



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le treize avril deux mille vingt-trois à Poitiers
par **Monsieur Hugo Camilli**

**Dysménorrhées en médecine générale et en cabinet de sage-femme :
évaluation d'une vidéo courte de formation**

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL, PU/PH

Membres :

Madame le Docteur Anne-Cécile PIZZOFERRATO, MCU/PH

Madame le Docteur Caroline CARLIER-GUERIN, PH

Directrice de thèse : Madame le Docteur Amélie CHARVERIAT, PH

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jihad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.A.S et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emille, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations Internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine Interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, Informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

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

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guyène, biologie cellulaire, biotechnologies
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maitres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maitres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Djaja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maitres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwine, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

Au Professeur Xavier Fritel,

Je vous remercie encore une fois de présider mon jury de thèse. Vous avez une place singulière dans mon internat, d'abord en clinique puis à l'occasion de mon Master 2 pendant lequel vous avez usé de beaucoup de patience pour m'accompagner dans notre projet. Nos discussions sont toujours inspirantes pour moi. Je vous remercie aussi pour l'aide que vous m'avez apporté dans mes différents projets.

Au Docteur Amélie Charvériat,

Je te remercie pour ton accompagnement dans cette thèse que certains ont jugé atypique au début. Je crois que le pari qu'on s'était lancé a bien fonctionné ! J'en profite également pour te remercier pour ces blocs, consultations et autres visites pendant lesquels tu cherches toujours à nous apprendre tes « trucs et astuces ». Vivent la chirurgie et la voile, nos deux passions communes !

Au Docteur Anne-Cécile Pizzoferrato,

On se connaît depuis peu mais il m'a très rapidement paru évident de te demander de faire partie de mon jury. Ce que tu as accepté avec enthousiasme, les projets de formation étant quelque chose que tu connais bien. Je te remercie donc de faire partie de ce jury. J'ai hâte de travailler avec toi (ailleurs qu'en salle de naissance ...) !

Au Docteur Caroline Carlier-Guérin,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Tes remarques bienveillantes et justes ont participé au succès de ce projet. Il me tarde de retourner au bloc avec toi tant j'ai un bon souvenir de ces moments, de ta patience et de tes qualités chirurgicales.

A tous les répondants du questionnaire, et spectateurs de la vidéo et à ceux qui l'ont relayé : EndoFrance et l'AFENA notamment. Merci à Sylvie Guinot pour le partage auprès des sages-femmes. A l'URPS de Corse, seule URPS à avoir relayé la vidéo : Vi ringraziu.

A ceux à qui je dois d'avoir fait ces études de médecine :

Au Docteur Laurent Mathon : je garde un vif souvenir de la présentation de MSF que tu nous avais faite ou du calendrier avec les jours barrés quand tu étais au Kosovo ou au Sri-Lanka. Cela a été déterminant dans mon choix après le bac. Je n'ai jamais regretté, pas une seule seconde, pour cela, merci Doc !

Au Docteur Gilles Saintes-Rose : Je suis rentré dans votre bloc en voulant faire plus tard « tout sauf de la chirurgie », j'en suis ressorti avec la chirurgie chevillée au corps. Merci pour votre enseignement, c'est un privilège pour moi d'avoir été l'aide d'un opérateur de votre talent.

Au Docteur Etienne Liaras : si j'avais su quand tu m'as tapé l'épaule le jour où j'ai eu ma P1 et que tu m'as dit « c'est bien, tu seras un bon gynécologue » ... Merci pour tes conseils avisés depuis 10 ans maintenant. J'ai hâte de fêter ça avec toi !

A ma famille :

Maman, cette thèse elle est pour toi. Ton engagement auprès des femmes a été une extraordinaire source d'inspiration pour moi. Tu sais tout ce que je te dois, de ne m'avoir jamais lâché du CP à ... la correction de cette thèse. Sans toi je n'en serai probablement pas là aujourd'hui. Je ne te remercierai jamais assez pour ça et pour tout le reste ! Boub.

Papa, c'est dans un autre registre que je te dois d'en être là aujourd'hui. Ton calme et ton ingéniosité m'inspirent tous les jours et il me semble que ce sont deux qualités essentielles en chirurgie. Vous êtes d'une complémentarité parfaite, je vous aime. Bonhomme.

Chonchon et **Dodu**, vous resterez toujours « les petits ». Mais grande est la place vous prenez dans ma vie ! Vous êtes les piliers sur lesquels je repose.

A ma belle-famille, qui m'accueille à bras ouverts, **Régine, Jospeh, Victor** et **Tiffany**.

Chers grands-parents, merci pour tout, je mesure chaque jour la chance de vous avoir. Voici quelques lignes non exhaustives de ce qui me marque le plus chez vous : **Mamé**, ton oreille toujours attentive et nos soirées au TNP ou aux Célestins ; **Milie**, ta curiosité insatiable sur nos vies et la générosité de ton accueil ; **Clo**, ton émerveillement pour la nature et la physique donnant lieu à des cours en toute occasion ; **Dady**, tu as su ma faire surmonter mes peurs de l'eau et m'emmener en haut de l'Incudine ; **Noune**, la plus douce prof de maths que je connaisse.

Et puis **Marielle** et **Jean, Alicia** et **Elena** mes chères cousines, **Eric** merci pour ton accueil chez toi ou sur ton bateau, La Rochelle est comme une deuxième maison grâce à toi. Et enfin **Gilles**, tu es tous les jours avec moi.

Aux gynécologues :

Tom, évidemment, mon frère d'arme ! Je ne cache pas mon envie de travailler plus tard avec toi ... ça voudrait surtout dire qu'on pourrait naviguer tous les week-end ! Hâte vous voir tous les trois avec **Elise** et ...

Merci chers co-internes qui avez rendu ces années moins difficiles et parfois même agréables ! **Edwin**, on a surtout travaillé au bar et c'est tant mieux ; **Agathe**, ma belle découverte d'Angougou ; **Manon**, entre sérieux et millième degrés c'est un plaisir d'être avec toi ; **Floriane**, devant une pinte ou un scalpel je crois qu'on fait la paire ; **Carl**, merci d'avoir été mon acolyte parmi toutes ces filles ; **Marie-Lulu**, tu sais déjà tout ; **Raphaël**, merci de m'avoir mis le pied à l'étrier en 2^{ème} semestre ; **Olivia, Marie** et **Margaux**, vous êtes mon refuge de gynéco med, à très vite pour une pinte surtout ; **Rym** ma petite protégée ; **Marion L**, on retourne à Nantes ? ; **Martin**, un GinTo et on rentre ... ; **Bineta**, on a réussi à ne jamais travailler ensemble mais j'espère que ce n'est que partie remise, **Lucie, Julien, Perrine, Karima, Marlène, Alix, Cécile, Juliette, Mehdi, Anne-sophie, Raph, Elise**, tous les autres et mes 3 pioupious : **Romane, Constance** et **Emma** : ne changez rien !

Merci à vous mes chefs : **Aïcha**, je sais tout le privilège que j'ai eu de connaître ta voix avant que tu sois une star, à 3h du matin en attendant des pH au scalp ; **Amélie**, merci pour ta gentillesse et d'avoir connu la pire garde du monde ensemble ;) ; **Cédric**, j'ai beaucoup appris à tes côtés ; **Marion**, je vais relancer la tradition de gratter des Goal en garde ; Les **Popa**, quelle belle rencontre, c'est une joie de vous connaître ; **Khalil**, bien hâte de te retrouver en chirurgie ! Je n'oublie pas **Aurélie**, **Valérie**, **Iglika**.

Merci à mes chefs de La Rochelle que je prends beaucoup de plaisir à revoir à l'occasion ! Et le dernier mais pas des moindres : **Barnab**, aussi bon partenaire de garde que de Strava, tant qu'on garde un faux rythme ça va !

Merci à tous mes aînés qui m'ont tant inspiré en chirurgie : **Mr Mignot**, j'essaye de me souvenir de chacun de vos gestes ; **DT** et **PPE**, les grands de LR ; **Tony** et **David**, le bonheur de bosser avec vous ! Aux urologues du CHU : **Chef Ducouso**, merci pour tout ; **Maxime**, **Simon**, **Julie** et **Pierre-Olivier** pour vos conseils avisés.

A mes amis :

Mon relais, avec vous je vais au bous du monde,

Hugo (Labra), mon frère depuis toutes ces années, tu as tout suivi depuis le début, l'officiel et l'officieux (surtout l'officieux), les joies et les peines, les souvenirs ... Inconsciemment tu as participé au succès de cette thèse. Merci pour tout et longue vie à notre amitié !

Max (Pékan), mon plus vieux copain, évidemment devenu un ami dont la solidité n'est plus à démontrer. Ne change rien, je souhaite à tout le monde d'avoir un Max dans sa vie.

Lucas, l'autre plus vieux copain, nous être redécouvert ces derniers temps m'a donné beaucoup de joie, on ne se quittera plus c'est sûr !

Louis, tu ne changes pas et c'est parfait car tu es parfait, on a hâte d'être en octobre !

Mes tontons et tatas,

Gautier, peut-être est-ce pour faire comme toi que je me suis retrouvé là ! Encore une preuve que tu es plus qu'un ami, un roc dans ma vie, toujours disponible. Le meilleur reste à venir avec **Lauriane** et Caro !

Charles, merci pour ces 3 belles années de collocation et bien plus de fête. RCPasmaintenantquonvasarrêter. Toute mon amitié à **Léa** !

Manon, de l'amitié en diamant brut, merci d'être là pour moi et merci d'avoir fait entrer **Sophie** dans nos vies, cette petite perle.

J-E, mon **Tiri**, merci pour tous ces moments, ces teufs, ton amitié ... Ca ne fait que commencer !

Clab, le plus beau des DJ, le meilleur des amis, le meilleur des matelots, merci pour tout !

Tang, merci d'être toi et de partager l'exil dans l'ouest ! C'est toujours un immense plaisir de te voir et de connaître maintenant ta **Chloé** qu'on a adoptée tout de suite.

Cam, partenaire d'orga mais surtout de crime, merci d'avoir toujours été là pour nous. Et bien sûr merci pour ce **François** de compétition que tu nous as trouvé.

Grogui, merci mon pote pour ces débats enflammés, le stade, KCS et la bringue.

Jean, ou Cheahn comme tu préfères, merci pour toutes ces années, hâte d'y voir la ptiote et sa ritale de maman, aka **Jojo**.

Paulo, le bon vivant, l'ami dont t'as besoin pour guider un beau repas, hâte de se retrouver à Lyon avec ta **Cam**.

Rob, merci pour ta gentillesse, ta folie et l'attention que tu portes aux autres ! Hâte du futur et de repartir sur l'eau avec **Marion**.

Ma brigade,

Ma **Vivette**, 3 semestres à vivre ensemble auront forgé notre solide amitié. Embrasse bien fort **Clement** qui te va si bien.

Quentin, mon anesth sûr, en 3 mots absurdes on est plié en 2, hâte de venir faire du kite à Rochefort mon bro. Toi aussi embrasse bien ta **Clem** !

Nathan, mon bon Nakamura, du bowling à l'Oxford, on n'a pas fini les bêtises !

Guigui, mon pote, ami, témoin, colloque, un peu tout pour moi en somme ...

Maubike,

Humphrey, plus que le nom de ma playlist rock, tu es définitivement une très très belle découverte, un ami sur qui je peux compter !

Toto, my Totitotu, les mots pour te décrire ne font pas partie du dico, je t'aime mon poto.

PEQ, mon peqo, te fréquenter n'est pas toujours très reposant #lundi mais c'est toujours un immense plaisir qui ne va pas s'arrêter de si tôt ! Prends soin de notre **Camille**.

Charley, le Prez, bon vent chef ! On va venir te voir à Montpel.

Dru, d'aucuns ont des aventures, tu es une aventure.

Le moment est venu de refaire une lyonnaiserie, je crois qu'on s'est assez reposé depuis décembre 2019

Les pictaves,

Romain, heureusement qu'on ne s'est pas rencontré plus tôt, pas sûr qu'on serait arrivé jusqu'ici. Bien se souvenir : Henry = pas mal mais pas ouf au final. C'est faux, c'est déjà oublié.

Max, le plus beaux des Landais (après la plouf) et une excellente rencontre. Je crois qu'on a matché dans la seconde et c'était pour le meilleur. Il me tarde de fêter ça avec **Mathilde** !

Cédric, tu rentres dans toutes les catégories mais surtout dans celle du meilleur prof de kite de la west-coast. C'est grâce (ou à cause) de toi si on est là. Hâte de fêter ça intelligemment messiiire.

Jerem, la première fois que je t'ai vu, t'étais en Vif d'Or, la deuxième devant du Boris Brejcha, après on ne compte plus. Aucun doute pour que ça fasse des étincelles le sang.

Guerem, loin par les idées, proches par les valeurs, la recette d'une amitié riche qui finit souvent (toujours) autour d'une pinte.

Boissinot et **Wassim**, deux très beaux orthopédistes dont je suis ravi d'avoir croisé le chemin.

Théo, un plaisir d'avoir été là pour ton premier semestre et de continuer à faire la bringue.

Léa, la douceur même, quel plaisir d'avoir travaillé avec toi et d'être devenu ton ami.

Comment finir autrement que par le plus important des remerciements ? **Caroline**, tu sais déjà que je te dois énormément, de la D4 à l'internat. On partage maintenant nos vies pour mon plus grand bonheur. Je suis tellement fier d'être ton mari, je me réjouis déjà de notre avenir. Je suis sûr qu'on saura s'épanouir à l'hôpital comme dans notre famille. Je t'aime.

Abréviations :

AFENA : Association Filière Endométriose Nouvelle-Aquitaine

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

IC : Intervalle de confiance

ISNAR : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine
Générale

KPI : Key Performance Indicator

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

SOMMAIRE

<i>Abréviations</i>	9
<i>Introduction</i>	11
<i>Matériel et Méthode</i>	12
1) Le contenu du cours.....	12
2) Le public ciblé	12
3) La vidéo	13
4) La diffusion	13
5) Le cadre de référence de l'évaluation	14
6) L'analyse.....	15
<i>Résultats</i>	16
1) Résultats principaux relatifs au visionnage de la vidéo.....	16
2) Résultats du questionnaire	16
3) Résultats sur la diffusion de la vidéo	19
<i>Discussion</i>	22
1) Connaissance des dysménorrhées en médecine	22
2) Les conséquences du manque de connaissance.....	25
3) Intérêt pédagogique d'une vidéo	26
4) Résultats principaux	26
a. Nombre de vues	26
b. Rétention du spectateur.....	26
c. Qualité de la vidéo.....	27
5) Limites :	27
6) Interprétation.....	28
7) Perspectives	29
<i>Conclusion</i> :	30
<i>ANNEXES</i>	31
Annexe 1 : texte dit à l'oral	31
Annexe 2: Diapositives.....	34
<i>Bibliographie</i>	36
<i>SERMENT</i>	38

Introduction

Les urgences gynécologiques reçoivent des patientes qui consultent pour des raisons variées. La douleur aigue est un des motifs fréquents de consultation des urgences. Lors de l'interrogatoire, de nombreuses patientes rapportent des dysménorrhées importantes, que certaines d'entre elles ont déjà essayé d'évoquer avec leur médecin généraliste et parfois même leur gynécologue. L'attention portée à l'expression de leurs maux est variable. D'autres n'ont même jamais parlé de leurs douleurs, estimant que celles-ci étaient dans l'ordre des choses. Et de nombreuses patientes ont exprimé leur surprise en découvrant lors de l'interrogatoire que leurs dysménorrhées invalidantes n'étaient pas physiologiquement « normales ». Ainsi, aux urgences gynécologiques, découvre-t-on que les dysménorrhées sont mal connues des patientes mais aussi du corps médical.

Ce constat nous a conduit à envisager l'hypothèse d'une méconnaissance des dysménorrhées et de leurs étiologies en médecine générale ou spécialisée. La recherche bibliographique a confirmé la validité de cette hypothèse.

C'est dans cette optique que nous avons conçu le projet d'une vidéo courte, sous la forme d'un cours sur les dysménorrhées qui contiendrait les informations clefs pour une prise en charge efficace de première intention. L'objectif est d'atteindre par cette vidéo des professionnels de santé de façon à attirer leur attention et infléchir leur pratique, avec pour effet recherché, l'amélioration de la prise en charge des patientes.

Pour ce faire, nous avons travaillé à deux niveaux :

- la conception d'un « mini cours » destiné à un format vidéo pour une circulation ciblée sur internet, vidéo instructive sur les dysménorrhées en médecine générale et en cabinet de sage-femme avec des messages clefs.
- l'évaluation de la diffusion de cette vidéo courte sur internet, de l'atteinte du public cible ainsi que leur retour sur le contenu.

Matériel et Méthode

1) Le contenu du cours

Le cours est fractionné en 4 parties.

- La première partie porte sur les étiologies à évoquer.
- La seconde aborde les examens complémentaires et le traitement de première intention, souvent commun aux différentes étiologies.
- Les parties 3 et 4 détaillent deux points spécifiques :
 - o l'un sur les violences sexuelles
 - o l'autre sur l'endométriose.

La partie consacrée à l'endométriose a été faite à partir des recommandations de la HAS sur la prise en charge de l'endométriose en médecine générale (2017 [1]). Le diaporama et le texte sont en annexe (1 et 2).

Nous avons fait un cours concret et pratique. Nous avons donné des informations directement applicables en consultation : le traitement de première intention, dont l'introduction peut être rapide et les examens complémentaires éventuellement nécessaires. Nous avons mis en avant des messages forts pour retenir l'attention des professionnels de santé, tels que

- « il n'est pas normal ne pas pouvoir contrôler la douleur pendant les règles »
- ou encore « l'urgence est au traitement et non au diagnostic ».

2) Le public ciblé

Ce cours est adapté aux médecins généralistes et aux sages-femmes. Dans le contexte des dysménorrhées, l'examen gynécologique complet n'est pas forcément obligatoire dès la première consultation et peut même attendre un avis spécialisé (RPC CNGOF 2023). En revanche, l'écoute de la patiente, l'anamnèse et la mise en place du traitement de première ligne sont du ressort du médecin généraliste et de la sage-femme.

En parallèle, les professionnels de santé qui participent à la prise en charge des patientes douloureuses (kinésithérapeutes, ostéopathe, sophrologue ...) ou au dépistage (infirmières scolaires en particulier) sont également des acteurs de santé et donc ciblés pour être destinataires de ce cours.

3) La vidéo

Afin de sensibiliser le plus grand monde, nous avons choisi le support vidéo de préférence au podcast pour pouvoir soutenir la parole par un visuel (powerpoint en annexe). Le choix de la durée (8 minutes) était délibéré : rendre possible un visionnage sans avoir nécessairement à dégager un temps dédié. En effet, on sait que les médecins généralistes ne peuvent consacrer qu'un temps limité à leur formation tant leurs connaissances doivent s'étendre à tous les domaines de la médecine.

Nous avons choisi Youtube comme support de diffusion pour plusieurs raisons : cette plateforme permet un partage facile de la vidéo avec le lien. En outre, le nombre de vues de la vidéo est identifiable, ainsi que le temps de visionnage par utilisateur. Notre vidéo n'étant pas de la vulgarisation scientifique à destination des patientes mais bien un enseignement pour un public bien défini, nous avons privilégié l'option de publication en « privé » sur Youtube ; la vidéo n'était disponible que pour les personnes disposant du lien.

4) La diffusion

Nous avons prévu la diffusion de la vidéo sur différentes plateformes sélectionnées pour leur pertinence par rapport à la cible, et le potentiel de volume de contacts générés. Pour ce faire, nous avons sollicité directement différents syndicats de médecins généralistes : Les Généralistes, MG France, l'ISNAR (Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) et le Collège de la médecine générale. Nous avons également contacté toutes les Unions Régionales des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux. Toutes ces institutions ont été sollicitées par un mail détaillant le projet et leur demandant leur contribution pour faciliter la diffusion de notre vidéo. Le conseil de l'ordre des sages-femmes de la Vienne a également été sollicité.

Parallèlement, nous avons utilisé les réseaux sociaux, notamment des groupes Facebook d'internes et le réseau professionnel LinkedIn.

5) Le cadre de référence de l'évaluation

Les plateformes de vidéo comme Youtube disposent de deux indicateurs (KPI en anglais pour Key Performance Indicator) pour évaluer la pertinence d'une vidéo : le nombre de vues et le temps moyen passé sur la vidéo par les spectateurs [2].

Pour compléter ces KPI, nous avons adjoint un questionnaire rapide d'évaluation de la vidéo, accessible depuis son lien sur Youtube. Celui était optionnel. Voici les questions dans l'encadré suivant :

- 1) Vous êtes : Médecin généraliste / Sage-Femme / Médecin spécialiste autre que gynécologue / Gynécologue / Interne de médecine générale / Interne de spécialité / Interne de gynécologie / non professionnel de santé.
- 2) Nombre d'années d'expérience : Moins de 5 / Entre 5 et 10 / plus de 10
- 3) Sexe
- 4) Région d'exercice
- 5) Est-ce un sujet avec lequel vous êtes familier en consultation ?
 - 5 niveaux de réponse : Pas vraiment – Tout à fait.
- 6) Est-ce que la démarche proposée ici est en adéquation avec votre pratique ?
 - 5 niveaux de réponse : Pas vraiment – Tout à fait.
- 7) Avez-vous acquis des connaissances au cours de cette vidéo ?
 - 5 niveaux de réponse : Aucune - Beaucoup
- 8) Pensez-vous que cette vidéo va influencer votre prise en charge des patientes atteintes de dysménorrhées ?
 - 5 niveaux de réponse : Pas vraiment – Tout à fait.
- 9) Cette vidéo était-elle :
 - Trop courte, trop longue, bonne taille ?
 - Trop généraliste, pas assez spécialisé, ni l'un ni l'autre ?
- 10) Recommanderiez-vous cette vidéo à un confrère ?
 - 5 niveaux de réponse : Pas du tout – Je la partage tout de suite.

6) L'analyse

Notre analyse statistique des données récoltées via la plateforme et le questionnaire a été purement descriptive. Nos critères de jugement principaux étaient le nombre de vues de la vidéo et le temps passé par spectateur sur la vidéo.

L'analyse du questionnaire avait pour but d'obtenir des informations démographiques. Nous avons pu définir cinq groupes :

- les gynécologues et internes en gynécologie,
- les spécialistes de médecine générale et internes en médecine générale,
- les spécialistes et internes non-gynécologues,
- les sages-femmes
- les paramédicaux (infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ostéopathes, sophrologues ...).

Le groupe des gynécologues a été choisi comme groupe de référence pour permettre de valider le contenu de la vidéo. Les autres groupes ont été comparés entre eux sans analyse statistique. Les « non professionnels de santé » n'ont pas été inclus dans l'analyse. Une description de la population des répondants (genre, années de pratique professionnelle) est prévue.

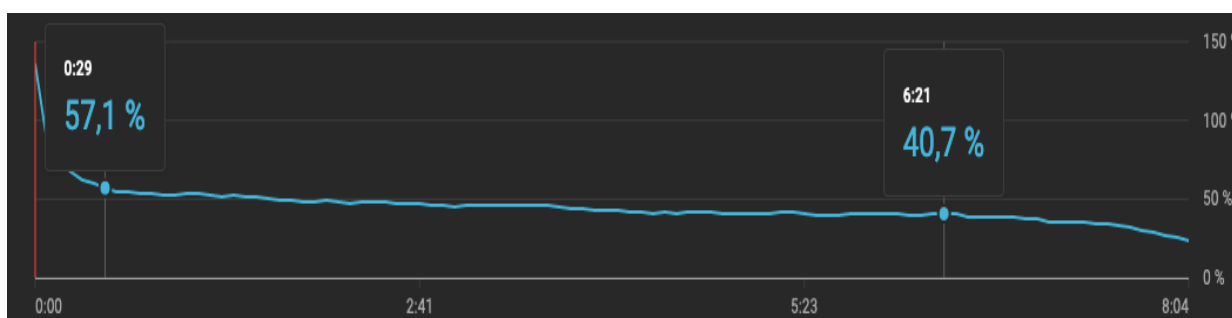
Les résultats du questionnaire sont présentés sous la forme d'une note sur 5 avec un intervalle de confiance (IC) à 95%.

Résultats

1) Résultats principaux relatifs au visionnage de la vidéo

Un mois et demi après la publication de la vidéo, 1783 vues ont été comptabilisées (au 20 février 2023). Cinquante-sept pour-cent des personnes ont regardé la vidéo sur une durée supérieure 30 secondes. Quarante et un pour cent ont regardé jusqu'à 6 min 20 (figure 1). Cela représente donc 725 personnes qui ont visionné la partie la plus importante de la vidéo. Nous avons perdu dans cet intervalle de temps 16% des spectateurs (283 personnes).

Figure 1 : Rétention des spectateurs par unité de temps*



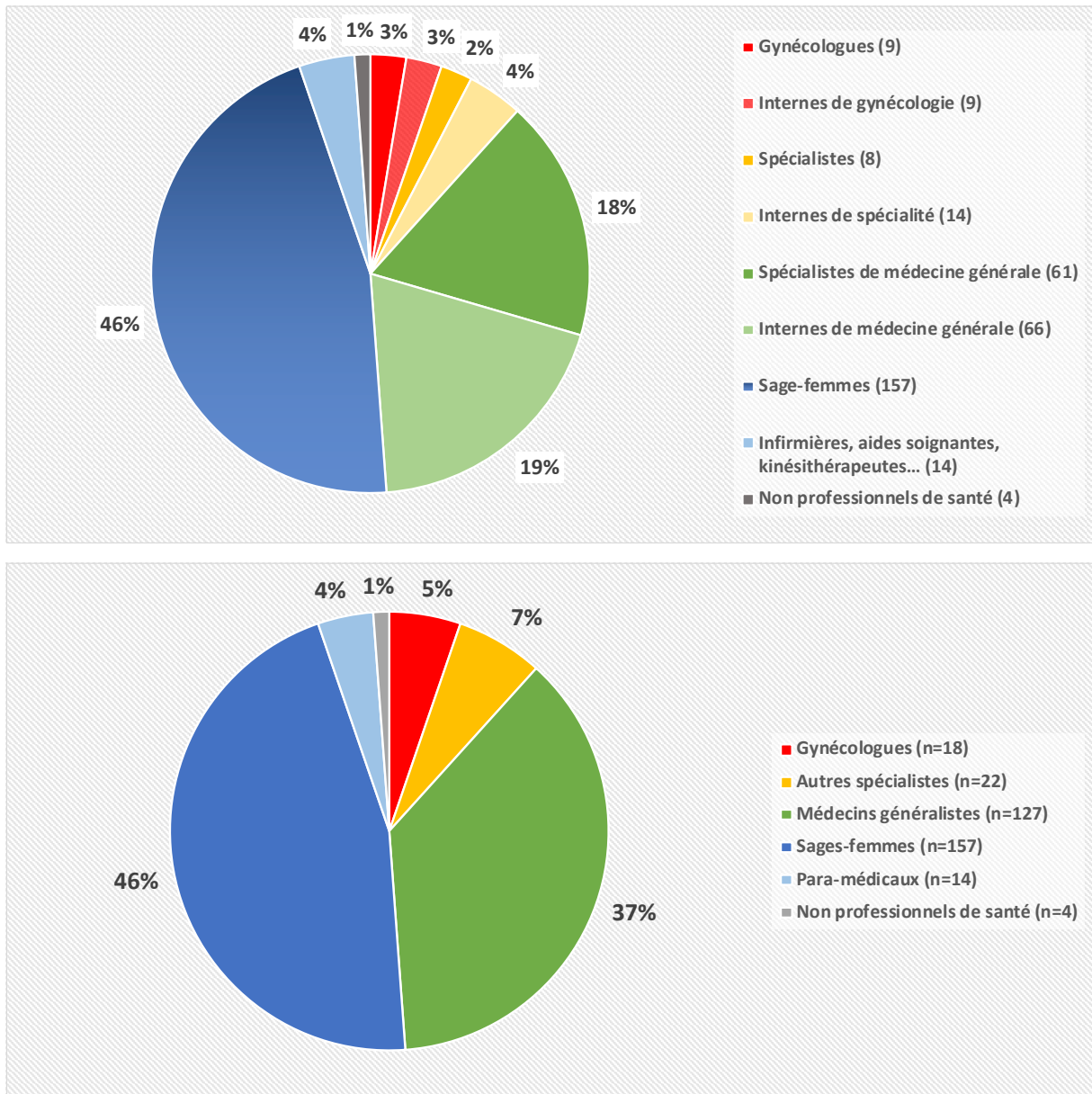
*Le pourcentage est supérieur à 100% au début car certains utilisateurs ont regardé la vidéo plusieurs fois.

Source : logiciel d'analyse de la plateforme Youtube

2) Résultats du questionnaire

Notre questionnaire a été rempli par 342 personnes dont la répartition est représentée par la figure 2. Cela représente 47% des 725 personnes qui ont regardé la vidéo en entier. Trente-sept pour-cent des répondants (127/342) sont médecins généralistes ou internes de médecine générale.

Figure 2 : Profil professionnel des répondants



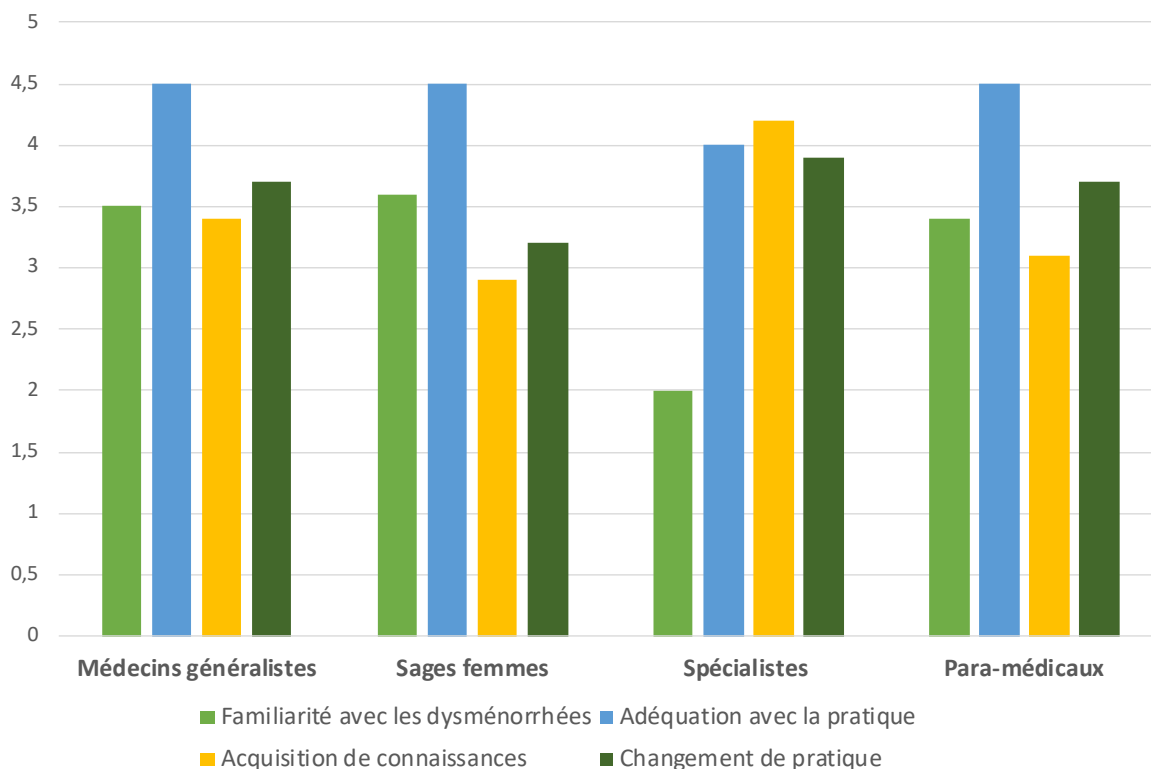
Concernant les gynécologues (docteurs et internes), les 18 répondants de cette catégorie sont des professionnels familiers des dysménorrhées en consultation : 4,6/5 [4,3-4,9] IC à 95% de moyenne à la question « *Concernant les dysménorrhées : est-ce un sujet avec lequel vous êtes familier en consultation ?* ». Leurs réponses indiquent qu'ils sont tout à fait en accord avec la prise en charge que nous avons proposée dans la vidéo : 4,9/5 [4,8-5,1] IC à 95% de moyenne à la question « *Est-ce que la démarche proposée ici est en adéquation avec votre pratique ?* ». La moyenne de la réponse à la question « *Avez-vous acquis des connaissances au cours de cette vidéo ?* » était à 2,4/5 [1,8-3,1] IC à 95% ; enfin, le questionnaire indique que cette vidéo

n'allait pas ou peu changer leur pratique : 2,7/5 [2,1-3,4] IC à 95% à la question « *Pensez-vous que cette vidéo va influencer votre prise en charge des patientes atteintes de dysménorrhées ?* ».

En ce qui concerne les résultats du questionnaire sur les 4 autres catégories (figure 3), la familiarité avec les dysménorrhées en consultation est identique entre les médecins généralistes, les sages-femmes et les paramédicaux (3,5/5 [3,4-3,6] IC à 95%) ; seuls les autres médecins spécialistes se disent moins familiers avec ce sujet en consultation (2,0/5 [1,4-2,6] IC à 95%). Ces derniers sont également ceux qui pensent avoir le plus appris dans cette vidéo.

En moyenne, dans ces 4 catégories confondues qui représentent notre public cible (320 personnes), la familiarité avec les dysménorrhées en consultation est notée à 3,4/5 [3,3-3,5] IC à 95%. Les connaissances acquises au cours de la vidéo sont estimées par les répondants à 3,2/5 [3,1-3,3] IC à 95%.

Figure 3 : moyenne des notes au questionnaire en fonction des catégories de répondants



Concernant le format de la vidéo, 308 répondants sur 342 ont estimé que la durée de la vidéo était bonne, soit 90%. Ils étaient seulement 7 à la trouver trop longue (2%) et 31 à la trouver trop courte (9%). Soixante-treize répondants (21%) ont jugé que le contenu était trop généraliste. Parmi ces derniers, toutes les catégories étaient également représentées.

Concernant l'âge, 107 sur 127 médecins généralistes avaient moins de 5 ans de pratique. Notre population était donc composée de jeunes praticiens. Nous nous sommes aussi intéressés au genre des répondants : 46/342 sont des hommes (13%), des proportions différentes selon les métiers ; par exemple, chez les médecins généralistes, 23% d'hommes ont répondu.

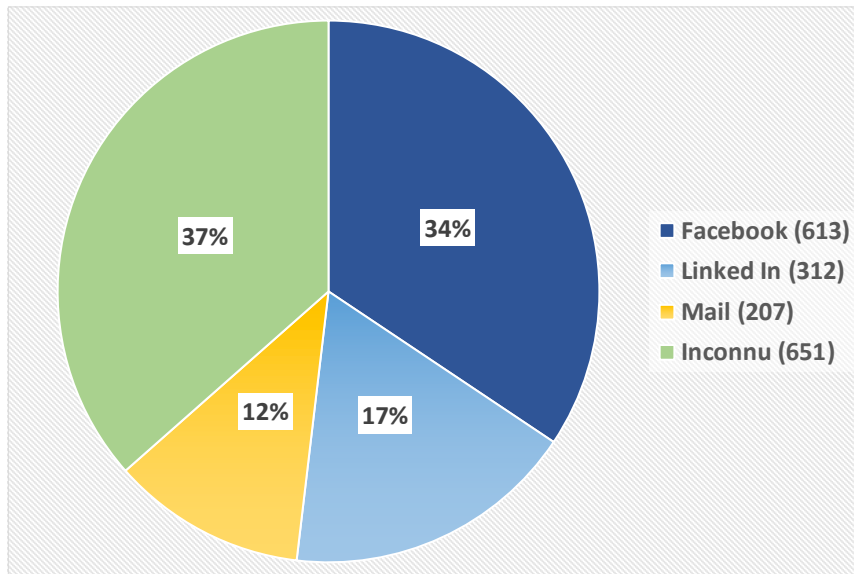
3) Résultats sur la diffusion de la vidéo

Concernant les syndicats et représentants de médecine générale, nous avons eu 100 % de refus pour diffuser notre vidéo : Les Généralistes ; MG France, l'ISNAR, le Collège de la médecine générale. Il en va de même pour les URPS : sur les 14 contactés, seule l'URPS de Corse a diffusé notre vidéo auprès des 360 médecins généralistes libéraux de l'île.

La vidéo a bien été reçue du côté des sages-femmes puisque Madame Sylvie Guinot, vice-présidente du Conseil Départemental Ordre Sages-Femmes de la Vienne, l'a diffusée auprès de tous les conseils départementaux de France, ce qui explique le fort taux de réponse des sages-femmes.

C'est sur les réseaux sociaux que la vidéo s'est le mieux diffusée (Figure 4). Sur Facebook, les groupes d'internes ont été un relais privilégié de la vidéo puisqu'au moins 34% des personnes ont cliqué sur la vidéo depuis Facebook. Sans prendre en compte les données manquantes, les réseaux sociaux représentent 82% de l'origine des vues.

Figure 4 : Répartition de la provenance du trafic sur la vidéo



Source : logiciel d'analyse de la plateforme Youtube

En fin de questionnaire, nous avons demandé si les répondants avaient l'intention de transférer notre vidéo à leurs collègues. La réponse sur 5 a été notée à 4,2 [4,1-4,3] IC à 95%. Nous n'avons pas accès à la réalité de ce chiffre mais nous pouvons supposer qu'une partie de nos spectateurs l'ont réellement fait puisque nous avons enregistré 38 republications sur LinkedIn.

Nous présentons dans l'encadré suivant les commentaires spontanés de la vidéo qui ont été nombreux.

« Génial, très pratique » « Vidéo synthétique sur les dysménorrhées. »

« Bravo ! l'essentiel des messages y est et c'est important ! MERCI Hugo Camilli. »

« Merci, vidéo particulièrement intéressante. Elle est aussi bien à destination des patientes que des professionnels de santé. »

« Bravo de faire bouger les choses sur cette thématique.
C'est un véritable enjeu de santé publique »

...

Comme énoncé plus haut, sur LinkedIn, le post de la vidéo a été republié 36 fois, notamment par l'AFENA (Association Filière Endométriose Nouvelle-Aquitaine) et EndoFrance, une des principales associations de patientes atteintes d'endométriose. L'AFENA a d'ailleurs référencé la vidéo directement sur son site.

Discussion :

1) Connaissance des dysménorrhées en médecine

La prévalence des dysménorrhées est difficilement évaluable car il n'existe pas de définition unique. L'évaluation la plus commune est basée sur l'échelle numérique de douleur. Les estimations varient de 45 à 95% au sein de la population générale, avec à chaque fois des seuils de douleur variables. Si l'on considère l'absentéisme scolaire ou au travail comme un critère de dysménorrhée sévère, 5 à 14% des femmes auraient une atteinte sévère[3].

L'étude de Hadjou et al. porte sur une population de 953 adolescentes et met en évidence une prévalence des dysménorrhées s'élevant à 92,9% et parmi la population étudiée, 8,9% des adolescentes décrivaient leurs douleurs comme sévères[4]. L'impact des dysménorrhées sur la qualité de vie était significatif : 43,3 % des adolescentes ont signalé des absences scolaires en raison de dysménorrhée, 74,9 % des difficultés à assister aux cours et 77,2 % des difficultés à pratiquer des activités sportives [4]. C'est ici qu'interviennent les professionnels de santé. D'une part pour dépister les dysménorrhées invalidantes et d'autre part en étant à l'écoute des patientes, notamment adolescentes quand elles se plaignent de douleurs. Ne pas minimiser la douleur des patientes est le point central de la prise en charge des dysménorrhées. Les auteurs concluent que les dysménorrhées doivent être traitées comme un problème de santé publique par des campagnes d'éducation et d'information destinées aux jeunes filles elles-mêmes, à leur famille et aux professionnels de santé.

Aux États-Unis aussi, la question de la prise en charge des dysménorrhées a fait l'objet de plusieurs publications. En 2022, Doleeb et al. publient un commentaire de cas dans l'*American Medical Association Journal of Ethics*, intitulé : « Underrecognition of Dysmenorrhea Is an Iatrogenic Harm » / « *La méconnaissance des dysménorrhées est un préjudice iatrogène* »[5]. Les auteurs rappellent que les patientes normalisent souvent leur douleur sévère en la considérant comme « normale ». D'autre part, la stigmatisation menstruelle (sociale et de la part du corps médical) décourage encore plus les personnes atteintes de dysménorrhées de parler de leurs symptômes et de rechercher des soins de santé. Il s'agit d'une injustice épistémique, qui désigne la remise en question de la capacité d'un individu de se positionner

comme producteur de savoirs dans le discours ; ici il s'agit spécifiquement de la remise en question de la capacité d'une femme à juger de ses douleurs de règles. Or, l'expérience de la maladie affecte tous les domaines de leur vie : socialisation, habitude à la souffrance physique, apprentissage de gestions différentes des tâches du quotidien, etc. Leur discours est donc central et se doit d'être entendu lors d'une consultation. C'est ainsi que la conclusion rejoint ce que nous avons déjà dit plus haut, il est nécessaire de mieux faire connaître les dysménorrhées et les traitements possibles.

Les gynécologues, sages-femmes ou médecins généralistes titulaires du DESC de gynécologie médicale et exerçant pour une grande partie ou la totalité de leur activité en gynécologie médicale sont les interlocuteurs privilégiés des patientes pour les plaintes de dysménorrhées. Cependant, la demande des patientes est plus forte que la disponibilité des spécialistes de gynécologie médicale et se reporte ainsi naturellement sur des professionnels ayant une activité non spécialisée. Ces derniers ne sont cependant pas toujours à l'aise avec le sujet. Les sages-femmes sont aussi de plus en plus sollicitées pour faire du suivi gynécologique[6]. C'est pourquoi la cible principale de notre vidéo était les médecins généralistes et les sages-femmes pratiquant peu ou pas de gynécologie.

Prenons l'exemple de l'endométriose que nous traitons dans notre cours. L'un des principaux symptômes sont les dysménorrhées: seulement 25% des médecins généralistes en Picardie se sentent à l'aise avec l'endométriose et sa prise en charge 3 ans après la sortie des recommandations [7]. Ce chiffre s'élève à 59% chez les médecins ayant suivi un diplôme de gynécologie. Aux auteurs de conclure en 2021 que l'éducation médicale sur ce sujet devrait continuer. Une étude en Seine et Marne de Quibel et al. retrouve les mêmes résultats en 2013 avec deux tiers des médecins généralistes interrogés qui se sentent peu ou pas à l'aise avec l'endométriose.[8] Plus récemment en 2022, dans le sud de la France, Mouton et al. ont mis en évidence que les connaissances des médecins généralistes qui faisaient de la gynécologie en consultation, étaient perfectibles[9]. La France n'est pas un cas isolé. Au Pays-Bas par exemple, une étude sur les connaissances en endométriose des médecins généralistes étaient insuffisantes et 87% d'entre eux disaient avoir besoin de plus de formation sur le sujet [10].

Sur le plan de l'enseignement, le manque de connaissance déclaré par les médecins s'explique en partie par le manque d'enseignement lors du cursus général des études médicales. En effet, toujours avec l'exemple de l'endométriose, cette pathologie a son propre item seulement depuis 2019 dans le programme de l'Examen Classant National. La prévalence de l'endométriose est pourtant estimée à 10% dans la population générale.

Le manque de connaissances est également partagé par les patientes. Dans la cohorte d'adolescentes présentant des dysménorrhées de Hadjou et al., seulement la moitié avait consulté un médecin. Parmi celles qui n'avaient pas consulté, 50% considéraient les dysménorrhées comme un « fardeau de femme » [4]. Une équipe d'Indianapolis a même mis en évidence 9 raisons pour les femmes de ne pas chercher de soin pour leur dysménorrhées (Chen et al.[11]) : supposer que les symptômes sont normaux, préférer l'autogestion des symptômes, avoir des ressources limitées, penser que les médecins ne proposeront pas d'aide, ne pas connaître les options de traitement, considérer les symptômes comme tolérables, se méfier des traitements disponibles, se sentir gênée ou avoir peur de demander des soins, et ne pas demander de soins de santé en général.

Ce manque de connaissances peut s'expliquer également d'un point de vue culturel et historique. Depuis la théorie des humeurs dans l'Antiquité jusqu'à nos jours où la plupart des publicités représentent le flux menstruel violet ou bleu... Il faut attendre 2018 en France pour avoir une publicité pour des serviettes hygiénique avec du sang représenté rouge[12]. Les règles ont longtemps été un problème de femme dont il ne fallait pas parler et encore moins se plaindre.

Il y a donc un besoin de former mieux les acteurs de la santé des femmes. C'est ainsi que des formations sont régulièrement proposées comme L'AFENA qui organise prochainement (avril à septembre 2023) pour les médecins, gynécologues, sages-femmes une formation "Dépistage et Prise en charge de première intention de l'endométriose devant des algies pelviennes ou dysménorrhées". Notre projet s'inscrit donc dans cet effort commun de mieux former les professionnels de santé aux pathologies spécifiques de la femme.

2) Les conséquences du manque de connaissance

Une conséquence est, pour l'endométriose, un diagnostic long. On estime entre 7 et 10 ans, le temps qui s'écoule entre la première plainte des patientes et le diagnostic d'endométriose [13]. Ce long délai est multifactoriel mais le manque de connaissance de cette pathologie par le corps médical y participe. Une étude américaine a montré que plus les praticiens étaient formés, plus le délai de diagnostic était court, ce qui est logique, mais que la formation des médecins était efficace pour réduire ce délai [14].

C'est donc dans ce contexte que nous avons ancré notre vidéo et discuté de son contenu. La difficulté n'a pas résidé dans la conception du contenu à proprement parler de chacune des parties mais dans les contraintes que nous nous étions données de privilégier un caractère très synthétique et ciblé du propos.

Nous avons choisi d'aborder le problème par un seul symptôme : les dysménorrhées ; la prise en charge de première intention étant globalement commune aux différentes étiologies des dysménorrhées. En prenant ce parti, plutôt que de faire une vidéo spécifique de l'endométriose par exemple, nous espérons réduire le délai de prise en charge de la douleur. Car nous estimons que cela est plus important que de réduire le délai diagnostic souvent mis en avant dans les études.

Nous avons tout de même fait le choix d'aborder deux points spécifiques en lien avec les dysménorrhées. Tout d'abord les violences sexuelles qui sont connues pour être pourvoyeuses de douleurs pelviennes chroniques. Ces douleurs peuvent s'inscrire dans un cadre nosologique plus large englobant les dysménorrhées. Il nous a paru important de ne pas laisser ce sujet de côté dans notre cours tant il est fréquent [15]. L'autre sujet, dont nous avons déjà parlé plus haut est l'endométriose. Les dysménorrhées sont un symptôme phare de cette maladie et constituent souvent le premier signe de la maladie. S'arrêter plus en détail sur cette maladie nous a paru nécessaire. En effet, l'attente des patientes est grandissante, beaucoup connaissent la maladie de nom et ont lu des choses sur ses principaux symptômes. Sur Instagram les comptes de patientes atteintes d'endométriose sont très nombreux et souvent tenus par des patientes expertes (journal_de_lendometriose 14300 abonné(e)s ; fannyrObin 13 000 abonné(e)s ; endholistic 8200 abonné(e)s ...). Les #endometriose et #endometriosis regroupent respectivement 855 000 et 2,4 millions de publications simplement sur Instagram.

Les professionnels de santé doivent donc être prêts à recevoir ces patientes et à les prendre en charge correctement avec en premier lieu un interrogatoire précis et complet que nous exposons en détail dans la vidéo.

3) Intérêt pédagogique d'une vidéo

L'intérêt pédagogique de la vidéo est démontré par de nombreuses études comme le détaille le Professeur Séraphin Alava sur le site du ministère de l'éducation nationale [16]. Ces études portent essentiellement sur l'enseignement primaire et secondaire et évaluent l'intérêt de la vidéo comme support d'un cours magistral. Dans notre cas, la vidéo se suffit à elle-même, ne faisant pas partie d'un cours global. Mais l'efficacité d'un tel procédé a été démontré comme le montre une revue de la littérature de Zhang et al. [17].

Youtube a été reconnu dans une revue de la littérature de Madathil et al., comme un moyen efficace de transmettre de l'information médicale [18]. Les auteurs soulèvent tout de même un point important ; étant donné l'absence de contrôle scientifique de la plateforme, de nombreuses informations fausses y circulent. C'est pourquoi nous déclinons notre identité dans la vidéo et que les références bibliographiques sont citées en commentaire de la vidéo. Nous espérons ainsi rassurer le spectateur pour garantir l'attention que celui-ci accorde à la vidéo. De plus, on l'a dit, Youtube offre des fonctionnalités d'analyse qui nous permettent d'approcher l'intérêt des auditeurs via les KPI de la plateforme.

4) Résultats principaux

a. Nombre de vues

On l'a dit plus haut : notre vidéo a généré 1783 vues. En recherchant avec les mots clefs « Disménorrhées » et « Cours » sur Youtube, la plupart des vidéos, qui se présentent sur un format de cours de moins de 10 minutes, comptabilisent moins de 1000 vues. Nous rappelons également que la vidéo n'était disponible que pour les utilisateurs disposant du lien. Ce résultat nous semble donc bon pour une vidéo spécialisée.

b. Rétention du spectateur

Concernant la rétention des spectateurs, 41% d'entre eux ont pris connaissance du message principal de la vidéo en la regardant jusqu'à 6'20". Cette durée est dans la moyenne pour une

vidéo Youtube selon l'analyse automatique faite par la plateforme. Il est difficile de mettre en perspective ce résultat car si le nombre de vues est public, le taux de rétention des spectateurs est une information plus difficile à trouver. Les chiffres que nous avons trouvés, sont publiés pour des vidéos en marketing et comparables à notre résultat puisqu'ils indiquent entre 35% et 40% de rétention [19].

c. Qualité de la vidéo

L'analyse des réponses des gynécologues et des internes de gynécologie est intéressante pour valider le contenu de la vidéo. En effet, les résultats dans cette population que l'on peut considérer comme quasi experte, étaient très positifs : les gynécologues sont d'accord avec la prise en charge que nous avons proposée. Le public cible, quant à lui, nous a fait part de son intérêt pour la vidéo via le questionnaire. De plus, les commentaires et le nombre de partages de la vidéo sur les réseaux sociaux nous ont montré l'enthousiasme spontané des spectateurs pour le contenu.

L'ensemble de ces éléments nous permettent de dire qu'il s'agit d'une vidéo de bonne qualité.

5) Limites :

Nous avons constaté une mauvaise diffusion par les institutions de notre vidéo, notamment les organisations de médecine générale. Une des difficultés principales aura été en effet d'atteindre les médecins généralistes. Cela constitue une limite de notre projet. Comme énoncé plus haut, les syndicats de médecins et les URPS ont répondu quasiment exclusivement par la négative, avançant l'argument que les sollicitations étaient trop nombreuses et que les internes de la spécialité ou de la région étaient habituellement privilégiés.

Une autre difficulté a résidé dans l'appréciation des résultats en termes de nombre de vues et de rétention des spectateurs car nous avons peu d'exemples sur lesquels nous baser pour savoir où nous en étions. Il était donc difficile de définir un objectif avant la publication de la vidéo et difficile aussi ensuite, de comparer notre résultat principal en externe.

Enfin, concernant le contenu de la vidéo, il nous a été suggéré dans deux commentaires qu'on choisit de relever dans cette discussion des limites, d'inclure deux autres pathologies dans les étiologies :

- Le syndrome des ovaires poly-kystiques :

C'est en effet une pathologie qui peut se manifester par des dysménorrhées invalidantes [20] ; et qui ainsi peut être recherchée. Il faudrait alors rechercher les autres symptômes qui sont nombreux. Ce syndrome mériterait un cours à lui seul.

- Le syndrome de congestion pelvienne :

Ce syndrome est en effet pourvoyeur de dysménorrhées mais surtout de douleurs pelviennes chroniques[21]. C'est pour cette raison que nous ne l'avons pas inclus dans les étiologies à évoquer en première intention.

6) Interprétation

Notre vidéo faisait 8 minutes. Nous avons capté 41% de l'audience jusqu'à 6 minutes 20. Bien que les répondants aient trouvé la vidéo de la bonne longueur pour la grande majorité, nous estimons pour notre part que celle-ci est encore trop longue pour une partie de notre public. Nous en tirons la conclusion qu'il convient de mettre les messages les plus importants en début de vidéo pour pallier l'attrition continue du nombre de spectateurs tout au long de son visionnage. Dans une future vidéo, nous ferons attention à ce paramètre et centrerons les informations essentielles dans les 5 premières minutes.

La majorité des répondants étaient des répondantes. Ce résultat est probablement influencé par l'importance du groupe « Sages-femmes », une profession dont le taux de féminisation dépasse 99%. Nous relevons la possibilité d'une sous-réponse des médecins généralistes hommes. En effet, ceux-ci représentent 53% des médecins généralistes en France (chiffres de 2019 [22]) et 23% des répondants dans le groupe des médecins généralistes. L'asymétrie du nombre de réponse entre femmes et hommes peut donc nous faire supposer que la prise en charge des dysménorrhées en consultation de médecine générale intéresse davantage les femmes que leurs confrères masculins. Cette constatation a été documentée dans la littérature, notamment en 2001 par Henderson et al. [23] ; les femmes médecins sont plus susceptibles de faire de la prévention concernant les problèmes médicaux féminins. En France aussi, Reat, a mis en évidence dans un questionnaire auprès de 448 médecins généralistes en

Rhône-Alpes que les femmes avaient de meilleures connaissances en matière de diagnostic et de thérapeutique que les hommes en endométriose[24]. Ce que nous avons constaté semble cohérent avec ces données.

7) Perspectives

Ce projet de cours rapide et concis a été réalisé par des spécialistes d'une problématique pour des non spécialistes. Bien que pouvant paraître basiques, les informations apportées ont reçu un bon retour de la part des spectateurs. Ce format permet au spécialiste de transmettre les informations qu'il juge nécessaires pour la prise en charge de première intention. Une des perspectives de ce projet serait de diversifier les vidéos sous ce même format court. Cela permettrait au non spécialiste de commencer la prise en charge et d'être alerté des signes motivant un avis spécialisé. A l'échelle locale, cela établirait un lien privilégié entre les médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues pour la prise en charge des patientes.

L'analyse de l'audience de notre vidéo nous informe que ce sujet semble moins intéresser les hommes que les femmes. Il faudrait ici approfondir en sollicitant également le point de vue des patientes pour interroger les difficultés qu'elles pourraient avoir de parler de dysménorrhées avec un médecin homme. C'est donc un point futur sur lequel on pourrait travailler plus spécifiquement.

Conclusion :

La vidéo comme support de cours semble être un bon outil, notamment par sa facilité de mise en œuvre et d'évaluation. A la vue de l'ensemble des éléments précédemment cités, nous concluons que ce projet de vidéo de formation sur les dysménorrhées a atteint ses objectifs et confirme que ce genre de vidéo est efficace dans ce but d'information.

Nous avons pu toucher un nombre important de médecins, sages-femmes, internes ... pour parler d'un sujet, les dysménorrhées, encore insuffisamment connu de tous. C'est pourtant un symptôme majeur, signal d'alerte d'un grand nombre de pathologies, aussi bien somatiques que psychologiques. Bien que, comme nous l'avons vu, l'évaluation de l'impact réel de cette vidéo ne peut s'approcher qu'indirectement, nous espérons qu'elle aura pourtant une influence directe sur l'écoute des patientes par l'ensemble des professionnels de santé. Heureusement, notre projet n'intervient pas seul mais au contraire, fait partie d'un large mouvement où si « la parole se libère », encore faut-il l'entendre. Un enjeu d'autant plus aigu lorsqu'il porte sur un sujet qui a été longtemps tabou. Il reste cependant encore du chemin à parcourir avant que les mots d'Edgar Morin définissant les règles comme demeurant ce qu'une femme doit absolument avoir dans vie et ce qu'elle doit absolument cacher, soient obsolètes[25].

ANNEXES

Annexe 1 : texte dit à l'oral

« Bonjour, je suis Hugo Camilli, Interne en gynécologie. Voici un cours de 8 minutes sur les dysménorrhées : l'essentiel du diagnostic au traitement ! Je vous solliciterai en fin de vidéo pour remplir un questionnaire afin d'évaluer ce cours que je réalise dans le cadre de ma thèse ! Longtemps taboues, les douleurs de règles sont aujourd'hui un sujet de société et constituent un motif fréquent de consultation en médecine générale. Vos patientes vont donc avoir des attentes diagnostiques et thérapeutiques et vont évoquer certaines pathologies avec vous, notamment l'endométriose. Voici donc des points clefs sur le sujet.

Nous allons commencer par les dysménorrhées simples puis détailler les pathologies sous-jacentes aux dysménorrhées.

On abordera les violences sexuelles et leurs conséquences dans ce contexte.

Enfin nous nous arrêterons plus longuement sur le cas de l'endométriose.

Commençons par les Dysménorrhées simples qui sont les plus fréquentes et régressent sous antalgie. Cela peut s'accompagner d'un syndrome prémenstruel qui regroupe entre autres asthénie et nausées. Elles n'ont pas de répercussion sur la vie quotidienne et sont « contrôlables » par la patiente. C'est pour cela qu'il n'est pas nécessaire de faire d'examen clinique ou complémentaire.

Entendre aujourd'hui qu'il est « normal d'avoir mal pendant ses règles » n'est pas tolérable et si votre patiente n'est pas confortable dans sa vie de tous les jours, il faut pousser les investigations plus loin et évoquer une pathologie sous-jacente.

La première étape de l'anamnèse devant des dysménorrhées est de faire caractériser précisément la douleur. Quels antalgiques prend-elle ? En quelle quantité ? Quelles sont les répercussions mensuelles ? La patiente loupe-t-elle l'école ou le travail ? Fait-elle des malaises ? Une patiente qui ferait des malaises et qui aurait des douleurs mal malgré une prise d'anti-inflammatoire régulière doit vous alerter !

Les dysménorrhées peuvent n'être que la partie émergée de l'iceberg et s'accompagner de nombreux autres symptômes : douleurs pelviennes chroniques, dyspareunies, ménométrorragies, pesanteur ...

En fonction de l'interrogatoire, il faudra alors évoquer l'endométriose et l'adénomyose, les fibromes, les séquelles d'infection pelviennes ou plus rarement de chirurgie due à des adhérences, si la patiente est porteuse d'un stérilet, il faut s'assurer de son bon positionnement, et enfin les malformation utérines et vaginales.

Concernant maintenant le traitement. L'objectif est de prendre en charge la douleur. Il doit donc être entrepris dès la première consultation.

La prise en charge de la douleur se fait par des AINS associés à des antalgiques de palier 1 au moment des règles.

Ensuite, il est recommandé, de mettre en place une pilule oestroprogestative. Laisser la pilule en continue ne présente pas d'inconvénient, le but étant de bloquer les règles et ainsi éviter les dysménorrhées. Il n'y a pas de pilule recommandée par rapport à une autre. Dans ce contexte, la pilule doit être vue comme un traitement et non une contraception. Cela permet une meilleure acceptation des patientes, surtout celles qui seraient réticentes aux traitements hormonaux.

Il est possible de proposer un stérilet hormonal dans cette indication.

Il est également possible de prescrire une pilule microprogestative chez l'adolescente, surtout si elle n'a pas fini sa croissance.

Les examens complémentaires, nous l'avons dit, n'ont pas leur place dans les dysménorrhées simples. Si au contraire la douleur n'est pas contrôlable par la patiente, l'échographie pelvienne est recommandée en première intention, suivi de l'IRM pelvienne si besoin, idéalement en centre de référence.

Il est important dans un tel cours sur les dysménorrhées et plus largement sur les douleurs pelviennes de s'intéresser aux traumatismes sexuels. Les femmes victimes de violences sexuelles sont en effet significativement plus atteintes de douleurs pelviennes chroniques et cela peut se manifester par des dysménorrhées très importantes.

Elles peuvent donc constituer un diagnostic différentiel ou se surajouter au tableau clinique. C'est une question parfois délicate à poser mais nous pensons qu'il est primordial de l'aborder au cours de la prise en charge du fait de la fréquence des violences sexuelles et de leurs répercussions parfois somatiques.

On en profite également pour rappeler que la loi a changé récemment, sur la possibilité et même le devoir par le médecin de signaler au Procureur de la République des violences au sein du couple s'il estime que la vie de la personne est en danger, et ce, sans son accord.

Un autre sujet qui nous paraît central dans ce cours, l'endométriose. L'endométriose est de plus en plus connue du grand public, via des associations de patientes et un relais médiatique important. Les patientes vont donc évoquer le diagnostic avec les médecins et en particulier avec leur médecin généraliste et avoir une forte attente thérapeutique. L'objectif est de pouvoir initier la prise en charge des patientes en cabinet.

Il s'agit de la présence ectopique de tissu endométrial créant une inflammation locale. L'anamnèse et la clinique dépendent donc de la localisation des lésions et peuvent être très variées.

10% des femmes environ en sont atteintes. Cela s'élève à 25% au sein des femmes infertiles [26] et l'endométriose est retrouvée chez 25% des femmes explorées pour douleur pelviennes [27].

L'anamnèse est l'élément clef du diagnostic et doit s'intéresser, nous l'avons largement décrit aux dysménorrhées, aux dyspareunies (notamment si elles sont profondes et persistent après le rapport) et aux signes fonctionnels urinaires et digestifs notamment de recrudescence cataméniale puisque les atteintes vésicales et rectales ne sont pas rares. Il faut donc rechercher des signes d'irritation vésicale et du système digestif.

Voici une diapo récapitulative de l'anamnèse à réaliser !

Concernant les examens complémentaires et le traitement, nous en avons parlé plus avant.

Retenez qu'il est recommandé de débiter un traitement hormonal si l'endométriose est simplement suspectée[28]. Qu'une IRM normale n'élimine pas le diagnostic et qu'il n'est pas nécessaire de répéter les IRM !

il ne faut pas hésiter à envoyer vos patientes en consultations spécialisée si besoin et ce, en lien avec la médecine générale, au même titre que les autres maladies chroniques. Surtout si le traitement hormonal n'est pas efficace.

Donc, les points clefs de ce topo. Ce n'est pas normal de ne pas pouvoir contrôler la douleur pendant les règles. Il faut donc minimiser l'impact des règles sur la vie des patientes, Et ainsi grâce à un interrogatoire précis, évoquer les différents diagnostics organiques avec les patientes.


Et l'objectif numéro 1 est bien évidemment de soulager les patientes. L'urgence est au traitement et non au diagnostic !

Merci de votre attention et d'être arrivé au bous de cette vidéo, qu'on espère la plus instructive possible. N'hésitez pas à la partager à vos confrères. Les références sont en commentaire, ainsi que le document HAS sur la prise en charge de l'endométriose en médecine générale.

Afin d'évaluer l'impact de cette vidéo, un lien en commentaire renvoi vers un questionnaire qui vous prendra 2 minutes. Merci et à bientôt ! »

Annexe 2: Diapositives


Plan




LES DYSMENORRHÉES

EN 8 MINUTES


Cours à destination des professionnels de santé



Hugo Camilli
Dr Amélie Charvériat
Gynécologues





- Les dysménorrhées simples
- Les pathologies sous-jacentes
- Les violences
- Le cas de l'endométriose




Dysménorrhées simples


- Régressent généralement sous antalgie
- Syndrome pré-menstruel
- Pas de répercussion
- Pas d'examen clinique ni complémentaire

Dysménorrhées pathologiques




« C'est normal de ~~avoir mal pendant~~ ~~ses règles~~ »



- Douleurs : caractérisation très précise
 - Fréquence, intensité
 - Répercussions : absentéisme, malaises

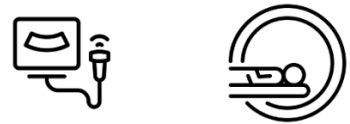
En chronique Traitement

<p>Signes associés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes chroniques • Dyspareunies • Méno-métrorragies • Pesanteur ... 		<p>Etiologies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endométriose, <u>adénomyose</u> • Fibromes • Séquelles d'infection pelvienne • Dispositif intra-utérin • Malformations utérines 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur : AINS (effet anti-prostaglandine) • Contraception en 1^{ère} intention: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Oestroprogestative</u> (en continue si besoin) • DIU au LEVENORGESTREL 52 mg
--	---	--	---



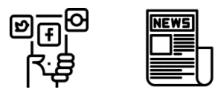
Examens complémentaires Violences sexuelles

<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} intention : Echographie <u>endo</u>-vaginale • 2^{ème} intention : IRM pelvienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes victimes de violences sexuelles sont significativement plus atteintes de douleurs pelviennes chroniques • Diagnostic différentiel ou diagnostic surajouté • « Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République » Juillet 2020
---	---



L'intérêt d'un focus sur l'endométriose L'endométriose

<ul style="list-style-type: none"> • L'endométriose, une pathologie de plus en plus connue • Evoquer le diagnostic • Initier la prise en charge des patientes en cabinet 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition : présence ectopique de tissu endométrial créant une inflammation locale • Fréquence : environ 10% des femmes <ul style="list-style-type: none"> • 20-25 % des femmes infertiles • 25 % des patientes explorées pour douleurs pelviennes
---	---




Endométriose : l'anamnèse Endométriose : Imagerie et traitement

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>DYSMENORHEE</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'allure organique • Associées à des douleurs pelviennes chroniques • Absentéisme ? Malaises ? </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>DYSpareunies</p> <ul style="list-style-type: none"> • A l'intromission ? • Profondes : pendant et après le rapport ? • Rapports satisfaisants ? </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> <p>INFERTILITE</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>SIGNES FONCTIONNELS URINAIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes d'irritation vésicale : douleur mictionnelle, <u>pollakiurie</u> • Hématurie • Recrudescence cataméniale </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>SIGNES FONCTIONNELS DIGESTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ténésme, dyschésie • Diarrhées, constipations • Rectorragies • Recrudescence cataméniale </div>
---	---



- Une IRM normale n'élimine pas le diagnostic
- Traitement : Contraception +/- en continue

La consultation spécialisée Les points clefs

<ul style="list-style-type: none"> • Parcours de soin <u>multi-disciplinaire</u> : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Chirurgiens</u> gynécologues • Radiologues • Centre <u>anti-douleur</u> • PMA • En lien avec la médecine de ville 		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>Il faut minimiser au maximum l'impact des règles sur la vie des patientes</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogatoire précis • Evoquer un diagnostic organique • Soulager les patientes
---	---	---

Bibliographie

- [1] Haute Autorité de Santé, « Prise en charge de l'endométriose, messages clefs destinés au médecin généraliste ». 2017.
- [2] Axelle, « Mesurer la performance d'une vidéo YouTube : 4 indicateurs », *TopoVideo*, 11 mai 2021. <https://www.topovideo.com/mesurer-la-performance-dune-video-youtube> (consulté le 22 février 2023).
- [3] M. Proctor et C. Farquhar, « Diagnosis and management of dysmenorrhoea », *BMJ*, vol. 332, n° 7550, p. 1134-1138, mai 2006.
- [4] O.-K. Hadjou, A. Jouannin, V. Lavoue, J. Leveque, M. Esvan, et M. Bidet, « Prevalence of dysmenorrhea in adolescents in France: Results of a large cross-sectional study », *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.*, vol. 51, n° 3, p. 102302, mars 2022, doi: 10.1016/j.jogoh.2021.102302.
- [5] Z. Doleeb, L. G. McCoy, J. Dada, et C. Allaire, « Underrecognition of Dysmenorrhea Is an Iatrogenic Harm », *AMA J. Ethics*, vol. 24, n° 8, p. 740-747, août 2022, doi: 10.1001/amajethics.2022.740.
- [6] M. de la S. et de la Prévention et M. de la S. et de la Prévention, « Sages-femmes », *Ministère de la Santé et de la Prévention*, 25 février 2023. <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/> (consulté le 25 février 2023).
- [7] C. Roullier, S. Sanguin, C. Parent, M. Lombart, F. Sergent, et A. Foulon, « General practitioners and endometriosis: Level of knowledge and the impact of training », *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.*, vol. 50, n° 10, p. 102227, déc. 2021, doi: 10.1016/j.jogoh.2021.102227.
- [8] A. Quibel, L. Puscasiu, L. Marpeau, et H. Roman, « [General practitioners and the challenge of endometriosis screening and care: results of a survey] », *Gynecol. Obstet. Fertil.*, vol. 41, n° 6, p. 372-380, juin 2013, doi: 10.1016/j.gyobfe.2012.02.024.
- [9] M. Mouton, A. Agostini, A. Pivano, E. Coiplet, B. Courbiere, et A. Netter, « [Diagnosis and management of endometriosis by general practitioners in the south of France] », *Gynecol. Obstet. Fertil. Senol.*, vol. 50, n° 12, p. 762-769, déc. 2022, doi: 10.1016/j.gofs.2022.09.007.
- [10] M. van der Zanden et A. W. Nap, « Knowledge of, and treatment strategies for, endometriosis among general practitioners », *Reprod. Biomed. Online*, vol. 32, n° 5, p. 527-531, mai 2016, doi: 10.1016/j.rbmo.2016.02.003.
- [11] C. X. Chen, C. Shieh, C. B. Draucker, et J. S. Carpenter, « Reasons women do not seek health care for dysmenorrhea », *J. Clin. Nurs.*, vol. 27, n° 1-2, p. e301-e308, janv. 2018, doi: 10.1111/jocn.13946.
- [12] « Les règles dans la publicité : 60 ans de tabou », *Brut*. <https://www.brut.media/fr/health/les-regles-dans-la-publicite-60-ans-de-tabou-7db91161-b390-43ea-9854-cf16b5213aae> (consulté le 28 février 2023).
- [13] A. H. J. Staal, M. van der Zanden, et A. W. Nap, « Diagnostic Delay of Endometriosis in the Netherlands », *Gynecol. Obstet. Invest.*, vol. 81, n° 4, p. 321-324, 2016, doi: 10.1159/000441911.
- [14] A. M. Soliman, M. Fuldeore, et M. C. Snabes, « Factors Associated with Time to Endometriosis Diagnosis in the United States », *J. Womens Health 2002*, vol. 26, n° 7, p. 788-797, juill. 2017, doi: 10.1089/jwh.2016.6003.
- [15] J. G. Garza-Leal, F. J. Sosa-Bravo, J. G. Garza-Marichalar, G. Soto-Quintero, L.

- Castillo-Saenz, et S. Fernández-Zambrano, « Sexual abuse and chronic pelvic pain in a gynecology outpatient clinic. A pilot study », *Int. Urogynecology J.*, vol. 32, n° 5, p. 1285-1291, mai 2021, doi: 10.1007/s00192-021-04772-4.
- [16] « L'Agence des usages ». <https://www.reseau-canope.fr/agence-des-usages/les-usages-video-des-jeunes-quels-interets-pedagogiques.html> (consulté le 14 février 2023).
- [17] H. Zhang, A. W. X. Liao, S. H. L. Goh, S. Q. Yoong, A. X. M. Lim, et W. Wang, « Effectiveness and quality of peer video feedback in health professions education: A systematic review », *Nurse Educ. Today*, vol. 109, p. 105203, févr. 2022, doi: 10.1016/j.nedt.2021.105203.
- [18] M. Kc, R.-R. Aj, G. Js, et G. Ak, « Healthcare information on YouTube: A systematic review », *Health Informatics J.*, vol. 21, n° 3, sept. 2015, doi: 10.1177/1460458213512220.
- [19] « 11 indicateurs à suivre pour évaluer la performance de votre vidéo ». <https://playplay.com/blog/fr/11-indicateurs-a-suivre-pour-evaluer-la-performance-de-votre-video/> (consulté le 26 février 2023).
- [20] E. Masson, « Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) », *EM-Consulte*. <https://www.em-consulte.com/article/132959/le-syndrome-des-ovaires-polykystiques-sopk> (consulté le 14 mars 2023).
- [21] C. P. Perry, « Current Concepts of Pelvic Congestion and Chronic Pelvic Pain », *JSLs*, vol. 5, n° 2, p. 105-110, 2001.
- [22] « Personnels et équipements de santé – Tableaux de l'économie française | Insee ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277748?sommaire=4318291> (consulté le 23 février 2023).
- [23] J. T. Henderson et C. S. Weisman, « Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences », *Med. Care*, vol. 39, n° 12, p. 1281-1292, déc. 2001, doi: 10.1097/00005650-200112000-00004.
- [24] « Évaluation des connaissances des médecins généralistes dans la prise en charge, diagnostic et thérapeutique de l'endométriose en région Rhône-Alpes Auvergne. », *Pieros*. <http://www.pieros.org/etude/evaluation-connaissances-medecins-generalistes-prise-charge-diagnostic-therapeutique-de-lendometriose-region-rhone-alpes-auvergne/> (consulté le 6 mars 2023).
- [25] J.-Y. Le Naour et C. Valenti, « Du sang et des femmes. Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque », *Clio Femmes Genre Hist.*, n° 14, Art. n° 14, nov. 2001, doi: 10.4000/clio.114.
- [26] G. Hudelist *et al.*, « Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences », *Hum. Reprod. Oxf. Engl.*, vol. 27, n° 12, p. 3412-3416, déc. 2012, doi: 10.1093/humrep/des316.
- [27] S.-W. Guo et Y. Wang, « The prevalence of endometriosis in women with chronic pelvic pain », *Gynecol. Obstet. Invest.*, vol. 62, n° 3, p. 121-130, 2006, doi: 10.1159/000093019.
- [28] C. M. Becker *et al.*, « ESHRE guideline: endometriosis », *Hum. Reprod. Open*, vol. 2022, n° 2, p. hoac009, 2022, doi: 10.1093/hropen/hoac009.

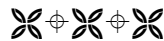


UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



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

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

