156-60.
71. Awad E, Ahmed HAH, Yousef A, Abbas R. Efficacy of exercise on pelvic pain and posture associated with endometriosis: within subject design. *J Phys Ther Sci.* déc 2017;29(12):2112-5.
72. Vitonis AF, Hankinson SE, Hornstein MD, Missmer SA. Adult physical activity and endometriosis risk. *Epidemiol Camb Mass.* janv 2010;21(1):16-23.
73. Bergström I, Freyschuss B, Jacobsson H, Landgren B-M. The effect of physical training on bone mineral density in women with endometriosis treated with GnRH analogs: a pilot study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* avr 2005;84(4):380-3.
74. Endométriose [Internet]. CNOM : Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/06/fiche-pratique-endometrioise-042019.pdf>
75. Matthewman G, Lee A, Kaur JG, Daley AJ. Physical activity for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* sept 2018;219(3):255.e1-255.e20.
76. Warren MP, Perlroth NE. The effects of intense exercise on the female reproductive system. *J Endocrinol.* juill 2001;170(1):3-11.
77. Gonçalves AV, Barros NF, Bahamondes L. The Practice of Hatha Yoga for the Treatment of Pain Associated with Endometriosis. *J Altern Complement Med N Y N.* janv

2017;23(1):45-52.

78. Zhao L, Wu H, Zhou X, Wang Q, Zhu W, Chen J. Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juin 2012;162(2):211-5.
79. Silva APM da, Montenegro ML, Gurian MBF, Mitidieri AM de S, Lara LA da S, Poli-Neto OB, et al. Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet.* janv 2017;39(1):26-30.
80. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecology J.* 2019;30(11):1849-55.
81. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecology J.* 2018;29(5):631-8.
82. Srinivasan AK, Kaye JD, Moldwin R. Myofascial dysfunction associated with chronic pelvic floor pain: management strategies. *Curr Pain Headache Rep.* oct 2007;11(5):359-64.
83. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain.* sept 1975;1(3):277-99.
84. Pastore EA, Katzman WB. Recognizing Myofascial Pelvic Pain in the Female Patient with Chronic Pelvic Pain. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG.* sept 2012;41(5):680-91.
85. Oyama IA, Rejba A, Lukban JC, Fletcher E, Kellogg-Spadt S, Holzberg AS, et al. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology.* nov 2004;64(5):862-5.
86. Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol.* déc 2001;166(6):2226-31.
87. Schvartzman R, Schvartzman L, Ferreira CF, Vettorazzi J, Bertotto A, Wender MCO. Physical Therapy Intervention for Women With Dyspareunia: A Randomized Clinical Trial. *J Sex Marital Ther.* 2019;45(5):378-94.
88. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med.* févr 2010;7(2 Pt 2):1003-22.
89. Marques A, Stothers L, Macnab A. The status of pelvic floor muscle training for women. *Can Urol Assoc J.* déc 2010;4(6):419-24.
90. De Singly F. Le questionnaire. 5e édition. Paris: Armand Colin; 2016. 128 p.

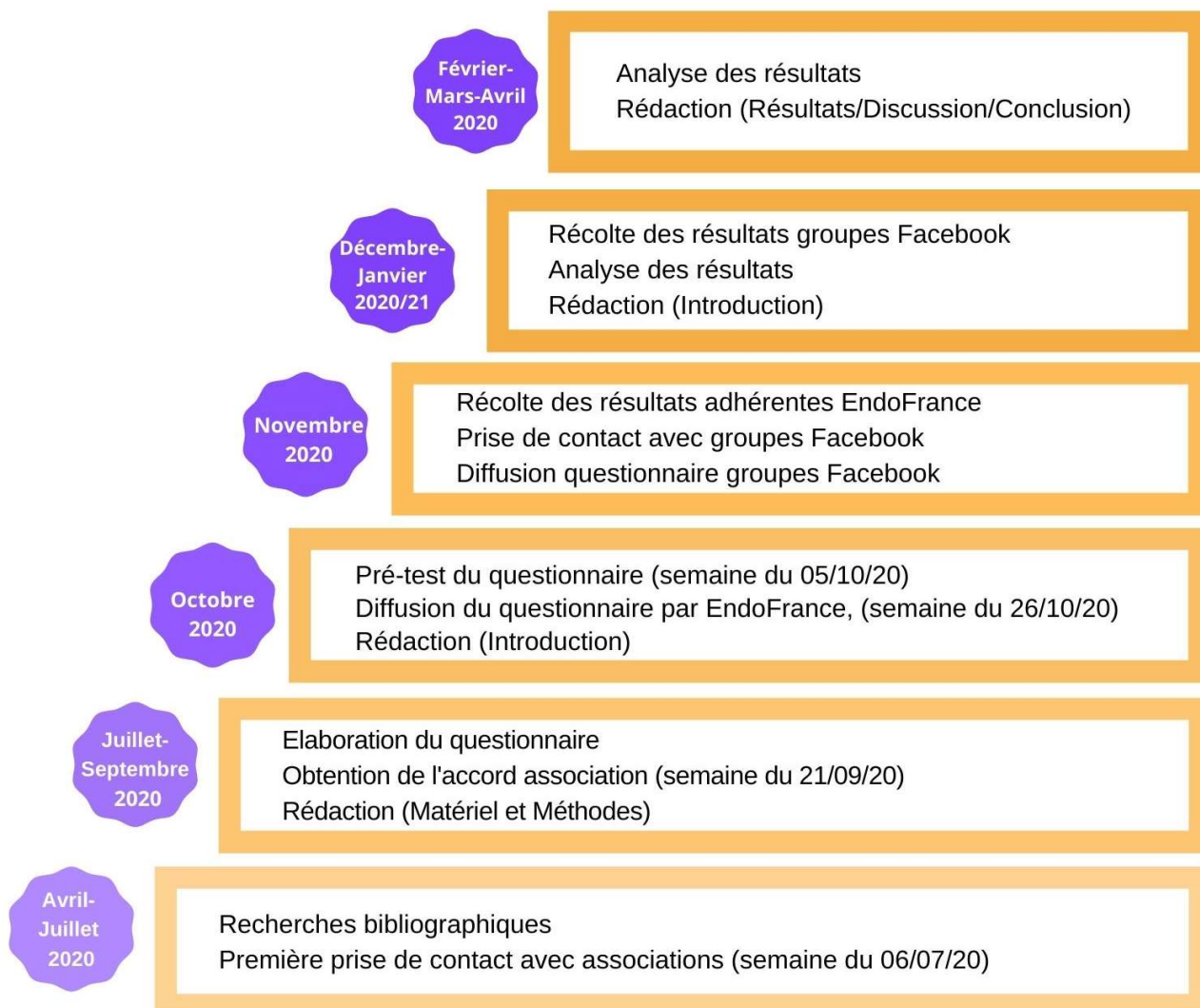
91. Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? Indian J Psychol Med. avr 2013;35(2):121-6.
92. DGOS. Endométriose [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/endometrioise>
93. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
94. Pelaccia T. Comment mieux superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ? De Boeck Supérieur; 2018. 383 p. (Guide Pratique).
95. Endofrance : Association Française de lutte contre l'Endométriose [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/>
96. L'association ENDOMind [Internet]. Association ENDOmind. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.endomind.org/association/>
97. Delafontaine A. Réussir la démarche de recherche universitaire en kinésithérapie et thérapie manuelle. Elsevier Masson; 2019. 312 p.
98. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. L'Espace Geogr. 2018;Tome 47(4):362-80.
99. Améliorer la santé des jeunes et favoriser l'accès à la prévention et aux soins [Internet]. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.jeunes.gouv.fr/Ameliorer-la-sante-des-jeunes-et>
100. Helal RM, Abou-ElWafa HS. Self-Medication in University Students from the City of Mansoura, Egypt. J Environ Public Health [Internet]. 2017 [cité 17 avr 2021];2017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396441/>
101. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. Rev Saúde Pública [Internet]. 1 déc 2016 [cité 17 avr 2021];50(Suppl 2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5157904/>
102. Article L4321-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930031
103. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. J Sex Marital Ther. sept 2005;31(4):329-40.
104. Wurn LJ, Wurn BF, Roscow AS, King CR, Scharf ES, Shuster JJ. Increasing Orgasm and Decreasing Dyspareunia by a Manual Physical Therapy Technique. Medscape Gen Med [Internet]. 14 déc 2004 [cité 17 avr 2021];6(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480593/>

105. Witzeman K, Antunez Flores O, Renzelli-Cain RI, Worly B, Moulder JK, Carrillo JF, et al. Patient–Physician Interactions Regarding Dyspareunia with Endometriosis: Online Survey Results. *J Pain Res.* 29 juin 2020;13:1579-89.
106. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie (1). 2004-810 août 13, 2004.
107. Janssen SM, Lagro-Janssen ALM. Physician’s gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: a systematic review. *Patient Educ Couns.* nov 2012;89(2):221-6.
108. Jones T, Baxter M, Khanduja V. A quick guide to survey research. *Ann R Coll Surg Engl.* janv 2013;95(1):5-7.
109. Krief N, Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Rech En Sci Gest.* 12 nov 2013;N° 95(2):211-37.

TABLE DES ANNEXES

Annexe I :	Planification des tâches de l'étude
Annexe II :	Fiche de renseignement du projet transmis à EndoFrance
Annexe III :	Carte mentale : Représentation de l'organisation du questionnaire
Annexe IV :	Trame d'élaboration du questionnaire
Annexe V :	Questionnaire à destination des patientes

ANNEXE I : Planification des tâches de l'étude



ANNEXE II : Fiche de renseignement du projet transmis à EndoFrance

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PROJET DE RECHERCHE ETUDIANT(E)S ET PROFESSIONNELS DE SANTE

Merci de retourner cette fiche **AU FORMAT WORD** ainsi que les pièces jointes nécessaire à l'étude de votre demande à l'adresse recherche@endofrance.org

INFORMATIONS GENERALES:

Date de la demande	12/10/2020
NOM	POUPARD
Prénom	Léa
Région	Franche-Comté
Ville	Montbéliard
Email de contact	l.poupardifms17@gmail.com
Téléphone (optionnel)	0644233846

INFORMATIONS PROJET

Domaine de recherche (ex : Médecine, Pharmacie, Sage-femme, Infirmier, Psychologie, Kinésithérapie, Ostéopathie...)	Kinésithérapie	
Institut, université, école ou laboratoire de rattachement, dans lequel est effectué le projet	IFMS Montbéliard	
Intitulé de l'étude	Etude de la prise en soin en kinésithérapie des femmes atteintes d'endométriose.	
Description brève du projet Merci d'indiquer toutes les informations permettant de cerner le sujet dans son ensemble	L'objectif de ce mémoire de fin d'étude est d'observer et comprendre la place de la kinésithérapie dans le parcours de soins des femmes atteintes d'endométriose. Il s'attachera à déterminer s'il y a un recours à la kinésithérapie ou non pour ces patientes ainsi que les facteurs influençant cette prise en charge. (Freins potentiels). La constitution de ce questionnaire a été réalisé sous forme d'arbre avec différents chemins possibles en fonction des réponses des participantes. Les questions seront donc différentes d'un sujet à l'autre.	
Critères d'inclusion/exclusion des patients/participants	<u>Critères inclusion :</u> Femme majeure Femme non ménopausée Femme avec diagnostic établi d'endométriose	<u>Critères exclusion :</u> Femme mineure Femme ménopausée (naturellement) Femme sans diagnostic établi d'endométriose
Date à laquelle le mémoire doit être rendu	28 avril 2021	

VOTRE DEMANDE

Type de demande pour EndoFrance (ex : information, diffusion de questionnaire, recrutement de patientes...)	Diffusion d'un questionnaire à l'intention des adhérentes atteintes d'endométriose.	
Volonté de transmettre à EndoFrance les résultats de l'analyse réalisée grâce aux ressources fournies par EndoFrance	☒ OUI ☐ NON	
Diffusion de questionnaire*	☒ OUI ☐ NON https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf0vfsByM976hyYXky91MR-fEal75miuQDvrp_ruCr6DwoXuA/viewform?usp=sf_link	

Proposition de séances pratiques (selon discipline)**	☐ OUI ☒ NON Si oui : Nombre de séances : Déroulement : Durée de la séance : Durée de l'étude : Lieu : Groupe placebo : OUI / NON
Entretien /interview***	Nombre de participants souhaité : Durée estimée de l'interview/entretien : Lieu de l'interview/entretien (Lieu public, cabinet, téléphone, Skype) :

* Pour toute diffusion de questionnaire, merci de nous fournir le lien vers celui-ci ou une copie en pièce jointe afin que nous puissions le consulter et vérifier. A cette occasion, il est possible que nous vous fassions des suggestions afin de l'adapter au mieux aux femmes souffrant d'endométriose. Merci de tenir compte de la notion de respect de l'anonymat et la protection des données.

** Pour la réalisation de séances appliquées à l'ostéopathie, la kinésithérapie, la psychologie, le yoga ou autre, merci de préciser votre démarche et votre protocole plus en détails dans la section INFORMATION PROJET > Description brève du projet. A noter que les séances proposées doivent être GRATUITES pour les participantes. Si un groupe placebo est prévu dans l'étude, le porteur de projet s'engage à appliquer le traitement non placebo GRATUITEMENT au groupe placebo une fois l'étude terminée. Merci de tenir compte de la notion de respect de l'anonymat et la protection des données.

*** Pour la réalisation d'entretiens ou interview, merci de nous fournir la liste de vos questions ou la trame si entretien qualitatif en pièce jointe. Merci de tenir compte de la notion de respect de l'anonymat et la protection des données.

POUR LES DEMANDES NECESSITANT UNE DIFFUSION A NOS ADHERENTES,

- Sachez que nous n'utilisons pas les réseaux sociaux comme canaux de diffusion,
- Nous réalisons les diffusions de vos demandes à nos adhérentes de la région dans laquelle vous étudiez/êtes professionnel(le). Au cas par cas et selon la nécessité, nous déciderons s'il est nécessaire d'élargir la diffusion à d'autres régions,
- Veuillez nous fournir un texte bref ci-dessous. Ce message constituera le corps de l'email de diffusion et doit comprendre : votre présentation (formation, niveau, école, etc..), l'objectif précis de votre projet, les critères d'inclusion/exclusion, votre contact si votre diffusion le nécessite, ainsi que toute information pertinente pour la participante (respect de l'anonymat, gratuité des séances, possibilité de demander les résultats de l'étude, etc...)

VOTRE DEMANDE DE DIFFUSION :

Bonjour,

Je m'appelle Léa Poupard et je suis actuellement étudiante en 4e année de kinésithérapie à l'IFMS de Montbéliard (25).

Je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, une enquête par questionnaire auprès des femmes atteintes d'endométriose. Ce travail a pour objectif de recueillir des informations sur la place de la kinésithérapie dans votre prise en charge liée à l'endométriose. Je vous propose de m'aider à réaliser ce projet en remplissant ce questionnaire en ligne grâce au lien ci-dessous, il vous prendra environ 5 minutes et s'adresse à toute femme majeure, non ménopausée, ayant un diagnostic établi/posé d'endométriose. Les femmes sous ménopause artificielle en lien avec un traitement hormonal peuvent tout à fait répondre.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf0vFsByM976hyYXky91MR-fEal75miuQDvrp_ruCr6DwoXuA/viewform?usp=sf_link

Vos réponses me seront d'une grande aide, je vous remercie par avance pour le temps que vous me consacrerez,

Pour toutes questions vous pouvez me contacter par mail ou par téléphone :

l.poupardifms17@gmail.com

06.44.23.38.46

Cordialement, Léa Poupard

Précision sur la demande Merci de nous indiquer toute autre précision sur votre demande ici	
--	--

CADRE RESERVE A ENDOFRANCE

SUIVI N° XXX

Pris en charge par	
Date	
Numéro projet	
Région concernée	

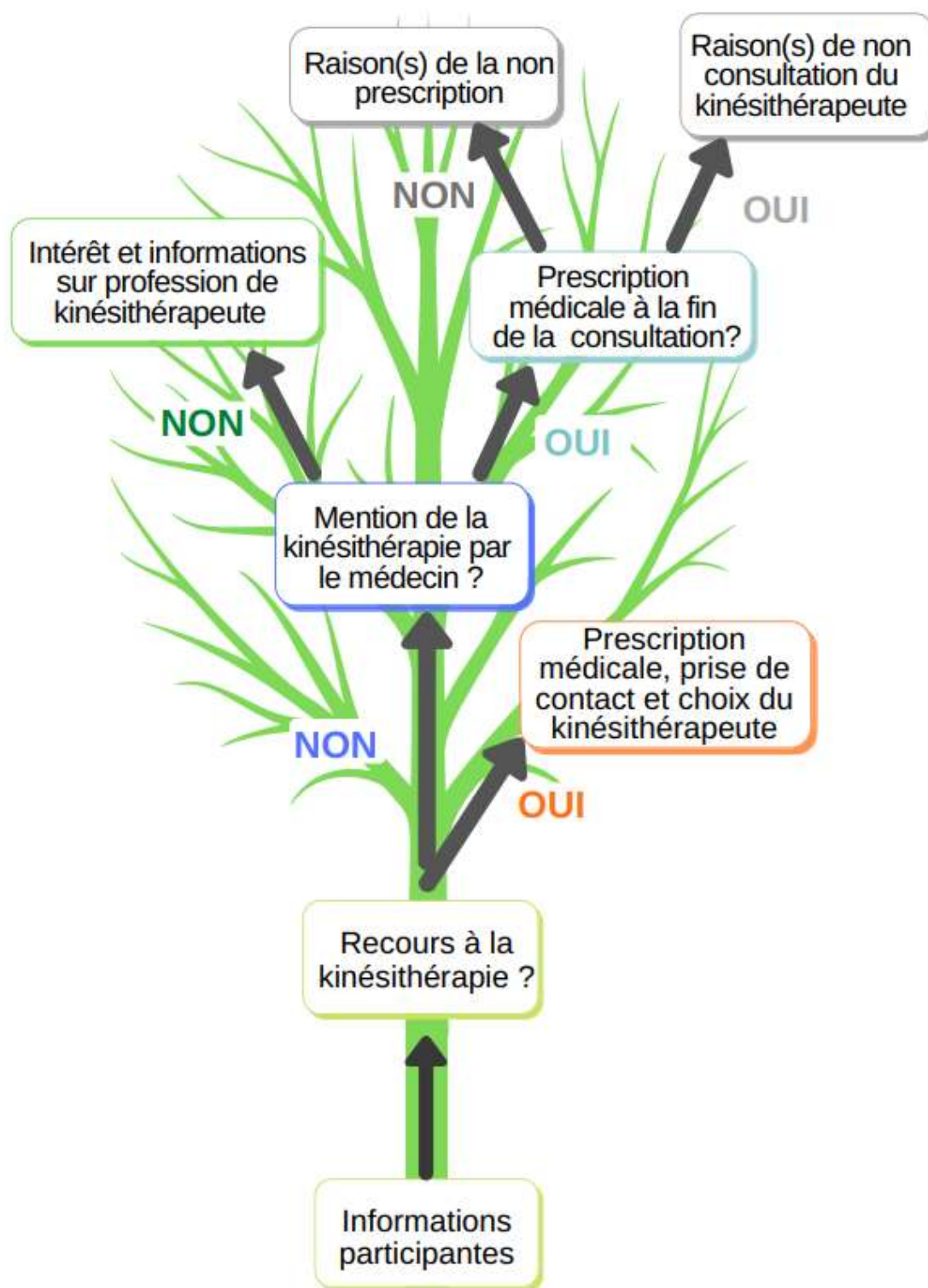
Date	Etape	Commentaire
01/01/20	Prise en charge	
	Relecture questionnaire	
	Demande de clarification	
	Envois questionnaire	

Retour sur les résultats	☐ OUI ☐ NON
--------------------------	--

Commentaires/Avis	
-------------------	--

Annonce à diffuser	☐ A faire ☐ OUI ☐ NON
--------------------	--

ANNEXE III : Carte mentale : Représentation de l'organisation du questionnaire



ANNEXE IV : Trame d'élaboration du questionnaire

Thèmes	Hypothèses	Questions	Liens	Analyse des résultats
Informations relatives au participant	/	1. Dans quelle région habitez-vous ? * QRU Liste déroulante des régions (Métropole + DOM TOM) Item fermé, donnée catégorielle 2. Quel âge avez-vous ? * QRU Item fermé, données métriques Réponse par tranches d'âge de 10 ans • 18-25 ans • 25 - 35 ans • 35- 45 ans • 45 - 55 ans • > 55 ans 3. Êtes-vous ménopausée ? * QRU - Oui, en ménopause naturelle - Oui, en ménopause artificielle (liée à un traitement hormonal) - Non (Non inclusion dans l'étude si réponses « Oui, en ménopause naturelle ») 4. Par quel professionnel de santé le diagnostic d'endométriose a-t-il été établi ?* QRU Item fermé, donnée catégorielle - Par un gynécologue - Par un médecin - Par un chirurgien - Par un radiologue - Il n'a pas encore été établi, pour le moment c'est une suspicion 5. Par quel examen le diagnostic a-t-il été confirmé ?* QCM - IRM -Échographie -Cœlioscopie -Autre intervention chirurgicale -Autre : ...	1 – 7, 2 – 7, 6 - 7	Tableaux

		6. De quels symptômes souffrez-vous ? (plusieurs choix sont possibles)* QCM Item fermé, - Douleurs pelviennes (douleurs du bas ventre) - Douleurs pendant les rapports sexuels - Incontinence urinaire - Douleurs ou difficulté à uriner - Douleurs ou difficulté à la défécation - Douleurs de dos - Autre : ...		
Recours à la kinésithérapie	H1 = les femmes atteintes d'endométriose ont recours à une PES en kinésithérapie H2 = les femmes atteintes d'endométriose n'ont pas recours à une PEC en kinésithérapie	7. Avez-vous déjà consulté un kinésithérapeute dans le cadre de votre endométriose ? * QRU Item fermé, - Oui - Non Pour les personnes ayant répondu « Non » à la question 7, le logiciel basculera directement à la question 17. Pour les personnes ayant répondu « Oui » le logiciel leur affichera les questions 8 à 16.		Diagramme circulaire
PARTIE 2 « J'AI EU RECOURS A LA KINESITHERAPIE »				
Prescription médicale	H1 = le médecin propose une PES en kinésithérapie pour les troubles uro-gynécologiques. H2= le médecin propose une PES en kinésithérapie pour des troubles ne relevant pas de l'uro-gynécologie.	8. Pour quel(s) motif(s) avez-vous consulté ce kinésithérapeute ? (douleurs, dyspareunie, incontinence ...) : * Champs libre 9. Au sujet de la prescription (ordonnance de kinésithérapie) : * QRU	17 – 18 – 19 - 20	Histogrammes

	H1 = le médecin propose une PES en kinésithérapie à la demande de la patiente ou d'un pair	- C'est votre médecin qui vous a proposé de faire de la kinésithérapie. - C'est vous qui avez suggéré à votre médecin l'idée d'avoir recours à la kinésithérapie. (conseils de l'entourage, Internet...) - C'est à la demande d'un autre professionnel de santé (infirmier, kinésithérapeute, chirurgien etc..) - Autre : ...		
	H1 = la prescription est réalisée par le médecin qui effectue le diagnostic H2 = la prescription est réalisée par le médecin de suivi	10.Par quel professionnel de santé, votre prescription a-t-elle été faite ?* QRU - Médecin généraliste - Gynécologue - Chirurgien - Autre : ...		
	H1 = le médecin/gynécologue propose rapidement une PES en kinésithérapie à la patiente H2 = le médecin propose une PEC en kinésithérapie en derniers recours	11. A quel moment cette prescription de kinésithérapie a-t-elle été faite ?* QCM - Dès que votre endométriose a été diagnostiquée. - A la suite d'une intervention chirurgicale - Après plusieurs mois car vos troubles persistaient - Après plusieurs années car vos troubles persistaient - Lors de la mise en place de votre traitement afin d'en diminuer les effets indésirables		
Prise de contact et rencontre avec le kinésithérapeute	H1 = le kinésithérapeute peut proposer rapidement une PES quelque soit sa spécialité H2 = le kinésithérapeute n'est pas en mesure de proposer rapidement une PEC par manque de disponibilité H3 = le kinésithérapeute ne se sent pas en mesure de proposer une PES s'il ne sent pas spécialisé	12. Lors de la prise de contact avec le kinésithérapeute, avez-vous eu un rendez-vous directement ?* QRU - Oui - Non 13. Si vous avez répondu « Non » à la précédente question : Quelle est la raison pour laquelle il vous a réorienté : QRU - Il n'avait plus de disponibilité dans son planning - Il vous a dit ne pas connaître assez bien votre pathologie pour vous prendre en charge - Il connaissait un autre thérapeute plus à même de vous prendre en	12 – 13 – 19	Diagramme circulaire Histogramme

	dans cette pathologie ou en uro-gynécologie.	charge - Il ne vous a pas donné de raison - Autre : ...		
Choix du thérapeute par la patiente	H1 = les patientes préfèrent s'orienter vers un kinésithérapeute spécialisé en uro-gynécologie H2 = les patientes n'accordent pas d'importance à la spécialisation du kinésithérapeute H3 = les patientes préfèrent s'orienter vers une femme kinésithérapeute H4 = les patientes n'accordent pas d'importance au sexe/genre du kinésithérapeute	14. Le kinésithérapeute que vous avez consulté, était-il spécialisé en uro-gynécologie ?* QRU - Oui - Non - Je ne sais pas 15. Si oui, pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous tournée vers un kinésithérapeute spécialisé dans ce domaine ? QCM - Votre médecin vous l'a conseillé - Vous avez effectué des recherches sur Internet - Vous avez été conseillé par une personne de votre entourage ou par une association - Vous vous êtes adressé à un kinésithérapeute qui vous a réorienté vers un confrère spécialisé en uro-gynécologie - Vous vous sentiez plus à l'aise avec un kinésithérapeute qui a l'habitude des symptômes de la sphère intime - Autre : ... 16. Lors du choix du thérapeute, vous avez préféré être prise en charge par : * QRU - Un homme - Une femme - Cela n'a pas d'importance FIN DU QUESTIONNAIRE pour les participantes ayant eu recours à la kinésithérapie	14 – 15 - 16	Diagramme circulaire Histogramme Diagramme circulaire

PARTIE 3 : « JE N'AI PAS EU RECOURS A LA KINESITHERAPIE »

Prescription médicale	H1 = le médecin propose une PEC en kinésithérapie à la patiente H2 = le médecin ne propose pas de PEC en kinésithérapie à la patiente	Pour les participantes ayant répondu « Non » à la question 7, le questionnaire continue directement à la question suivante : 17. Votre médecin vous a-t-il déjà parlé de la kinésithérapie pour soulager vos douleurs d'endométriose ?* QRU - Oui - Non Si la participante a répondu « Oui » à la question 17, le questionnaire continue directement à la question 18. Si « Non » le questionnaire continue à la question 21. 18. Suite à ces échanges, avez-vous obtenu une prescription (ordonnance de séances de kinésithérapie) ? * QRU - Oui - Non	8 – 9 – 10 – 11	Diagramme circulaire
Choix de la patiente et intérêt pour la kinésithérapie	H1 = la patiente n'effectue pas de séances de kinésithérapie car le médecin ne le lui a pas proposé H2 = la patiente n'a pas effectué de séances de kinésithérapie car elle n'a pas bien compris les intérêts et bénéfices H3 = la patiente n'a pas effectué de séances car elle n'a pas trouvé de kinésithérapeute pouvant la recevoir	19. Si vous avez une prescription, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas fais de séances de kinésithérapie ?* QCM - Vous n'avez pas compris l'intérêt de ces séances - Vous n'avez pas trouvé de kinésithérapeute avec des disponibilités dans son planning - Vous n'avez pas trouvé de kinésithérapeute prenant en charge votre pathologie - Vous allez déjà voir un autre praticien : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur etc... 20. Si vous n'avez pas de prescription, pouvez-vous expliquer pour quelle(s) raison(s) ?* Champs libre FIN du questionnaire pour les participantes n'ayant pas eu	13 – 14 – 15 – 16	

	H4 = la patiente n'a pas effectué de séances car elle ne souhaite pas faire de la kinésithérapie H5 = la patiente n'a pas effectué de séances car elle bénéficie déjà d'une PEC paramédicale avec un autre professionnel de santé	recours à la kinésithérapie mais ayant évoqué le sujet avec son médecin. Si la participante a répondu « Non » à la question 17, le questionnaire continuera directement à la question 21. 21. Si votre médecin ne vous a jamais parlé de l'intérêt de la kinésithérapie pour votre pathologie, seriez-vous intéressée par d'avantages d'informations à ce sujet ? * QRU - Oui, vous êtes vraiment intéressée - Oui , pourquoi pas - Non 22. Par quel(s) moyen(s) souhaiteriez-vous obtenir ces informations ?* QCM - Par une explication de votre médecin - Par une plaquette d'informations (flyers, brochures...) - Par l'intervention d'un kinésithérapeute - Autre : ... FIN DU QUESTIONNAIRE pour les participantes n'ayant pas eu recours à la kinésithérapie mais ayant évoqué le sujet avec leur médecin.	Diagramme circulaire Histogramme
--	---	---	--

ANNEXE V : Questionnaire à destination des patientes

Etude de la prise en soin en kinésithérapie des femmes atteintes d'endométriose.

Bonjour,

Etudiante en 4ème année à l'Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie de Montbéliard (25), je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude une enquête auprès des femmes atteintes d'endométriose. L'objectif de ce projet est de recueillir des informations sur la place de la kinésithérapie dans le parcours de soin afin de mieux la comprendre et de contribuer à son amélioration.

Ce questionnaire s'adresse à toute femme majeure, non ménopausée et ayant un diagnostic établi/posé d'endométriose. (Les femmes sous ménopause artificielle en lien avec un traitement hormonal peuvent tout à fait répondre).

Le temps de réponse est estimé à 5 minutes. Les réponses sont anonymes et seront utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire.

En vous remerciant de l'attention portée à mon travail.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à me contacter par mail : l.poupardifms17@gmail.com

***Obligatoire**

1. Dans quelle région habitez-vous ? * QRU

Liste déroulante des régions (Métropole + DOM TOM)

2. Quel âge avez-vous ? * QRU

- ☐ 18-25 ans
- ☐ 25 - 35 ans
- ☐ 35- 45 ans
- ☐ 45 - 55 ans
- ☐ > 55 ans

3. Êtes-vous ménopausée ? * QRU

- ☐ Oui, en ménopause naturelle
- ☐ Oui en ménopause artificielle (liée à un traitement hormonal)
- ☐ Non

4. Par quel professionnel de santé le diagnostic d'endométriose a-t-il été établi ? * QRU

- ☐ Un gynécologue
- ☐ Un médecin
- ☐ Un chirurgien
- ☐ Un radiologue
- ☐ Il n'a pas encore été établi, pour le moment c'est une suspicion

5. Par quel examen le diagnostic a-t-il été confirmé ?* QCM

- ☐ IRM
- ☐ Échographie
- ☐ Cœlioscopie
- ☐ Autre intervention chirurgicale
- ☐ Autre : ...

6. De quels symptômes souffrez-vous / avez-vous souffert ? (plusieurs choix sont possibles) * QCM

- ☐ Douleurs pelviennes (douleurs du bas ventre)
- ☐ Douleurs pendant les rapports sexuels
- ☐ Troubles urinaires (incontinence, douleur et/ou difficulté à uriner, envie fréquente...)
- ☐ Troubles digestifs (douleur et/ou difficulté à la défécation, diarrhée...)
- ☐ Fatigue
- ☐ Infertilité
- ☐ Douleurs de dos
- ☐ Autre : ...

7. Avez-vous déjà consulté un kinésithérapeute dans le cadre de votre endométriose ? * QRU

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pour les personnes ayant répondu « Non » à cette question, le logiciel basculera directement à la question 17

Pour les personnes ayant répondu « Oui » le logiciel leur affichera les questions 8 à 16.

PARTIE « J'AI EU RECOURS A UN KINESITHERAPEUTE »

8. Pour quel(s) motif(s) avez-vous consulté ce kinésithérapeute ? (douleurs, dyspareunie, incontinence ...) : *

Champs libre

9. Au sujet de la prescription (ordonnance de kinésithérapie) : * QRU

- ☐ C'est votre médecin qui vous a proposé de faire de la kinésithérapie.
- ☐ C'est vous qui avez suggéré à votre médecin l'idée d'avoir recours à la kinésithérapie. (conseils de l'entourage, Internet...)
- ☐ C'est à la demande d'un autre professionnel de santé (infirmier, kinésithérapeute, chirurgien etc..)
- ☐ Autre : ...

10. Par quel professionnel de santé, votre prescription a-t-elle été faite ?* QRU

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Gynécologue
- ☐ Chirurgien
- ☐ Autre : ...

11. A quel moment cette prescription de kinésithérapie a-t-elle été faite ? * QCM

- ☐ Dès que votre endométriose a été diagnostiquée.
- ☐ A la suite d'une intervention chirurgicale
- ☐ Après plusieurs mois car vos troubles persistaient
- ☐ Après plusieurs années car vos troubles persistaient
- ☐ Lors de la mise en place de votre traitement afin d'en diminuer les effets indésirables

12. Lors de votre première prise de contact avec le kinésithérapeute, celui-ci vous a-t-il proposé une prise en charge ?* QRU

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Si vous avez répondu « Non », Quelle est la raison pour laquelle il vous a réorienté ? QRU

- ☐ Il n'avait plus de disponibilité dans son planning
- ☐ Il vous a dit ne pas connaître assez bien votre pathologie pour vous prendre en charge
- ☐ Il connaissait un autre thérapeute plus à même de vous prendre en charge
- ☐ Il ne vous a pas donné la raison
- ☐ Autre : ...

14. Le kinésithérapeute que vous avez consulté, était-il spécialisé en uro-gynécologie ? * QRU

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

15. Si oui, pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous tournée vers un kinésithérapeute spécialisé dans ce domaine ? QCM

- ☐ Votre médecin vous l'a conseillé.
- ☐ Vous avez effectué des recherches sur Internet.
- ☐ Vous avez été conseillées par une personne de votre entourage ou par une association.
- ☐ Vous vous êtes adressées à un kinésithérapeute qui vous a réorienté vers un confrère spécialisé en uro-gynécologie.
- ☐ Vous vous sentiez plus à l'aise avec un kinésithérapeute qui a l'habitude des symptômes de la sphère intime
- ☐ Autre : ...

16. Lors du choix du thérapeute, vous avez préféré être prise en charge par :* QRU

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Cela n'a pas d'importance
- ☐ Autre : ...

Avez-vous des commentaires supplémentaires au sujet de votre parcours de soin et/ou de la kinésithérapie ?

Champs libre

Consentement :

- En cochant cette case, j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de ce mémoire

de façon totalement anonyme.

FIN du questionnaire pour les participantes ayant eu recours à la kinésithérapie

Si la participante a répondu « Non » à la question 7, le logiciel passera directement aux questions suivantes :

PARTIE « JE N'AI PAS EU RECOURS A UN KINESITHERAPEUTE »

17. Votre médecin vous a-t-il déjà parlé de la kinésithérapie pour soulager vos douleurs d'endométriose ? *

QRU

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si la participante a répondu « oui » à la question 17, le logiciel continuera par la question 18.

Sinon il passera directement à la question 21.

18. Suite à ces échanges, avez-vous obtenu une prescription (ordonnance de séances de kinésithérapie) ? *

QRU

- ☐ Oui
- ☐ Non

19. Si vous avez obtenu une prescription, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas fait de séances de kinésithérapie ? * QCM

- ☐ Vous n'avez pas compris l'intérêt de ces séances.
- ☐ Vous n'avez pas trouvé de kinésithérapeute avec des disponibilités dans son planning.
- ☐ Vous n'avez pas trouvé de kinésithérapeute prenant en charge votre pathologie.
- ☐ Vous allez déjà voir un autre praticien : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur...
- ☐ Autre : ...

20. Si vous n'avez pas obtenu de prescription, pouvez-vous expliquer pour quelle(s) raison(s) ? *

Champs libre

Avez-vous des commentaires supplémentaires au sujet de votre parcours de soin et/ou de la kinésithérapie ?

Champs libre

Consentement :

- En cochant cette case, j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de ce mémoire de façon totalement anonyme.

FIN du questionnaire pour les participantes n'ayant pas eu recours à la kinésithérapie mais ayant évoqué le sujet avec son médecin.

Si la participante a répondu « Non » à la question 17, le logiciel continuera à la question 21

21. Si votre médecin ne vous a jamais parlé de l'intérêt de la kinésithérapie pour votre pathologie, seriez-vous intéressée par davantage d'informations à ce sujet ? * QRU

- ☐ Oui, vous êtes fortement intéressées
- ☐ Oui, pourquoi pas
- ☐ Non

22. Par quel(s) moyen(s) souhaiteriez-vous obtenir ces informations ?* QCM

- ☐ Par une explication de votre médecin.
- ☐ Par une plaquette d'informations (flyers, brochures...)
- ☐ Par l'intervention d'un kinésithérapeute.
- ☐ Autre : ...

Avez-vous des commentaires supplémentaires au sujet de votre parcours de soin et/ou de la kinésithérapie ?
Champs libre

Consentement : *

- En cochant cette case, j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de ce mémoire de façon totalement anonyme.

Fin du questionnaire

Merci à vous pour votre participation.

N'oubliez pas de cliquer sur « Envoyer »

RÉSUMÉ

Etude de la prise en soin en kinésithérapie des femmes atteintes d'endométriose non ménopausées.
POUPARD Léa

Introduction : L'endométriose est une pathologie inflammatoire chronique touchant 6 à 10% des femmes en âge de procréer. Le diagnostic est souvent long et tardif et les traitements sont pour la plupart lourds et invasifs. Les femmes atteintes de cette pathologie présentent des symptômes nombreux et variés qui tendent à être améliorés par la kinésithérapie.

Objectifs : 1) Évaluer le recours à une prise en soin kinésithérapique chez les femmes atteintes d'endométriose. 2) Identifier et comprendre les facteurs influençant cette prise en soin.

Matériel et méthode : Cette étude qualitative a été réalisée sous la forme d'un questionnaire à destination des femmes atteintes d'endométriose, majeures et non ménopausées, domiciliées en France. Le questionnaire a été diffusé par l'intermédiaire de l'association EndoFrance et de groupes Facebook.

Résultats : Nous avons récolté 312 réponses de femmes atteintes d'endométriose. 78% des participantes n'ont pas de prise en soin kinésithérapique. Pour 52% des participantes ayant consulté un kinésithérapeute, la prescription est réalisée par le médecin généraliste pour des dorsalgies dans 74% des cas. 97% des sujets sont intéressés par la kinésithérapie et souhaitent en savoir plus.

Discussion et conclusion : Cette étude révèle un déficit de prise en soin des femmes atteintes d'endométriose par les kinésithérapeutes. Le facteur principal en cause est un manque de prescription médicale probablement lié à l'émergence de cette pathologie et à une difficulté de communication interdisciplinaire. Concernant la décision des patientes sur le choix du kinésithérapeute, elle n'est pas influencée ni par son sexe ni par sa spécialisation.

Mots clés : endométriose, kinésithérapie, parcours de soin, prescription médicale, choix.

ABSTRACT

Study of the physiotherapy care of non-menopausal women with endometriosis

POUPARD Léa

Introduction: Endometriosis is a chronic inflammatory disease affecting 6 to 10% of women of childbearing age. The diagnosis is often long and later, treatments are mostly tough and invasive. Women affected by this pathology have many and varied symptoms which tend to be improved by physiotherapy.

Objectives: 1) To evaluate the use of physiotherapy in women with endometriosis. 2) To identify and understand the factors influencing this care.

Material and method: This qualitative study was carried out in the form of a questionnaire aimed at adult women with endometriosis and not menopausal, living in France. The questionnaire was sent via the EndoFrance association and Facebook groups.

Results: We received 312 responses from women with endometriosis. 78% of the participants had no physiotherapy treatment. For 52% of the participants who consulted a physiotherapist, the prescription was made by the general practitioner for back pain in 74% of the cases. 97% of the participants were interested in physiotherapy and wanted to know more about it.

Discussion and conclusion: This study reflects a lack of care to women with endometriosis by physiotherapists. The main factor is a lack of medical prescription probably linked to the emergence of this pathology and to a difficulty of interdisciplinary communication. Concerning the patient's decision on the choice of physiotherapist it is not influenced by gender or specialization.

Key words : endometriosis, physiotherapy, health care pathway, medical prescription, choice