



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

L'ostéopathie, un partenaire de soin de l'endométriose ?

-

État des lieux de l'ostéopathie dans la prise en charge de l'endométriose

**LOISEL
Juliette**

**Promotion P16
Année 2023-2024**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier pour l'accompagnement à ce travail de fin d'études tout particulièrement ma directrice et directrice de mémoire Hélène Duval, professeure dotée d'une grande humanité et femme engagée depuis longtemps dans tout ce qui touche à la femme et aux pathologies féminines. Tu as toujours su nous parler avec passion de ce vaste domaine et ton accompagnement d'une manière générale, tes conseils ont été précieux pour moi depuis ces quatre dernières années.

Je tiens également à remercier Delphine Guyet, pour sa patience et son accompagnement méthodologique toujours pertinent dans ma réflexion. Je tiens enfin à remercier toute l'équipe de l'IFSO Rennes, pour ces quatre dernières années et l'enseignement qu'ils auront réussi à nous transmettre.

À mes amis, notamment Pauline Chauvin, à mes côtés depuis tant d'années, qui a pris de son temps à plusieurs reprises pour m'aider dans ma réflexion et faire de ce mémoire un travail plus abouti et soigné. À Célia Pilon, porteuse de réflexions pertinentes quand ce travail a débuté et à Antoine Chollet attentif depuis le début de cette formation, qui n'a eu de cesse de m'encourager et qui a été le plus enthousiaste quand j'hésitais à m'engager dans ces quatre années de formation qui allaient changer beaucoup de chose dans ma vie.

À ma promotion P16 pour leur soutien, leur efficacité dans la diffusion de mon questionnaire et pour tous ces moments passés ensemble.

Je tiens évidemment à remercier tout particulièrement ma famille, sans qui tout ceci n'aurait pu être possible. Premiers fans et premiers testeurs, parfois surpris mais toujours enthousiastes, de mon approche ostéopathique. Merci pour votre confiance et votre patience, merci pour tout ce soutien apporté depuis ces quatre dernières années mais surtout pour ce soutien et amour infaillible quel que soit les étapes rencontrées.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	1
1.1	Contextualisation	1
1.2	L'endométriose	2
1.2.1	Définition	2
1.2.2	Symptômes	5
1.2.3	Douleurs et endométriose	6
1.2.4	Étiologies et physiopathogénèse	7
1.2.5	Traitements	9
1.3	Endométriose et modèle structurel de l'IFSO : axes de traitement en ostéopathie	13
1.4	Problématique et hypothèse	14
2	MATÉRIELS ET MÉTHODE	15
2.1	Population cible	15
2.2	Ressources	15
2.3	Questionnaire	15
2.3.1	Élaboration d'un questionnaire	15
2.3.2	Mode de diffusion et collecte des réponses	16
3	ANALYSE	17
3.1	Analyse du profil des patientes qui s'orientent vers l'ostéopathie	17
3.1.1	Profil démographique des patientes répondantes et sélectionnées ..	17
3.1.2	Profil médical des patientes répondantes et sélectionnées	18
3.1.3	Profil ostéopathique des patientes répondantes et sélectionnées	21
3.2	Analyse du niveau de satisfaction perçue du traitement ostéopathique ..	24
4	DISCUSSION	30
4.1	Discussions sur les résultats	30
4.1.1	Réflexions sur l'échantillon	30
4.1.2	L'ostéopathie, un partenaire de soin de l'endométriose ?	31
4.1.3	Existe-t-il un profil type de patiente pour lequel l'ostéopathie sera la plus efficace ?	32
4.2	Considérations générales – Limites et biais	33
4.2.1	Considérations sur le mode de diffusion et collecte des données du questionnaire	33

	4.2.2	<i>Considérations sur le questionnaire</i>	35
5	CONCLUSION		38
6	BIBLIOGRAPHIE		40
7	ANNEXES		49

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Délai moyen de diagnostic de l'endométriose. Reproduit à partir de « EndoVie – Enquête sur le parcours des femmes atteintes d'endométriose », EndoFrance/ipsos/Laboratoire Gedeon-Richter. (2020, janvier) https://endofrance.org/wp-content/uploads/2020/06/resultat-enquete.pdf (35).....	2
Figure 2 : Aspect des sous-types d'endométriose à l'imagerie et à la laparoscopie. Reproduit à partir de « <i>Diagnostic et gestion thérapeutique de l'endométriose</i> », par Allaire, C., Bedaiwy, M. A., & Yong, P. J., 2023, <i>CMAJ</i> : 195(24) (41)	3
Figure 3 : Représentation des différentes localisations des lésions endométriales, reproduit à partir de https://www.swissmedical.net/fr/gynecologie/endometriose (48).....	4
Figure 4 : La symptomatologie des patientes atteintes d'endométriose. Reproduit à partir de « EndoVie –Enquête sur le parcours des femmes atteintes d'endométriose », EndoFrance / Ipsos/ Laboratoire Gedeon-Richter. (2020, janvier) https://endofrance.org/wp-content/uploads/2020/06/resultat-enquete.pdf (35).....	5
Figure 5 : Répercussions de l'endométriose sur la vie quotidienne. Reproduit à partir de « EndoVie –Enquête sur le parcours des femmes atteintes d'endométriose », EndoFrance/ipsos/Laboratoire Gedeon-Richter. (2020, janvier) https://endofrance.org/wp-content/uploads/2020/06/resultat-enquete.pdf (35).....	6
Figure 6 Le cercle vicieux de la douleur chronique. Reproduite à partir des Feuilles explicatives sur la douleur chronique, CLUD du CH Chateauroux – Le Blanc, 2019 novembre https://www.ch-chateauroux-leblanc.fr/filesopen/Medecine/Douleur/FeuillesExplicatives/DC-Nov-19.pdf (58)	6
Figure 7 : Coéloscopie (79).....	11
Figure 8 : Bénéfice perçu au traitement ostéopathique en fonction du traitement recommandé par la HAS.....	20
Figure 9 : Niveau de satisfaction perçue au traitement ostéopathique en fonction des pathologies associées.....	20
Figure 10 : Rapport entre le mode d'adressage et le bénéfice perçu au traitement ostéopathique.....	23
Figure 11 : Motifs de consultation en ostéopathie.....	24
Figure 12 : Graphique récapitulatif du niveau de satisfaction perçu par symptôme pour les patientes concernées.....	24
Figure 13 : Pourcentage de patientes « Bénéfice + » au traitement ostéopathique.....	25
Figure 14 : Niveau de grande satisfaction perçu par symptôme pour les patientes concernées.....	27

Figure 15 : Niveau de satisfaction moyenne perçu par symptôme pour les patientes concernées.....	27
Figure 16 : Niveau de peu de satisfaction perçu par symptôme pour les patientes concernées	28
Figure 17 : Niveau d'insatisfaction perçu par symptôme pour les patientes concernées	29

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1	Tableau récapitulatif des signes et symptômes de l'endométriose. Reproduit à partir de « Diagnostic et gestion thérapeutique de l'endométriose », par Allaire, C., Bedaiwy, M. A., & Yong, P. J., 2023, <i>CMAJ</i> : 195(24) (41)	8
Tableau 2 :	Tableau récapitulatif des principales théories de la physiopathogénèse de l'endométriose. Reproduit à partir de « New Insights in Pathogenesis of Endometriosis », par Signorile, P. G., Viceconte, R., & Baldi, A, (2022).. <i>Frontiers in medicine</i> , 9, 879015 (72)	9
Tableau 3 :	Caractéristiques des 29 patientes répondantes sélectionnées	17
Tableau 4 :	Caractéristiques de l'atteinte endométriale des patientes sélectionnées.....	18
Tableau 5 :	Satisfaction perçue en fonction de la forme d'endométriose	19
Tableau 6 :	Caractéristiques de la prise en charge ostéopathique.....	21
Tableau 7 :	Bénéfice global de l'ostéopathie en fonction de l'ancienneté du traitement.....	22
Tableau 8 :	Satisfaction globale perçue du traitement ostéopathique en fonction de la fréquence des séances.....	22
Tableau 9 :	Rapport entre le mode d'adressage et la facilité à trouver un ostéopathe sensibilisé à la pathologie	23
Tableau 10 :	Tableau récapitulatif du niveau de satisfaction perçu par symptôme pour les patientes concernées.....	25

TABLE DES ANNEXES

Annexe1 : Questionnaire à destination des patientes ayant eu recours à l'ostéopathie dans le cadre de leur endométriose	49
Annexe 2 : Affiche support de diffusion du questionnaire	52
Annexe 3 : Education thérapeutique du patient	52
Annexe 4 : Deuxième comité de pilotage de la stratégie nationale de lutte contre l'endométriose	53
Annexe 5 : Etudes sur la cohorte ComPaRe-Endométriose	55

ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de longue durée

AVQ : Activité de la vie quotidienne

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens de France

D* : Douleur

HAS : Haute Autorité de Santé

MCP : Douleurs chroniques multisites

MG : Médecin généraliste

P : Patiente

PCB : Polychlorobiphényles

Pde : Profonde

PEC : Prise en charge

PMA : Procréation médicalement assistée

PS : Professionnel de santé

PR : Polyarthrite rhumatoïde

SEP : Sclérose en plaques

SF : Sage-femme

Spf : Superficielle

TG : Total général

Tr. : Trouble

1 INTRODUCTION

1.1 Contextualisation

L'endométriose en France concernerait plus de deux millions de femmes (1). C'est une maladie qui dépasse largement le cadre de la santé avec ses répercussions non négligeables sur la vie personnelle, professionnelle et la vie sociale de la femme. Elle est un enjeu de santé publique, comme en témoignent les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé en 2017 (2), le MOOC sur l'« Endométriose : l'affaire de tous » (3), diffusé le 25 mai 2021, ou encore les différentes publications de l'Académie Nationale de Médecine (4), avec notamment un rapport publié en février 2022 : « L'endométriose pelvienne : maladie préoccupante des femmes jeunes » (5). Tous concourent aux mêmes buts : former, informer, mieux soigner.

L'endométriose fait partie des projets gouvernementaux. Le 12 mars 2019, sous l'impulsion d'Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé, un plan de lutte contre l'endométriose est établi (6). Le 11 janvier 2022, elle devient alors cause nationale avec un premier plan de Stratégie nationale contre l'endométriose lancé par le Président de la République(7). Avec son premier comité de pilotage créé le 14 février 2022 et le deuxième daté du 4 octobre 2023 (annexe 7.5), c'est la promesse d'un investissement de 30 millions d'euros étalé sur plusieurs années.

Depuis quelques années, l'endométriose fait aussi l'objet de plus en plus de recherches grâce notamment à la création d'une cohorte de patients par l'AP-HP, ComPaRe (8,9) (annexe 7.4), la cohorte Constances (10), à des regroupements en réseaux diagnostics et / ou curatifs (Endobreizh ; Endomind ; Endodiag ; plateforme oz2020 ; ...) (11–13), ce qui donne un espoir nouveau aux femmes souffrant de cette maladie.

Pourtant, bien que cette pathologie soit désormais mieux décrite (mais toujours partiellement comprise) et fasse l'objet de nombreuses recherches, bien qu'il existe désormais des centres experts (14,15) ou de nombreuses recommandations de sociétés de gynécologie (16–24) pour la prise en charge médicale de l'endométriose, il n'existe encore que peu de publications valables sur des solutions thérapeutiques non médicamenteuses et notamment en ostéopathie.

L'objectif de ce mémoire est ainsi de déterminer s'il existe un bénéfice au traitement ostéopathique dans la prise en charge de l'endométriose à travers la perception des patientes ayant eu recours à l'ostéopathie.

1.2 L'endométriose

1.2.1 Définition

La définition de l'endométriose est principalement histologique (16). Elle se définit par la présence anormale de tissu semblable au tissu endométrial à l'extérieur de la cavité utérine (25). Elle est considérée pathologique dès lors qu'elle devient symptomatique (notamment douleur et / ou infertilité). On estime en effet qu'une femme sur dix en âge de procréer serait concernée, mais dû au caractère asymptomatique de cette maladie, cette prévalence est sans doute largement sous-estimée (26).

Cette pathologie est inflammatoire (27), chronique, hormono-dépendante aux œstrogènes (28), évolutive (29). Ses symptômes sont principalement retrouvés dans la période définie entre la ménarche et la ménopause, mais peuvent également s'exprimer en dehors des périodes de menstruations et auront pour conséquences la formation d'adhérences (30), de cicatrices, voire de fibroses (12,31,32).

1.2.1.1 Épidémiologie

L'endométriose concerne au minimum 10% des femmes en âge de procréer (15-49 ans), soit 176 millions de femmes dans le monde, 15 millions en Europe, 2 millions en France (1).

On estime à 7 ans le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic effectif (33,34) (35), 2/3 de ces femmes ayant pourtant consultées pour des symptômes liés à l'endométriose auparavant. Des recherches sont actuellement en cours et une avancée dans le dépistage de cette maladie via un diagnostic basé sur un questionnaire au patient est imminente (36).

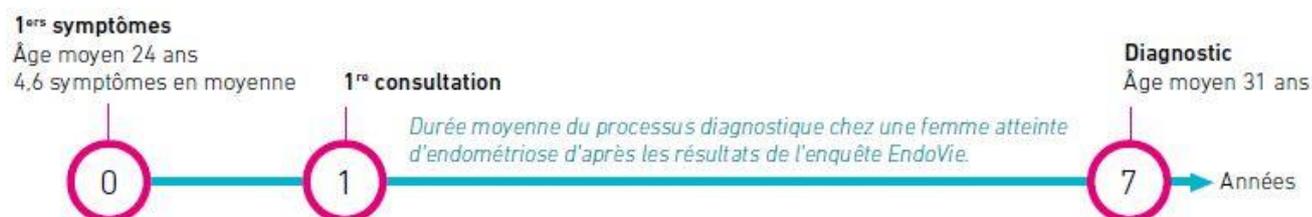


Figure 1 : Délai moyen de diagnostic de l'endométriose. Reproduit à partir de « EndoVie –Enquête sur le parcours des femmes atteintes d'endométriose », EndoFrance/ipsos/Laboratoire Gedeon-Richter. (2020, janvier) <https://endofrance.org/wp-content/uploads/2020/06/resultat-enquete.pdf> (35)

C'est la première cause d'infertilité en France (50% des cas d'infertilité (16), sachant que 20% des femmes présentant des problèmes d'infertilité ont des lésions d'endométriose).

La symptomatologie est variée mais 70% présentent des douleurs chroniques, 40% ont des difficultés à la procréation (parmi celles-ci 14% n'auront pas d'autres symptômes) et 65% déclarent un impact sur leur vie professionnelle.

En terme de santé publique, le coût annuel estimé de l'endométriose est de 9000 euros par femme par an, soit 9,5 milliards d'euros en soins divers (étude EndoCost) (37,38), dont 2/3 de perte de productivité (33). Cela représente environ 21 000 hospitalisations par an sur le territoire national (39). En 2012, le coût estimé de la maladie équivaut aux autres pathologies chroniques telles que le diabète, la maladie de Crohn, ou encore la polyarthrite rhumatoïde (37).

1.2.1.2 Types et stades d'endométriose

Il existe trois types principaux d'endométriose (27) :

- **L'endométriose superficielle** : pelvienne, principalement retrouvée sur la paroi péritonéale.
- **L'endométriose profonde** : infiltrations des viscères adjacents (vessie, rectum, ligaments utéro-sacrés, septum recto-vaginal).
- **L'endométriose ovarienne = Endométriome = kystes chocolatés** : kystes endométriaux (17 à 44 % des femmes atteintes d'endométriose) (40).

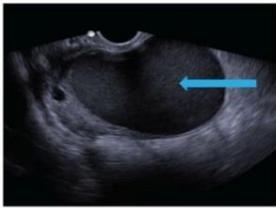
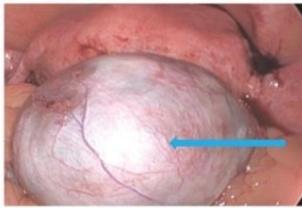
Sous-type d'endométriose	Échographie transvaginale	Laparoscopie
Endométriose péritonéale superficielle	Non visible à l'imagerie	
Endométriome ovarien		
Endométriose profonde du sigmoïde		

Figure 2 : Aspect des sous-types d'endométriose à l'imagerie et à la laparoscopie. Reproduit à partir de « *Diagnostic et gestion thérapeutique de l'endométriose* », par Allaire, C., Bedaiwy, M. A., & Yong, P. J., 2023, *CMAJ* : 195(24) (41)

Cependant, deux autres formes sont décrites dans la littérature :

- **Une forme extra-pelvienne** : décrite plus rarement, diaphragmatique et intestinale entre autre, voire dans des cas encore plus rares des atteintes extra-abdominales sont possibles : thoracique, tissu cérébral ...
- **L'adénomyose = endométriose interne** (42) : atteinte du myomètre et plus particulièrement de la jonction entre le myomètre et l'endomètre (43), retrouvée chez environ 12% des femmes. Elle n'est pas considérée en soi comme une forme typique de l'endométriose mais serait associée à cette dernière dans 6 à 20% des cas d'endométriose. À part dans la classification, cette dernière forme ne sera pas traitée dans ce mémoire.

La classification de l'endométriose ne fait cependant toujours pas consensus à ce jour. Deux classifications sont malgré tout reconnues et utilisées principalement, en association avec l'indice de fertilité de l'endométriose (EFI) (44,45) :

- **Classification rASMR.**
- **Classification Enzian.**

Une classification prenant en compte un maximum de caractéristiques internes (hérédité, profil hormonal du patient, symptomatologie, évolution de la pathologie, ...) et externes (expositions aux perturbateurs endocriniens, incidence et données épidémiologiques) est toujours à ce jour l'objet de recherches (27).

1.2.1.3 Localisations fréquentes des lésions endométriales

Les localisations de l'endométriose sont variées et évolutives d'une patiente à l'autre (27). On décrit principalement des lésions au niveau de :

- Les ligaments utéro-sacrés (50% des cas d'endométriose profonde).
- L'intestin (25%) : face antérieure du rectum, mais aussi dans la cavité pelvienne.
- L'espace para-rectal et pré-sacré.
- L'espace para-viscéral.
- Le cul-de-Sac de Douglas (15%).
- L'espace rétro-cervical.
- L'espace pré-vésical et vésico-vaginal.
- Le système vésical.

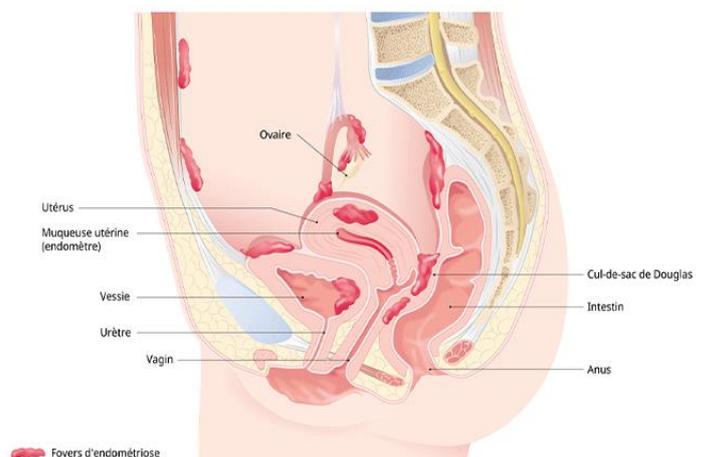


Figure 3 : Représentation des différentes localisations des lésions endométriales, reproduit à partir de <https://www.swissmedical.net/fr/gynecologie/endometriose> (48)

1.2.2 Symptômes

« Il y a autant de formes d'endométriose que de patientes ».

L'endométriose pathologique a des répercussions aussi bien douloureuses que fonctionnelles et impacte de manière significative le quotidien des femmes atteintes, voire de leur entourage (34,46–50).

Les symptômes les plus fréquents sont :

- Les **dysménorrhées** intenses.
- Les **dyspareunies** profondes.
- Les douleurs et troubles du système **urinaire** (dysurie ; pollakiurie ; présence de sang ; sténose des urètres).
- Les douleurs et troubles du système **digestif** (dyschésie ; diarrhée ; constipation ; rectorragie ; occlusion ; ballonnement ; nausée).
- L'**infertilité** et divers troubles de la grossesse (51).
- Les douleurs abdomino-**pelviennes** chroniques (spontanées et permanentes ou lors des règles, de la défécation, ...).

Ces symptômes sont majoritairement à rythme cataménial mais varient d'une femme à l'autre, ne sont pas tous systématiquement retrouvés et leurs intensités sont variables.

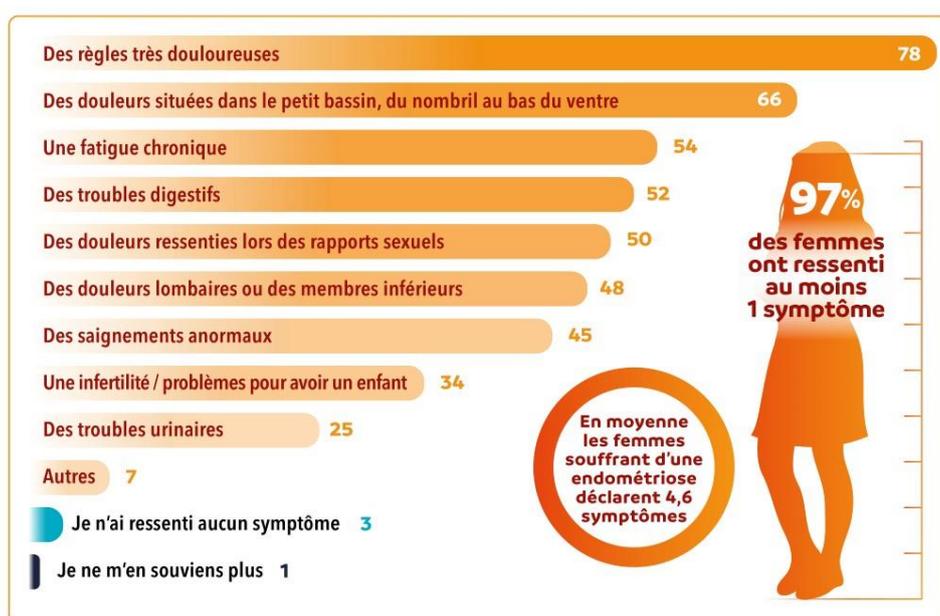


Figure 4 : La symptomatologie des patientes atteintes d'endométriose. Reproduit à partir de « EndoVie –Enquête sur le parcours des femmes atteintes d'endométriose », EndoFrance / Ipsos/ Laboratoire Gedeon-Richter. (2020, janvier) <https://endofrance.org/wp-content/uploads/2020/06/resultat-enquete.pdf> (35)

Au-delà, des douleurs physiques ou des troubles fonctionnels, il existe un retentissement plus ou moins important sur l'environnement psychosocial et la qualité de vie de la femme (48,52). On retrouvera notamment :

- Des états **dépressifs** ou **anxieux** (53).
- Un catastrophisme (54).
- Des répercussions sur l'activité **professionnelle**, sur les activités **quotidiennes**, sur l'environnement **familial**.
- Des troubles du **sommeil**, associés le plus souvent à un état de **fatigue chronique**.



Figure 5 : Répercussions de l'endométriose sur la vie quotidienne. Reproduit à partir de « EndoVie –Enquête sur le parcours des femmes atteintes d'endométriose », EndoFrance/ipsos/Laboratoire Gedeon-Richter. (2020, janvier) <https://endofrance.org/wp-content/uploads/2020/06/resultat-enquete.pdf> (35)

1.2.3 Douleurs et endométriose

Le traitement de la douleur dans l'endométriose, au même titre que dans d'autres pathologies chroniques où sont décrites des douleurs intenses, de longues durées et / ou fréquentes, mérite une attention particulière et nécessite plusieurs axes de traitement en fonction de l'origine de la douleur (49,50,55–57).

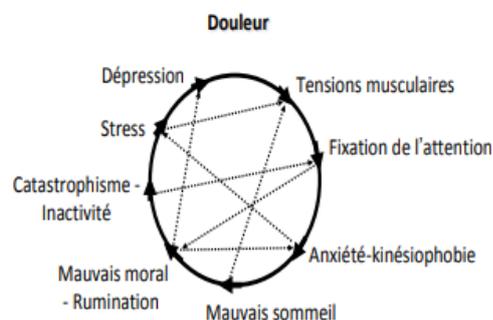


Figure 6 Le cercle vicieux de la douleur chronique. Reproduite à partir des Feuilles explicatives sur la douleur chronique, CLUD du CH Chateauroux – Le Blanc, 2019 novembre <https://www.ch-chateauroux-leblanc.fr/filesopen/Medecine/Douleur/FeuillesExplicatives/DC-Nov-19.pdf> (58)

En effet, il convient de distinguer plusieurs origines de la douleur :

- Une **origine mécanique** : fibroses, tissus cicatriciels et adhérences, en cause notamment lors des menstruations ou des ovulations (congestion, spasmes).
- Une **origine inflammatoire** : liée aux menstruations et microhémorragies ou spotting.

- Des **douleurs neuropathiques** : par invasion des foyers d'endométriose au sein même de la structure du nerf ou des plexus ; qui pourraient expliquer notamment les douleurs et troubles des systèmes urinaires (atteinte du plexus hypogastrique ; névralgies du nerf pudendal) et digestifs. En outre, certaines études ont démontré un processus de neuroangiogénèse associé au développement des lésions endométriales (59,60).
- Une **sensibilisation centrale** : abaissement progressif du seuil de sensibilité et d'irritabilité du système nerveux central par un phénomène d'« habitude » aux douleurs ou dû à la neuroangiogénèse ; ceci pourrait expliquer les douleurs retrouvées notamment en dehors des périodes de menstruation.

Toutes les douleurs dues à l'endométriose, pelviennes ou liées au système digestif et urinaire, sont particulièrement décrites selon un rythme cataménial, mais peuvent survenir à n'importe quel moment du cycle, en mode continu ou par crises, à différentes localisations et sous différentes formes (sourde, aiguë,...). Elles ne semblent pas corrélées au stade de la maladie (61) et peuvent persister au-delà de la ménopause, notamment en cas d'adhérences ou de cicatrices liées à l'endométriose ou post-chirurgicales (62).

En outre, certaines études ont mis également en évidence des liens entre l'endométriose et des pathologies associées à des douleurs chroniques, de type fibromyalgie, migraines ou encore douleurs chroniques multi-sites (MCP).

On constate également chez un certain nombre de femmes atteintes d'endométriose, des pathologies inflammatoires et auto-immunes associées (63), type troubles thyroïdiens ; polyarthrite rhumatoïde ; syndrome de Gougerot-Sjögren ; lupus érythémateux systémique ; rectocolite hémorragique ; maladie de Crohn ; SEP (64,65).

1.2.4 Étiologies et physiopathogénèse

Au-delà de facteurs de risques connus et communs à d'autres pathologies inflammatoires et / ou auto-immunes tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, la consommation de caféine et le manque d'exercice (28), voire l'exposition aux perturbateurs endocriniens (66) ou autres substances toxiques (PCB), des facteurs intrinsèques liés à une puberté précoce notamment ou encore des cycles menstruels courts pourraient être également impliqués (sans corrélation toutefois démontrée significativement (67)).

En outre, des facteurs liés à l'état général, tels que la dépression, l'anxiété (53) ou le mode de vie, comme la sédentarité ou encore les troubles alimentaires (53) sont désormais

à considérer, bien qu'il ne soit pas clairement définis si ceux-ci sont une cause ou une conséquence de l'endométriose.

« L'analyse de l'importance des caractéristiques indique que l'âge, l'infertilité, les fibromes utérins, l'anxiété et la rhinite allergique sont les cinq facteurs de comorbidités les plus significatifs chez les femmes atteintes d'endométriose » ((68)p1).

Tableau 1 Tableau récapitulatif des signes et symptômes de l'endométriose. Reproduit à partir de Diagnostic et gestion thérapeutique de l'endométriose », par Allaire, C., Bedaiwy, M. A., & Yong, P. J., 2023, CMAJ : 195(24) (41)

Symptômes classiques	Signes
<ul style="list-style-type: none"> • Dysménorrhée grave • Dyspareunie profonde • Douleur pelvienne chronique • Infertilité • Dysurie (cyclique) ± hématurie* • Dyschésie (cyclique) ± hématochésie* • Essoufflement ou douleur au thorax ou à l'épaule, hémoptysie, pneumothorax cycliques 	<ul style="list-style-type: none"> • Rétroversion fixe de l'utérus* • Nodularité dans la partie postérieure du fornix du vagin* • Sensibilité dans la partie postérieure et latérale du fornix du vagin • Masse annexielle
Autres symptômes non spécifiques	Facteurs de risque
<ul style="list-style-type: none"> • Saignements utérins anormaux • Lombalgie • Douleurs ou ballonnements abdominaux • Fatigue 	<ul style="list-style-type: none"> • Parentèle au premier degré souffrant d'endométriose • Ménarche précoce, règles abondantes, cycles courts • Anomalies müllériennes • Nulliparité • Faible poids à la naissance • IMC bas

C'est en réalité une maladie multifactorielle, dont la physiopathogénèse est encore mal définie, mais pour laquelle quatre principales théories ressortent (26,60,69,70).

▪ La théorie du reflux ou menstruations rétrogrades

C'est la théorie la plus ancienne (1927 – Dr John Sampson) et qui est principalement retenue, car elle semble expliquer au mieux la localisation la plus fréquemment retrouvée du tissu endométrial ectopique. Cependant, elle n'explique pas à elle seule la symptomatologie très diverse et la localisation extrêmement variée des lésions endométriales (surtout en ce qui concerne l'endométriose masculine).

La dissémination du tissu endométrial serait due au flux rétrograde du sang menstruel à travers les trompes de Fallope dans le petit bassin. Cependant, il a été établi qu'environ 90% des femmes présentaient un flux rétrograde lors des menstruations et que seulement une partie de celle-ci souffre d'endométriose (400 menstruations estimées dans la vie d'une femme en âge de procréer).

▪ La théorie métaplasique cœlomique et métaplasie des cellules souches

Théorie qui suppose une capacité au tissu endométrial ou à des cellules souches issues de la moelle osseuse par exemple (69) à se transformer en dehors de la cavité utérine en tissu reproducteur, soit au stade embryonnaire in utero, soit in vivo à différents stades de la vie. Ces mutations dépendraient d'influences hormonales notamment ou

immunologiques, mais seraient aussi probablement liées à d'autres facteurs environnementaux (perturbateurs endocriniens par exemple, ...) non clairement définis (60,70).

La théorie des cellules souches, tissu n'ayant donc pas une origine endométriale, pourrait expliquer par exemple la présence d'endométriose chez les patients masculins traités pour un cancer de la prostate.

- **La théorie génétique et / ou dysfonction immunitaire**

Diverses recherches sont en cours afin de préciser au mieux le ou les gènes en cause dans la maladie. Certains de ces gènes seraient aussi en outre impliqués dans d'autres maladies inflammatoires ou auto-immunes connues. (64,65). Il a été démontré un caractère héréditaire de la maladie dans les familles de patientes souffrant d'endométriose (71).

- **La théorie de la dissémination systémique**

La dissémination probable des fragments de tissu endométrial ectopique via les voies lymphatiques ou vasculaires pourrait expliquer la localisation atypique et rare retrouvée au niveau des poumons ou cage thoracique par exemple (70).

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des principales théories de la physiopathogénèse de l'endométriose. Reproduit à partir de « *New Insights in Pathogenesis of Endometriosis* », par Signorile, P. G., Viceconte, R., & Baldi, A, (2022).. *Frontiers in medicine*, 9, 879015 (72)

Théorie	Mécanisme proposé
Théorie des menstruations rétrogrades	La menstruation rétrograde permet l'implantation des glandes endométriales et du stroma dans la cavité péritonéale
Théorie de la métaplasie cœlomique	L'endométriose peut se développer dans tous les dérivés de la paroi cœlomique en raison d'un phénomène métaplasique
Théorie de la propagation hématogène/lymphatique	La dissémination des cellules endométriales s'effectue par les vaisseaux lymphatiques ou hématogènes
Théorie du recrutement de cellules souches	Les cellules souches endométriales et/ou hématopoïétiques pourraient se différencier en tissu endométriosique sur différents sites anatomiques
Théorie Embryogénétique	La persistance de cellules embryonnaires résiduelles des canaux de Wolff ou de Müller peut se développer en lésions endométriosiques en réponse aux œstrogènes

1.2.5 Traitements

Bien qu'aucun protocole n'ait été clairement établi, il semble consensuel que la prise en charge de l'endométriose doit être personnalisée et pluridisciplinaire tant la symptomatologie et la localisation des lésions sont variables.

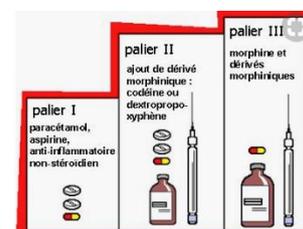
Celle-ci doit aussi bien faire appel au versant médical (médecins généralistes, gynécologues, spécialistes de la douleur, chirurgiens, gastro-entérologues, néphrologues, etc.), que paramédical (kinésithérapie), voire autres thérapies manuelles (ostéopathie) et autres thérapeutiques moins conventionnelles (accompagnement psychologique, acupuncture, sophrologie, hypnose..) (24,26,34,73,74).

« *Chaque expérience est unique, comme chaque endométriose l'est.* » (75).

1.2.5.1 Traitements médicamenteux

En fonction de la finalité recherchée, des contre-indications éventuelles de certains traitements liés à la patiente, à sa tolérance ou à des désirs de grossesses, plusieurs thérapies médicamenteuses peuvent être envisagées :

- **Les traitements hormonaux** (16) : œstro-progestatif (pilule ; stérilet hormonal, implants), progestatif ; agoniste de la GnRH (Gonadolibérine = hormone libératrice des gonadotrophines, hormones qui stimulent les ovaires) afin de mettre les ovaires au repos ; antagoniste de la GnRH ; inhibiteur de l'aromatase --> effets secondaires tableau (41).
- **Les antalgiques** :
 - . Palier I = non-opioïdes.
 - Paracétamol, Néfopam (76).
 - AINS (16) : à prendre au moins 24h avant le début présumé des règles et des douleurs, afin d'empêcher la production des prostaglandines responsables du phénomène inflammatoire.
 - . Palier II : opioïdes (Tramadol ; Codéine).
 - . Palier III : opioïdes forts, sous surveillance spécifique.
- **Les antidépresseurs tri-cycliques** ou **antiépileptiques** : dans le cadre de neuropathies associées (76).
- **Les antispasmodiques.**
- **Les infiltrations.**



1.2.5.2 Traitements chirurgicaux

Non systématiques et jamais proposés en première intention de traitement, différents types de chirurgie peuvent être proposés (77,78), préférentiellement sous **coelioscopie** supposée moins invasive, même si certaines interventions plus lourdes peuvent nécessiter une **laparoscopie** (micro-incision au niveau du nombril) (62), voire une **laparotomie** (incision de 10 à 15 cm).

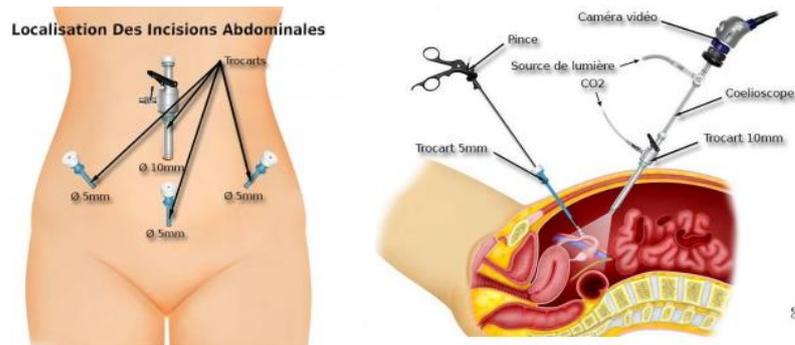


Figure 7 : Coelioscopie (79)

Nous retrouverons le plus souvent :

- **Cystectomie** totale / partielle de l'endométriome + électrocoagulation pour éviter récidives (16,40).
- **Ablation** de l'endométriome (laser, plasma).
- **Électrochirurgie = électrocoagulation.**
- **Hystérectomie** partielle ou totale (++).
- **Ovariectomie** uni ou bilatérale.
- **Réséction** intestinale / de la paroi vésicale.
- **Excision.**
- **Neurectomie** présacrée ou ablation laparoscopique du nerf utérin.

1.2.5.3 Traitements alternatifs

En lien avec les recommandations de la HAS, différents traitements non médicaux peuvent être proposés ou intervenir dans le plan de traitement global de l'endométriose :

- Physiothérapie ; TENS.
- Thérapie manuelle ; masso-kinésithérapie.
- Alimentation saine (80) et notamment anti-inflammatoire (81).
- Phytothérapie ; naturopathie ; aromathérapie ; homéopathie.
- Hypnose (76), sophrologie, méditation, groupes de parole (82,83).
- Accompagnement psychologique type hypnose, sophrologie, consultation avec psychologues.
- Acupuncture (84,85) ; médecine traditionnelle chinoise.
- Activité physique ; yoga.
- Éducation thérapeutique (86–88).
- Accompagnement dans le monde du travail : Livre blanc – Endométriose et emploi (89) + reconnaissance du handicap / ALD (75).

1.2.5.4 Traitements ostéopathiques

En 2017, l'ostéopathie est pour la première fois mentionnée au même titre que d'autres thérapies non conventionnelles dans des recommandations de la HAS pour la prise en charge pour l'endométriose (76).

HAS / CNGOF (2017, décembre). Recommandations de bonne pratique – Prise en charge de l'endométriose.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/pris_en_charge_de_lendometriose_-_argumentaire.pdf

Extrait de l'argumentaire scientifique, pages 180-185/399 :

« 2.3.4.3 Ostéopathie : Une amélioration significative des dimensions physiques et psychologiques de la qualité de vie évaluée par le score SF12 a été observée chez 15 patientes ayant bénéficié de manœuvres ostéopathiques dans le cadre d'une prise en charge d'endométriose pelvienne profonde douloureuse. L'absence de groupe contrôle ne permet pas de distinguer l'effet thérapeutique des manipulations ostéopathiques d'un effet lié au contexte holistique de la prise en charge (90) (NP4 : études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants) ».

« 2.3.4.4 Manipulations vertébrales : Aucune recommandation ne peut être formulée quant au recours aux manipulations vertébrales dans le traitement de l'endométriose ou même des dysménorrhées (97 : Kokjohn K, Schmid DM, Triano JJ, Brennan PC. The effect of spinal manipulation on pain and prostaglandin levels in women with primary dysmenorrhea. J Manipulative Physiol Ther. 1992 Jun;15(5):279–85) (98 : Holtzman DA, Petrocco-Napuli KL, Burke JR. Prospective Case Series on the Effects of Lumbosacral Manipulation on Dysmenorrhea. J Manipulative Physiol Ther. 2008 Mar;31(3):237–46). »

Extrait du texte des recommandations p.23 :

« Pour l'évaluation des traitements physiques, l'aveugle est difficile à obtenir. La notion de placebo, quand il est possible, est également complexe et sa validité limitée. L'acupuncture, l'ostéopathie et le yoga ont montré une amélioration de la qualité de vie chez des patientes ayant des douleurs liées à l'endométriose (NP4) ».

1.3 Endométriose et modèle structurel de l'IFSO : axes de traitement en ostéopathie

L'ostéopathie structurelle s'intéresse aux lésions dites réversibles du tissu conjonctif (91). Ce tissu, sorte de structure en treillis, est constitutif de l'ensemble du corps humain et est présent aussi bien dans les organes, les articulations, que au sein des différents réseaux vasculaires, lymphatiques ou neurologiques. Il assure ainsi un rôle déterminant pour son fonctionnement en permettant non seulement son soutien, mais aussi les échanges nutritifs ou d'informations proprioceptives, mécaniques ou neurologiques, déterminants de la bonne santé du tissu. En cas de changement du tissu (fibroses, adhérences, cicatrices), il en résultera un appauvrissement des échanges avec une perte progressive des qualités mécaniques élastiques et de déformabilité de ce tissu, c'est la lésion structurelle. Cela aura pour incidence des répercussions locales ou à distance de la lésion proprement dite, en lien notamment avec ses rapports mécaniques, neuro-vasculaires et neurologiques : douleurs, perturbations organiques, troubles systémiques...

Ainsi, l'acte ostéopathique et plus spécifiquement selon le modèle défendu par l'IFSO Rennes, la manipulation structurelle mécanique du tissu conjonctif, en regard de la lésion ostéopathique (objectivée par une densité et une sensibilité à la palpation), vise par son action à restaurer les qualités mécaniques du tissu en lésion.

Dans notre modèle conceptuel, les lésions endométriales étant considérées comme des altérations de la structure, l'ostéopathie n'a pas pour ambition de soigner l'endométriose. Ces lésions auront cependant comme répercussions une perte de souplesse et d'élasticité du tissu environnant, avec la formation d'adhérences ou cicatrices, une stase liquidienne ou un état congestif dû aux inflammations locales et récurrentes et un éventuel dysfonctionnement des organes en relation. C'est tout un schéma d'hypomobilité et d'altération progressive des tissus locaux et à distance qui pourra s'organiser dans un cercle vicieux d'auto-entretien de ces lésions, avec pour conséquence des douleurs plus ou moins invalidantes et un impact non négligeable sur la qualité de vie.

L'ostéopathie cherchera à restaurer ou conserver la qualité trophique optimale des tissus, afin de soulager les douleurs aux quotidiens et l'inconfort. Son action visera à favoriser une meilleure vascularisation des tissus, pour limiter entre autre leur état congestif, mais surtout lutter contre le phénomène inflammatoire chronique en permettant des échanges liquidiens plus qualitatifs ; à lutter contre les adhérences et limiter les points de fixation, pour un effet antalgique ; à redonner une meilleure perception de leur corps aux patientes, par stimulations entre autre des différents mécanorécepteurs.

1.4 Problématique et hypothèse

La volonté de travailler sur ce sujet découle de plusieurs facteurs et notamment de cette patiente rencontrée six ans auparavant, dans le cadre de mon activité en kinésithérapie libérale qui m'a pour la première fois parlée de l'endométriose, de ses conséquences importantes sur sa vie de femme, sur sa vie professionnelle, sur son mental. Elle avait développé en effet une forme particulièrement virulente et atypique de l'endométriose puisqu'elle présentait des lésions de type endométrial, outre dans le petit bassin, jusque dans l'abdomen et le thorax. Elle avait alors évoqué les douleurs, la thérapeutique médicale ou paramédicale inadaptée et souvent trop agressive causant de nouvelles lésions, son isolement et son errance médicale pour bénéficier d'un diagnostic et d'un suivi approprié.

Interpellée par cette patiente, je me suis rendue compte par la suite que bon nombre des femmes ayant des profils différents, rencontrées dans un cadre professionnel ou personnel, semblaient concernées de près ou de loin par cette pathologie et qu'à cette époque je n'étais ni sensibilisée, ni formée à cette pathologie pourtant déjà connue.

- **Qu'est-ce que je veux savoir ?**

Dans ce travail de fin d'études, il s'agit d'évaluer la place de l'ostéopathie dans la prise en charge de l'endométriose, en lien notamment avec les recommandations de la HAS de 2017. Cette évaluation se base sur l'analyse de la satisfaction perçue des patientes faisant appel à l'ostéopathie comme un des traitements de leur endométriose et le type de patientes ayant recours à l'ostéopathie. On cherche en parallèle une certaine connaissance autour de l'usage de l'ostéopathie pour l'endométriose.

- **Hypothèse**

L'hypothèse faite ici est que l'ostéopathie est un traitement efficace pour des patientes atteintes d'endométriose, en parallèle de leur traitement conventionnel, en rapport avec les dernières recommandations de la HAS.

2 MATÉRIELS ET MÉTHODE

2.1 Population cible

Ce travail vise à étudier les patientes majeures, en âge de procréer. - atteintes d'endométriose sous toutes ses formes à l'exclusion de l'adénomyose. - quel que soit le stade. - nullipare ou non. - ayant fait ou non de la chirurgie. - ayant eu recours à l'ostéopathie dans le cadre de leur prise en charge pour l'endométriose.

2.2 Ressources

Deux types de ressources sont utilisés :

- Les recherches bibliographiques : utilisation de Pubmed et Google Scholar, pour une période comprise entre 2017 à 2023, mots-clés : endométriose + traitement ostéopathie.

Il ressort peu d'écrits valables sur le sujet, très peu sur l'ostéopathie d'une manière générale, à la limite sur thérapie manuelle ou physiothérapie. Les différents articles traitant de l'ostéopathie visent à évaluer le traitement ostéopathique dans des cas très spécifiques (chirurgie colorectale par exemple).

- L'utilisation des réponses de l'enquête (décrite ci-dessous).

2.3 Questionnaire

2.3.1 Élaboration d'un questionnaire

En m'appuyant sur des guides méthodologiques (92–94), j'ai élaboré un questionnaire anonyme sur Google Forms avec un QR Code associé (cf annexe 7-1). Ce dernier est composé de 33 questions avec réponses à choix multiples ou choix simples, réparties en 3 thèmes : (1) état des lieux de leur pratique ostéopathique ; (2) ressenti perçu du traitement ostéopathique par rapport à l'endométriose ; (3) profilage des patientes ayant eu recours à l'ostéopathie dans le cadre de l'endométriose. Le questionnaire avant la diffusion a été testé sur mon entourage et des collègues ostéopathes, spécialisés ou non dans les pathologies féminines, afin de valider la bonne compréhension des questions et le déroulé du questionnement.

2.3.2 Mode de diffusion et collecte des réponses

Le questionnaire a été proposé directement ou par mail à des ostéopathes via les professeurs de l'école IFSO, Vichy et leurs réseaux de patientes ou de professionnels ; une diffusion plus large via les réseaux sociaux Facebook, LinkedIn, Instagram, ainsi qu'un affichage direct dans mon cabinet a aussi été mise en œuvre.

Sur la période comprise entre le 8 avril 2024, jour de diffusion du questionnaire et le 26 avril 2024, j'ai obtenu 32 réponses au questionnaire. Conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion (majeure + sans adénomyose), 3 patientes sont exclues. L'analyse des résultats se fera sur 29 patientes.

3 ANALYSE

Sur l'ensemble du panel, nous verrons qu'il ressort un bénéfice global de l'ostéopathie, mais Il convient ici tout d'abord de spécifier qui sont les patientes concernées par une pratique ostéopathique dans le cadre de leur prise en charge d'endométriose et quelle est la satisfaction perçue des répondantes de la pratique ostéopathique globalement, par symptôme ou en fonction des critères de la population des répondantes.

3.1 Analyse du profil des patientes qui s'orientent vers l'ostéopathie

Nous appréhenderons la population de l'échantillon à travers l'atteinte endométriale dont souffrent les patientes et le cadre de leur traitement ostéopathique.

3.1.1 Profil démographique des patientes répondantes et sélectionnées

Tableau 3 : Caractéristiques des 29 patientes répondantes sélectionnées

PROFIL		%	Nombre de concernées
Âge des patientes	<i>18-30</i>	38%	11
	<i>30-40</i>	48%	14
	<i>> 40</i>	14%	4
Nombre d'enfants	<i>0</i>	66%	19
	<i>1</i>	14%	4
	<i>2</i>	21%	6
Nombre de grossesses	<i>0</i>	52%	15
	<i>1</i>	14%	4
	<i>2</i>	24%	7
	<i>3</i>	3%	1
	<i>4 et +</i>	7%	2
Nombre de grossesses > bb		24%	7
Statut professionnel	<i>Invalidité / ALD</i>	10%	3
	<i>Étudiante</i>	7%	2
	<i>Sans emploi</i>	7%	2
	<i>Femme au foyer</i>	3%	1
	<i>Salariée</i>	55%	16
	<i>Libérale</i>	21%	5
Sport (tout confondu)		69%	

L'analyse des caractéristiques démographiques du panel nous indique que la moitié des patientes répondantes a entre 30 et 40ans et que les 2/3 n'ont pas d'enfant. Les patientes ayant eu une grossesse aboutie ont 2 enfants au maximum. 52% des patientes sont nullipares, cependant 24% des femmes déclarent un nombre de grossesses supérieur au nombre d'enfants, dont une patiente en traitement PMA au moment du questionnaire.

Elles sont très majoritairement salariées et pratiquent pour les 2/3 une activité physique : le yoga principalement à 60% et des activités type cardio / renforcement pour 35% des patientes.

3.1.2 Profil médical des patientes répondantes et sélectionnées

Tableau 4 : Caractéristiques de l'atteinte endométriale des patientes sélectionnées

ENDOMÉTRIOSE		%	Nombre de concernées
Type d'endométriose	<i>Superficielle</i>	7%	2
	<i>Profonde</i>	79%	23
	<i>Endométriose</i>	10%	3
	<i>Extra-pelvienne</i>	3%	1
Date du diagnostic	<i>< 2 ans</i>	28%	8
	<i>2 à 5 ans</i>	38%	11
	<i>5 à 10 ans</i>	21%	6
	<i>> 10 ans</i>	14%	4
Maladie auto-immune associée	<i>Oui</i>	24%	7
	<i>Non</i>	76%	22
Maladie inflammatoire associée	<i>Oui</i>	45%	13 Digestives 6
	<i>Non</i>	55%	16
Opérations chirurgicales associées	<i>Oui</i>	41%	12
	<i>Non</i>	59%	17
Traitements médicamenteux associés	<i>Oui</i>	90%	26
	<i>Antalgique</i>	45%	13
	<i>Hormonal</i>	66%	19
	<i>Anti-inflammatoire</i>	52%	15
	<i>Autre</i>		2
Traitements de thérapie manuelle autres associés	<i>Oui (kiné)</i>	48%	14
	<i>Non</i>	52%	15
Thérapies complémentaires associées	<i>Oui</i>	59%	17
	<i>Non</i>	41%	12
	<i>Acupuncture</i>	28%	8
	<i>Hygiène alimentaire</i>	7%	2
	<i>Mindset</i>	28%	8

NB : Afin de faciliter la lecture et l'analyse des données et des résultats, j'intègre ici la notion de groupe « Bénéfice + », regroupant les patientes -Très satisfaites à Satisfaites- et de groupe « Bénéfice - », regroupant les patientes -Peu Satisfaites à Pas Satisfaites-.

La question est de savoir si des variations du niveau de satisfaction peuvent exister en fonction des caractéristiques spécifiques à l'endométriose de chaque patiente.

- **Analyse des caractéristiques liées au type d'endométriose et à l'ancienneté du diagnostic**

Si l'on étudie les spécificités liées à l'endométriose dont souffrent ces femmes intéressées par la pratique ostéopathique dans le cadre de leur endométriose, on note pour une très grande majorité du panel une forme profonde d'endométriose (80%), le diagnostic ayant été posé pour plus des 2/3 des patientes depuis 2 à 5ans. La répartition entre les patientes diagnostiquées depuis moins de 2ans ou entre 5 à 10ans est par ailleurs relativement homogène (6 et 8 patientes respectivement). Il est difficile de déterminer à ce niveau d'étude s'il existe un profil type de patientes en fonction du type d'endométriose pour lequel l'ostéopathie aura son maximum d'efficacité, due à la répartition trop hétérogène au sein de chaque forme d'endométriose.

Tableau 5 : Satisfaction perçue en fonction de la forme d'endométriose

Forme d'endométriose	Pas satisfaite	Peu satisfaite	Satisfaite	Très satisfaite	TG
Endométriome		1		2	3
Extra-pelvienne				1	1
Profonde	1	4	11	7	23
Superficielle			2		2
TG	1	5	13	10	29

- **Analyse de l'influence des traitements conventionnels et alternatifs en rapport avec les recommandations de la HAS**

Conformément au traitement conventionnel proposé pour l'endométriose dans les recommandations, 90% de ces patientes ont un traitement médicamenteux principalement hormonal (2/3 des patientes), mais très souvent en association avec des antalgiques et des anti-inflammatoires (à plus de 50%).

De même, 40% des patientes ont eu recours à la chirurgie, répartie équitablement pour les 12 patientes entre des hystérectomies/ovariectomies, de la chirurgie digestive, des ablations d'endométriome et des retraits d'adhérences par cœlioscopie.

Enfin, si la moitié des patientes du panel fait aussi de la kinésithérapie, 60% des patientes ont recours à des traitements non conventionnels « alternatifs » de type acupuncture (47%), hypnose/méditation/sophrologie/psychothérapie (47%) ou suivent des règles d'hygiène alimentaire en lien avec la naturopathie et l'alimentation anti-inflammatoire.

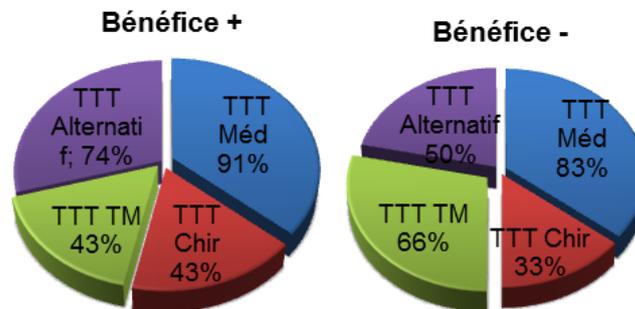


Figure 8 : Bénéfice perçu au traitement ostéopathique en fonction du traitement recommandé par la HAS

En comparant le groupe des patientes satisfaites à très satisfaites, Bénéfice +, au groupe de patientes insatisfaites à peu satisfaites, Bénéfice -, en fonction de leur traitements médicamenteux, chirurgicaux, de thérapie manuelle ou de leur traitements alternatifs associés tel que décrit dans la HAS, les deux groupes ne diffèrent que très peu ce qui laisse supposer qu'il n'y a pas de dépendance entre le traitement ostéopathique sur la satisfaction globale et le traitement classique conventionnel de l'endométriose.

- **Analyse de la satisfaction en rapport la présence ou absence de pathologies chroniques associées**



Figure 9 : Niveau de satisfaction perçue au traitement ostéopathique en fonction des pathologies associées

Enfin pour 45% des patientes, il existe une pathologie inflammatoire associée, principalement liée au système digestif (46% - Crohn, Syndrome du côlon irritable), mais aussi douloureuse multisite de type fibromyalgie ou syndrome inflammatoire (30%) et ¼ des patientes a une maladie auto-immune associée, (troubles thyroïdien majoritairement). En

comparant le niveau de satisfaction global des patientes ayant une pathologie inflammatoire associée ou une pathologie auto-immune associée aux patientes sans pathologie associée, il semble que la satisfaction soit plus importante lorsque les patientes ne présentent pas une pathologie associée. Mais si on rapporte cela à nos groupes Bénéfice + la différence est faible puisque l'on a respectivement 83%, 77% et 85% de satisfaction globale au traitement ostéopathique.

Il faut noter que sur les 6 patientes déclarant une atteinte digestive associée, 4 ont eu satisfaction sur les troubles du transit après traitement ostéopathique.

3.1.3 Profil ostéopathique des patientes répondantes et sélectionnées

Il s'agit d'établir à travers l'analyse du cadre de traitement ostéopathique, si un facteur lié au cadre du traitement ostéopathique peut influencer l'efficacité perçue du traitement.

Tableau 6 : Caractéristiques de la prise en charge ostéopathique

OSTÉOPATHIE		%	Nombre de concernées
Depuis combien de temps ?	<i>< 1an</i>	31%	9
	<i>1 à 2ans</i>	14%	4
	<i>2 à 4ans</i>	21%	6
	<i>> 4ans</i>	34%	10
	Fréquence des séances		
	<i>Ponctuellement</i>	45%	13
	<i>En série</i>	31%	9
	<i>Plusieurs séries</i>	7%	2
	<i>Mensuellement</i>	17%	5
Démarche de consultation			
	<i>Personnelle</i>	52%	15
	<i>Adressage</i>	48%	14
Premier traitement d'ostéopathie			
	<i>Oui</i>	28%	8
	<i>Non</i>	72%	21
Autre traitement ostéopathique			
	<i>Oui</i>	62%	18
	<i>Non</i>	38%	11
	<i>Le même praticien</i>	72%	13
	<i>Un autre praticien</i>	28%	5
Accessibilité à l'ostéopathie			
	<i>Très facilement</i>	17%	5
	<i>Facilement</i>	31%	9
	<i>Difficilement</i>	34%	10
	<i>Très difficilement</i>	17%	5

- **Analyse de la satisfaction globale en fonction de l'ancienneté du suivi ostéopathique**

Dans des proportions quasi similaires, soit un peu plus de 30%, on remarque que les patientes du panel ont soit commencé l'ostéopathie très récemment, c'est-à-dire il y a moins d'un an, soit consultent un ostéopathe pour leur endométriose depuis plus de 4ans. Cependant l'ancienneté du suivi ostéopathique ne semble pas influencer le bénéfice positif global rapporté du traitement ostéopathie (24% Vs 21%).

Tableau 7 : Bénéfice global de l'ostéopathie en fonction de l'ancienneté du traitement

Bénéfice positif de l'ostéopathie			
	Non	Oui	TG
0 - 1 an	7%	24%	31%
1 - 2 ans	/	14%	14%
2 - 4 ans	/	21%	21%
Plus de 4 ans	14%	21%	34%
TG	21%	79%	100%

- **Analyse de la satisfaction globale en fonction de la fréquence des séances**

Les patientes en grande majorité, 45%, voient leur ostéopathe de manière ponctuelle et seulement deux d'entre elles effectuent des soins de manière très régulière (plusieurs séries de séances par an). Quasiment 1/3 voient leur ostéopathe en série (sorte de protocole de traitement) et pour cinq d'entre elles le suivi est mensuel. Il semblerait qu'il y ait plus de bénéfice global au traitement ostéopathique lorsque les séances sont effectuées ponctuellement (maximum 3 séances par an), soit environ 85% de bénéfice rapporté pour les personnes faisant ponctuellement de l'ostéopathie, comparativement à 67% pour le groupe effectuant les séances en série.

Tableau 8 : Satisfaction globale perçue du traitement ostéopathique en fonction de la fréquence des séances

	Pas satisfaite	Peu satisfaite	Satisfaite	Très satisfaite	TG
En série	3%	7%	7%	14%	31%
Mensuellement	/	/	7%	10%	17%
Plusieurs séries	/	3%	3%	/	7%
Ponctuellement	/	7%	28%	10%	45%
TG	3%	17%	45%	34%	100%

Si 28% des patientes ont découvert l'ostéopathie dans le cadre de leur prise en charge de l'endométriose, seules 38% des patientes ne consultent l'ostéopathe que pour leur endométriose. Cependant, parmi les patientes qui font de l'ostéopathie pour d'autres raisons

que la PEC d'endométriose, quasiment les ¾ s'adressent au même ostéopathe que celui en charge de leur endométriose (laisse supposer que ce ne sont pas forcément des thérapeutes travaillant spécifiquement sur les pathologies de la femme).

- **Bénéfice perçu de l'ostéopathie en fonction du mode d'adressage**

Enfin bien que la proportion de patientes qui se sont orientées vers l'ostéopathie soit légèrement plus en faveur d'une démarche personnelle, il n'y a pas de dépendance statistiquement parlant entre le niveau de satisfaction globale perçue au traitement ostéopathique et le mode d'adressage (test d'indépendance du khi-deux).

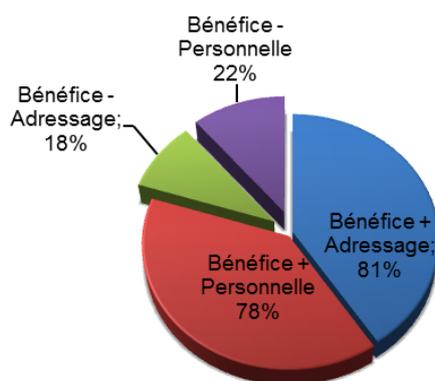


Figure 10 : Rapport entre le mode d'adressage et le bénéfice perçu au traitement ostéopathique

Le mode d'adressage ne semble pas non plus faciliter significativement l'accès à un ostéopathe formé plus spécifiquement sur l'endométriose.

Tableau 9 : Rapport entre le mode d'adressage et la facilité à trouver un ostéopathe sensibilisé à la pathologie

	Très difficilement	Difficilement	Facilement	Très facilement	TG
Adressage	3%	14%	10%	10%	38%
Personnelle	14%	21%	21%	7%	62%
TG	17%	34%	31%	17%	100%

- **Analyse des motifs de consultation**

Selon les réponses enregistrées au questionnaire, il apparaît que les motifs de consultation les plus fréquents orientant vers l'ostéopathie dans le cadre de la prise en charge de l'endométriose pour 4/5 des patientes répondantes sélectionnées sont les **douleurs pelviennes chroniques** et **musculo-squelettiques**, les **troubles liés au système digestif dans son ensemble** (douleur à la défécation et / ou troubles du transit) et les **répercussions sur la vie quotidienne**. 50% des patientes consultent également pour leurs **dysménorrhées intenses** et 1/3 d'entre elles pour des **dyspareunies profondes**.

L'ostéopathie ne semble cependant pas être le traitement complémentaire de première intention en ce qui concerne les troubles du système urinaire ou de la fertilité ($\leq 1/5$ des patientes).

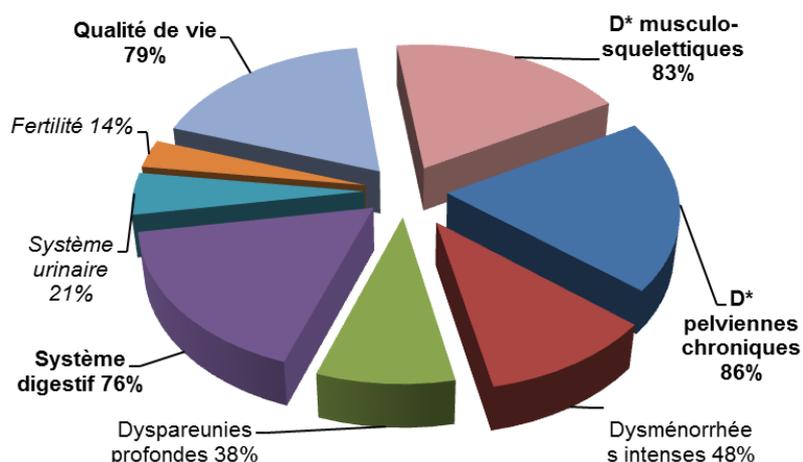


Figure 11 : Motifs de consultation en ostéopathie

3.2 Analyse du niveau de satisfaction perçue du traitement ostéopathique

Nous allons étudier ici plus spécifiquement le niveau de satisfaction perçue des patientes après traitement ostéopathique afin de déterminer si certains symptômes sont impactés plus efficacement par l'ostéopathie.

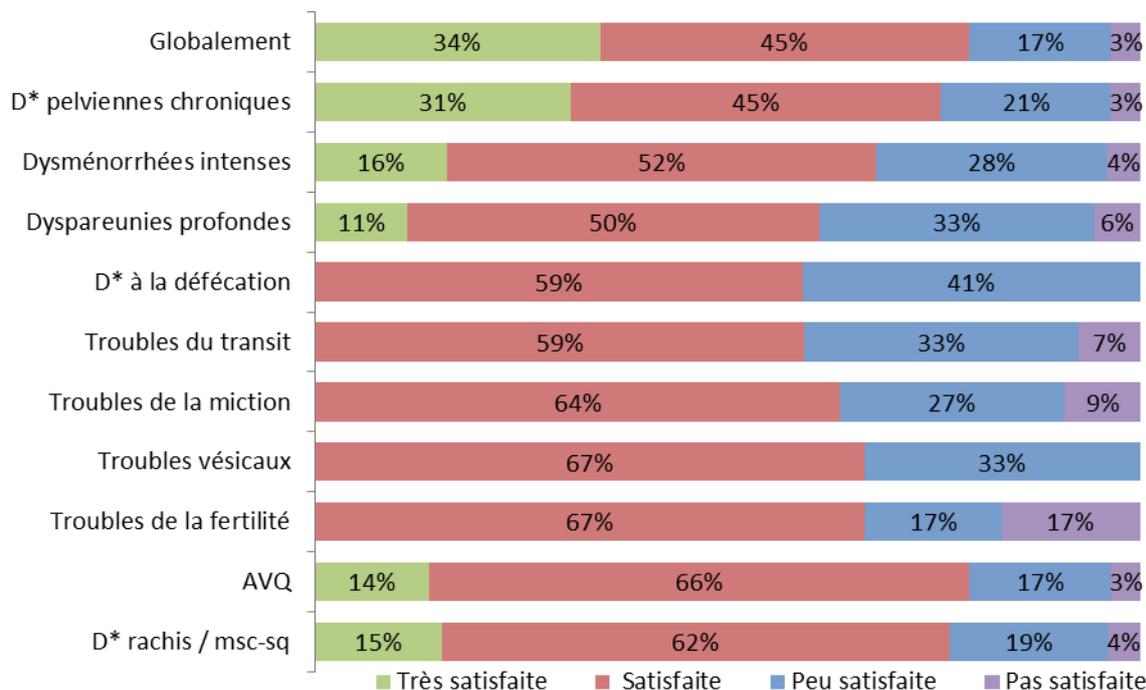


Figure 12 : Graphique récapitulatif du niveau de satisfaction perçue par symptôme pour les patientes concernées

Tableau 10 : Tableau récapitulatif du niveau de satisfaction perçue par symptôme pour les patientes concernées

	Pas satisfaite	Peu satisfaite	Satisfaite	Très satisfaite	Nombre de concernées
Globalement	3%	17%	45%	34%	29
D* pelviennes chroniques	3%	21%	45%	31%	29
Dysménorrhées intenses	4%	28%	52%	16%	25
Dyspareunies profondes	6%	33%	50%	11%	18
D* à la défécation	/	41%	59%	/	22
Troubles du transit	7%	33%	59%	/	11
Troubles de la miction	9%	27%	64%	/	11
Troubles vésicaux	/	33%	67%	/	9
Troubles de la fertilité	17%	17%	67%	/	6
AVQ	3%	17%	66%	14%	29
D* rachis / msc-sq	4%	19%	62%	15%	26

▪ **Analyse du bénéfice positif perçue du traitement ostéopathe en lien avec l'endométriase**

Bien que le graphique et le tableau ci-dessus soient explicites quant à l'efficacité perçue du traitement ostéopathe sur les différents symptômes évalués dans ce questionnaire, il est possible d'avoir une vue plus globale des retombées positives du traitement ostéopathe en regroupant les patientes en deux groupes distincts.

En considérant le groupe « Bénéfice + » (très satisfaites à satisfaites) et le groupe « Bénéfice - » (peu satisfaites à pas satisfaites), nous constatons que c'est au minimum 59% des patientes qui déclarent un impact positif du traitement ostéopathe sur chaque symptôme évalué dans ce mémoire.

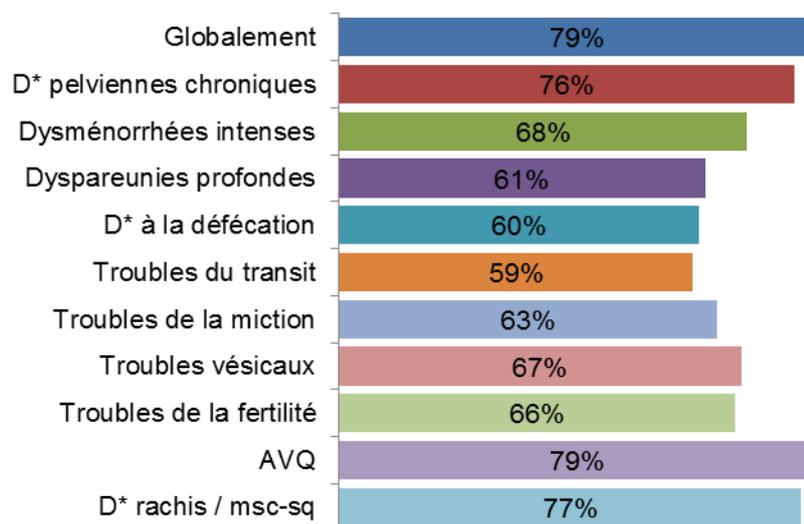


Figure 13 : Pourcentage de patientes « Bénéfice + » au traitement ostéopathe

Analysons plus spécifiquement l'efficacité perçue de l'ostéopathie en fonction du niveau de satisfaction.

- **Analyse du niveau de satisfaction globale du traitement ostéopathique en lien avec l'endométriose**

Tous motifs de consultation confondus, l'ostéopathie semble avoir un impact positif sur la symptomatologie liée à l'endométriose pour laquelle les patientes sont venues ou non consulter. Il est à noter en effet que toutes les patientes ayant répondu sur l'évolution de la satisfaction ressentie par symptôme ou globale après traitement n'avaient pas forcément au préalable coché ces motifs de consultation dans la question 5.

Ainsi, plus d'1/3 des patientes sont très satisfaites de leur prise en charge ostéopathique et c'est globalement 80% d'entre elles qui se déclarent satisfaites à très satisfaites, c'est-à-dire retirant un bénéfice positif après traitement sur leur symptomatologie. 6 patientes sur les 29 retenues sont insatisfaites à satisfaites, dont une qui ne retire aucun bénéfice, quel que soit le symptôme, au traitement ostéopathique.

- **Remarque sur les « peu / pas satisfaites » globalement**

Aucune de ces patientes n'a un bénéfice + au traitement quel que soit le symptôme, hormis les douleurs musculo-squelettiques pour l'une d'entre elles ou les dysménorrhées pour une autre. La patiente peu satisfaite ayant une maladie auto-immune associée déclare malgré tout pour la symptomatologie qui l'a amenée à consulter (d* à la défécation – tr. du transit – tr. de la fertilité – tr. musculo-squelettiques – tr. AVQ) une satisfaction sur tous les items après traitement ostéopathique, sauf sur les douleurs à la défécation (5 symptômes - motifs de consultation - soulagés sur les 6).

- **Analyse du niveau de grande satisfaction du traitement ostéopathique en lien avec l'endométriose**

Il apparaît grâce à l'analyse de cet item que l'ostéopathie aura son impact le plus positif sur cinq symptômes en particulier : les **douleurs pelviennes chroniques, les dysménorrhées intenses, les dyspareunies profondes, les troubles musculo-squelettiques et les répercussions sur la qualité de vie** (les 4 derniers items étant représentés respectivement par 4 patientes au plus sur 29). En revanche, concernant la symptomatologie plus fonctionnelle / systémique (troubles de la fertilité, douleurs à la défécation, troubles du transit, troubles du système urinaire dans son ensemble), aucune des patientes n'aura été très satisfaite de son traitement ostéopathique.

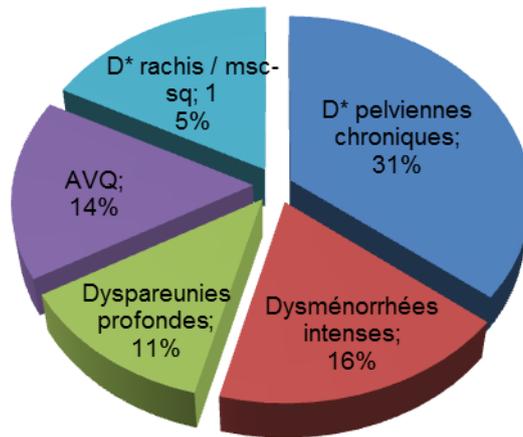


Figure 14 : Niveau de grande satisfaction perçue par symptôme pour les patientes concernées

- **Analyse du niveau de satisfaction moyenne du traitement ostéopathe en lien avec l'endométriose**

Pour chaque symptôme, hormis les douleurs pelviennes chroniques, on a au minimum 50% de satisfaction perçue et 2/3 des patientes sont satisfaites quant à l'évolution liée aux troubles vésicaux (sur 9 patientes concernées), des troubles de la fertilité (sur 6 patientes concernées) ou sur l'impact ressenti dans leur vie quotidienne (sur l'ensemble du panel). On retrouve d'ailleurs deux des plus hauts taux de satisfaction au bénéfice perçue du traitement sur la **symptomatologie plus fonctionnelle** (urinaire, digestive, reproduction).

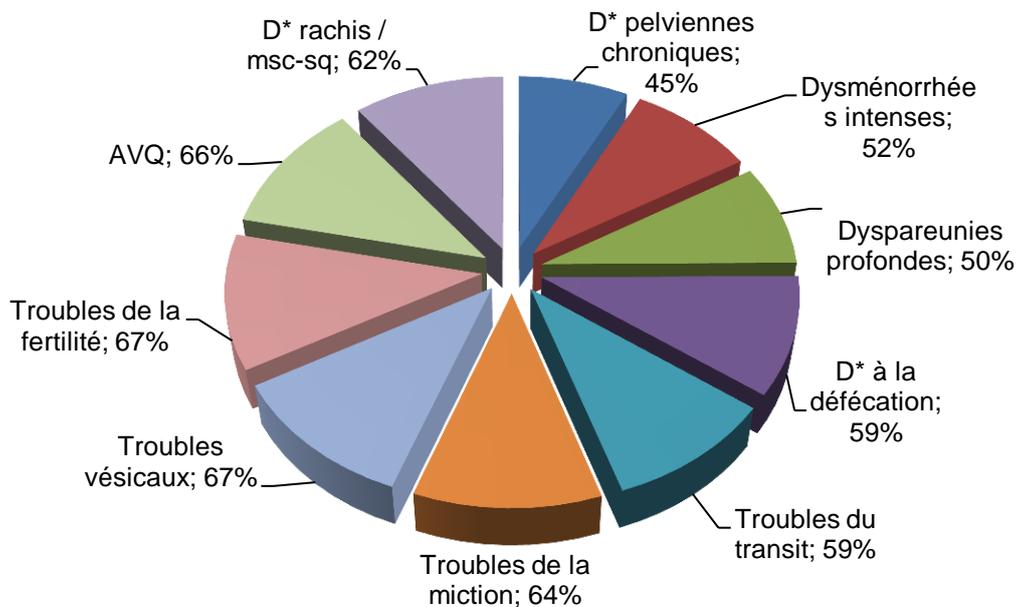


Figure 15 : Niveau de satisfaction moyenne perçue par symptôme pour les patientes concernées

- **Analyse du niveau de faible satisfaction du traitement ostéopathique en lien avec l'endométriose**

Le peu de satisfaction est retrouvée sur la symptomatologie plutôt systémique puisque plus ou moins un tiers des patientes sont peu satisfaites de leur prise en charge ostéopathique concernant les **troubles vésicaux dans son ensemble ou les symptômes liés à l'appareil digestifs**. Le traitement ostéopathique des **dyspareunies profondes** n'apporte également que peu de satisfaction perçue. Environ 1/5 des patientes concernées par ces symptômes déclarent une insatisfaction pour les troubles de la fertilité AVQ, douleurs musculo-squelettiques et douleurs pelviennes chroniques.

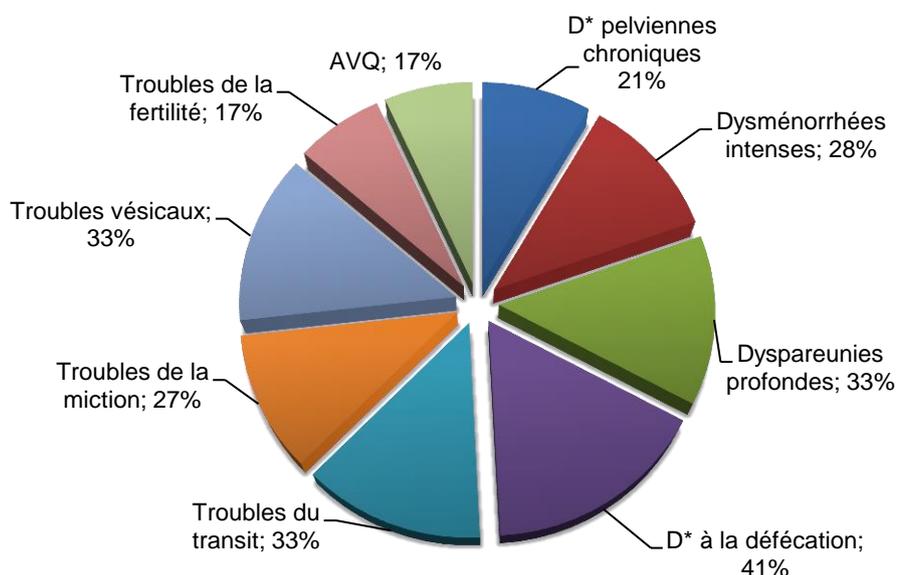


Figure 16 : Niveau de peu de satisfaction perçue par symptôme pour les patientes concernées

- **Analyse du niveau d'insatisfaction**

On retrouve peu de patientes n'ayant perçu aucun bénéfice sur l'évolution de leur symptôme à l'issue du traitement ostéopathique. Seules les troubles vésicaux et les douleurs liées à la défécation ne sont pas représentées ici. Cependant, les troubles liés à la miction, le transit et la fertilité semblent avoir apporté le moins de satisfaction perçue rapproché au nombre de patientes concernées. Il faut remarquer néanmoins que pour chaque item, une patiente seulement est concernée (deux pour les troubles du transit) sur les 29 patientes répondantes. Cela ne permet pas d'assurer une valeur statistique suffisante à ces résultats.

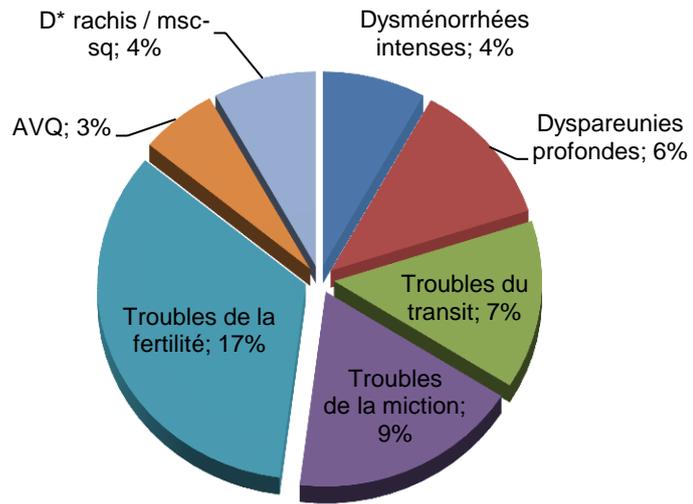


Figure 17 : Niveau d'insatisfaction perçu par symptôme pour les patientes concernées

4 DISCUSSION

Sujet majeur de ces dernières années sur le plan de la santé publique, sur le plan politique - par la reconnaissance accordée aux femmes de leurs pathologies d'une manière générale ou de leurs capacités à assumer pleinement leur emploi ou leur vie personnelle en limitant les impacts négatifs de leur quotidien - sur le plan démographique, avec notamment la lutte contre les troubles de la fertilité et le « *grand plan de lutte contre ce fléau (...) tabou du siècle* » annoncé par le chef de l'État Emmanuel Macron lors d'une allocution présidentielle du 16/01/24 (en rapport avec la loi bioéthique de 2021). L'endométriose n'en reste pas moins mal connue. Si des recherches sont en cours au niveau national et international (cf les différentes recommandations régulièrement actualisées des Sociétés de gynécologie ou de la HAS en France), l'urgence aujourd'hui est de pouvoir proposer des solutions thérapeutiques médicales et non médicales efficaces dans la prise en charge de la maladie et de ses symptômes.

Dans cette optique, ce travail de fin d'études, vise à déterminer si l'ostéopathie peut faire partie de cet arsenal thérapeutique non médical. Il s'agissait d'étudier grâce à une recherche bibliographique et à la parole donnée aux patientes, via un questionnaire élaboré pour ce mémoire, si l'ostéopathie pouvait avoir un impact positif sur l'évolution de leurs symptômes. Trois axes principaux de recherche ont été suivis : la description des patientes qui s'orientent vers l'ostéopathie dans le cadre de leur prise en charge pour l'endométriose (afin de tenter d'établir un profil de patientes), les symptômes pour lesquels elles ont consulté et l'efficacité perçue du traitement ostéopathique sur ces symptômes.

4.1 Discussions sur les résultats

4.1.1 Réflexions sur l'échantillon

La population de cette étude, dont la majorité de l'échantillon est comprise dans la tranche d'âge 30-40ans et est porteuse d'une endométriose profonde, correspond aux données statistiques épidémiologiques. En effet, selon l'étude ComPare (95) et le rapport le plus récent de Santé Publique France (publié le 9 mars 2022 – données issues d'une population prise en charge à l'hôpital entre 2011 et 2017 (96)), « *l'âge médian hors adénomyose est égal à 35 ans et le pic se situe à 30-35 ans* »(p.13) et c'est au minimum 42% des femmes qui présentent une forme profonde d'endométriose. En outre, la majorité

des femmes du panel suivent le traitement conventionnel comme recommandé par la HAS (47) : traitement médicamenteux (principalement hormonal), chirurgie (en seconde intention), traitements alternatifs (de type acupuncture) et traitement de thérapie manuelle (kinésithérapie).

Enfin, selon EndoFrance (46) « *le symptôme le plus courant de l'endométriose (retrouvé chez 50 à 91% des femmes selon les études) est la douleur (...) et jusqu'à 50-60% selon certains auteurs ont des symptômes digestifs dus à l'existence concomitante d'une maladie digestive fonctionnelle (comme le côlon irritable) ou inflammatoire (maladie de Crohn, Rectocolite hémorragique), dont les symptômes sont similaires à ceux de l'endométriose* ». Ceci correspond également à notre panel où les douleurs constituent le principal motif de consultation pour des patientes qui présentent pour la majorité d'entre elles une pathologie associée.

4.1.2 L'ostéopathie, un partenaire de soin de l'endométriose ?

Le but premier de ce travail de fin d'étude était d'interroger sur l'efficacité de l'ostéopathie pour des patientes atteintes d'endométriose, en parallèle de leur traitement conventionnel, en rapport notamment avec les dernières recommandations de la HAS.

À cette question, **la réponse est sans appel et l'hypothèse est validée**, puisque c'est vingt-trois patientes sur les vingt-neuf sélectionnées (79% des répondantes sélectionnées) qui estiment être globalement satisfaites à très satisfaites de leur traitement, notamment en ce qui concerne les répercussions sur la qualité de vie, les douleurs pelviennes chroniques et les douleurs musculo-squelettiques (plus des trois-quarts des patientes). **La valeur de très grande satisfaction perçue au traitement ostéopathique concerne toutes les douleurs classiquement décrites dans l'endométriose** (douleurs pelviennes chroniques, dysménorrhées, dyspareunies, douleurs musculo-squelettiques associées). À l'inverse, les symptômes pour lesquels **la valeur d'insatisfaction a été la plus fréquemment retrouvée concernent principalement les troubles fonctionnels**, même si là encore le bénéfice positif global perçu avoisine les 60%. Mais même si les symptômes douloureux sont les plus majoritairement soulagés par le traitement ostéopathique, nous noterons ici que les **troubles systémiques (urinaires, vésicaux, fertilité) ont également été impactés positivement par l'ostéopathie (au minimum 59% de patientes satisfaites, parmi les patientes concernées par ces symptômes)**. En outre sur les six patientes présentant une pathologie digestive associée, quatre ont été soulagées par le traitement ostéopathique.

Ceci correspond également aux données trouvées dans la littérature lors des recherches bibliographiques préliminaires. Il n'a pas été possible malheureusement de s'appuyer sur beaucoup d'articles, tant la littérature scientifique de niveau de preuve correct est pauvre concernant l'association endométriose et ostéopathie. Quelques études sont cependant ressorties. Deux études scientifiques pilotes notamment, menées par le professeur Daraï en 2017 et 2015 (90,97), évaluent l'impact de l'ostéopathie sur l'endométriose en se concentrant cependant sur les atteintes profondes colorectales. Ces deux études révèlent une amélioration significative de la symptomatologie après traitement ostéopathique. Les symptômes étudiés concernaient aussi bien le versant gynécologique, que les troubles liés au système digestifs et intégraient des symptômes plus généraux avec notamment le questionnaire SF-36 (98,99) évaluant l'impact sur la qualité de vie. Seuls les symptômes concernant la sphère vésicale n'avaient pas été améliorés significativement. Une autre étude pilote du professeur Sillem de 2016 (100), portant sur les douleurs pelviennes chroniques liées à l'endométriose, semble également confirmer une certaine efficacité de l'ostéopathie (seulement quatorze femmes diagnostiquées endométriose dans cette étude sur les vingt-deux retenues). Enfin une étude de cas, menée par le professeur Goyal et publiée en 2016 (101), arrive également à la même conclusion.

4.1.3 Existe-t-il un profil type de patiente pour lequel l'ostéopathie sera la plus efficace ?

Il ne semble pas se démarquer franchement un profil type de patientes pour lequel l'ostéopathie serait la plus efficace ou serait au contraire peu efficace.

Il n'a malheureusement pas été possible de déterminer si une influence due au type d'endométriose existe sur la satisfaction perçue au traitement ostéopathique, mais le mode d'adressage, la présence ou non de pathologies associées, l'observance au traitement conventionnel tel que décrit dans la HAS ou l'ancienneté du suivi ostéopathique ne semble pas interférer dans l'efficacité du traitement.

La seule variable dans le cadre de traitement qui semble influencer la satisfaction globale perçue du traitement ostéopathique concerne la fréquence des séances. Une pratique ponctuelle de l'ostéopathie semble plus favorable qu'un traitement plus protocolaire en série de séances (85% vs 67%). Cependant on peut se poser la question de qui sont ces patientes qui nécessitent un tel protocole. Ce n'est pas forcément le modèle défendu par l'IFSO Rennes, mais l'endométriose étant une maladie chronique, « mensuelle » car dépendant notamment du cycle menstruel, il peut être intéressant d'envisager pour certaines patientes, un traitement sur plusieurs séances rapprochées. Il s'agit par exemple

de patientes en début de traitement ou ayant une symptomatologie très intense avec beaucoup d'adhérences ou pour certaines, souffrant depuis longtemps d'endométriose, mais n'ayant fait de la thérapie manuelle que très tardivement, donc là aussi sous le coup de beaucoup d'adhérences symptomatiques. Le but du traitement sera ici de travailler progressivement sur ces adhérences, restaurer au fur et à mesure les qualités élastiques et de souplesse du tissu, afin d'aider par exemple à normaliser le flux sanguin menstruel et d'éviter la stase des liquides, source de prolifération et installation anarchique des lésions endométriales.

4.2 Considérations générales – Limites et biais

4.2.1 Considérations sur le mode de diffusion et collecte des données du questionnaire

À la date de début d'analyse des résultats, nous avons pu collecter trente-deux réponses au questionnaire, mais du fait de nos critères d'inclusion / exclusion, seules vingt-neuf réponses ont été retenues. Ceci peut être expliqué par les nombreuses particularités qui constituent cette étude. En effet il faut considérer toutes les spécificités liées à la pathologie et celles liées à la pratique ostéopathique, différente pour chaque patiente et non protocolaire théoriquement selon notre modèle structurel de l'IFSO (« le message et la cible ». Les nombreux items proposés pour certaines questions avaient pour buts de pouvoir refléter aux mieux ces spécificités. Néanmoins, le faible nombre de patientes constituant cet échantillon ne permet pas de valider l'ensemble des résultats obtenus avec un niveau de preuve suffisamment robuste statistiquement.

Il est dommage à cet effet de n'avoir pu récolter plus de réponses tant le sujet mérite d'être plus largement étudié au vue de la satisfaction obtenue des patientes suite à leur traitement ostéopathique. La difficulté, au-delà du temps de diffusion sans doute trop court du questionnaire s'est présentée dès la diffusion de celui-ci. En premier lieu, le questionnaire a été proposé aux ostéopathes (du réseau de l'IFSO Rennes et de l'IFSO Vichy) afin qu'ils le proposent à leurs patientes. L'intervalle de temps trop court et le fait que ces différents thérapeutes n'aient pas forcément fréquemment de patientes atteintes d'endométriose (*question de la spécialisation en pathologie féminine*) a ralenti fortement le processus de collecte des réponses. En effet, il s'agissait non seulement de toucher ici des patientes atteintes d'endométriose, mais qui devaient avoir consulté en ostéopathie pour leur endométriose. Il faut envisager ici que toutes les patientes atteintes d'endométriose n'ont

pas forcément accès à l'ostéopathie pour leur pathologie (cf *Question 7. Aviez-vous déjà fait une séance d'ostéopathie préalablement à la prise en charge ostéopathique de l'endométriose ?*) : soit par méconnaissance de cette possibilité thérapeutique (*Question 1. Depuis quand avez-vous commencé l'ostéopathie pour la prise en charge de l'endométriose ?*), soit par difficulté à trouver un ostéopathe qui leur convienne, voire par contrainte économique et la difficulté à financer des séances ostéopathiques (cf *impact sur productivité et problèmes liés au travail, absentéisme*).

Dans un deuxième temps, le questionnaire a été diffusé plus largement via les réseaux sociaux : Instagram / LinkedIn (Hélène Duval ; YeggMag) ; Facebook (groupe de soutien EndoFrance / Endomind / page professionnelle de Christelle Ruello), ou encore directement dans les réseaux endométriose de mes patientes ou de mon entourage. Même si cela aura permis de gagner une vingtaine de réponses en plus, j'ai été surprise malgré tout de ne pouvoir récolter que si peu de réponses alors même que la parole était donnée directement à ces patientes, pour ces patientes. Il m'a semblé difficile de mobiliser ces patientes pourtant actives si l'on considère les nombreux groupes de soutien existant, la participation collaborative importante de ces patientes pour l'étude ComPaRe (9) ou encore les formations en éducation thérapeutique du patient (ETP), dont certains modules sont animés par des « patientes-expertes » (87,88) : « *Un patient expert est un patient atteint d'une maladie chronique qui a choisi de s'engager auprès d'autres patients en se formant dans des universités de médecine (...). Cette prise de recul qu'il a réussi à prendre par rapport à sa maladie lui permet de s'engager auprès de ses pairs (...) à trouver sa place au sein d'une équipe pluridisciplinaire, à adapter sa posture éducative ou encore à se mobiliser pour créer et animer des ateliers, participer à des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), parler lors de congrès médicaux ou encore travailler avec les institutions pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.* » (cf annexe 7.2 : programmes existants en ETP).

Il est important de faire remarquer ici que ces différents modes de diffusion impliquent inévitablement un biais de sélection positif lors de la collecte des réponses, puisque les patientes répondantes sont forcément à priori convaincues par les bienfaits de l'ostéopathie d'une manière générale, la condition principale du questionnaire étant d'avoir déjà fait de l'ostéopathie. De même, il est possible de supposer que certaines patientes par déférence pour mes collègues qui leur auront proposé le questionnaire par exemple auront eu à cœur de répondre positivement à ce questionnaire. Malgré tout, à cet argument de biais de sélection positif, il peut être opposé que la large diffusion du questionnaire aura sans doute permis de toucher une population très différente, tant dans sa pathologie, que dans la pratique ostéopathique, ce qui peut supposément laisser entendre que la population de

l'échantillon sera relativement hétérogène et sans doute assez représentative de la population cible dans son ensemble. Pour pallier à ces biais, il aurait pu être intéressant d'inclure dans l'étude un groupe témoin ne pratiquant pas l'ostéopathie, afin de pouvoir comparer les réponses et analyses extraites des réponses et statuer avec suffisamment de preuves statistiquement satisfaisantes, sur l'efficacité perçue de l'ostéopathie, très nettement mise en évidence ici.

4.2.2 Considérations sur le questionnaire

Au-delà des considérations concernant les limites liées au mode de diffusion et de collectes des réponses, le questionnaire utilisé ici a été élaboré sur base de guide méthodologique lors du travail préliminaire et n'est donc pas validé scientifiquement.

En outre, le nombre de questions, les questions même ou la forme du questionnaire peuvent-ils être imputés à la difficulté de collecte des réponses. Celui-ci a pourtant été testé avant diffusion. Par ma directrice de mémoire premièrement, qui m'a accompagnée dans toutes les étapes de ce travail de fin d'études ; mais aussi par mon entourage, masculin et féminin, professionnel de santé ou pas et non porteur d'endométriose, afin d'éliminer les biais qui auraient pu être liés à l'incompréhension des termes utilisés ou au sens des questions ; par des proches, plus familiers avec les recherches scientifiques et ce type de travail, afin de valider un déroulé cohérent du questionnaire et par une patiente que je traite en kinésithérapie pour d'autres causes que son endométriose et qui aura eu la gentillesse de me faire un retour, accompagné de celui de sa thérapeute spécifiquement formée aux pathologies féminines. Il n'en reste pas moins que certaines questions sont soit mal formulées, soit trop restrictives, soit pour certaines finalement sans grand intérêt pour ma réflexion.

▪ Limites liées aux choix simples / choix multiples

Le choix multiple laissant aux répondantes la possibilité de s'exprimer sans influence trop marquée du questionneur est dans certains items de ce questionnaire source d'ambiguïté dans l'analyse des réponses reçues. Prenons trois cas concrets dans cette étude :

- Concernant la question sur le type d'adressage ayant permis aux patientes de s'orienter sur l'ostéopathie (*Question 3. Quelle démarche vous a amené à consulter un ostéopathe pour l'endométriose ?*), il n'était pas nécessaire de proposer autant de réponses possibles. Afin de faciliter le croisement des données, j'ai été obligée de regrouper les patientes sous l'item « Adressage », dès lors qu'elles faisaient mention d'au moins un

professionnel de santé, et ce même s'il était aussi indiqué démarche personnelle. La volonté initiale était de bien spécifier si les patientes venaient via un réseau de professionnels de santé (50% environ des répondantes sélectionnées). Cela nous donne ainsi une idée de la considération de la pratique ostéopathique comme traitement de thérapie manuelle dans un processus de soin pour l'endométriose aux yeux notamment des professionnels « prescripteurs » (médecins généralistes, spécialistes...). Pour les patientes venues consulter dans une démarche personnelle, il était aussi intéressant de pouvoir rapprocher ces données à celles concernant le niveau de facilité à trouver un ostéopathe sensibilisé à cette pathologie (*Question 4. Avez-vous trouvé facilement un ostéopathe sensibilisé à la prise en charge de l'endométriose ?*). Nous aurions pu supposer en effet que pour les patientes adressées par un réseau de santé il soit plus facile de trouver un ostéopathe, celui-ci appartenant à leur réseau.

- À l'inverse, la question interrogeant le type d'atteinte de la patiente (*Question 24. Depuis quand êtes-vous diagnostiquée pour votre endométriose ?*) n'a pas laissé toutes ses possibilités aux patientes de répondre sur la forme de leur endométriose. En effet, s'agissant de l'adénomyose, il est possible de souffrir de cela en parallèle de n'importe quelle autre forme d'endométriose. Or ma question ici était trop restrictive et m'a obligée à regrouper et éliminer une patiente pourtant initialement incluse dans l'étude, mais faisant mention de son adénomyose dans la question concernant les interventions chirurgicales subies liées à l'endométriose (*Question 28. Avez-vous eu une opération chirurgicale en rapport avec l'endométriose ?*).

- Enfin la question 28 justement, renseignant sur les opérations chirurgicales, auraient pu quant à elle être plus développée ou catégorisée dans ses réponses. Il aurait été intéressant en effet de pouvoir dissocier les interventions ne concernant que les résections d'adhérences par exemple, des explorations à visée diagnostique de type coéloscopies ou encore des opérations plus interventionnelles, comme les hystérectomies ou résections plus ou moins larges de nodules intestinaux. Cela en effet renseigne notamment sur l'état de délabrement du tissu conjonctif pouvant limiter l'efficacité du travail manuel sur ces zones (irréversibilité de la lésion).

▪ **Limites liées à la terminologie employée**

Une erreur s'est glissée dans l'intitulé des questions 14 et 20 :

- « Question 14. Concernant l'évolution des troubles de la miction, êtes-vous ? ». Je souhaitais en effet interroger les patientes sur les douleurs liées à la miction comparativement à la question 15 portant elle sur les troubles liés au système urinaire (*Question 15. Concernant l'évolution des troubles vésicaux, êtes-vous ?*). Il est ainsi possible que cela ait engendré des difficultés de compréhension de la question, même si ces deux

questions suivent celles concernant le système digestif, construites selon le même modèle. De même, la question 5 (*5. Quels sont les symptômes en rapport avec votre endométriose qui vous ont amené à consulter un ostéopathe ?*) est très explicite : « *Douleurs à la miction (expulsion des urines) et / ou troubles vésicaux* ».

- « *Question 20. Quelle profession exercez-vous ?* » : il s'agissait ici de connaître le statut professionnel et non la profession, ce qui n'a pas posé de difficultés de compréhension au vue des réponses obtenues.

Par ailleurs, à l'analyse des données sur certaines questions concernant notamment la valeur « Peu satisfaites », je me suis interrogée sur le sens que cela pouvait avoir pour les patientes. En effet, il peut s'entendre comme ayant trop peu d'efficacité pour avoir la satisfaction espérée ou à l'inverse, ne pas réussir à enrayer une évolution négative de la symptomatologie. Cela reste dans tous les cas une satisfaction perçue négative de la patiente et donc une valeur pertinente dans le questionnaire.

5 CONCLUSION

Ce travail de fin d'études s'est avéré très riche émotionnellement au même titre que l'endométriose est complexe, C'est en effet un travail passionnant tant il touche à la femme dans sa globalité et ne s'intéresse pas seulement à une pathologie. C'est un travail qui a été parfois affligeant tant les découvertes et les progrès qui restent à faire sont énormes, d'autant plus quand on sait que c'est une pathologie probablement décrite depuis l'Antiquité (102). Mais les espoirs nouveaux qui s'annoncent avec les recherches en cours (notamment de diagnostic, de traitements ou qui visent une meilleure connaissance de la physiopathogénèse) sont stimulants. Cela laisse entrevoir à moyen terme de belles possibilités pour toutes ces femmes, aujourd'hui encore trop nombreuses à souffrir, sans pouvoir être soulagées.

En tant qu'ostéopathes et thérapeutes manuels du tissu en lésion, nous avons un rôle à jouer. Il semble important de mieux se former, de mieux connaître cette maladie, car nous pouvons apporter un réel soulagement à ces femmes, demandeuses de ce type de soin. Il est bien évident que chaque praticien, du secteur de la santé ou non, thérapeute ou accompagnant, ne peut agir seul. Nous nous devons de travailler en collaboration ou en parallèle plus ou moins direct avec tous les acteurs de soins autour de ces patientes. Pour nous ostéopathes, thérapeutes de première intention, il faut pouvoir agir tôt et donc savoir repérer les signes qui nous permettront d'orienter ces patientes rapidement vers les médecins prescripteurs compétents. Selon le docteur Myriam Mimouni, chirurgienne gynécologue, engagée pour la santé des femmes (podcast Kookielearning, à l'occasion de la journée de l'endométriose le 28 mars 2024), plus on agit tôt, plus on a de chance que l'endométriose reste sous sa forme superficielle et que les séquelles soient moins présentes, handicapantes et douloureuses.

Je souhaite ainsi continuer à me former, me rapprocher d'autres thérapeutes et cercles évoluant autour de l'endométriose, pouvoir faire partie de ces réseaux qui cherchent à faire progresser la connaissance à propos de cette maladie et des traitements qui l'accompagnent. Depuis deux ans que je m'intéresse plus sérieusement à ce sujet, c'est en effet, en dehors de ce mémoire, un nombre incalculable et probablement plus d'une femme sur dix de mon entourage plus ou moins proche, personnel ou professionnel, qui me disent souffrir de cette maladie. Ces femmes se sont confiées à moi non pas parce que je les interrogeais dans le cadre de mon mémoire, mais parce qu'elles étaient au courant que je travaillais sur l'endométriose. Leur parole se libérait avec spontanéité et sincérité au cours

d'une conversation ou lorsque j'évoquais les douleurs de la femme en général. Ceci laisse à supposer que ces femmes ne se taisent plus, même si elles ne sont pas toujours bien entendues ou écoutées et que c'est peut-être désormais heureusement en voie d'être une pathologie moins taboue et moins honteuse.

Pour toutes ces femmes, je suis fière d'avoir pu apporter une certaine pierre à l'édifice et je les remercie d'avoir bien voulu se confier à moi.

J'aurais aimé en savoir un peu plus sur les techniques ostéopathiques qu'ont reçues les patientes. Initialement un des objectifs était de connaître l'efficacité du modèle ostéopathique structurelle défendu par l'IFSO, mais dans l'obligation d'élargir la diffusion du questionnaire, il m'est impossible de savoir qui sont les ostéopathes concernés et comment ceux-ci ont envisagé leur traitement sur les vingt-neuf patientes répondantes et sélectionnées, quelle approche ils défendent (structurelle ou fonctionnelle), ...

Même si chaque femme, chaque patiente est différente et mérite un traitement particulier et personnalisé, il serait intéressant de pouvoir mettre en évidence des grands axes de traitement en ostéopathie. Le bénéfice de l'ostéopathie rapporté aux symptômes étant mieux définis, poursuivre ce mémoire en mettant l'accent plus spécifiquement sur les techniques ostéopathiques qui apportent un bénéfice au traitement de l'endométriose serait une avancée majeure dans la proposition de traitement faite aux patientes.

6 BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie format Vancouver

1. enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Endométriose : point sur les avancées de la recherche. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/endometriose-point-sur-les-avancees-de-la-recherche-90002>
2. Gourbail - 2017 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/pris_en_charge_de_lendometriose_-_argumentaire.pdf
3. Pédagogie Numérique en Santé [Internet]. [cité 7 janv 2024]. Pns - MOOC ENDOMETRIOSE: L'AFFAIRE DE TOUS (2021). Disponible sur: <https://pns-mooc.com/fr/mooc/19/presentation>
4. Réflexions à propos d'une maladie invalidante et toujours mystérieuse : l'endométriose – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. 2008 janv [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/reflexions-a-propos-dune-maladie-invalidante-et-toujours-mysterieuse-lendometriose/>
5. Crepin G, Rubod C. Rapport 21-12. L'endométriose pelvienne : maladie préoccupante des femmes jeunes. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine [Internet]. 1 févr 2022 [cité 9 janv 2024];206(2):159-66. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407921004374>
6. info.gouv.fr [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Endométriose : mieux prendre en charge la maladie. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/endometriose-mieux-prendre-en-charge-la-maladie>
7. strategie-endometriose.pdf [Internet]. [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie-endometriose.pdf>
8. ComPaRe tableau PEC.jpg.
9. ComPaRe Endométriose [Internet]. ComPaRe - Communauté de Patients pour la Recherche. 2023 [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://compare.aphp.fr/endometriose/>
10. Constances [Internet]. 2024 [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.constances.fr/>
11. EndoBreizh [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Endobreizh, filière de soin dédiée à l'endométriose en Bretagne. Disponible sur: <https://www.endobreizh.com/>
12. Association Endomind [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Association Endomind | Association Française d'actions contre l'endométriose. Disponible sur: <https://www.endomind.org>
13. Endodiag - L'expert en diagnostic d'endométriose [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.endodiag.com/>
14. 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 [Internet]. 1 juill 2018 [cité 1 mars

- 2024];46(7):563-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718918301764>
15. Golfier F, Chanavaz-Lacheray I, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P, et al. The definition of Endometriosis Expert Centres. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* [Internet]. 1 mai 2018 [cité 1 mars 2024];47(5):179-81. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784718300503>
 16. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis†. *Hum Reprod Open* [Internet]. 26 févr 2022 [cité 7 janv 2024];2022(2):hoac009. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8951218/>
 17. 2005 - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens.pdf [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/RPC_endometriose.pdf?x13417
 18. Ulrich U, Buchweitz O, Greb R, Keckstein J, von Leffern I, Oppelt P, et al. National German Guideline (S2k): Guideline for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis. *Geburtshilfe Frauenheilkd* [Internet]. déc 2014 [cité 2 mars 2024];74(12):1104-18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4470398/>
 19. Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS. N° 244 - Endométrie : Diagnostic et prise en charge (résumé/déclarations sommaires et recommandations). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [Internet]. 1 juin 2019 [cité 5 mars 2024];41:S146-50. Disponible sur: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(19\)30251-8/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(19)30251-8/fulltext)
 20. ACOG Clinical [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.acog.org/clinical>
 21. Endometriosis and infertility: a committee opinion. *Fertility and Sterility* [Internet]. sept 2012 [cité 5 mars 2024];98(3):591-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028212005857>
 22. Endometriosis: diagnosis and management.
 23. 2022 surveillance of endometriosis: diagnosis and management (NICE guideline NG73). 2022;
 24. Np J, L H. Consensus on current management of endometriosis. *Human reproduction* (Oxford, England) [Internet]. juin 2013 [cité 5 mars 2024];28(6). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23528916/>
 25. Endometriosis [Internet]. World Endometriosis Society. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://endometriosis.ca/endometriosis/>
 26. França PR de C, Lontra ACP, Fernandes PD. Endometriosis: A Disease with Few Direct Treatment Options. *Molecules*. 23 juin 2022;27(13):4034.
 27. Tomassetti C, Johnson NP, Petrozza J, Abrao MS, Einarsson JI, Horne AW, et al. An international terminology for endometriosis, 2021†,‡. *Hum Reprod Open* [Internet]. 22 oct 2021 [cité 29 févr 2024];2021(4):hoab029. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8530702/>
 28. Marquardt RM, Kim TH, Shin JH, Jeong JW. Progesterone and Estrogen Signaling in the Endometrium: What Goes Wrong in Endometriosis? *Int J Mol Sci* [Internet]. 5 août 2019

- [cité 1 mars 2024];20(15):3822. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6695957/>
29. Qiu MY, Wang YP, Ren R, Sun YR, Xiao SQ, Han L. Clinicopathological correlations of peritoneal endometriosis and deep infiltrating endometriosis. *Ann Med* [Internet]. [cité 2 mars 2024];55(2):2244877. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10461492/>
 30. endometriosis.org. Adhérences – Endometriosis.org [Internet]. [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://endometriosis.org/endometriosis/adhesions/>
 31. Inserm [Internet]. [cité 7 janv 2024]. Endométrieuse · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/endometrieuse/>
 32. Endometriosis [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
 33. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d’Hooghe T, Nardone F de C, Nardone C de C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility* [Internet]. 1 août 2011 [cité 2 mars 2024];96(2):366-373.e8. Disponible sur: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(11\)00876-4/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(11)00876-4/fulltext)
 34. Dunselman G a. J, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D’Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* [Internet]. 1 mars 2014 [cité 29 mars 2023];29(3):400-12. Disponible sur: <https://academic.oup.com/humrep/article/29/3/400/707776>
 35. EndoFRance I, Laboratoire Gedeon-Richter. Enquête sur le parcours de femmes souffrant d’endométrieuse - EndoVie [Internet]. 2020 janv. Disponible sur: <https://endofrance.org/wp-content/uploads/2020/06/resultat-enquete.pdf>
 36. Chapron C, Lafay-Pillet MC, Santulli P, Bourdon M, Maignien C, Gaudet-Chardonnet A, et al. A new validated screening method for endometriosis diagnosis based on patient questionnaires. *EClinicalMedicine* [Internet]. 10 janv 2022 [cité 1 mars 2024];44:101263. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8760436/>
 37. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction* [Internet]. 1 mai 2012 [cité 7 janv 2024];27(5):1292-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/humrep/des073>
 38. Simoens S, Hummelshoj L, Dunselman G, Brandes I, Dirksen C, D’Hooghe T. Endometriosis Cost Assessment (the EndoCost Study): A Cost-of-Illness Study Protocol. *Gynecologic and obstetric investigation*. 1 avr 2011;71:170-6.
 39. L’endométrieuse • Fondation pour la Recherche sur l’Endométrieuse [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.fondation-endometrieuse.org/endometrieuse/>
 40. Saridogan E, Becker CM, Feki A, Grimbizis GF, Hummelshoj L, Keckstein J, et al. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis—part 1: ovarian endometrioma. *Gynecol Surg* [Internet]. 2017 [cité 1 mars 2024];14(1):27. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735196/>

41. Allaire C, Bedaiwy MA, Yong PJ. Diagnostic et gestion thérapeutique de l'endométriose. CMAJ [Internet]. 19 juin 2023 [cité 2 mars 2024];195(24):E853-62. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10281206/>
42. Étude de la faisabilité de la surveillance épidémiologique de l'endométriose en France.pdf.
43. Association EndoFrance [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Qu'est que l'Adénomyose ? Disponible sur: <https://endofrance.org/la-maladie-endometriose/adenomyose-endometriose/>
44. Blum S, Fasching PA, Hildebrandt T, Lermann J, Heindl F, Born T, et al. Comprehensive characterization of endometriosis patients and disease patterns in a large clinical cohort. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2022 [cité 2 mars 2024];305(4):977-84. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8967757/>
45. International Working Group of AAGL E ESHRE and WES, Zondervan KT, Missmer S, Abrao MS, Einarsson JI, Horne AW, et al. Endometriosis classification systems: an international survey to map current knowledge and uptake†‡. Human Reproduction Open [Internet]. 1 janv 2022 [cité 29 févr 2024];2022(1):hoac002. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac002>
46. Association EndoFrance [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Les symptômes de l'endométriose • Association EndoFrance. Disponible sur: <https://endofrance.org/la-maladie-endometriose/symptomes-endometriose/>
47. prise_en_charge_de_l'endometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_l'endometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf
48. Kanti FS, Allard V, Maheux-Lacroix S. Quality of life and symptoms of pain in patients with endometriomas compared to those with other endometriosis lesions: a cross-sectional study. BMC Womens Health [Internet]. 27 janv 2024 [cité 2 mars 2024];24:72. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10821264/>
49. Symptômes de l'endométriose : les douleurs pelviennes | Santé.fr [Internet]. 2019 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/la-maladie-endometriose/symptomes-endometriose/douleurs-pelviennes-lombaires/>
50. Symptômes de l'endométriose : les douleurs neurologiques | Santé.fr [Internet]. 2022 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/endometriose/symptomes-de-l'endometriose-les-douleurs-neurologiques>
51. Tsikouras P, Oikonomou E, Bothou A, Chaitidou P, Kyriakou D, Nikolettos K, et al. The Impact of Endometriosis on Pregnancy. J Pers Med [Internet]. 22 janv 2024 [cité 2 mars 2024];14(1):126. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10820275/>
52. Bourdon M, Maignien C, Giraudet G, Estrade JP, Indersie E, Solignac C, et al. Investigating the medical journey of endometriosis-affected women: Results from a cross-sectional web-based survey (EndoVie) on 1,557 French women. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction [Internet]. 1 févr 2024 [cité 1 mars

- 2024];53(2):102708. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784723001757>
53. Koller D, Pathak GA, Wendt FR, Tylee DS, Levey DF, Overstreet C, et al. Epidemiologic and Genetic Associations of Endometriosis With Depression, Anxiety, and Eating Disorders. *JAMA Netw Open* [Internet]. 18 janv 2023 [cité 1 mars 2024];6(1):e2251214. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9856929/>
54. Girard E, Mazloum A, Navarra-Forney I, Pluchino N, Streuli I, Cedraschi C. Women's lived experience of endometriosis-related fertility issues. *PLoS One* [Internet]. 6 nov 2023 [cité 2 mars 2024];18(11):e0293531. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10627452/>
55. Association EndoFrance [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Douleurs pelviennes et Endométriose • Association EndoFrance. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/la-maladie-endometriose/symptomes-endometriose/douleurs-pelviennes-lombaires/>
56. Coxon L, Vollert J, Perro D, Lunde CE, Ferreira-Gomes J, Charrua A, et al. Comprehensive quantitative sensory testing shows altered sensory function in women with chronic pelvic pain: results from the Translational Research in Pelvic Pain (TRiPP) Study. *Pain* [Internet]. nov 2023 [cité 2 mars 2024];164(11):2528-39. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10578421/>
57. Stratton P, Berkley KJ. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update* [Internet]. 2011 [cité 2 mars 2024];17(3):327-46. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3072022/>
58. Consultation pluridisciplinaire de la douleur - Centre Hospitalier - CHATEAUROUX - LE BLANC [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ch-chateauroux-leblanc.fr/offresoinsch/39/consultation-pluridisciplinaire-de-la-douleur->
59. Asante A, Taylor RN. Endometriosis: the role of neuroangiogenesis. *Annu Rev Physiol*. 2011;73:163-82.
60. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and Pathophysiology of Endometriosis. *Fertil Steril* [Internet]. sept 2012 [cité 2 mars 2024];98(3):10.1016/j.fertnstert.2012.06.029. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3836682/>
61. Giudice LC. CLINICAL PRACTICE. *N Engl J Med* [Internet]. 24 juin 2010 [cité 1 mars 2024];362(25):2389-98. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108065/>
62. endometriosis.org. Faits sur l'endométriose – Endometriosis.org [Internet]. [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://endometriosis.org/resources/articles/facts-about-endometriosis/>
63. Shigesu N, Kvaskoff M, Kirtley S, Feng Q, Fang H, Knight JC, et al. The association between endometriosis and autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* [Internet]. juill 2019 [cité 2 mars 2024];25(4):486-503. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6601386/>
64. Rahmioglu N, Mortlock S, Ghiasi M, Møller PL, Stefansdottir L, Galarnau G, et al. The genetic basis of endometriosis and comorbidity with other pain and inflammatory conditions. *Nat Genet*. mars 2023;55(3):423-36.

65. Tang T, Zhong Y, Xu S, Yu H. Causal effects of endometriosis on SLE, RA and SS risk: evidence from meta-analysis and Mendelian randomization. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 23 févr 2024 [cité 1 mars 2024];24:162. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10885476/>
66. Crain DA, Janssen SJ, Edwards TM, Heindel J, Ho S mei, Hunt P, et al. Female reproductive disorders: the roles of endocrine-disrupting compounds and developmental timing. *Fertil Steril* [Internet]. oct 2008 [cité 2 mars 2024];90(4):911-40. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4086418/>
67. Marcellin L, Santulli P, Pinzauti S, Bourdon M, Lamau MC, Borghese B, et al. Age at menarche does not correlate with the endometriosis phenotype. *PLoS One* [Internet]. 23 juill 2019 [cité 2 mars 2024];14(7):e0219497. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6650141/>
68. Tore U, Abilgazym A, Asunsolo-del-Barco A, Terzic M, Yemenkhan Y, Zollanvari A, et al. Diagnosis of Endometriosis Based on Comorbidities: A Machine Learning Approach. *Biomedicines* [Internet]. 10 nov 2023 [cité 2 mars 2024];11(11):3015. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10669733/>
69. Sasson IE, Taylor HS. Stem Cells and the Pathogenesis of Endometriosis. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. avr 2008 [cité 2 mars 2024];1127:106-15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107843/>
70. endometriosis.org. Causes – Endometriosis.org [Internet]. [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://endometriosis.org/endometriosis/causes/>
71. Treloar SA, Wicks J, Nyholt DR, Montgomery GW, Bahlo M, Smith V, et al. Genomewide Linkage Study in 1,176 Affected Sister Pair Families Identifies a Significant Susceptibility Locus for Endometriosis on Chromosome 10q26. *Am J Hum Genet* [Internet]. sept 2005 [cité 2 mars 2024];77(3):365-76. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1226203/>
72. Signorile PG, Viceconte R, Baldi A. New Insights in Pathogenesis of Endometriosis. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 28 avr 2022 [cité 2 mars 2024];9:879015. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9095948/>
73. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D’Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction* [Internet]. 1 oct 2005 [cité 29 févr 2024];20(10):2698-704. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/humrep/dei135>
74. Ball E, Khan KS. Recent advances in understanding and managing chronic pelvic pain in women with special consideration to endometriosis. *F1000Res* [Internet]. 4 févr 2020 [cité 2 mars 2024];9:F1000 Faculty Rev-83. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7001750/>
75. Association EndoFrance [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Vivre avec l’Endométriose • Association EndoFrance. Disponible sur: <https://endofrance.org/la-maladie-endometriose/vivre-avec-lendometriose/>
76. Gourbail - 2017 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf

77. prise_en_charge_de_lendometriose_-_traitement_chirurgical_et_fertilite_-_fiche_de_synthese.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_traitement_chirurgical_et_fertilite_-_fiche_de_synthese.pdf
78. Netter A, Dechaud H, Chêne G, Hebert T, Dubernard G, Faller É, et al. Surgical management of endometriotic women with pregnancy intention in France: A national snapshot of centers performing a high volume of endometriosis procedures. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* [Internet]. 1 oct 2021 [cité 1 mars 2024];50(8):102130. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784721000660>
79. Coelioscopie [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: <http://www.dr-safia-taieb.tn/specialites/chirurgie/chirurgie-endoscopique/coelioscopie/>
80. Dang C, Chen Z, Chai Y, Liu P, Yu X, Liu Y, et al. Assessing the relationship between gut microbiota and endometriosis: a bidirectional two-sample mendelian randomization analysis. *BMC Womens Health*. 16 févr 2024;24(1):123.
81. Missmer SA, Chavarro JE, Malspeis S, Bertone-Johnson ER, Hornstein MD, Spiegelman D, et al. A prospective study of dietary fat consumption and endometriosis risk. *Hum Reprod* [Internet]. juin 2010 [cité 1 mars 2024];25(6):1528-35. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873173/>
82. Endométrie, hommes et femmes parlons-en | Facebook [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/groups/220422751908076/>
83. Ma vie avec l'endométrie | Facebook [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/groups/endomind/>
84. Liang R, Li P, Peng X, Xu L, Fan P, Peng J, et al. Efficacy of acupuncture on pelvic pain in patients with endometriosis: study protocol for a randomized, single-blind, multi-center, placebo-controlled trial. *Trials* [Internet]. 7 juin 2018 [cité 2 mars 2024];19:314. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5992761/>
85. Giese N, Kwon KK, Armour M. Acupuncture for endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *Integr Med Res* [Internet]. déc 2023 [cité 2 mars 2024];12(4):101003. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10682677/>
86. COUX DD. CHU de Nantes. [cité 4 mai 2024]. Programme d'éducation thérapeutique - Endométrie. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/programme-deducation-therapeutique-endometriose>
87. Association Endomind [Internet]. [cité 5 mars 2024]. ETP. Disponible sur: <https://www.endomind.org/etp>
88. 10873.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.crespaca.org/image/25468/10873?size=!800,800®ion=full&format=pdf&download=1&crop=centre&realWidth=1240&realHeight=1754&force-inline>
89. Partenariat-EndoFrance-Livre-Blanc-MP-V2-121120.pdf [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://endofrance.org/wp-content/uploads/2020/11/Partenariat-EndoFrance-Livre-Blanc-MP-V2-121120.pdf>

90. Daraï C, Deboute O, Zacharopoulou C, Laas E, Canlorbe G, Belghiti J, et al. Impact of osteopathic manipulative therapy on quality of life of patients with deep infiltrating endometriosis with colorectal involvement: results of a pilot study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 1 mai 2015 [cité 29 mars 2023];188:70-3. Disponible sur: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(15\)00072-X/abstract](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(15)00072-X/abstract)
91. Bretagne Ostéopathie [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Concept. Disponible sur: <https://www.bretagne-osteopathie.com/formation-diplomante/concept/>
92. Évaluer la qualité de vie en cas d'endométriose | Santé.fr [Internet]. 2022 [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/endometriose/evaluer-la-qualite-de-vie-en-cas-dendometriose>
93. RÉALISER UNE ÉTUDE QUALITATIVE EN SANTÉ GUIDE METHODOLOGIQUE [Internet]. [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
94. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff: Armand Colin; 2016. (Collection U).
95. flyer Compare.png.
96. SPF. Épidémiologie de l'endométriose prise en charge à l'hôpital en France : étude de 2011 à 2017 [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/epidemiologie-de-l-endometriose-prise-en-charge-a-l-hopital-en-france-etude-de-2011-a-2017>
97. Daraï C, Bendifallah S, Foulot H, Ballester M, Chabbert-Buffet N, Daraï E. Intérêt clinique du traitement ostéopathique chez les patientes ayant une endométriose colorectale : classification fondée sur les symptômes et la qualité de vie. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* [Internet]. 1 sept 2017 [cité 7 janv 2024];45(9):472-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718917301757>
98. SF-36-francais.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: <https://cliniquespinecor.ca/pdf/SF-36-francais.pdf>
99. Stull DE, Wasiake R, Kreif N, Raluy M, Colligs A, Seitz C, et al. Validation of the SF-36 in patients with endometriosis. *Quality of Life Research* [Internet]. 2014 [cité 2 mars 2024];23(1):103. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929048/>
100. Sillem M, Juhasz-Böss I, Klausmeier I, Mechsner S, Siedentopf F, Solomayer E. Osteopathy for Endometriosis and Chronic Pelvic Pain – a Pilot Study. *Geburtshilfe Frauenheilkd* [Internet]. 22 sept 2016 [cité 7 janv 2024];76(09):960-3. Disponible sur: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0042-111010>
101. Goyal K, Goyal M, Narkeesh K, Samuel AJ, Sharma S, Chatterjee S, et al. The effectiveness of osteopathic manipulative treatment in an abnormal uterine bleeding related pain and health related quality of life (HR-QoL) – A case report. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* [Internet]. 1 juill 2017 [cité 7 janv 2024];21(3):569-73. Disponible sur: [https://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592\(16\)30180-2/fulltext](https://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592(16)30180-2/fulltext)
102. Association Endomind [Internet]. [cité 7 janv 2024]. L'endométriose chronique. Disponible sur: <https://www.endomind.org/endometriose>

103. Scientific Programme [Internet]. WCE 2023 - Edinburgh. [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://wce2023.com/programme/>
104. Les Organes Touchés :: Endométriose & Médecines Douces [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: <https://qu-est-ce-que-l-endometriose.webnode.fr/quest-ce-que-lendometriose-/les-organes-touches/>

7 ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire à destination des patientes ayant eu recours à l'ostéopathie dans le cadre de leur endométriose

	Questions	Réponses
1	Depuis quand avez-vous commencé l'ostéopathie ?	<ul style="list-style-type: none"> - 0 – 1 an - 1 – 2ans - 2 - 4ans - > 4ans
2	A quelle fréquence voyez-vous l'ostéopathe pour votre endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Ponctuellement (1 à 3 séances / an, non suivies) - En série (plusieurs séances à intervalles réguliers / an) - Mensuellement - Plusieurs séries / an
3	Quelle démarche vous a amené à consulter un ostéopathe pour l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Adressage par un médecin généraliste / gynécologue - Adressage par une sage-femme/ - Adressage par un réseau d'endométriose / Centre anti-douleurs - Sur conseil ami / patient - Démarche personnelle
4	Avez-vous trouvé facilement un ostéopathe sensibilisé à la prise en charge de l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Avec beaucoup de difficultés - Avec difficultés - Facilement - Très facilement
5	Quels sont les symptômes en rapport avec votre endométriose qui vous ont amené à consulter un ostéopathe ?	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs pelviennes chroniques - Dysménorrhées intenses (douleurs menstruelles) - Dyspareunies profondes (douleurs aux rapports sexuels) - Douleurs à la défécation (expulsion des selles) et / ou troubles du transit - Douleurs à la miction (expulsion des urines) et / ou troubles vésicaux - Troubles de la fertilité - Répercussions sur la vie quotidienne - Impacts sur la qualité de vie - Douleurs musculo-squelettiques (thoraciques / lombaires / sacrées ...) - Autres :
6	Voyez-vous parallèlement indépendamment de la prise en charge pour l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, le même praticien - Oui, un autre praticien - Non
7	Aviez-vous déjà fait une séance d'ostéopathie préalable à la prise en charge ostéopathique de l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non
8	Globalement, êtes-vous satisfait de votre PEC d'ostéopathie pour l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite - Peu satisfaite - Satisfaite - Très satisfaite
9	Concernant l'évolution des douleurs pelviennes	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite

	chroniques, êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaite - Très satisfaite - Non concernée
10	Concernant l'évolution des dysménorrhées intenses (<i>douleurs menstruelles</i>), êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite - Satisfaite - Très satisfaite - Non concernée
11	Concernant l'évolution des dyspareunies profondes (<i>douleurs aux rapports sexuels</i>), êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite - Satisfaite - Très satisfaite - Non concernée
12	Concernant l'évolution des douleurs à la défécation, êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite - Satisfaite - Très satisfaite - Non concernée
13	Concernant l'évolution des troubles du transit, êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite - Satisfaite - Très satisfaite - Non concernée
14	Concernant l'évolution des douleurs à la miction, êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite - Satisfaite - Très satisfaite - Non concernée
15	Concernant l'évolution des troubles vésicaux, êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite - Satisfaite - Très satisfaite - Non concernée
16	Concernant l'évolution des troubles de la fertilité, êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite - Satisfaite - Très satisfaite - Non concernée
17	Concernant l'évolution des répercussions sur la vie quotidienne, êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite - Satisfaite - Très satisfaite - Non concernée
18	Concernant l'évolution des douleurs du rachis / musculo-squelettiques, êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pas satisfaite - Satisfaite - Très satisfaite - Non concernée
19	Quel âge avez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Moins de 18 ans - 20-30ans - 30-40ans - >40ans
20	Quelle profession avez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Sans emploi - En invalidité / Longue maladie - Retraitée - Etudiante - Femme au foyer - Profession libérale - Salariée
21	Combien d'enfants avez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - 0 - 1 - 2 - 3 et plus
22	Combien de grossesses avez-vous eu ?	<ul style="list-style-type: none"> - 0 - 1

		<ul style="list-style-type: none"> - 2 - 3 - 4 et plus
23	Pratiquez-vous une activité sportive ?	<ul style="list-style-type: none"> - Non - Oui --> Merci de préciser laquelle dans la section « Autre » - Autre :
24	Depuis quand êtes-vous diagnostiquée pour votre endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Moins de 2 ans - 2 à 5 ans - 5 à 10 ans - Plus de 10 ans
25	De quel type d'endométriose souffrez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Superficielle - Profonde - Endométriome - Extra-pelvienne - Adénomyose - Ne sait pas
26	De quel stade d'endométriose souffrez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Stade I - Stade II - Stade III - Stade IV - Ne sait pas
27	Avez-vous un traitement médicamenteux en cours en rapport avec l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun - Pilule Contraceptive - Traitement hormonal - Antalgique - Anti-inflammatoire - Autre
28	Avez-vous eu une opération chirurgicale en rapport avec l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Non - Oui --> Merci de préciser laquelle dans la section « Autre » - Autre :
29	Avez-vous fait d'autres traitements de thérapie manuelle pour l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Non - Oui --> Merci de préciser laquelle dans la section « Autre » - Autre
30	Avez-vous d'autres thérapies complémentaires aux traitements médicaux en rapport avec l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Non - Oui --> Merci de préciser laquelle dans la section « Autre » - Autre
31	Avez-vous une maladie inflammatoire liée ou non à l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Non - Oui --> Merci de préciser laquelle dans la section « Autre » - Autre
32	Avez-vous une maladie auto-immune liée ou non à l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Non - Oui --> Merci de préciser laquelle dans la section « Autre » - Autre
33	Avez-vous un autre traitement en cours indépendamment de l'endométriose ?	<ul style="list-style-type: none"> - Non - Oui --> Merci de préciser laquelle dans la section « Autre » - Autre

Annexe 2 : Affiche support de diffusion du questionnaire



L'OSTÉOPATHIE,
UN PARTENAIRE DE SOIN
DE L'ENDOMÉTRIOSE



VOUS AVEZ CONSULTÉ UN OSTÉOPATHE DANS LE CADRE
DE VOTRE ENDOMÉTRIOSE ?
VENEZ TÉMOIGNER DE VOTRE TRAITEMENT
OSTÉOPATHIQUE SUR VOS SYMPTÔMES ET VOTRE
QUALITÉ DE VIE.

SCANNEZ LE QR CODE !



[HTTPS://DOCS.GOOGLE.COM/FORMS/D/E/FAIPQLSD_KINPHJX0FBYBYR9WB2FOIPTEVFKHUIZ18XA_5PG7AM/VIEWFORM?usp=SF_LINK](https://docs.google.com/forms/d/E/FAIPQLSD_KINPHJX0FBYBYR9WB2FOIPTEVFKHUIZ18XA_5PG7AM/VIEWFORM?usp=SF_LINK)

Annexe 3 : Education thérapeutique du patient

Exemples de programme existants en ETP(87).

CLINIQUE AXIUM – AIX EN PROVENCE

Vendredi :
9h -10h – Alimentation et endométriose
10h30 – 11h30 – Le mouvement en kinésithérapie
12h – 13h – Gestion de la fatigue chronique
14h30 – 15h30 – Comprendre l'endométriose et les mécanismes de la douleur
16h – 17h – Infertilité et endométriose
17h30 – 18h30 – Anatomie

Jeudi :
10h – 11h – Où trouver la bonne information ?
11h30 – 12h30 – Prise en charge non médicamenteuse
14h – 15h – Colorimétrie
15h30 – 16h30 – Pilate et endométriose
17h – 18h – Gestion des émotions



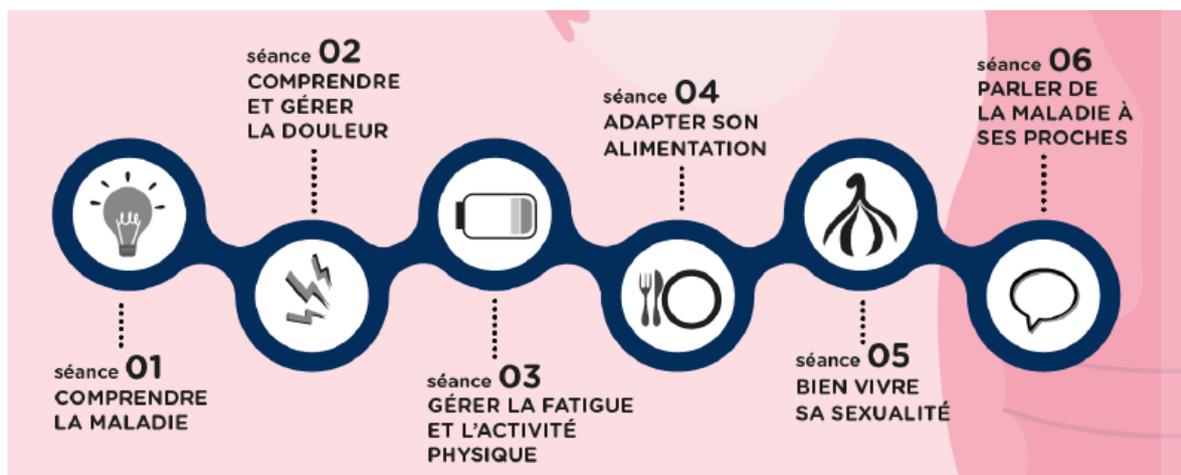
HÔPITAL SAINT JOSEPH PARIS

Jeudi :
9h – 10h30 – Comprendre l'endométriose
11h – 12h – Les mécanismes de la douleur
13h30 – 15h – Les traitements dans la douleur et l'endométriose
15h30 – 16h30 – Hypnose

Vendredi :
9h -10h30 – Alimentation et endométriose
11h – 12h30 – Sophrologie
14h – 15h30 – Activité physique adaptée
16h – 17h30 – Sexualité

Samedi :
9h – 10h30 – Gestion de la fatigue chronique
11h – 12h30 – Groupe de paroles

Programme ETP : Mieux vivre au quotidien avec son endométriose et ses douleurs chroniques (103)



Annexe 4 : Deuxième comité de pilotage de la stratégie nationale de lutte contre l'endométriose

Communiqués de presse d'Aurélien Rousseau Publié le 06.10.23

« Le mercredi 4 octobre 2023, Sylvie Retailleau, ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche, Aurélien Rousseau, ministre de la Santé et de la Prévention et Bérangère Couillard, la ministre chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations, ont présidé le deuxième Comité de pilotage de la Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose.

En France, une femme sur 10 - soit 1,5 à 2,5 millions de Françaises - vit avec cette maladie gynécologique chronique, aux symptômes pouvant être très variés.

Plus d'un an après le lancement par le président de la République de cette Stratégie interministérielle, **85 % de ses actions sont déjà réalisées ou en cours de mise en œuvre**. Le Comité de pilotage a ainsi été l'occasion de dresser un premier bilan et surtout de tracer de nouvelles perspectives, pour avancer avec une ambition renouvelée, déclinée en 3 axes.

Premier axe : la recherche scientifique. La ministre Sylvie Retailleau a rappelé l'ambition de placer la France aux avant-postes de la recherche et de l'innovation sur l'endométriose, grâce à un investissement d'ampleur : 30 millions d'euros sont en effet consacrés au programme prioritaire de recherche (PEPR), « santé des femmes et santé des couples », dont l'élaboration a été confiée à l'Inserm.

Comme l'a souligné le ministre de la Santé et de la Prévention :

Il est indispensable de mieux reconnaître les particularités et les vulnérabilités spécifiques auxquelles font face les femmes, et qui ont trop longtemps été marginalisées, dans la prise en charge

clinique, comme dans la recherche. La lutte contre l'endométriose est en ce sens absolument fondamentale. Tant d'un point de vue sociétal que médical et scientifique.

La ministre chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations, Bérangère Couillard l'a rappelé :

Cette maladie atteint les femmes dans tous les aspects de leur vie : leur bien-être physique, mental et social.

Le Comité de pilotage a été l'occasion de présenter ce programme, qui comprend notamment un projet épidémiologique ciblé sur l'endométriose, unique au monde, et qui entre désormais dans sa phase opérationnelle.

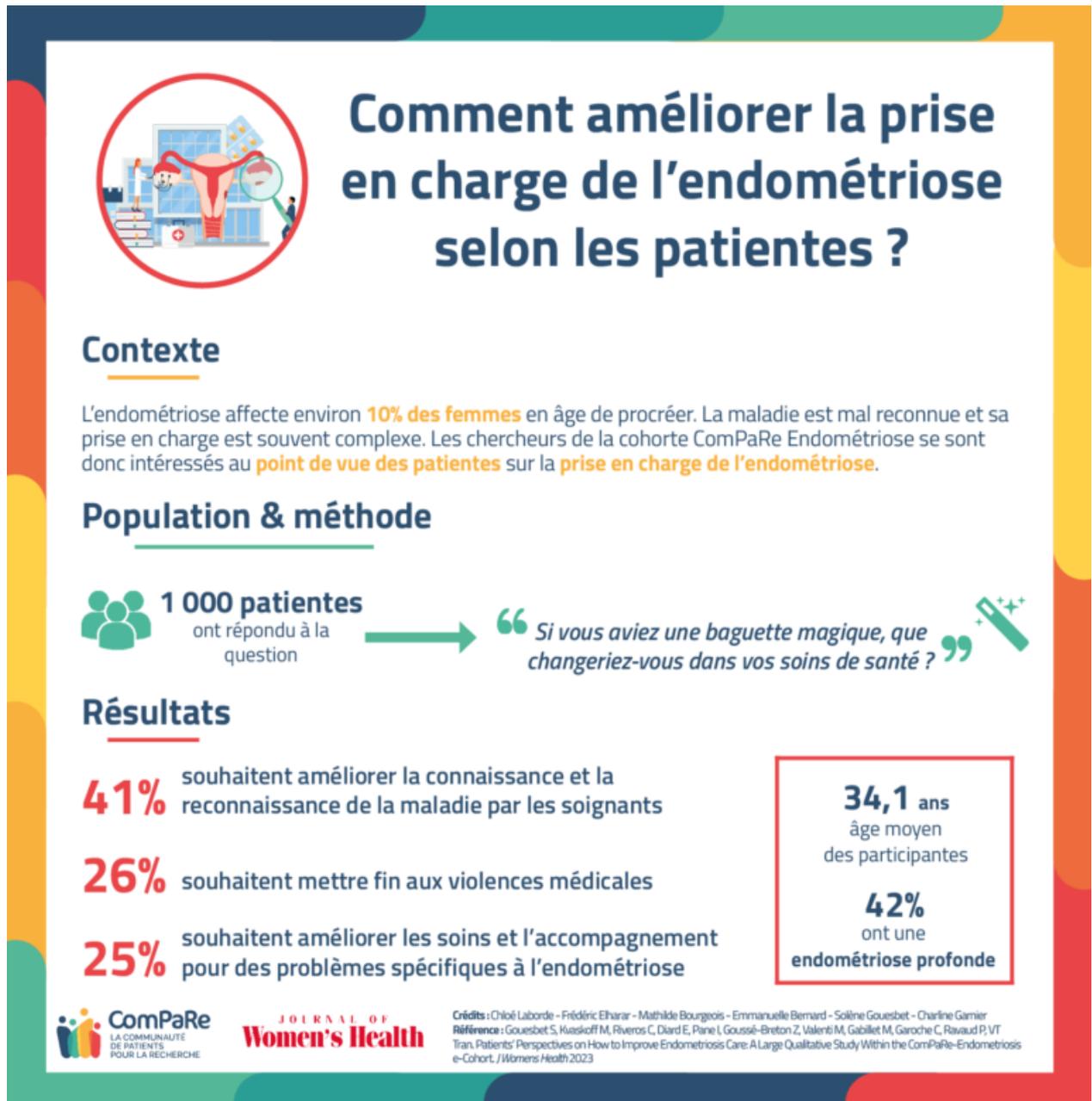
Le deuxième axe de la Stratégie porte l'objectif de garantir un diagnostic rapide et l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, principalement via la structuration, dans chaque région, d'une filière dédiée à la prise en charge de l'endométriose. La mise en place de ces filières est soutenue par des budgets annuels du Fonds d'intervention régional (FIR) à hauteur de 4,5 millions d'euros. Cinq régions ont déjà achevé le déploiement de leurs filières, et, partout où les filières sont encore au stade initial ou intermédiaire, le progrès est exhaustif et la dynamique positive. Le ministre de la Santé et de la Prévention a rappelé que l'identification des filières devait être réalisée dans l'ensemble des régions d'ici la fin de l'année 2023.

Le troisième axe de la Stratégie vise à mieux communiquer, former et informer l'ensemble de la société sur l'endométriose. L'Assurance maladie et le Service public d'information en santé (SPIS) ont ainsi pu détailler les mesures déjà mises en œuvre pour former les professionnels de santé (webinaires), comme pour assurer l'accès à une information fiable et exhaustive de la population (espace dédié sur <https://www.sante.fr/endometriose>). De nouvelles campagnes de formation et d'information seront menées à l'intention des professionnels, et un travail plus large sur le reste à charge pour les patientes ne relevant pas du dispositif de l'ALD, sera conduit.

C'est dans cette logique d'approfondissement et d'accélération, que le ministre Aurélien Rousseau a signé une instruction ministérielle, le 27 septembre 2023, à destination de l'ensemble des acteurs chargés du déploiement de la Stratégie – Assurance maladie, ministère, ARS. Il a ainsi été demandé à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) de préciser, d'actualiser et d'harmoniser les principes directeurs utilisés par ses médecins-conseil dans l'évaluation des dossiers de demande de reconnaissance en ALD de patientes atteintes d'endométriose, via une circulaire spécifique, élaborée en lien avec les associations de patientes.

Aurélien Rousseau a également saisi la Haute Autorité de santé (HAS) pour actualiser ses recommandations de bonnes pratiques et se prononcer sur les nouvelles innovations dans le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose. »

Annexe 5 : Etudes sur la cohorte ComPaRe-Endométriose



Comment améliorer la prise en charge de l'endométriose selon les patientes ?

Contexte

L'endométriose affecte environ **10% des femmes** en âge de procréer. La maladie est mal reconnue et sa prise en charge est souvent complexe. Les chercheurs de la cohorte ComPaRe Endométriose se sont donc intéressés au **point de vue des patientes** sur la **prise en charge de l'endométriose**.

Population & méthode

1 000 patientes ont répondu à la question → *“ Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans vos soins de santé ? ”*

Résultats

- 41%** souhaitent améliorer la connaissance et la reconnaissance de la maladie par les soignants
- 26%** souhaitent mettre fin aux violences médicales
- 25%** souhaitent améliorer les soins et l'accompagnement pour des problèmes spécifiques à l'endométriose

34,1 ans âge moyen des participantes

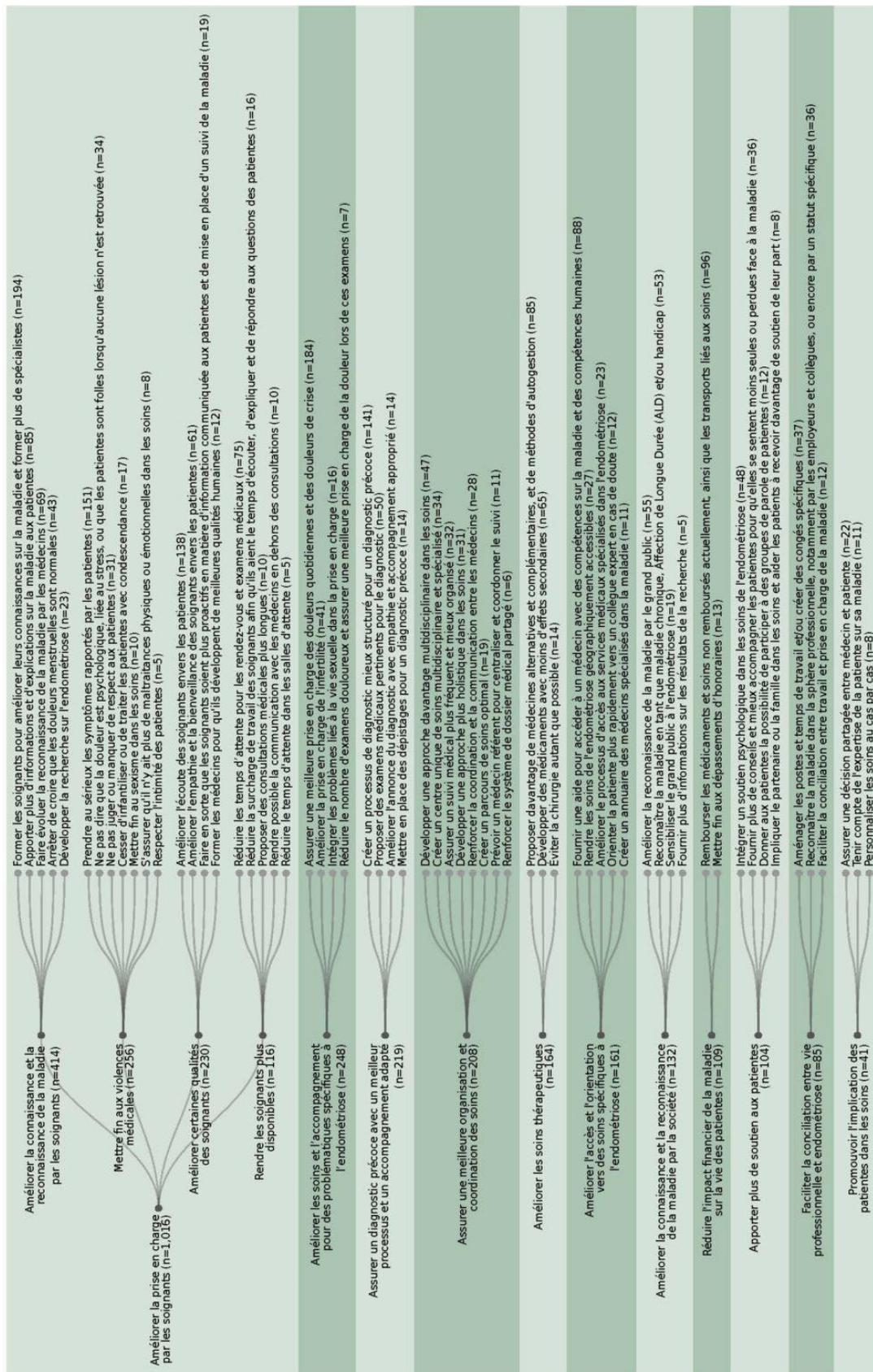
42% ont une **endométriose profonde**

ComPaRe LA COMMUNAUTÉ DE PATIENTS POUR LA RECHERCHE

JOURNAL OF Women's Health

Credits : Chloé Laborde - Frédéric Elharar - Mathilde Bourgeois - Emmanuelle Bernard - Solène Gouesbet - Charline Garnier
Référence : Gouesbet S, Kveskoff M, Riveros C, Diard E, Plane I, Goussé-Breton Z, Valenti M, Gabillet M, Garoche C, Ravaud P, VT Tran. Patients' Perspectives on How to Improve Endometriosis Care: A Large Qualitative Study Within the ComPaRe-Endometriosis e-Cohort. // Women's Health 2023

Etude ComPaRe « La première thèse réalisée à partir des données recueillies au sein de ComPaRe-Endométriose vient de se terminer », (2023-12-21) (95)



Etude ComPaRe « Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre prise en charge ? » : plus de 1600 patients atteints de maladies chroniques proposent près de 150 pistes d'amélioration (2019-04-23) (8)

L'OSTÉOPATHIE, UN PARTENAIRE DE SOIN DE L'ENDOMÉTRIOSE



Sujet sociétal toujours à la une depuis quelques années sur le plan national et international, l'endométriose n'en reste pas moins une maladie méconnue et complexe.

Concernant au minimum deux millions de femmes sur le territoire français, l'urgence est aujourd'hui de pouvoir développer pour ces femmes, au-delà du traitement conventionnel recommandé par la Haute Autorité de Santé, des traitements alternatifs efficaces sur leurs symptômes. L'ostéopathie, dans son approche holistique, a son rôle à jouer sur les douleurs et la qualité de vie de ces femmes.

Faisant partie depuis 2017 du plan de traitement global de l'endométriose tel que décrit par la HAS, ce travail de fin d'étude a pour but de démontrer à travers la parole même de patientes atteintes d'endométriose, l'efficacité de l'ostéopathie sur leurs symptômes les plus fréquents.