



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
le 12 septembre 2022 à Poitiers
par **Mme Auriane DUQUESNE**

**Comment améliorer la prise en charge des femmes qui consultent en soins
primaires pour des douleurs pelviennes chroniques ? Conception d'un
questionnaire par l'utilisation de la méthode Delphi.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Membres :

Madame le Docteur Yaritza CARNEIRO

Madame le Docteur Lucile PARTAUD

Directrice de thèse : Madame le Professeur Stéphanie MIGNOT

Co- directrice de thèse : Madame le Docteur Yaritza CARNEIRO

Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (retraite au 01/01/2022)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (en mission 1an a/c du 12/07/2021)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Xavier FRITEL,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Recevez mes sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Madame le Professeur Stéphanie MIGNOT et à Madame le Docteur Yaritza CARNEIRO,

Pour m'avoir proposé ce sujet, qui vous enthousiasme tant et pour m'avoir accompagnée et soutenue durant cette étude et l'écriture de la thèse.

A Madame le Docteur Lucile PARTAUD

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et pour tout ce que tu m'enseignes en stage, en PMI et en libéral.

Aux professionnels de santé sollicités pour ce travail,

Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet et pour votre disponibilité.

A tous mes maîtres de stage, en milieu libéral ou hospitalier.

Merci pour tout ce que vous m'avez enseigné et pour votre bienveillance.

Un merci particulier aux Docteurs Bellour, Goupille et Toffolutti, pour avoir fait germer la graine de la médecine générale, et aux Docteurs Bru, Sury, Deleau-Bouges, Lafargue et Ounda-Meybi pour l'avoir fait grandir et mûrir.

A Madame le Docteur Anne-Sophie SCHOTTEY-VUILLAUME-PREZEAU,

Pour m'avoir soutenue et conseillée tout au long de mon internat, en tant que tutrice.

A mes parents, pour avoir toujours été présents et à l'écoute. Merci de m'avoir transmis votre passion. Je suis fière de marcher dans vos pas.

A Pascaline, Raphaëlle et Benjamin, pour me supporter, me soutenir et m'encourager depuis toujours. Je suis fière de vous trois, je vous aime.

A mes grands-parents, vous avez toujours été d'un grand soutien. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, qui me guident chaque jour, dans ma vie professionnelle comme personnelle.

A ma (très grande) famille, qui m'a soutenue, même de loin, durant toutes ces années d'études.

A Benjamin, merci d'être là, de m'aimer et de m'accepter telle que je suis (grimaces incluses).

A mes amis « d'avant la médecine », de la maternelle au lycée : Julie, Lucie, Sarah, Marion, Jason, Noémie. Merci pour ces grandes et belles amitiés qui durent depuis des années et m'apportent tant.

A ceux que la Médecine m'a fait connaître :

Les Normands :

A la team PACES : Sixtine, Gautier, Sarah, Geoffrey.

A ce groupe solide, depuis la L2, et à leurs petites familles : Léa, Anna, Ophélie, Agathe, Rose, Clémence, Flore, Céline, Jean-Louis, Anne, Nicolas, Alice, Marie, Clara, Elise. Votre amitié a permis de traverser ces dix années dans la bonne humeur et l'entraide. Vous voir est toujours synonyme de bons moments !

A ma team D4 : Louison (Katmandou), Sarah (Reykjavik), Oriane (Bangkok) et Faustine (Vienne).

Ceux de Poitiers :

A Maryne, Gaëtan et Anne -Louise, de Châtelleraut à l'UHA en passant par Niort, les soirées à Poitiers et ailleurs.

A mes colocs, Pierre, premier ancrage sur Poitiers, Camille, première docteure de la maison, et Ambre la future kiné.

A Mélanie, avec qui je suis enfin en stage pour ce dernier semestre.

A Sophie, Lucie et Marina, premières connaissances dans la région.

A mes co-internes de la maternité : Lucile, Léa, Jade, Mathilde, Gaëlle et Noémie, pour mettre l'ambiance et la bonne humeur chaque jour en stage.

Table des matières

Abréviations	7
Introduction	8
Méthodes	10
Méthode DELPHI : généralités	10
Méthodologie de recherche bibliographique :	11
Constitution d'un groupe d'experts :	11
Création du premier questionnaire	12
Déroulement des tours DELPHI	12
Analyse des résultats.	13
Résultats.....	14
1 ^{er} tour : du 10 octobre 2021 au 7 novembre 2021	14
2 ^e tour : du 10 novembre 2021 au 28 novembre 2021	15
3 ^e tour : du 11 janvier 2022 au 25 janvier 2022	15
Discussion.....	18
Conclusion	20
Bibliographie	21
Annexes	25
Annexe 1 – Affections potentiellement responsables d'algies pelviennes chroniques chez les femmes.....	25
Annexe 2 – Questionnaire envoyé lors du 1 ^{er} tour de DELPHI :	26
Annexe 3 – Questionnaire envoyé lors du 2 ^e tour de DELPHI	31
Annexe 4 – Questionnaire envoyé lors du 3 ^e tour de DELPHI	36
Annexe 5 – Questionnaire final après 3 tours de DELPHI	42
Annexe 6 – Tableau récapitulatif des modifications au cours des tours de DELPHI.....	47
RESUME-.....	53
SERMENT	54

Abréviations

AEG	Altération de l'Etat Général
AINS	Anti-Inflammatoire non stéroïdien
ALD	Affection Longue Durée
APC	Algies Pelviennes Chroniques
ATCDT	Antécédent
CNGOF	Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France
DIU	Dispositif intra-utérin (ou stérilet)
EHP-5	Questionnaire Endometriosis Health Profile -5
EHP-30	Questionnaire Endometriosis Health Profile -30
ENDOL-4D	Questionnaire sur les symptômes douloureux gynécologiques et pelviens en 21 questions.
ENS	Echelle numérique simple
EVA	Echelle visuelle analogique
EVS	Echelle visuelle simple
HAS	Haute Autorité de Santé
IGH	Infection Génitale Haute
IRM	Imagerie à Résonance Magnétique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
PEC	Prise En Charge
PCR	Polymerase Chain Reaction
SADM	Système d'Aide à la Décision Médicale
SF-36	Questionnaire Short-Form 36
TV	Toucher Vaginal

Introduction

Les douleurs ou algies pelviennes chroniques (APC) sont définies par un ensemble de symptômes douloureux ressentis dans le bas-ventre (sous le niveau des crêtes iliaques) évoluant depuis plus de six mois (selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (le CNGOF)(1) et l'International Continence Society (2)). Elles peuvent être cycliques ou non, transitoires ou continues, spontanées ou provoquées. Les symptômes les plus fréquents sont les dysménorrhées, les dyspareunies, les douleurs mictionnelles et à la défécation. Les APC constituent une cause fréquente de consultation pour motif gynécologique. Elles concerneraient 1 femme sur 6 (3,4), avec une fréquence en termes de recours au système de soin comparable à d'autres états chroniques comme la migraine, l'asthme ou les lombalgies (5).

Il existe de nombreuses étiologies aux algies pelviennes chroniques (Annexe 1) qui sont souvent intriquées.

Les APC ont des répercussions en termes de qualité de vie et économique. Elles surviennent souvent à une période de la vie de ces femmes où l'investissement dans leur formation ou dans leur exercice professionnel est important (6). Environ 15% des femmes ont signalé une perte de jours de travail et 45% ont signalé une diminution de leur efficacité au travail. La qualité de vie des femmes est diminuée dans plusieurs domaines : en priorité les relations sexuelles (7,8), la vie sociale et les aspects physiques et psychologiques (en particulier on constate une augmentation du risque de dépression (9)). Selon les groupes d'âge, ces répercussions affectent différents aspects de la vie des femmes : l'impact sur l'éducation est surtout mis en avant pour les 16-24 ans, la diminution des opportunités de vie et d'emploi pour les 25-34 ans, et l'impact financier pour les 35 ans et plus (10). On estime le coût moyen annuel pour la sécurité sociale d'une patiente atteinte d'endométriose à 10 000 euros (en cumulant le coût des soins, consultations, hospitalisations, interventions, arrêts maladies, etc.)(11)

L'endométriose est considérée comme la principale cause gynécologique de douleurs organiques pelviennes chroniques. Elle est définie histologiquement comme la présence de tissu endométrial en dehors de l'utérus (12). Cette pathologie a une prévalence estimée à 10 % chez les femmes en âge de procréer selon l'Académie Française de Médecine et selon l'Organisation Mondiale de la Santé (13,14). Cette prévalence est comparable voire supérieure à celle du cancer ou du diabète chez les femmes en France et il est très probable qu'elle soit sous-estimée (12). C'est donc une pathologie fréquente pour laquelle le retard diagnostique est estimé en moyenne à 7 ans quel que soit le pays (13). Elle peut être reconnue en France comme une affection de longue durée (ALD) au titre de l'ALD31 (Hors liste) pour les patientes présentant une forme grave ou invalidante de la maladie et si un traitement d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et particulièrement coûteux est nécessaire.

Le diagnostic étiologique d'une algie pelvienne chronique constitue, en l'absence d'une pathologie évidente et aisément identifiable, un exercice difficile. La complexité et l'intrication des causes organiques et psycho-sociales expliquent en partie les difficultés, d'une part pour les patientes de gérer leur souffrance, et d'autre part pour les soignants d'établir une prise en charge de celle-ci. Les médecins généralistes, sage-femmes et médecins gynécologues sont souvent les professionnels de santé de premier recours dans le cadre d'algies pelviennes chroniques (15), mais la prise en charge des APC n'est pas forcément un domaine dans lequel ils se sentent à l'aise et compétents (11,16–18)

Lors d'une consultation pour APC, l'interrogatoire doit être minutieux et standardisé afin de ne pas négliger de symptômes qui pourraient orienter le diagnostic (19–21). Il doit également inclure une évaluation de la douleur via une échelle d'autoévaluation de l'intensité douloureuse : l'échelle verbale simple (EVS), l'échelle numérique simple (ENS) ou une échelle visuelle analogique (EVA). L'examen clinique est indispensable (et simple à réaliser) mais ne permet pas, s'il est négatif, d'exclure une pathologie sous-jacente. Par exemple, une étude transversale britannique a montré que, parmi des patientes ayant un examen clinique et une échographie abdominale normaux, 27% présentaient des lésions à la coelioscopie (22).

Un autre frein au diagnostic étiologique est le fait qu'il n'existe aucun examen complémentaire universel susceptible de débrouiller l'ensemble des principaux diagnostics. L'échographie pelvienne et l'IRM peuvent aider à orienter le diagnostic, mais leur négativité n'exclue pas une pathologie sous-jacente pour autant (22). La coelioscopie diagnostique a son intérêt dans le cas de suspicion clinique d'endométriose ou autre pathologie organique lorsque les examens complémentaires sont négatifs, mais sa sensibilité dépend des patientes sélectionnées. En effet, la coelioscopie permet le diagnostic certain de pathologies « évidentes » comme les lésions d'endométriose typiques, mais elle est plus difficilement interprétable pour d'autres lésions dont le caractère pathologique n'est pas certain (comme la rétroversion utérine ou les varices pelviennes) (1).

Le retard au diagnostic des APC entraîne de nombreuses consultations chez le médecin généraliste (23), les spécialistes en gynécologie ou les urgences, ainsi que de nombreuses prescriptions d'antalgiques et d'examens complémentaires parfois inutiles. Ce retard diagnostique pourrait être, à long terme, responsable d'infertilité (24-25). La réalité de la prise en charge en soins primaires des douleurs pelviennes chroniques n'est pas connue.

Le lien entre les douleurs et l'altération de la qualité de vie a déjà été prouvé et est évalué pour l'endométriose grâce à des auto-questionnaires (questionnaire rempli par la patiente à propos de ses symptômes) comme l'Endometriosis Health Profile 30 (EHP-30) (26) ou sa version courte le EHP-5(27) ou bien encore des questionnaires comme le SF-36(28) ou l'ENDOL-4D(29).

Ainsi, les algies pelviennes chroniques, parmi lesquelles l'endométriose, sont des pathologies fréquentes, invalidantes, parfois mal reconnues et difficiles à diagnostiquer, pour lesquelles il

existe une errance et un retard diagnostiques importants, ce qui en fait un problème de santé publique.

S'il existe bien des recommandations sur la prise en charge en soins primaires des APC (20,30), de nombreux professionnels de santé de premier recours (notamment les médecins généralistes) semblent en difficulté face à ce motif de consultation (15,18), par manque de connaissance ou de formation sur ce sujet, ou du fait de la difficulté d'obtenir un avis spécialisé rapidement du fait de la baisse de la démographie médicale en médecins spécialistes en gynécologie (31).

A notre connaissance, il n'existe pas d'outil (en dehors des recommandations de la HAS et du CNGOF) ou de questionnaire standardisé destiné aux professionnels de santé afin de les aider dans la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques en soins primaires et d'orienter leur consultation, leur interrogatoire, leur examen clinique ou leur prescription d'examens complémentaires.

L'idée de ce travail était donc d'élaborer un questionnaire utilisable comme un guide de consultation pour les praticiens de premier recours (médecins généralistes, sage-femmes, médecins gynécologues) pour les aider dans la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques. A terme, le but est de pouvoir diffuser ce questionnaire sur un site internet dédié afin de faciliter son utilisation.

Méthodes

Afin de créer ce questionnaire nous avons recherché dans la littérature comment avaient été conçus les auto-questionnaires utilisés pour évaluer la douleur et l'altération de la qualité de vie validés pour l'endométriose. Une méthode a particulièrement retenu notre attention : la méthode DELPHI utilisée dans une version modifiée par l'équipe du Pr Fauconnier (spécialiste en gynécologie-obstétrique au Centre hospitalier de Poissy) pour la conception du questionnaire ENDOL-4D (29).

La méthode Delphi est également utilisée dans de nombreuses études pour concevoir des guides de consultation en médecine générale, ainsi que des fiches de conseils pour les patients. Elle nous a donc paru pertinente pour ce travail.

Méthode DELPHI : généralités

La méthode DELPHI est une méthode qualitative de consensus par convergence d'opinions (utilisée notamment par l'HAS pour l'élaboration de ses recommandations de bonnes pratiques (32)).

Développée dans les années 50 par Norman Dalkey et Olaf Helmer, elle a pour objectif de synthétiser les points de vue d'un groupe d'experts sur un sujet précis (33). Elle se fonde sur « la théorie des erreurs » selon laquelle la somme des opinions des membres d'un groupe constitue un jugement supérieur à celui des « meilleurs » membres du groupe(34). Elle permet également une « sécurité par le nombre » c'est-à-dire que la probabilité d'obtenir une décision erronée est plus faible dans un groupe d'individus qu'avec un seul(35).

Pour obtenir un questionnaire qui emporte le consensus, un groupe d'experts a dû juger différents items concernant un sujet précis (ici les APC et l'endométriose) de façon itérative et anonyme, via la soumission de questionnaires successifs.

Méthodologie de recherche bibliographique :

Nous avons établi une liste de mots clés en langage MeSH (medical subject headings) bilingue français-anglais, avec enrichissement par arborescence.

La liste obtenue par cette méthode est la suivante : algie pelvienne chronique, endométriose, qualité de vie, questionnaire endométriose, infertilité, soins primaires.

Soit en anglais : chronic pelvic pain, endometriosis, quality of life, endometriosis questionnaire, infertility, primary care.

Ils ont ensuite été utilisés seuls ou en association dans les moteurs de recherche suivants : PubMed, Sciences Direct, Ex Libris, Cairns, Google Scholar.

Les sites institutionnels de l'HAS et de l'OMS ont été consultés, ainsi que les sites des sociétés savantes du CNGOF et de l'Académie Française de Médecine.

Constitution d'un groupe d'experts :

Un expert est défini comme une personne disposant de connaissances relatives au sujet étudié et pouvant représenter le point de vue de ses semblables (34).

Nous avons proposé à des professionnels exposés aux algies pelviennes chroniques dans leur pratique quotidienne : sage-femmes, médecins généralistes, spécialistes gynécologues obstétriciens, de participer à cette étude.

Les critères de choix de nos experts ont été les suivants :

- Sage-femmes diplômées et médecins titulaires du diplôme d'état de docteur en médecine
- Professionnels de santé pratiquant des actes de gynécologie en soins primaires (part de l'activité de gynécologie significative, formation médicale continue, exercice en centre de planning familial) et confrontés quotidiennement à au moins l'un des motifs de consultation suivants : suivi de grossesse, dépistage gynécologique, contraception, vulvo-vaginite et ménopause.
- Implication dans la formation des internes de médecine générale (facultatif)

Les critères d'exclusion étaient :

- Ne pas effectuer quotidiennement des actes de gynécologie
- Le refus immédiat de participer à l'ensemble de l'étude
- Le fait d'être investigateur de l'étude
- Impossibilité de suivre les questionnaires par courrier électronique

Ils ont été contactés par courrier électronique.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat.

Composition du groupe d'experts (figure 1) :

11 professionnels de santé :

- 5 médecins généralistes
- 3 médecins gynécologues
- 3 sages femmes

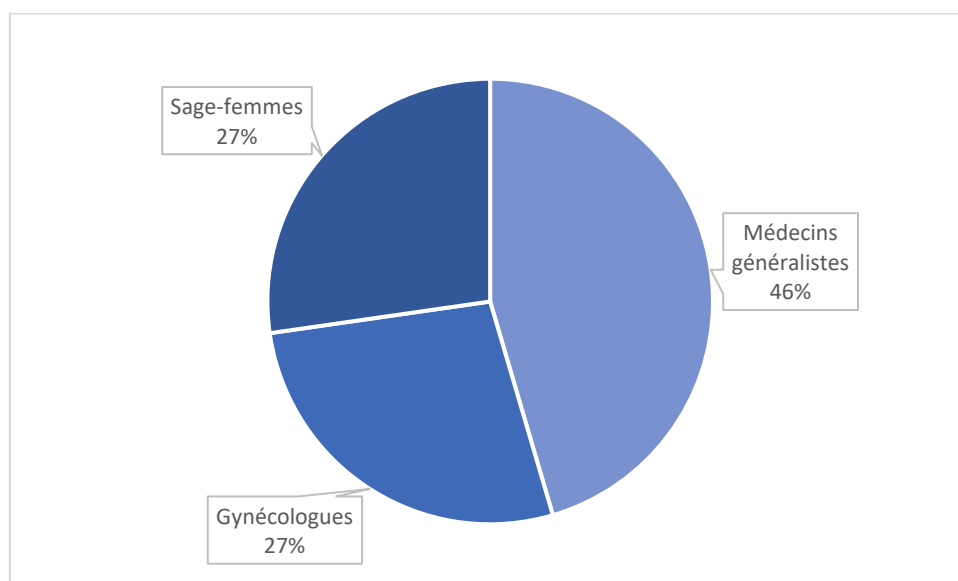


Figure 1. Composition du groupe d'experts.

Création du premier questionnaire

Pour créer le questionnaire à proposer au groupe d'experts lors du premier tour, nous avons utilisé les questionnaires déjà validés pour l'endométriose et notamment l'ENDOL-4D, l'EHP-5, ainsi que les recommandations de la HAS et du CNGOF concernant le diagnostic et l'évaluation clinique, les examens complémentaires et les thérapeutiques de première intention concernant l'endométriose (36).

Le questionnaire ainsi obtenu (Annexe 2) était constitué de 47 items, répartis en 15 questions dans 9 grands chapitres. Les questions portaient sur les antécédents médico-chirurgicaux et obstétricaux (4 items), la caractérisation de la douleur (18 items), la recherche de symptômes d'endométriose (8 items), la recherche de maltraitance / violences (2 items), l'examen clinique (3 items), les examens complémentaires (2 items), les traitements envisagés à l'issue de la consultation (3 items), l'explication de la prise en charge et du suivi de la patiente (4 items), la demande d'avis spécialisé (3 items). (Voir annexe 6 le tableau récapitulatif).

Déroulement des tours DELPHI

Un questionnaire structuré était envoyé de façon individuelle par courrier électronique à chaque expert lors des différentes phases d'enquêtes appelées « tours ». Ils pouvaient enrichir ce questionnaire de remarques et donner leur avis sur les items présents dans le questionnaire de façon anonyme. A la fin de chaque tour les remarques de chacun étaient prises en compte

et notées de façon anonyme sur le questionnaire transmis aux experts au tour suivant. Cela permettait aux participants d'affiner leur point de vue au fur et à mesure et au tour suivant de maintenir leur jugement ou bien de le modifier en fonction des nouvelles données et remarques. Trois tours sont en général suffisants pour obtenir un consensus sur l'ensemble des questions.

Lors du premier tour, le questionnaire était sous forme de fichier Word que les experts pouvaient directement modifier et renvoyer par courrier électronique. Lors des deux tours suivants le questionnaire était disponible sur le site sphinxdeclic (<https://sphinxdeclic.com>). Si un participant choisissait de ne pas faire de remarques ou de retour lors d'un tour, il était, par défaut, considéré comme « d'accord » avec l'ensemble des items du questionnaire, ce fonctionnement étant connu par les experts, en amont de l'étude.

On peut retrouver dans la Figure 2 les différentes étapes de cette procédure DELPHI.

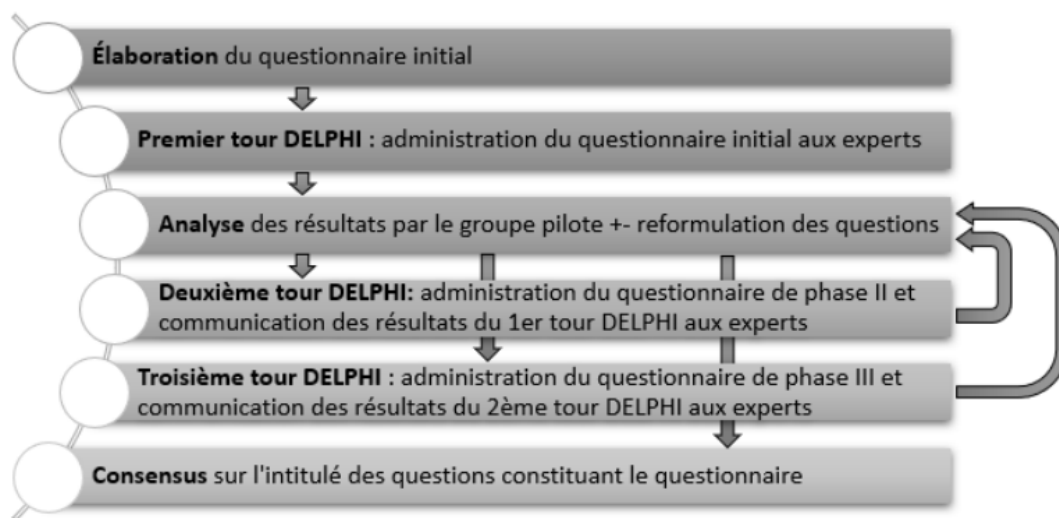


Figure 2. Procédure de la méthode DELPHI

Analyse des résultats.

Pour les trois tours, les items étaient discutés par les experts, qui avaient la possibilité de faire des remarques, d'ajouter des items ou de faire des suggestions pour en retirer. Un item était considéré comme faisant consensus s'il était coché par plus de 70 % des experts répondant au 2^e ou au 3^e tour. Un item était retiré s'il était coché par moins de 30% des experts répondant au 2^e ou au 3^e tour. Un item était systématiquement ajouté si un expert en faisait la demande, pour être évalué au tour suivant.

Pour le 3^e tour, chaque expert était invité à donner son avis concernant le caractère approprié de chaque question sur une échelle de LIKERT (échelle numérique, discrète, allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord » (Figure 3). Une zone de commentaires était

disponible pour chaque question afin de laisser libre cours aux remarques éventuelles concernant le fond et la forme de la question.

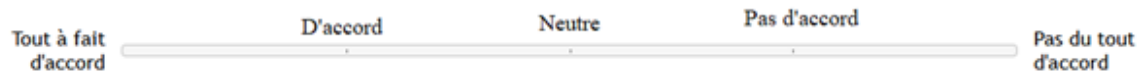


Figure 3 - Echelle de Likert.

Le consensus était établi lorsque la « note » moyenne était située entre « d'accord » et « tout à fait d'accord ». Les items ayant une note moyenne comprise entre « pas d'accord » et « pas du tout d'accord » étaient rejetés. Tous les items ayant une note moyenne située entre « d'accord » et « pas d'accord » étaient considérés comme un accord relatif.

Résultats

1^{er} tour : du 10 octobre 2021 au 7 novembre 2021

Sur les 11 experts recrutés, 7 ont renvoyé par retour de courrier électronique le premier questionnaire (Annexe 2) annoté avec leurs remarques, soit 63,6 % des participants.

Sur les 47 items de ce premier questionnaire, aucun n'a été exclu, 9 ont été reformulés, 1 a été divisé en 2 items à la demande des experts, 17 items ont été ajoutés.

Après ce premier tour nous avons obtenu un questionnaire composé de 65 items (Annexe 3), répartis en 15 questions et 9 chapitres.

Les items ajoutés sont :

- Pour l'interrogatoire : les antécédents obstétricaux (nombre de grossesses, parité, modes d'accouchements), antécédents familiaux de cancers (en particulier digestifs et gynécologiques), les dyspareunies (superficielles ou profondes), la régularité des cycles menstruels, leur abondance, la composante urinaire des symptômes, l'histoire de contraception de la patiente (quels méthodes, tolérance), existence d'un désir de grossesse, antécédents de maltraitance.
- Pour l'analyse de la douleur : recherche d'un facteur déclenchant la douleur, du nombre de jours d'éviction scolaire ou d'arrêt de travail liés à la douleur
- Pour la recherche de signes d'endométriose : dysménorrhées, régularité et abondance des règles.

Concernant les motifs pour adresser la patiente vers un spécialiste, ont été ajoutés : les douleurs intenses avec inefficacité des traitements de 1^{ère} intention ou altération de l'état général, la demande de la patiente, les douleurs sans étiologie retrouvée.

L'item endométriose et désir de grossesse a été divisé en deux.

2^e tour : du 10 novembre 2021 au 28 novembre 2021

Les 11 experts étaient invités à remplir le questionnaire disponible sur le site sphinxdeclic (Annexe 3). Le lien vers le questionnaire leur a été transmis par courrier électronique, ainsi qu'une version sous format Word de ce questionnaire. Sur les 11 experts sollicités, 6 ont répondu au questionnaire soit 54.5 % des participants.

Sur les 65 items de ce questionnaire, 60 ont obtenu le consensus, aucun n'a été exclu, 9 nouveaux items ont été proposés, 5 ont été reformulés et reproposés au questionnaire suivant (Annexe 4).

Les ajouts étaient :

- Pour l'interrogatoire : loisirs et sports, attentes de la patiente pour la consultation, terrain anxieux.
- Pour la caractérisation de la douleur : événement particulier survenu au début des premières douleurs, douleurs liées aux repas ?
- Pour les examens complémentaires : calendrier des douleurs, bilan biologique abdominal complet (sans précisions sur ce qu'inclut ce bilan)

Création d'un item spécifique :

- Pour la sexualité, la qualité de la vie sexuelle, l'existence de dyspareunies (profondes ou superficielles)
- Pour discuter des professionnels vers qui orienter les patientes dans le cadre de la prise en charge de leurs symptômes.

3^e tour : du 11 janvier 2022 au 25 janvier 2022

Le dernier questionnaire regroupant les 74 items précédemment proposés a été transmis sur le site sphinxdeclic aux 11 experts (Annexe 4). 6 ont rempli le questionnaire, soit 54.5 % des experts.

Ce questionnaire comprenait les 74 items, mais seuls étaient discutés et notés, au moyen d'une échelle de Likert ou d'un système de coche, les 5 items reformulés au tour précédent et les 9 items ajoutés.

Sur ces 14 items, 5 items ont fait consensus (loisirs et sport, attentes de la patiente, recherche de terrain anxieux, item spécifique sur la sexualité et item spécifique sur les professionnels vers qui orienter les patientes), 9 ont obtenu un accord relatif (survenue d'un événement en lien avec les premières douleurs, influence des repas sur la douleur, calendrier des douleurs, bilan biologique abdominal complet, les 5 items Conséquences de la douleur et plus particulièrement leur formulation), aucun n'a été exclu.

Il était également demandé aux experts de discuter, au moyen d'une échelle de Likert de l'intérêt de poser plusieurs fois la question concernant des items « redondants » (par exemple l'item « dyspareunies » présent dans l'interrogatoire et dans la recherche de symptômes d'endométriose) ou bien de choisir de ne l'inscrire qu'une fois. Un consensus a été établi sur le fait de poser plusieurs fois la question.

Le questionnaire obtenu à la fin du 3^e tour comportait donc 74 items dont 87.8% avaient obtenu un consensus (60 items au 2^e tour et 5 items au 3^e tour) ainsi que 9 items avec un accord relatif. Ce questionnaire est disponible en Annexe 5.

Un tableau récapitulatif des résultats et modifications pour chaque tour est disponible en Annexe 6.

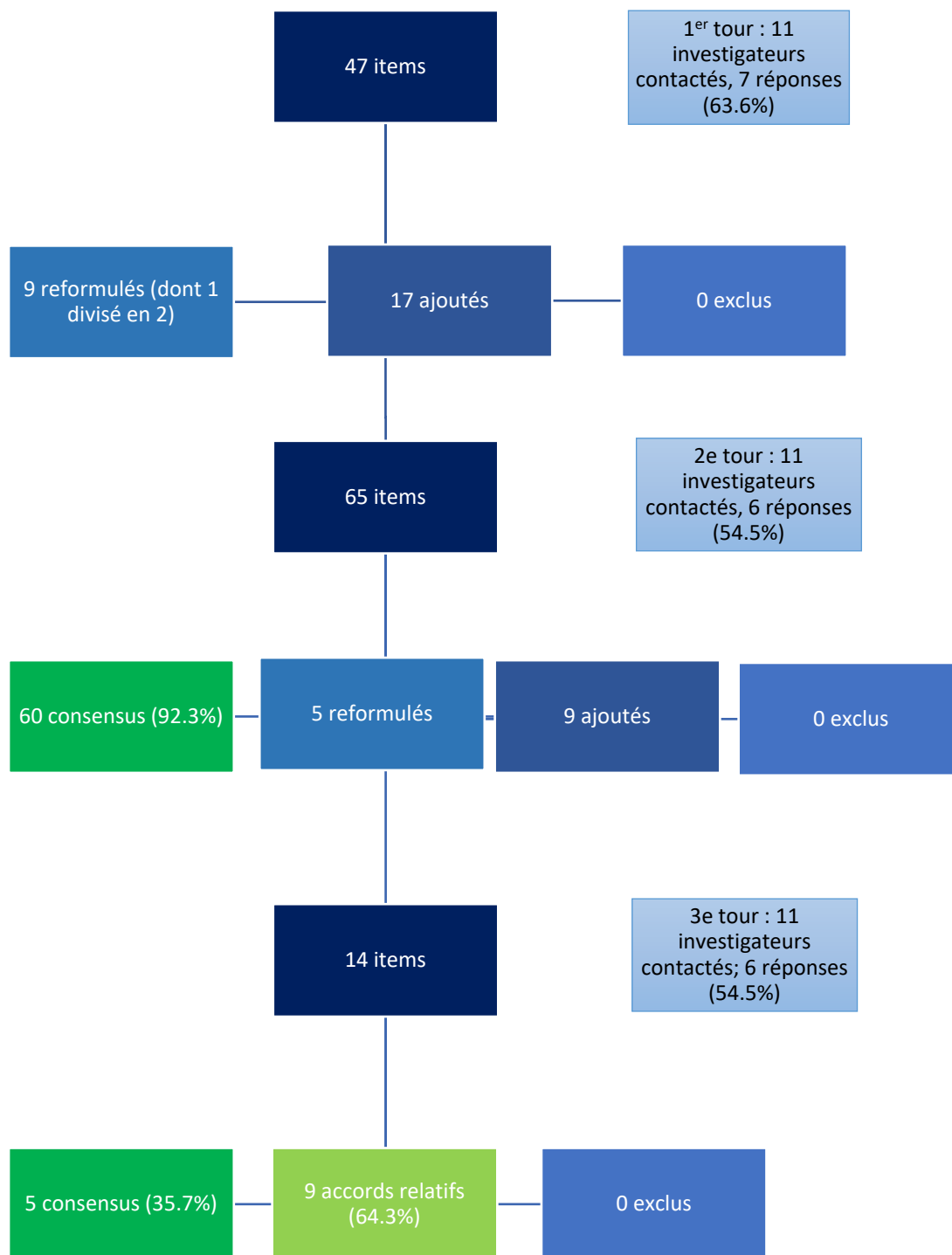


Figure 4 - Répartition des items lors des 3 tours de Delphi

Discussion

Ce travail a permis de créer, à l'aide d'un groupe d'experts et *via* une méthode DELPHI, un questionnaire composé de 74 items dont l'objectif est de guider la prise en charge d'une patiente atteinte de douleurs pelviennes chroniques en soins primaires.

Forces et limites de cette étude :

Concernant l'organisation de cette étude : 11 experts ont été recrutés, parmi lesquels sont représentées 3 spécialités médicales : les sage-femmes, les médecins généralistes et les médecins gynécologues-obstétriciens. Le panel initial est inférieur au minimum de 15 préconisé dans la littérature (37) pour une procédure DELPHI et au total maximum 63.6% des experts recrutés (7 experts sur 11, lors du premier tour) ont donné leur avis.

L'absence de réponses de la part d'experts peut être liée à une absence de remarque à faire. Le changement de la méthode de diffusion du questionnaire (par courrier électronique au format Word pour le premier tour, puis par courrier électronique avec un lien vers le questionnaire sur sphinxdeclic à partir du deuxième tour) a pu être un frein pour certains experts. La longueur du questionnaire a également pu être un frein.

Malgré ces limites, le panel d'experts est arrivé à obtenir un consensus pour 65 des 74 items du questionnaire (soit 87.8 % des items). Ce consensus est fort, avec peu de variations de réponses entre les experts. Le fait que le panel d'experts soit pluridisciplinaire est également une force dans ce consensus, ainsi que le fait d'avoir utilisé une méthode DELPHI, qui garantit une anonymisation des réponses de chaque expert et une absence de contact direct entre les participants dans le cadre de l'étude.

Concernant le questionnaire :

Ce questionnaire peut paraître long et une seule consultation peut ne pas suffire pour le remplir dans son intégralité, ce qui peut être un frein à son utilisation. Cependant il est exhaustif, ce qui correspond au souhait des experts de cette ronde DELPHI et à la recommandation faite par le CNGOF.

En soins primaires, il est possible de programmer plusieurs consultations dans un délai assez court (quelques semaines) afin de compléter l'intégralité du questionnaire. Il peut ainsi être abordé en plusieurs fois. Dans le contexte d'une symptomatologie chronique dont le délai diagnostic est de 7 à 10 ans, quelques semaines semble acceptable. Cette temporalité permet de ne négliger aucune piste et laisse la possibilité aux patientes de modifier leurs réponses.

C'est pour ces mêmes raisons que les experts ont choisi de conserver la redondance de certains items.

Les formations sur la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques et l'endométriose sont utiles (15,18,38), mais malheureusement conditionnées par l'intérêt et la disponibilité des praticiens. Ce questionnaire pourrait aider certains professionnels de premiers recours

qui ne se sentiraient pas à l'aise avec la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques, en leur fournissant un outil exhaustif pour guider leur consultation.

Avenir du questionnaire, pistes d'amélioration :

Afin de renforcer le consensus obtenu, il pourrait être envisagé de refaire une étude DELPHI avec un plus grand panel d'experts.

Nous avons également envisagé lors de la préparation de l'étude, de faire un DELPHI incluant un groupe d'expertes « patientes », comme dans l'étude menée par l'équipe du Pr Fauconnier pour la conception du questionnaire ENDOL-4D(29), afin de recueillir l'avis des personnes concernées par le problème étudié. Pour ce faire, nous avons contacté l'association Endofrance qui a considéré l'outil trop difficile d'abord pour des patientes. Les principales remarques faites par l'association étaient que le questionnaire était trop long, trop technique (notamment les parties sur l'examen clinique, les examens complémentaires) et non adapté pour que les patientes y répondent seules.

Notre outil étant destiné à des professionnels de santé, nous n'avons finalement pas recruté de patientes.

Une étude ultérieure serait également utile pour tester ce questionnaire à grande échelle en consultation de soins primaires et permettrait de recueillir l'avis des patientes.

In fine, l'objectif serait de diffuser ce questionnaire, en version papier ou numérique (par courrier électronique, ou mieux, *via* un site Internet dédié). En effet depuis plusieurs années, on voit émerger de nombreux systèmes numériques d'aide à la décision médicale (SADM) à destination des médecins de premiers recours et en particulier des médecins généralistes (comme antibioclic.com ou gestaclic.fr). On estime que plus de 90% des médecins effectuent des recherches sur Internet pour leur formation continue (39). La HAS a commandé en 2011 une étude sur les SADM(40) qui a montré que leur utilisation entraîne une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment car leur utilisation améliore la conformité aux recommandations de pratique. C'est vers ce format que nous aimerions donc nous tourner pour la diffusion du questionnaire.

Ces outils doivent respecter des objectifs de qualité (définis par la HAS(41) et par la société internationale francophone d'éducation médicale (42)) et de praticité (43).

Ce questionnaire est une piste parmi d'autres, pour améliorer la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques. Il existe également des centres experts en endométriose (11,38). Par ailleurs d'autres propositions sont en cours d'étude pour améliorer le diagnostic de l'endométriose. Nous citerons la recherche de marqueurs miRNA non invasifs (plasmatiques ou salivaires) (44-46).

Conclusion

Notre étude a permis la création d'un questionnaire d'aide à la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques, grâce à une méthode DELPHI.

Il s'agit d'un outil exhaustif, conformément aux recommandations du CNGOF, qui a pour objectif d'optimiser la prise en charge des patientes souffrant d'algies pelviennes chroniques.

Après avoir vérifié sa faisabilité et recueilli les ressentis des patientes, il pourra être amélioré et proposé sous forme numérique.

Bibliographie

1. A. FAUCONNIER (Poissy), X. FRITEL (Poitiers). Extrait des mises à jour en gynécologie-obstétrique : algies pelviennes chroniques d'origine non endométriosique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 10 déc 2010; (5):513.
2. Doggweiler R, Whitmore KE, Meijlink JM, Drake MJ, Frawley H, Nordling J, et al. A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: A report from the chronic pelvic pain working group of the International Continence Society: Chronic Pelvic Pain Syndromes. *Neurourol Urodynam*. avr 2017;36(4):984-1008.
3. Margueritte F, Fritel X, Zins M, Goldberg M, Panjo H, Fauconnier A, et al. The Underestimated Prevalence of Neglected Chronic Pelvic Pain in Women, a Nationwide Cross-Sectional Study in France. *J Clin Med*. 3 juin 2021;10(11):2481.
4. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics and gynecology* (New York 1953). 1996;87(3):321-7.
5. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. 1999;106(11):1149-55.
6. Armour M, Lawson K, Wood A, Smith CA, Abbott J. The cost of illness and economic burden of endometriosis and chronic pelvic pain in Australia: A national online survey. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223316.
7. Fritzer N, Haas D, Oppelt P, Renner St, Hornung D, Wölfler M, et al. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 juill 2013;169(2):392-6.
8. Schmitt C, Mézan deMalartic C, Morel O, Ramseyer F. L'évaluation de la santé sexuelle des femmes porteuses d'endométriose. *Sexologies*. 1 sept 2021;30(3):180-8.
9. Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M, Pietrzak B. The Impact of Endometriosis on the Quality of Life and the Incidence of Depression-A Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 21 mai 2020;17(10):E3641.
10. Moradi M, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D. Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 4 oct 2014;14:123.
11. Chanavaz-Lacheray I, Darai E, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P, et al. Définition des centres experts en endométriose. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):376-82.
12. Petit E, Lhuillery D, Loriau J, Sauvanet E. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, éditeur. *Endométriose: diagnostic et prise en charge*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2020. (Pratique en gynécologie-obstétrique).
13. CREPIN G, RUBOD C. Rapport 21-12. L'endométriose pelvienne : Maladie préoccupante des femmes jeunes – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps

- [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/lendometriose-pelvienne-maladie-preoccupante-des-femmes-jeunes-2/>
14. Endométriose [Internet]. World Health Organization. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
 15. Ducarme G, Planche L, Leboeuf A. Repérage et prise en charge de l'endométriose en soins primaires par les médecins généralistes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 sept 2021;49(9):672-6.
 16. McGowan L, Escott D, Luker K, Creed F, Chew-Graham C. Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 27 janv 2010;11:7.
 17. Denny E, Mann CH. Endometriosis and the primary care consultation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 juill 2008;139(1):111-5.
 18. Quibel A, Puscasiu L, Marpeau L, Roman H. Les médecins traitants devant le défi du dépistage et de la prise en charge de l'endométriose : résultats d'une enquête. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 juin 2013;41(6):372-80.
 19. Margueritte F. Algies pelviennes chroniques : prévalence et caractéristiques associées dans la cohorte Constances. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 avr 2016;64(2):134.
 20. Bonnema R, Mcnamara M, Harsh J, Hopkins E. Primary care management of chronic pelvic pain in women. *CCJM*. 1 mars 2018;85(3):215-23.
 21. Fauconnier A, Fritel X, Chapron C. Relations entre endométriose et algie pelvienne chronique : quel est le niveau de preuve ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 janv 2009;37(1):57-69.
 22. Tempest N, Efsthathiou E, Petros Z, Hapangama DK. Laparoscopic Outcomes after Normal Clinical and Ultrasound Findings in Young Women with Chronic Pelvic Pain: A Cross-Sectional Study. *J Clin Med*. 10 août 2020;9(8):2593.
 23. Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. *Br J Gen Pract*. 1 juin 2007;57(539):470-6.
 24. Ozkan S, Murk W, Arici A. Endometriosis and Infertility. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008;1127(1):92-100.
 25. Tomassetti C, D'Hooghe T. Endometriosis and infertility: Insights into the causal link and management strategies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 août 2018;51:25-33.
 26. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstetrics & Gynecology*. 1 août 2001;98(2):258-64.
 27. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Development of the Short Form Endometriosis Health Profile Questionnaire: The EHP-5. *Quality of Life Research*. 2004;13(3):695-704.

28. 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.* 1 févr 2014;23(1):103-17.
29. Fauconnier A, Staraci S, Daraï E, Descamps P, Nisolle M, Panel P, et al. A self-administered questionnaire to measure the painful symptoms of endometriosis: Results of a modified DELPHI survey of patients and physicians. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction.* 1 févr 2018;47(2):69-79.
30. Hirsch M, Begum M, Paniz É, Barker C, Davis C, Duffy J. Diagnosis and management of endometriosis: a systematic review of international and national guidelines. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2018;125(5):556-64.
31. Agopiantz M, Birène B, Scheffler F. État des lieux et perspectives démographiques pour la gynécologie médicale en France en 2012. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 1 mars 2013;41(3):201-2.
32. Guide méthodologique d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques - HAS - décembre 2010 [Internet]. HAS ; [cité 15 août 2022] Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf
33. Dalkey N, Helmer O. An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts. *Management Science.* avr 1963;9(3):458-67.
34. Rowe G, Wright G, Bolger F. Delphi: A reevaluation of research and theory. *Technological Forecasting and Social Change.* 1 mai 1991;39(3):235-51.
35. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing.* 2000;32(4):1008-15.
36. Prise en charge de l'endométriose - démarche diagnostique et traitement médical - fiche de synthèse [Internet]. HAS, CNGOF; [cité 15 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demanche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf
37. Laurent Letrillart, Marc Vanmeerbeek. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? [Internet]. [cité 15 août 2022]. 2011. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/337
38. Roman H, Chanavaz-Lacheray I. Le Centre expert de diagnostic et de prise en charge multidisciplinaire de l'endométriose de Rouen : une expérience pilote française. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* 1 juill 2018;46(7):563-9.
39. Santé Connect' 2018 : quelles sont les sources d'informations majeures des professionnels de santé ? [Internet]. Ipsos. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-connect-2018-queelles-sont-les-sources-dinformations-majeures-des-professionnels-de-sante>
40. Systèmes informatiques d'Aide à la Décision Médicale [Internet]. HAS; [cité 15 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1021245/fr/systemes-informatiques-d-aide-a-la-decision-medicale

41. Evaluation de la qualité des sites e-santé et de la qualité de l'information de santé diffusée sur Internet (Revue de la littérature et des outils d'évaluation) [Internet]. HAS; [cité 15 août 2022]. Mai 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/evaluation_qualite_site_sante_internet.pdf
42. Poirier D, Mégie MF, Lamoureux C, Blais J. Fidélité d'une grille d'évaluation de sites Internet de formation médicale. *Pédagogie Médicale*. août 2013;14(3):217-27.
43. Evaluation de la certification des sites de santé. [Internet]. HAS; [cité 15 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/impact_de_la_certification_des_sites.pdf
44. Anastasiu CV, Moga MA, Elena Neculau A, Bălan A, Scârnciu I, Dragomir RM, et al. Biomarkers for the Noninvasive Diagnosis of Endometriosis: State of the Art and Future Perspectives. *Int J Mol Sci*. 4 mars 2020;21(5):E1750.
45. Bendifallah S, Dabi Y, Suisse S, Jornea L, Bouteiller D, Touboul C, et al. MicroRNome analysis generates a blood-based signature for endometriosis. *Sci Rep*. 8 mars 2022;12(1):4051.
46. Bendifallah S, Suisse S, Puchar A, Delbos L, Poilblanc M, Descamps P, et al. Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis. *Journal of Clinical Medicine*. janv 2022;11(3):612.

Annexes

Annexe 1 – Affections potentiellement responsables d’algies pelviennes chroniques chez les femmes.

I. Gynécologiques I. 1 Extra-utérines Adhérences génitales Congestion veineuse pelvienne Cancer de l’ovaire ou de la trompe Dystrophie ovarienne macro-kystique Dysovulation Endométriose génitale Grossesse extra-utérine chronique Kyste ovarien Menstruation rétrograde Pseudo-kystes péritonéaux postopératoires Salpingite et ovarite subaiguës ou chroniques Tuberculose génitale Torsion subaiguë Syndrome des ovaires restants I. 2. Utérines Adénomyose Cancer de l’endomètre Dysménorrhée primitive Endométrite subaiguë ou chronique Polype endométrial Malformations génitales Myome Migration de stérilet Prolapsus utérin Rétroversion utérine douloureuse Sténose cervicale Stérilet Syndrome de Master et Allen II. Urologiques Calcul urinaire Cystite interstitielle chronique Cystites à répétition Diverticule urétral Endométriose urinaire Infection urinaire chronique Syndrome urétral Tumeur urothéliale	III. Gastro-entérologiques Appendicite subaiguë ou chronique Adhérences digestives Cancer du colon Constipation Diverticulose colique Endométriose digestive Hernies Iléites ou colites inflammatoires Syndrome sub-occlusif Trouble fonctionnel intestinal IV. Neurologiques ou de l’appareil locomoteur Arthrose lombaire et sacrée Coccygodynie chronique (essentielle) ou post-traumatique Douleurs myofasciales Hernie discale Syndrome de compression vertébrale Syndrome de la queue de cheval Mauvaise position Lombalgies chroniques Névralgie des nerfs iliohypogastriques, ilioinguinal, génito fémoral, honteux Spondylarthrite Spondylesthésis V. Autres Réaction à corps étranger Douleurs pelviennes d’origine psychogène Douleurs pelviennes sans cause retrouvée Fièvre méditerranéenne familiale Migraine abdominale Névrome post-chirurgical Porphyrie Syndrome dépressif
--	---

Extrait des recommandations du CNGOF décembre 2010 – Algies pelviennes non endométriosiques

Annexe 2 – Questionnaire envoyé lors du 1^{er} tour de DELPHI :

Voici l’algorithme de prise en charge des douleurs pelviennes chroniques.

Cet algorithme est en cours de construction, il est améliorable il doit être enrichi de vos remarques.

Nous avons besoin que vous nous indiquiez si vous trouvez les questions pertinentes et que vous ajoutiez celles qui vous semblent manquantes.

Si un site d’aide à la décision existait, quelles informations souhaiteriez-vous qu’il apporte ?

Quel élément doivent être explorés en consultation ?

Quelles questions poseriez-vous pour caractériser la douleur ? (Intensité, localisation, retentissement urinaire et fécal)

Quels médicaments et/ou quelles autres techniques de soulagement proposeriez-vous ?

Comment explorez-vous les représentations de la patiente concernant sa douleur ? (Par exemple les organes en causes, les risques liés à cette douleur, l’état dit « de catastrophisme » c’est-à-dire les anticipations négatives du type « Je ne peux plus rien faire avec cette douleur », « Il ne faut pas avoir d’exercice physique avec cette douleur »).

Nous vous proposons ci-dessous un algorithme décisionnel, ou schéma type de consultation, qui pourrait permettre de construire un site d’aide à la prise de décision dans le cadre des algies pelviennes chroniques en soins primaires.

Nous vous demandons, sur la base de la méthode Delphi (méthode d’élaboration d’un consensus), de venir étayer cet algorithme que nous vous renverrons, une fois étoffé par vos réponses, pour que vous l’étoffiez encore jusqu’à ce que nous puissions obtenir une version suffisamment complète et pertinente, grâce aux connaissances du groupe (en général trois tours de groupe suffisent).

INTERROGATOIRE :

Chez une patiente qui se plaint d’algies pelviennes chroniques, quelles questions d’ordre général posez-vous ? Rajouteriez-vous des questions ? En supprimeriez-vous ?

- Antécédents chirurgicaux abdominaux, pelviens ? Oui/ Non
- IGH ou infection à chlamydia ? Oui/Non, ne sait pas
- Rythme des douleurs cycliques : Oui/ Non, seulement au cours des règles
- Composante digestive ? constipation ou alternance diarrhée constipation, présence de ballonnement. La patiente décrit de la colopathie fonctionnelle

Chez une patiente qui se plaint d’algies pelviennes chroniques, comment caractériser sa douleur ?
Rajouteriez-vous des questions ?

1-Intensité de la douleur à ce moment sur une échelle de 10 (EVA : 0 pas de douleur, 10 douleur atroce)

2- Temporalité

- Au cours des règles :

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

- 8 jours après les règles :

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

- Au cours de la journée :

Moment de survenue de la douleur au cours de la journée

Matin midi soir coucher

Degré de chronicité de la douleur :

Continue, intermittente, durée exacte

3- Localisation de la douleur, avec ou sans irradiation

4- Description de la douleur, type de douleur

5- Histoire de la douleur

-Depuis quand avez-vous des douleurs ?

-Tests de diagnostic antérieurs par un médecin ?

Si oui, quels étaient les résultats ?

-Traitement antérieur ?

Si oui, quels étaient les résultats ?

-Des idées sur la douleur

Quelle est selon vous la cause de vos douleurs pelviennes ?

6- Stratégies d'adaptation à la douleur [Rajouteriez-vous des questions ?](#) [En supprimeriez-vous ?](#)

-Que faire quand la douleur augmente ?

-Que faites-vous pour éviter que la douleur augmente (médicaments, se reposer...) ?

-Que faites-vous lorsque la douleur a diminué, lorsqu'elle s'améliore ?

7- Conséquences [Rajouteriez-vous des questions ?](#) [En supprimeriez-vous ?](#)

-Sur le plan cognitif : que pensez-vous lorsque la douleur s'exacerbe ?

Vous inquiétez-vous des conséquences de votre douleur ?

Dans quelle mesure vous sentez-vous capable d'influencer la douleur ?

Dans quelle mesure vous sentez-vous impuissant concernant ta douleur ?

- Sur le plan émotionnel : vous sentez-vous anxieux, déprimé, irrité, agacé, affligé, malheureux ?

- Sur le plan comportemental : continuez-vous vos activités malgré la douleur ou vous faites-vous vous arrêter à cause de la douleur ? Combien de médicaments vous ont-ils été prescrits ? Les utilisez-vous ? Quel est l'effet sur la douleur ? Avez-vous actuellement recours à la consommation abusive d'alcool dans un but antalgique ? Y avez-vous eu recours par le passé ? Utilisez-vous ou avez-vous utilisé d'autres substances psychoactives ? Avez-vous recours à des soins de santé complémentaires ?
- Sur le plan physique : éprouvez-vous des symptômes d'accompagnement tels que transpiration, nausées, fréquence cardiaque élevée ? Vous sentez-vous fatigué ou épuisé ? Ressentez-vous des tensions musculaires ? Votre exercice physique est-il limité par la douleur ? Votre activité sexuelle est-elle affectée par la douleur ? La douleur vous empêche-t-elle de faire certaines activités comme le ménage ?
- Sur le plan social : rencontrez-vous des problèmes dans votre relation avec votre partenaire, vos parents ou amis et/ou dans votre travail ? La douleur affecte-t-elle vos activités de loisirs ou de vacances ou bien altère-t-elle le plaisir que vous en retirez ?

Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, quelles questions posez-vous en rapport avec l'endométriose ?

- Les douleurs s'aggravent-elles au cours du temps : Oui/ Non
- Les douleurs irradient-elles dans le dos ou dans les jambes : Oui/ Non
- Les douleurs sont-elles intenses : toujours/souvent/ rarement /jamais
- Les douleurs surviennent-elles pendant les rapports sexuels ? Oui/ Non
- Avez-vous des douleurs à la défécation ou pendant les règles ? Oui/ Non
- Avez-vous des douleurs de vessie ou pendant la miction au cours des règles ? Oui/ Non
- Avez-vous (ou avez-vous eu) des difficultés pour avoir des enfants, pour concevoir ? Oui/ Non
- Avez-vous des douleurs pendant les rapports sexuels ? Oui/ Non
- Avez-vous des douleurs à la pénétration ? Oui, se situent-elles plutôt dans le fond vaginal ?

Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, quelles questions posez-vous pour rechercher une maltraitance ?

- Subissez-vous ou avez-vous subi des violences ? Quelqu'un vous a-t-il fait du mal ? Oui/ Non/ Ne sait pas
- Votre compagnon est-il compliqué ? Oui/ Non/ Ne sait pas

Examen clinique :

Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, quel examen clinique réalisez-vous ?

1/ Recherchez-vous des points d'endométrioses, à l'examen au speculum, tels que des nodules bleus dans le vagin ?

2/ Cherchez-vous à localiser la douleur :

- À la mobilisation de l'utérus
- Dans le cul de sac de Douglas
- À la palpation des parois vaginales, (recherche de douleur à la palpation des faisceaux musculaires du pelvis au toucher vaginal).

3/ Recherchez-vous la présence de selles dans le rectum lors du TV ?

Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, quels examens complémentaires réalisez-vous ?

- Sérologie chlamydia, si doute sur une infection génitale haute chronique (à suspecter si rapport non protégé dans le passé et partenaire multiple)

- 1^{er} jet urinaire à la recherche de chlamydia et gonocoque si doute sur une infection à chlamydia en cours (partenaire multiple, changement de partenaire il y a moins d'un an, compagnon compliqué)

- Echographie pelvienne ou IRM si échographie pelvienne impossible (en cas de symptômes intenses et persistants malgré une thérapeutique bien conduite)

Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, quel est votre schéma thérapeutique est-il semblable au suivant ?

1/ Antalgiques : pour les dysménorrhées, AINS et Paracétamol

2/ Traitements hormonaux de première intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont (contraception par œstroprogestatifs, DIU au lévonorgestrel à 52 mg). Le choix de ce traitement est guidé par les contre-indications, les effets indésirables potentiels, les traitements antérieurs et l'avis de la patiente.

3/ Traitements hormonaux de deuxième intention : contraception microprogestative orale au désogestrel, implant à l'étonogestrel, GnRHa en association à une add-back thérapie, diéno-gest.

Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, la conclusion de consultation suivante vous semble-t-elle adaptée ?

Explication du concept de douleur chronique et de la prise en charge bio psycho sociale envisagée.

Explication de la nécessité de s'adapter à la douleur chronique, l'amélioration étant souvent obtenue grâce à une prise en charge plurielle et pluridisciplinaire.

Bilan des examens complémentaires, d'une valeur relative, chaque examen d'imagerie ou technique invasive n'évaluant que la forme ou la taille des organes internes.

Rappel que la constatation d'une anomalie n'est pas nécessairement la cause de la douleur.

Quand adressez-vous une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques au gynécologue et pourquoi ?

1- En cas de douleurs liées à une prise en charge chirurgicale antérieure : OUI/NON

2- Quand les traitements hormonaux et les AINS n'ont pas fait d'action : OUI/NON

3- En cas d'endométriose s'il y a un désir de grossesse : OUI/NON

4- AUTRE ?

Annexe 3 – Questionnaire envoyé lors du 2e tour de DELPHI

Bonjour,

Voici un algorithme de prise en charge des douleurs pelviennes chroniques.

Cet algorithme est en cours de construction, il est améliorable et doit être enrichi de vos remarques.

Nous avons besoin que vous nous indiquiez si vous trouvez les questions pertinentes et que vous ajoutiez celles qui vous semblent manquantes.

Si un site d'aide à la décision existait, quelles informations souhaitez-vous qu'il apporte ?

Nous vous proposons ci-dessous un algorithme décisionnel, ou schéma type de consultation, qui pourrait permettre de construire un site d'aide à la prise de décision dans le cadre des algies pelviennes chroniques en soins primaires.

Nous vous demandons, sur la base de la méthode Delphi (méthode d'élaboration d'un consensus), de venir étayer cet algorithme que nous vous renverrons, une fois étoffé par vos réponses, pour que vous l'étoffiez encore jusqu'à ce que nous puissions obtenir une version suffisamment complète et pertinente, grâce aux connaissances du groupe (en général, trois tours de groupe suffisent).

Pour cela, vous trouverez dans le mail joint à ce questionnaire une version word du questionnaire avec toutes les remarques ajoutées par les autres experts participant à l'étude.

Cocher pour chacune des questions les réponses qui vous paraissent pertinentes. Vous pouvez ajouter des remarques en cliquant sur la case « autre ».

I. INTERROGATOIRE : Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, quelles questions d'ordre général posez-vous ? Rajouteriez-vous des questions ? En supprimeriez-vous ? Vous pouvez ajouter des remarques dans « autre ».

- ☐ Antécédents chirurgicaux abdominaux, pelviens, etc.
- ☐ Antécédents familiaux, notamment cancers digestifs et gynécologiques
- ☐ Antécédents obstétricaux : nombre de grossesses (y compris IVG) ? Modalités d'accouchements ? Nombre d'enfants ?
- ☐ IGH (infection génitale haute) ou infection à chlamydia
- ☐ Rythme des douleurs cycliques, si oui à quelle période du cycle
- ☐ Cycles réguliers ou non ?
- ☐ Saignements menstruels abondants ? Nombre de changes ?
- ☐ Histoire de contraception (quels moyens, tolérés ou pas...)
- ☐ Désir de grossesse à court/moyen/long terme
- ☐ Composante digestive ? Constipation ou alternance diarrhée constipation, présence de ballonnement. La patiente décrit-elle de la colopathie fonctionnelle ?
- ☐ Antécédents de maltraitance ?
- ☐ Composante urinaire ? Hématurie en dehors des règles ? Pendant ?
- ☐ Dyspareunies ?
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

II. CARACTÉRISATION DE LA DOULEUR : Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, comment caractériser sa douleur ? Rajouteriez-vous des questions ? Nb : les différents points seront détaillés dans les questions suivantes.

- ☐ 1 – Intensité de la douleur
- ☐ 2 – Temporalité
- ☐ 3 – Localisation de la douleur, avec ou sans irradiation

- ☐ 4 – Description de la douleur, type de la douleur
- ☐ 5 – Histoire de la douleur
- ☐ 6 – Stratégies d'adaptation de la douleur
- ☐ 7 – Conséquence de la douleur
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

INTENSITÉ DE LA DOULEUR

- ☐ Sur une échelle de 10 (EVA : 0 pas de douleur, 10 douleur atroce)
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

TEMPORALITÉ DE LA DOULEUR (associée à EVA)

- ☐ Douleurs cycliques : oui/non/seulement au cours des règles
- ☐ Au cours des règles : avant/au début des règles/pendant la durée des règles
- ☐ 8 j après les règles
- ☐ Au cours de la journée en précisant le moment de survenue (matin, midi, soir, coucher, nuit)
- ☐ Degré de chronicité de la douleur : continue (fond douloureux), intermittente, durée exacte
- ☐ Facteur déclenchant la douleur ?
- ☐ Pendant les rapports ? Si oui douleurs d'introduction ou dyspareunie profonde ?
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

LOCALISATION DE LA DOULEUR

- ☐ Irradiations ?
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

DESCRIPTION DE LA DOULEUR, TYPE DE DOULEUR

HISTOIRE DE LA DOULEUR

- ☐ Depuis quand avez-vous des douleurs ?
- ☐ Tests de diagnostics antérieurs par un médecin ? Résultats ?
- ☐ Traitement antérieur ? Résultats ?
- ☐ D'après vous quelle pourrait être la cause de vos douleurs pelviennes ?
- ☐ Autre :

STRATÉGIES D'ADAPTATION DE LA DOULEUR

- ☐ Que faites-vous quand douleur augmente (traitements médicamenteux ou autre) ?
- ☐ Que faites-vous pour éviter que la douleur augmente ? (Médicaments, repos ...)

- ☐ Que faites-vous une fois que la douleur a diminué, lorsqu'elle s'améliore ?
- ☐ Nombre de jours d'éviction scolaire ou arrêt de travail ?
- ☐ Autre :

CONSÉQUENCES

- ☐ Sur le plan cognitif : que pensez-vous lorsque la douleur s'exacerbe ? Vous inquiétez-vous des conséquences de votre douleur ? Dans quelle mesure vous sentez-vous capable d'influencer la douleur ? Dans quelle mesure vous sentez-vous impuissante concernant la douleur ?
- ☐ Sur le plan émotionnel : vous sentez-vous anxieuse, déprimée, irritée, agacée, affligée, malheureuse ?
- ☐ Sur le plan comportemental : continuez-vous vos activités malgré la douleur ou avez-vous besoin d'un arrêt de travail ? Combien de médicaments vous ont-ils été prescrits ? Les utilisez-vous ? Quel est l'effet sur la douleur ? Avez-vous actuellement recours à la consommation abusive d'alcool dans un but antalgique ? Y avez-vous eu recours par le passé ? Consommation de tabac ? Utilisez-vous ou avez-vous utilisé d'autres substances psychoactives ? Avez-vous recours à des soins de santé complémentaires ? Avez-vous diminué vos repas ou changé votre alimentation ?
- ☐ Sur le plan physique : éprouvez-vous des symptômes d'accompagnement tels que transpiration, nausées, vomissements, diarrhées, fréquence cardiaque élevée ? Sang dans les selles ? Vous sentez-vous fatiguée ou épuisée ? Amaigrissement ? (Si oui combien de kgs en combien de temps ?) Ressentez-vous des tensions musculaires ? Votre exercice physique est-il limité par la douleur ? Votre activité sexuelle est-elle affectée par la douleur ? (Si oui : arrêt ou changement de position ?) La douleur vous empêche-t-elle de faire certaines activités de la vie quotidienne au travail ou chez vous ?
- ☐ Sur le plan social : rencontrez-vous des problèmes dans votre relation avec votre partenaire, vos parents ou amis et/ou dans votre travail ? La douleur affecte-t-elle vos activités de loisirs ou de vacances ou bien altère-t-elle le plaisir que vous en retirez ?
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

III. ENDOMÉTRIOSE : Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, quelles questions posez-vous en rapport à l'endométriose ?

- ☐ Les douleurs s'aggravent-elles au cours du temps ?
- ☐ Les douleurs irradient-elles dans le dos ou dans les jambes ?
- ☐ Les douleurs sont-elles intenses ? Toujours/souvent/rarement/jamais
- ☐ Les douleurs surviennent-elles pendant les rapports sexuels ?
- ☐ Avez-vous des douleurs à la défécation ou pendant les règles ?
- ☐ Avez-vous des douleurs de vessie ou pendant la miction au cours des règles ?
- ☐ Avez-vous (ou avez-vous eu) des difficultés pour avoir des enfants, pour concevoir ?
- ☐ Avez-vous des douleurs pelviennes pendant les rapports sexuels ?
- ☐ Avez-vous des douleurs à la pénétration ? Si oui, à quel niveau se situent-elles ? Plutôt dans le fond vaginal ?
- ☐ Régularité des cycles ?
- ☐ Abondance des cycles ?
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

IV. MALTRAITANCE : Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, quelles questions posez-vous pour rechercher une maltraitance ?

- ☐ Subissez-vous ou avez-vous subi des violences ? Quelqu'un vous a-t-il fait du mal ? Dans l'enfance ? Adolescence ? Âge adulte ?
- ☐ Votre compagnon est-il bienveillant ? Compréhensif ? Attentionné ? Compliqué ?
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

V. EXAMEN CLINIQUE : Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, quel examen clinique réalisez-vous ?

- ☐ Recherchez-vous des points d'endométriose, à l'examen du spéculum, tels que des nodules bleus dans le vagin ?
- ☐ Cherchez-vous à localiser la douleur : à la mobilisation de l'utérus ? Dans le cul de sac de Douglas ? À la palpation des parois vaginales ? (Recherche de douleur à la palpation des faisceaux musculaires du pelvis au toucher vaginal)
- ☐ Recherchez-vous la présence de selles dans le rectum lors du TV ?
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

VI. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES : Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, quels examens complémentaires réalisez-vous ?

- ☐ Sérologie chlamydia, si doute sur une infection génitale haute chronique (à suspecter si rapport non protégé dans le passé et partenaire multiple) ou systématiquement ?
- ☐ 1^{er} jet urinaire à la recherche de chlamydia et gonocoque si doute sur une infection à chlamydia en cours (partenaire multiple, changement de partenaire il y a moins d'un an, compagnon compliqué)
- ☐ Prélèvement endocervical pour recherche par PCR des IST
- ☐ Échographie pelvienne ou IRM si échographie pelvienne impossible (en cas de symptômes intenses et persistants malgré une thérapeutique bien conduite)
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

VII. THERAPEUTIQUE : Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, votre schéma thérapeutique est-il semblable au suivant ?

- ☐ 1/ Antalgiques : pour les dysménorrhées, AINS et Paracétamol
- ☐ 2/ Traitement hormonaux de première intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont : contraception par œstroprogestatifs continue ou non, DIU au Lévonorgestrel à 52 mg. Le choix de ce traitement est guidé par les contre-indications, les effets indésirables potentiels, les traitements antérieurs et l'avis de la patiente
- ☐ 3/ Traitements hormonaux de deuxième intention : contraception microprogestative orale au désogestrel, implant à l'étonogestrel, GnRHa en association à une add-back thérapie, diénogest
- ☐ 4/ Vous adressez la patiente à un gynécologue
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

VIII. CONCLUSION DE CONSULTATION : Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, la conclusion de la consultation suivante vous semble-t-elle adaptée ?

- ☐ Explication du concept de douleur chronique et de la prise en charge bio psycho sociale envisagée
- ☐ Explication de la nécessité de s'adapter à la douleur chronique, l'amélioration étant souvent obtenue grâce à une prise en charge plurielle et pluridisciplinaire et longue. Dans ce cas, à quels professionnels l'adressez-vous ?
- ☐ Bilan des examens complémentaires, d'une valeur relative, chaque examen d'imagerie ou technique invasive n'évaluant que la forme ou la taille des organes internes. Rappel que la constatation d'une anomalie n'est pas nécessairement la cause de la douleur
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

IX. ADRESSER AU GYNÉCOLOGUE : Quand adressez-vous une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques au gynécologue et pourquoi ?

- ☐ 1 – En cas de douleurs liées à une prise en charge chirurgicale antérieure
- ☐ 2 – Quand les traitements hormonaux et les AINS n'ont pas fait d'action
- ☐ 3 – En cas de suspicion d'endométriose
- ☐ 4 – Pour toutes douleurs dont l'étiologie n'est pas retrouvée
- ☐ 5 – Si les douleurs sont intenses et/ou invalidantes (retentissement sur les activités quotidiennes, la vie professionnelle, l'activité sexuelle) et/ou si signes d'AEG
- ☐ 6 – S'il y a un désir de grossesse non satisfait
- ☐ 7 – A la demande de la patiente
- ☐ Autre :

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

Avez-vous des remarques ? Des choses à ajouter ?

- ☐ Autre :

Annexe 4 – Questionnaire envoyé lors du 3e tour de DELPHI

Bonjour,

Voici un algorithme de prise en charge des douleurs pelviennes chroniques.

Cet algorithme est en cours de construction, il est améliorable il doit être enrichi de vos remarques.

Nous avons besoin que vous nous indiquiez si vous trouvez les questions pertinentes et que vous ajoutiez celles qui vous semblent manquantes.

Nous vous proposons ci-dessous un algorithme décisionnel, ou schéma type de consultation, qui pourrait permettre de construire un site d'aide à la prise de décision dans le cadre des algies pelviennes chroniques en soins primaires.

Nous vous demandons, sur la base de la méthode Delphi (méthode d'élaboration d'un consensus), de venir étayer cet algorithme que nous vous renverrons, une fois étoffé par vos réponses, pour que vous l'étoffiez encore jusqu'à ce que nous puissions obtenir une version suffisamment complète et pertinente, grâce aux connaissances du groupe (en général, trois tours de groupe suffisent).

Nous en sommes maintenant au **3^e et dernier tour** : de nombreuses questions font consensus sur les deux premiers tours (+ de 70 % de réponses identiques), nous les avons laissés **EN GRAS ET VERT**, vous ne pouvez plus cocher les réponses, ni y ajouter de remarques.

Nous avons bien pris en compte vos remarques et avons essayé de regrouper certaines questions qui étaient redondantes, vous pouvez en fin de questionnaire faire des remarques après les questions ou en fin de questionnaire pour dire si cette nouvelle présentation vous convient ou non.

Ce 3^e tour porte surtout sur les questions ne faisant pas consensus, ou bien les propositions faites durant le 2^e tour : pour ces questions nous vous demandons votre avis via une échelle de Likert (/!\ **le tout à fait d'accord est à gauche et le pas du tout d'accord à droite!!!**) ou bien des remarques.

NB : pour rappel cet algorithme serait proposé à des patientes majeures (sans curatelle, tutelle) souffrant de douleurs pelviennes chroniques non en rapport avec la grossesse, avec des pathologies digestives ou urologiques identifiées.

Code couleur :

En vert et gras : ce qui fait consensus

En rouge : propositions faites durant le 2^e tour ou ce qui reste encore à discuter

Merci beaucoup pour votre participation !

I. INTERROGATOIRE : Questions d'ordre général :

- ☐ **ATCDTS chirurgicaux abdominaux, pelviens, etc.**
- ☐ **ATCDTS familiaux, notamment cancers digestifs et gynéco**
- ☐ **ATCDTS obstétricaux : nb de grossesses (y compris IVG) ? Modalités d'accouchements ? Nombre d'enfants ?**
- ☐ **ATCDTS IGH ou infection à chlamydia et/ou test dépistage IST (avec la date et le mode dépistage : sérologies, test urinaire, prélèvement vaginal)**
- ☐ **Cycles réguliers ou non ?**
- ☐ **Saignements menstruels abondants ? Nombre de changes ?**
- ☐ **Histoire de contraception (quels moyens, tolérés ou pas...)**
- ☐ **Désir de grossesse à court/moyen/long terme**
- ☐ **Composante digestive ? Constipation ou alternance diarrhée constipation, présence de ballonnement. La patiente décrit-elle de la colopathie fonctionnelle ?**
- ☐ **Composante urinaire ? Hématurie en dehors des règles ? Pendant ?**
- ☐ **Antécédents de maltraitance ?**
- ☐ **Sexualité**

I. INTERROGATOIRE / QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Propositions d'ajout aux questions précédemment posées :

- demander loisirs, activités sportives
- les attentes de la patiente pour la consultation
- demander si la patiente se trouve anxieuse (terrain d'anxiété personnelle)

Tout à fait
d'accord

Pas du tout
d'accord

II. CARACTÉRISATION DE LA DOULEUR : (détails dans les questions suivantes)

- 1 – Intensité de la douleur
- 2 – Temporalité
- 3 – Localisation de la douleur, avec ou sans irradiation
- 4 – Description de la douleur, type de la douleur
- 5 – Histoire de la douleur
- 6 – Stratégies d'adaptation de la douleur et efficacité des traitements
- 7 – Conséquence de la douleur

II. 1) INTENSITÉ DE LA DOULEUR

A évaluer grâce à EVA sur une échelle de 0 à 10 (0 : pas de douleur, 10 : douleur atroce)

II. 2) TEMPORALITÉ DE LA DOULEUR (associée à EVA)

- ☐ Douleurs cycliques : oui/non/seulement au cours des règles/seulement en dehors des règles
- ☐ Au cours des règles : avant/au début des règles/pendant la durée des règles
- ☐ En dehors des règles : préciser période du cycle
- ☐ Au cours de la journée en précisant le moment de survenue (matin, midi, soir, coucher, nuit)
- ☐ Degré de chronicité de la douleur : continue (fond douloureux), intermittente, durée exacte
- ☐ Facteur déclenchant la douleur ? Durée moyenne de la douleur après déclenchement ?
- ☐ Pendant les rapports ? (à préciser dans questions concernant la sexualité)

TEMPORALITÉ DE LA DOULEUR : proposition d'ajout :

- Les douleurs sont-elles influencées par les repas ? (Plus fortes/moins fortes)

Tout à fait
d'accord

Pas du tout
d'accord

II. 3) LOCALISATION DE LA DOULEUR (point précis ? Latéralisation ?) ET IRRADIATION

II. 4) DESCRIPTION DE LA DOULEUR ? TYPE DE LA DOULEUR (brutale, progressive, crampes, coup de poignard, pesanteur, etc....)

II. 5) HISTOIRE DE LA DOULEUR :

- ☐ Depuis quand avez-vous des douleurs ?
- ☐ Tests de diagnostics antérieurs par un médecin ? Résultats ?
- ☐ Traitement antérieur ? Résultats ?
- ☐ D'après vous quelle pourrait être la cause de vos douleurs pelviennes ?

HISTOIRE DE LA DOULEUR : proposition d'ajout :

- Événements particuliers au moment du début des douleurs ?

- Modification dans le temps des douleurs ? Y-a-t-il des périodes plus calmes/plus intenses ? Aggravation au cours du temps ?

Tout à fait
d'accord



Pas du tout
d'accord

II. 6) STRATÉGIES D'ADAPTATION DE LA DOULEUR

☐ Que faites-vous quand la douleur apparaît pour éviter qu'elle augmente (traitements médicamenteux, repos) ?

☐ Que faites-vous une fois que la douleur a diminué, lorsqu'elle s'améliore ?

☐ Nombre de jour d'éviction scolaire ou arrêt de travail ?

II. 7) CONSÉQUENCES

☐ Sur le plan cognitif et sur le plan émotionnel : ressenti face à la douleur

☐ Sur le plan comportemental : travail, consommation médicaments, consommation alcool, tabac, autres substances psychoactives, etc.

☐ Sur le plan physique : symptômes d'accompagnement, amaigrissement, limitations des activités de la vie quotidienne ?

☐ Sur le plan social : rencontrez-vous des problèmes dans votre relation avec votre partenaire, vos parents ou amis et/ou dans votre travail ? La douleur affecte-t-elle vos activités de loisirs ou de vacances ou bien altère-t-elle le plaisir que vous en retirez ?

Pour aller plus loin :

☐ Sur le plan cognitif : que pensez-vous lorsque la douleur s'exacerbe ? Vous inquiétez-vous des conséquences de votre douleur ? Dans quelle mesure vous sentez-vous capable d'influencer la douleur ? Dans quelle mesure vous sentez-vous impuissant concernant la douleur ?

☐ Sur le plan émotionnel : vous sentez-vous anxieuse, déprimée, irritée, agacée, affligée, malheureuse ?

☐ Sur le plan comportemental : continuez-vous vos activités malgré la douleur ou avez-vous besoin d'un arrêt de travail ? Combien de médicaments vous ont-ils été prescrits ? Les utilisez-vous ? Quel est l'effet sur la douleur ? Avez-vous actuellement recours à la consommation abusive d'alcool dans un but antalgique ? Y avez-vous eu recours par le passé ? Consommation de tabac ? Utilisez-vous ou avez-vous utilisé d'autres substances psychoactives ? Avez-vous recours à des soins de santé complémentaires ? Avez-vous diminué vos repas ou changé votre alimentation ?

☐ Sur le plan physique : éprouvez-vous des symptômes d'accompagnement tels que transpiration, nausées, vomissements, diarrhées, fréquence cardiaque élevée ? Sang dans les selles ? Vous sentez-vous fatiguée ou épuisée ? Amaigrissement ? (Si oui combien de kgs en combien de temps ?) Ressentez-vous des tensions musculaires ? Votre exercice physique est-il limité par la douleur ? Votre activité sexuelle est-elle affectée par la douleur ? (Si oui : arrêt ou changement de position ?) La douleur vous empêche-t-elle de faire certaines activités de la vie quotidienne au travail ou chez vous ?

☐ Sur le plan social : rencontrez-vous des problèmes dans votre relation avec votre partenaire, vos parents ou amis et/ou dans votre travail ? La douleur affecte-t-elle vos activités de loisirs ou de vacances ou bien altère-t-elle le plaisir que vous en retirez ?

Concernant la question CONSÉQUENCES : la présentation vous paraît-elle correcte ainsi ?

Tout à fait
d'accord



Pas du tout
d'accord

II BIS) SEXUALITÉ

Cochez les questions qu'il vous paraît pertinent de poser à la patiente

- ☐ Vous sentez-vous satisfaite de votre sexualité ?
- ☐ Avez-vous des rapports réguliers ?
- ☐ Moyen de contraception ?
- ☐ Douleurs pendant les rapports ? Si oui à l'introduction ou dyspareunies profondes ?

Autre :

III. RECHERCHE ENDOMÉTRIOSE

- ☐ Les douleurs irradient-elles dans le dos ou dans les jambes ?
- ☐ Les douleurs sont-elles intenses ? Toujours/souvent/rarement/jamais
- ☐ Avez-vous des douleurs à la défécation ou pendant les règles ?
- ☐ Avez-vous des douleurs de vessie ou pendant la miction au cours des règles ?
- ☐ Avez-vous (ou avez-vous eu) des difficultés pour avoir des enfants, pour concevoir ?
- ☐ Régularité des cycles ?
- ☐ Abondance des cycles ?

N.B. : Recherche ENDOMÉTRIOSE :

Certaines questions sont redondantes avec la première question interrogatoire, mais il a été validé lors de la première étude de conserver les questions aux deux endroits afin de ne pas passer à côté d'une information importante pour la suite de la prise en charge. Que pensez-vous de cette stratégie ? doit-on conserver les questions en plusieurs endroits ?

Tout à fait
d'accord

Pas du tout
d'accord

IV. MALTRAITANCE

- ☐ Subissez-vous ou avez-vous subi des violences ? Dans l'enfance ? Adolescence ? Âge adulte ?
- ☐ Quel type de violence ? (Atteintes, coups, viol, etc ...)
- ☐ Votre compagnon est-il bienveillant ? Compréhensif ? Attentionné ? Compliqué ?
- ☐ Autre

Cette formulation vous paraît-elle pertinente ? :

V. EXAMEN CLINIQUE :

- ☐ Recherche de points d'endométriose, à l'examen du spéculum, tels que des nodules bleus dans le vagin
- ☐ Vous cherchez à localiser la douleur : à la palpation abdomino-pelvienne (préciser quadrant + latéralisation) ? À la percussion lombaire ? À la mobilisation de l'utérus ? À la palpation de l'utérus ? Dans le cul de sac de Douglas ? À la palpation des parois vaginales ? (Recherche de douleur à la palpation des faisceaux musculaires du pelvis au toucher vaginal)
- ☐ Recherche de présence de selles dans le rectum lors du TV

VI. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

- **Imagerie : Échographie pelvienne ou IRM si échographie pelvienne impossible (en cas de symptômes intenses et persistants malgré une thérapeutique bien conduite)**
- **Bilan bio abdo complet (AST ALAT GGT PAL Lipase, Bilirubine)**
- **Bilan IST par différents moyens : sérologies, prélèvement urinaire ou vaginal ou endocervical, particulièrement si risque IST (partenaire multiple, changement de partenaire il y a moins d'un an, compagnon compliqué) : méthode de dépistage laissée à l'appréciation de chaque praticien (le test urinaire étant plus sensible mais pas forcément réalisable lors d'une consultation)**
- **Instaurer un calendrier des symptômes/des saignements/des activités possibles et des éléments qui soulagent (important de ne pas se focaliser que sur la douleur mais au contraire de comprendre ce qui peut l'améliorer) → objectif : obtenir un schéma des douleurs**
- **Autre :**

Cocher les réponses qui vous paraissent pertinentes

VII. THERAPEUTIQUE : proposition d'un schéma thérapeutique

- **Antalgiques : pour les dysménorrhées, AINS et Paracétamol**
- **Traitement hormonaux de première intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont : contraception par œstroprogestatifs continue ou non, DIU au levonorgestrel à 52 mg. Le choix de ce traitement est guidé par les contre-indications, les effets indésirables potentiels, les traitements antérieurs et l'avis de la patiente**
- **Traitements hormonaux de deuxième intention : GnRHa en association à une add-back thérapie, diénogest**
- **Vous adressez la patiente à un gynécologue (après mise en place d'un traitement de 1^{er} recours ± prescription de bilan complémentaire)**

Tout à fait
d'accord

Pas du tout
d'accord

VIII. CONCLUSION DE CONSULTATION :

- **Bilan des examens complémentaires, d'une valeur relative, chaque examen d'imagerie ou technique invasive n'évaluant que la forme ou la taille des organes internes. Rappel que la constatation d'une anomalie n'est pas nécessairement la cause de la douleur**
- **Explication du concept de douleur chronique et de la prise en charge bio psycho sociale envisagée**
- **Explication de la nécessité de s'adapter à la douleur chronique, l'amélioration étant souvent obtenue grâce à une prise en charge plurielle et pluridisciplinaire et longue. Rappel que l'on n'a pas besoin de connaître la cause pour prendre en charge la douleur.**

autre :

Concernant la question précédente et la PEC multidisciplinaire proposée, vers quels professionnels adressez-vous la patiente ?

- ☐ Sage-femme spécialisée (par exemple dans la rééducation périnéale)
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Centre de prise en charge de la douleur
- ☐ Acupuncteur
- ☐ Hypnothérapeute
- ☐ Ostéopathe
- ☐ Autre :

IX. ADRESSER AU GYNÉCOLOGUE :

- ☐ **En cas de douleurs liées à une prise en charge chirurgicale antérieure**
- ☐ **Quand les traitements hormonaux et les AINS n'ont pas fait d'action**
- ☐ **En cas de suspicion d'endométriose**
- ☐ **Pour toutes douleurs dont l'étiologie n'est pas retrouvée**
- ☐ **Si les douleurs sont intenses et/ou invalidantes (retentissement sur les activités quotidiennes, la vie professionnelle, l'activité sexuelle) et/ou si signes d'AEG**
- ☐ **S'il y a un désir de grossesse non satisfait**
- ☐ **A la demande de la patiente**

POUR ALLER PLUS LOIN :

- Recommandations HAS concernant le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose :

Messages clés pour le médecin généraliste : (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_messages_cles_destines_au_medecin_generaliste.pdf)

Démarche diagnostique et traitement médical : (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf)

- Lien vers Endofrance (<https://www.endofrance.org/>)

- Lien vers un site concernant les violences et leur prise en charge (<https://www.memoiretraumatique.org/>)

- un outil de dépistage des violences (le violentomètre) : (<https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>)

Avez-vous des remarques ? Des choses à ajouter ?

☐ Autre :

Questionnaire de prise en charge d'une patiente présentant des douleurs pelviennes chroniques après étude par méthode DELPHI en trois tours.

INTERROGATOIRE :

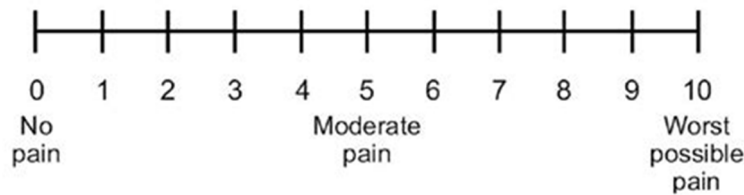
I) Questions d'ordre général :

- Antécédents chirurgicaux abdominaux, pelviens, etc
- Antécédents familiaux, notamment cancers digestifs et gynéco
- Antécédents obstétricaux : nombre de grossesses (y compris IVG) ? Modalités d'accouchements ? nombreb enfants ?
- Antécédents IGH ou infection à chlamydia et/ou test dépistage IST (avec la date et le mode dépistage : sérologies, test urinaire, prélèvement vaginal)
- Cycles réguliers ou non ? Saignements menstruels abondants ? nombre de changes ?
- Histoire de contraception (quels moyens, tolérés ou pas...)
- Désir de grossesse à court/moyen/long terme
- Composante digestive ? constipation ou alternance diarrhée constipation, présence de ballonnement. La patiente décrit- elle de la colopathie fonctionnelle ?
- Composante urinaire ? hématurie en dehors des règles / pendant ?
- Antécédents de maltraitance ?
- Sexualité : Vous sentez vous satisfaite de votre sexualité ? avez-vous des rapports réguliers ? moyen de contraception ? douleurs pendant les rapports ? Si oui à la pénétration ou dyspareunies profondes ?
- Activités sportives
- Terrain anxieux ?

II) CARACTERISATION DE LA DOULEUR : (détails dans les questions suivantes)

1. Intensité de la douleur
2. Temporalité
3. Localisation de la douleur, avec ou sans irradiation
4. Description de la douleur, type de la douleur
5. Histoire de la douleur
6. Stratégies d'adaptation de la douleur et efficacité des traitements
7. Conséquences de la douleur

A) INTENSITE DE LA DOULEUR sur une échelle de 0 à 10 (EVA : 0 pas de douleur, 10 : douleur atroce)



B)

TEMPORALITE DE LA DOULEUR (associée à EVA)

- 1) Douleurs cycliques : oui/non/seulement au cours des règles/ seulement en dehors des règles
- 2) Au cours des règles : avant/ au début des règles / pendant la durée des règles
- 3) En dehors des règles : préciser période du cycle
- 4) Au cours de la journée en précisant le moment de survenue (matin, midi, soir, coucher, nuit) ? Rythmée par les repas (plus fortes / moins fortes) ?
- 5) Degré de chronicité de la douleur : continue (fond douloureux), intermittente, durée exacte
- 6) Facteur déclenchant la douleur ?
- 7) Pendant les rapports ? si oui douleurs d'introduction ou dyspareunie profonde ?

C) LOCALISATION DE LA DOULEUR (point précis, latéralisation ?) ET IRRADIATIONS

D) DESCRIPTION DE LA DOULEUR ? TYPE DE LA DOULEUR (brutale, progressive, crampes, coup de poignard, pesanteur, etc...)

E) HISTOIRE DE LA DOULEUR :

- 1) Depuis quand avez-vous des douleurs ?
- 2) Tests de diagnostic antérieurs par un médecin ? Résultats ?
- 3) Traitement antérieur ? résultats ?
- 4) D'après vous quelle pourrait être la cause de vos douleurs pelviennes ?
- 5) Evénements particuliers au moment du début des douleurs ?
- 6) Modification dans le temps des douleurs ? y a-t-il des périodes plus calmes/ plus intenses ? aggravation au cours du temps ?

F) STRATEGIES D'ADAPTATION DE LA DOULEUR

- 1) Que faites-vous quand douleur apparaît pour éviter qu'elle augmente (traitements médicamenteux, repos) ?
- 2) Que faites-vous une fois que la douleur a diminué, lorsqu'elle s'améliore ?
- 3) Nombre de jour d'éviction scolaire ou arrêt de travail ?

G) CONSEQUENCES

- 1) Sur le plan cognitif et sur le plan émotionnel : ressenti face à la douleur
- 2) Sur le plan comportemental : (travail, consommation médicaments, consommation alcool, tabac, autres substances psychoactives etc)

- 3) Sur le plan physique : symptômes d'accompagnement, amaigrissement limitations des activités de la vie quotidienne ?
- 4) Sur le plan social : rencontrez-vous des problèmes dans votre relation avec votre partenaire, vos parents ou amis et/ou dans votre travail ? La douleur affecte-t-elle vos activités de loisirs ou de de vacances ou bien altère-t-elle le plaisir que vous en retirez ?

Pour aller plus loin :

Sur le plan cognitif : que pensez-vous lorsque la douleur s'exacerbe ? Vous inquiétez-vous des conséquences de votre douleur ? Dans quelle mesure vous sentez-vous capable d'influencer la douleur ? Dans quelle mesure vous sentez-vous impuissant concernant la douleur ?

Sur le plan émotionnel : vous sentez-vous anxieux, déprimé, irrité, agacé, affligé, malheureux ?

Sur le plan comportemental : continuez-vous vos activités malgré la douleur ou avez-vous besoin d'un arrêt de travail ? Combien de médicaments vous ont-ils été prescrits ? Les utilisez-vous ? Quel est l'effet sur la douleur ? Avez-vous actuellement recours à la consommation abusive d'alcool dans un but antalgique ? Y avez-vous eu recours par le passé ? Conso de tabac ? Utilisez-vous ou avez-vous utilisé d'autres substances psychoactives ? Avez-vous recours à des soins de santé complémentaires ? avez-vous diminué vos repas ou changé votre alimentation ?

Sur le plan physique : éprouvez-vous des symptômes d'accompagnement tels que transpiration, nausées, vomissements, diarrhées, fréquence cardiaque élevée ? sang dans les selles ? Vous sentez-vous fatigué ou épuisé ? amaigrissement ? (Si oui combien de kgs en combien de temps ?) Ressentez-vous des tensions musculaires ? Votre exercice physique est-il limité par la douleur ? Votre activité sexuelle est-elle affectée par la douleur ? (Si oui : arrêt ou changement de position ?), la douleur vous empêche-t-elle de faire certaines activités de la vie quotidienne au travail ou chez vous ?

Sur le plan social : rencontrez-vous des problèmes dans votre relation avec votre partenaire, vos parents ou amis et/ou dans votre travail ? La douleur affecte-t-elle vos activités de loisirs ou de de vacances ou bien altère-t-elle le plaisir que vous en retirez ?

III) RECHERCHE ENDOMETRIOSE

- 1) Les douleurs irradient-elles dans le dos ou dans les jambes ?
- 2) Les douleurs sont-elles intenses ? toujours/souvent/rarement/jamais
- 3) Les douleurs surviennent-elles pendant les rapports sexuels ? si oui, à quel niveau se situent-elles ? plutôt dans le fond vaginal ?
- 4) Avez-vous des douleurs à la défécation ou pendant les règles ?
- 5) Avez-vous des douleurs de vessie ou pendant la miction au cours des règles ?
- 6) Avez-vous (ou avez-vous eu) des difficultés pour avoir des enfants, pour concevoir ?
- 7) Avez- vous des douleurs à la pénétration ? si oui, à quel niveau se situent-elles ? plutôt dans le fond vaginal ?
- 8) Régularité des cycles ?
- 9) Abondance des cycles ?

IV) MALTRAITANCE :

- 1) Subissez-vous ou avez-vous subi des violences ? Dans l'enfance ? adolescence ? âge adulte ?
- 2) Quel type de violences ? (Attouchements, coups, viol ? Etc)
- 3) Votre compagnon est-il bienveillant ? compréhensif ? Attentionné ? compliqué ?

V) EXAMEN CLINIQUE :

- 1) Recherche de points d'endométrioses, à l'examen au speculum, tels que des nodules bleus dans le vagin.
- 2) Vous cherchez à localiser la douleur : à la palpation abdomino-pelvienne (préciser quadrant + latéralisation) ? à la mobilisation de l'utérus ? à la palpation de l'utérus ? dans le cul de sac de Douglas ? à la palpation des parois vaginales ? (Recherche de douleur à la palpation des faisceaux musculaires du pelvis au toucher vaginal).
- 3) Recherche de présence de selles dans le rectum lors du TV ?

VI) EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- 1) Bilan bio abdo complet (ASAT ALAT GGT PAL Lipase Bilirubine)
- 2) Bilan IST par différents moyens : sérologies, prélèvement urinaire ou vaginal ou endocervical, particulièrement si risque IST (partenaire multiple, changement de partenaire il y a moins d'un an, compagnon compliqué) : méthode de dépistage laissée à l'appréciation de chaque praticien (le test urinaire étant plus sensible mais pas forcément réalisable lors d'une consultation)
- 3) Echographie pelvienne ou IRM si échographie pelvienne impossible (en cas de symptômes intenses et persistants malgré une thérapeutique bien conduite)
- 4) Instaurer un calendrier des symptômes / des saignements / des activités possibles et des éléments qui soulagent (important de ne pas se focaliser que sur la douleur mais au contraire de comprendre ce qui peut l'améliorer) → objectif : obtenir un schéma des douleurs

VII) THERAPEUTIQUE : proposition d'un schéma thérapeutique

- 1) Antalgiques : pour les dysménorrhées, AINS et Paracetamol
- 2) Traitements hormonaux de première intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont (contraception par œstroprogestatifs continue ou non, DIU au lévonorgestrel à 52 mg). Le choix de ce traitement est guidé par les contre-indications, les effets indésirables potentiels, les traitements antérieurs et l'avis de la patiente.
- 3) Vous adressez la patiente à un gynécologue (après mise en place d'un traitement de 1er recours +/- prescription de bilan complémentaire).
- 4) Traitements hormonaux de deuxième intention : GnRHa en association à une add-back thérapie, diénogest.

VIII) CONCLUSION DE CONSULTATION : Chez une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chroniques, la conclusion de consultation suivante vous semble-t-elle adaptée ?

- 1) Explication du concept de douleur chronique et de la prise en charge bio psycho sociale envisagée.
- 2) Explication de la nécessité de s'adapter à la douleur chronique, l'amélioration étant souvent obtenue grâce à une prise en charge plurielle et pluridisciplinaire et longue.
- 3) Bilan des examens complémentaires, d'une valeur relative, chaque examen d'imagerie ou technique invasive n'évaluant que la forme ou la taille des organes internes. Rappel que la constatation d'une anomalie n'est pas nécessairement la cause de la douleur.

Vers quels professionnels adressez-vous la patiente ?

- a) - sagefemme spécialisée
- b) - centre de prise en charge de la douleur
- c) - acupuncteur
- d) - hypnothérapeute
- e) - autres : diététicienne, psychologue, sophrologue....

IX) ADRESSER AU GYNECOLOGUE : Quand adressez-vous une patiente qui se plaint d'algies pelviennes chronique au gynécologue et pourquoi ?

- 1) En cas de douleurs liées à une prise en charge chirurgicale antérieure
- 2) Quand les traitements hormonaux et les AINS n'ont pas fait d'action
- 3) En cas de suspicion d'endométriose
- 4) Pour toutes douleurs dont l'étiologie n'est pas retrouvée
- 5) Si les douleurs sont intenses et/ou invalidantes (retentissement sur les activités quotidiennes, la vie professionnelle, l'activité sexuelle) et / ou si signes d'AEG
- 6) S'il y a un désir de grossesse non satisfait
- 7) À la demande de la patiente

POUR ALLER PLUS LOIN :

- Recommandations HAS concernant le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose :

Messages clés pour le médecin généraliste : (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_messages_cles_destines_au_medecin_generaliste.pdf)

Démarche diagnostique et traitement médical : (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf)

- Lien vers Endofrance (<https://www.endofrance.org/>)

- Lien vers un site concernant les violences et leur prise en charge (<https://www.memoiretraumatique.org/>)

- un outil de dépistage des violences (le violentomètre) : (<https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>)

Annexe 6 – Tableau récapitulatif des modifications au cours des tours de DELPHI

1 ^{er} questionnaire			Modifications lors du 1 ^{er} tour	Modifications lors du 2 ^e tour	Modifications lors du 3 ^e tour
Chapitres	Sous-chapitres	Items détaillés			
I) Interrogatoire	ATCDTS chirurgicaux abdominaux, pelviens			CONSENSUS	
	ATCDT IGH			CONSENSUS	
	Rythme des douleurs (cycliques ou non)			CONSENSUS	
	Composante digestive			CONSENSUS	
			ATCDTS familiaux	CONSENSUS	
			ATCDTS gynéco- obstétriques	CONSENSUS	
			Régularité cycles	CONSENSUS	
			Abondance règles	CONSENSUS	
			Dyspareunies	<i>Déplacé dans Sexualité</i>	
			Histoire contraceptive	CONSENSUS	
			Désir de grossesse	CONSENSUS	
			ATCDTS maltraitance	CONSENSUS	
			Composante urinaire	CONSENSUS	
				Loisirs, activités sportives	CONSENSUS

				Attentes de la patiente pour la consultation	CONSENSUS
				Anxiété	CONSENSUS
	Sexualité			Vous sentez-vous satisfaite de votre sexualité ?	ACCORD RELATIF
				Avez-vous des rapports réguliers ?	ACCORD RELATIF
				Reformulé : dyspareunies	CONSENSUS
II)Caractérisation de la douleur	Intensité (EVA)			CONSENSUS	
	Temporalité	Moment du cycle		CONSENSUS	
		Moment de la journée		CONSENSUS	
		Degré de chronicité		CONSENSUS	
			Facteur déclenchant	CONSENSUS	
				Lien avec les repas	ACCORD RELATIF
	Localisation / irradiations			CONSENSUS	
	Description de la douleur			CONSENSUS	
	Histoire de la douleur	Depuis quand ?		CONSENSUS	
		Tests diagnostiques antérieurs ?		CONSENSUS	
		Traitement antérieur ?		CONSENSUS	

		Idées sur la cause de la douleur ?		CONSENSUS	
			Nombre jours éviction scolaire / arrêt travail	CONSENSUS	
				Événement lié au début des douleurs Modification dans le temps des douleurs ? fluctuantes ?	ACCORD RELATIF
	Stratégies d'adaptation	Quand la douleur augmente		CONSENSUS	
		Pour éviter qu'elle augmente		CONSENSUS	
		Quand elle s'améliore	Reformulé	CONSENSUS	
	Conséquences	Sur le plan cognitif	Reformulé	CONSENSUS	
		Sur le plan émotionnel	Reformulé	CONSENSUS	
		Sur le plan comportemental	Reformulé	CONSENSUS	
		Sur le plan physique	Reformulé	CONSENSUS	
		Sur le plan social	Reformulé	CONSENSUS	
III) Recherche d'endométriose	Aggravation au cours du temps			CONSENSUS	
	Irradiations dans le dos ou les jambes			CONSENSUS	

	Douleurs intenses			CONSENSUS	
	Dyspareunies			CONSENSUS	
	Profondes ou superficielles			CONSENSUS	
	Douleurs à la défécation			CONSENSUS	
	Signes urinaires			CONSENSUS	
	Infertilité			CONSENSUS	
			Régularité des cycles	CONSENSUS	
			Dysménorrhées	CONSENSUS	
			Abondance règles	CONSENSUS	
IV)Maltraitance	ATCTDS			CONSENSUS	ACCORD RELATIF
	Actuellement		Reformulé : situation avec compagnon actuel	Reformulé : préciser types de violences subies	
V)Examen clinique	Examen spéculum			CONSENSUS	
	Toucher vaginal			CONSENSUS	
	Selles dans le rectum			CONSENSUS	
VI)Examens complémentaires	Recherche IGH		Reformulé : préciser par quel examen on recherche IGH	Reformulé	CONSENSUS
	imagerie			CONSENSUS	
				Calendrier des douleurs Bilan abdominal complet (ASAT ALAT GGT PAL	ACCORD RELATIF

				Lipase bilirubine)	
VII)traitement	Antalgiques			CONSENSUS	
	Traitements hormonaux 1ere intention			CONSENSUS	
				Adresser la patiente au spécialiste après introduction traitement 1ere intention et prescription examens complémentair es	ACCORD RELATIF
	Traitements hormonaux 2 ^e intention			CONSENSUS	
VIII)Conclusion consultation	Explication concept douleur chronique			Reformulé : Douleur peut être prise en charge même si on ne connaît pas sa cause	ACCORD RELATIF
	PEC pluridisciplinair e et longue			Reformulé : préciser quels spécialistes interviennent dans la prise en charge	ACCORD RELATIF Propositions libres : sage- femme spécialisée, kiné, centre de la douleur, acupuncteur, hypnothérapeut e, ostéopathe, diététicienne, psychologue, sophrologue ...

	Bilan examens complémentaires			CONSENSUS	
	Pas de lien systématique entre anomalie diag et douleur			CONSENSUS	
IX)orientation vers spécialiste	Douleurs et ATCTD chirurgical			CONSENSUS	
	Absence d'efficacité des traitements			CONSENSUS	
	Endométriose ou désir de grossesse		Reformulé et divisé en 2 : Endométriose	CONSENSUS	
			Désir de grossesse	CONSENSUS	
			Douleurs intenses / signes Altération état général	CONSENSUS	
			A la demande de la patiente	CONSENSUS	
			Douleurs sans étiologie retrouvée	CONSENSUS	
		47 items	65 items 9 re-formulations (dont 1 divisé en 2) 17 ajouts	74 items 60 consensus 5 reformulés 9 ajouts	14 items 5 consensus 9 accords relatifs

RESUME

Introduction :

Les algies pelviennes chroniques, dont l'étiologie la plus connue est l'endométriose, sont des pathologies fréquentes, invalidantes. Le délai diagnostique pour ces pathologies est actuellement de 7 ans en moyenne. Ces pathologies sont un problème de santé publique lié à leur coût humain et économique.

Objectifs :

Créer un questionnaire utilisable en consultation de soins primaires pour guider la consultation d'une patiente atteinte d'algies pelviennes chroniques.

Matériel et méthodes :

Nous avons utilisé une méthode semi-qualitative Delphi en trois tours, après recrutement d'experts issus de trois disciplines différentes : sage-femmes, gynécologues, médecins généralistes. A chaque tour les experts avaient à donner leur avis sur chaque item, durant le premier tour de façon libre, durant le deuxième tour par système de coche et durant le troisième tour par Echelle de Likert.

Résultats :

Un groupe de 11 experts a été recruté pour participer à cette étude. A la fin des trois tours de la méthode DELPHI, et après modification, remarques, ajouts, reformulations de la part des experts à chaque tour, il a été obtenu un questionnaire composé de 74 items dont 65 ont obtenu un consensus et 9 un accord relatif.

Conclusion :

Un guide de consultation sous forme de questionnaire a été réalisé grâce au consensus trouvé. Une évaluation en conditions réelles serait bénéfique pour permettre sa diffusion.

Mots clés :

Algies pelviennes chroniques, endométriose, questionnaire, méthode DELPHI.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

