

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2025

N° 79

THESE  
PRESENTEE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État  
Mention Médecine Générale

PAR

FALDA Audrey  
Née le 25/02/1984 à STRASBOURG

---

La place de la gynécologie médicale en médecine générale : améliorer le parcours de soins avec l'implication du médecin généraliste et sa collaboration avec le gynécologue – Validation avec un consensus d'experts du Grand Est par la méthode Delphi

---

Président de thèse : Pr AKLADIOS Chérif, PU-PH en Gynécologie et Obstétrique  
Directeur de thèse : HAETTEL Sophie, Docteur en Médecine Générale





FACULTÉ DE MÉDECINE,  
MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition JANVIER 2025  
née universitaire 2024-2025

- **Président de l'Université** M. DENEKIN Michel
  - **Doyen de la Faculté** M. SIBILLA Jean
  - **Première Vice Doyenne de la Faculté** Mme CHARLOUX Anne
  - **Doyens honoraires :** (1994-2001) M. GERLINGER Pierre  
(2001-2011) M. LUDES Bertrand
  - **Chargeé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
  - **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES

DE STRASBOURG (HUS)

**Directeur général :** M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

## A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe	NRPö CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPö CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02	Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPö CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel	RPö CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPö NCS	• Pôle Tête et Cou-CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPö CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPö	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARNAUD Laurent	NRPö NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPö CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPö CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPö CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01	Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPö NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy	NRPö CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPö CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles	RPö CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPö NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPö CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02	Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPö NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01	Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPö NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04	<b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûologie
BONNEMAINS Laurent	NRPö NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
BONNOMET François	NRPö CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPö NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CARAPITO Raphaël	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Laboratoire d'Immunologie Biologique / NHC	47.03 Immunologie
CASTELAIN Vincent	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRP0 NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérérologie
de SEZE Jérôme	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme DISSAUX Caroline	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital de Hautepierre	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FAITOT François	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Mathieu	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme GALLI Elena	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme GONZALEZ Maria	NRPö CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPö CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPö NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPö NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPö NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPö NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPö CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît	NRPö CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPö CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPö NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPö CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPö NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPö NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPö NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPö CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPö CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPö CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPö NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPö CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPö NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPö CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPö NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPö NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc	RPö CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPö NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPö NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPö NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPö NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPö NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPö CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sérologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPö CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDP ICANS	- Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	- Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanisations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritionnelle/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies Vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
TACQUARD Charles-Ambroise	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Épidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Épidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Épidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ZALOSZYC Ariane	NRPô NCS	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultantat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

#### A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
COUTELLE Romain	NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
HABERSETZER François	Adjoint	• Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

**B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUgne Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BIGAUT Kévin		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
BLONDET Cyrille		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictotologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP</li> </ul>	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC</li> </ul>	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle d'Imagerie</li> <li>- Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS</li> </ul>	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle d'Imagerie</li> <li>- Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS</li> <li>- Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC</li> </ul>	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC</li> </ul>	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP</li> </ul>	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation</li> <li>- Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau</li> </ul>	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP</li> </ul>	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine</li> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP</li> </ul>	44.03 Biologie cellulaire
LE BORGNE Pierrick		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes / HP</li> </ul>	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme LECOINTRE Lise		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie-Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie</li> <li>- Service de Dermatologie / Hôpital Civil</li> </ul>	50.03 Dermato-Vénérérologie
LEVY Michaël		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation Pédiatrique Spécialisée et de Surveillance Continu / HP</li> </ul>	54.01 Pédiatrie
LHERMITTE Benoît		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie</li> <li>- Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil</li> </ul>	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MERDJI Hamid		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison</li> <li>- Service de Médecine Intensive et Réanimation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>	48.02 Réanimation
MIGUET Laurent		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC</li> </ul>	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim</li> </ul>	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC</li> </ul>	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS</li> </ul>	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC</li> </ul>	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle d'Imagerie</li> <li>- Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté</li> </ul>	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie (biologique)</b>
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC</li> <li>- Service de Chirurgie / ICANS</li> </ul>	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pathologie thoracique</li> <li>- Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC</li> </ul>	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale</li> <li>- Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC</li> </ul>	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête et Cou</li> <li>- Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC</li> </ul>	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS</li> <li>- Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine</li> </ul>	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation</li> <li>- Service d'Hépato-Gastro-Entérologie /HP</li> </ul>	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRRED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
TODESCHI Julien		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

### B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	---

### B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme DEGIORGIS Laëtitia	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire  
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne  
 Pr Ass. GUILLOU Philippe  
 Pr Ass. HILD Philippe  
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

### C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette  
 Dr LORENZO Mathieu

### C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé  
 Dr GIACOMINI Antoine  
 Dr HERZOG Florent  
 Dr HOLLANDER David  
 Dr MERLE  
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr BAYLE Eric	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes / HP</li> </ul>
Dr BOHBOT Alain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle d'Oncو-Hématologie</li> <li>- Service d'Hématologie et d'Oncologie / HP</li> </ul>
Dr BRINKERT David	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de l'Appareil locomoteur</li> <li>- Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP</li> </ul>
Mme la Dre DARIUS Sophie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Sérialisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dre GUILBERT Anne-Sophie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP</li> </ul>
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil</li> </ul>
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMC</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr URSENBACH Axel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- Trait d'Union / NHC</li> </ul>
Dr WAECHTER Cédric	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau</li> </ul>
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- SAMU</li> </ul>

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'institut)**  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)  
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**  
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)  
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)  
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)  
MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**  
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)  
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)  
HERBRECHT Raoul (Hématologie)  
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**  
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**  
CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)  
GRUCKER Daniel (Physique biologique)  
HANNEDOUCHI Thierry (Néphrologie)  
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)  
MOULIN Bruno (Néphrologie)  
PINGET Michel (Endocrinologie)  
ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)  
ROUL Gérald (Cardiologie)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc                    CNU-31                    IRCAD

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jérôme	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LONSDRORF Jean (Physiologie) / 01.09.10
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BATZENSLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BAUMANN René (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.10	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine interne) / 15.10.17	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MAZZUCOTELLI Jean-Philippe (Chirurgie cardio-vasculaire) / 20.09.24
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BRETTE JEAN-PHILIPPE (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BRUANT-RODIER Catherine (Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale) / 01.07.24	MONTEL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
BURSTEIN Claude (Pédiopsychiatrie) / 01.09.18	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	Mme PAULI Gabriele (Pneumologie) / 01.09.11
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PINGET Michel (Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie) / 01.09.19
CINQUILBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUCLOS Bernard (Hépato-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLIEGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHNEIDER Francis (Réanimation médicale) / 01.09.24
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
KEHN Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KREMER Michel / 01.05.98	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WILHL Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KUNTMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

**Légende des adresses :**

**FAC :** Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Escaut** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**ICANS** - Institut de CANcérologie Strasbourg - 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.68.76.67.67

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) -

45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRETÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**





## SERMENT D'HIPPOCRATE

(version proposée en 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverais l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».



## REMERCIEMENTS

### **A Monsieur le Professeur Chérif AKLADIOS, Président du jury**

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le président de mon jury de thèse, c'est un honneur pour moi

### **A Madame le Docteur Madeleine PELLERIN, membre du jury**

Je te remercie de m'avoir accompagné et soutenu lors de l'écriture de ma thèse. Je suis ravie de pouvoir partager avec toi ma passion pour la gynécologie médicale. Je te remercie également pour tes avis ainsi que d'être mon gynécologue référent. Grâce à notre collaboration je pratique la gynécologie de manière plus sereine et plus confiante.

### **A Monsieur le Docteur Antoine BABY, membre du jury**

Je vous remercie d'avoir bien voulu faire partie des membres de mon jury de thèse, j'espère que mon travail saura retenir votre attention et pourquoi pas être une inspiration pour de nouveaux sujets de thèse pour les étudiants

### **A Madame le Docteur Sophie HAETTEL, Directrice de thèse**

Je te remercie de tout cœur d'avoir accepté d'être la directrice de ma thèse. Nous nous sommes rencontrés lors de mon premier et dernier remplacement puisque nous avons pu travailler ensemble durant 3 ans. Grâce à toi j'ai pu pratiquer de la gynécologie dès mes débuts et réaliser mon travail de thèse sur ce sujet, ce qui m'a permis d'améliorer ma pratique. Je te souhaite le plus grand bonheur dans ta vie personnelle et professionnelle

**A tous mes maitres de stage,**

Je vous remercie de m'avoir partagé votre passion pour la médecine et d'avoir contribué  
à ma formation

**A mes Co-internes,**

Merci pour votre soutien durant ces 3 années d'internat, difficiles pour nous tous

**A la Faculté de Médecine de Strasbourg et aux membres du jury de passerelle de  
Nancy,**

Je vous remercie d'avoir cru en moi et en ma réussite quand je me suis présentée devant  
vous en 2015 à 31 ans pour débuter des études de médecine

**Aux experts gynécologues ayant participé à mon étude,**

C'est grâce à vous que je peux présenter cette thèse, merci d'avoir accepté de répondre  
à mon long questionnaire et de m'avoir donné votre avis. C'est avec vos retour que je  
peux dorénavant améliorer le parcours de soins gynécologiques de mes patientes avec  
bienveillance et sérénité

**A mon fils, Lucas,**

Tu avais 2 ans quand j'ai commencé ce long chemin, tu en as 12 aujourd'hui.

Pendant toutes ces années tu as grandi aux côtés de mes livres, de mes absences, de mes révisions et de mes rêves. Tu as été là avec ton rire, ta douceur et tes câlins quand mes journées étaient trop pleines ou mes soirées trop courtes. Tu as été ma source de courage silencieuse et constante.

C'est à toi que je dédie cette thèse, je t'aime

**A ma moitié, Pierre,**

Merci d'être à mes côtés dans cette aventure et de partager mon projet professionnel avec autant d'attention, d'intérêt et de cœur. Merci d'écouter, avec tendresse et une bonne dose de patience, mes histoires du soir, parfois un peu longues...

Mais surtout merci pour ta fierté, que je ressens profondément, et qui me donne de la force. Je suis heureuse, et chanceuse, de t'avoir à mes côtés. Je t'aime

**A ma famille,**

Je vous remercie tous d'avoir cru en moi et d'avoir suivi mes longues années d'étude

Je remercie particulièrement ma Maman et ma Belle Maman d'avoir passé du temps à relire cette thèse afin qu'elle soit le mieux écrite possible

**A Carole et Fafa,**

Vous avez été présent depuis le départ, sans jugement vous avez cru en ma réussite sur ce projet jugé de fou par d'autres. Vous m'avez également soutenu lors de ces dernières années difficiles pour moi du coté personnel. Merci de tout cœur

**A Romane,**

Ma petite Romane, devenue grande maintenant. Je t'ai rencontré, ta famille et toi, lors de mes études quand je te donnai des cours de maths. Je crois que je t'ai également donné l'envie de devenir médecin puisque maintenant c'est à ton tour de suivre ce chemin. Je te remercie d'avoir été présente durant mon parcours, de m'avoir grandement aidé pour garder Lucas durant mes gardes. D'une élève tu es devenu une amie. Je suis fière de ton parcours, heureuse de t'avoir dans ma vie, ne lâche rien, je t'attends

**A tous mes amis,**

Merci d'avoir été là tout au long de ce parcours, avec votre présence fidèle, vos encouragements et votre confiance en moi, même dans les moments difficiles. Merci d'avoir cru en ma réussite. Merci d'écouter mes petites histoires et mes réflexions sans fin... et d'y répondre avec humour et tendresse

Votre amitié a été l'un des piliers les plus solides de mon projet

« Ne rêvez pas votre vie, vivez vos rêves ! »



## TABLE DES MATIERES

<b>I.</b>	<b><i>Préambule</i></b> .....	<b>27</b>
<b>II.</b>	<b><i>Introduction</i></b> .....	<b>29</b>
1.	La formation du gynécologue.....	30
2.	Démographie médicale .....	32
3.	Formation du médecin généraliste à la gynécologie .....	34
<b>III.</b>	<b><i>Les différents domaines de la gynécologie médicale</i></b> .....	<b>37</b>
1.	La gynécologie et la médecine générale – Prévention et dépistage.....	37
2.	La contraception.....	41
3.	Troubles du cycle – Fertilité .....	42
4.	Grossesse.....	44
5.	Ménopause .....	45
6.	Les infections génitales et pathologies vulvo-vaginales .....	46
7.	Perspectives d'actes en plus .....	46
<b>IV.</b>	<b><i>Matériel et méthode</i></b> .....	<b>50</b>
1.	La méthode Delphi .....	50
2.	La sélection des experts .....	53
3.	Réalisation du questionnaire .....	54
4.	Analyse quantitative.....	55
5.	Analyse qualitative.....	56
6.	Accord préalable de l'étude .....	57
<b>V.</b>	<b><i>Résultats</i></b> .....	<b>58</b>
1.	Recrutement des experts .....	58
2.	Résultats du premier tour .....	61
3.	Résultats du second tour .....	112
4.	Résultats finaux .....	126
<b>VI.</b>	<b><i>Discussion</i></b> .....	<b>131</b>
1.	La méthode.....	131
2.	La sélection des experts .....	132

3. Les résultats .....	134
4. L'application en consultation.....	147
<b>VII. Conclusion.....</b>	<b>152</b>
<b>VIII. Annexes .....</b>	<b>155</b>
1. ANNEXE 1 : Informations plus détaillées sur les items de gynécologie médicale présentés en partie III.....	155
2. ANNEXE 2 : Courrier envoyé aux experts pour la présentation de l'étude et l'invitation à participer au premier tour .....	175
3. ANNEXE 3 : Questionnaire premier tour .....	177
4. ANNEXE 4 : Courrier envoyé aux experts pour l'invitation à participer au second tour	
181	
5. ANNEXE 5 : Questionnaire second tour avec les reformulations .....	182
6. ANNEXE 7 : Détails des médianes en fonction des différents groupes – Tour 1 .....	184
7. ANNEXE 8 : Détails des médianes en fonction des différents groupes – Tour 2 .....	187
<b>IX. Bibliographie .....</b>	<b>189</b>

## ABREVIATIONS

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

ARS : Agence Régionale de Santé

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EV : Endovaginale

GO : Gynécologue Obstétricien

GM : Gynécologue Médical

GMO : Gynécologue Médicale et Obstétricien

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PV : Prélèvement vaginal

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine



## I. Préambule

Le parcours de mes études de médecine est atypique. J'ai débuté en seconde année en 2015 alors que j'étais âgée de 31 ans. La motivation qui m'a donné envie de repartir dans de longues études était celle de devenir gynécologue, pédiatre ou médecin généraliste. Étant passionnée par divers domaines j'ai vite compris que la médecine générale était la spécialité faite pour moi car elle me permettrait de toucher à pas mal de choses.

J'ai eu la chance de commencer mon activité professionnelle dans un cabinet où ma consœur dédiait déjà une partie de ses consultations à la gynécologie. L'idée du sujet de cette thèse m'est venue lors de mes consultations de gynécologie. En effet les patientes viennent avec tous les motifs de consultation gynécologique. Je me suis vite rendu compte que mon implication dans la discipline était limitée et c'est à ce moment que je me suis demandé comment la prise en charge gynécologique des patientes pouvait être améliorée. Le but n'est pas de faire perdre du temps mais au contraire de pouvoir aider les patientes le mieux et le plus vite possible. L'objectif serait que le médecin généraliste intéressé par la pratique de la gynécologie puisse réaliser le maximum d'actes en autonomie avant de référer la patiente à un gynécologue référent si nécessaire.

Afin de connaître les limites ainsi que les perspectives d'actes en gynécologie médicale que pourrait réaliser le médecin généraliste, quoi de mieux que de poser directement la question aux gynécologues.

L'accès aux spécialistes, quel que soit leur domaine, devient de plus en plus compliqué, et cela est encore plus vrai dans certaines régions. Le but de cette étude est d'aider le médecin généraliste à pratiquer des actes de gynécologie médicale en collaboration avec

le spécialiste afin de permettre un accès plus facile aux consultations de gynécologie pour les patientes.

Dans cette thèse quasiment tous les motifs de gynécologie médicale seront abordés. De ce fait les différents sujets ne seront pas traités en détail car, en soi, ils pourraient faire chacun, à eux seuls, l'objet d'un travail d'étude. Les informations les plus importantes afin de comprendre l'item seront exposées.

## II. Introduction

Depuis plusieurs années, l'accès aux soins gynécologiques devient de plus en plus restreint en France. Les gynécologues médicaux, souvent surchargés, accueillent difficilement de nouvelles patientes, ce qui engendre des délais d'attente importants et un renoncement aux soins, en particulier pour les actes de prévention. Cette situation est encore plus marquée en milieu rural, où les inégalités territoriales d'accès aux soins représentent un véritable enjeu de santé publique. Selon l'ARS (1), dans la région Grand Est, près de 40 % des femmes vivant en zone rurale ne bénéficient daucun suivi gynécologique régulier.

Les données publiées par la DREES (2) confirment cette tendance préoccupante. Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue s'élève à 44 jours, contre seulement 6 jours chez un médecin généraliste. Si les délais sont globalement plus courts en cas de symptômes ou d'aggravation de l'état de santé, le contraste reste marqué : dans ces situations, un rendez-vous est obtenu dans la journée une fois sur deux en médecine générale, contre un délai médian de 9 jours en gynécologie.

Face à cette réalité, le médecin généraliste apparaît comme un acteur de proximité pouvant contribuer à améliorer l'accès aux soins gynécologiques. Formé aux bases de la gynécologie médicale dans son cursus, il peut, s'il le souhaite, approfondir ses compétences dans ce domaine afin d'assurer le suivi de ses patientes. Son rôle dans la prévention est déjà central dans la prise en charge globale des patients, et de nombreuses dimensions de la gynécologie relèvent précisément de cette prévention : consultations de suivi, dépistages, éducation à la santé.

Le médecin généraliste est ainsi en mesure de réaliser les examens cliniques de premier recours, de prescrire les examens complémentaires initiaux et d'assurer un suivi gynécologique courant. En collaboration avec un gynécologue référent, il peut garantir la continuité et la qualité du parcours de soins, en orientant les patientes vers une expertise spécialisée lorsque cela est nécessaire. Cette articulation entre soins de premier recours et soins spécialisés représente une piste concrète pour optimiser l'organisation du système de santé et répondre aux besoins non couverts.

C'est dans ce contexte qu'a été menée cette étude, fondée sur la méthode Delphi, auprès d'un panel d'experts gynécologues de la région Grand Est. Elle vise à explorer jusqu'où le médecin généraliste peut s'impliquer dans la prise en charge gynécologique, à identifier les freins et les limites perçus à cette implication, et à valider, par consensus, un cadre de collaboration pertinent entre médecine générale et gynécologie médicale pour améliorer l'accès et la qualité du suivi des patientes.

## 1. La formation du gynécologue

Ce paragraphe permet de mieux comprendre les données démographiques du paragraphe suivant.

La Gynécologie Médicale (GM) est une spécialité créée en 1963, incarnée par le Certificat d'Études Spéciales (C.E.S.) de Gynécologie Médicale, qui coexistait harmonieusement avec le C.E.S. de Gynécologie Obstétrique. Il était également possible de passer de l'un à l'autre, à condition de suivre une année de formation complémentaire dans des services

hospitaliers agréés. Elle a été arrêtée en 1984 pour être fusionnée avec la gynécologie obstétricale et cela durant 19 ans.

Le gynécologue médical est un spécialiste de la santé féminine. Ses principaux domaines de compétence incluent le suivi gynécologique et la prévention (dépistage des cancers gynécologiques, contraception), la santé sexuelle et reproductive (troubles hormonaux, dyspareunie, fertilité), le suivis de grossesse et les pathologies gynécologiques (infections, fibromes, endométriose, douleurs pelviennes chroniques).

Le gynécologue obstétrical s'occupe également de ces domaines auxquels on rajoute les actes chirurgicaux comme la réalisation de césariennes ainsi que le traitement des pathologies gynécologiques bénignes (fibromes, kystes ovariens) et malignes.

La disparition de la spécialité de Gynécologie Médicale a été la conséquence d'un changement dans la structure de la formation et de la pratique médicale, visant à offrir une prise en charge plus complète et cohérente des femmes, en fusionnant la médecine gynécologique et l'obstétrique sous une même spécialité.

La réintroduction de la spécialité de Gynécologie Médicale en 2003 a été une réponse aux besoins croissants de soins gynécologiques non chirurgicaux, à l'évolution des pratiques médicales et à l'insistance des associations et des sociétés savantes. Elle a permis de spécialiser encore davantage la prise en charge des femmes dans des domaines non chirurgicaux tout en garantissant une approche globale et intégrée de leur santé.

Actuellement en 2025 la spécialité de gynécologie médicale est exercée par des gynécologues médicaux, des gynécologues obstétriciens et des gynécologues obstétricaux et médicaux, cette dernière spécialité ayant tendance à disparaître avec les

départs en retraire et laissera donc de plus en plus sa place aux deux spécialités distinctes.

## 2. Démographie médicale

Selon l'INSEE le nombre de femmes dans la région Grand Est est estimé à 2 850 505 en mars 2024 (3). 16% de ces femmes ont moins de 15 ans donc les femmes âgées de plus de 15 ans représentent plus de 2,3 millions de personnes (4).

Il n'existe pas d'âge pour consulter un gynécologue. Les premières ménarches arrivent entre 12 et 13 ans et peuvent être le premier motif de consultation chez les toutes jeunes filles. La réalisation du frottis cervico-utérin est conseillé à partir de 25 ans et est souvent le départ du suivi gynécologique. Les premières relations sexuelles dont l'âge médian est de 18,2 ans pour les filles et de 17,7 ans pour les garçons en France (étude de l'INSERM réalisée en 2023) (5), et donc les interrogations sur la contraception et les IST/MST sont également les premiers motifs de consultations chez les plus jeunes filles.

La France compte 199 086 médecins dont 41% ont une spécialité de médecine générale, 46% sont des spécialistes médicaux et 13% des spécialistes chirurgicaux dont la gynécologie-obstétrique en fait partie.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023 on compte 7709 gynécologues sur le territoire français dont 1936 spécialistes en gynécologie médicale.

D'après les données de 2022 de la DRESS associées à celles du recensement réalisé par le conseil national des médecins en 2022 (6) la France compte 14,7 Gynécologues Obstétriciens (GO), 0,8 Gynécologues Médicaux et Obstétriciens (GMO) et 2

Gynécologues Médicaux (GM) pour 100 000 femmes de 15 ans et plus. Le tableau suivant récence le nombre de gynécologues médicaux (7) et obstétricaux (8) pour 100 000 femmes au sein des anciennes régions du Grand Est ainsi que la perspective d'évolution d'ici 2030 :

	CHAMPAGNE-ARDENNE	LORRAINE	ALSACE
<b>GYNECOLOGUES MEDICAUX</b>	5,95	7,475	5,3
<b>ÉVOLUTION POUR 2030</b>	-30%	-22%	-33%
<b>GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS</b>	14,425	15,075	25,5
<b>ÉVOLUTION POUR 2030</b>	-7%	-9%	-10%

Plus en détails ce tableau donne le nombre de gynécologues (GO, GM, GMO) par départements dans le Grand Est pour 100 000 femmes de plus de 15 ans avec un comparatif entre 2010 et 2024 :

	Densité d'actifs réguliers en 2010	Densité d'actifs réguliers en 2024	Évolution
Ardennes	19,5	11,5	-41,0
Aubes	18	17,1	-5,0
Marne	18,7	24,2	29,4
Haute Marne	22,9	8,2	-64,2
Meurthe et Moselle	30,1	19,9	-33,9
Meuse	11,2	10,5	-6,2
Moselle	22,2	14,3	-35,6
Vosges	22,8	13,5	-40,8
Bas-Rhin	30,6	28,2	-7,8
Haut-Rhin	23,8	19,7	-17,2

En 14 ans la densité de gynécologues a globalement chuté sauf dans le département de la Marne. La perspective à 30 ans montre que cette chute n'est pas sur le point de s'améliorer.

En France l'âge moyen des gynécologues médicaux est de 59 ans et celui des gynécologues obstétriciens est de 48 ans. Le taux de féminisation de la gynécologie médicale est de 75% et celui de la gynécologie obstétricale est de 58%. Pour information l'âge moyen de tous les médecins confondus est de 51 ans avec un taux de féminisation de 49%.

### 3. Formation du médecin généraliste à la gynécologie

La formation du médecin généraliste a beaucoup évolué sur les 40 dernières années (9).

Avant 1984 les étudiants en médecine qui n'avaient pas réussi le concours de l'internat devaient réaliser un stage dans un service hospitalier durant une année. Il est possible que peu de médecins aient réalisé ce stage dans un service de gynécologie.

De 1984 à 1995 le décret n°88-321 du 07 avril 1988 prévoit un résidanat de deux ans pour les médecins généralistes. L'ordonnance N°96-345 du 24 avril 1996 augmente la durée du résidanat à 2 ans et demi et cela jusqu'en 2001 afin de proposer un stage en milieu ambulatoire. Il n'est pas certain qu'il y ait eu beaucoup d'étudiants dans les services de gynécologie à ce moment là non plus.

Un troisième changement a lieu avec le décret n°2001-64 du 19 janvier 2001 qui rajoute 6 mois de plus et monte donc le résidanat à 3 ans. Ce changement impose un semestre de pédiatrie-gynécologie.

On fait ensuite face à un changement historique et notable par la loi du 17 Janvier 2002, dans son article 60 qui élève la médecine générale au rang de spécialité de médecine. Le résidanat n'existe plus et l'étudiant en médecine passe obligatoirement, comme tous les autres étudiants, par l'internat à partir de 2004, et donc son concours d'entrée, afin d'obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisés (DES) en Médecine Générale. Cet internat sera également fait de changements au fil des années.

Dans un premier temps il impose un semestre en pédiatrie et/ou en gynécologie et un stage libre qui pourrait permettre l'approfondissement de la gynécologie. Dans ce cas une formation en gynécologie peut donc être soit totalement absente, soit être sur 12 mois.

En 2017 l'internat change de version (10). Le stage de gynécologie devient obligatoire. L'étudiant pourra donc faire de la gynécologie durant 6 mois, soit en seconde année, soit en troisième année, mais il n'aura pas l'occasion d'en faire plus ou de ne pas en faire du tout.

1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>ème</sup> année	3 <sup>ème</sup> année
Phase socle	Phase d'approfondissement	Phase de consolidation
Urgences adultes 6 mois Stage ambulatoire niveau 1 6 mois	Médecine polyvalente 6 mois <i>Stage pédiatrie ou gynécologie – 6 mois</i>	<i>Stage pédiatrie ou gynécologie – 6 mois</i> Stage ambulatoire niveau 2 6 mois

En 2023 une nouvelle réforme voit le jour (11). Outre le fait que l'internat de médecine générale passe maintenant à une durée de 4 ans, le stage de gynécologie est à nouveau modifié. En effet on se retrouve à nouveau avec un stage couplé pédiatrie et gynécologie d'une durée de 6 mois. En revanche un nouveau stage libre est de retour et permet à

l'étudiant, s'il le souhaite, mais surtout si son classement le lui permet, de choisir un stage de 6 mois en gynécologie. Cette nouvelle réforme permet de faire entre 3 et 9 mois de gynécologie.

<b>1<sup>ère</sup> année</b>	<b>2<sup>ème</sup> année</b>	<b>3<sup>ème</sup> année</b>	<b>4<sup>ème</sup> année</b>
Phase socle	Phase d'approfondissement		Phase de consolidation
Urgences adultes - 6 mois Stage ambulatoire niveau 1 - 6 mois	Médecine polyvalente – 6 mois <i>Stage couplé pédiatrie-gynécologie</i> 3 mois - <i>3 mois</i> <i>Stage libre – 6 mois</i> Stage ambulatoire niveau 2 – 6 mois		Stage ambulatoire niveau 3 – 6 mois Stage ambulatoire niveau 3 – 6 mois

En dehors du cursus universitaire obligatoire il existe des moyens de perfectionnement en gynécologie médicale. Des formations universitaires spécialisées (Diplôme Inter-Universitaire ou Diplôme Universitaire) sont proposées dans plusieurs villes de France, en présentiel ou en ligne. Et il est également possible de réaliser des formations privées dans le cadre de la formation continue (obligatoire ou non) via le Développement Professionnel Continu (DPC) et les dispositifs des Fonds d'Assurance Formation de la Professions Médicales (FAF-PM).

### III. Les différents domaines de la gynécologie médicale

Différents items de gynécologie médicale ont été étudiés dans cette thèse. Afin de comprendre leur importance dans la santé de la femme, une petite revue de données de santé publique a été décrite dans ce chapitre. Le travail plus poussé réalisé sur les détails de ces items est proposé en ANNEXE 1.

#### 1. La gynécologie et la médecine générale – Prévention et dépistage

Le médecin généraliste est, dans la majorité des cas, le premier médecin rencontré par le patient quand il sollicite le corps médical. Il se confronte donc à divers motifs dont des motifs gynécologiques. A contrario les patientes ne sont pas toujours au courant que leur médecin traitant est habilité à réaliser des consultations et des actes de gynécologie. Parallèlement le médecin généraliste n'est pas toujours à l'aise dans cette spécialité et redirige assez rapidement ses patientes vers un gynécologue.

Plusieurs thèses dans diverses régions de France, dont celle d'Antoine VEINAND (12) ont mis en évidence les motivations et les freins à la pratique de la gynécologie médicale par le médecin généraliste. Dans les principales motivations on retrouve : la prévention et le dépistage de la santé de la femme, l'accompagnement du début de grossesse, le fait d'être présent dans des situations difficiles comme les IVG ou les violences sexuelles mais également son intérêt personnel dans la discipline. Les freins à la pratique sont : le fait que les patientes ne savent pas que leur généraliste a des compétences en

gynécologie, le manque de formation et de compétences par le manque de pratique, la durée trop chronophage des consultations de gynécologie médicale, la faible valorisation financière des consultations par rapport au temps passé et l'investissement financier du matériel.

La gynécologie est une spécialité particulière qui doit dans un premier temps avoir de l'intérêt pour le praticien. Il s'agit d'une consultation intime pour la patiente, qui demande un temps spécifique afin qu'elle se sente en confiance. Un motif de gynécologie ne peut constituer un « n-ième » motif lors d'une consultation de médecin générale. La réalisation d'une consultation pour motif « gynécologie médicale » paraît indispensable.

De plus la CPAM appuie le rôle de prévention et de dépistage chez la population jeune puisqu'il existe depuis novembre 2017 (13) une cotation spécifique pour la consultation de contraception et de prévention sexuelle (cotation CCP). Cette consultation longue peut être réalisée par le médecin généraliste, le gynécologue, le pédiatre ou la sage-femme pour les patients de moins de 26 ans. A noter qu'avant décembre 2021 il existait une restriction d'âge entre 15 et 18 ans.

La prévention et le dépistage sont deux entités primordiales dans le rôle du médecin généraliste.

En gynécologie les deux principaux dépistages sont celui du cancer du sein et du cancer de col de l'utérus, 2 des 3 cancers pour lesquels il existe des dépistages organisés (le 3<sup>ème</sup> étant le cancer colo-rectal).

- Focus sur le cancer du sein :

Il tient la 3<sup>ème</sup> place concernant les causes de mortalité en France. Avec plus de 61 000 nouveaux cas tous les ans et plus de 12 000 décès, il s'agit du cancer le plus fréquent et la première cause de décès par cancer chez la femme. Concernant la région Grand Est on peut relater 4 500 nouveaux cas et 1 000 décès chaque année, ce qui revient à 12 diagnostics et 2 décès par jour (14).

9 cancers du sein sur 10 peuvent être guéris s'ils sont repérés tôt, 80% de ces cancers se déclarent après 50 ans, et 1 femme sur 8 est touchée (14), d'où l'intérêt du dépistage. Un dépistage organisé est proposé aux femmes entre 50 et 74 ans avec l'organisation d'une mammographie tous les deux ans. Mais le dépistage ne se tient pas juste à ce dépistage organisé. Le premier dépistage ne requiert pas de médecin, il s'agit de l'autopalpation, à faire dès que la patiente le souhaite. Ensuite quand la patiente commencera son suivi gynécologique, le médecin pourra pratiquer la palpation mammaire sans limites d'âge. Même si le dépistage organisé ne prend plus en charge le rappel des mammographies, elles peuvent être continuées avec l'avis du médecin après 75 ans. De même selon la même analyse clinique, elles peuvent être commencées dans certains cas avant 50 ans.

- Focus sur le cancer du col de l'utérus :

8 femmes sur 10 rencontreront au cours de leur vie le virus HPV, plus connu sous le nom de Papillomavirus. Il existe plus de 200 types différents. La primo-infection est totalement inapparente. Sur ces femmes, 90% d'entre elles élimineront le virus grâce à leur système immunitaire en 1 à 2 ans, grâce à la clairance virale. Les dégâts que peuvent faire les HPV commencent par des lésions précancéreuses, chaque année on en découvre plus de 30 000, et chaque année on dénombre 3 000 nouveaux cancers du col

de l'utérus qui mènent à plus de 1 100 décès. Grâce au dépistage précoce 90% de ces cancers pourraient être évités car par chance le développement des lésions cancéreuses est long et prend entre 10 et 15 ans (15). Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus concerne les femmes entre 25 et 69 ans ayant eu au moins un rapport sexuel.

Après 69 ans l'indication sera à discuter avec le professionnel de santé

Le praticien généraliste bénéficie d'une cotation spécifique pour la réalisation du frottis cervico-utérin qu'il peut rajouter à sa cotation de consultation de base.

- Autres préventions : MST/IST

D'après le rapport INSERM de sexualité 2024 (5), les femmes entre 18 et 69 ans déclarent avoir eu 7,9 partenaires au cours de leur vie et les hommes 16,4. L'étude montre également une augmentation du multi partenariat sur la dernière année notamment chez les jeunes de 18 à 29 ans, passant de 9,6 % en 1992 à 23,9 % en 2023 pour les femmes, et de 22,9 % en 1992 à 32,3 % en 2023 pour les hommes. L'usage du préservatif lors du premier rapport a diminué en comparaison aux années 80-90, début des campagnes de préventions VIH, il est actuellement de 49,4% chez les femmes et 52,6% chez les hommes d'après l'étude.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B n'est également pas suffisante et on note une différence entre les femmes et les hommes. En 2023 seulement 63,5% des femmes et 52,9% des hommes sont vaccinés.

Les IST et MST sont un problème majeur de santé public de par leur transmission et les complications au long court (infertilité, infection génitale haute, douleur pelvienne...) mais également leur rôle dans la transmission du VIH (16). Le dépistage est donc très important. La HAS a réalisé des recommandations concernant le dépistage de la

Chlamydia trachomatis , du Neisseria gonorrhoeae et de la syphilis (17) (18) (19). Pour la réalisation de ce dépistage les patients ont la possibilité de se rendre dans les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des IST (CeGIDD), d'aller directement en laboratoire sans prescription s'ils sont âgés de moins de 26 ans ou avec une prescription du médecin pour tous les âges. En effet depuis le 01 septembre 2024 les patients de moins de 26 ans peuvent se rendre directement dans un laboratoire d'analyses de ville, sans ordonnance, pour faire un dépistage (20). Ce processus était déjà en vigueur au paravent, sans condition d'âge, mais uniquement pour le VIH.

## 2. La contraception

Depuis la légalisation de la contraception en 1967, le paysage contraceptif en France a connu de profondes transformations. Cette évolution s'est manifestée par une diversification des méthodes disponibles, notamment avec l'introduction de nouvelles options hormonales telles que l'implant, l'anneau vaginal et le patch dans les années 1990. En 2001, la contraception définitive a également été autorisée, élargissant encore les choix. Ces innovations ont complété les méthodes déjà existantes, comme le préservatif, les pilules contraceptives et le dispositif intra-utérin (DIU), ce dernier étant maintenant possible chez les femmes nullipares. Le DIU est la méthode contraceptive la plus rependue après la pilule. Elle est présente chez 25,6% des femmes en âge de procréer sous contraception. L'implant contraceptif arrive loin derrière la pilule et le stérilet. Seul 4,3% des femmes utilisent cette méthode de contraception (21).

La contraception est de loin le motif principal des consultations de gynécologie médicale.

Une grande majorité des primo-prescriptions de contraception est faite par le médecin généraliste. Il est important d'y dédier une consultation afin de prendre en compte tous les antécédents personnels et familiaux de la patiente, de connaître ses attentes et son avis sur le choix de la contraception, lui expliquer les divers modes de contraception avec les effets indésirables possibles, réaliser un examen clinique et lui prescrire les examens sanguins nécessaires.

Le renouvellement de contraception est très souvent fait à un moment donné par un autre médecin, que la primo-prescription ait été faite par un gynécologue, une sage-femme ou un médecin généraliste. Malheureusement cet acte de renouvellement n'est pas souvent réalisé comme une primo-prescription. Il faudrait s'assurer que les antécédents n'ont pas changé et revoir avec la patiente si le moyen de contraception en question est toujours bien adapté. Souvent la demande de renouvellement de contraception vient en fin de consultation de médecine générale, or elle demande une consultation dédiée dans une grande majorité des cas.

### 3. Troubles du cycle – Fertilité

Les troubles du cycle regroupent plusieurs symptômes : spioménorrhées, qui peuvent aller vers l'aménorrhée, les métrorragies, les ménorragies, les dysménorrhées ou encore le syndrome prémenstruel.

Devant ces troubles, la patiente consulte souvent le médecin généraliste, notamment pour les dysménorrhées comme le montre l'étude de Ducarme, où le médecin généraliste a un rôle primordial dans la prise en charge avec un repérage précoce des symptômes. Il pourra également rapidement apporter une aide thérapeutique et démarrer un diagnostic pour ensuite adresser les patientes à un référent si nécessaire (22).

Les troubles de la fertilité sont également des motifs fréquents de consultations. D'après le comité de presse de l'OMS d'avril 2023 l'infertilité est une maladie du système reproducteur masculin ou féminin, définie par l'incapacité d'obtenir une grossesse après 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés. Elle peut entraîner une détresse majeure, de la stigmatisation et des difficultés financières, affectant le bien-être mental et psychosocial des personnes concernées. Une personne sur dix est touchée dans le monde (23). En France 14% des couples consultent pour infertilité (24).

Les causes de l'infertilité sont nombreuses, dans les deux sexes on relate des causes endocrinologiques avec une altération de la production hormonale qui peut entraîner un défaut d'ovulation chez la femme ou un déficit de production des spermatozoïdes chez l'homme. Ces causes peuvent être de différentes origines (anomalies fonctionnelles ou génétiques, tumeurs). Les traitements médicamenteux comme les chimiothérapies sont également des causes d'infertilité. On rajoute également des facteurs environnementaux comme le tabagisme, des facteurs psychiques comme le stress mais également l'obésité (25).

La prise en charge de l'infertilité repose sur un interrogatoire bien conduit et un examen clinique gynécologique chez la femme et urologique chez l'homme. Les examens complémentaires chez la femme sont une biologie hormonale, une échographie

endovaginale et une hystérosalpingographie. Concernant l'homme il s'agira de faire un spermogramme poursuivi d'une biologie hormonale en fonction des résultats (24).

La suite de la prise en charge sera réalisée dans un centre référent d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

En 2018, en France, 1 enfant sur 30 a été conçu grâce à une technique d'AMP, qu'il s'agisse d'une Fécondation In Vitro (FIV) ou d'une Insémination Artificielle (IA), la FIV représentant 70 % des enfants conçus par AMP (26).

#### 4. Grossesse

Le suivi d'une grossesse non pathologique peut être réalisé par le gynécologue, la sage-femme mais également par le médecin généraliste. Toutes grossesses pathologiques restent sous la surveillance d'un gynécologue comme le confirme les dernières recommandations de l'HAS (27). Ce suivi est réalisé sur la base d'examens cliniques, biologiques et échographiques dans le but d'assurer une évolution, correcte de la grossesse et dépister le plus précocement possible les anomalies qui représenteraient un risque pour la mère et/ou l'enfant. Le suivi doit être réalisé dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales. Ce suivi se compose de 9 consultations spécifiques et de 3 échographies, ces dernières devant être proposées à la patiente mais ne sont pas obligatoires.

## 5. Ménopause

La ménopause et surtout la période de préménopause est un important motif de consultation.

D'après l'OMS la ménopause naturelle est confirmée après 12 mois consécutifs sans règles, en l'absence d'autres causes physiologiques ou pathologiques évidentes et d'interventions cliniques, la fonction folliculaire ovarienne s'arrête. L'âge auquel la ménopause naturelle survient se situe généralement entre 45 et 55 ans (28).

L'entrée dans la ménopause impose à la femme des changements hormonaux notamment par une carence en œstrogènes qui peuvent avoir des conséquences sur son bien-être physique, émotionnel, mental et social. Les femmes ne sont pas toutes égales à cette variation hormonale, certaines ne présentent que peu ou pas de symptômes alors que d'autres voient leur vie totalement chamboulée. La durée de ces symptômes est également variable.

Parmi ces symptômes on retrouve : en premier lieu les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes ; les changements anarchiques dans la régularité et dans le flux menstruel pour se terminer sur un arrêt total des règles ; une sécheresse vaginale qui peut induire des douleurs pendant les rapports sexuels, le début d'une incontinence et/ou d'un prolapsus par l'affaissement des tissus pelviens ; des troubles du sommeil ; des changements d'humeur pouvant aller jusqu'à la dépression et/ou l'anxiété ; une prise de poids ; un changement de qualité de la peau ; une baisse de densité osseuse entraînant des risques plus élevés d'ostéoporose et donc de fractures.

Dans les cas les plus difficiles pour la femme il est possible de prescrire un traitement hormonal de la ménopause (THM) qui consistera à pallier ce manque d'œstrogènes.

## 6. Les infections génitales et pathologies vulvo-vaginales

Les infections génitales regroupent les infections génitales basses que l'on appelle également vulvo-vaginites et les infections génitales hautes (IGH), ces dernières relevant d'une urgence médicale.

Les vulvo-vaginites sont l'un des principaux motifs de consultation gynécologique. La symptomatologie qui amène la patiente à consulter sont des leucorrhées (sécrétion endocervicale = glaire cervicale) inhabituelles tant en texture qu'en odeur, un prurit, un érythème, des dyspareunies, une pesanteur pelvienne et/ou une douleur.

Concernant les autres pathologies de la vulve, on retrouve du psoriasis, du lichen, la maladie de Paget vulvaire, mais également plusieurs autres maladies dermatologiques. La glande de Bartholin peut également être amené à s'inflammer et donner ce qu'on appelle une Bartholinite. Le développement de ces affections ne sera pas réalisé dans cette thèse.

## 7. Perspectives d'actes en plus

- Focus sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

En 2021, 14 172 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été pratiquées chez des patientes âgées de 15 à 49 ans résidant dans la région Grand Est, soit 6,8 % des IVG

réalisées pour l'ensemble des femmes vivant en France métropolitaine. Selon les études de la DRESS, le taux de recours à l'IVG dans la région Grand Est est de 12,2 % (29)

La réalisation d'IVG hors établissement de santé est en augmentation depuis 2018. Elle représentait cette année-là 8,5% des IVG dans le Grand Est, pour arriver à 15% des IVG en 2021. Au niveau national on est à 25% d'IVG médicamenteuses pratiquées hors établissement de santé en 2018 et 33% en 2021. A noter qu'1% de ces IVG ont été pratiquées en téléconsultation (29).

Dans le Grand Est on retrouve 51 établissements ou centres de santé qui proposent l'offre de soin IVG. La répartition est assez inégale : 14 en Champagne Ardenne, 28 en Lorraine et 14 en Alsace.

Le médecin généraliste qui souhaite proposer ce service de soin à ses patientes doit dans un premier temps se former. Il existe diverses possibilités de formation : Les diplômes universitaires (DU) ou diplômes interuniversitaires (DIU) sur le thème de la gynécologie mais également les associations de professionnels comme L'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC), Le Mouvement Français pour le planning familial (MFPF) et le Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO) (30).

Le médecin doit établir une convention avec un établissement de santé (public ou privé) qui propose des IVG chirurgicales. Cette convention garantit la continuité des soins et permet au médecin de transférer la patiente vers l'établissement en cas de complications ou si une intervention chirurgicale s'avère nécessaire. Une fois la convention avec l'établissement de santé signée, une copie doit être transmise à l'ordre des pharmaciens, à la CPAM et à l'ordre des médecins.

La rapidité et la simplicité de la prise en charge de l'IVG sont des points essentiels. La HAS recommande que la femme qui souhaite réaliser une IVG obtienne un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant sa demande. L'autorisation de la téléconsultation pour ce type de soin permet d'améliorer la prise en charge. Toutes les consultations peuvent se faire via la téléconsultation si le praticien l'estime adaptée à la situation de la patiente et si la patiente le souhaite. Les séquences de prise en charge restent identiques que l'IVG soit faite dans un centre de santé ou en libéral (31).

Dans sa thèse intitulée « Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est » écrite en 2018, Hugo LEROY explique que l'activité d'orthogénie proposée en cabinet de ville par les médecins généralistes reste très faible en région Grand Est avec une disparité entre les anciennes régions. Les freins sont notamment le fait que les autres professionnels de santé et les établissements n'ont souvent pas connaissance des médecins proposant une activité d'orthogénie en ville ainsi que le caractère chronophage de ces prises en charge (32).

- Focus sur la colposcopie

Dans le cas d'un résultat positif du frottis cervico-utérin, c'est-à-dire que l'analyse cytologique a montré une anomalie au niveau des cellules, le second examen à réaliser est la colposcopie.

L'achat d'un coloscope est onéreux et son utilisation demande une utilisation régulière afin d'affiner son expertise.

La cotation d'une colposcopie est de 50,90€. Le prix d'un coloscope débute dans les 2500€ et peut augmenter rapidement en fonction des caractéristiques innovantes du produit.

Il existe un DIU intitulé « Colposcopie et pathologie cervico-vaginale » destiné à la formation des médecins généralistes en colposcopie, disponible dans certaines facultés de France dont Strasbourg. Je n'ai pas réussi à trouver d'informations fiables sur le nombre de médecins généralistes disposant d'un colposcope.

- Focus sur l'échographie

L'échographie est indispensable à bon nombre de diagnostics gynécologiques. Elle demande une solide formation et une grande répétition des actes afin d'en devenir expert. L'achat de l'appareil est couteux et plus il sera perfectionné, plus couteux il sera. La formation est possible pour le médecin généraliste via plusieurs DU ou DIU présents dans plusieurs villes de France. La cotation est de 69,93€ pour une échographie endovaginale avec obligation de rédaction d'un compte rendu d'imagerie.

## IV. Matériel et méthode

### 1. La méthode Delphi

Les méthodes de recherche de consensus sont utilisées pour répondre à des questions où les données disponibles sont insuffisantes. Elles s'appuient sur une approche qualitative, tout en pouvant parfois inclure des estimations quantitatives, comme c'est le cas avec la méthode Delphi et la technique du groupe nominal.

Ces deux méthodes reposent sur une approche structurée et systématique, impliquant des cycles de questionnaires (Delphi) ou des réunions (Groupe nominal). Elles présentent l'avantage d'être rapides à mettre en œuvre et peu coûteuses, tout en intégrant à la fois des données empiriques ainsi que l'expertise et le jugement des participants. Ces experts sont habituellement des personnes représentatives de la profession. Ces méthodes ont pour but soit d'explorer le champ de connaissance des experts, soit de mesurer ou développer le consensus. Elles sont conçues pour réduire l'influence de certaines figures dominantes et pour minimiser les risques de conflits d'intérêts au sein du groupe.

La méthode Delphi se distingue par la possibilité de recueillir les avis des participants à distance, sans nécessiter de rencontres physiques, tout en garantissant l'anonymat des contributions (33). C'est cette méthode qui a été choisie dans cette thèse.

#### **Origine**

La méthode Delphi a été développée dans les années 1950 par Olaf Helmer à la RAND Corporation, aux États-Unis, pour des projets militaires, notamment pour prévoir l'impact des technologies sur les stratégies de défense pendant la seconde guerre mondiale. C'est

à partir des années 70 que cette méthode est utilisée dans la santé et notamment dans des études portant sur des soins infirmiers. Elle porte le nom du célèbre oracle de Delphes, de Grèce antique, connu pour son mode d'interprétation et de prévision (33).

### **Caractéristiques**

La méthode Delphi repose sur un processus itératif et interactif qui comprend généralement deux à quatre cycles. Elle s'appuie sur des questionnaires structurés auto-administrés, envoyés aux participants par courrier ou, de plus en plus souvent, sous forme électronique.

Le choix des participants vise à constituer un panel représentatif des connaissances et des perceptions actuelles. Ces experts, issus de divers horizons, doivent être relativement impartiaux tout en ayant un intérêt marqué pour la problématique abordée.

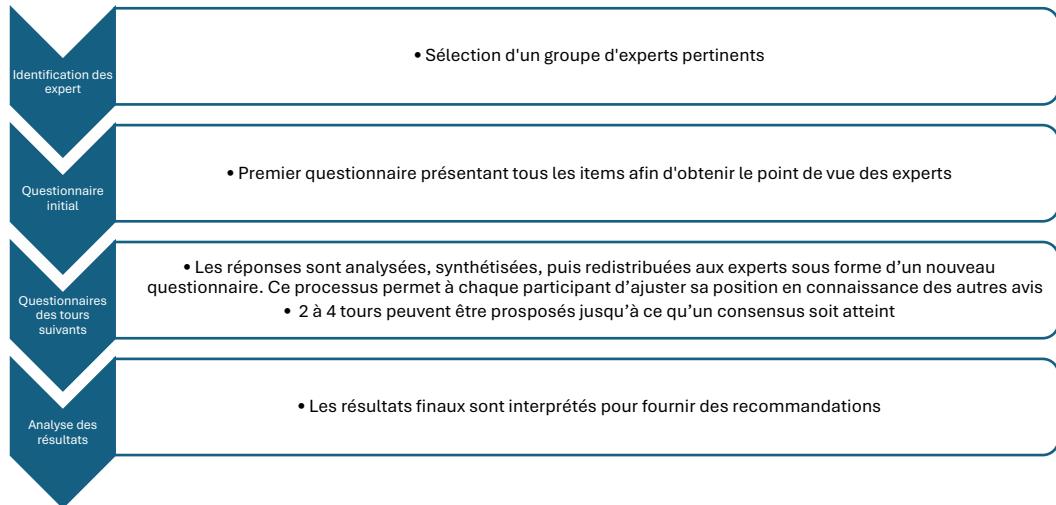
Le panel peut inclure des professionnels de santé de disciplines variées (médicales et paramédicales), des patients, des économistes, des juristes, et d'autres parties prenantes. La taille du groupe peut varier, allant d'un minimum de 15 participants à plus de 60 dans certaines études.

Il est à noter que l'équipe de recherche en charge de la procédure n'est pas intégrée au panel des participants, afin de garantir une impartialité maximale et de préserver l'intégrité des résultats.

La méthode Delphi se distingue des autres techniques de communication en groupe par plusieurs caractéristiques uniques. Elle permet de recueillir les avis d'experts spécialisés dans un domaine précis et ces participants peuvent partager leurs contributions à distance sans nécessiter de rencontre physique. Les questionnaires sont conçus de manière flexible et peuvent évoluer au fil des cycles et grâce aux itérations successives,

un consensus va émerger naturellement. Chaque cycle inclut une synthèse des réponses précédentes, ce qui permet aux participants de réviser leurs jugements s'ils le souhaitent.

## Méthode



## Traitements des données

La première étape de mesure du consensus sera réalisée par l'évaluation du degré d'accord individuel des experts avec les propositions considérées. Pour chaque item proposé, le participant devra mettre une cotation selon une échelle de Likert qui permet d'exprimer son accord ou son désaccord. Cette échelle va de 1 « Je ne suis pas du tout d'accord » à 9 « Je suis totalement d'accord ». La seconde étape permettra d'obtenir une évaluation de l'accord global entre les experts grâce à la mesure d'un indicateur statistique de tendance centrale et de dispersion, la médiane, calculé au niveau du groupe.

Selon cette échelle on obtient une validité contextuelle, face validity en langage statistique, lorsque le score médian de l'accord est supérieur ou égal à 7, en l'absence de désaccord. On entend par désaccord plus de 30% des scores individuels répartis entre 1

et 3 et plus de 30% entre 7 et 9. Ce désaccord reflète un manque de consensus, une polarisation des avis du groupe ou une distribution large sur l'échelle de Likert. Si le score médian est entre 4 et 6 alors il est considéré comme une réponse équivoque et l'item peut être ré-évalué sur un tour suivant (34).

	Score personnel	Score médian	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus
Proposition 1	7	8	10%	40%	OUI	OUI
Proposition 2	2	5	22%	35%	OUI	NON
Proposition 3	8	7	32%	42%	NON	NON

## 2. La sélection des experts

Un expert est défini comme « toute personne ayant une bonne connaissance pratique, politique, légale ou administrative d'un sujet précis et ayant une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe d'acteurs auquel elle appartient » (35).

### **Critères d'inclusion (doivent tous être présents) :**

- Professionnel de santé diplômé exerçant en tant que Gynécologue médical, Gynécologue obstétricien ou Gynécologue médical et obstétricien
- Exerçant en libéral ou en hospitalier
- Exerçant dans la région Grand Est.

### **Critères d'exclusion (un seul de ces critères) :**

- Professionnel de santé autre que Gynécologue médical, Gynécologue obstétricien ou Gynécologue médical et obstétricien
- Exercice en dehors de la région Grand Est.

Les experts ont été sélectionnés par des recherches dans l'annuaire de l'Assurance Maladie (<https://annuairesante.ameli.fr/>). La méthode ne demande pas un nombre d'experts minimum. Dans les différentes études avec la méthode Delphi, le recrutement recensait entre 15 et 60 experts (33). Pour cette étude il a été décidé de recruter au moins 60 experts afin de prendre en compte un nombre acceptable de perdu de vue au cours des différents tours de questionnaires. Ce nombre établi à 20% semble correct. Ce qui revient à terminer l'étude avec au moins 48 experts encore présents lors du dernier tour.

### 3. Réalisation du questionnaire

Le site Framaforms (<https://framaforms.org/abc/fr/>) a été utilisé pour créer les questionnaires. Il a été choisi car il permet la réalisation des questions avec l'échelle de Likert et l'ajout de commentaires mais également par son design ainsi que sa facilité d'utilisation. De plus les données sont exportables sur Excel ce qui permet une aide pour les analyses statistiques. A noter que le fait qu'il ne soit pas payant était également un argument appréciable.

Les experts ont été, dans un premier temps, contactés par la messagerie de Doctolib. Un message leur présentant l'étude leur a été diffusé ainsi que le lien du premier questionnaire. Il a été choisi de ne pas commencer par envoyer un mail de demande de participation pour éviter de perdre des potentiels répondants.

Un questionnaire reprenant les données démographiques a également été envoyé afin d'enrichir les statistiques de réponses.

Le questionnaire principal contient 30 items, classés en 11 catégories :

- La gynécologie en médecine générale : 1 item
- La contraception : 4 items
- Prévention et dépistage : 4 items
- Troubles du cycle : 3 items
- Fertilité : 2 items
- Infections génitales : 1 item
- Grossesse : 3 items
- Ménopause : 1 item
- Autres actes : 6 items
- Autres généralités : 2 items
- Perspective d'actes en plus : 3 items

Le courriel de présentation de l'étude et d'invitation à répondre au premier tour se trouve en ANNEXE 2. Le premier questionnaire se trouve en ANNEXE 3.

#### 4. Analyse quantitative

Chaque item est évalué selon le score de l'échelle de Likert entre 1 « Je ne suis pas du tout d'accord » et 9 « Je suis totalement d'accord ». Les différentes propositions étaient indépendantes les unes des autres. Concernant l'analyse des résultats, une médiane a été calculée pour chaque items ainsi qu'un pourcentage de réponses dans les intervalles [1-3], [4-6] et [7-9].

Une proposition est validée, et le consensus obtenu, si la médiane est supérieure ou égale à 7 et cela en l'absence de désaccord. Rappelons que le désaccord se définit par plus de 30% des scores individuels répartis entre 1 et 3 et plus de 30% entre 7 et 9.

Une proposition est rejetée, et dans ce cas on constate un consensus sur son caractère inapproprié, si la médiane est inférieure ou égale à 3 et également en l'absence de désaccord.

Une proposition est incertaine si la médiane se trouve entre 4 et 6 ou bien quel que soit la médiane mais avec un désaccord. Dans ce cas la proposition est retravaillée avec l'aide des commentaires laissés par les experts, puis proposée lors d'un nouveau tour.

Dans le cas où la médiane tomberait entre les intervalles, la RAND/UCLA Appropriateness Method propose d'arrondir la médiane à l'intervalle supérieur (36). Par exemple une proposition avec une médiane à 3,5 serait arrondie à 4 et deviendrait donc une proposition incertaine.

## 5. Analyse qualitative

Pour tout score inférieur ou égal à 7 il a été demandé aux experts de laisser un commentaire motivant leur note et permettant ainsi dans un second temps de rediscuter la proposition pour la proposer en prochain tour. Les experts pouvaient dans tous les cas laisser un commentaire, ce qui était bienvenue.

A partir du second tour les experts ayant répondu au premier tour ont reçu un mail avec des remerciements pour leur participation ainsi que des encouragements à répondre au tour suivant. Un PDF reprenant les items ré-évalués avec leurs propres réponses (notes

et commentaires) ainsi qu'un bilan de réponses des autres experts, complétaient le mail.

Cela leur permettait de revoir leur réponse par rapport à celle des autres et de modifier ou non leur avis en fonction de la reformulation de la question.

Le courriel invitant à répondre au second tour est présent en ANNEXE 4. Le second questionnaire se trouve en ANNEXE 5.

## 6. Accord préalable de l'étude

Aucune demande préalable auprès d'un comité d'éthique tel que la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ni du Comité de Protection des Personnes n'a été faite car l'étude n'interrogeait que des professionnels de santé sans divulgation de leur identité.

## V. Résultats

### 1. Recrutement des experts

Les experts ont été sollicités via leurs coordonnées dans l'annuaire de l'assurance maladie. Un des gynécologues a partagé le questionnaire principal avec les membres du Collège des Gynécologues et Obstétriciens d'Alsace (CGOA) et un autre gynécologue l'a partagé avec la Fédération Nationale des Collègues de Gynécologie Médicale (FNCGM), ce qui a permis de faire participer des praticiens hospitaliers à l'étude. Au départ il était prévu de mener l'étude en Alsace. Afin de voir si on trouvait des réponses différentes selon les régions plus au moins dotées en gynécologues, l'étude a été agrandie sur le Grand Est. Certains grands hôpitaux ont été sollicités mais sans retour. Il n'est pas possible de dénombrer totalement le nombre de médecins sollicités via la diffusion du questionnaire. En Alsace plus de 95 médecins ont été sollicités, 45 ont répondu au premier questionnaire et 33 ont complété l'étude. En Lorraine sur plus de 60 médecins sollicités, 15 ont répondu au premier tour et 8 ont terminé l'étude. Concernant la Champagne-Ardenne, plus de 46 médecins ont été sollicités, 9 ont répondu au premier tour et 6 ont finalisé l'étude. Le détail est disponible dans l'ANNEXE 6.

En globalité, sans tenir compte des régions, sur plus de 201 gynécologues sollicités, 72 ont participé au premier tour et 47 ont complété l'étude en entier, soit un taux de perte de vue de 34,7%.

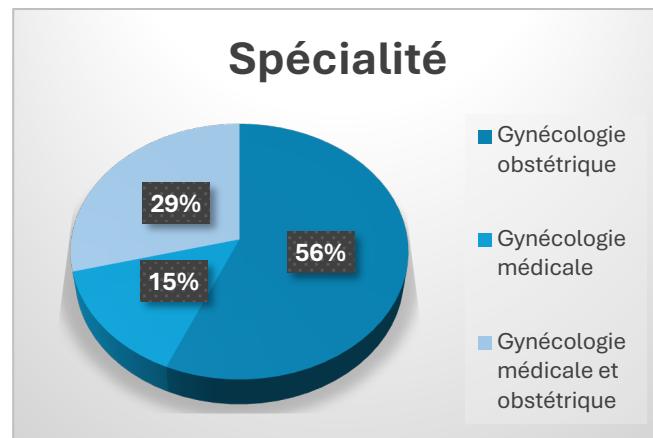
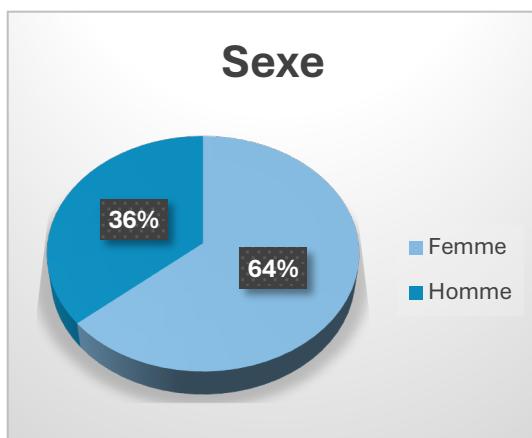
#### **Respect des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude :**

Via le partage du questionnaire un gynécologue de la région parisienne a également répondu, ainsi qu'un médecin généraliste du Haut-Rhin et un autre médecin généraliste

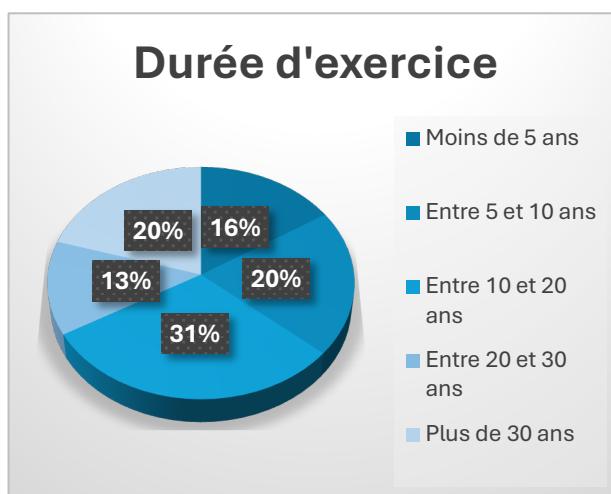
de la Meurthe et Moselle. Ces dernières participations entrent dans un critère d'exclusion de l'étude. Les réponses des experts 13, 71 et 72 ne seront donc pas prises en compte dans l'analyse de l'étude. En respect des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude, le nombre de participants au premier tour est de 69 et le nombre d'experts ayant complété l'étude est de 47. Le taux de perdus de vu est donc finalement de 32%.

### **Données démographiques :**

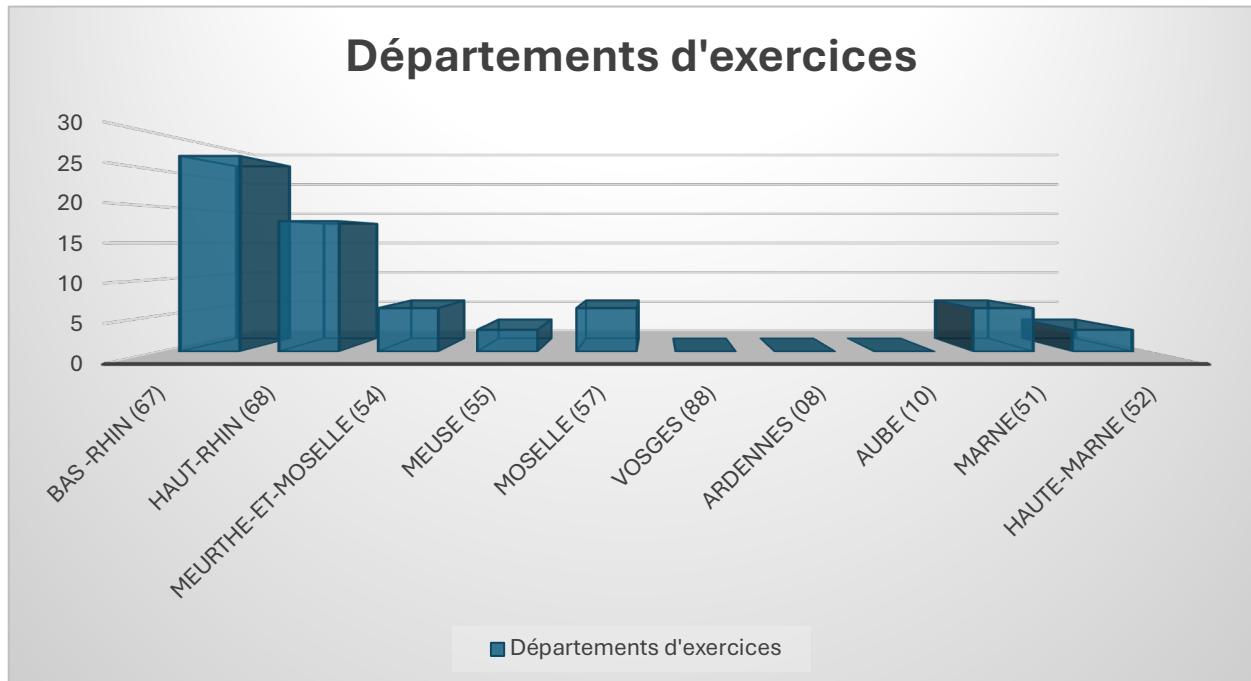
Les praticiens ayant répondu à l'étude sont âgés entre 34 et 80 ans, avec une moyenne de 48 ans. La médiane est de 45 ans, ce qui représente une bonne dispersion des âges.



64% des médecins inclus dans l'étude sont des femmes. 85% ont la spécialité de GMO/GO et pratiquent donc de la chirurgie.



Trois quarts des répondants exercent en milieu libéral, qu'ils soient en groupe ou seul pour un tiers d'entre eux. 36% exercent depuis moins de 10 ans, 31% ont une durée d'exercice entre 10 et 20 ans et les 33% restant exercent depuis plus de 20 ans.



Le plus haut taux de répondants a été obtenu en Alsace avec un total de 45 réponses sur les 69, donc 65,42% des gynécologues ayant répondu à l'étude travaillent en Alsace, dont 60% dans le Bas-Rhin. En Lorraine on décompte 15 répondants soit 21,7% des participants. A noter qu'aucun gynécologue des Vosges n'a souhaité participer à l'étude. Du côté de la Champagne-Ardenne les gynécologues représentent 13% des répondants avec 9 participations. Les gynécologues de l'Aube et de l'Ardennes n'ont pas répondu à l'étude.

## 2. Résultats du premier tour

Le questionnaire du premier tour a été diffusé du 03 novembre 2024 au 16 décembre 2024. L'étude a été étendue à la Lorraine et à la Champagne-Ardenne à partir du 12 novembre 2024. Une série de premières relances a été faite à partir du 19 novembre 2024 quand le recueil de données comptait 22 réponses, ce qui a permis de récupérer encore 48 réponses pour un total de 69 questionnaires complétés.

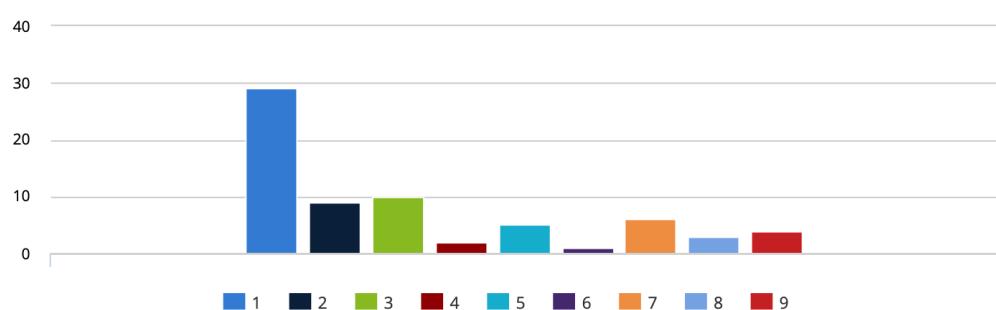
Sur les 30 items :

- 3 propositions ont été rejetées en absence de désaccord
- 20 propositions ont obtenu un consensus en l'absence de désaccord
- 7 propositions ont eu une médiane en 4 et 7 et n'ont donc pas obtenu de consensus. Ces 7 propositions ont été reformulées avec les différents commentaires et proposées lors d'un second tour.

Le détail des médianes de chaque groupe est donné en ANNEXE 7.

### a) Propositions rejetées :

PROPOSITION 3 : Le médecin généraliste devrait seulement renouveler les prescriptions de contraception faites par le gynécologue



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
2	69,56%	11,59%	18,84%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Recommandations bien établies en 2018, urgence dans la contraception
- Un médecin généraliste doit pouvoir initier une contraception et la renouveler
- Les contre-indications doivent être discutées
- Typiquement approprié à une consultation de médecine générale
- L'idéal serait qu'il ait la pratique de pose et dépose de DIU et d'implant pour une vision juste des indications
- Consultation dédiée avec examen gynécologique associé
- Si le MG a une bonne formation il peut gérer cela en autonomie
- Le MG peut prescrire les pilules de 1<sup>ère</sup> intention minidosées
- Prescription des contraceptions fait partie des compétences d'un MG

Experts indécis :

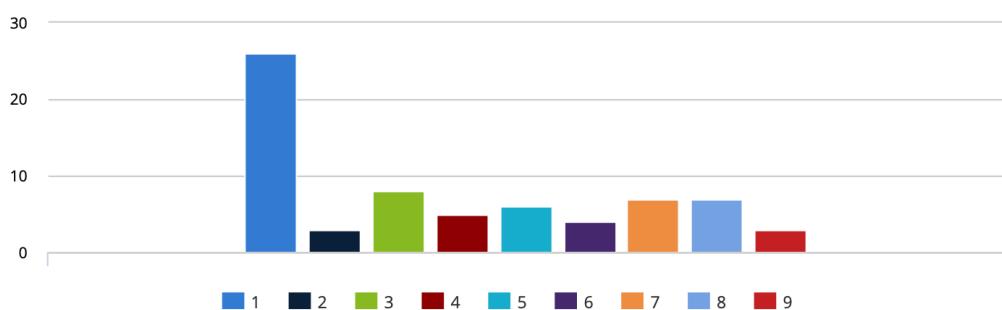
- La contraception orale peut être faite pour un an, pas d'intérêt de la renouveler sans réévaluation

Experts en accord :

- Si l'initiation d'une contraception par le MG, une consultation chez le gynécologue doit être proposée sans urgence
- Changements fait par le MG rarement adaptés
- Le gynécologue n'a pas besoin d'un MG pour renouveler la prescription
- À condition de se mettre à jour et de s'y intéresser
- Dans les cas évidents seulement

→ La médiane de cette proposition reste à 2 en fonction des 3 anciennes régions du Grand Est mais également si l'on compare les réponses des praticiens hospitaliers et celles des libéraux. Les GO et GMO sont du même avis que les GM. La médiane oscille entre 1 et 3 en fonction des années d'expérience. La non-validation du consensus reste unanime pour les différentes populations étudiées.

**PROPOSITION 12 :** La prescription des premiers bilans pour des métrorragies chez la femme ménopausée peut être faite par le médecin généraliste afin d'orienter vers le gynécologue spécialiste que si ces bilans présentent des anomalies



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
3	53,62%	21,74%	24,64%

#### Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Cela relève vraiment du spécialiste
- Besoin d'une échographie endovaginale +/- une biopsie de l'endomètre par le gynécologue
- Si échographie EV et biopsie négatives il y aura besoin d'une hystéroskopie donc adressage gynécologue direct
- Si pas de spécialiste dans le coin

Experts indécis :

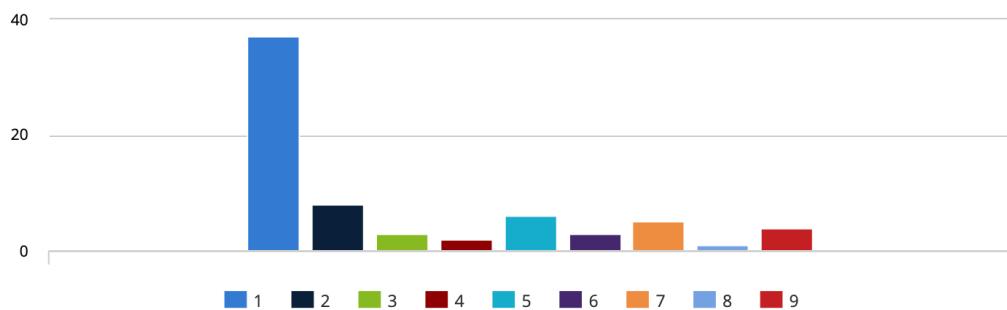
- Privilégier l'échographie réalisée par le gynécologue plutôt que le radiologue
- Échographie EV donc gynécologue direct
- Après bilan orientation chez le gynécologue
- Si le MG peut réaliser une échographie et une biopsie de l'endomètre facilement
- Perte de temps, ça peut avancer si rendez-vous gynécologue difficile à obtenir

Experts en accord :

- Si le MG fait la biopsie d'endomètre
- Le MG peut organiser la biologie et l'échographie, mais il manquera l'échographie EV
- Même si l'échographie est normale, il faut un adressage gynécologue
- L'échographie peut être prescrite, la biopsie de l'endomètre peut être faite si formé

→ La médiane de cette proposition reste à 3 pour la Champagne et descend à 2 pour l'Alsace. La Lorraine est indécise avec une médiane à 4. Les GO et GMO sont du même avis que les GM, avec une médiane entre 2 et 4. Les hospitaliers autant que les libéraux rejettent cette proposition avec une médiane inférieure ou égale à 3. On constate une différence des réponses pour les médecins exerçant depuis moins de 10 ans et entre 20 et 30 ans dont la médiane reste inférieure ou égale à 3 et les médecins ayant une expérience entre 10 et 20 ans ou de plus de 30 ans qui sont indécis (médiane de 5 et de 4).

**PROPOSITION 29 :** Il serait intéressant que le médecin généraliste se forme (et par conséquent achète le matériel) à la colposcopie



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
1	69,56%	15,94%	14,49%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Trop cher
- Il faut en faire beaucoup pour être bon, au moins 50 colposcopies par an
- Pas du domaine du MG
- Il y a d'autres choses plus urgentes pour lesquelles le MG peut se dégager du temps
- Il y a assez avec les SF et gynécologues
- Le MG serait plus utile en dermatologie et en pédiatrie
- Compétence du spécialiste formé
- Examen trop long
- Il serait intéressant que le MG devienne gynécologue à part entière
- Déjà difficile pour le gynécologue, sous spécialité
- Pourquoi ne pas faire des fonds d'œil et des échographies cardiaques de débrouillage

- Besoin d'un DU spécialisé

Experts indécis :

- Bizarre comme idée mais pourquoi pas
- Examen très complexe, à condition d'en faire beaucoup
- Examen très spécifique, mauvais rendement si pas pratiqué très régulièrement
- Très spécialisé
- Nécessite un DU

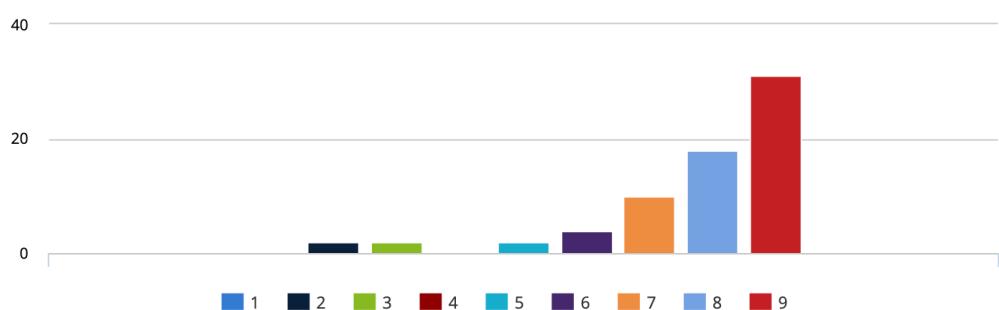
Experts en accord :

- Déjà réalisé à mon initiative dans l'espace de santé où je travaille
- À condition d'avoir un correspondant gynécologue

→ La médiane reste inférieure ou égale à 2 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. La proposition est donc rejetée par l'ensemble des groupes.

**b) Propositions ayant obtenu un consensus**

PROPOSITION 1 : La gynécologie a sa place au sein d'une consultation dédiée chez le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
8	5,80%	8,70%	85,50%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Cela fait partie de la santé globale et donc à prendre en compte par le MG, mais  
besoin d'une consultation dédiée ?

Experts indécis :

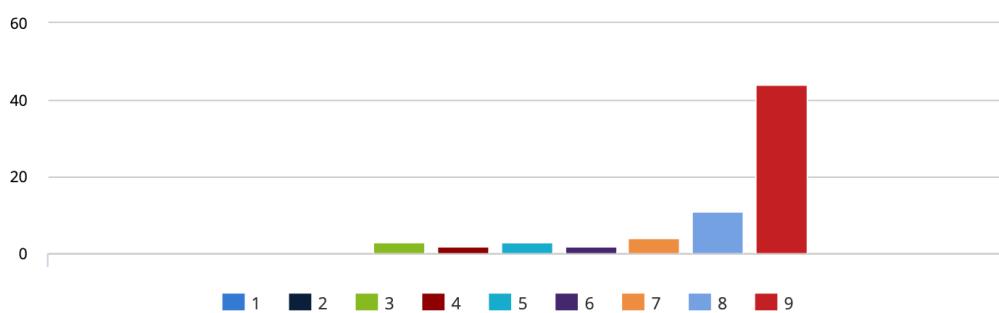
- C'est une spécialité à part, pas de la MG
- Seulement si le médecin est formé à la pratique de la gynécologie

Experts en accord :

- Complètement d'accord pour dépistage et 1<sup>ère</sup> contraception
- Au moins une fois par an si la femme n'a pas ou plus de gynécologue et ne pas  
« polluer » la rencontre
- Il est nécessaire que le MG ait le minimum d'informations pour orienter  
correctement les patientes
- Ça dépend du contexte et si la patiente est déjà suivie par un gynéco ou pas
- Dépistage (HPV et mammographie) car manque de gynécologues en Moselle
- Manque de professionnels
- Dépistage des problèmes gynécologiques simples
- Si le MG a le temps nécessaire, la formation appropriée et les équipements  
nécessaires
- Cela fait partie intégrante de son rôle de dépistage

→ La médiane reste entre 8 et 9 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

**PROPOSITION 2 :** La prescription initiale d'une méthode de contraception peut se faire chez le médecin généraliste



Note médiane <b>9</b>	Notes 1 à 3 4,35%	Notes 4 à 6 10,14%	Notes 7 à 9 85,51%
--------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord : /

Experts indécis :

- Absence de DU, peu de formation
- MG peut renouveler mais pas prescrire
- Consultation longue et déterminante pour le chemin contraceptif

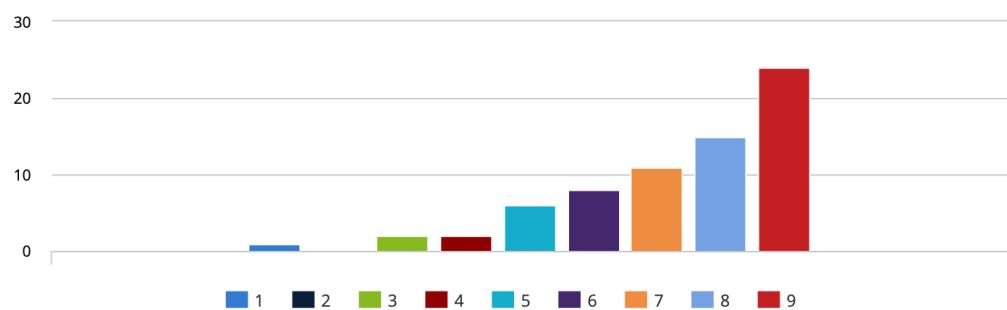
Experts en accord :

- Très important car parfois urgent, évidemment pas pour des cas complexes
- Prescription première contraception jeune fille
- Oui et gynécologues là en seconde ligne pour les contraceptions difficiles

- Avec formation solide
- S'il sait le faire
- Si suivi gynécologique
- Tout à fait surtout pour les adolescentes où l'examen gynécologique n'est pas nécessaire

→ La médiane reste entre 8 et 9 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

**PROPOSITION 4** : La pose et la dépose d'un implant peut se faire chez le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
<b>8</b>	4,34%	23,19%	72,46%

Résumé des commentaires :

- Experts en désaccord :
- Trop de « mal posé »
  - Sauf si pratique fréquente
  - Nécessite des connaissances chirurgicales
  - Besoin d'une formation très solide

Experts indécis :

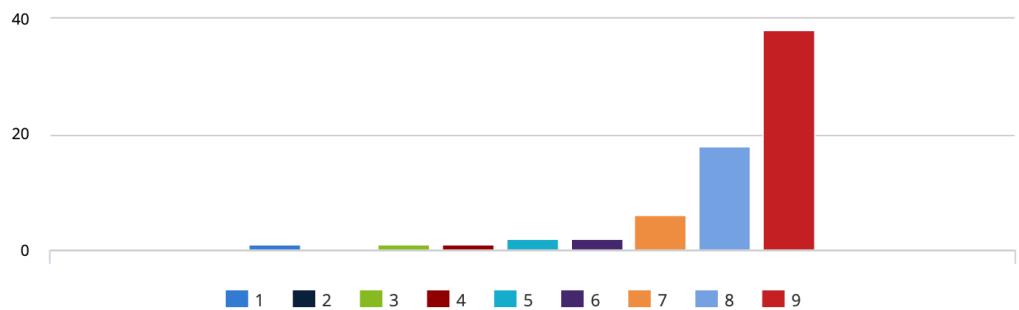
- Nécessite d'être vraiment à l'aise
- Formation adéquate
- Fasse également l'ablation
- Celui qui pose l'implant, l'enlève
- Tout dépend de qui l'a posé, parfois geste long et fastidieux, nécessitant du matériel de petite chirurgie car migration possible de l'implant
- S'il a appris et a une personne qui peut l'assister

Experts en accord :

- Seulement si formé et pas juste de façon théorique
- S'il en pose un nombre suffisant
- Formation simple
- Si pas capable de l'enlever alors il n'en pose pas
- À condition de faire un DIU de gynécologie et une formation clinique et un gynécologue référent
- S'il maîtrise la technique

→ La médiane reste entre 7 et 9 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

PROPOSITION 6 : Une consultation de prévention sexuelle devrait être proposée par le médecin généraliste à ses patientes et patients de moins de 26 ans



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
<b>9</b>	2,89%	5,80%	89,86%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Le MG a autre chose à faire mais si cela se présente bien sûr que oui
- Oui bien avant 26 ans

Experts indécis :

- Pourquoi limiter aux moins de 26 ans
- S'il le juge nécessaire mais ça ne devrait pas être systématique

Experts en accord :

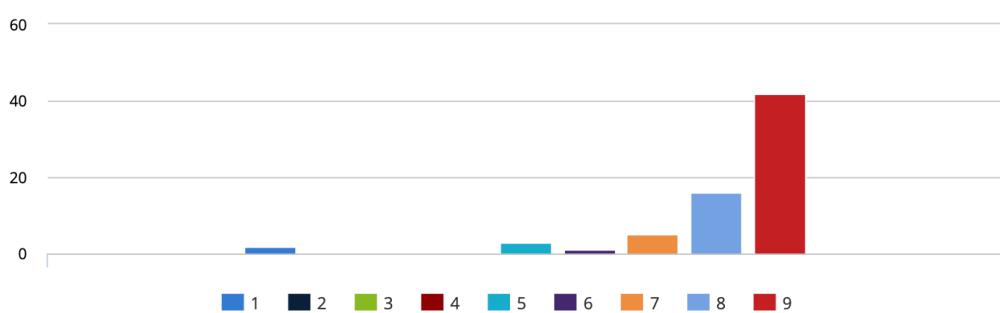
- Ou par le gynécologue ou la sage-femme
- D'autant plus que la consultation et les prescriptions sont totalement prises en charge
- Toutes les classes de 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ont une intervention du conseil régional, au moment de l'entrée dans le dépistage du col de l'utérus il est tout à fait pertinent

de faire ce rappel, mais aussi de motiver pour faire le vaccin contre les HPVs aux garçons et aux filles

- Parler de contraception, sexualité, protection et fertilité est très important
- C'est de la médecine générale de bon sens
- Pas « devrait » mais « pourrait »
- Aussi après 26 ans
- Malheureusement je connais plein de médecin contre le GARDASIL
- Fait déjà partie de la consultation de médecine générale chez les adolescents

→ La médiane reste entre 8 et 9 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

#### PROPOSITION 7 : La réalisation des frottis peut se faire chez le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
9	2,90%	5,80%	91,30%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord : /

Experts indécis :

- Oui chez les patientes ne consultant pas de gynécologues, sinon le test sera fait plusieurs fois
- Cela fait partie intégrante de la consultation, il faut connaître l'anatomie du col
- Oui dans les territoires isolés. La multiplication des préleveurs fait répéter inutilement les gestes par perte d'information

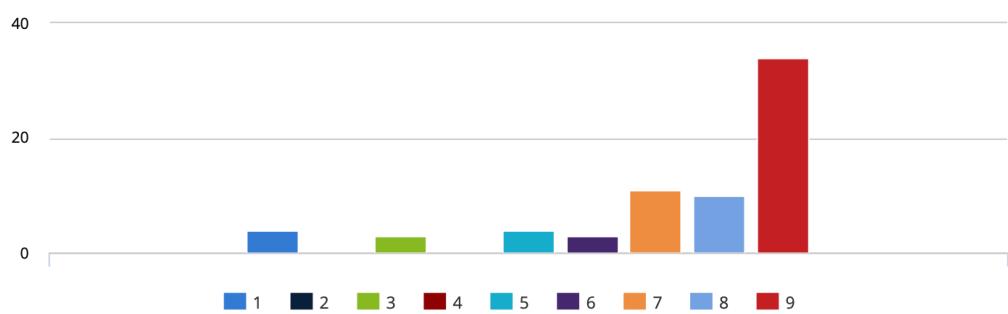
Experts en accord :

- Seulement si collaboration avec un colposcopiste afin d'avoir un parcours patiente fluide
- Absolument d'accord, ce n'est pas une fois de plus le privilège des sage-femmes
- Oui et adresser uniquement les patientes avec des frottis pathologiques
- À condition d'avoir le matériel adéquat pour la recherche de HPV
- Geste simple, c'est l'interprétation qui est difficile et demande certaines connaissances. Ce pourrait être une entente entre un gynécologue et un MG en cas d'anomalies
- Oui si la patiente n'est pas suivie par un gynécologue
- Dans la mesure qu'il sache interpréter les résultats
- Le problème est plutôt sur le suivi et l'absence de registre, peut être garder le suivi des frottis que pour les normaux et laisser gérer le gynécologue s'il est pathologique
- Sous réserve de connaissance de quand faire une cytologie et quand faire un test HPV
- À condition de faire un DIU en gynécologie et une formation clinique
- Geste de prévention, matériel disponible facilement

- Si la patiente le désire

→ La médiane reste entre 8 et 9 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

**PROPOSITION 8 :** Le contrôle annuel d'une femme sans comorbidité gynécologique particulière peut se faire chez le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
<b>8</b>	10,14%	4,35%	94,20%

Résumé des commentaires :

- Experts en désaccord :
- Occasionnellement, mais chez le gynécologue échographie pelvienne et palpation mammaire
  - Le MG a déjà beaucoup à faire
  - Je ne sais pas si c'est possible d'avoir un contrôle annuel, sauf pour certains problèmes
  - En alternance avec un gynécologue un an sur deux
- Experts indécis :

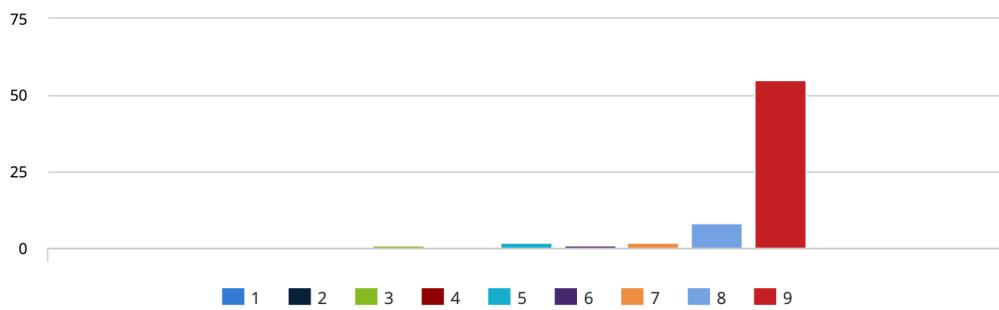
- Difficile pour les ovaires
- Je mets une réserve chez les patientes après 45 ans, bilan tous les deux ans avec échographie et bilan urologique
- Uniquement si la patiente n'a pas de suivi gynécologique en dehors
- En alternance avec un gynécologue

Experts en accord :

- Sous réserve d'un contrôle échographiste possible
- À condition de connaître les nouvelles conduites à tenir pour le dépistage du cancer du col selon les antécédents
- C'est une chance d'avoir accès à des consultations spécialisées
- Du moment que le MG a une bonne formation et se tient à jour
- Si une SF peut le faire, le MG aussi
- Contrôle tous les deux ans à la péri ménopause et ménopause
- Oui +++, nous sommes trop saturés pour assurer les consultations de contrôle pour toute la population

→ La médiane reste entre 7 et 9 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

**PROPOSITION 9 :** La mammographie peut être prescrite par le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
<b>9</b>	1,45%	4,35%	94,20%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Si besoin avec COPIE au gynéco qui gère les résultats anormaux et opère les patientes !!! merci de les respecter

Experts indécis :

- Je reformulerais « le bilan sénologique » (mammographie et échographie mammaire)
- Tout dépend du contexte de la patiente, si elle a des antécédents familiaux. Entre 50 et 74 dépistage organisé donc la prescription se ferait en dehors de ces âges, sur quels critères ?
- A 15 ans chez une fille qui a des mastodynies ??? L'examen soigneux semble primordial

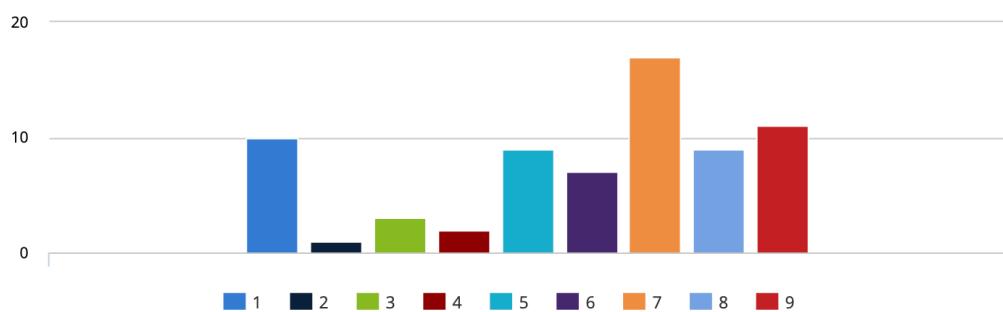
Experts en accord :

- À condition d'être clair sur les indications de dépistage individuel

- Il s'agit de santé publique même hors dépistage organisé au vu de la prévalence du cancer du sein
- Les patientes ne savent pas toujours que si le délai de validité de l'ordonnance de la sécurité sociale est dépassé, elles peuvent encore le faire
- Oui cela éviterait les oubliers de certaines patientes
- Avec copie au gynécologue de référence
- Examen de dépistage même si l'examen est non fait, ça peut sauver des vies
- Cela fait partie intégrante de son rôle de dépistage

→ La médiane est unanime à 9 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

**PROPOSITION 13** : La réalisation d'un premier bilan de fertilité, lorsque le couple est en échec de conception depuis plus d'un an, peut se faire chez le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	20,29%	26,09%	53,62%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Le MG n'est pas formé à ça et ce n'est pas une urgence

- Bilan hormonal et spermogramme
- Pour éviter les examens incomplets il est préférable d'orienter vers un spécialiste de la fertilité
- Ce n'est pas du tout sa spécialité
- Prise en charge parfois urgente donc directement un gynécologue
- Bilan de fertilité si échec de conception après 2 ans et en dehors des situations comme un âge > 37 ans et des anomalies relevées lors de l'interrogatoire

Experts indécis :

- Définir le premier bilan : biologie (peu utile) et échographie (par qui ?)
- Si formé parfaitement et peut commenter
- Pourquoi pas le bilan hormonal, mais l'échographie est indispensable
- En pratique les spermogrammes sont incomplets et mal interprétés, les biologies hormonales sont du domaine du spécialiste
- Rendez-vous chez le spécialiste avec les résultats
- Perte de temps, autant adresser directement au spécialiste
- Si le MG est formé en infertilité
- Trop spécialisé, certains gynécologues ne le font pas

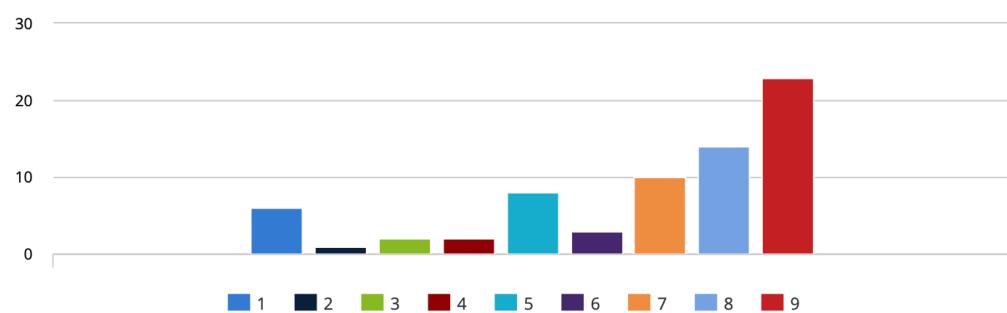
Experts en accord :

- Si le MG maîtrise le sujet
- Oui sur des items standardisés
- Tout dépend de l'âge de la femme afin de ne pas lui faire perdre de temps sur le recours à la PMA
- Orientation en PMA peu importe les résultats

- Peut prescrire le bilan mais orienter ensuite directement chez le spécialiste
- Peut prescrire le bilan biologique
- Prescription échographie, bilan hormonal et spermogramme. L'étude des trompes est plus compliquée
- Si c'est un MG gynécologue

→ La Champagne est plus indécise avec une médiane à 6, quant à l'Alsace et la Lorraine la médiane reste à 7. Les hospitaliers sont également plus indécis avec une médiane à 6 et les libéraux approuvent la proposition avec une médiane à 7. Les GM sont également plus indécis (médiane 6) que les GO et les GMO qui approuvent avec une médiane à 7. On retrouve une différence au niveau de l'expérience, les experts ayant entre 5 et 10 ans d'expérience sont indécis (médiane 5) contrairement aux autres qui approuvent avec une médiane supérieure ou égale à 7.

**PROPOSITION 14 :** Le spermogramme peut être prescrit par le médecin généraliste dans la continuité des examens réalisés chez la femme



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
<b>8</b>	13,04%	18,84%	68,12%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Pour éviter les examens incomplets il est préférable d'orienter vers un spécialiste de la fertilité
- Ça fait partie du bilan initial de l'infertilité du couple
- Non car souvent on doit le refaire car fait trop précocement

Experts indécis :

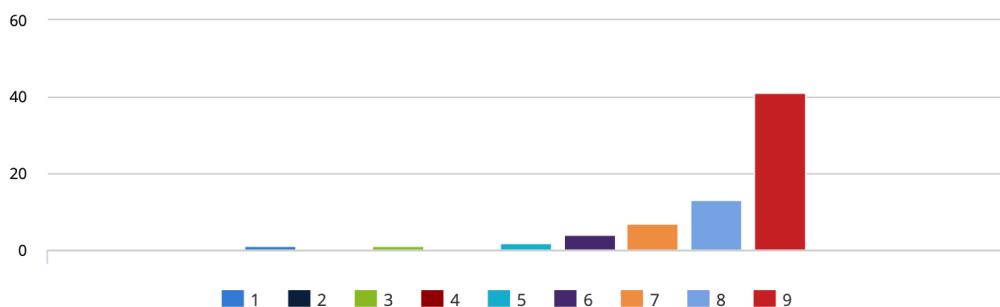
- Quid de l'annonce de résultats négatifs à réception du spermogramme
- Ça doit être prescrit en même temps que le bilan féminin et ok pour que le MG le fasse
- En pratique les spermogrammes sont incomplets et non interprétés
- Ne pas adresser l'homme à n'importe quel laboratoire

Experts en accord :

- Évidemment
- Par souci d'efficacité sur cette thématique je préfère tout gérer
- Voir aussi le conjoint et connaître ses antécédents
- oui car en général les hommes ne sont pas suivis

→ La médiane est entre 7 et 8 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

**PROPOSITION 15 :** Le traitement d'infections génitales telles que les vaginoses, les mycoses ou encore les IST peut se faire chez le médecin généraliste avec la pratique d'un examen gynécologique et d'un prélèvement si nécessaire



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
<b>9</b>	2,90%	8,70%	88,40%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord : /

Experts indécis :

- Pourquoi pas, mais beaucoup d'antibiotiques prescrits pour rien
- Oui tout dépend de la formation, c'est déjà en partie comme cela, il faut juste leur donner les moyens de savoir comment les traiter à juste titre
- Oui pour mycose et vaginose simple
- Infections vaginales, diagnostic d'infection génitale haute parfois plus subtile

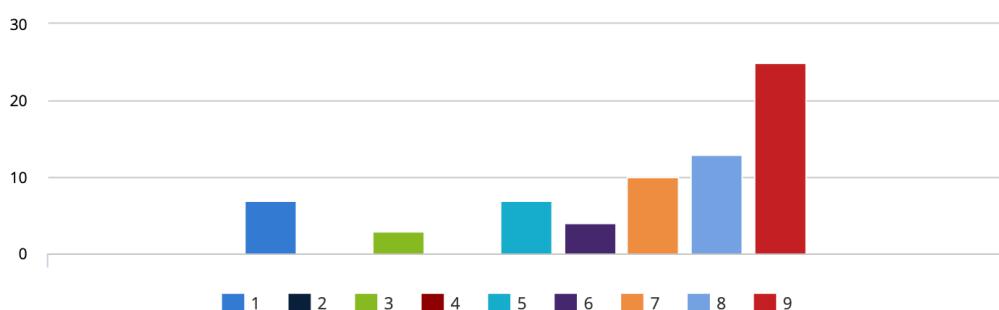
Experts en accord :

- D'autant qu'il y a urgence diagnostique et thérapeutique
- L'absence d'échographie implique sa réalisation en radiologie
- Examen gynécologique systématique devant une suspicion d'infection et prélèvement si nécessaire
- En priorité

- Encore faut-il que l'accès puisse être pris en urgence ou l'adresser dans un centre de santé sexuelle
- Oui si examen gynécologique

→ La médiane est entre 8 et 9 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

**PROPOSITION 16 :** La consultation de début de grossesse et prescription du premier bilan sanguin peut être réalisée par le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
8	14,49%	15,94%	69,57%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Il faut une échographie et je préfère suivre la grossesse dès le début
- Perte d'information pour le suivi de grossesse du bilan le plus important, moi ça m'énerve
- Peu pertinent car la vitalité fœtale et âge gestationnel ne se voit qu'à l'échographie
- GEU

Experts indécis :

- Plus simple que le gynécologue prescrive le premier bilan, souvent incomplet ou des prescriptions inutiles par le MG
- Sans échographie cela est compliqué
- Échographie sans délai à 6 SA chez un spécialiste ou une SF
- Je préfère gérer mes dossiers de A à Z pour le suivi de grossesse
- Bilan oui
- Oui s'il comporte le dépistage du col et l'examen des seins

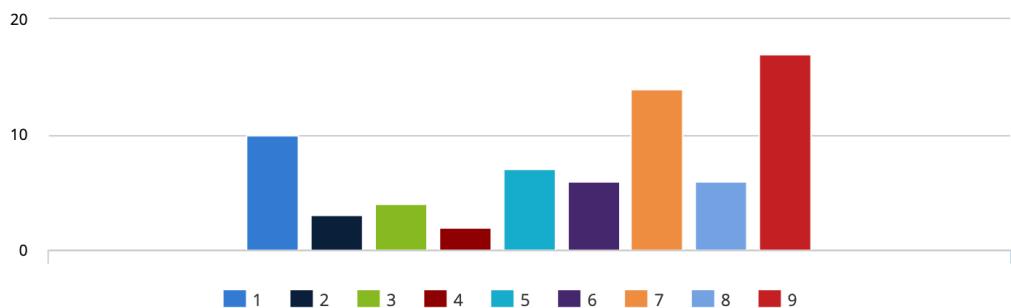
Experts en accord :

- Attention à ne pas perdre du temps pour la datation et le dépistage de la trisomie 21
- Organiser une échographie de localisation de la grossesse et d'évolutivité
- Oui et idéalement avec une échographie sur un échographe basique
- S'il a réalisé la consultation préconceptionnelle, il devrait être à même de connaître le risque d'implantation inadéquate
- Déjà pratiqué et sans soucis
- Oui s'il est formé
- À condition que les résultats soient envoyés au médecin qui va suivre la grossesse.

Le bilan étant différent d'un médecin à l'autre, il faut parfois refaire les examens

→ La médiane est entre 7 et 9 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

**PROPOSITION 17 :** Le suivi de grossesse non à risque, avec réalisation des 3 grandes échographies par un gynécologue, peut être réalisé par le médecin généraliste même s'il ne dispose pas d'un échographe



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	24,64%	21,74%	53,62%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Plutôt sage-femme
- Domaine du spécialiste
- Charge de travail et spécificité importante
- Qui établit le diagnostic de grossesse non à risque
- Échographies doivent être réalisées par un spécialiste agréé
- Si secteur sans SF ni gynécologue
- Il faut que le MG soit apte à faire le toucher vaginal à tout moment si besoin

Experts indécis :

- Pourquoi pas mais autant que ça soit la SF
- Ne correspond pas à la demande des couples : doute sur la capacité à expliquer le risque de trisomie 21, de réaliser l'entretien prénatal du 4<sup>ème</sup> mois, le dépistage de diabète gestationnel, la prescription de l'acide folique avant la conception

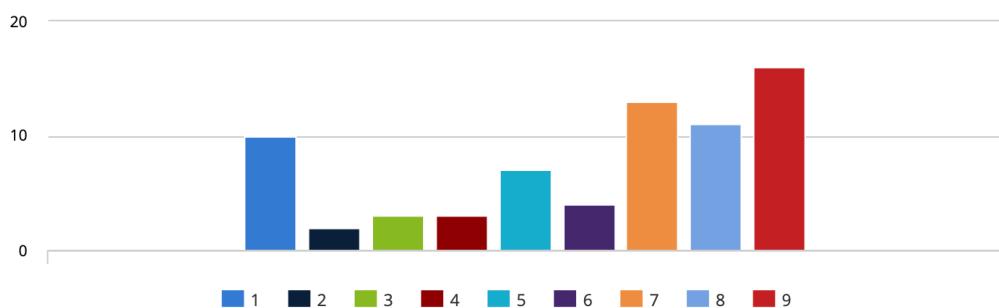
- Trop spécifique, SF ou gynécologue
- Échographe pas indispensable mais il faut absolument pouvoir écouter les bruits du cœur par un sonicaid
- Tout dépend de la formation du MG
- Non sauf si MG gynécologue

Experts en accord :

- Si le MG le souhaite
- Il faut un Sonicaid pour vérifier les battements cardiaques à chaque consultation
- C'est mieux que celui qui suit la grossesse fasse les échographies
- Je préfèrerais faire tout le suivi et pas uniquement les échographies

→ On constate une grande différence entre les experts de Champagne qui ne valident pas la proposition avec une médiane à 2 et la Lorraine qui est indécise (médiane 6) par rapport à l'Alsace qui valide avec une médiane à 7. La médiane reste à 7 pour les praticiens hospitaliers et les libéraux. Les GMO sont indécis avec une médiane à 6. Les GO et les GO acceptent la proposition avec une médiane à 7. Au niveau de l'expérience les experts qui exercent depuis 20-30 ans sont indécis avec une médiane à 4 et ceux entre 5 et 10 ans avec une médiane à 6. Les experts exerçant depuis moins de 5 ans et plus de 30 ans acceptent la proposition avec une médiane supérieure ou égale à 7.

**PROPOSITION 18 :** La consultation du post partum peut être réalisée par le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	21,74%	20,29%	57,97%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Plutôt une SF
- Trop d'engagement pour le MT en post partum
- Besoin d'une échographie pour voir s'il y a des rétentions placentaires

Experts indécis :

- Ça doit être fait par la personne qui a suivi la grossesse
- Devrait être réalisée par un professionnel de la naissance
- S'il a suivi la grossesse
- Uniquement en cas d'accouchement normal et suites de couches simples
- Comme il prend souvent en charge le nouveau-né il est le témoin idéal pour évaluer les difficultés d'attachement, le risque de dépression du post partum

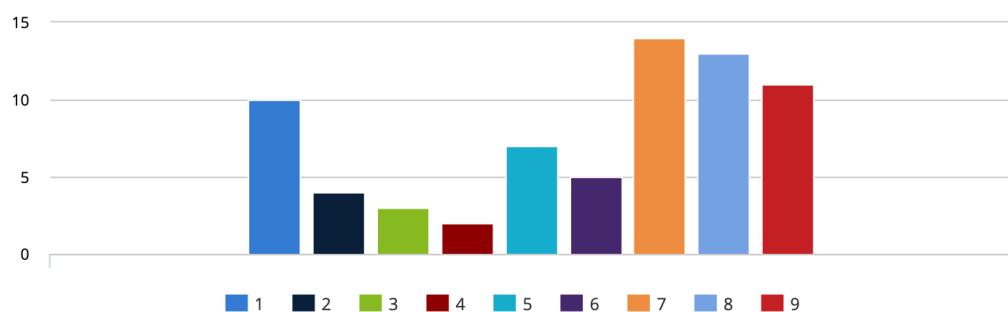
Experts en accord :

- Oui avec contraception, dépistage risque de dépression

- Les SF le font aussi
- Uniquement s'il a suivi la grossesse
- Si accouchement physiologique

→ La Champagne n'est pas du tout d'accord avec la proposition avec une médiane de 1 contre 7 pour l'Alsace et 8 pour la Lorraine. Les hospitaliers sont également plus indécis avec une médiane à 6 et les libéraux approuvent la proposition avec une médiane à 7. Les GM sont indécis avec une médiane à 5 et les GMO et GO sont d'accord avec une médiane à 7. Les experts exerçant depuis 5-10 ans ou 20-30 ans sont indécis avec une médiane à 5, contrairement aux autres qui acceptent la proposition avec une médiane entre 7 et 8.

**PROPOSITION 19 :** Le traitement hormonal de la ménopause peut être mis en place par le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	24,64%	20,29%	55,07%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Non c'est sensible et complexe
- Surveillance ovaires et endomètre en échographie
- C'est au gynécologue formé que cela incombe

- Le gynécologue consulté ensuite a le mauvais rôle de dire à la patiente que le traitement est risqué pour elle

Experts indécis :

- S'il est à l'aise, hors situations limites
- Une consultation chez un gynécologue est utile pour les informations bénéfices/risques
- Échographie à réaliser avant la mise sous traitement, si la patiente est très mal, débuter le traitement et adresser ensuite
- Surveillance par mes soins et je ne délègue pas
- 4 ans de spécialité pour ma part
- Première consultation relève du spécialiste
- MG les premiers réticents à cette prescription

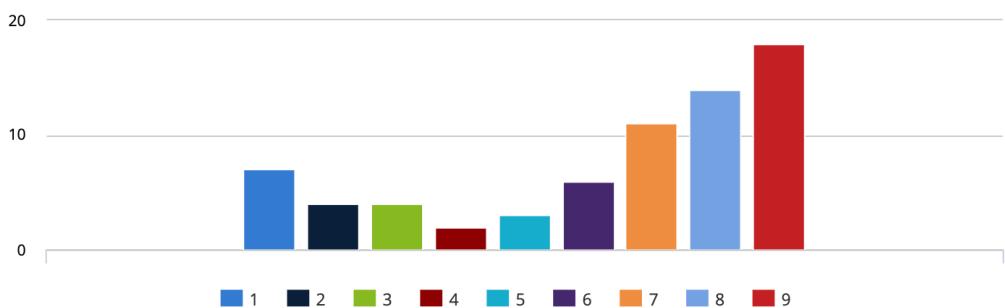
Experts en accord :

- Avec un rendez-vous à 6 mois chez le gynécologue
- Consultation longue, mal payée si pas de dépassement possible
- Il est témoin privilégié du mal-être de cette période et des différents remèdes qu'il peut prescrire
- Après avoir éliminé les contre-indications et un suivi régulier tous les 6 mois
- Si formation

→ La Champagne n'est pas d'accord avec la proposition avec une médiane de 3 contre 7 pour l'Alsace et la Lorraine. Les hospitaliers et les GM sont également plus indécis avec une médiane à 6 et les libéraux, les GO et les GMO approuvent la proposition avec une

médiane à 7. Les experts exerçant depuis 20-30 ans sont indécis avec une médiane à 5, contrairement aux autres qui acceptent la proposition avec une médiane 7.

#### **PROPOSITION 20 : La pose d'un pessaire peut se faire chez le médecin généraliste**



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	21,74%	15,94%	62,32%

#### Résumé des commentaires :

##### Experts en désaccord :

- Consultation spécialisée
- Non pour la première fois, expérience des indications et prise en charge chirurgicales, mais oui pour les contrôles
- Il faut une palette de pessaires
- Sensible et parfois complexe
- Si bien formé en uro-gynéco
- Plutôt le rôle du gynécologue de diagnostiquer correctement les prolapsus

##### Experts indécis :

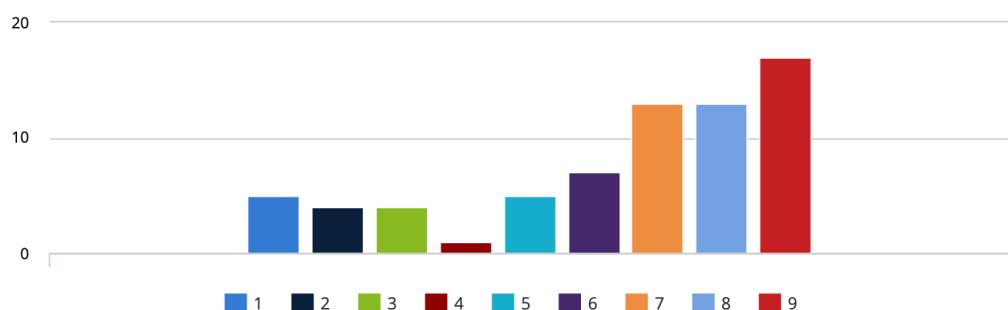
- A condition que le bilan initial clinique et complémentaire ainsi que la prescription initiale soient faits par un gynécologue

### Experts en accord :

- Si compétent
- Première prescription pour le spécialiste
- Tout peut être pris en charge... pourquoi pas par l'ophtalmologue ? ou l'ORL qui s'intéresse à la gynécologie

→ La Champagne est indécise avec la proposition avec une médiane de 6 contre 8 pour l'Alsace et la Lorraine. Les hospitaliers et les libéraux sont d'accord avec la proposition (médiane 7 et 8), ainsi que les 3 spécialités (médiane 7, 8 et 8). Les experts exerçant depuis 20-30 ans sont indécis avec une médiane à 5, contrairement aux autres qui acceptent la proposition avec une médiane supérieure et égale à 7.

### PROPOSITION 21 : Les examens complémentaires et le début de la prise en charge des fuites urinaires et prolapsus peut se faire par le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	18,84%	18,84%	62,32%

### Résumé des commentaires :

#### Experts en désaccord :

- Le MG envoie quasi systématiquement chez l'urologue
- L'évaluation est clinique et seul le bilan urodynamique est intéressant

- Il vaut mieux expliquer et référer pour éviter les examens redondants sauf pour le bilan urodynamique
- Prise en charge initiale très spécialisée
- Il peut prescrire de la kiné le temps d'avoir le rendez-vous avec le spécialiste

Experts indécis :

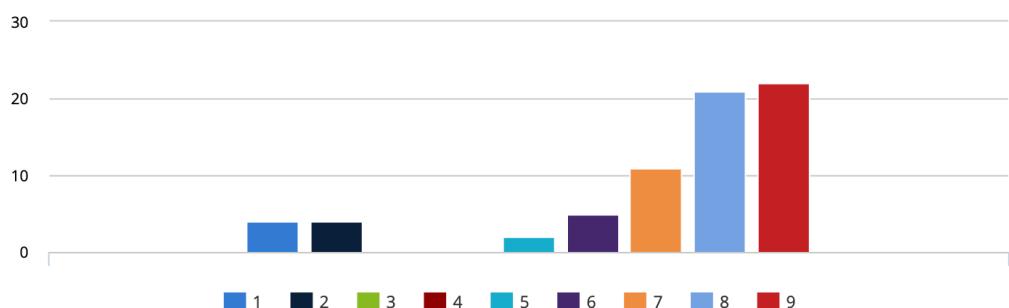
- Cela dépend de ses compétences
- S'il est formé
- À condition de savoir examiner un prolapsus
- Prescription de la kiné périnéale
- Trop spécifique

Experts en accord :

- S'il a l'habitude
- Pas d'examen complémentaires sauf pour l'incontinence par urgenturie
- Pour celles qui ne consultent plus de gynécologue

→ Les 3 régions sont d'accord avec la proposition, idem pour les hospitaliers et les libéraux et pour les 3 spécialités avec des médianes supérieures ou égales à 7. Les experts exerçant depuis plus de 20 ans sont indécis avec une médiane de 6.

**PROPOSITION 22 :** Les examens complémentaires et le début de la prise en charge de mastodynies, palpation de masses, galactorrées ou toutes autres anomalies des seins peut se faire par le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
<b>8</b>	11,59%	10,13%	78,26%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Rien n'empêche de prescrire une échographie et une mammographie mais un regard de spécialiste est nécessaire à un moment

Experts indécis :

- Pas la prise en charge, ok pour la prescription d'examens radiologiques
- Oui pour la palpation, les écoulements sont du domaine du spécialiste avec cytologies et indication ou non de galactographie
- À condition de ne pas prescrire des mammographies à tout va
- Dépend des compétences

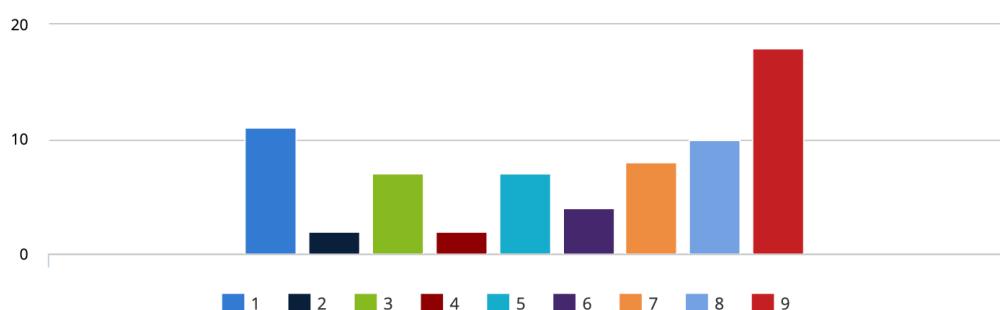
Experts en accord :

- Je lâche prise... la gynécologie doit être prise en charge par des SPECIALISTES

- La palpation des seins fait partie de l'examen clinique au même titre que le toucher rectal
- On n'examine jamais assez les seins
- Cela évite les retards diagnostic de cancer
- Oui pour éviter une perte de temps dans la prescription d'examens complémentaires
- Il est aussi un professionnel et doit apprendre à sa patiente à surveiller ses seins

→ La médiane est entre 7 et 8 selon les experts des différentes régions mais également selon leur spécialité, leur statut d'exercice et leur expérience. Le consensus pour cette proposition est donc validé pour l'ensemble des populations étudiées.

**PROPOSITION 23 :** Le début de prise en charge des dyspareunies/vaginisme peut se faire par le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	28,99%	18,84%	52,17%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Sujet un peu difficile, il est mieux d'adresser à un gynécologue
- Cela demande un examen clinique et une échographie réalisés par le spécialiste

- Équipe pluridisciplinaire : kiné, psychologue, consultation de la douleur
- Dépend de l'expérience
- Ça peut être compliqué pour certains gynécologues

**Experts indécis :**

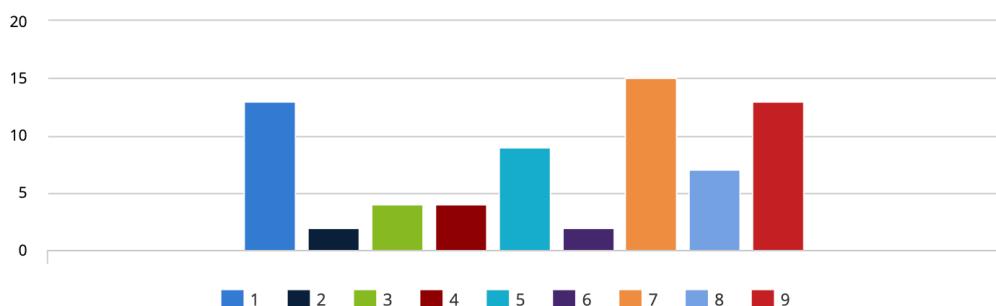
- Oui si minimum d'implication et formation, également vrai pour le gynécologue
- S'il a suffisamment de connaissances en sexologie clinique ou en violences, abus sexuels
- Si formé mais il y en a très peu
- C'est au gynécologue de le faire
- Compliqué

**Experts en accord :**

- Oui, c'est le problème de tous
- Si formation spécifique
- Pourquoi pas s'il a une bonne écoute de ses patientes

→ L'Alsace est indécise avec une médiane à 6 contre 8 pour la Lorraine et 7 pour la Champagne, toutes deux en accord. Les hospitaliers sont indécis avec une médiane de 5 contre 7 pour les libéraux. Les GM sont indécis avec une médiane à 6, les GMO et GO sont d'accord (médiane 8 et 7). Les experts exerçant depuis 20-30 ans ne sont pas d'accord avec une médiane de 3 et ceux exerçant depuis plus de 30 ans sont indécis avec une médiane de 5.

**PROPOSITION 25 :** L'ablation d'un polype du col de petite taille peut être réalisé par le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	27,54%	21,74%	50,72%

Résumé des commentaires :

- Experts en désaccord :
- À condition d'être à l'aise
  - Ablation ok, mais suite des soins ? Complété par une échographie +/- une hystéroskopie
  - Les généralistes s'ennuient ? il faut du matériel stérile
  - Quelle est la taille requise ? ne peut-on pas laisser les gestes techniques et l'appréciation de leurs indications au spécialiste ?
  - Le matériel nécessaire n'est peut-être pas à la portée de tous les cabinets
  - Risque d'hémorragie

Experts indécis :

- S'il sait le faire oui
- C'est au gynécologue de le faire
- Moins favorable pour les actes nécessitant une expertise et expérience
- Question de formation

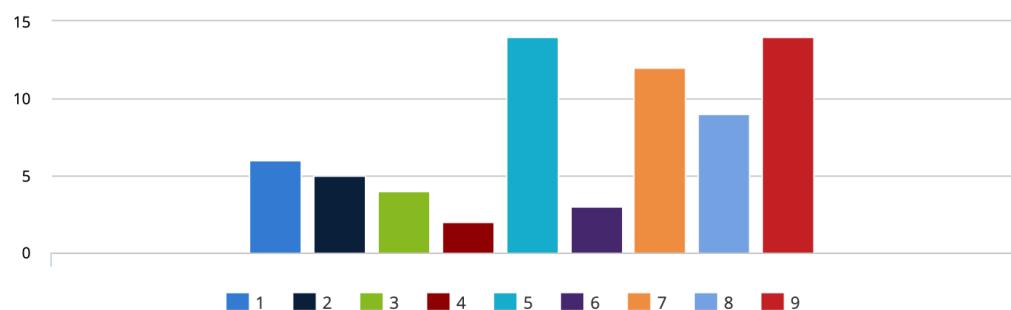
- Nécessité d'une échographie

Experts en accord :

- Moui mais quel intérêt ?
- A compléter avec une échographie EV
- Hémorragies surtout sous anti-coagulant
- Référer ensuite la patiente vers un spécialiste
- S'il a le matériel
- Si c'est un polype accoudé par le col retiré par bistournage

→ La Champagne n'est pas d'accord avec la proposition avec une médiane de 1, l'Alsace est indécise avec une médiane de 6 et la Lorraine est d'accord avec une médiane de 7. Les libéraux et les hospitaliers sont à peu près d'accord avec une médiane de 6 et 7. Idem pour les 3 spécialités avec une médiane de 6, 7 et 7. Les experts exerçant depuis plus de 10 ans sont indécis avec une médiane entre 4 et 6, 4 dans le groupe 20-30 ans.

PROPOSITION 30 : Il serait intéressant que le médecin généraliste réalise les IVG médicamenteuses jusqu'à 9 SA en convention avec un établissement de santé



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	21,74%	27,54%	50,72%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Problème de l'échographie initiale et de contrôle
- Seulement dans les régions de desert médical
- Bof
- Le MG doit garder son temps pour d'autres pathologies et il existe déjà des plannings familiaux, des SF
- Il ne faut pas passer à côté d'une GEU, hétérotopique, datation exacte, maitrise des médicaments, de la contraception derrière, être sûr de la vacuité utérine post IVG par échographie

Experts indécis :

- À voir selon les régions
- Question de formation probablement
- Problème de suivi et de prise en charge en cas de problème
- Est-ce vraiment la place du MG ??? qu'il valide sa spécialité et exerce...
- Cela serait son choix
- Même les gynécologues en ville n'en font pas forcément, alors le généraliste... mais en zone sous-dotée, avec un médecin empathique et motivé, à discuter, pourquoi pas
- Nécessité d'un échographe
- Oui pour les IVG. 9 SA c'est déjà un volume ovulaire conséquent. Si c'est pour initier la prise de RU 486 oui

- Les SF y sont déjà formées. Il n'y a pas que le geste mais aussi la prise en charge psychologique. On ne peut pas tout faire en médecine générale, vous faites déjà beaucoup, le risque serait de se perdre. On ne fait bien que ce que l'on fait souvent

Experts en accord :

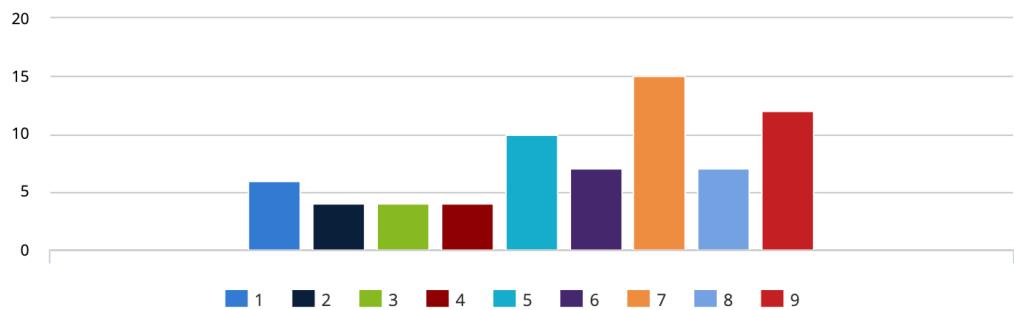
- S'il dispose d'un échographe
- Formation solide, pratique régulière
- C'est déjà le cas
- Urgence diagnostic et thérapeutique
- Ça lui fera trop de charge
- À condition de pouvoir gérer les hémorragies

→ L'Alsace et la Champagne sont indécis avec une médiane de 6 et 5. La Lorraine est d'accord (médiane 7). Les libéraux et les hospitaliers sont à peu près d'accord avec une médiane de 6 et 7. Les GMO sont indécis avec une médiane de 5 et les GM et GO sont d'accord avec une médiane de 7. Les experts exerçant depuis 5-10 ans et 20-30 ans sont indécis avec une médiane de 5 et 6. La médiane étant à 7 pour les autres.

### c) Propositions incertaines

Les 7 propositions suivantes ont obtenu une médiane entre 4 et 6, elles seront donc reformulées en prenant en compte les remarques des experts, puis reproposées lors du second tour.

**PROPOSITION 5 :** La pose et la dépose d'un DIU peut se faire chez le médecin généraliste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
<b>6</b>	20,29%	30,43%	49,28%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Nécessite d'être vraiment à l'aise
- Pas les moyens techniques pour vérifier les contre indications : utérus rétroversés, latéro-déviés, cols sténosés ou cicatriciels
- Pas chez les nulligestes
- Pas d'échographe pour le contrôle immédiat
- Pas sans avoir fait le DU gynécologie
- Pas du tout concerné

Experts indécis :

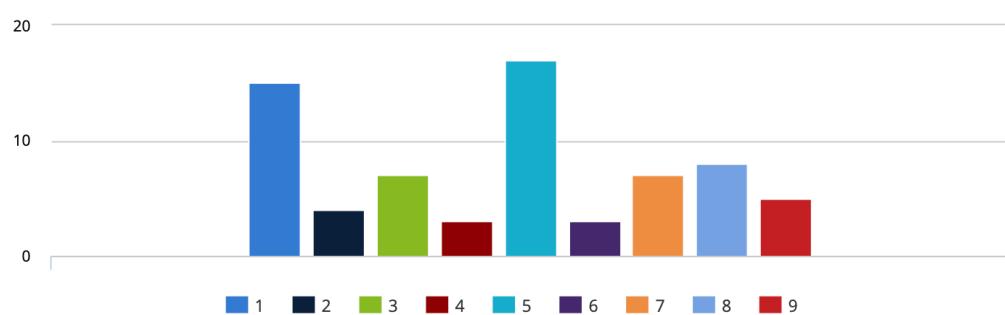
- Nécessite d'en poser souvent, avoir l'habitude et être bien formé
- Pas évident si pas d'accès au contrôle échographique
- L'ablation peut être faite sans problème
- Pose si elle est facile et savoir s'arrêter si difficulté
- Pas sans avoir fait le DU gynécologie
- Oui si le médecin généraliste a un échographe

### Experts en accord :

- S'il est bien formé et en pose régulièrement
- Sauf peut-être pas chez les nulligestes ou les utérus rétro fléchis, rétroversés
- A condition de faire vérifier par échographie que le DIU est bien en place, en immédiat et à 3 mois, l'examen au spéculum n'est pas suffisant pour juger de la bonne position du DIU
- Celui qui pose le DIU le retire
- A condition d'avoir un échographe endo-vaginal

**Reformulation :** La pose et la dépose d'un DIU peut se faire chez le médecin généraliste s'il est bien formé et qu'il s'assure d'un contrôle échographique dans les suites et dans le suivi (échographe personnel ou radiologue pour échographie abdomino-pelvienne)

**PROPOSITION 10 :** Devant une suspicion d'endométriose le médecin généraliste peut prescrire des premiers examens complémentaires et ensuite proposer à la patiente une aide thérapeutique sans orienter systématiquement vers le gynécologue spécialiste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
5	37,68%	33,33%	28,99%

### Résumé des commentaires :

### Experts en désaccord :

- Il faut une consultation spécialiste
- La formation du gynécologue sur le sujet n'est déjà pas assez bonne
- Il peut prescrire l'IRM
- Pas d'IRM systématique
- Il peut prescrire les thérapeutiques
- Il peut prescrire une pilule mais ne pas faire systématiquement d'IRM pelvienne
- Le premier examen est l'échographie endovaginale qui doit être faite par un gynécologue entraîné et non pas par une sage-femme
- Prescription d'antalgiques par le gynécologue

Experts indécis :

- Il faut une consultation spécialiste
- Il peut prescrire une COP et des antalgiques et ensuite oriente vers le gynécologue
- Il peut prescrire les premiers examens et ensuite oriente vers le gynécologue
- Aide thérapeutique avant de prescrire une IRM qui fera peur à la patiente
- Adressage si souhait de grossesse
- Le premier examen est l'échographie endovaginale qui doit être faite par un gynécologue entraîné et non pas un radiologue
- Tout dépend de l'atteinte qui nécessite alors une prise en charge spécialisée
- Trop d'IRM en première intention sans échographie préalable
- Peut prescrire un traitement hormonal afin d'avoir une aménorrhée
- Peut faire les premiers examens mais si endométriose avérée il faut une consultation gynécologique
- Il ne suffit pas que de prescrire des examens complémentaires

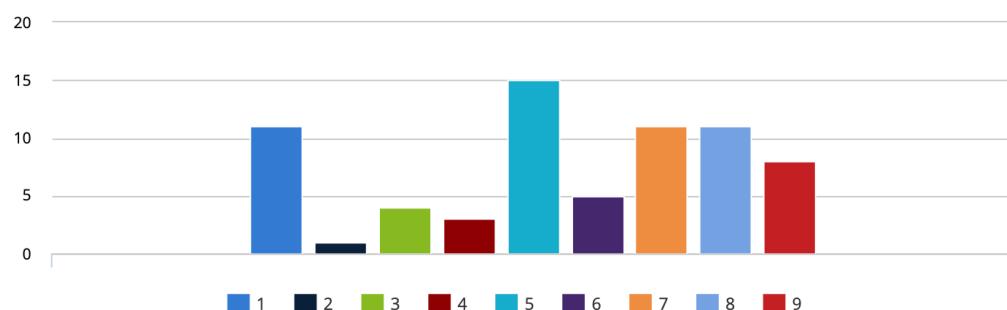
- Influence des réseaux de faire des IRM dans tous les cas de dysménorrhées

Experts en accord :

- Trop d'IRM prescrites à tout le monde, donc ne pas en prescrire systématiquement si dysménorrhées
- Trop complexe, mieux vaut adresser au gynécologue
- Peut commencer le bilan et demander ensuite un avis gynécologique
- Si formation

**Reformulation :** Devant une suspicion d'endométriose le médecin généraliste formé peut prescrire une aide thérapeutique (pilule et/ou antalgiques) dans un premier temps, puis adresser à un gynécologue pour faire une échographie et qui jugera ensuite de la pertinence de la prescription d'une IRM pelvienne

**PROPOSITION 11:** Le médecin généraliste peut gérer la prescription des premiers examens sur une suspicion de SOPK sans orienter systématiquement vers un gynécologue spécialiste



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
6	23,19%	33,33%	43,48%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- On sort du dépistage donc consultation spécialiste
- Seulement s'il s'y connaît
- Interrogatoire et échographie pelvienne sont les seuls examens
- Échographie pelvienne indispensable
- Il peut s'occuper de la biologie et adresse pour l'échographie
- Le bilan hormonal est souvent ignoré par le médecin généraliste
- Les dosages hormonaux ne sont pas pertinents en premier, besoin de l'échographie
- Sous réserve d'un diagnostic posé selon les critères de Rotterdam
- La prescription des examens oui mais l'interprétation est plus complexe
- Orientation gynécologue indispensable

Experts indécis :

- Question de plus en plus spécialisée
- La patiente doit voir au moins une fois un gynécologue ou endocrinologue
- Si le sujet est bien maîtrisé
- Pas de diagnostic par un radiologue
- Échographie pelvienne indispensable
- Il peut s'occuper de la biologie et adresse pour l'échographie
- Manque de formation du médecin généraliste et de certains gynécologues, adressage spécialiste
- S'il est bien formé
- Surveillance annuelle chez le gynécologue

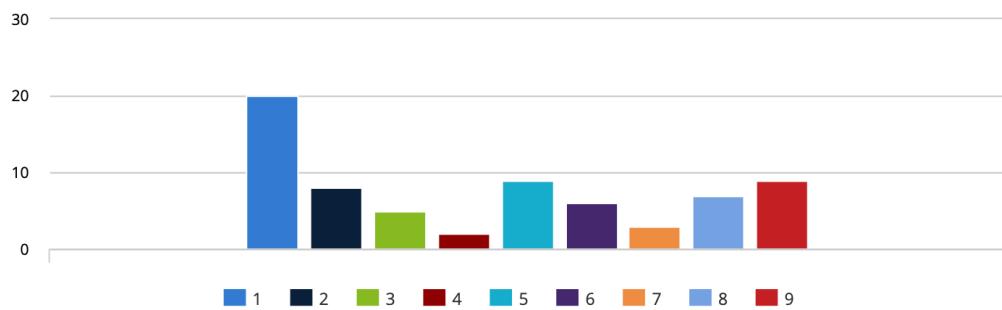
- Prise en charge de l'infertilité par la gynécologue ensuite

Experts en accord :

- S'il est formé car même les gynécologues se sont à pas jour
- Nécessite l'échographie pelvienne
- Un avis spécialiste est nécessaire après les résultats

**Reformulation :** Devant une suspicion de SOPK le médecin généraliste peut gérer la prescription du bilan hormonal et adresse ensuite la patiente à un gynécologue pour l'échographie pelvienne qui confirmera ou non le diagnostic

**PROPOSITION 24 :** La réalisation d'une biopsie de l'endomètre suite à des mètrorragies associées à un épaississement de l'endomètre chez une femme ménopausée peut être réalisée par le médecin généraliste avant l'adressage vers le gynécologue si nécessaire



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
4	47,83%	24,64%	27,54%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Adressage indiscutable
- Le gynécologue préfère faire les examens lui-même

- L'échographie est nécessaire avant le geste
- Il faut laisser le travail aux gynécologues
- S'il sait faire une pipelle de Cornier pourquoi pas et est expérimenté à la pratique
- Geste trop technique, parfois des cols sténosés, risque de saignement

Experts indécis :

- Si pas d'accès gynécologue facilement
- Pourquoi pas
- Geste à réaliser avec couplage échographie
- Si DU et suffisamment de pratique
- Oui s'il possède un échographe
- Question de formation, geste pas évident
- C'est au gynécologue de le faire

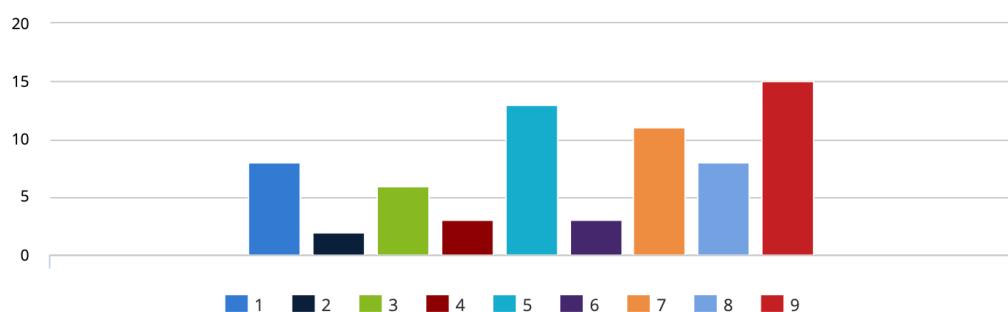
Experts en accord :

- Si Biopsie négative, il faut faire une hystéroskopie donc adressage obligatoire quels que soient les résultats
- S'il sait faire oui
- A condition d'avoir une formation et un référent spécialiste
- Tout geste qui peut sauver des vies est le bienvenu, s'il a l'échographie, la pipelle, la motivation et l'intérêt pour la gynécologie il est le bienvenu dans la Meuse

**Reformulation :** Toutes métrorragies chez une femme ménopausée doivent être adressées directement au gynécologue sauf si le médecin généraliste possède un échographe qui lui permet d'objectiver un épaissement de l'endomètre et qu'il soit

formé à la biopsie de l'endomètre, ce qui lui permet de faire les examens avant l'adressage

**PROPOSITION 26 :** La réalisation d'examens tels que des prises de sang et une échographie avant la consultation chez le gynécologue spécialiste permet d'avoir une prise en charge plus rapide et des adressages plus précis



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
<b>6</b>	23,19%	27,54%	49,28%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Le gynécologue refait toujours l'échographie donc doublon
- Il y a toujours des créneaux d'urgences chez les gynécologues
- Les échographies des radiologues sont incomplètes et donc une perte de temps
- Va-t-on vers l'abandon totale et définitif de l'examen clinique préalable ?
- Échographie à faire par un gynécologue et non une sage-femme
- Si le médecin sait quoi demander sur une biologie

Experts indécis :

- Cela peut aussi retarder la prise en charge

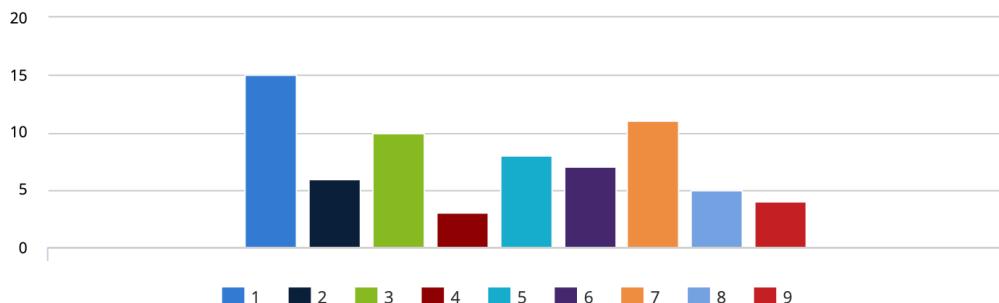
- Tout dépend du type de pathologie suspectée
- Radiographie abdomino-pelvienne chez le radiologue et bilan sanguin parfois non pertinent
- Souvent perte de temps et ça embrouille
- Prescription d'une échographie oui mais pas d'échographie faite par le médecin traitant
- Si bonne formation et a l'habitude
- Bilan sanguin orienté en fonction de l'échographie

Experts en accord :

- Échographie par un opérateur entraîné donc soit le gynécologue soit le médecin généraliste formé
- Dans la mesure où le médecin généraliste a son DU et un lien privilégié avec le gynécologue référent

**Reformulation :** Dans le cadre d'une pathologie ne relevant pas d'une urgence le médecin généraliste peut initier un bilan biologique, voire réaliser l'échographie endovaginale s'il est formé, et adresser la patiente au gynécologue dans les suites afin d'accélérer la prise en charge

**PROPOSITION 27 :** Le fait d'adresser la patiente à une sage-femme pour la réalisation d'une échographie endovaginale sur un délai d'environ 2 semaines reste une bonne alternative plutôt que l'adressage direct au gynécologue



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
5	44,93%	23,19%	30,43%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- La sage-femme ne s'occupe pas de ce qui est pathologique
- Seulement si problème obstétrique
- L'échographie doit être faite par le gynécologue qui fera le suivi
- La sage-femme n'a pas sa place entre 2 médecins pour la gynécologie
- Peu de sages-femmes sont formées à l'échographie
- Pas besoin d'être sage-femme pour faire une échographie endovaginale
- Ce n'est pas le rôle de la sage-femme
- Les sages-femmes ne sont pas des médecins
- La réalisation de l'échographie pelvienne doit être pertinente
- Si sage-femme formée à l'écho et s'y contente
- Pourquoi pas un radiologue tout simplement

Experts indécis :

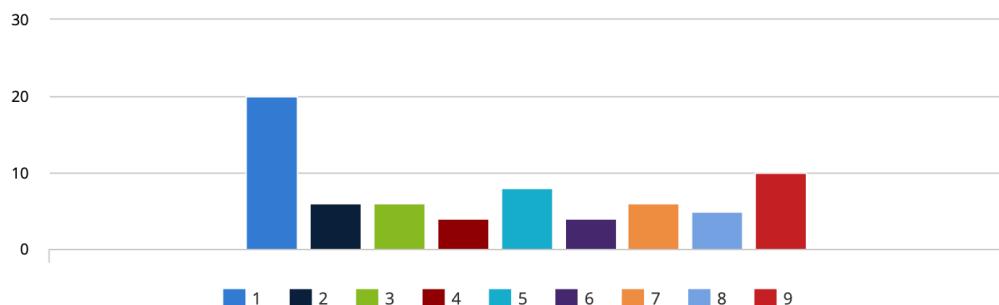
- Pour les grossesses ok
- Perte de temps, car souvent spécialiste nécessaire pour la suite
- L'idéal serait une petite formation pour le spécialiste isolé
- Tout dépend de l'indication de l'échographie et de la compétence de la sage-femme
- Si elle dispose d'un échographe et y est formée avec un DIU
- On dépasse l'entendement

Experts en accord :

- Pas d'intérêt à multiplier les intervenants si finalement la patiente doit se rendre chez le gynécologue
- Si elle est formée à l'échographie gynécologique
- Si elle a un DIU d'échographie obstétricale
- Si suspicion de pathologie bénigne

**Reformulation :** Le fait d'adresser la patiente à une sage-femme échographiste pour la réalisation d'une échographie dans le cas de pathologies non urgentes (contrôle kyste fonctionnel, contrôle pose DIU, comptage folliculaire pour le bilan SOPK, contrôle des fibromes, ...) reste une bonne alternative plutôt que l'adressage direct au gynécologue

PROPOSITION 28 : Il serait intéressant que le médecin généraliste se forme à l'échographie pelvienne (et par conséquent se fournisse l'échographe) afin d'accélérer la prise en charge de certains diagnostiques



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
4	46,38%	23,19%	30,43%

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Pas rentable financièrement
- Pourquoi ne pas faire le DES de gynécologie dans ce cas ?
- Travail du gynéco
- Seulement dans les déserts médicaux
- Il est plus urgent de voir une otite le jour même que dans un délai de 3 jours
- Pas d'urgence à faire une échographie ou alors téléphoner au gynécologue
- Si le médecin souhaite se spécialiser c'est une option
- Faire suffisamment d'actes pour être expérimenté
- Selon les régions, si ni de gynécologues ni de sages femmes
- Dans ce cas il fait gynécologue et pas médecin généraliste
- Acte réservé à des médecins radiologues spécialisés
- Chacun sa spécialité et son domaine de compétence
- Le généraliste a déjà de trop nombreuses tâches

- J'abandonne
- Avoir un DIU d'échographie

Experts indécis :

- A voir en fonction de la démographie médicale
- Pas rentable financièrement
- Pas le rôle du médecin généraliste, il est préférable qu'il gère les personnes âgées pour qu'elles ne finissent pas aux urgences
- Ok pour grossesse et contrôle DIU
- Demande beaucoup de pratique
- Il faut passer un DIU échographie qui n'est pas accessible aux généralistes
- S'il ne fait que de la gynécologie oui, mais alors il n'est plus généraliste
- C'est une possibilité mais cela demande une spécialisation de la prise en charge de la pathologie gynécologique
- Bonne idée si les généralistes ont le temps avec tout ce qu'ils ont déjà à gérer

Experts en accord :

- Bonne idée, j'en connais qui s'y forme déjà
- A condition de rester prudent devant des masses annexielles surtout si l'échographe est peu performant
- Si financièrement c'est faisable comme une sage-femme
- Un médecin généraliste équipé et formé peut faire plein de choses

**Reformulation :** Il serait intéressant que le médecin généraliste intéressé par la gynécologie médicale et qui y consacre une bonne partie de ces actes, se forme à l'échographie gynécologique afin d'adresser aux mieux au gynécologue si nécessaire

### 3. Résultats du second tour

Le questionnaire du second tour a été diffusé du 21/01/2025 au 21/03/2025. Une première relance a été réalisée le 09 février 2025 après l'obtention de 24 réponses sur les 69 médecins ayant répondu au premier tour. Cette relance a permis d'obtenir 17 réponses supplémentaires, soit un total de 41 réponses. Une troisième et dernière relance a été faite le 03 mars 2025 et a permis d'obtenir 6 réponses supplémentaires soit un total de 47 médecins qui ont complété entièrement l'étude. Le taux de perdus de vue est de 35 % ce qui n'est pas en accord avec les objectifs de l'étude d'en avoir maximum 20%.

Ce second questionnaire a repris les 7 propositions qui n'ont pas obtenu de consensus en raison d'une médiane entre 4 et 7. Elles ont été reformulées et reproposées.

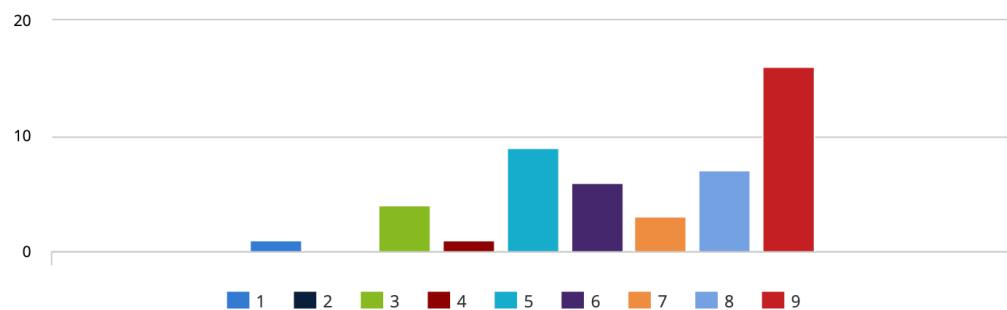
Sur ces 7 propositions :

- 6 ont obtenu un consensus : 5, 10, 11, 24, 26, 28
- 1 reste indécise : 27

Il a été décidé de ne pas reformuler à nouveau cette proposition car il n'y a pas de reformulation possible. Les experts gardent un avis partagé sur cet item.

Le détail des médianes de chaque groupe est donné en ANNEXE 8.

**PROPOSITION 5R :** La pose et la dépose d'un DIU peut se faire chez le médecin généraliste s'il est bien formé et qu'il s'assure d'un contrôle échographique dans les suites et dans le suivi (échographe personnel ou radiologue pour échographie abdomino-pelvienne)



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	10,64%	36,17%	53,19%

Ancienne médiane : 6

#### Résumé des commentaires :

##### Experts en désaccord :

- Si posé sans problème et sans douleur, l'échographie n'est pas obligatoire
- Le fait qu'un MG soit formé à l'échographie pelvienne est peu réaliste
- Soucis de l'expertise avec la répétition des actes
- Problème du matériel dans les kits de pose fournis par les laboratoires, j'ai mal pour les patientes

##### Experts indécis :

- Échographie de contrôle non obligatoire (RCP CNGOF contraception), donc pose ok si formé
- Je suis d'accord s'il assure lui-même le suivi échographique, je ne suis pas d'accord s'il le délègue

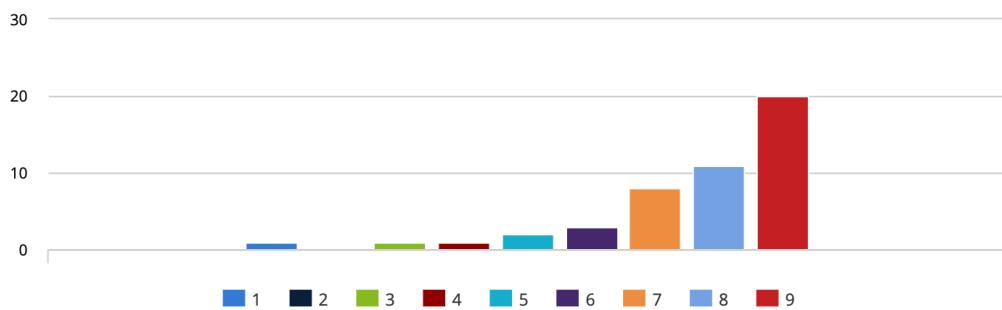
- Attention à la gestion des poses difficiles
- MG peut gérer sans pour autant passer par le gynécologue
- L'examen du col de l'utérus et la présence des fils est suffisant
- Dépose d'un DIU rarement problématique
- Médecin doit être à l'aise avec les manœuvres endo-utérines
- Dans une maison médicale, un échographe partagé pourrait être envisagé
- S'il fait beaucoup de gynécologie et à l'habitude, ce n'est pas standard un utérus

Experts en accord :

- Si le MG dit bien à la patiente d'attendre le contrôle échographique pour considérer que la contraception est efficace
- Sauf situation particulière comme l'utérus rétroversé
- Possible avec une formation en échographie
- Formation en DIU de gynécologie indispensable
- Avoir accès en consultation d'urgence en gynécologie dans le cadre de prise en charge de la patiente

→ Les 3 régions acceptent la proposition. Les hospitaliers sont plus indécis avec une médiane à 6 contre 7 pour les libéraux. Les GM et les GO sont indécis avec une médiane à 6 contre 7 pour les GMO. Les experts exerçant depuis moins de 5 ans et plus de 30 ans sont indécis avec une médiane à 6 contre 8 pour les autres.

**PROPOSITION 10R :** Devant une suspicion d'endométriose le médecin généraliste formé peut prescrire une aide thérapeutique (pilule et/ou antalgiques) dans un premier temps, puis adresser à un gynécologue pour faire une échographie et qui jugera ensuite de la pertinence de la prescription d'une IRM pelvienne



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
8	4,26%	14,89%	80,85%

Ancienne médiane : 5

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Si la patiente est asymptomatique après traitement, pas besoin de consultation gynécologique
- Si suspicion il y a, c'est que le médecin a déjà bien écouté sa patiente et il est tout à fait à même de lui expliquer la maladie. Sa prise en charge alors dépendra des desiderata de sa patiente et de ses priorités : douleurs ou fertilité, autres troubles associés : urinaires, intestinaux, rhumatologiques...Je suppose que le médecin généraliste a fait un examen clinique.

Experts indécis :

- Prescription d'antalgiques oui mais le traitement hormonal doit être confié au gynécologue

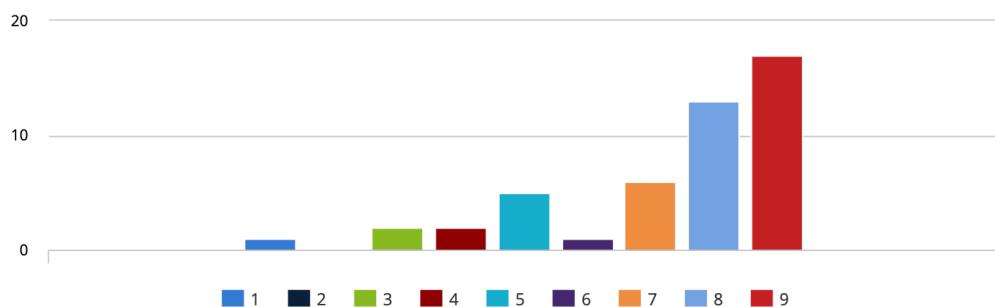
- Médecin généraliste peut gérer sans pour autant passer par le gynécologue
- Cela se pratique déjà ... et parfois on a l'IRM avant l'échographie. L'IRM de l'endométriose est complexe, et même commentaire que précédemment, cela nécessite une très bonne expertise ! autant en échographie qu'en IRM

Experts en accord :

- Pas d'IRM systématique
- Pour moi c'est de la première intention
- Le MG peut organiser l'IRM
- Logiquement l'échographie vient avant le traitement : il existe des diagnostics différentiels (adénomyose, congestion pelvienne, kystes ovariens border line, etc)
- Le MG a un rôle de dépistage, le diagnostic sera fait par un spécialiste
- Gynécologue ou radiologue expert en gynécologie

→ La médiane est entre 8 et 9 pour toutes les populations.

**PROPOSITION 11R:** Devant une suspicion de SOPK le médecin généraliste peut gérer la prescription du bilan hormonal et adresse ensuite la patiente à un gynécologue pour l'échographie pelvienne qui confirmera ou non le diagnostic



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
8	6,38%	19,15%	74,47%

Ancienne médiane : 6

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Le SOPK s'inscrit dans un contexte plus global et le médecin traitant doit pouvoir gérer le syndrome métabolique conjointement avec le gynécologue-endocrinologue (malheureusement la formation de la plupart de ceux-ci n'ont plus cette approche)
- Je ne pense pas que ce soit raisonnable de prescrire des bilans sans maîtrise des résultats attendus

Experts indécis :

- S'il a bien les bases. Sinon le gynécologue gère car sinon cela fait faire des bilans itératifs. L'écho est un critère, pas une confirmation. Il faut même adresser à des gynécologues qui sont formés en OPK.
- Médecin généraliste peut gérer sans pour autant passer par le gynécologue
- Rôle du spécialiste, risque d'informations contradictoires
- Pour info, l'échographie n'est pas obligatoire au diagnostic ....
- La prescription de bilan doit être accompagnée d'explications nutritionnelles et sur la fertilité pour ne pas générer d'angoisse inutile

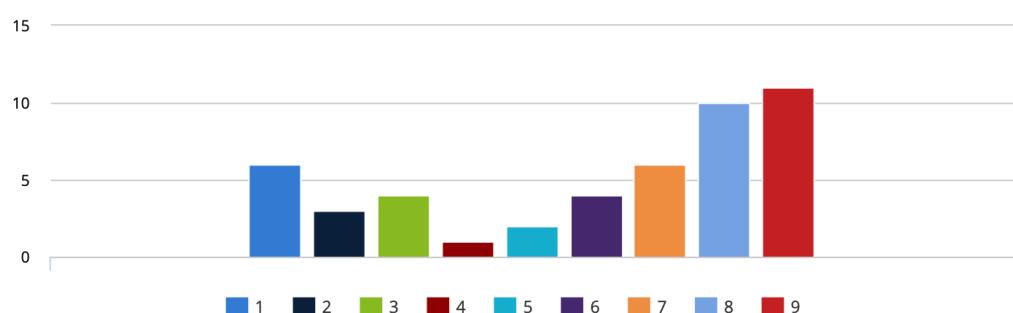
Experts en accord :

- A condition de prescrire un bilan consensuel
- Ok pour le bilan de débrouillage devant un syndrome d'hyperandrogénie clinique (pas que SOPK)

- Il y a aussi un intérêt à l'adresser à un endocrinologue formé aussi à l'OPK. Une filière de soins comme l'endométriose serait bien

→ La médiane est entre 7 et 9 pour tous sauf pour les GM qui sont indécis avec une médiane à 6.

PROPOSITION 24R : Toutes mètrorragies chez une femme ménopausée doivent être adressées directement au gynécologue sauf si le médecin généraliste possède un échographe qui lui permet d'objectiver un épaissement de l'endomètre et qu'il soit formé à la biopsie de l'endomètre, ce qui lui permet de faire les examens avant l'adressage



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	27,66%	17,02%	55,32%

Ancienne médiane : 4

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- A mon sens pas une bonne idée d'imposer la pratique de l'échographie pelvienne au médecin généraliste
- La pathologie gynécologique relève d'une prise en charge par le gynécologue

- Toutes mètrorragies chez une femme ménopausée directement gynéco pour gérer la suite directement
- Pas de "sauf si" elles doivent être adressées, vous pouvez faire gagner du temps avec la biopsie si vous voulez. (Je rappelle que le cancer de l'endomètre sans épaissement endométrial à l'écho c'est rare mais ça existe)
- L'échographie peut être réalisée mais pas la biopsie

Experts indécis :

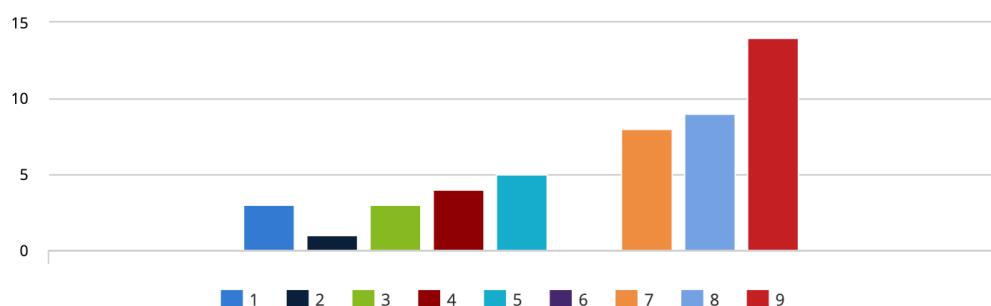
- Perso ça fait partie des choses que le gynécologue doit gérer. Pour moi seulement si pas d'accès à un gynécologue
- Le médecin généraliste peut déjà commencer par l'examen clinique : origine du saignement puis frottis, échographie endovaginale et biopsie d'endomètre
- Adresser directement au gynécologue pour échographie ; je suis désolée mais nous manquons de médecins généralistes pour la médecine générale et non pour de la radiologie ou gynécologie pathologique
- Radiologue en priorité, gynécologue si nécessaire

Experts en accord :

- Une biopsie de l'endomètre négative impose une poursuite des explorations (hystéroskopie)
- Sans que cela ne retarde l'adressage
- Cela surcharge l'activité du généraliste
- Dire non serait très corporatiste – ce qui n'est pas interdit...
- Dans le cadre de mètrorragies à répétition à endomètre fin peut également se discuter une pipette de cornier.

→ Les 3 régions approuvent la proposition avec une médiane de 7 à 9. Les hospitaliers sont indécis avec une médiane à 5 contre 7 pour les libéraux. Les GO sont indécis avec une médiane à 6 contre 8 pour les GM et les GMO. Les experts exerçant entre 5 et 10 ans et ceux depuis plus de 20 ans sont indécis avec une médiane de 5 et de 6, contre 8 pour les autres.

**PROPOSITION 26R :** Dans le cadre d'une pathologie ne relevant pas d'une urgence, le médecin généraliste peut initier un bilan biologique, voire réaliser l'échographie endovaginale s'il est formé, et adresser la patiente au gynécologue dans les suites afin d'accélérer la prise en charge



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	14,89%	19,15%	65,96%

Ancienne médiane : 6

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Je ne vois pas trop. Endométriose = avis gynécologue. Utérus fibromateux, polypes = avis gynécologue. Suivi kyste ovarien = suivi gynécologue.
- Dans ce cas-là, le médecin généraliste a passé une équivalence de DES gynécologie ?

- Les gynécologues sont accessibles au téléphone pour les urgences
- Formé à l'échographie gynécologique ? je ne vois pas en fait

Experts indécis :

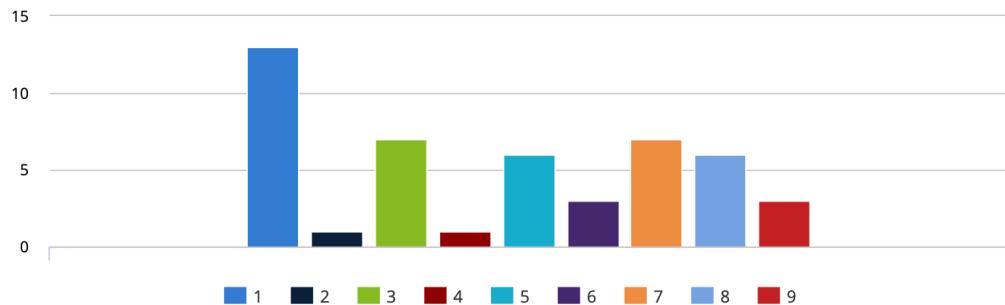
- Nécessité d'une grosse expérience en échographie car risques médico-légaux pour le généraliste
- L'échographie endovaginale doit rester un acte réalisé par le spécialiste
- La pathologie gynécologique relève du spécialiste (même les SF ne sont pas bien formées à ça), le risque est la sous-estimation de la sévérité d'une pathologie
- La question est trop vague. Des infections vaginales oui, des douleurs pelviennes chroniques c'est plus discutable
- Pourquoi pas. La formation seule en échographie ne suffit pas. La formation se fait aussi par la répétition des examens ce qui permet d'acquérir une expertise
- Initier le bilan biologique, l'échographie reste du domaine du spécialiste

Experts en accord :

- Envoie chez le radiologue pour faire l'échographie
- On peut espérer qu'étant le médecin traitant référent de cette patiente il sera à même de gérer la prise en charge au mieux

→ Les 3 régions approuvent la proposition avec une médiane à 9 pour la Lorraine et la Champagne, et 7 pour l'Alsace. Pas de différence d'opinion entre les statuts hospitaliers et libéraux, ni entre les 3 spécialités. Au niveau de l'expérience les experts qui exercent depuis 5-10 ans sont indécis avec une médiane à 6, contre 7 à 9 pour les autres.

**PROPOSITION 27R :** Le fait d'adresser la patiente à une sage-femme échographiste pour la réalisation d'une échographie dans le cas de pathologies non urgentes (contrôle kyste fonctionnel, contrôle pose DIU, comptage folliculaire pour le bilan SOPK, contrôle des fibromes, ...) reste une bonne alternative plutôt que l'adressage direct au gynécologue



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
5	44,68%	27,28%	34,04%

Ancienne médiane : 5

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- La sage-femme échographiste fait de l'obstétrique, pas de la gynécologie
- Seulement si sage-femme avec DIU d'échographie gynécologique, sinon elles ne sont pas formées à dépister ces pathologies
- Pas besoin d'une sage-femme, le médecin généraliste peut directement envoyer chez un radiologue
- La sage-femme échographiste n'est pas médecin et n'a pas la formation d'un gynécologue
- La sage-femme peut contrôler un DIU et réaliser le comptage folliculaire. En cas de pathologie l'échographie devrait être réalisée par un médecin

- Si vous avez un correspondant et que vous décrochez le téléphone, on rajoutera la patiente, ne pas multiplier les examens qui seront refaits !!!

Experts indécis :

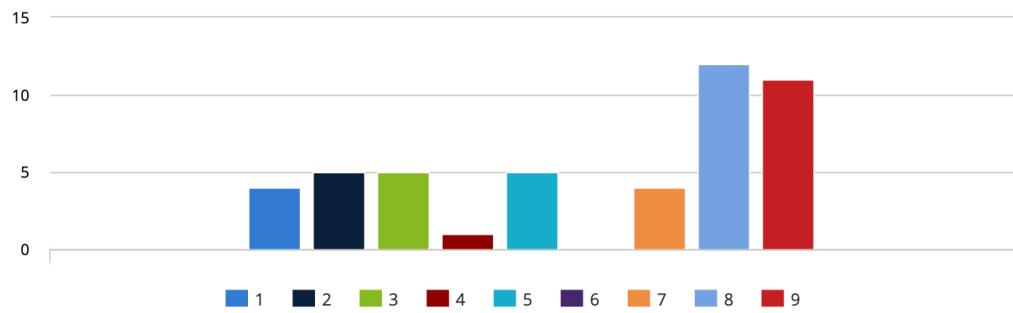
- -Sous réserve à juste besoin de l'échographie. La plupart des patientes que je vois pour "juste une échographie" repartent avec un avis médical +/- bilan et prise en charge (exemple du SOPK/fibromes)
- Voir le gynécologue ensuite si nécessaire
- Oui, si elle est formée. Mais c'est difficile pour elle de se former en écho gynécologique (contrairement aux échographies obstétricales)
- Seulement zones sous dotées, car la sage-femme se limitera à faire un compte rendu mais pas une CAT
- La pathologie n'est pas du ressort de la sage-femme

Experts en accord :

- Si pas de gynécologues disponibles
- Si le correspondant est fiable et gère le problème ensuite

→ Les experts des 3 régions sont indécis (médiane 5 à 6), pas de réelle différence entre les libéraux et les hospitaliers (médiane 5 à 6). Les GO n'acceptent pas la proposition avec une médiane de 3. L'expérience des experts ne change pas la décision, ils restent indécis avec une médiane en 4 et 5.

PROPOSITION 28R: Il serait intéressant que le médecin généraliste intéressé par la gynécologie médicale et qui y consacre une bonne partie de ses actes se forme à l'échographie gynécologique afin d'adresser aux mieux au gynécologue si nécessaire



Note médiane	Notes 1 à 3	Notes 4 à 6	Notes 7 à 9
7	29,78%	12,77%	57,45%

Ancienne médiane : 4

Résumé des commentaires :

Experts en désaccord :

- Dans le temps chaque médecin généraliste possédait un appareil de radioscopie, à méditer
- On peut imaginer toutes les solutions palliatives mais le seul moyen de garantir vraiment la santé des femmes c'est d'avoir suffisamment de spécialistes et de bien les former, toutes les autres solutions ne seront que moins performantes.
- Cela ne ferait finalement qu'un glissement de tâches, le MG ne ferait que de la gynécologie pour être performant
- Je pense que l'échographie gynécologique relève réellement du gynécologue
- Pas de nécessité, possible recours via ordonnance à une écho en cabinet de radio

- Autant en échographie obstétricale il nous est demandé un nombre minimum d'échographies pour continuer à être autorisé à en faire, quel serait ce seuil d' « une bonne partie » de ses actes ... L'échographie reste encore un acte en partie en auto-prescription. On pourrait craindre une multiplication d'actes inutiles, ou une redondance si l'échographie est faite sur des appareils moins performants
- C'est de la spécialité : c'est le domaine de la radiologie ou de la gynécologie. Le manque de généralistes est tellement criant sur le territoire qu'on s'attend à ce qu'il règle les soucis de la spécialité de médecine générale, pas de gynécologie.

Experts indécis :

- Je pense que l'échographie gynécologique nécessite une grosse expérience et une pratique fréquente ce qui, pour un généraliste, lui laisserait peu de temps pour le reste de ses activités
- Ce serait bien mais pas forcément très utile quand les radiologues sont disponibles et formés pour ça
- Pas pour de la pathologie (pose de DIU...)

Experts en accord :

- Mais bon, n'oublions pas l'importance de la clinique
- Le généraliste a peut-être autre chose à faire
- L'échographie est indispensable à la pratique de la gynécologie
- C'est sans doute mieux mais ça prend du temps de se former en échographie + investissement du matériel échographique
- Sous réserve qu'il puisse faire le DIU d'échographie spécialisée en échographie gynécologique, ce qui dans mes souvenirs n'est pas accessible

→ On ne retrouve pas de différence d'avis entre les régions (médiane entre 7 et 8). Les GMO sont indécis avec une médiane de 5 ainsi que les experts exerçant depuis 5-10 ans et depuis plus de 30 ans (médiane 6 et 5)

## 4. Résultats finaux

Pour finir, après 1 ou 2 tours Delphi, **26 propositions ont obtenu un consensus** de la part des experts sans désaccord. Afin de juger le degré d'accord on peut s'intéresser aux propositions qui répondent à la définition de l'obtention du consensus mais :

- qui tendent vraiment vers la validation avec plus de 70 % des réponses dans l'intervalle [7-9], on peut noter un consensus fort : 13 propositions
- qui frôlent le désaccord presque 30% des réponses avec l'intervalle [1-3], on peut noter un consensus intermédiaire : 4 propositions
- qui ne se situent pas dans les deux cas précédents, qui ont une médiane de 7 avec moins de 30% des réponses avec l'intervalle [1-3] mais également moins 70 % des réponses dans l'intervalle [7-9], on peut noter un consensus faible : 9 propositions

**Propositions validées avec plus de 70 % des réponses dans l'intervalle [7-9] -**

**Consensus fort :**

- La gynécologie a sa place au sein d'une consultation dédiée chez le médecin généraliste
- La prescription initiale d'une méthode de contraception peut se faire chez le médecin généraliste
- La pose et la dépose d'un implant peut se faire chez le médecin généraliste

- Une consultation de prévention sexuelle devrait être proposée par le médecin généraliste à ses patientes et patients de moins de 26 ans
- La réalisation des frottis peut se faire chez le médecin généraliste
- Le contrôle annuel d'une femme sans comorbidité gynécologique particulière peut se faire chez le médecin généraliste
- La mammographie peut être prescrite par le médecin généraliste
- Le spermogramme peut être prescrit par le médecin généraliste dans la continuité des examens réalisés chez la femme
- Le traitement d'infection génitale tel que les vaginoses, les mycoses ou encore les IST peut se faire chez le médecin généraliste avec la pratique d'un examen gynécologique et d'un prélèvement si nécessaire
- La consultation de début de grossesse et prescription du premier bilan sanguin peuvent être réalisée par le médecin généraliste
- Les examens complémentaires et le début de la prise en charge de mastodynies, palpation de masse, galactorrées ou tout autres anomalies des seins peut se faire par le médecin généraliste
- Devant une suspicion d'endométriose le médecin généraliste formé peut prescrire une aide thérapeutique (pilule et/ou antalgiques), et adresser à un gynécologue pour faire une échographie et qui jugera ensuite la pertinence de la prescription d'une IRM pelvienne
- Devant une suspicion de SOPK le médecin généraliste formé peut gérer la prescription du bilan hormonal et adresse ensuite la patiente à un gynécologue pour l'échographie pelvienne qui confirmera ou non le diagnostic

**Propositions validées avec moins de 30% des réponses dans l'intervalle [1-3] et moins 70 % des réponses dans l'intervalle [7-9] - Consensus intermédiaire :**

- La pose et la dépose d'un DIU peut se faire chez le médecin généraliste s'il est bien formé et qu'il s'assure d'un contrôle échographique dans les suites et dans le suivi (échographe personnel ou radiologue pour échographie pelvienne)
- La réalisation d'un premier bilan de fertilité, lorsque le couple est en échec de conception depuis plus d'un an, peut se faire chez le médecin généraliste
- Le suivi de grossesse non à risque, avec réalisation des 3 grandes échographies par un gynécologue, peut être réalisé par le médecin généraliste même s'il ne dispose pas d'un échographe
- La consultation du post partum peut être réalisée par le médecin généraliste
- Le traitement hormonal de la ménopause peut être mis en place par le médecin généraliste
- La pose d'un pessaire peut se faire chez le médecin généraliste
- Les examens complémentaires et le début de la prise en charge des fuites urinaires et prolapsus peut se faire par le médecin généraliste
- Il serait intéressant que le médecin généraliste réalise les IVG médicamenteuses jusqu'à 9 SA en convention avec un établissement de santé
- Dans le cadre d'une pathologie ne relevant pas d'une urgence le médecin généraliste peut initier un bilan biologique, voir réaliser l'échographie endovaginale s'il est formé, et adresser la patiente au gynécologue dans les suites

**Propositions validées avec presque 30% des réponses avec l'intervalle [1-3] -**

**Consensus faible :**

- Le début de prise en charge des dyspareunies/vaginisme peut se faire par le médecin généraliste
- L'ablation d'un polype du col de petite taille peut être réalisée par le médecin généraliste
- Toutes mètrorragies chez une femme ménopausée doivent être adressées directement au gynécologue sauf si le médecin généraliste peut faire l'échographie pour objectiver un épaississement de l'endomètre et qu'il soit formé à la biopsie de l'endomètre, ce qui lui permet de faire les examens avant l'adressage
- Il serait intéressant que le médecin généraliste intéressé par la gynécologie médicale, et qui y consacre une bonne partie de ces actes, se forme à l'échographie gynécologique afin d'adresser au mieux au gynécologue si nécessaire

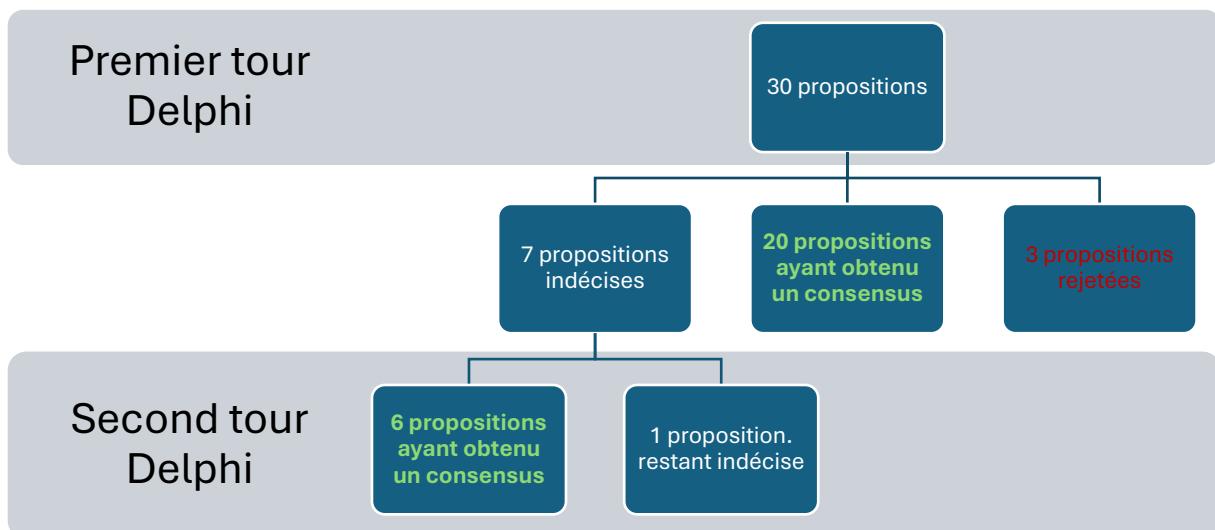
**Trois propositions n'avaient pas obtenu de consensus** et ce dès le premier tour, il s'agit des suivantes :

- Le médecin généraliste devrait seulement renouveler les prescriptions de contraception faites par le gynécologue
- La prescription des premiers bilans pour des mètrorragies chez la femme ménopausée peut être faite par le médecin généraliste afin d'orienter vers le gynécologue spécialiste que si ces bilans présentent des anomalies

- Il serait intéressant que le médecin généraliste se forme (et par conséquent achète le matériel) à la colposcopie

Malgré le fait d'avoir passé un second tour et donc une reformulation, **une proposition n'obtient pas de consensus mais n'est pas rejetée non plus**, il s'agit de la suivante :

- Le fait d'adresser la patiente à une sage-femme échographiste pour la réalisation d'une échographie dans le cas de pathologies non urgentes reste une bonne alternative plutôt que l'adressage direct au gynécologue



## VI. Discussion

### 1. La méthode

Une méthode de consensus est « une méthode de synthèse de l'information et de gestion des discordances scientifiques, destinées à déterminer le niveau d'accord au sein d'un groupe donné. Elles incluent notamment la méthode Delphi et la méthode du groupe nominal. » (37). La méthode du groupe nominal nécessite de réaliser des réunions physiques d'experts en un même lieu, on perd donc la notion d'anonymat. De plus cette méthode demande une organisation et un investissement trop prenant pour les experts.

La thèse aurait également pu se faire sur un modèle d'étude qualitative, en interrogeant directement une dizaine de gynécologues.

Le choix de la méthode Delphi paraît judicieux pour sa validité, sa faisabilité et son faible coût. Elle est tout à fait adaptée au domaine médical pour des zones d'incertitudes et pour lesquelles on souhaite une aide à la décision, ce qui était tout à fait adapté pour notre question de recherche. De plus elle apporte une certaine originalité à la thèse car elle allie le qualitatif au quantitatif.

#### **Les forces de la méthode :**

La méthode Delphi permet de ne pas avoir de limite géographique, l'ensemble du processus se déroulant en ligne. Les experts répondent de manière indépendante au premier tour de questions. C'est seulement lors du second tour qu'ils peuvent s'informer des retours des autres participants concernant les propositions indécises. Il n'y a donc pas d'influence dans le premier tour. On pourrait supposer qu'il y en a une dans le second

tour, ce qui est possible, mais l'expert pourra quand même s'exprimer sans jugement. Toutes réponses, même partagées, restent anonymes pour le reste du panel d'experts. Cette méthode évite donc la tendance à défendre une position une fois qu'elle a été prise publiquement comme cela peut se voir dans les groupes nominaux. Dans la méthode Delphi, une personne experte mais qui aurait eu plus de mal à exprimer son avis publiquement a une voix aussi importante qu'une personne plus confiante. Cette approche réduit les biais interpersonnels et hiérarchiques, conférant un avantage à cette méthode par rapport à la technique du groupe nominal.

#### **Les limites de la méthode :**

Les résultats reflètent uniquement le consensus des experts sélectionnés, sans prétention de généralisation. Les limites de cette méthode seraient un éventuel biais de sélection liée au processus de recrutement ou à une participation insuffisante de certains experts. La méthode Delphi présente également comme inconvénient qu'elle empêche la rencontre entre les experts et donc qu'elle empêche le débat, la discussion d'idées est donc limitée. Mais ce désavantage est contrebalancé par le principe des reformulations de questions lors des tours Delphi suivants et de l'ajout possible des commentaires par les experts qui seront lus par tous.

## **2. La sélection des experts**

Les experts sollicités sont des gynécologues médicaux, ou obstétriciens ou médicaux-obstétriciens qui travaillent dans le Grand Est, en libéral ou en milieu hospitalier.

Certains experts ont été sollicités par recherche dans l'annuaire de santé Ameli. Ils ont été contactés par Doctolib.

A côté une diffusion par le Collège des Gynécologues et Obstétriciens d'Alsace (CGOA) et par la Fédération Nationale des Collègues de Gynécologie Médicale (FNCGM) a permis de toucher plus de praticiens et notamment les médecins hospitaliers.

Le principal biais de sélection est d'avoir contacté uniquement les experts par la messagerie Doctolib, mais il a été contre balancé par la diffusion du questionnaire via le CGOA et la FNCGM.

On retrouve des praticiens âgés entre 34 et 80 ans pour une médiane à 45 ans et une moyenne à 48 ans. Rappelons que la moyenne d'âge dans la profession est de 59 ans chez les GM et GMO et celui des GO est de 48 ans. 64% des experts sont des femmes. Le taux de féminisation de la GM/GMO est de 75% et celui de la GO est de 58%. On garde aussi une bonne homogénéité au niveau de l'expérience des médecins, 36% exercent depuis moins de 10 ans, 31% entre 10 et 20 ans et 33% depuis plus de 20 ans. Un quart des répondants exercent à l'hôpital et les trois autres quarts en libéral, seul ou en groupe.

Au niveau des régions, la majorité des répondants sont Alsaciens avec 65,42% de participation. La Lorraine suit avec 21,7%, puis la Champagne- Ardenne avec 13%. Aucun des experts des régions Aube, Ardenne et Vosges n'a souhaité participer à l'étude. Cela va dans le sens de la démographie en gynécologues dans les différentes régions.

La population de l'étude paraît être un bon échantillon qui reflète la réalité.

### 3. Les résultats

Pour la discussion des résultats les items ont été regroupés par thème et non par validation au nom d'un consensus. Les thèmes ont été un peu modifiés par rapport à ceux du questionnaire initial.

**THEME 1 : La gynécologie en médecine générale – Prévention et dépistage**

THEME 2 : La contraception

THEME 3 : Troubles du cycle – Fertilité

THEME 4 : Grossesse

THEME 5 : Ménopause

THEME 6 : Pathologies

THEME 7 : Généralités et perspective d'actes en plus

En général la question de la formation du MG revient beaucoup dans les commentaires.

L'intitulé de l'étude a bien précisé que les questions s'adressent par rapport à un médecin généraliste intéressé par, et formé à, la gynécologie médicale. Il était également précisé que ce MG consacrait une partie de ses consultations à la gynécologie.

**THEME 1 : La gynécologie en médecine générale – Prévention et dépistage**

- La gynécologie a sa place au sein d'une consultation dédiée chez le médecin généraliste
- Une consultation de prévention sexuelle devrait être proposée par le médecin généraliste à ses patientes et patients de moins de 26 ans
- La réalisation des frottis peut se faire chez le médecin généraliste

- Le contrôle annuel d'une femme sans comorbidité gynécologique particulière peut se faire chez le médecin généraliste
- La mammographie peut être prescrite par le médecin généraliste

Les 5 propositions ont obtenu un consensus fort dès le premier tour. Il n'y a pas de différence entre les spécialités des experts, leur lieu d'exercice, ni en fonction de leur statut et de leur expérience. Les experts encouragent le rôle de prévention du MG. Une petite minorité pense que la prévention sexuelle et l'examen gynécologique/sénologique ne font pas partie des tâches du MG. Les experts pensent que la réalisation du frottis peut se faire chez le MG, et que la collaboration avec un colposcopiste est souhaitable, afin de n'adresser que les frottis pathologiques et de suivre les frottis normaux. Concernant l'examen gynécologique de contrôle, les experts préconisent la réalisation tous les deux ans de ce dernier par le spécialiste pour les patientes après 45 ans afin de réaliser une échographie, et valident pour les autres femmes la réalisation chez le MG.

## **THEME 2 : La contraception**

- La prescription initiale d'une méthode de contraception peut se faire chez le médecin généraliste
- Le médecin généraliste devrait seulement renouveler les prescriptions de contraception faites par le gynécologue
- La pose et la dépose d'un implant peut se faire chez le médecin généraliste
- La pose et la dépose d'un DIU peut se faire chez le médecin généraliste s'il est bien formé et qu'il s'assure d'un contrôle échographique dans les suites et dans le suivi (échographe personnel ou radiologue pour échographie pelvienne)

La majorité des experts sont en accord avec le fait que le MG est compétent pour la prescription de la contraception, notamment s'il suit sa patiente sur le plan gynécologique. Une minorité considère qu'il ne peut que la renouveler. Certains proposent de passer la main quand il s'agit d'une contraception difficile. Les deux premières propositions de ce thème sont contradictoires, mais les résultats se rejoignent. Le fait d'avoir fait deux propositions n'était peut-être pas nécessaire. Concernant l'implant le consensus est fort sur le fait que le MG peut le poser et le déposer. En revanche les experts partagent le fait que le praticien qui pose l'implant doit savoir faire la dépose. Les experts en désaccord parlent du fait que des connaissances chirurgicales sont nécessaires, un matériel de petites chirurgies doit être disponible et une formation très solide doit être faite. A l'inverse d'autres experts qualifient la formation comme facile. La proposition sur la pose et la dépose d'un DIU a fait l'objet d'une reformulation et donc d'un second tour avec mention que le MG était bien formé et qu'il s'assurait d'un contrôle échographique. À la suite de la reformulation la proposition a obtenu un consensus intermédiaire. Les avis sont partagés car certains experts insistent sur le contrôle échographique post-pose et d'autres valident que la visualisation des fils est suffisante. Les experts qui restent indécis sur la pose d'un DIU par le MG sont les praticiens hospitaliers, les GM et les GO, les experts exerçant depuis moins de 5 ans ou plus de 30 ans.

Pour répondre aux incertitudes :

- Le matériel de retrait d'implant peut facilement être prescrit à la patiente, il existe un kit spécifique qu'il est possible d'acheter en pharmacie. Il est également possible d'acheter le scalpel et la pince nécessaire et de s'en équiper au cabinet.

- Les recommandations pour la pratique clinique élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français en 2018 mentionnent bien qu' « il n'est pas recommandé de réaliser une échographie de contrôle systématique (grade B) si la patiente est asymptomatique, que l'insertion du DIU s'est déroulée sans difficulté et qu'à l'examen les fils sont vus et de longueur attendue (NP2) » (38)

### **THEME 3 : Troubles du cycle – Fertilité**

- Devant une suspicion d'endométriose le médecin généraliste formé peut prescrire une aide thérapeutique (pilule et/ou antalgiques), et adresser à un gynécologue pour faire une échographie et qui jugera ensuite la pertinence de la prescription d'une IRM pelvienne
- Devant une suspicion de SOPK le médecin généraliste formé peut gérer la prescription du bilan hormonal et adresse ensuite la patiente à un gynécologue pour l'échographie pelvienne qui confirmera ou non le diagnostic
- La réalisation d'un premier bilan de fertilité, lorsque le couple est en échec de conception depuis plus d'un an, peut se faire chez le médecin généraliste
- Le spermogramme peut être prescrit par le médecin généraliste dans la continuité des examens réalisés chez la femme

La proposition concernant l'endométriose a été reformulée et passé en second tour, elle a alors obtenu un consensus fort. Dans sa reformulation le MG prescrira en premier lieu la thérapeutique dans l'attente de l'échographie réalisée par son adressage chez le spécialiste. Les experts sont tous en accord avec cette proposition quel que soit la population. Ceux en désaccord expliquent qu'il n'est pas nécessaire d'envoyer la patiente chez le spécialiste si elle est asymptomatique après la mise sous traitement.

Du côté du SOPK la proposition a également été reformulée notamment pas le fait que le MG peut prescrire la biologie et propose ensuite un adressage chez le spécialiste. Elle obtient ainsi un consensus fort. Les GM restent indécis.

Du coté fertilité le fait que le MG réalise les premiers bilans de fertilité obtient un consensus intermédiaire. Les experts en désaccord ou indécis pensent que c'est un domaine trop spécialisé. Une majorité des experts valident le fait de prescrire les bilans et d'orienter en même temps vers le spécialiste. Les experts indécis sont les GM, les hospitaliers, les médecins de Champagne et de Lorraine et notamment ceux exerçant depuis 5-10 ans. Concernant la prescription du spermogramme tous les experts valident le consensus qui est donc fort.

#### **THEME 4 : Grossesse**

- La consultation de début de grossesse et prescription du premier bilan sanguin peut être réalisée par le médecin généraliste
- Le suivi de grossesse non à risque, avec réalisation des 3 grandes échographies par un gynécologue, peut être réalisé par le médecin généraliste même s'il ne dispose pas d'un échographe
- La consultation du post partum peut être réalisée par le médecin généraliste

Les experts en désaccord pensent que l'échographie est nécessaire et préfèrent suivre la grossesse dès le départ, le bilan prescrit par le MG leur semble souvent incomplet ou à l'inverse contenant des prescriptions inutiles. Ils préfèrent dans ce cas que la sage-femme suive la grossesse. Certains doutent sur la capacité du MG à expliquer certains points et aussi sur fait qu'il ne prescrive pas l'acide folique en pré-conceptionnel. Pour les experts en accord, la plupart sont d'avis que le MG peut gérer le début de grossesse

mais il doit organiser une échographie de localisation de la grossesse. Pour le suivi il est indispensable d'avoir un Sonicaid pour pouvoir écouter les battements cardiaques à chaque consultation. Concernant la consultation du post partum elle devrait être faite par le médecin qui a suivi la grossesse. Mais d'un autre côté le fait qu'il gère le post partum peut être bien car le MG suit souvent le nouveau-né et il peut en profiter pour surveiller les risques de dépression du post partum.

L'avis des experts dans ce thème est assez divergent notamment pour le suivi et le post partum. Les experts de Champagne ne valident pas du tout l'item, que ce soit le suivi ou l'après grossesse. Le consensus n'est pas obtenu pour cette région sur le thème, avec une médiane entre 1 et 3 selon les propositions. Au contraire l'Alsace et la Lorraine valident l'implication du MG dans la grossesse. On constate aussi une différence selon l'expérience des experts, on note que les experts qui ont entre 5 et 30 d'expérience sont indécis, contrairement aux plus jeunes avec moins de 5 ans d'expérience ou au plus expérimentés avec plus de 30 ans, qui eux sont d'accord.

## **THEME 5 : Ménopause**

- La prescription des premiers bilans pour des métrorragies chez la femme ménopausée peut être faite par le médecin généraliste afin d'orienter vers le gynécologue spécialiste que si ces bilans présentent des anomalies
- Toutes métrorragies chez une femme ménopausée doivent être adressées directement au gynécologue sauf si le médecin généraliste peut faire l'échographie pour objectiver un épaississement de l'endomètre et qu'il soit formé à la biopsie de l'endomètre, ce qui lui permet de faire les examens avant l'adressage

- Le traitement hormonal de la ménopause peut être mis en place par le médecin généraliste

Concernant la prise en charge des métrorragies chez la femme ménopausée, plus de 50% des experts sont en désaccord, la proposition n'a pas obtenu de consensus. Dans tous les cas la patiente devra voir un spécialiste pour la réalisation de l'échographie endovaginale et pour la réalisation d'une hystéroskopie. Ceux en accord le sont si le MG peut réaliser l'échographie EV et la biopsie. La seconde proposition concernant la biopsie de l'endomètre a rendu les experts indécis. Elle a été reformulée. A postériori on peut constater que cette reformulation reprend également la première proposition et donc que les deux propositions de rejoignent.

Les experts en désaccord avec la prescription du THM pensent que le sujet est trop sensible et complexe pour être faite par le MG et ceux en accord proposent un rendez-vous par la suite avec le spécialiste. On constate une différence d'opinion entre la Champagne qui ne donne pas de consensus à la proposition (médiane de 3) et l'Alsace et la Lorraine qui valident le consensus avec une médiane de 8.

## **THEME 6 : Pathologies**

- Les examens complémentaires et le début de la prise en charge de mastodynies, palpation de masse, galactorrées ou toutes autres anomalies des seins peut se faire par le médecin généraliste
- Le traitement d'infections génitales telles que les vaginoses, les mycoses ou encore les IST peut se faire chez le médecin généraliste avec la pratique d'un examen gynécologique et d'un prélèvement si nécessaire
- La pose d'un pessaire peut se faire chez le médecin généraliste

- Les examens complémentaires et le début de la prise en charge des fuites urinaires et prolapsus peuvent se faire par le médecin généraliste
- Le début de prise en charge des dyspareunies/vaginisme peut se faire par le médecin généraliste
- L'ablation d'un polype du col de petite taille peut être réalisée par le médecin généraliste

Les experts sont tous en accord sur le fait que le MG prenne en charge les infections génitales ainsi que le début de prise en charge des pathologies du sein.

Concernant la gestion des prolapsus, les experts ne sont pas contre le fait que le MG gère le début de la prise en charge comme la prescription d'un bilan urodynamique ou bien de séances de rééducation. Ils sont en accord pour dire que le spécialiste doit nécessairement intervenir dans la prise en charge. Pour le pessaire ils pensent que le MG peut le poser mais que la prescription initiale doit être faite par le spécialiste qui dispose d'une mallette pour prescrire la bonne taille. Les experts de Champagne et ceux qui exercent depuis 20-30 ans sont indécis sur cette proposition.

Du côté vaginisme/dyspareunies la proposition a obtenu un consensus mais faible. Certains experts trouvent que ces plaintes sont compliquées et demandent une formation et que la prise en charge est multidisciplinaire, mais d'autres trouvent que si le MG a une bonne écoute cela peut être pris en charge par ses soins.

La proposition de la prise en charge du polype du col obtient un consensus faible et passe de justesse la condition du désaccord car presque 30% des répondants ont donné une note inférieure ou égale à 3. Les experts expliquent que l'échographie est nécessaire à la prise en charge, que le geste peut être compliqué et donc devrait être laissé au

spécialiste. Cette question aurait peut-être dû être argumentées en parlant d'ablation de polype si la patiente présente des saignements. On distingue encore une fois une grande différence d'avis entre la Champagne qui ne donne pas de consensus avec une médiane à 1, la Lorraine et l'Alsace qui elles sont plus en accord avec une médiane respectivement de 6 et de 7. Le groupe d'experts avec 20 à 30 ans d'expérience est indécis avec une médiane base à 4.

### **THEME 7 : Généralités et perspective d'actes en plus**

- Dans le cadre d'une pathologie ne relevant pas d'une urgence le médecin généraliste peut initier un bilan biologique, voire réaliser l'échographie endovaginale s'il est formé, et adresser la patiente au gynécologue dans les suites
- Le fait d'adresser la patiente à une sage-femme échographiste pour la réalisation d'une échographie dans le cas de pathologies non urgentes reste une bonne alternative plutôt que l'adressage direct au gynécologue
- Il serait intéressant que le médecin généraliste intéressé par la gynécologie médicale, et qui y consacre une bonne partie de ces actes, se forme à l'échographie gynécologique afin d'adresser au mieux au gynécologue si nécessaire
- Il serait intéressant que le médecin généraliste réalise les IVG médicamenteuses jusqu'à 9 SA en convention avec un établissement de santé
- Il serait intéressant que le médecin généraliste se forme (et par conséquent achète le matériel) à la colposcopie

L'échographie est vraiment la compétence manquante au MG pour réaliser une bonne partie de la gynécologie médicale. Afin de pouvoir remédier au mieux à ce manque il a été

proposé que cet acte soit réalisé par la sage-femme ou le MG formé. La proposition pour la SF a été reformulée afin qu'elle soit réalisée dans le cadre d'imagerie non urgente. La première proposition ne le mentionnait pas, et les experts n'étaient pas pour, car la SF ne gère pas les pathologies. Lors de la reformulation la proposition n'a toujours pas eu de consensus, la médiane est restée à 5. Les experts expliquent que les SF ne sont pas formées à la gynécologie médicale mais à l'obstétrique. Concernant le MG la proposition obtient un consensus mais il est faible car presque 30% des experts ont mis une note entre 1 et 3. Pour ceux en désaccord l'échographie reste du domaine du spécialiste, d'autres expliquent que l'échographie demande du temps et de l'expérience et que le matériel est coûteux. Un diplôme (DU) est également demandé et non accessible aux MG selon certains spécialistes. Mais l'université de Paris Cité propose un DU d'échographie des pathologies gynécologiques accessible au MG faisant de la gynécologie.

Les experts sont contre le fait que le MG se forme à la colposcopie et ce dès le premier tour, le matériel a un coût, l'acte demande une expertise et il s'agit d'un acte de sous-spécialité de gynécologie.

La grande majorité des experts pensent que le MG pourrait se former aux IVG avant 9 SA en convention avec un établissement de santé. Ceux en désaccord expliquent que les SF le font, que même les gynécologues ne le font pas et qu'il est nécessaire d'avoir un échographe. Les experts les plus indécis sont ceux exerçant depuis 5-10 ans et 20-30 ans, ainsi que les GMO et les régions Alsace et Champagne.

#### **Remarques globales :**

Les consignes énoncées dans le questionnaire demandaient que les propositions ayant eu une note inférieure à 7 soit argumentées d'un commentaire. Cela n'a pas toujours été

respecté. En moyenne 59% des réponses avec une note inférieure à 7 ont été argumentées d'un commentaire.

Nous pouvons aussi noter que l'avis des experts pouvait être complètement contradictoire, certains spécialistes acquiescent une proposition alors que d'autres sont complètement contre cette même proposition.

Certains commentaires ont été un peu dénigrants pour le médecin généraliste, qui certes n'est pas spécialiste, mais qui reste tout de même un docteur en médecine. Ces remarques sont les suivantes :

- (Proposition concernant la formation à l'échographie) pas le rôle du médecin généraliste, il est préférable qu'il gère les personnes âgées pour qu'elles ne finissent pas aux urgences
- J'abandonne
- Il est plus urgent de voir une otite le jour même que dans un délai de 3 jours
- Les généralistes s'ennuient ? il faut du matériel stérile
- Je lâche prise... la gynécologie doit être prise en charge par des SPECIALISTES
- Tout peut être pris en charge... pourquoi pas par l'ophtalmologue ? ou l'ORL qui s'intéresse à la gynécologie
- Si besoin avec COPIE au gynéco (concernant la prescription de la mammographie) qui gère les résultats anormaux et opère les patientes !!! merci de les respecter
- Pourquoi ne pas faire des fonds d'œil et des échographies cardiaque de débrouillage
- Le MG serait plus utile en dermatologie et en pédiatrie

Dans l'ensemble les réponses ont été bienveillantes et certaines remarques appréciables :

- Un médecin généraliste formé en gynéco médical peut faire la même chose qu'un gynécologue, je trouve cela plus utile de travailler ensemble
- Si un médecin généraliste souhaite se spécialiser en gynécologie c'est tout à fait possible avec le matériel et la formation
- Je pense que la gynécologie médicale a toute sa place dans la médecine générale
- Je suis contre le nomadisme médical. Une patiente qui n'a pas de suivi gynécologique a clairement besoin d'un MG orienté gynécologie
- Être formé, bien équipé et passer la main facilement à un gynécologue, travail en partenariat
- Tout est possible à condition d'avoir une bonne formation le problème est de savoir si les généralistes ont le temps de se former et rajouter des gestes techniques à leur activité. Finalement il faudrait des généralistes spécialisés en médecine de la femme qui travaillent en partenariat avec des gynécologues et des sages femmes dans une structure commune ce serait l'idéal
- La gynécologie médicale de dépistage est tout à fait abordable par un médecin traitant. Seuls les actes techniques et la pathologie plus complexe relève d'un médecin spécialiste. Je suis plus favorable à la pratique de la gynécologie par un médecin généraliste, qui a une culture médicale complète, que par une sage-femme, qui n'en a aucune.
- Je pense que la maîtrise théorique de certaines pathologie fréquente est plus importante que réaliser certains gestes techniques qui peuvent être faussement rassurants. La collaboration et la création d'un réseau avec des spécialistes est un

excellent garant de la bonne prise en charge surtout avec le développement des moyens de communications entre médecins : omnidoc, sms doctolib, sms privé

...

- Idéal en collaboration dans un cabinet où exercent un gynécologue et un échographiste. Le partage des examens de routine serait plus rapide et permettrait de concentrer les pathologies chez le spécialiste gynécologue
- Beaucoup de choses sont tout à fait faisable, et même font entièrement partie des compétences des généralistes (suivi annuel gynéco, frottis, prise en charge des infections génitales basses et hautes, éventuellement suivi de grossesse physiologique, contraception) mais tout ce qui va être plus précis, de type écho, colposcopie, me semble inadapté à l'heure actuelle : entre le manque de généralistes qui n'arrivent déjà pas à suivre la population au vu des nombreux départs à la retraite, et à l'investissement nécessaire à un échographe ou un colposcope, je pense que ces éléments de diagnostics très précis et demandant une réelle formation pointue ne sont pas du ressort d'un généraliste. Dans ma pratique courante, si un généraliste du secteur (et je suis seule sur 50 kms à la ronde) m'adresse une patiente en semi-urgence, je peux les placer sur des créneaux dédiés dans 2 à maximum 3 semaines

On remarque une disparité des réponses sur plusieurs propositions au niveau de l'expérience et la région. En effet les spécialistes avec 5-10 ans et 20-30 ans d'expérience ainsi que les experts de la région Champagne sont plus souvent contre ou indécis.

## 4. L'application en consultation

L'objectif de la thèse est de pouvoir proposer un protocole de soin entre le médecin généraliste exerçant la gynécologie médicale et son (ou ses) gynécologue(s) référent(s) afin qu'il puisse faire le maximum lors de sa prise en charge et qu'il adresse au référent si nécessaire.

Voici un exemple de protocole qui pourrait être une ligne directrice pour le MG intéressé et formé par la gynécologie médicale :

### **THEME 1 : La gynécologie en médecine générale – Prévention et dépistage**

- Contrôle gynécologique annuel avec palpation mammaire, examen du col, toucher vaginal, frottis en fonction des recommandations, prescription ou renouvellement de la contraception
- Prescription d'une mammographie si patiente > 50 ans et ne l'a pas fait suite à l'invitation ADEMAS
- Prescription d'une mammographie si patiente < 50 ans en fonction des antécédents familiaux et de ses symptômes
- Consultation de prévention sexuelle chez les jeunes de moins de 26 ans : discussion contraception, IST/MST, vaccination GARDASIL

#### Adressage gynécologue :

- pour colposcopie si frottis pathologique
- pour contrôle échographique chez les femmes > 45 ans
- Si nécessaire chez les femmes < 45 ans

## THEME 2 : La contraception

- Prescription initiale de la contraception et renouvellement
- Pose et dépose d'implants
- Pose et dépose de DIU sans obligation de contrôle échographique dans les suites

### Adressage gynécologue :

- Pose d'un DIU chez une femme dont l'accessibilité au col est complexe

### Demande d'avis :

- Antécédents personnels ou familiaux particuliers dans le cadre de la contraception hormonale

## THEME 3 : Troubles du cycle – Fertilité

- Prise en charge des **dysménorrhées** : prescription dans un premier temps d'antalgiques et si échec proposition de traitement hormonal

### Adressage gynécologue :

- Si échec des traitements antalgiques ou hormonaux
- Réalisation d'une échographie endo-vaginale voire d'une IRM pelvienne

- Suspicion de **SOPK** :

Prescription d'un bilan hormonal et métabolique : LH, FSH, testostérone, estradiol, 17-OH-progestérone, delta 4 androsténedione, prolactine, glycémie à jeun, TSH, EAL, SDHEA

Si la patiente n'a jamais eu de rapport : prescription d'une échographie AP (peut être faite par un gynécologue, une SF ou un radiologue qui sait décrire des ovaires)

Adressage gynécologue :

- Si le bilan oriente vers un SOPK
- Si la patiente a déjà eu des rapports pour échographie EV et suite de la prise en charge
- Trouble de la **fertilité** : si le couple essaye d'avoir un enfant depuis plus d'un an ou avant 1 an si < 8cycles par an ou cycles > 90j jours

Prescription d'un bilan hormonal et d'une hystérosalpingographie ou d'une HyFoSy (Hysterosalpingo-Foam-Sonographie) pour exploration tubaire pour la femme, et spermogramme pour l'homme

Prescription de METFORMINE et d'ACIDE FOLIQUE

Adressage gynécologue :

- Gynécologue spécialisé en fertilité si femme < 37 ans ou centre d'AMP et adressage directement en AMP si femme > 37 ans

#### **THEME 4 : Grossesse**

- Prescription du premier bilan de grossesse, réalisation examen clinique et gynécologique : groupe sanguin, sérologie toxoplasmose-rubéole-syphilis-VIH, RAI, NFS, glycosurie et protéinurie

- Suivi de grossesse si le MG possède un appareil pour mesurer les battements cardiaques (Sonicaid), les 3 échographies pouvant être faites à l'hôpital, et consultation du post partum

Adressage gynécologue :

- Si le MG ne souhaite pas suivre la grossesse
- Si grossesse pathologique ou compliquée

**THEME 5 : Ménopause**

- En cas de métrorragies chez une femme ménopausée, si le MG possède un échographe il peut réaliser l'échographie et la biopsie dans le cas d'un endomètre épaisse en amont de son adressage au gynécologue
- Prescription du THM chez une femme ménopausée

Adressage gynécologue :

- Si pas d'échographe, adressage d'une femme ménopausée présentant des métrorragies
- Échographie endovaginale de contrôle pour initiation THM
- Pour THM si cas complexe

**THEME 6 : Pathologies**

- Prescription échographie mammaire et +/- mammographie si palpation de masse ou nodule mammaire ou bien si mastodynies inexplicées ou si galactorrhées

- Prélèvement pour examen cytologique et bactérien si galactorrées + dosage prolactine en plus de la recherche d'un syndrome inflammatoire
- Traitement des infections génitales + prélèvement vaginal
- Pose du pessaire
- Prise en charge des fuites urinaires avec dans un premier temps prescription de kinésithérapie périnéale
- Prise en charge des dyspareunies/vaginisme par un interrogatoire, prescription de kinésithérapie périnéale et si besoin de séances de psychothérapie. Examen gynécologique si possible
- Ablation d'un polype cervical de petite taille si la patiente présente des saignements. Envoi en anapathologie.

Adressage gynécologue :

- Si échographie mammaire ou mammographie montrant une pathologie du sein en dehors d'une mastite
- Examen du prolapsus et taille du pessaire
- Bilan urodynamique
- Si dyspareunies récalcitrantes malgré la kinésithérapie et +/- la psychothérapie
- Échographie endovaginale pour voir si possibles polypes endométriaux

Ce protocole est amené à évoluer en fonction de la pratique.

## VII. Conclusion

Cette étude a exploré la place que peut occuper la gynécologie médicale au sein de la médecine générale, dans un contexte de difficulté croissante d'accès aux soins spécialisés et de besoins grandissants en santé des femmes.

Face à cette situation, le médecin généraliste apparaît comme un acteur de proximité pouvant contribuer de manière significative à l'amélioration du parcours de soins, en assurant une prise en charge initiale et préventive, en lien avec un gynécologue référent.

Grâce à la méthode Delphi, deux tours de questionnaires ont permis de recueillir l'avis de 47 gynécologues experts du Grand Est sur 30 items explorant les possibilités d'implication du médecin généraliste en gynécologie médicale. Un consensus a été obtenu sur 27 propositions, confirmant que cette implication est à la fois légitime et souhaitable, à condition qu'elle s'appuie sur une formation approfondie du médecin généraliste et une collaboration structurée avec le spécialiste.

Les experts interrogés s'accordent sur le rôle essentiel du médecin généraliste dans la prévention gynécologique, incluant la prescription de contraceptifs, la pose d'implants, le suivi gynécologique dont la réalisation des frottis cervico-utérins, la prise en charge des infections génitales, le dépistage des IST et des MST, ainsi que la gestion des pathologies sénologiques et des troubles du cycle.

D'autres actes, comme la pose de stérilet, le suivi de grossesse, le traitement hormonal de la ménopause ou encore l'investissement du médecin généraliste dans l'échographie pelvienne ou endovaginale, font encore débat parmi les experts. Cette divergence

d'opinions met en évidence la nécessité de construire des cadres d'intervention, susceptibles d'évoluer, et tenant compte des réalités locales et des ressources disponibles.

En revanche, certains domaines comme la colposcopie ou la prise en charge des métrorragies post-ménopausiques relèvent clairement, selon les experts, de la spécialité, notamment en raison de l'expertise technique et de l'équipement requis.

L'étude montre que l'implication du médecin généraliste dans la gynécologie médicale constitue une piste solide pour répondre aux enjeux démographiques et améliorer l'accessibilité et la continuité des soins. Elle met également en lumière l'importance d'une collaboration entre le médecin généraliste et le gynécologue, permettant une répartition intelligente et complémentaire des rôles.

Sur le plan personnel, ce travail de recherche m'a permis de mieux identifier les limites de ma pratique en gynécologie médicale et d'aborder mes consultations avec davantage de sérénité, grâce à une collaboration complémentaire avec un gynécologue référent. Ainsi, même lorsque mes compétences ou les moyens techniques dont je dispose ne me permettent pas d'assurer l'ensemble de la prise en charge, la continuité des soins est garantie par cette organisation coordonnée.

De nombreux aspects de la gynécologie médicale ont été abordés au cours de ce travail, chacun d'eux pouvant à lui seul faire l'objet de recherches approfondies, tant du point de vue des praticiens que de celui des patientes. Cette étude ouvre ainsi la voie à de futurs travaux complémentaires, qu'il s'agisse d'évaluer les besoins de formation continue des médecins généralistes, d'analyser l'impact réel de cette collaboration sur les indicateurs

de santé des femmes, ou encore d'explorer la perception qu'ont les patientes de cette organisation partagée des soins gynécologiques.

VU  
Strasbourg, le.....*15/05/2025*

Le président du Jury Académique  
Pôle de Gynécologie/Obstétrique  
Hôpital de Hautepierre  
Professeur *avenue Molière*,  
67098 STRASBOURG Cedex  
Tél : 03 88 12 74 55 - Fax : 03 88 12 74 57

VU et approuvé  
Strasbourg, le.....*23 MAI 2025*  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Maléutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



## VIII. Annexes

### 1. ANNEXE 1 : Informations plus détaillées sur les items de gynécologie médicale présentés en partie III

#### La gynécologie et la médecine générale – Prévention et dépistage

- Focus sur le cancer du col de l'utérus :

Avant 25 ans le dépistage n'est pas conseillé. Des études ont montré que les lésions cytologiques n'ont pas la même signification et n'évoluent pas de la même manière chez les femmes jeunes et chez les plus âgées. L'immaturité du col et de la zone de jonction, ainsi que l'augmentation et la précocité de clairance virale (39) expliqueraient ces différences d'élimination du virus et la possibilité d'obtenir beaucoup de frottis AS-CUS (Atypical Squamous Cells of Unknown Signification) (40). Ces résultats demanderaient donc une suite de prise en charge qui pourrait être inutile et donc lourde pour la patiente. A noter également qu'il existe certaines souches de HPV, notamment les 6 et 11 à faible risque oncogène, mais qui sont pourvoyeuses du développement de condylomes, lésions cutanées contagieuses qui peuvent affecter le bien-être sexuel et psychique des patientes.

Le HPV n'est pas seulement responsable de cancer du col mais a également une place importante dans les cancers de l'anus (90%), du vagin, de la vulve, de la verge mais également des cancers de la sphère ORL (35%). Le papillomavirus est responsable de 90% des cas de cancer de l'anus, en particulier le HPV 18 qui est présent dans 89% des cas. Il est également coupable de 35% des cancers oro-pharyngés (41).

La prévention de ces cancers possède une nouvelle arme depuis décembre 2006 avec le vaccin contre le Papillomavirus qui est recommandée à partir de 11 ans chez les jeunes filles et depuis janvier 2021 chez les jeunes garçons. Les deux premiers vaccins à être mis sur le marché en France sont le Cervarix® qui confère une protection contre les deux souches les plus oncogènes, la 16 et la 18, responsables de plus de 70% des cancers du col de l'utérus (41), et le Gardasil® qui lui rajoute une protection contre les HPV faiblement oncogènes 6 et 11. L'étude menée par Olsson et al. (42) montre que le Cervarix provoquerait une réponse immunitaire plus robuste que le Gardasil®, mais comme il n'y a pas eu d'essais comparatifs directs le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) met les deux vaccins au même rang concernant leur effet protecteur contre les lésions cancéreuses provoquées par les HPV 16 et 18 (43).

A partir d'août 2018 le vaccin Gardasil® 9 est mis sur le marché français et protège maintenant contre 9 souches d'HPV (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58). Il permet la protection contre 90% des cancers du col de l'utérus, 80% des cancers de l'anus, 55-60% des cancers du vagin, 50% des cancers de la verge, 40% des cancers de la vulve (41). La commercialisation du Gardasil® s'est terminée le 31 décembre 2020 (44). Quant au Cervarix®, les laboratoires GSK annonçaient une fin de commercialisation au second semestre 2023, mais finalement ils ont maintenu la commercialisation (45).

Des changements de cibles ont également eu lieu et sont encore en discussion concernant la vaccination. Au départ la vaccination contre le papillomavirus était destinée aux jeunes filles de 11 à 19 ans (9 ans pour les enfants immunodéprimés) sur un schéma 2 doses (M0 ; M6-12) avant 15 ans et 3 doses (M0 ; M2 ; M6) de 15 à 19 ans. Depuis 2021 les garçons sont inclus dans la population cible et les hommes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec des hommes peuvent être vaccinés jusqu'à 26 ans (41). A noter qu'en Suisse le vaccin peut être proposé également aux jeunes femmes jusqu'à 26 ans en fonction de leur histoire sexuelle (46).

Le vaccin n'intervient en rien dans le dépistage du cancer du col de l'utérus qui devrait être réalisé à partir de 25 ans que la femme soit vaccinée, ou non, contre le HPV.

La majorité des frottis sont réalisés par les gynécologues. Depuis la mise en place du dépistage organisé en 2018 par le Programme National de Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Uterus (PNDOCCU), le médecin généraliste a une place encore plus importante car il est noté comme médecin réalisant les frottis, en plus des gynécologues et des sage-femmes, sur la lettre que reçoivent les patientes. Le taux de couverture de 2020-2022 est de 59,2% en France et de 61% dans le Grand Est, cela reste inférieur au seuil européen acceptable qui est de 70% (47).

### La contraception

- Focus sur les stérilets :

Le DIU est la méthode contraceptive la plus répandue après la pilule. Elle est présente chez 25,6% des femmes en âge de procréer sous contraception (21). Elle est encore vue comme une méthode réservée aux femmes ayant eu des enfants ou âgées de plus de 30 ans, mais on constate quand même une augmentation des poses de DIU chez les femmes nullipares. Il existe 2 types de DIU : un DIU au cuivre et un DIU hormonal au LEVONORGESTREL. A noter que le DIU au cuivre est également une contraception d'urgence s'il est posé dans les 5 jours.

L'indice de Pearl (indice théorique égal au pourcentage de grossesses accidentelles sur un an d'utilisation optimale de la méthode contraceptive) du DIU cuivre est de 0,6, et celui du DIU hormonale de 0,2. Comparativement celui de la pilule oestro-progestative ou

progestative est de 0,3. En revanche l'efficacité pratique (mesure dans la vie de tous les jours avec les défauts d'observance notamment) monte à 8 pour la pilule alors qu'elle reste pratiquement identique pour les DIU (48).

De plus le taux d'abandons de la méthode après un an d'utilisation est de 15% pour les DIU contre 30% pour les pilules. Ces arguments font que le stérilet devient une méthode contraceptive de plus en plus demandée.

Hormis les effets indésirables des hormones que l'on peut retrouver dans les DIU hormonaux, la pose est un acte technique qui demande une expérimentation du praticien car la perforation utérine reste, même s'il s'agit que de rares cas, une conséquence possible. La formation du praticien reste indispensable.

Une consultation préalable permettra d'expliquer à la patiente le fonctionnement de la méthode, ses risques, la prescription des examens complémentaire (PV) et des antalgiques ainsi le déroulement de la pose.

- Focus sur l'implant :

L'implant contraceptif arrive loin derrière la pilule et le stérilet. Seul 4,3% des femmes utilisent cette méthode de contraception (21). L'Implanon® était la spécialité d'implant disponible jusqu'en 2011, il a ensuite été remplacé par le Nexplanon®. Il s'agit d'un dispositif progestatif, contenant une progestérone : l'étonogestrel à une dose de 68mg, active durant 3 années après la pose. L'indice de Pearl de cette méthode contraceptive est le plus efficace (0,05) (48).

Le Dr Dabonneville Caroline explique dans sa thèse que 64% des médecins généralistes alsaciens interrogés prescrivent des implants. Ce chiffre monte à 74% quand le médecin en question réalise des examens gynécologiques. Les principales raisons à la non-prescription sont le manque de formation, la peur des effets indésirables et la réticence des patientes. Un quart des médecins qui en prescrivent ne les posent pas. Les raisons évoquées sont les mêmes que celles de la non-prescription auxquelles s'y rajoute le manque de temps et de matériel, ainsi que la peur d'une complication. Concernant le retrait 49% des médecins le font. Ceux qui ne le font pas évoquent le manque de formation, de temps et de matériel pour une petite chirurgie ainsi que la peur d'une complication (49).

### Les troubles du cycle

Les troubles du cycle regroupent plusieurs symptômes :

- Espacement des cycles de plus de 6 semaines qu'on appelle : spanioménorrhée, qui peut aller vers un arrêt complet des règles, l'aménorrhée

- Saignements utérins anormaux : les métrorragies lorsqu'il y a des saignements entre les règles et les ménorragies quand il s'agit de règles longues et abondantes
- Douleurs pelviennes intenses, en dehors ou lors des règles : dysménorrhées
- Le syndrome prémenstruel
  
- Focus sur les dysménorrhées :

Les dysménorrhées sont des douleurs rythmées par le cycle menstruel. Elles peuvent s'associer à des sensations de malaise, une fatigue, des nausées, des vomissements, une diarrhée, des douleurs lombaires, ou des céphalées. Ces douleurs peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie des patientes (50). On distingue les dysménorrhées primaires qui apparaissent à l'adolescence, lors des premières règles et les secondaires qui surviennent après la puberté. Il s'agit de loin du motif principal de consultation pour trouble du cycle.

Dans le cas des dysménorrhées primaires, il n'y a, pour la plupart, pas de pathologies sous-jacentes. Diverses études ont cherché à obtenir une prévalence des dysménorrhées primaires mais elles donnent des résultats assez divergents montrant que 17 à 90% des jeunes filles seraient concernées (51). Après un interrogatoire, des thérapeutiques sont mises en place pour avoir une action antalgique, dans un premier temps des antalgiques, antispasmodiques et anti-inflammatoire sont proposés. Si ces derniers n'ont pas assez d'effet, un traitement hormonal peut contribuer à une meilleure qualité de vie sur ces dysménorrhées, que ça soit une pilule oestro-progestative ou la prise de progestérone sur la seconde partie du cycle. D'autres méthodes comme l'application de chaleur sur la zone douloureuse ou le TENS (stimulation nerveuse électrique transcutanée) à haute fréquence ont démontré une efficacité (52).

Les dysménorrhées secondaires constituent le sujet de nombreuses consultations. Les causes sont notamment l'endométriose et l'adénomyose, mais également les fibromes et les léiomyomes, les polypes de l'endomètre, les sténoses cervicales et les malformations du tractus génital.

#### - L'endométriose :

L'endométriose a une définition histologique, elle est caractérisée par la présence de glandes ou de stroma endométrial en dehors de l'utérus. La maladie est multifactorielle, elle associe des facteurs génétiques et environnementaux mais également des facteurs liés aux menstruations. Elle sera prise en charge quand la patiente consultera pour douleur ou infertilité ou encore pour une altération du fonctionnement d'un organe (53).

L'estimation de la prévalence est difficile car les critères d'identification de la pathologie ne sont pas clairement définis. Une étude épidémiologie a été réalisée en France par Santé Public France mais elle ne se base que sur des endométrioses hospitalisées, elle relate que le nombre de nouveaux cas d'endométriose chez les femmes de 10 à 49 ans,

sur la période 2011-2017 s'élevait à 207 462 et le taux d'incidence s'élèverait à 1,29/100 000 personnes-années (54). Les symptômes de l'endométriose varient d'une femme à l'autre, on retrouve des douleurs pelviennes (lors du cycle et en dehors), des douleurs lors des rapports sexuel (dyspareunie), des saignements utérins anormaux, des douleurs à la défécation et/ou à la miction, des troubles du transit (constipation et/ou diarrhée), mais également une dépression, de l'asthénie et une possible stérilité (55).

Il n'y a pas lieu de réaliser un dépistage de l'endométriose. Le diagnostic se fait par un interrogatoire, avec la possibilité d'utiliser un questionnaire dédié à la qualité de vie « Endometriosis Health Profile-30 » (EHP-30) (56) et un examen clinique. Selon l'HAS l'examen de première intention est l'échographie pelvienne. En seconde intention il est possible de réaliser une échographie endovaginale et une IRM pelvienne par des praticiens référents du domaine. Des examens plus poussés comme un colo-scanner pourra être réalisé pour explorer une endométriose recto-sigmoïdienne, ou encore une échographie rénale pour détecter une dilation pyélocalicielle dans le cas d'une endométriose urinaire (53).

Les traitements de l'endométriose s'adapteront aux douleurs de la patiente. Les antalgiques deviennent assez rapidement inefficaces. De plus l'utilisation d'AINS au long court peut créer des problèmes rénaux et gastriques. L'utilisation d'un traitement hormonal semble plus adapté. Il est possible de proposer à la patiente une contraception oestro-progestative ou progestative sous forme de pilule, implant ou DIU. En cas d'échec il existe la possibilité de prendre un agoniste de la GnRH (hormone sécrétée par l'hypothalamus d'où découle la sécrétion des autres hormones responsables du cycle ovarien). Dans ce cas le traitement sera associé à une add-back thérapie par œstrogène (avant le 3ème mois de traitement) afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse et d'améliorer la qualité de vie des patientes (53). En dernier lieu, si les traitements médicamenteux ne fonctionnent pas, une chirurgie peut être proposée aux patientes.

#### - L'adénomyose :

Comme l'endométriose, l'adénomyose se définit de manière histologique par la présence de cellules endométriales ectopiques (glandes et stroma) dans le myomètre, ce qui va engendrer une hypertrophie (augmentation de volume) et une hyperplasie (développement anormal) des cellules musculaires de ce dernier (57). Les symptômes sont notamment des menstruations plus abondantes, plus longues et plus douloureuses ainsi qu'une possible infertilité. Mais comme l'endométriose, elle peut être asymptomatique. Le diagnostic se réalise avec l'aide de l'échographie pelvienne et/ou endovaginale. Souvent une endométriose est également recherchée. Les traitements rejoignent ceux de l'endométriose.

- Focus sur l'aménorrhée

La première cause d'aménorrhée est la grossesse qu'il est important de vérifier avant toutes recherches complémentaires. L'aménorrhée est dite primaire pour une jeune fille de 16 ans et plus qui n'a jamais eu de règles ou secondaire s'il y a un arrêt des règles de plus de 3 mois chez une femme précédemment réglée. Le premier cas relève de cause endocrinologique et la jeune fille sera adressée à un endocrinologue. Pour le cas d'aménorrhée secondaire une bonne partie des premiers examens peut être réalisée en gynécologie. L'examen clinique et l'interrogatoire permettront d'obtenir des informations notamment sur l'IMC, le régime alimentaire, l'état psychologique, la pratique de sport, la prise de traitement, les antécédents personnels gynécologiques et obstétricaux en complément des antécédents médicaux et les signes d'hyperandrogénie (acné, hirsutisme, hyperménorrhée). Par la suite des dosages hormonaux seront réalisés ainsi qu'une échographie gynécologique. L'une des principales causes qui amènent les patientes à consulter, et qui inonde les réseaux sociaux, est le Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK). D'après le site de l'OMS le SOPK touche entre 6 et 13% des femmes en âge de procréer et 70% des femmes ne seraient pas diagnostiquées (58). Il s'agit d'une des principales causes d'infertilité. Hormis la répercussion gynécologique, le SOPK intervient également dans l'augmentation du syndrome métabolique et devient donc un facteur de risque cardiovasculaire. De plus, au vu des répercussions physiques, la patiente peut également être touchée au niveau de son bien-être psychique et émotionnel. Il n'existe pas de traitement curatif de la maladie mais il existe des traitements pour augmenter la qualité de vie.

- Focus sur les saignements utérins anormaux (SUA) chez une femme en âge de procréer

La Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO) définie en 2005 les saignements utérins anormaux comme étant une variation des saignements menstruels (59) tant au niveau de la régularité, que de la fréquence du cycle menstruel, mais également de la durée des menstruations ou de la quantité de sang évacuée. Les SUA sont dits chroniques quand ils sont présents plus de 3 mois, et aigus quand le seul épisode de saignement utérin demande une prise en charge immédiate. Les SUA sont une pathologie fréquente qui touche entre 20 et 30% de femmes (60) et sont donc des motifs fréquents de consultation en médecine générale ou gynécologie. Les SAU aigus nécessitant une prise en charge hospitalière immédiate ne seront pas détaillés.

	<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>
<b>Fréquence</b> (59)	Entre 24 et 38 jours	Moins de 24 jours et plus de 38 jours
<b>Durée</b>	Entre 2 et 7 jours	> 7 jours = ménorragies
<b>Volume</b> (61)	< 80mL	> 80mL = hyperménorrhées

Les causes sont multiples. Il peut y avoir des motifs structurels comme les polypes l'adénomyose, les léiomyomes ou encore une tumeur voire un cancer ou des états précancéreux. Et il y a également des causes non structurelles comme les coagulopathies (défaillance du système de coagulation sanguine), les troubles ovulatoires, les troubles primaires de l'endomètre ou encore des causes iatrogènes ou non expliquées (59).

En premier lieu il convient de s'assurer que les saignements ne sont pas liés à une grossesse et qu'ils proviennent bien du canal cervical et non du vagin ou de la vulve. Un bilan biologique sera pertinent afin de voir si les saignements n'ont pas causé une anémie par carence maritale. L'interrogatoire est indispensable pour aiguiller les examens complémentaires comme un bilan de coagulation ou hormonal. L'examen clinique permet de constater le saignement et de voir s'il n'est pas dû à un polype ou une autre lésion du col. L'échographie permettra d'analyser toutes les structures notamment l'utérus. Des examens plus poussés peuvent être amenés à être réalisés comme une hystéroskopie ou une IRM pelvienne.

Concernant les traitements, les SAU liés aux troubles de l'endomètre ou aux troubles ovulatoires seront pour la plupart traités via des contraceptifs hormonaux ou du DANAZOL en seconde intention pour les troubles ovulatoires. Les léiomyomes seront, dans un premier temps, traités par des agonistes de la GnRH et l'acétate d'ulipristal afin de réduire leur taille avant une intervention chirurgicale. (62) Il existe aussi des traitements non hormonaux pouvant agir sur les saignements comme le AINS et les anti-fibrinolytiques comme l'acide tranexamique.

- Focus sur le Syndrome prémenstruel (SPM)

Le SPM est défini par une série de symptômes physiques et/ou psychiques quelques jours avant les menstruations et durant les premiers jours. Ces symptômes impactent la qualité de vie de la femme. Il existe une forme plus grave, le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) qui a une répercussion psychologique importante et une altération importante de la qualité de vie.

D'après l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 20 à 40% des femmes en âge de procréer présenteraient un SPM. Cependant, d'autres études épidémiologiques augmentent cette prévalence à 80 voire 90%. L'incidence du TDPM se situerait autour de 3 à 8% des femmes (63). L'étiologie et la physiopathologie de ces syndromes ne sont pas clairement établies, des hypothèses sont émises mais il s'agit d'une approche multifactorielle qui intègre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (61). Les critères diagnostic du TDPM ont été ajoutés au DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition), manuel couramment utilisé dans les pathologies psychiatriques (64).

Le SPM regroupe des symptômes physiques comme une sensibilité de la poitrine, un gonflement ou ballonnement abdominal, des migraines, des problèmes de peau, une prise de poids, des gonflements des extrémités (mains et/ou pieds), des douleurs articulaires et/ou musculaires, des dorsalgies ; mais également des symptômes psychiques comme des sautes d'humeur, une irritabilité, une anxiété, une humeur dépressive, des confusions, des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, suralimentation, une asthénie, un manque de concentration, un isolement social et un manque d'intérêt pour les activités habituelles (65). Concernant le TDPM il y a d'avantage les symptômes psychiques.

D'après l'ACOG, le SPM est confirmé si la femme présente les symptômes dans les 5 jours précédant les règles et qu'ils se terminent dans les 4 jours suivant le début de ces dernières et cela pendant au moins 3 cycles menstruels consécutifs. Il faut aussi que ces symptômes interfèrent avec certaines activités quotidiennes (66). Différents questionnaires peuvent également aiguiller le diagnostic du clinicien comme par exemple l'échelle « Premenstrual Symptoms Screening Tool » (PSST) qui reprend les critères sur DMS-5 (67).

Concernant les traitements de SPM il s'agira de travailler sur les différentes approches, en commençant par des règles hygiéno-diététiques et la pratique d'une activité sportive. La prise en charge psychologique par une thérapie cognitovo-comportementale a également montré de bons résultats (68). Des traitements médicamenteux sont également envisageables si les conseils hygiéno-diététiques ne sont pas suffisants. La supplémentation par vitamine D (69) ou calcium (70) ou B6 (71) a montré une action positive sur le SPM. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont également intéressants et améliorent la qualité de vie des patientes (72). Il est également possible de mettre en place une hormonothérapie dans le but de bloquer l'ovulation et donc de supprimer la phase lutéale responsable du SPM. Dans ce cas des traitements à base d'œstrogènes seuls, ou oestroprogestatif ou encore les agonistes de la GnRH peuvent être proposés (73). En dernier recours si le SPM est très handicapant et qu'aucune thérapie ne fonctionne, la chirurgie est possible et elle consiste en une hysterectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale, soit une ablation de tout l'appareil génital féminin. Dans ce cas, l'action étant irréversible, une réflexion importante avec la patiente sera indispensable (74).

### La fertilité

L'INSEE rapporte qu'en 2019, 753 000 bébés sont nés en France, soit 6000 naissances de moins qu'en 2018 (- 0,7 %). Le nombre de naissances baisse chaque année depuis cinq ans, mais à un rythme qui ralentit au fil des années. Il reste plus élevé que le point bas de 1994 (711 000). Le nombre de naissances dépend à la fois du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité. Le nombre de femmes en âge de procréer diminue

depuis le milieu des années 1990. Leur fécondité diminue aussi et reste, en 2019, le principal facteur expliquant la diminution du nombre de naissances. En 2019, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) s'établit à 1,87 enfant par femme, stable depuis 2018 après 4 années de baisse (2,0 enfants par femme entre 2006 et 2014). L'âge moyen à la maternité se situe à 30,7 ans en 2019, contre 29,3 ans en 1999 et 26,5 ans en 1977 (75). A noter que la baisse de la fécondité observée depuis 2015 n'est pas centrée sur un groupe de niveau de vie en particulier et elle touche aussi bien les femmes qui n'avaient pas encore d'enfant que celles qui en avaient déjà (76).

Chez la femme les principales causes de l'infertilité sont :

- Le SOPK, 10 % des femmes en sont touchées et il s'agit de la première cause d'infertilité en France (77). Je ne reviendrai pas sur ce syndrome qui a été succinctement développé plus haut
- L'insuffisance ovarienne : la femme naît avec un stock d'ovocytes qui va s'épuiser jusqu'à la ménopause et ce plus ou moins rapidement. L'insuffisance ovarienne est la première cause d'infertilité après 35 ans. Elle peut être prématurée, dans ce cas elle se définit par une perte folliculaire anormalement importante associée à l'absence de cycle menstruel, avec une ménopause précoce survenant avant l'âge de 40 ans. 2 à 4% des femmes en âge de procréer sont touchées (75)
- La sténose tubaire bilatérale : elle est due à la réduction de la perméabilité des trompes de Fallope, dans ce cas le passage des spermatozoïdes vers l'ovule est bloqué. Il s'agit de la principale conséquence des infections génitales notamment à la Chlamydia trachomatis
- Les anomalies utérines : absence ou malformation de l'utérus, présence de fibromes ou de polypes
- L'endométriose : Le lien entre endométriose et infertilité fait l'objet de travaux de recherche, mais plusieurs hypothèses sont d'ores et déjà formulées. La présence d'amas de tissus endométriaux, et notamment celle de kystes ovariens ou de lésions sur les trompes de Fallope, peut créer une barrière mécanique à la fécondation. Des études récentes montrent par ailleurs que l'endomètre des patientes présente des profils hormonaux et d'expression des gènes anormaux. Il se pourrait donc que l'utérus des patientes présente des caractéristiques défavorables à l'implantation d'un embryon. L'infertilité pourrait également être liée à une altération du capital ovocytaire (nombre d'ovocytes présents dans les ovaires) ou encore à l'inflammation intrapéritonéale et à sa toxicité sur les gamètes. 30 à 40% des femmes présentant une endométriose souffrent d'infertilité (78)

Chez l'homme l'infertilité est dans la majorité des cas due à insuffisance testiculaire avec des anomalies de quantité et de qualité des spermatozoïdes. En seconde cause masculine on retrouve les dysfonctions érectiles.

Et 25% des cas d'infertilité restent inexplicables (25).

### La grossesse

Le suivi d'une grossesse se base sur un calcul de semaines d'aménorrhées (SA).

Le suivi de la grossesse se déroule sur 9 consultations spécifiques (27):

- Consultation pré-conceptionnelle
- 1<sup>ère</sup> consultation avant 10 SA
- 2<sup>ème</sup> consultation avant 15 SA
- 3<sup>ème</sup> consultation au 4<sup>ème</sup> mois
- 4<sup>ème</sup> consultation au 5<sup>ème</sup> mois
- 5<sup>ème</sup> consultation au 6<sup>ème</sup> mois
- 6<sup>ème</sup> consultation au 7<sup>ème</sup> mois
- 7<sup>ème</sup> consultation au 8<sup>ème</sup> mois
- 8<sup>ème</sup> consultation au 9<sup>ème</sup> mois

Les détails des consultations est disponible dans le tableau de l'HAS, à la fin du paragraphe.

Les 3 échographies ne sont pas obligatoires mais doivent être proposées aux patientes :

- La première échographie entre 11 et 13 SA + 6 permettra de mesurer la clarté nucale, elle est combinée à la recherche de marqueurs spécifiques sanguins (PAPP-A (human chorionic gonadotrophin) et β-hCG (human chorionic gonadotrophin) libre) et à l'âge de la mère, dans le but de réaliser le dépistage combiné du 1er trimestre des anomalies chromosomiques fœtales
- La seconde échographie entre 20 et 25 SA : l'échographie morphologique
- La troisième échographie entre 30 et 35 SA : l'échographie obstétricale

Les situations à risques qui doivent faire débuter ou poursuivre le suivi de grossesses uniquement par un gynécologue sont les suivantes (27) :

- des facteurs de risque généraux (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux)
- des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales)
- des antécédents personnels liés à une grossesse précédente (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance)
- une exposition à des toxiques (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes)
- des facteurs de risque médicaux (notamment diabète gestационnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)

- des maladies infectieuses (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis)
  - des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité fœto-maternelle).
- Focus sur la consultation pré-conceptionnelle :

Il y a quelques années cette consultation était obligatoire pour les couples souhaitant réaliser un mariage civil et était plus connue sous le nom d'examen prénuptial qui, à l'issue de la consultation, délivrait un certificat prénuptial. La loi n°2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit des particuliers (79) a supprimé l'obligation de ce certificat. Cette consultation reste importante en termes de dépistage et d'éducation avant la planification d'une grossesse. Elle n'est plus obligatoire mais conseillée.

Cette consultation permettra au médecin et à la patiente de faire le point sur différents domaines pouvant impacter la grossesse (80) :

- Recueil des facteurs de risques pouvant avoir un impact sur la fertilité ou sur la survenue de complications obstétricales et gynécologiques
- Réalisation du frottis cervico-utérin selon les recommandations
- Mise à jour des vaccinations, si nécessaire, notamment concernant la rubéole et la varicelle (tout en tenant compte qu'il s'agit de vaccin à virus vivant qu'il n'est pas possible d'administrer en cours de grossesse et pour lequel un temps de latence est obligatoire entre la vaccination et la grossesse). Le vaccin coqueluche est maintenant proposé à la femme lorsqu'elle est enceinte afin de pouvoir partager les anticorps avec le fœtus. On s'assurera que le futur père est bien vacciné conformément aux recommandations
- Règles hygiéno-diététiques pour une future mère en cas de surpoids ou d'obésité
- Arrêt des toxiques
- Prescription d'une supplémentation vitaminique par acide folique (0,4mg par jour) pour la prévention des anomalies de la fermeture du tube neural jusqu'à 8 SA
- S'assurer de l'absence de contre-indication à une grossesse (diabète préexistant non équilibré, traitement tératogène en cours, ...)
- Prescription des sérologies : groupe sanguin, toxoplasmose, rubéole, VIH, recherche d'agglutinines irrégulières
- Orientation si besoin vers une consultation pré-conceptionnelle spécialisée. En cas d'antécédents spécifiques (maladies chroniques, infertilité, antécédent de grossesse pathologique,)

Cette consultation a un rôle principalement de prévention et peut être réalisée par le médecin traitant si la patiente le souhaite.

- Focus sur les consultations de suivi de grossesse :

Elles ne seront pas détaillées dans cette thèse, le détail se trouve en ANNEXE 2. Un des points clé dans le suivi de grossesse et la mesure du rythme cardiaque fœtal qui doit être réalisé à chaque consultation de manière obligatoire. L'échographie est à proposer aux patientes et peuvent être prescrites.

La DRESS publie en 2016 une étude intitulée « Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse » (81). Cette étude a visé à interroger un panel de MG nationaux et de trois panels de MG régionaux (Pays de la Loire, Provence – Alpes – Côte d'Azur [PACA] – et Poitou-Charentes) entre 2013 et 2015. Il en ressort que 87 % des MG indiquent avoir vu en consultation au moins une fois par trimestre une patiente pour confirmation d'une grossesse au cours de l'année, 10% des MG ont effectué au moins un diagnostic de grossesse par semaine, 30 % des MG indiquent avoir vu au moins une fois par mois des patientes pour des déclarations de grossesses et 84 % des MG considèrent que la prise en charge du suivi de grossesse fait bien partie des missions du médecin généraliste, mais seuls 57 % ont reçu au moins une fois par trimestre une patiente dans ce cadre au cours de l'année. Les MG qui ont vu, pas ou peu de patientes dans le cadre de suivis de grossesses, expliquent que les femmes enceintes viennent rarement les consulter pour commencer leur suivi avec eux et quand c'est le cas ils les orientent vers d'autres professionnels. L'étude a également montré que la formation en gynécologie-obstétrique jouait un rôle important dans l'implication du MG dans les suivis de grossesse. Effectivement un praticien qui a réalisé une formation complémentaire après son internat de médecine générale réalise plus de suivis de grossesse que ses pairs qui n'ont pas approfondi leur formation initiale. L'étude parle également de l'entretien prénatal précoce, une consultation qui s'insère dans le cadre plus global des mesures dites « de préparation à la naissance et à la parentalité » prévues par le Plan périnatalité 2005-2007 mais qui ne fait pas partie des 9 consultations de suivi. Il s'agit d'une rencontre avec un professionnel de la périnatalité formé, sans examen médical. Il a pour objectif de recueillir les demandes et craintes des femmes enceintes au sujet du déroulement de la grossesse et de l'accouchement et de mettre en place, selon la demande, un projet de naissance (82). 30 % des généralistes qui effectuent le suivi des grossesses déclarent connaître ce type d'entretien. Mais la réalisation d'un entretien sous ce format semble assez peu compatible avec la pratique quotidienne des généralistes. En effet, parmi les praticiens qui connaissent l'entretien prénatal précoce, 50% indiquent qu'ils orienteraient la femme enceinte dont ils effectuent le suivi vers un autre professionnel pour sa réalisation et 12 % ne le proposeraient pas ; 37 % déclarent qu'ils effectueraient l'entretien, mais précisent, plus d'une fois sur deux, que l'échange prendrait alors une forme différente de celle recommandée. Le contenu de l'entretien serait vraisemblablement abordé sur plusieurs visites et non pendant une seule consultation dédiée de 45 minutes (81). Une étude de 2012 (83) confirme que cet

entretien est encore assez peu inscrit dans la pratique des professionnels de santé, médecins généralistes ou autres.

Antoine DARREYE explique dans sa thèse de 2016 (84) que les freins au suivi de grossesse par le MG évoqués par les patientes étaient leur non-connaissance que le suivi de grossesse peut être réalisé par un MG, et l'image perçue des gynécologues obstétriciens et des sage-femmes, comme plus rassurants et plus spécialisés. De plus parmi les facteurs favorisant le suivi par le médecin généraliste, les plus déterminants semblent être la proposition explicite par le médecin généraliste, et le suivi gynécologique préalable à la grossesse.

### **Les différentes consultations du suivi de grossesse selon les recommandations de l'HAS (27)**

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 <sup>re</sup> consultation avant 10 SA	2 <sup>re</sup> consultation avant 15 SA
<b>Examens cliniques et biologiques</b>	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 <sup>e</sup> mois ; si possible bruits du cœur foetal
	Sérologies prescrites	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> <li>• groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)</li> <li>• toxoplasmose et rubéole</li> <li>• recherche d'agglutinines irrégulières</li> </ul>	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> <li>• toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent</li> <li>• rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)</li> <li>• glycosurie et protéinurie</li> </ul>
	Sérologie proposée	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH</li> <li>• dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1<sup>re</sup> échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre)</li> </ul>	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 <sup>d</sup> trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 <sup>er</sup> trimestre
	VIH (population à risque)	Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen cytobactériologique des urines (ECBU)</li> <li>• dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque</li> </ul>	
<b>Information et prévention</b>	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour		
	Informer sur le suivi de la grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Consultation (Cs)	3 <sup>e</sup> Cs	4 <sup>e</sup> Cs	5 <sup>e</sup> Cs	6 <sup>e</sup> Cs	7 <sup>e</sup> Cs
Mois de gestation	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois
<b>Examen clinique</b> Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements foetaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	x	x	x	x	x
<b>Évaluation de la présentation fœtale</b>	-	-	-	-	x
<b>Consultation de pré-anesthésie</b>	-	-	-	-	x
<b>Sérologies à prescrire obligatoirement (1)</b>					
● Glycosurie et protéinurie	x	x	x	x	x
● 2 <sup>e</sup> détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	x
● RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	x	-	x
● Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	x	x	x	x	x
● Hémogramme	-	-	x	-	-
<b>Examens à proposer systématiquement</b>					
● 2 <sup>e</sup> échographie (entre 20 et 25 SA)	x	-	-	-	-
● 3 <sup>e</sup> échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	x	-
● Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	x
● Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	x	x	x	x	x
<b>Examens à proposer éventuellement</b>					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	x	x	x	x	x

### La ménopause

Dans le THM les œstrogènes sont obligatoirement combinés à une prescription de progestérone car les œstrogènes seules provoqueraient une hypertrophie de l'endomètre ce qui majorerait le risque de cancer de l'endomètre.

L'œstrogène utilisé dans les traitements actuels est le 17 $\beta$ estrogène. Il peut être administré per os, en gel ou en patch, sachant que ces deux dernières galéniques sont privilégiées car elle court circuite le passage hépatique que devrait prendre la forme per os. Cela évite les perturbations hépatiques dont l'augmentation des facteurs de coagulation et donc les accidents thromboemboliques. La progestérone, elle, est administrée per os ou par voie vaginale car elle n'aurait pas d'action systémique en

administration locale. Les molécules progestatives utilisées sont la progestérone naturelle et son isomère le dydrogestérone.

La prescription du THM a été controversée à cause de son implication dans l'augmentation du risque de cancer du sein chez des patientes qui suivaient ce traitement. L'étude anglaise MWS publiée dans le magazine Lancet, en avril 2005, portant essentiellement sur l'augmentation du risque de cancer de l'utérus chez des femmes recevant certains types de traitements hormonaux substitutifs, a montré un risque de cancer utérin augmenté quand l'œstrogène était prise sans progestérone et un risque de cancer du sein augmenté avec certains THM (85). Je ne détaillerai pas cette partie mais l'HAS maintient que le service médical rendu (SMR) des traitements hormonaux des symptômes de la ménopause (THM) est important lorsqu'ils sont gênants au point d'altérer la qualité de vie des femmes. La HAS rappelle que les risques connus de ces traitements se confirment et recommande un traitement aux doses les plus ajustées et le plus court possible, réévalué au moins chaque année (86). Le THM a des bénéfices sur le risque cardiovasculaire et sur l'ostéoporose quand il est commencé tôt après le début de la ménopause. La prescription du THM doit s'assurer des non contre-indications et demande une évaluation et surveillance régulière de la patiente.

Il existe des alternatives au THM. Un autre traitement hormonal : la TIBOLONE, un norstéroïde avec une activité estrogénique, progestative et androgénique qui possède les mêmes contre-indications que les œstrogènes dues à son effet thromboembolique. L'étude MWS montre une augmentation du cancer de l'endomètre avec l'utilisation de cette molécule. Le traitement est prescrit sur ordonnance mais ne donne pas lieu à un remboursement. Il existe aussi des traitements non hormonaux : différents compléments alimentaires, l'hypnose ou encore le yoga.

### Les infections génitales et pathologies vulvo-vaginales

- Focus sur les infections génitales bases (IGB)

Les vulvo-vaginites sont l'un des principaux motifs de consultations gynécologiques. La symptomatologie qui amène la patiente à consulter sont des leucorrhées (sécrétion endocervicale = glaire cervicale) inhabituelles tant en texture qu'en odeur, un prurit, un érythème, des dyspareunies, une pesanteur pelvienne et/ou une douleur.

Le vagin est colonisé par une flore bactérienne dominante, appelée flore de Döderlein, nom du gynécologue-obstétricien Albert Döderlein qui a découvert cette flore en 1892, elle est composée essentiellement de lactobacilles. A côté de cette flore on retrouve une flore minoritaire composée d'entérobactéries comme *E. coli*, *Klebsiella sp*, *Proteus sp* ; de bactéries anaérobiques comme *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma sp* ; de *Streptococcus agalactiae* et *Streptococcus* non groupable ainsi que de *Staphylococcus sp* et des *Candida albicans* (levures). Plus

exceptionnellement on peut y voir des *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*. Ces germes de la flore intermédiaire peuvent devenir pathogènes. A noter qu'on parle de moins en moins de flore mais plus de microbiote.

Cette flore est une protection pour le vagin et donc toute perturbation va favoriser une dysbiose qui est un déséquilibre du microbiote. Une seconde protection est assurée par le pH du vagin qui est acide (entre 3,8 et 4,5). Cette acidité est due à la transformation du glycogène en acide lactique du fait de l'action de la flore de Döderlein et de l'imprégnation en œstrogène (80). Cette flore bactérienne évolue en fonction de la vie de la femme, notamment en fonction des hormones.

Dans les IGB on distingue les germes responsables d'IST et ceux qui ne le sont pas.

Les germes classés en tant qu'IST ont été détaillés dans le chapitre sur la prévention, il s'agit pour rappel de Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae et Trichomonas vaginalis. Les deux premiers germes sont responsables de cervicite dont le risque est de provoquer une infection génital haute, qui devient une urgence médicale.

Concernant les germes qui ne se transmettent pas sexuellement on retrouve notamment la levure *Candida albicans* et la bactérie *Gardnerella vaginalis*. Trois quart des femmes présenteront une mycose vaginale à *Candida* avant la ménopause (87). Il apparaît que les femmes âgées de 20 à 40 ans sont plus touchées, avec 5% de récidives à répétition, et que la prévalence baisse drastiquement lors de la ménopause (88). La prévalence de la vaginose est estimée entre 23 et 29% selon l'OMS (89). Elle touche plus la femme ménopausée et moins la femme enceinte.

L'interrogatoire de la patiente concernant les leucorrhées et les symptômes associés aide fortement au diagnostic. L'examen clinique va permettre de qualifier visuellement les leucorrhées. Si nécessaire un prélèvement vaginal peut être réalisé. Ce prélèvement peut également se faire par auto-prélèvement au laboratoire sur ordonnance. Il existe également des tests vendus en pharmacie qui jouent plus un rôle indicateur sur le pH qui orientent vers une mycose ou une vaginose (HydralinTest® et Biosynex –infections vaginales®).

Les causes de ces dysbioses sont multiples :

- Les variations hormonales durant le cycle, la grossesse ou encore la ménopause qui va faire varier le pH du vagin : par exemple dans les phases plus riches en œstrogènes (phase folliculaire du cycle J1-J14, grossesse) le pH vaginal est plus acide ce qui augmente le pouvoir pathogène des *Candida* et donc leur prolifération
- L'excès (plus de 2 lavages par jour, douche vaginale, produits inadaptés) ou le défaut d'hygiène
- Les rapports sexuels : le sperme est alcalin avec un pH à 9, microlésions lors de la pénétration, germes sur le prépuce de l'homme

- Le stress (90)
- Certains médicaments comme les antibiotiques favorise les mycoses

Les conséquences en dehors du désagrément de la femme peuvent être plus importantes. Des études ont montré (89) qu'une femme présentant une flore déséquilibrée est plus sujette à l'infection au VIH, aux IST, au Virus de l'herpès génital (HSV) et à l'HPV.

Il existe d'autres pathologies au niveau de la vulve et du vagin qui amènent les femmes à consulter comme l'herpès virus génital (HSV 2 et de plus en plus d'HSV1) ou des infections cutanées comme des abcès ou folliculites bactériennes et des condylomes, les HPV faiblement oncogènes étant responsable de ces derniers.

Le traitement des IGB est basé sur des antifongiques pour les mycoses, des antibiotiques pour les vaginoses et d'antiviraux pour les HSV. Des probiotiques par voix orales ou bien des prébiotiques par voix vaginale peuvent être prescrit pour rétablir au mieux la flore. Des règles d'hygiène accompagnent la prise en charge.

- Focus sur les infections génitales hautes (IGH)

Les IGH regroupent les infections de l'endomètre (endométrites), des trompes (salpingites), mais également les abcès tubo-ovariens et les pelvipéritonites d'origine génitales. Les endocervicités isolées n'en font pas partie. Elles sont la conséquence d'une IST ou sont liées à une infection du post-partum. Elles sont fréquentes, plus de 250 cas pour 100 000 femmes dans les pays occidentaux. Les femmes atteintes d'une salpingite sont pour la plupart jeunes (la moitié à moins de 25 ans). À la suite de cette infection 20% d'entre elles resteront stériles. D'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une mise sous traitement rapide. (61). *Chlamydia trichomatis* est responsable des IGH dans 30 à 60% des cas, s'en suit dans 5 à 20% des cas le Gonocoque. Dans une moindre mesure *Mycoplasma genitalium* et d'autres bactéries peuvent également provoquer une IGH.

Les principaux facteurs de risques sont (61):

- Les rapports sexuels non protégés et la multiplicité des partenaires
- La nulliparité : 50-75% des IGH sont retrouvées chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfant
- Les antécédents d'IST
- Les menstruations : le sang constitue un milieu de culture favorisant les infections
- Le port d'un DIU qui multiplierait le risque par 9

Dans le cas d'IGH la douleur est généralement forte, accompagnée de fièvre et d'une altération de l'état général. Le prélèvement vaginal sera réalisé mais également une biologie à la recherche d'un syndrome infectieux sans oublier la recherche d'une

grossesse, ainsi qu'un examen clinique et qu'une échographie pelvienne si possible. La patiente est mise sous antibiotique dès la suspicion. La guérison peut être facile, mais l'évolution peut être plus compliquée et mener à une hospitalisation, notamment quand le diagnostic n'est pas établi avec certitude.

### Les perceptives d'actes en plus

- Focus sur les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) :

À la suite de la loi Veil du 17 janvier 1975 (91), l'IVG est perçue comme un droit pour une femme qui ne désire pas poursuivre sa grossesse. Au départ elle était possible jusqu'à 12 SA. En constante évolution, la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 (92), permet maintenant la réalisation des IVG jusqu'à 16 SA. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (93) permet de réaliser les IVG médicamenteuses hors établissement de santé et depuis février 2022, jusqu'à 9SA chez un médecin, gynécologue ou sage-femme à condition d'avoir une convention avec un centre de santé. Autre innovation dans le but de faciliter l'accès au soin, la télémédecine, autorisée lors de la pandémie du Covid-19, garde sa place dans le cadre des IVG.

Une IVG qui se réalise en 4 temps :

- Temps préalable à l'IVG : 1 ou 2 consultations si la patiente souhaite un délai de réflexion (obligatoire pour les mineurs)
- Délivrance ou prescription des médicaments
- Prise de médicaments (non obligatoirement devant le praticien)
- Consultation de suivi entre le 14ème et le 21ème jour suivant la prise du premier traitement

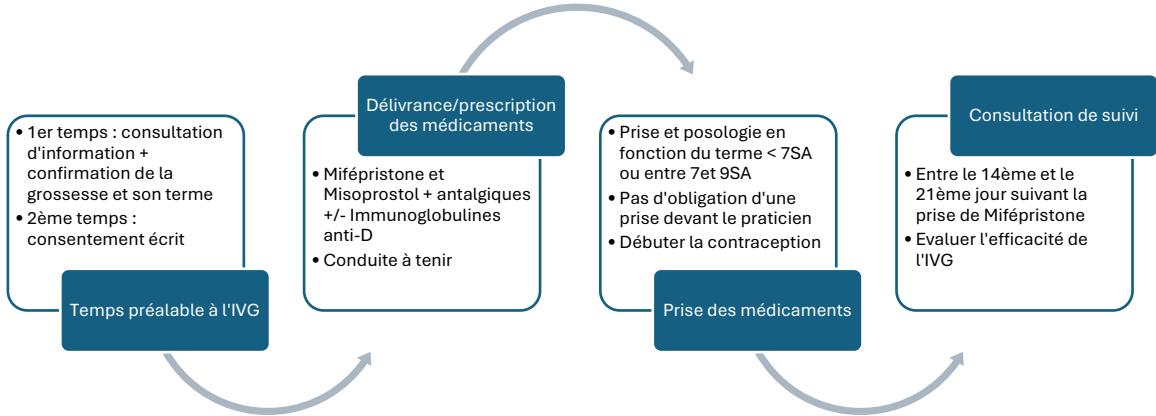
Depuis la loi du 02 mars 2022 il n'existe plus de délais de réflexion entre le 1er temps et le 2ème temps, ces deux temps peuvent donc se faire au sein de la même consultation. En revanche pour les mineurs l'entretien psychosocial est obligatoire et de ce fait les deux seront donc réalisés en deux consultations.

Le médecin se procure les 2 médicaments et les dispense à la patiente ou bien, dans le cas d'une téléconsultation, il lui remet une ordonnance. Les médicaments peuvent être pris devant le médecin mais la patiente peut également les prendre chez elle.

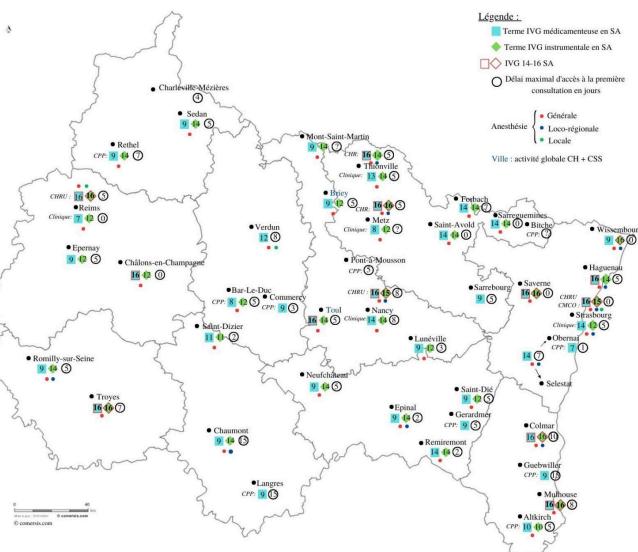
Au niveau des cotations pour la réalisation de l'acte d'IVG en ville, il existe 3 cotations :

- Si le médecin dispense le traitement : 210,57€ pour les IVG < 7SA et 223,53€ pour les IVG 7-9SA (prix des médicaments plus importants après 7SA)
- Si le médecin ne dispense pas le traitement : 127€ pour les IVG (94)

## Déroulement de l'IVG



## Répartition des établissements de santé et CPP proposant la réalisation des IVG dans le Grand Est en 2023 (29)



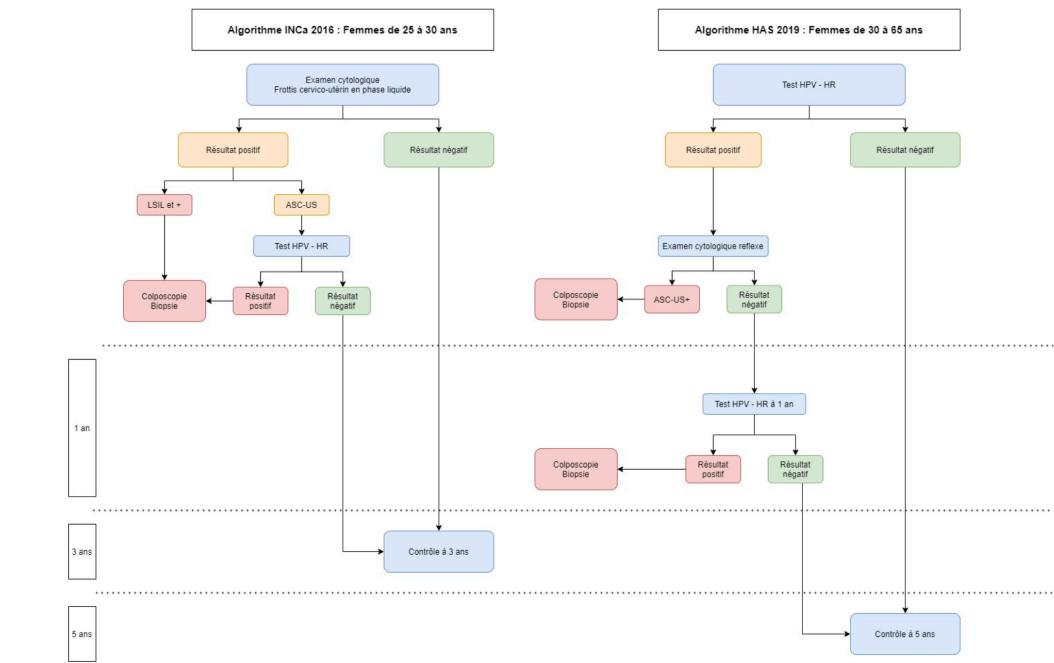
- Focus sur la colposcopie :

La colposcopie permet de voir plus nettement des lésions du col qui sont invisibles à l'œil nu. Elle se réalise avec un microscope binoculaire, appelé colposcope. Lors de l'examen le praticien pratique une coloration de la muqueuse cervicale qui va permettre d'observer et d'identifier des lésions qui pourraient être pré-cancéreuses. La coloration se fait en 2 temps : tout d'abord avec une solution d'acide acétique qui permet de faire « blanchir » les zones suspectes, puis l'application de Lugol (à base d'iode) qui permet de visualiser

les limites de ces zones. En fonction des résultats de la coloration, une biopsie peut être pratiquée.

Algorithme d'interprétation d'un frottis positif :

Source : <https://www.cypath.fr/depistage-du-cancer-du-col-de-luterus/>



## 2. ANNEXE 2 : Courrier envoyé aux experts pour la présentation de l'étude et l'invitation à participer au premier tour

Bonjour,

Je suis actuellement, et depuis maintenant 2 ans et demi, médecin adjointe au sein d'un cabinet de médecine générale dans un petit village près de Strasbourg qui se nomme Breuschwickersheim, et je prépare ma thèse.

Depuis la fin de mon internat, soit un an, je consacre environ 25% de mes consultations à la gynécologie médicale. Cette spécialité m'a toujours plu et je suis contente de pouvoir la pratiquer. Mais cela m'a amené à me poser la question suivante :

### **Quelle est la place de la gynécologie médicale au sein de la médecine générale ?**

L'accès direct au spécialiste de gynécologie devient de plus en plus compliqué, dans certaines régions encore plus que dans d'autres. Certains actes peuvent être réalisés par le médecin généraliste s'il est formé et impliqué dans cette spécialité. Mais jusqu'où peut-il aller ? J'ai voulu avoir votre avis à vous, médecins spécialistes en gynécologie, et c'est pour cela que j'ai décidé de faire ma thèse sur ce sujet. L'objectif est d'assurer un travail d'équipe entre le médecin généraliste et le gynécologue, afin d'orienter au mieux les adressages, et de pratiquer les actes moins spécialisés en médecine générale.

Pour répondre au mieux à cette question j'ai décidé de réaliser une étude selon la méthode de consensus Delphi. Vous connaissez ? Je vous explique.

Cette méthode a pour principe d'interroger un groupe d'experts (vous !) de manière itérative et interactive sans qu'il n'y ait de communication directe entre les experts. L'idée est de créer des tours de questionnaires où les experts pourront évaluer des propositions à l'aide de l'échelle de Likert cotée de 1 à 9 avec la possibilité d'y ajouter un commentaire (**commentaire obligatoire pour une réponse inférieure à 7**) pour justifier leur évaluation et ainsi de permettre la reformulation des propositions en cas de désaccord.

Je sais à quel point votre temps est précieux. Le premier questionnaire ne vous prendra pas plus de 15 minutes. Par la suite il devrait y avoir un second tour avec moins de questions et grand maximum un troisième qui sera encore moins chronophage.

Le critère d'inclusion pour faire partie du panel d'experts est d'être spécialiste en gynécologie médicale et/ou gynécologie obstétrique dans le Grand Est.

Les questionnaires seront envoyés par mail ou par Doctolib. Les données ne seront en aucun cas partagées.

Dans l'affirmative de votre participation à mon étude je vous invite à copier/coller le lien suivant qui vous donnera accès aux items du premier tour.

Je vous remercie de votre aide plus que nécessaire à la réalisation de cette étude et qui me permettra surtout de m'installer rapidement dans ce petit village.

Lien vers le questionnaire : <https://framaforms.org/la-place-de-la-gynecologie-medicale-en-medecine-generale-premier-tour-1728225348>

Audrey FALDA  
Médecin généraliste

### 3. ANNEXE 3 : Questionnaire premier tour

Démographie :

- 1) Vous êtes :
  - Une femme
  - Un homme
  
- 2) Dans quel département exercez-vous ?
  - Bas Rhin 67
  - Haut Rhin 68
  
- 3) Vous exercez majoritairement :
  - Seul en libéral
  - En groupe en libéral
  - En milieu hospitalier
  
- 4) Votre année de naissance :
  
- 5) Vous exercez depuis :
  - Moins de 5 ans
  - 5 à 10 ans
  - 10 à 20 ans
  - Plus de 20 ans

**Dans cette étude le médecin généraliste en question est un médecin qui pratique régulièrement de la gynécologie. Il est donc intéressé par cette spécialité et il s'est formé à sa pratique. Il réalise des consultations dédiées exclusivement à la gynécologie.**

**Le but de cette étude et d'avoir l'avis des gynécologues sur la place de la gynécologie médicale en médecine générale afin de permettre aux patientes un accès plus rapide aux soins de gynécologie et une orientation plus précise vers le gynécologue spécialiste quand cela s'avère nécessaire.**

**La gynécologie et la médecine générale :**

**PROPOSITION 1 : La gynécologie a sa place au sein d'une consultation de médecine générale**

### **Contraception :**

PROPOSITION 2 : La prescription initiale de méthode de contraception peut se faire chez le médecin généraliste

PROPOSITION 3 : Le médecin généraliste devrait seulement renouveler les prescriptions de contraception

PROPOSITION 4 : La pose et la dépose d'un implant peut se faire chez le médecin généraliste

PROPOSITION 5 : La pose et la dépose d'un DIU peut se faire chez le médecin généraliste

### **Prévention et dépistage :**

PROPOSITION 6 : Une consultation de prévention sexuelle devrait être proposée par le médecin généraliste à ses patientes et patients de moins de 26 ans

PROPOSITION 7 : La réalisation des frottis peut se faire chez le médecin généraliste

PROPOSITION 8 : Le contrôle annuel d'une femme sans comorbidité gynécologique particulière peut se faire chez le médecin généraliste

PROPOSITION 9 : La mammographie peut être prescrite par le médecin généraliste

### **Troubles du cycle**

PROPOSITION 10 : Le médecin généraliste peut gérer la prescription des premiers examens (IRM pelvienne) sur une suspicion d'endométriose et ensuite proposer à la patiente une aide thérapeutique (contraception hormonale, antalgiques, anti-inflammatoire, TENS, kinésithérapie, ...) sans orienter systématiquement au gynécologue spécialiste sauf si chirurgie nécessaire ou échec des traitements de première intention ou trouble de la fertilité

PROPOSITION 11 : Le médecin généraliste peut gérer la prescription des premiers examens (prise de sang et échographie) sur une suspicion de SOPK sans orienter systématiquement au gynécologue spécialiste

PROPOSITION 12 : La prescription d'une échographie endovaginale pour des mètrorragies chez la femme ménopausée peut être faite par le médecin généraliste afin d'orienter vers le gynécologue spécialiste que si l'endomètre présente des anomalies

### **Fertilité :**

PROPOSITION 13 : La réalisation d'un premier bilan de fertilité (prise de sang + échographie endo-vaginale) lorsque le couple est en échec de conception depuis plus d'un an peut se faire chez le médecin généraliste

PROPOSITION 14 : Le spermogramme peut être prescrit par le médecin généraliste dès lors que les premiers examens ont été réalisés par la femme

### **Infections génitales :**

PROPOSITION 15 : Le traitement d'infections génitales telles que les vaginoses, les mycoses ou encore les IST peut se faire chez le médecin généraliste avec la pratique d'un examen gynécologique et d'un prélèvement

### **Grossesse :**

PROPOSITION 16 : Le suivi de grossesse non à risque, avec réalisation des 3 grandes échographies par un gynécologue, peut être réalisé par le médecin généraliste même s'il ne dispose pas d'un échographe

PROPOSITION 17 : La consultation de début de grossesse et la prescription du premier bilan sanguin peuvent être réalisés par le médecin généraliste

PROPOSITION 18 : La consultation du post partum peut être réalisée par le médecin généraliste

### **Ménopause :**

PROPOSITION 19 : Le THS peut être mis en place par le médecin généraliste

### **Autres actes :**

PROPOSITION 20 : La pose d'un pessaire peut se faire chez le médecin généraliste

PROPOSITION 21 : Le début de la prise en charge de fuites urinaires et prolapsus peut se faire par le médecin généraliste

PROPOSITION 22 : La prise en charge de mastodynies, palpation de masses, galactorrées ou toutes autres anomalies des seins peut se faire par le médecin généraliste

**PROPOSITION 23 :** La prise en charge des dyspareunies/vaginisme peut se faire par le médecin généraliste

**PROPOSITION 24 :** La réalisation d'une biopsie de l'endomètre suite à des métrorragies associées à un épaississement de l'endomètre chez une femme ménopausée peut être réalisée par le médecin généraliste

**PROPOSITION 25 :** L'ablation d'un polype du col de petite taille peut être réalisé par le médecin généraliste

#### **Autres généralités :**

**PROPOSITION 26 :** La réalisation d'examens tels que des prises de sang et une échographie avant la consultation chez le gynécologue spécialiste permet d'avoir une prise en charge plus rapide et des adressages plus précis

**PROPOSITION 27 :** Le fait d'adresser la patiente à une sage-femme pour la réalisation d'une échographie endovaginale sur un délai d'environ 2 semaines reste une bonne alternative plutôt que l'adressage direct au gynécologue

#### **Perspective d'acte en plus :**

**PROPOSITION 28:** Il serait intéressant que le médecin généraliste se forme à l'échographie pelvienne (et par conséquent se fournisse l'échographe) afin d'accélérer la prise en charge de certains diagnostiques comme : les kystes annexiels, les méno-métrorragies, le début de grossesse, les troubles du cycle, les contrôles de DIU, le SOPK, les douleurs pelviennes

**PROPOSITION 29:** Il serait intéressant que le médecin généraliste se forme (et par conséquent achète le matériel) à la colposcopie

**PROPOSITION 30 :** Il serait intéressant que le médecin généraliste réalise les IVG médicamenteuses jusqu'à 9 SA en convention avec un établissement de santé

#### 4. ANNEXE 4 : Courrier envoyé aux experts pour l'invitation à participer au second tour

**Objet :** THESE - Second et dernier tour du questionnaire

**La place de la gynécologie médicale au sein de la médecine générale - Validation avec un consensus d'experts du Grand Est par la méthode Delphi**

Bonjour Dr ...,

Tout d'abord je vous remercie de votre implication dans mon travail de thèse. Grâce à votre aide j'ai pu récolter pas mal de réponses et j'ai pu faire une première analyse intéressante des différents retours pour chaque item.

Nous voici au **second et dernier tour !**

Le questionnaire recensait 30 items. Un consensus sans désaccord a permis la validation de 20 items. 3 items n'ont pas eu de consensus. Il reste donc 7 items pour lesquels les experts sont indécis. A l'aide des commentaires ces 7 items ont été reformulés.

Vous trouverez dans le **PDF** joint à ce mail votre **réponse personnelle**, accompagnée de votre commentaire et d'un résumé des commentaires des autres experts. Ceci vous permettra d'émettre un **nouvel avis ou de confirmer votre avis précédent** grâce à la nouvelle formulation de la proposition.

Le **but de l'étude** est de permettre au médecin généraliste formé et intéressé par la gynécologie médicale de proposer une bonne prise en charge à ses patientes tout en travaillant avec au moins un gynécologue référent.

**Voici le lien vers le nouveau questionnaire :**

<https://framaforms.org/la-place-de-la-gynecologie-medicale-en-medecine-generale-second-tour-1737456437>

Cette seconde participation de votre part est déterminante à la clôture de l'étude et je vous remercie du temps précieux que vous m'accorderez.

Une fois l'étude terminée je vous ferez parvenir les résultats en détails.

Dans l'attente de votre retour,

Audrey FALDA - Médecin adjoint Breuschwickersheim (67)

## 5. ANNEXE 5 : Questionnaire second tour avec les reformulations

Reformulation 5R : La pose et la dépose d'un DIU peut se faire chez le médecin généraliste s'il est bien formé et qu'il s'assure d'un contrôle échographique dans les suites et dans le suivi (échographe personnel ou radiologue pour échographie abdomino-pelvienne)

Reformulation 10R : Devant une suspicion d'endométriose le médecin généraliste formé peut prescrire une aide thérapeutique (pilule et/ou antalgiques) dans un premier temps, et adresser à un gynécologue pour faire une échographie et qui jugera ensuite de la pertinence de la prescription d'une IRM pelvienne

Reformulation 11R : Devant une suspicion de SOPK le médecin généraliste peut gérer la prescription du bilan hormonal et adresse ensuite la patiente à un gynécologue pour l'échographie pelvienne qui confirmara ou non le diagnostic

Reformulation 24R : Toutes métrorragies chez une femme ménopausée doivent être adressées directement au gynécologue sauf si le médecin généraliste possède un échographe qui lui permet d'objectiver un épaissement de l'endomètre et qu'il soit formé à la biopsie de l'endomètre, ce qui lui permet de faire les examens avant l'adressage

Reformulation 26R : Dans le cadre d'une pathologie ne relevant pas d'une urgence le médecin généraliste peut initier un bilan biologique, voire réaliser l'échographie endovaginale s'il est formé, et adresser la patiente au gynécologue dans les suites afin d'accélérer la prise en charge

Reformulation 27R : Le fait d'adresser la patiente à une sage-femme échographiste pour la réalisation d'une échographie dans le cas de pathologies non urgentes (contrôle kyste fonctionnel, contrôle pose DIU, comptage folliculaire pour le bilan SOPK, contrôle des fibromes, ...) reste une bonne alternative plutôt que l'adressage direct au gynécologue

Reformulation 28R : Il serait intéressant que le médecin généraliste intéressé par la gynécologie médicale et qui y consacre une bonne partie de ces actes, se forme à l'échographie gynécologique afin d'adresser au mieux au gynécologue si nécessaire

## ANNEXE 6 : Détails du recrutement des experts

NC = Non Connus

## ALSACE

	Bas Rhin (67)		Haut Rhin (68)	
	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers
<b>NOMBRE DE MEDECINS CONTACTES</b>	60	NC	35	NC
<b>NOMBRE DE MEDECINS TOUR 1</b>	18	9	15	3
<b>NOMBRE DE MEDECINS TOUR 2</b>	15	7	9	2
<b>TOTAL DE REPONSES COMPLETES</b>		22		11

## LORRAINE

	Meurthe et Moselle (54)		Meuse (55)	
	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers
<b>NOMBRE DE MEDECINS CONTACTES</b>	28	NC	5	NC
<b>NOMBRE DE MEDECINS TOUR 1</b>	5	1	3	0
<b>NOMBRE DE MEDECINS TOUR 2</b>	2	1	1	0
<b>TOTAL DE REPONSES COMPLETES</b>		3		1

## LORRAINE

	Moselle (57)		Vosges (88)	
	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers
<b>NOMBRE DE MEDECINS CONTACTES</b>	18	NC	9	NC
<b>NOMBRE DE MEDECINS TOUR 1</b>	4	2	0	0
<b>NOMBRE DE MEDECINS TOUR 2</b>	2	2	0	0
<b>TOTAL DE REPONSES COMPLETES</b>		4		0

## CHAMPAGNE-ARDENNE

	Ardenne (08)		Aube (10)	
	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers
<b>NOMBRE DE MEDECINS CONTACTES</b>	2	NC	7	NC
<b>NOMBRE DE MEDECINS TOUR 1</b>	0	0	0	0
<b>NOMBRE DE MEDECINS TOUR 2</b>	0	0	0	0
<b>TOTAL DE REPONSES COMPLETES</b>		0		0

## CHAMPAGNE-ARDENNE

	Marne (51)		Haute-Marne (52)	
	Libéraux	Hospitaliers	Libéraux	Hospitaliers
<b>NOMBRE DE MEDECINS CONTACTES</b>	33	NC	4	NC
<b>NOMBRE DE MEDECINS TOUR 1</b>	4	2	3	0
<b>NOMBRE DE MEDECINS TOUR 2</b>	4	0	2	0
<b>TOTAL DE REPONSES COMPLETES</b>		4		2

## 6. ANNEXE 7 : Détails des médianes en fonction des différents groupes – Tour 1

Proposition 1 Me 8												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
8	8	9	8	8	9	8	8	9	7,5	9	8	8
Proposition 2 Me 9												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
9	8	9	9	9	8,5	9	9	9	9	9	9	8
Proposition 3 Me 2												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
2,5	2	2	2	2	2	2	1	2	3	1	1	3
Proposition 4 Me 8												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
8	8	7	7	8	8	8	8	9	7	8	7,5	8
Proposition 5 Me 6												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7	6	5	6	7	6	7	6	5	5	7	4,5	7
Proposition 6 Me 9												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
8	9	9	8	9	9	8	9	9	8	9	9	9
Proposition 7 Me 9												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
9	9	9	9	9	9	8	9	9	8,5	9	8,5	9
Proposition 8 Me 8												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
9	8	8	9	8	8	8	9	9	8	9	7	8
Proposition 9 Me 9												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Proposition 10 Me 5												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
5	5	5	5	5	5	7	5	4	4,5	7	4	6
Proposition 11 Me 6												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
5,5	6,5	5	7	6	5	5,5	6	5	5	6	6,5	7
Proposition 12 Me 3												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
2	4	3	2	3	3	3,5	2	3	1	5	2	4
Proposition 13 Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7	6,5	6	6	7	5,5	6,5	7	8	5	7	6,5	7

Proposition 14 Me 8												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
8	8	7	7	8	8	8	8	8	7	8	7,5	8
Proposition 15 Me 9												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
9	8,5	8	8	9	9	9	9	9	8	9	8	9
Proposition 16 Me 8												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
8	8	8	8	8	7	8	8	9	8	8	7	7
Proposition 17 Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7	5,5	2	7	7	6,5	5,5	7	8	6	7	4	7
Proposition 18 Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7	7,5	1	6	7	5	7	7	8	5	7	5	8
Proposition 19 Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7	6,5	3	6	7	6	7	7	7	7	7	5	7
Proposition 20 Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7,5	7,5	6	7	8	6,5	7,5	7,5	8	7	7	4,5	7
Proposition 21 Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7	7,5	8	7	7	6,5	7	7	8	7	7	9,5	6
Proposition 22 Me 8												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
8	8	8	7	8	8	8	8	8	8	8	7,5	8
Proposition 23 Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
6	7,5	7	5	7	6,5	7,5	6,5	9	7	7	3	5
Proposition 24 Me 4												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
3	5	2	4	4	4,5	2,5	5	5	3	5	2	5
Proposition 25 Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
6	7	1	7	6	6	7	6,5	7	7	6	4	5
Proposition 26 Me 6												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
5	8	8	7	6	7	7	5,5	7	8	5	6	6

Proposition 27 Me 4												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
5	4,5	8	6	3	2	5,5	5	3	4	3	5	5
Proposition 28 Me 4												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
4,5	2,5	6	3	5	4	3,5	4,5	5	2	5	3	4
Proposition 29 Me 1												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
1	1,5	2	1	1	2	1,5	1	1	2	1	1	2
Proposition 30 Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
6	7	5	6	7	7	5	7	7	5	7	6	7

## 7. ANNEXE 8 : Détails des médianes en fonction des différents groupes – Tour 2

Proposition 5R Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7	8	8	6	7	6	8	6	6	8	8	8	6
Proposition 10R Me 8												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
8	8	9	8	9	9	8	8	8	9	9	8	8
Proposition 11R Me 8												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
8	8	9	7	8	6	8	8	8	8	9	9	7
Proposition 24R Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7	9	8	5	7	8	8	6	8	5	8	6	6
Proposition 26R Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7	9	9	7	7	7	8	7	8	6	8	9	7
Proposition 27R Me 5												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
5	6	6	6	5	5	6	3	5	4	5	5	5
Proposition 28R Me 7												
Régions			Staut		Spécialité			Expérience				
Alsace	Lorraine	Champagne	Hospitaliers	Libéraux	GM	GMO	GO	< 5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	> 30 ans
7	7	8	7	8	9	8	5	8	6	7	8	5



## IX. Bibliographie

1. emi\_cro. GrandEst. 2024 [cité 23 avr 2025]. Santé des femmes : appel à manifestation d'intérêts. Disponible sur: <https://www.grandest.fr/actualites/sante-des-femmes-appel-a-manifestation-dinterets/>
2. Prises de rendez-vous médicaux : délais d'attente moyens de 2 à 52 jours [Internet]. 2018 [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/prises-de-rendez-vous-medicaux-delais-dattente-moyens-de-2-52-jours>
3. Estimations de population - Femmes - Grand Est | Insee [Internet]. [cité 16 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001741181>
4. Dossier complet – Région du Grand Est (44) | Insee [Internet]. [cité 16 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-44>
5. rapp\_CSF\_web.pdf [Internet]. [cité 16 janv 2025]. Disponible sur: [https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp\\_CSF\\_web.pdf](https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf)
6. cnom\_atlas\_demographie\_2024\_-\_tome\_2.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2025]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/3hjpu6/cnom\\_atlas\\_demographie\\_2024\\_-\\_tome\\_2.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/3hjpu6/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_2.pdf)
7. admin\_pm. Profil Médecin. 2022 [cité 16 janv 2025]. Chiffres Clés : Gynécologue médical. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-medical/>
8. admin\_pm. Profil Médecin. 2022 [cité 16 janv 2025]. Chiffres clés : Gynécologue-obstétricien. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>
9. cnomrepartitionmg.pdf [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf)
10. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0100 du 28/04/2017 [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=T6XrBK2fn0xPxalPx4AkZLLD-aNk6l8eZssqmnB-75o=>
11. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0183 du 09/08/2023 [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=GRqEXBtcolqqdSAistw5ZGcJ1urlFSOCiH6EGwgWdnM=>
12. Veinand A. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale: étude quantitative auprès des médecins généralistes de Picardie.

13. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0299 du 24/12/2021 [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=Lc0QsfvxOIMwj1a76lfyOnam6aCtsgM2LdqywZyGE=>
14. CRCDC Grand Est [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Quelques chiffres - Cancer du sein. Disponible sur: <https://depistagecancer-ge.fr/depistage-du-cancer-du-sein/comprendre-cancer-sein/chiffres-cancer-sein/>
15. CRCDC Grand Est [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Quelques chiffres - Cancer du col de l'utérus. Disponible sur: <https://depistagecancer-ge.fr/depistage-du-cancer-du-col-de-luterus/comprendre-cancer-col-uterus/chiffres-cancer-col-uterus/>
16. Cohen MS, Council OD, Chen JS. Sexually transmitted infections and HIV in the era of antiretroviral treatment and prevention: the biologic basis for epidemiologic synergy. *J Int AIDS Soc.* 30 août 2019;22(Suppl Suppl 6):e25355.
17. recommandation\_en\_sante\_publique\_reevaluation\_de\_la\_strategie\_de\_depistage\_des\_infection\_a\_chlamydia\_trachomatis\_vf.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/recommandation\\_en\\_sante\\_publique\\_reevaluation\\_de\\_la\\_strategie\\_de\\_depistage\\_des\\_infection\\_a\\_chlamydia\\_trachomatis\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/recommandation_en_sante_publique_reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infection_a_chlamydia_trachomatis_vf.pdf)
18. synthese\_gonocoque\_vf.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-03/synthese\\_gonocoque\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-03/synthese_gonocoque_vf.pdf)
19. synthese\_evaluation\_a\_priori\_du\_depistage\_de\_la\_syphilis\_en\_france\_2007\_07\_02\_12\_22\_51\_493.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese\\_evaluation\\_a\\_priori\\_du\\_depistage\\_de\\_la\\_syphilis\\_en\\_france\\_2007\\_07\\_02\\_12\\_22\\_51\\_493.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis_en_france_2007_07_02_12_22_51_493.pdf)
20. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0160 du 07/07/2024 [Internet]. [cité 13 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=hemXKOtylrtBN3nYShIWwLLD-aNk6I8eZssqmnb-75o=>
21. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;
22. Ducarme G, Planche L, Leboeuf A. Repérage et prise en charge de l'endométriose en soins primaires par les médecins généralistes. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 sept 2021;49(9):672-6.
23. Selon l'OMS, dans le monde, une personne sur six est touchée par l'infertilité [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>

24. chevalier.n@chu-nice.fr. Item 38 - Infertilité du couple : conduite de la première consultation [Internet]. Société Française d'Endocrinologie. 2022 [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/item-38-infertilite-du-couple-conduite-de-la-premiere-consultation/>
25. Inserm [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Infertilité · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/infertilite/>
26. Rochebrochard É de L. 1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France. Popul Sociétés. 2018;556(6):1-4.
27. HAUTE AUTORITE DE SANTE.
28. Ménopause [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
29. Launois J. PRATIQUES ET OFFRE DE SOINS IVG DANS LE GRAND EST.
30. Ressources pour la formation | ivg.gouv.fr [Internet]. 2022 [cité 27 mars 2025]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ressources-pour-la-formation>
31. Muriel D. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – Mise à jour. 2021;
32. Leroy H. Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est.
33. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? 22.
34. Campbell S, Cantrill J. Consensus methods in prescribing research. J Clin Pharmacy Ther. 2001;26:5-14.
35. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. déc 2008;56(6):415-23.
36. Fitch K, éditeur. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: Rand; 2001. 109 p. (MR / Rand DG-XII/RE).
37. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 28 mars 2025]. Disponible sur: [https://www.exercer.fr/full\\_article/132](https://www.exercer.fr/full_article/132)
38. 2018-CNGOF\_RPC-contraception.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2025]. Disponible sur: [https://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2019/04/2018-CNGOF\\_RPC-contraception.pdf](https://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2019/04/2018-CNGOF_RPC-contraception.pdf)
39. Ho GYF, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural History of Cervicovaginal Papillomavirus Infection in Young Women. N Engl J Med. 12 févr 1998;338(7):423-8.

40. Bretagne CH, Jooste V, Guenat D, Riethmuller D, Bouvier AM, Bedgedjian I, et al. Prevalence and distribution of HPV genotypes and cervical-associated lesions in sexually active young French women following HPV vaccine. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 1 déc 2018;47(10):525-31.
41. Infections à papillomavirus humain (HPV) [Internet]. 2024 [cité 9 févr 2025]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-papillomavirus-humain-HPV>
42. 5-gardasil-cervarix.pdf [Internet]. [cité 9 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.infovac.ch/docs/public/hpv/5-gardasil-cervarix.pdf>
43. VIDAL [Internet]. [cité 9 févr 2025]. GARDASIL et CERVARIX, modification des recommandations de prescription. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/1676-gardasil-et-cervarix-modification-des-recommandations-de-prescription.html>
44. VIDAL [Internet]. [cité 9 févr 2025]. Vaccination contre les papillomavirus : arrêt de commercialisation de GARDASIL fin 2020. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/24380-vaccination-contre-les-papillomavirus-arret-de-commercialisation-de-gardasil-fin-2020.html>
45. VIDAL [Internet]. [cité 9 févr 2025]. Vaccination contre les HPV : CERVARIX reste commercialisé en France. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/30118-vaccination-contre-les-hpv-cervarix-reste-commercialise-en-france.html>
46. HPV: la maladie et le vaccin [Internet]. 2025 [cité 9 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.infovac.ch/fr/les-vaccins/par-maladie/hpv>
47. bullnat\_cancer\_uterus\_periode\_2014-2023.
48. L'efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
49. 2019\_DABONNEVILLE\_Caroline.pdf [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2019/2019\\_DABONNEVILLE\\_Caroline.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_DABONNEVILLE_Caroline.pdf)
50. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* nov 2015;21(6):762-78.
51. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol.* nov 2020;136(5):1047-58.
52. Elboim-Gabyzon M, Kalichman L. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for Primary Dysmenorrhea: An Overview. *Int J Womens Health.* janv 2020;Volume 12:1-10.

53. prise\_en\_charge\_de\_lendiometriose\_-  
 \_demarche\_diagnostique\_et\_traitement\_medical\_-\_fiche\_de\_synthese.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise\\_en\\_charge\\_de\\_lendiometriose\\_-demarche\\_diagnostique\\_et\\_traitement\\_medical\\_-\\_fiche\\_de\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendiometriose_-demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf)
54. SPF. Épidémiologie de l'endométriose prise en charge à l'hôpital en France : étude de 2011 à 2017 [Internet]. [cité 18 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/epidemiologie-de-l-endometriose-prise-en-charge-a-l-hopital-en-france-etude-de-2011-a-2017>
55. The Global Library of Women's Medicine [Internet]. [cité 18 févr 2025]. The Aetiology of Endometriosis | Article | GLOWM. Disponible sur: <http://www.glowm.com/article/heading/vol-3--endometriosis--the-etiology-of-endometriosis/id/417633>
56. Chauvet P, Auclair C, Mourgues C, Canis M, Gerbaud L, Bourdel N. Psychometric properties of the French version of the Endometriosis Health Profile-30, a health-related quality of life instrument. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 1 mars 2017;46(3):235-42.
57. Rossi M, Vannuccini S, Capezzuoli T, Fambrini M, Vannuzzi V, Donati C, et al. Mechanisms and Pathogenesis of Adenomyosis. *Curr Obstet Gynecol Rep.* juin 2022;11(2):95-102.
58. Syndrome des ovaires polykystiques [Internet]. [cité 18 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/polycystic-ovary-syndrome>
59. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, the FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet.* déc 2018;143(3):393-408.
60. Hapangama DK, Bulmer JN. Pathophysiology of Heavy Menstrual Bleeding. *Womens Health.* janv 2016;12(1):3-13.
61. Lansac J, Marret H. Gynécologie pour le praticien. 9e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. (Pour le praticien).
62. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 20 févr 2025]. Saignement utérin anormal - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/troubles-menstruels/saignement-uterin-anormal>
63. Bianchi-Demicheli F. Le trouble dysphorique prémenstruel : diagnostic et stratégie thérapeutique. *Rev Med Suisse.* 8 févr 2006;052:393-9.
64. Hofmeister S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder.

65. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 20 févr 2025]. Syndrome prémenstruel - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/troubles-menstruels/syndrome-premenstruel>
66. Premenstrual Syndrome (PMS) [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/premenstrual-syndrome>
67. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Arch Womens Ment Health. août 2023;9(3):203-9.
68. Hantsoo L, Epperson C. Premenstrual Dysphoric Disorder : Epidemiology ant Treatment. Curr Psychiatry Rep. nov 2015;17(11):87.
69. Abdi F, Ozgoli G, Rahnemaie FS. A systematic review of the role of vitamin D and calcium in premenstrual syndrome. Obstet Gynecol Sci. 2019;62(2):73.
70. Arab A, Rafie N, Askari G, Taghiabadi M. Beneficial Role of Calcium in Premenstrual Syndrome: A Systematic Review of Current Literature. Internationa.
71. Kashanian M, Mazinani, R, Jalalmanesh S, Babayanzad Ahari S. Pyridoxine (vitamin B6) therapy for premenstrual syndrome. Int J Gynecol Obstet. janv 2007;96(1):43-4.
72. Brown J, O'Brien PMS, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cité 21 févr 2025]. p. CD001396.pub2. Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001396.pub2>
73. Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. BJOG Int J Obstet Gynaecol [Internet]. févr 2017 [cité 21 févr 2025];124(3). Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14260>
74. Gnanasambanthan S, Datta S. Premenstrual syndrome. Obstet Gynaecol Reprod Med. oct 2019;29(10):281-5.
75. Inserm [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Infertilité · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/infertilite/>
76. Natalité – Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277635?sommaire=4318291>
77. Inserm [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/syndrome-ovaires-polykystiques-sopk/>
78. Inserm [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Endométriose · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/>

79. LOI n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit (1). 2007-1787 déc 20, 2007.
80. Courbière B, Carcopino X. Gynécologie, obstétrique. Éd. 2017. Paris: Éditions Vernazobres-Grego; 2016. (La référence iKB).
81. Buyck JF, Lelièvre F. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. 2016;
82. PLAN PERINATALITE.
83. Branger B. PRÉVALENCE ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE: RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE DANS LES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ, FRANCE, 2012.
84. Antoine D. Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions.
85. Traitement hormonal substitutif: Nouvelles données de l'étude Million Women Study (MWS) - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Disponible sur: <https://archive.anse.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Traitement-hormonal-substitutif-Nouvelles-donnees-de-l-etude-Million-Women-Study-MWS>
86. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Traitements hormonaux de la ménopause. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause)
87. F.-A. Allaert. « Profil épidémiologique et clinique des mycoses vulvovaginales : prise en charge en gynécologie libérale et facteurs favorisant leur récidive (étude Promyse) ». Lett Gynécologue. déc 2011;367:35-39.
88. Candidoses vulvo-vaginales aiguës et récidivantes : actualités [Internet]. REVUE GENESIS. 2018 [cité 26 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/candidoses-vulvo-vaginales-aigues-et-recidivantes-actualites/>
89. Vaginose bactérienne [Internet]. [cité 26 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/bacterial-vaginosis>
90. (PDF) Psychosocial Stress, Cortisol Levels, and Maintenance of Vaginal Health. ResearchGate [Internet]. 22 oct 2024 [cité 26 mars 2025]; Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/327839603\\_Psychosocial\\_Stress\\_Cortisol\\_Levels\\_and\\_Maintenance\\_of\\_Vaginal\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/327839603_Psychosocial_Stress_Cortisol_Levels_and_Maintenance_of_Vaginal_Health)
91. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
92. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1). 2022-295 mars 2, 2022.

93. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1).  
2016-41 janv 26, 2016.

94. Arrêté du 1er mars 2024 modifiant l'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.



# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ..... FALDA ..... Prénom : ..... Audrey .....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète*

Signature originale :

À Strasbourg, le 07/05/2025

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre  
mémoire de D.E.S. ou de Thèse.