Article original

# Suivi gynécologique des femmes militaires
## États des lieux et facteurs associés

Y. MÉVEL[(1)], C. MONOD-BROCA[(2)], A. MONTOIS[(3)]

(1) Direction Interarmées du Service de Santé, FAA, Antenne Médicale de Martinique, Fort-de-France
(2) École du Val-de-Grâce, Paris
(3) 13e Centre Médical des Armées, 112e Antenne Médicale, Rochefort

**Auteur correspondant :** ymevel4@gmail.com

**Open access DOI**
10.17184/eac.9237

**Reçu**
le 07/01/2025

**Accepté**
le 07/01/2025

**Publié**
le 5 mars 2025

**Conflit d'intérêt**
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

**Résumé :**
L'Armée française connaît une féminisation croissante depuis le XXe siècle, celle-ci atteint 16,8 % des effectifs en 2022. Les femmes militaires sont soumises à des contraintes professionnelles importantes (mobilité, projection en opérations extérieures). Le contexte national de pénurie de gynécologues médicaux pourrait faire craindre un suivi gynécologique insuffisant. L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux du suivi gynécologique des femmes militaires, et d'identifier les facteurs susceptibles de l'influencer.

Entre octobre 2017 et février 2018, 1 137 femmes militaires d'active rattachées au 7e Centre médical des armées (CMA) de Lyon (région Rhône-Alpes) ont été invitées à répondre au questionnaire anonyme transmis par courrier électronique sur leur adresse professionnelle. Les données recueillies portaient notamment sur les modalités du suivi gynécologique, le recours aux dépistages organisés (cancer du col de l'utérus et du sein), l'utilisation de la contraception et la perception du rôle du médecin militaire.

Au total, 562 questionnaires exploitables ont été analysés (taux de réponse de 50,7 %). Parmi les répondantes, 75,9 % étaient suivies par un gynécologue civil. Au moment de l'étude, 64,5 % avaient bénéficié d'une consultation gynécologique depuis moins d'un an ; 93,7 % depuis moins de trois ans. Par ailleurs, 88,7 % ont eu un Frottis cervico-utérin (FCU) au cours des trois dernières années. Parmi les femmes de plus de 50 ans, 71 % rapportaient avoir effectué une mammographie dans les deux ans précédant l'enquête. Les contraintes professionnelles étaient jugées peu impactantes sur la régularité du suivi. Le principal frein identifié était le manque de confiance envers les compétences du médecin militaire en matière de gynécologie.

Les femmes militaires interrogées semblent bénéficier d'un suivi gynécologique conforme, voire supérieur, aux recommandations nationales, notamment pour les dépistages organisés. Les limites constatées tiennent davantage à des facteurs organisationnels ou d'ordre relationnel (confiance, confidentialité) qu'aux seules contraintes opérationnelles. L'implication du médecin militaire demeure faible, mais pourrait être amenée à évoluer au regard de la raréfaction de l'offre de soins spécialisée. Un travail de communication et de valorisation des compétences des médecins militaires apparaît nécessaire pour répondre aux interrogations des patientes et optimiser leur accès à un suivi gynécologique de qualité.

**Mots-clés :** Gynécologie. Santé publique. Suivi préventif. Médecine d'armée.

**Abstract:**
GYNECOLOGICAL FOLLOW-UP OF MILITARY WOMEN. CURRENT SITUATION AND ASSOCIATED FACTORS

The number of women in the French army has been increasing since the XX century, reaching 16.8% of the workforce in 2022. Military women are subject to significant professional constraints including mobility e.g., tours of duty. The shortage of medical gynecologists in France may raise concerns about inadequate gynecological follow-up. The aim of this study was to appraise the current situation concerning gynecological follow-up for military women, and to identify influencing factors.

Between October 2017 and February 2018, 1,137 active-duty military women attached to the 7th Armed Forces Medical Center (CMA) in Lyon (Rhône-Alpes region) were asked to complete an anonymous questionnaire sent by e-mail to their professional address. The data collected included gynecological follow-up, the use of organized screening for cervical and breast cancer, their use of contraception and their perception of the role of the military doctor.

A total of 562 questionnaires – 50.7% response rate – met the inclusion criteria, and were analyzed. During the course of the study 75.9% of the participants were under the care of a civilian gynecologist, 64.5% had received a gynecological consultation within the last year, and 93.7% within the last three years. In addition, 88.7% had had a cervical smear test (FCU) within the last three years. 50, 71% of the participants reported having had a mammogram in the two years preceding the survey. Professional constraints were deemed to have little impact on regular follow-up. The main obstacle identified was a lack of confidence in the gynecological skills of the military doctor.

The military women surveyed appear to benefit from gynecological follow-up that meets or exceeds national recommendations, particularly for organized screening. The limitations that the study highlighted are more related to organizational or relational factors – trust, confidentiality – than to operational constraints alone. The involvement of military doctors remains low, but could change in the future, given the increasing scarcity of specialized care. To answer patients' questions and optimize their access to high-quality gynecological care, we need to communicate and promote the skills of military doctors.

**Keywords:** Gynaecology. Public health. Preventive care. Military medicine.

## Introduction

L'histoire de la France est ponctuée de guerres et de conflits armés auxquels les femmes ont toujours contribué, à divers titres (infirmières, espionnes, parfois combattantes). La société évoluant, la place des femmes change. Au XX$^{e}$ siècle, leur place dans les forces armées a progressivement évolué. Ainsi, la loi du 13 juillet 1972 portant statut général des militaires a permis leur accession à l'ensemble des grades, y compris celui d'officier général (1). La professionnalisation des armées en 1996 a accéléré ce mouvement de féminisation, faisant passer le taux de féminisation de 10 % en 2001 (2) à 16,8 % en 2022, ce qui place l'Armée française parmi les plus féminisées au monde. Parallèlement, l'âge moyen de la population féminine militaire est d'environ 32,3 ans (3). Qu'elles soient en âge de procréer ou ménopausées, les femmes militaires présentent les mêmes besoins de suivi gynécologique que les femmes civiles : prévention des infections sexuellement transmissibles, mise en place d'une contraception, suivi de la grossesse, dépistage de cancers gynécologiques (sein, col de l'utérus), prise en charge de la ménopause et des urgences gynécologiques, etc. Le suivi gynécologique annuel offre également l'occasion de dépister d'éventuelles violences sexuelles et de favoriser l'éducation en santé sexuelle.

En France, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande un suivi gynécologique annuel tout au long de la vie, dès la puberté. Ce suivi n'est toutefois pas obligatoire et repose sur la démarche proactive de la patiente. Les femmes militaires, fréquemment soumises à des mobilités géographiques et à des missions opérationnelles, sont plus susceptibles de rencontrer des difficultés logistiques pour accéder régulièrement à un suivi gynécologique.

L'étude descriptive présentée ici vise à dresser un état des lieux du suivi gynécologique des femmes militaires d'active d'une zone géographique donnée, tout en analysant les facteurs pouvant l'influencer et en explorant la place du médecin militaire dans cette prise en charge.

# 1 Méthodes

## 1.1 Population

Toutes les femmes militaires d'active soutenues par le 7e Centre médical des armées (CMA) de Lyon (région Rhône-Alpes) ont été sollicitées pour participer à cette étude. Les critères d'exclusion incluaient : le statut de réserviste, l'appartenance à des écoles ou lycées militaires, ainsi que les unités dont le commandement n'avait pas donné son accord préalable pour diffuser le questionnaire.

## 1.2 Recueil de données

Un questionnaire anonyme a été élaboré à l'aide du logiciel SPHINX® développé par le centre de traitement de l'information médicale des armées (CeTIMA) et mis en ligne sur la plateforme Intradef (réseau informatique du ministère des armées).
Un lien vers ce questionnaire a été envoyé sur la messagerie professionnelle des participantes potentielles le 26 octobre 2017, avec relance ultérieure. La période de recueil des données s'est étendue jusqu'au 14 février 2018.
Le questionnaire portait sur six groupements de questions. Les caractéristiques sociodémographiques comprenaient, par exemple l'âge, le grade et le nombre de grossesses. Les modalités de suivi gynécologique demandaient de préciser le type de professionnel consulté et la fréquence des consultations. La réalisation des dépistages recommandés prenait en compte la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) tous les trois ans entre 25 et 65 ans et une mammographie tous les deux ans de 50 à 74 ans. L'utilisation d'un moyen de contraception a été demandé. Les facteurs susceptibles d'influencer le suivi ont été interrogés en particulier les contraintes professionnelles, le délai de rendez-vous ou la proximité géographique avec le professionnel de santé. Enfin, la place du médecin militaire dans la prise en charge gynécologique a été interrogée à la recherche de frein potentiel comme la confiance et la confidentialité.

## 1.3 Critère de jugement

Le critère de jugement principal portait sur la conformité du suivi gynécologique aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) au moment de l'étude : réalisation d'un Frottis cervico-utérin (FCU) dans les trois dernières années pour les femmes âgées de 25 à 65 ans ; la réalisation d'une mammographie tous les deux ans pour les femmes de 50 à 74 ans. Les critères de jugement secondaires incluaient les modalités de suivi, l'observance contraceptive, les facteurs limitants ou facilitateurs et le recours au médecin militaire pour un motif gynécologique.

## 1.4 Analyses statistiques

Les données ont été analysées à l'aide de l'application *GMRC Shiny Stats* (groupe de méthodes en recherche clinique, hôpitaux universitaires de Strasbourg). Les variables qualitatives ont été comparées *via* les tests du $\chi^2$ de Pearson ou exact de Fisher (selon l'effectif). Les variables quantitatives ont été comparées par les tests de Kruskal-Wallis ou de Mann-Whitney. Le risque d'erreur acceptée est le seuil de 5 %.

### 1.5 Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes à Lyon. Toutes les participantes ont été informées du caractère anonyme et volontaire de leur participation.

## 2 Résultats

### 2.1 Caractéristiques de la population

Sur les 1 137 femmes sollicitées, 577 réponses ont été obtenues. Après exclusion de 15 questionnaires incomplets, 562 ont été inclus dans l'analyse, soit un taux de réponse exploitable de 50,7 %.
Les caractéristiques sociodémographiques de la population interrogée sont résumées dans le tableau 1. La répartition par tranches d'âge indique que les répondantes sont relativement représentatives de la population militaire féminine française (3), mais la Marine nationale et les militaires du rang sont sous-représentés. La proportion de femmes ayant au moins un antécédent de grossesse (61,7 %) rejoint les données de la population générale, avec en moyenne 2,05 grossesses et 1,74 enfant par répondante.

TAB. 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes en fonction de leur armée d'appartenance

| Armée d'appartenance | Terre *n* = 240 (42,7 %) | Air *n* = 161 (28,6 %) | Marine *n* = 2 (0,4 %) | Gendarmerie *n* = 27 (4,8 %) | SSA *n* = 127 (22,6 %) | Autre *n* = 5 (0,9 %) | TOTAL *n* = 562 (100 %) | *p-value* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tranches d'âge (*n* = 562) | | | | | | | | *< 0,01* |
| < 25 ans | 17 (7,1 %) | 12 (7,5 %) | 1 (50 %) | 1 (3,7 %) | 6 (4,7 %) | 0 (-) | 37 (6,6 %) | |
| 25-34 ans | 112 (46,7 %) | 65 (40,4 %) | 1 (50 %) | 6 (22,2 %) | 55 (43,3 %) | 1 (20 %) | 240 (42,7 %) | |
| 34-44 ans | 92 (38,3 %) | 67 (41,6 %) | 0 (-) | 11 (40,7 %) | 50 (39,4 %) | 3 (60 %) | 223 (39,7 %) | |
| 45-54 ans | 15 (6,3 %) | 15 (9,3 %) | 0 (-) | 8 (29,6 %) | 14 (11 %) | 1 (20 %) | 53 (9,4 %) | |
| > 54 ans | 4 (1,7 %) | 2 (1,2 %) | 0 (-) | 1 (3,7 %) | 2 (1,6 %) | 0 (-) | 9 (1,6 %) | |
| Âge moyen (années) | 34,1 | 35,2 | 23,5 | 40,2 | 35,7 | 37,4 | 35,1 | *< 0,01* |
| Âge médian | 34 | 35 | 23,5 | 41 | 35 | 36 | 35 | *< 0,01* |
| Âges extrêmes | 18-59 | 20-57 | 20-27 | 22-56 | 20-59 | 28-50 | 18-59 | |
| Catégories de grades (*n* = 560) | | | | | | | | *< 0,01* |
| Militaire du rang | 83 (34,6 %) | 41 (25,5 %) | 2 (100 %) | 1 (3,7 %) | 1 (0,8 %) | 2 (40 %) | 130 (23,2 %) | |
| Sous-officiers | 129 (53,8 %) | 98 (60,9 %) | 0 (-) | 22 (81,5 %) | 92 (72,4 %) | 2 (40 %) | 343 (61,3 %) | |
| Officiers | 27 (11,3 %) | 21 (13 %) | 0 (-) | 4 (14,8 %) | 34 (26,8 %) | 1 (20 %) | 87 (15,5 %) | |
| Vie en couple (*n* = 549) | 156 (65 %) | 112 (69,6 %) | 0 (-) | 22 (81,5 %) | 91 (71,7 %) | 3 (60 %) | 384 (69,9 %) | *0,25* |
| Antécédent de projection (opérations) (*n* = 555) | 198 (82,5 %) | 86 (53,4 %) | 1 (50 %) | 2 (7,4 %) | 80 (63 %) | 3 (60 %) | 370 (65,8 %) | *< 0,01* |
| Durée moyenne cumulée en mois | 11,6 | 9,9 | 4 | 4,5 | 8,6 | 9 | 10,5 | *< 0,01* |
| Durée médiane cumulée en mois | 9 | 6 | | 4,5 | 8 | | 8 | *< 0,01* |
| Durées extrêmes en mois | 2-45 | 1-60 | 4 | 3-6 | 1-24 | 6-12 | 1-60 | |
| Antécédent de mutation professionnelle | 186 (77,5 %) | 129 (80,1 %) | 2 (100 %) | 27 (100 %) | 83 (65,4 %) | 4 (80 %) | 431 (76,7 %) | *< 0,01* |
| Nombre moyen de mutations | 2,1 | 2,4 | 1,5 | 3,7 | 2,1 | 2,4 | 2,3 | *< 0,01* |
| Nombre médian de mutations | 2 | 2 | 1,5 | 3 | 2 | 3 | 2 | *< 0,01* |
| Valeurs extrêmes | 0-12 | 0-10 | 1-2 | 1-8 | 0-10 | 0-4 | 0-12 | |

*Note. n = 562*

### 2.2 Modalités du suivi gynécologique

La majorité des répondantes, soit 75,9 % ($n = 426$), déclarent être suivies par un gynécologue civil ; 9,3 % par un médecin généraliste civil et 5,5 % par une sage-femme. Seules 0,7 % consultent un médecin généraliste militaire pour leur suivi gynécologique. Les restantes (0,9 %) mentionnent un autre type de professionnel.
De plus, 64,5 % rapportent avoir eu une consultation gynécologique depuis moins d'un an ; 93,7 % depuis moins de trois ans. Seules 2 % ($n = 11$) n'ont jamais consulté de professionnel pour un motif gynécologique. L'absence de suivi est plus fréquente chez les femmes plus jeunes et célibataires ($p = 0{,}01$).

### 2.3 Dépistage des cancers gynécologiques

Parmi les 524 femmes concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus (âge de 25 à 65 ans), 88,7 % ($n = 465$) ont effectué un FCU dans les trois dernières années ; 8,4 % ($n = 44$) au-delà de trois ans et 2,9 % ($n = 15$) n'en ont jamais réalisé.
Les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage récent sont plus jeunes (25-34 ans, $p < 0{,}01$) et nulligestes ($p = 0{,}03$). Les données sont décrites dans le tableau 2.
Aucun lien statistiquement significatif n'apparaît avec l'appartenance à une armée particulière, le grade, la vie en couple ou les antécédents de projection en opérations extérieures, opérations intérieures ou en mission de courte durée.

Tab. 2 : Date de réalisation du dernier frottis cervico-utérin en fonction de la tranche d'âge des participantes

| | Classes d'âge | | | | Total | *p-value* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 25 à 34 ans *n* = 239 (45,6 %) | 35 à 44 ans *n* = 223 (42,6 %) | 45 à 54 ans *n* = 53 (10,1 %) | 55 ans et plus *n* = 9 (1,7 %) | *n* = 524 (100 %) | |
| Date du dernier frottis | | | | | | *P < 0.01* |
| Moins de 3 ans | 207 (86,6 %) | 200 (89,7 %) | 50 (94,3 %) | 8 (88,9 %) | 465 (88,7 %) | |
| Plus de 3 ans | 20 (8,4 %) | 20 (9 %) | 3 (5,7 %) | 1 (11,1 %) | 44 (8,4 %) | |
| Jamais de frottis | 12 (5 %) | 3 (1,3 %) | 0 (-) | 0 (-) | 15 (2,9 %) | |

*Note. n = 524*

Sur les 31 femmes âgées de 50 à 74 ans concernées par le dépistage du cancer du sein, 22 (71 %) avaient réalisé une mammographie dans les deux dernières années, tandis que 9 (29 %) dépassaient ce délai. Les écarts observés ne sont pas significatifs selon la gestité, l'armée d'appartenance, l'âge, le grade, les antécédents de projection ou le nombre de mutations professionnelles.

### 2.4 Contraception

Les méthodes contraceptives déclarées par les répondantes sont la pilule contraceptive pour 36,5 % ($n = 205$) ; un Dispositif intra-utérin (DIU) pour 21,9 % : un préservatif (masculin ou féminin) pour 7,8 % ; un implant contraceptif pour 2,8 % ; une contraception définitive pour 1,6 % ; une autre méthode (anneau, patch, méthodes naturelles, etc.) pour 2,1 %. Enfin, 30,6 % des répondantes ($n = 172$) déclarent ne pas utiliser de contraception.

### 2.5 Place du médecin militaire

Près de la moitié des répondantes (48,7 %) ne considèrent pas le médecin militaire comme un interlocuteur possible en cas de problème gynécologique. Une proportion de 23,9 % ne l'envisagent qu'en l'absence d'un autre praticien (en mission par exemple), et 8,9 % uniquement s'il s'agit d'un praticien militaire de sexe féminin. Les femmes excluant le médecin militaire de leur suivi sont en moyenne plus âgées ($p = 0{,}05$).

Seules 10,3 % ($n = 58$) ont déjà consulté un médecin militaire pour un motif gynécologique en métropole, et 7,3 % ($n = 27$, parmi celles déjà projetées en opération extérieure). Par ailleurs, 36,2 % ($n = 202$) se disent néanmoins intéressées par un suivi assuré par leur médecin généraliste militaire, si celui-ci leur était proposé.
Pour les répondantes n'ayant jamais consulté un médecin militaire pour un motif gynécologique, les freins cités et représentés sur la figure 1 incluent la crainte d'une inaptitude, le doute quant à la confidentialité des échanges et la méfiance vis-à-vis des compétences du praticien militaire. Les freins et les déterminants du suivi gynécologique des femmes militaires répondantes sont respectivement représentés par les figures 2 et 3.

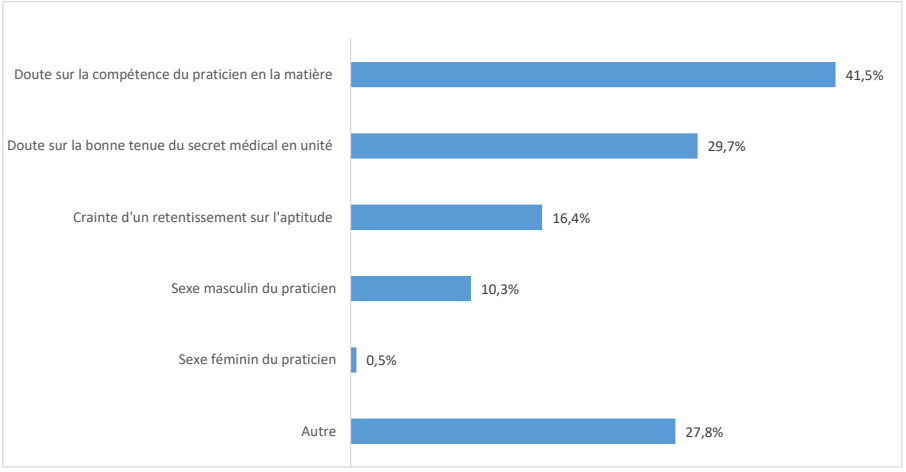



FIG. 1 : Représentation des freins à la consultation d'un médecin militaire pour un motif gynécologique des participantes ($n = 308$)

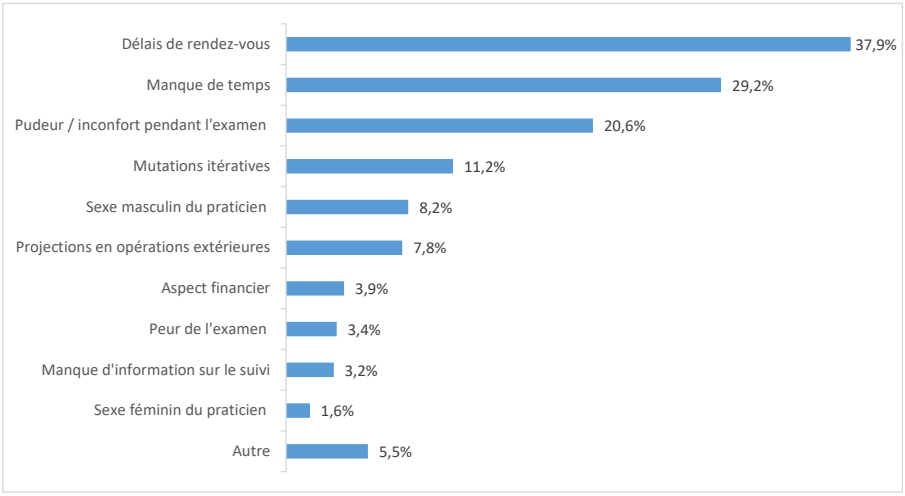



Fig. 2 : Représentation des freins au suivi gynécologique des participantes ($n = 745$ réponses ; 1,3 réponse par femme interrogée en moyenne)

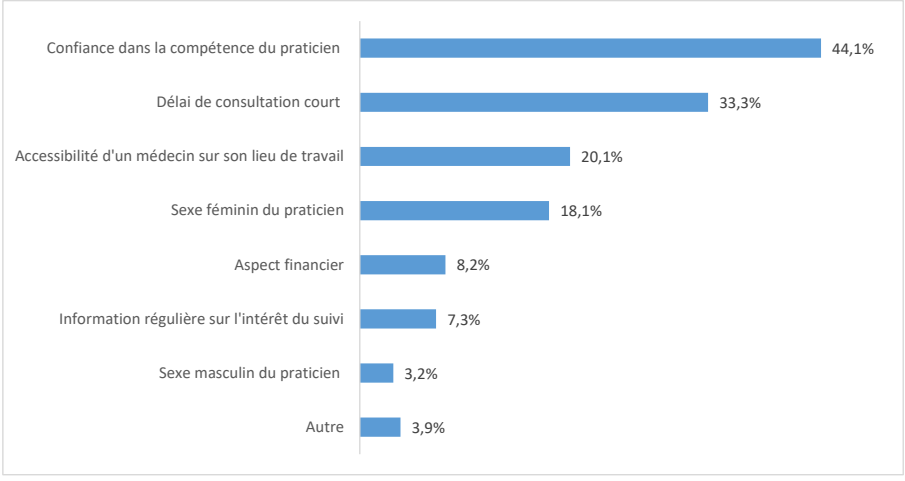



Fig. 3 : Représentation des déterminants du suivi gynécologique des participantes ($n = 777$ réponses ; 1,4 réponse par femme interrogée en moyenne)

## 3 Discussion

Le taux de participation à cette étude (50,7 %) est satisfaisant pour un questionnaire en ligne anonyme, notamment sur un thème intime.

Le biais principal tient à l'exclusion, de fait, des personnels ne consultant pas leur messagerie professionnelle au moment de l'enquête (congé, déploiement, défaut d'accès, etc.). De plus, la représentativité vis-à-vis de la Marine et des militaires du rang est limitée, rendant hasardeuse l'extrapolation à l'ensemble des femmes militaires françaises.

La majorité des répondantes est suivie par un gynécologue, comme dans la population générale (4). Il est d'ailleurs à noter que cette configuration est assez particulière à la France, puisque ce sont les médecins généralistes qui assurent la plus grande part de ce suivi de prévention dans la plupart des pays européens (5).

Les répondantes présentent un meilleur taux de dépistage organisé du cancer du col (88,7 % contre environ 59,5 % en population générale entre 2020 et 2022) (6).
Les objectifs de santé publique en France sont de 80 %. Une adhésion plus élevée au dépistage du cancer du sein (71 % *vs* 48,2 % en 2023) est également constatée (7). Le référentiel européen préconise un taux de couverture supérieur ou égal à 70 %.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces meilleurs taux de dépistage : l'effet « travailleur sain » et la sélection du personnel féminin au recrutement et un niveau socio-économique souvent supérieur ou plus stable que dans la population générale. Une bonne disponibilité de l'offre de soins dans l'agglomération lyonnaise est également à prendre en compte (8).

Concernant la contraception, il semble que la pilule contraceptive ait une place plus importante que dans la population générale française, où elle concerne 36,5 % des femmes utilisant une contraception (9). Des tendances similaires avaient déjà été mises en évidence notamment dans les armées américaines, expliquées en partie par la recherche d'un effet suppressif sur les menstruations, utile sur le terrain (10). La fréquence d'utilisation des autres moyens contraceptifs semble proche de celle retrouvée dans la population générale française.

Les contraintes professionnelles (mutations, opérations extérieures, etc.) n'apparaissent pas comme des freins majeurs, à l'inverse de facteurs plus organisationnels (délais d'obtention de rendez-vous, manque de temps) et relationnels (confiance, confidentialité). La confiance dans la compétence du praticien semble également passer au premier plan, comme dans la population générale (4). Le genre du praticien ne semble pas avoir un rôle déterminant, puisqu'il est décrit comme un obstacle pour moins de 10 % des femmes répondantes. C'est également le cas dans la population générale française, ou s'il existe une préférence pour des praticiens de sexe féminin, le genre n'est généralement pas rédhibitoire (4). Plusieurs études réalisées dans l'armée américaine avaient également retrouvé des tendances similaires, y compris en milieu militaire (11,12).

Concernant la place attribuée au médecin militaire dans le suivi, elle est pour l'instant très marginale. Malgré un certain intérêt exprimé (36,2 % des répondantes), diverses craintes limitent le recours à ce praticien. La crainte d'une déclaration d'inaptitude, liée à la double fonction d'expertise et de soins du médecin militaire, est souvent évoquée quel que soit le motif de consultation (13). Le manque de confiance dans la compétence gynécologique du médecin militaire (41,5 % des femmes répondantes) et la suspicion d'une confidentialité insuffisante en milieu militaire (29,7 %) sont à interroger.

Dans la population générale, seules 20 % des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique (4). Pourtant, les médecins généralistes militaires reçoivent, durant leur cursus, une formation leur permettant d'assurer un suivi préventif en gynécologie. Certains d'entre eux possèdent en outre des diplômes complémentaires (diplôme universitaire et inter-universitaire

de gynécologie). Ce manque d'information sur les obligations déontologiques et le parcours de formation des médecins militaires avait déjà été mis en évidence dans d'autres travaux (13).

La rareté croissante des gynécologues et l'élargissement des compétences des sages-femmes pourraient amener à repenser l'organisation du suivi gynécologique au sein des forces. L'identification de médecins militaires formés spécifiquement en gynécologie et la mise en place de consultations dédiées dans les centres médicaux des armées pourraient constituer une première réponse. Par ailleurs, la visite médicale périodique, parfois la seule occasion de contact avec le service de santé, est un moment opportun pour rappeler aux patientes l'importance du suivi gynécologique et la disponibilité du praticien militaire, sous réserve de rassurer sur la confidentialité et de distinguer clairement la visite d'expertise et la consultation de soins.

## Conclusion

Les résultats de cette enquête suggèrent que le suivi gynécologique des femmes militaires soutenues par le 7e CMA de Lyon est conforme, voire supérieur, aux recommandations nationales, en particulier pour les dépistages organisés des cancers du col de l'utérus et du sein. Les obstacles identifiés concernent davantage l'organisation et la relation de confiance que les contraintes professionnelles en elles-mêmes.
Le recours aux gynécologues civils prédomine, tandis que la place du médecin militaire reste limitée. La méconnaissance des compétences des médecins militaires constitue le principal frein à un suivi gynécologique assuré par ces derniers. Des actions de sensibilisation et une meilleure identification des praticiens formés en gynécologie pourraient favoriser l'essor de cette offre de soins au sein des armées. Une prochaine étude pourrait être d'évaluer les pratiques actuelles des médecins militaires et d'identifier les freins et les leviers à la mise en place de consultations de gynécologie au sein de leurs antennes médicales. Enfin, l'articulation avec les évolutions démographiques de la spécialité et l'extension des prérogatives des sages-femmes méritent d'être investiguées afin de garantir à l'ensemble des femmes militaires un accès durable et performant à ce suivi essentiel.

Remerciements au linguiste relecteur : Édouard Lizé.

## Références bibliographiques

1. Boutron C, Weber C. La féminisation des armées françaises : entre volontarisme institutionnel et résistances internes. Travail, genre et sociétés. 2022 ; 47(1) :37-54. doi : 10.3917/tgs.047.0037

2. Ministère des Armées. Évolution du taux de féminisation des militaires sur 23 ans. [cité le 26 mars 2025]. Dans : data.gouv.fr [En ligne]. Paris (FR) : Ministère des Armées. [environ 2 écrans]. Disponible : https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/evolution-du-taux-de-feminisation-des-militaires-sur-23-ans/.

3. Ministère des Armées. Bilans et rapports sociaux [En ligne]. Paris (FR) : Ministère des Armées ; 2022 [cité le 26 mars 2025]. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/sga/au-service-armees/ressourceshumaines/bilans-rapports-sociaux

4. Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Institut BVA ; 2008.

5. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ? Pédagogie médicale. 2002 ; 3(1) :19-24. doi : 10.1051/pmed :2002002

6. Santé publique France. Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : période 2014-2023 [En ligne]. Saint-Maurice (FR) : Santé publique France [cité le 26 mars 2025]. Disponible : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-periode-2014-2023

7. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2022-2023 et évolution depuis 2005. [cité le 26 mars 2025]. Dans : santepubliquefrance.fr [En ligne]. Saint-Maurice (FR) : Santé publique France. [environ 3 écrans]. Disponible : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2022-2023-et-evolution-depuis-2005

8. Dewez E. Le suivi gynécologique en milieu rural : état des lieux et freins. Lille (FR) : Université catholique de Lille ; 2014.

9. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 : contraception : quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice (FR) : Santé publique France ; 2017.

10. Enewold L, Brinton LA, McGlynn KA, Zahm SH, Potter JF, Zhu K. Oral contraceptive use among women in the military and the general U.S. population. Journal of Women's Health. 2010 ; 19(5) :839-45. doi : 10.1089/jwh.2009.1706

11. Chandler PJ, Chandler C, Dabbs ML. Provider gender preference in obstetrics and gynecology : a military population. Military Medicine. 2000 ; 165(12) :938-40. doi : 10.1093/milmed/165.12.938

12. Lund JD, Rohrer JE, Goldfarb S. Patient gender preferences in a large military teaching hospital. Obstetrics & Gynecology. 2005 ; 105(4) :747-50. doi : 10.1097/01.AOG.0000156297.25395.e4

13. Bercher A. Perception par les militaires de leur médecin d'unité : étude transversale descriptive dans la région Terre Nord-Est. Nancy (FR) : Université de Nancy ; 2010.