

PUBLICATION

Le Monde - 28 avril 2026

Tribune

La France a eu le mérite de mettre en avant la prise en charge de l'endométriose avec un plan national (2022–2025) et la promesse de filières de soins. L'État a choisi également d'accompagner une innovation qui est un test salivaire diagnostique (Endotest). On peut comprendre ce choix. Mais la politique nationale de santé sur l'endométriose peut-elle se résumer à la mise à disposition d'un test ?

La biologie appliquée à l'endométriose pourrait devenir un progrès utile, à condition d'être placée au bon endroit comme un test de confirmation diagnostique dans un contexte clinique cohérent. Le premier outil pour évoquer ce diagnostic reste la consultation avec l'écoute et l'examen clinique des patientes. Vient ensuite l'imagerie diagnostique réalisée et interprétée par des équipes formées, puis, parfois, des soins plus spécifiques en fonction des symptômes. C'est précisément parce que la décision est graduée, individualisée aux symptômes, et rarement binaire, qu'un test ne peut pas être pensé comme un raccourci universel.

Le retard diagnostique souvent mis en avant, basé sur d'anciennes études, pour proposer ce test est également un argument en réalité très discutable car plus que d'un diagnostic, c'est d'une prise en charge adaptée que les patientes ont besoin. Ainsi, le retard de prise en charge d'une femme présentant des dysménorrhées est intolérable car il n'est nul besoin d'un test salivaire pour prescrire des traitements médicaux adaptés (ceux-ci étant souvent identiques que la patiente ait ou non une endométriose).

L'efficacité d'un test dépend d'abord de la population à laquelle on l'applique. L'efficacité rapportée à ce jour a été obtenue dans une population où le taux de patientes présentant une endométriose était élevé (75 %). Sur des populations où le taux de patientes présentant une endométriose est plus faible, comme celui de la population générale (de l'ordre de 10 %), l'efficacité sera systématiquement moins bonne avec notamment un risque plus élevé de patientes faussement positive entre 12 et 30 % (patiente ayant un test indiquant faussement la présence d'une endométriose). Une patiente faussement positive c'est une « étiquette », de l'anxiété, des examens inutiles répétés, parfois des traitements, et la tentation d'une chirurgie « de confirmation ». Le paradoxe est connu : un test présenté comme destiné à éviter des coelioscopies pourrait, dans la pratique réelle, finalement en augmenter le nombre, ces coelioscopies « diagnostiques » n'ayant aucun bénéfice sur la qualité de vie, les douleurs ou la fertilité de la patiente. Une patiente faussement positive risque ainsi de nouveau entrer dans une errance de soins.

À l'inverse, les faux négatifs (test indiquant à tort l'absence d'endométriose) ne sont pas pris en compte dans cette stratégie. Ces patientes seront soit mal informées, soit soumises à de nouvelles imageries pour corriger le diagnostic. Enfin, celles qui souffrent de douleurs sans endométriose sont les grandes oubliées de cette approche, privées de l'attention et de la prise en charge qu'elles méritent.

L'utilité de ce test dans le parcours de soins n'a pas été démontrée et pourrait paradoxalement entraîner des effets délétères. En effet, si ce test est généralisé, il pourrait provoquer une augmentation des demandes d'imageries complémentaires et des demandes d'avis spécialisés avec des délais de prise en charge qui explosent. Le test, au lieu de fluidifier, risque de saturer des parcours de soins déjà fragiles et d'accroître les inégalités territoriales.

À l'heure où le plan 2022–2025 s'achève, le choix budgétaire interroge : 25 000 tests à 839 euros, dont l'utilité actuelle n'est pas prouvée dans le parcours de soins, soit environ 21 millions d'euros.

PUBLICATION

Le Monde - 28 avril 2026

Tribune

Dans le même temps, la recherche publique dédiée à l'endométriose est annoncée à 11 millions sur cinq ans. Ce n'est pas un débat « *pro* » ou « *anti* » : c'est une question de priorités. Quand on investit en quelques mois une somme considérable dans un test dont l'intérêt clinique en vie réelle reste à démontrer, on finance plus facilement ce qui se voit que ce qui soigne durablement.

Nous proposons donc un principe simple : oui à l'innovation, à condition qu'elle serve une stratégie et non qu'elle s'y substitue. Concrètement : Exiger des études complémentaires pour valider ce test et encadrer strictement l'indication et la prescription, avec une information claire des patientes sur ce qu'un test peut dire — et ne pas dire ; Exiger des études robustes en population réelle, avec suivi à plusieurs années et critères qui comptent pour les patientes (douleur, qualité de vie, pertinence des actes, recours à la chirurgie) ; Financer, à la hauteur de l'ambition affichée, le maillage territorial : formation, imagerie experte, centres de lutte contre la douleur, parcours gradués, et « *sentinelles* » capables d'identifier tôt les patientes jeunes.

L'État a choisi de financer un test : soit. Qu'il finance, avec la même énergie, ce qui fait une stratégie ! Sinon, le test salivaire risque d'être l'arbre qui cache la forêt, et l'endométriose restera un sujet « *prioritaire* »... surtout dans les communiqués.

Liste des signataires

Pr Aubert Agostini (Gynécologue obstétricien (GO), responsable de la commission scientifique de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne (SCGP)), Pr Marcos Ballester (GO), Pr Malik Boukerrou (GO, membre du Conseil d'Administration (CA) de la SCGP), Pr Nicolas Bourdel (GO), Pr Michel Canis (GO), Pr Céline Chauleur (GO, membre du CA de la SCGP), Dr Pauline Chauvet (GO, Secrétaire générale adjointe de la SCGP), Pr Pierre Collinet (GO, membre du CA de la SCGP), Pr Gil Dubernard (GO, membre du CA de la SCGP), Dr Juan Pablo Estevez (GO, membre du CA de la SCGP), Dr Jean Philippe Estrade (GO, Past President de la SCGP), Dr Emilie Faller (GO, membre du CA de la SCGP), Pr Arnaud Fauconnier (GO), Dr Nathalie Favre (GO, Secrétaire générale de la SCGP), Dr Géraldine Giraudet (GO, membre du CA de la SCGP), Dr Thomas Hebert (GO, membre du CA de la SCGP), Pr Cyrille Huchon (GO, Président de la SCGP), Pr Vincent Lavoué (GO, Trésorier adjoint de la SCGP), Dr Arnaud Le Tohic (GO, membre du CA de la SCGP), Dr Aslam Mansoor (GO, membre du CA de la SCGP), Pr Louis Marcellin (GO), Dr Benjamin Merlot (GO, membre du CA de la SCGP), Dr Pascal Mourtialon (GO, Trésorier de la SCGP), Pr Krystel Nyangoh Timoh (GO, membre du CA de la SCGP), Pr Stéphane Ploteau (GO, membre du CA de la SCGP), Pr Roman Rouzier (GO, membre du CA de la SCGP), Pr Chrystèle Rubod (GO, Vice-Présidente de la SCGP), Pr Pietro Santulli (GO), Dr Estelle Wafo (GO, membre du CA de la SCGP).