



HAL
open science

Impact d'un spot vidéo diffusé en salle d'attente de médecine générale sur la réalisation du frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus

Ilhame Najem

► **To cite this version:**

Ilhame Najem. Impact d'un spot vidéo diffusé en salle d'attente de médecine générale sur la réalisation du frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02132371

HAL Id: dumas-02132371

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02132371>

Submitted on 17 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 183

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Impact d'un spot vidéo diffusé en salle d'attente de médecine
générale sur la réalisation du frottis de dépistage
du cancer du col de l'utérus

Présentée et soutenue publiquement
le 1er octobre 2018

Par

Ilhame NAJEM

Née le 28 octobre 1989 à Dreux (28)

Dirigée par M. Le Docteur Roland Pecheux, MG

Jury :

M. Le Professeur Serge Gilberg, PU..... Président

Mme La Docteure Charlotte Ngo, MCU PH

Mme La Docteure Béatrix Cochand-Priollet, MCU PH

Mme La Docteure Isabelle Heard, PH

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

À Monsieur le Professeur GILBERG, Serge,

Professeur des Universités et Directeur du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine Paris Descartes. Médecin Généraliste.

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

À Monsieur le Docteur PECHEUX, Roland,

Docteur et Président du Collège des Généralistes Enseignants de l'Université Paris Descartes. Médecin Généraliste.

Pour avoir été le premier à croire en ce travail et accepté de le diriger avec un enthousiasme et une bienveillance extraordinaire.

Pour avoir été un exemple dans l'enseignement et l'exercice de la médecine.

Pour avoir su éveiller ma conscience et ma sensibilité.

Je t'en remercie infiniment.

À Madame la Docteure NGO, Charlotte,

Maitre de Conférences des Universités-Praticienne Hospitalière. Chirurgienne Cancérologique Gynécologique et du Sein.

Pour avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse et pour le regard que vous porterez sur ce travail.

À Madame la Docteure COCHAND-PRIOU, Béatrix,

Maitre de Conférences des Universités-Praticienne Hospitalière. Anato-Cytopathologiste.

Pour avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse et votre implication dans ce sujet.

À Madame la Docteure HEARD, Isabelle

Professeure des Universités-Praticienne Hospitalière. Gynécologue.

Pour votre motivation, patience et persévérance autour du sujet.

Pour votre aide, relecture et réflexions.

À toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

À Trenton DAILEY-CHWALIBOG et Jeanne SASSENOU pour leur aide précieuse dans les analyses statistiques.

À Olivier NOUVIAN, Fondateur de Canal 33, pour avoir mis à disposition les moyens humains et matériels pour l'élaboration de cette étude, à titre gracieux.
Pour ton engagement dans notre société et les solutions que tu y apportes.

À tous les médecins généralistes qui ont participé à cette étude, pour leur temps et leur disponibilité.

À Auriane CABANNES pour son aide à la rédaction de ce travail.
Pour ton exemplarité, ton soutien, ton énergie motrice, tes idées originales, ta joie, ton humour et j'en oublie certainement.

À mes relecteurs, pour m'avoir permis d'améliorer ce travail.

Aux professionnels qui m'ont inspirée,

À mon groupe de GEPI, qui m'accompagne tous les jours dans l'amélioration de ma pratique.

À mes maîtres de stage et enseignants qui depuis mon externat m'ont aidé à me construire et identifier le type de médecine que je voulais exercer : une médecine respectueuse de l'Homme et de la Nature.

À ma famille,

À mes parents, que j'aime infiniment et de manière inconditionnelle.

Vous avez permis ce cheminement. Cette réussite est la vôtre.

Merci d'avoir cru en ce rêve d'enfant et mis tout en œuvre pour l'aider à s'accomplir.

Merci de nous avoir fait grandir dans une famille nombreuse, hétéroclite et où le respect de nos
ainés était enseigné.

Merci pour votre courage, bravoure, et héroïsme.

Maman, pour ton amour, ton sacrifice et ta capacité à nous rassembler.

Papa, pour ton amour, ta douceur et ton espièglerie.

À ma petite sœur, Raja. Pour cette sororité-amitié unique, pour ces années à partager 20m2.

Pour ta légèreté, ton humour, ces fous rires et tous ces moments décalés.

Pour ta témérité, ta résistance et ton courage.

Pour ton soutien et ton amour.

Je suis fière d'être ta grande sœur. Je t'aime.

À mon grand frère, Driss. Pour ta sagesse, ta sincérité, ton soutien et tes conseils.

À cette grande famille, à mes frères et sœurs, à mon beau-frère, à mes belles-sœurs,

À mes grands-parents, à Gidi Ahmed, à Hana Sabra et à Hana Halima,

À mes oncles et tantes,

À mes neveux et nièces,

À mes cousins et cousines,

Pour tous ces moments heureux, je vous aime.

À mes amis,

À QLV, à QLF et particulièrement à Soufiane, Alex, Babar, Kaka, Marco, Marianne, Etienne, Kebab, César, Perrine, Raouf et Mina. Je vous remercie de m'accompagner tous les jours dans cette belle école qu'est la vie. Vous êtes pour moi une seconde famille.

Je vous aime.

À JPD, merci pour ce quotient bonheur que tu apportes chaque jour.

Pour ton enthousiasme, ta générosité et ta bienveillance envers les hommes et la nature.

Pour ton humour « pince sans rire » et cette niaque qui te va bien.

Je t'aime.

À Chakiba, pour cette amitié singulière. Tu es à mes yeux une personne exceptionnelle.
Je t'aime.

À Elodie, pour ton soutien, tes conseils et ton amitié.

Aux copains de la faculté de médecine : Souria, Laurie, William, Noémie, Man, Jen, Igor, Stef, Nathalie, Jacob, Daniele, Claire, Clem, Laura... Merci pour ces fous rires et pour ces histoires invraisemblables que nous avons partagées. Vous avez rendu ces années mémorables.

A l'AMAP, qui me donne l'espoir d'un monde meilleur, plus juste et solidaire.

Aux futurs membres de la MSP Au fil de l'eau, avec qui j'ai hâte de travailler.

À tous les autres, avec qui j'ai eu la chance de partager un bout de chemin de la vie.

Aux patients, qui m'apprennent et me transmettent au quotidien.

À ceux qui me font aimer chaque jour un peu plus le métier que j'ai choisi.

" C'est dans les utopies d'aujourd'hui que sont les solutions de demain. "

Pierre Rabhi

Déclaration de conflit d'intérêt

Conformément à l'article 26 de la loi du 4 mars 2002, je déclare avoir un lien d'intérêt avec Canal 33.

Canal 33 a offert l'installation des écrans télévisés dans les salles d'attente des cabinets participant à notre étude.

Canal 33 est une chaîne de télévision qui propose des programmes qui ont trait à la santé en salles d'attente de cabinets de professionnels de santé. CANAL 33 se veut être un vecteur de distraction, d'information et de prévention.

Ce travail n'a bénéficié d'aucun autre financement extérieur.

RÉSUMÉ FRANÇAIS

CONTEXTE

Un objectif du plan cancer 2014-2019 est de réduire le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus. Une des mesures entreprises a été la généralisation du programme de dépistage organisé de ce cancer pour les femmes de 25 à 65 ans. Ce cancer est évitable grâce au dépistage et aux traitements des lésions précancéreuses. Cependant le taux de dépistage en France reste insuffisant. Une des solutions serait d'améliorer l'information et l'éducation des femmes. A cette fin, il existe une méthode facilitant la mémorisation de messages diffusés en situation d'attente à savoir « l'audience captive ».

OBJECTIF

Ce travail avait pour objectif de déterminer si la diffusion du spot vidéo de l'Institut National de Cancérologie (INCA) sur le frottis cervico-utérin (FCU) en salle d'attente de cabinets de médecine générale incitait les femmes à participer davantage au dépistage du cancer du col de l'utérus.

MÉTHODE

Une étude prospective a été réalisée dans des cabinets de médecine générale. Les médecins généralistes participant ont été randomisés en deux groupes pour diffuser ou non le spot vidéo de l'INCA sur le FCU dans leur salle d'attente. Ils devaient inclure les patientes éligibles au dépistage et non à jour du FCU. Trois mois après, celles-ci étaient rappelées pour évaluer leur statut concernant le FCU : réalisé, réalisation prévue, ou non réalisé et non prévu.

RÉSULTATS

19 médecins généralistes ont inclus 162 patientes de novembre 2017 à février 2018. Parmi elles, 67 patientes étaient dans le groupe qui avait été exposé au spot vidéo. L'analyse a mis en évidence une tendance à l'incitation à la réalisation du FCU chez les patientes exposées au spot vidéo, sans différence significative. La majorité des patientes ont trouvé que le contenu du programme diffusé en salle d'attente était intéressant et la diffusion était vécue comme un moment agréable.

DISCUSSION

Il s'agit de la première étude qui a évalué l'impact de « l'audience captive » en médecine. L'information orale donnée systématiquement par les médecins dans les deux groupes pourrait représenter un biais de classement non différentiel. Notre étude n'a pas retrouvé d'incitation, statistiquement significative à la réalisation du FCU chez les patientes exposées au spot vidéo de l'INCA. Néanmoins d'autres études ont pu mettre en évidence l'intérêt des médias vidéos. Une étude à plus grande échelle en appréciant l'évolution des ROSP pourrait être envisagée. Notre étude a toutefois montré une bonne acceptabilité de ce moyen de communication.

RÉSUMÉ ANGLAIS

BACKGROUND

One of the objectives of the 2014-2019 cancer plan is to reduce the cervical cancer mortality rate. One measure undertaken is the generalisation of the cervical cancer screening program. This cancer is avoidable by screening and treating pre-cancerous lesions. Nevertheless, the screening rate in France remains low. One of the solutions could be to improve the information and education of women about screening. One method for communicating the information more efficiently could be to broadcast messages in waiting situations, as such a captive audience is more likely to remember the messages.

OBJECTIVE

To determine if broadcasting an audiovisual message made by the National Cancer Institute about cervical cancer in the general practitioners' (GPs) waiting rooms makes more women intend to participate in cervical cancer screening.

METHODS

A prospective study was conducted in waiting rooms of GPs. GPs were randomised into two groups: one that broadcast and one that didn't broadcast the audiovisual message in their waiting rooms. GPs included patients who were eligible for screening but didn't do it yet. Three months after the visit, the patients were contacted and grouped into one of two categories concerning the screening: firstly, had undergone screening or had not undergone screening but have screening scheduled and lastly had not undergone screening and don't have it scheduled.

RESULTS

19 general practitioners included 162 patients from November 2017 to February 2018. Among them, 67 patients were in the group who had been exposed to the audiovisual message. With non-significant influence, women who were exposed to the audiovisual message were more inclined to seek undergoing the screening. Most of the patients found the waiting room messages interesting and were positive towards them.

DISCUSSION

This is the first study to evaluate the impact of messages to a captive audience in medicine. Oral information provided by physicians in both groups could induce a nondifferential misclassification. Our study did not find a statistically significant influence of the audiovisual message in the intentions of undergoing the screening. However, other studies have highlighted the interest of the audiovisual messages. A larger study on the evaluation of the Remuneration on public health objectives (ROSP) could be considered. Our study showed a high acceptance towards this way of communication information.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
RÉSUMÉ FRANÇAIS	8
RÉSUMÉ ANGLAIS	9
TABLE DES MATIÈRES	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS	13
INTRODUCTION	14
A. LE CANCER DU COL DE L'UTERUS	15
1. Épidémiologie du cancer du col de l'utérus	15
2. Généralisation du programme de dépistage organisé du CCU	15
B. UNE MALADIE EVITABLE PAR LE DEPISTAGE ET LA VACCINATION HPV	16
1. Histoire de la maladie : un continuum lésionnel.....	16
2. Vaccination HPV	17
3. Le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses	17
C. INEGALITE DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN FRANCE	18
1. Un taux de couverture insuffisant en France.....	18
2. Des recommandations mal respectées.....	18
3. Caractéristiques des femmes ne participant pas au dépistage du CCU.....	18
4. Caractéristiques des médecins généralistes dont les femmes participent au dépistage.....	19
D. AMELIORER L'INFORMATION ET L'EDUCATION DES FEMMES	20
1. Manque de temps : Un frein à la délivrance d'une information claire.....	20
2. Informer et sensibiliser les patients en salle d'attente.....	21
3. Les supports audiovisuels	21
4. « L'audience captive » : Un outil qui améliorerait la mémorisation de message.....	22
II. PATIENTS ET MÉTHODES	23
A. CHOIX DU TYPE D'ÉTUDE	23
B. DEROULEMENT DE L'ÉTUDE	23
C. LES MOYENS	23
1. Le spot de l'INCA	23
2. Canal 33	24
3. En pratique.....	24

D.	RECRUTEMENT DES MEDECINS	25
E.	RECRUTEMENT DES PATIENTS	28
F.	RECUEIL DES DONNEES.....	29
G.	STATISTIQUES.....	31
III.	RÉSULTATS.....	32
A.	DEROULEMENT DE L'ETUDE.....	32
B.	ANALYSE DE LA POPULATION DE MEDECINS.....	33
1.	Profil des médecins généralistes ayant participé à l'étude.....	33
2.	Comparaison des deux groupes de médecins généralistes	37
3.	Messages principaux	38
C.	ANALYSE DE LA POPULATION DES FEMMES	38
1.	Comparaison des deux groupes de femmes sur l'âge	38
2.	Étude de l'inclusion des femmes du groupe TV	39
3.	Étude de l'inclusion des femmes du groupe STV.....	41
4.	Messages principaux	43
D.	DESCRIPTION DES RESULTATS PRINCIPAUX.....	43
1.	Étude de l'incitation à la réalisation du FCU	43
2.	Comparaison de la répartition des patientes dans les groupes TV et	47
3.	Profil des médecins incitateurs à la réalisation du FCU	48
4.	Description des raisons de la non-réalisation du FCU	50
5.	Messages principaux	51
E.	ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES MEDECINS ET DES FEMMES SUR LE PROGRAMME DIFFUSE	52
1.	Satisfaction des patientes.....	52
2.	Satisfaction des médecins.....	54
IV.	DISCUSSION	55
A.	DISCUSSION	55
1.	Déterminants de l'incitation à la réalisation du FCU	55
2.	Analyse des raisons de la non-réalisation du FCU	56
3.	Satisfaction des patientes et des médecins	58
B.	FORCES DE L'ETUDE.....	59
1.	Originalité	59
2.	Pertinence.....	59
3.	Coûts.....	59
4.	Choix de la méthode.....	60
5.	Acceptabilité	60
6.	Taille de l'échantillon.....	60

7.	Comparaison des résultats avec les données de la littérature.....	60
C.	LIMITES DE L'ETUDE	61
1.	Biais de recrutement	61
2.	Biais d'influence	62
3.	Biais de déclaration, de mémoire et de compréhension	63
4.	Biais liés au schéma de l'étude.....	63
5.	Biais lié aux perdus de vue.....	64
6.	Recherche en médecine générale	64
D.	VERS UNE LITTERATIE EN SANTE : LE PATIENT AU CŒUR DE SA PRISE EN CHARGE	66
1.	La littératie.....	66
2.	L'accès à l'information.....	66
	CONCLUSION.....	68
	BIBLIOGRAPHIE.....	69
	ANNEXES.....	74
	ANNEXE 1 : 4 TABLEAUX RESUMANT LES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES ETUDES CITEES.....	74
	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DES MEDECINS.....	78
	ANNEXE 3 : PROTOCOLE DE L'ETUDE POUR LE GROUPE TELEVISION.....	79
	ANNEXE 4 : PROTOCOLE DE L'ETUDE POUR LE GROUPE SANS TELEVISION	83
	ANNEXE 5 : SMS, PREMIER CONTACT AVEC LA PATIENTE	87
	ANNEXE 6 : ENTRETIEN TELEPHONIQUE AVEC LA PATIENTE	88
	ANNEXE 7 : SMS, DE REMERCIEMENT.....	89
	ANNEXE 8 : DECLARATION A LA CNIL N° TFR2375921T.....	90
	ANNEXE 9 : AVIS FAVORABLE DU COMITÉ D'ETHIQUE POUR LES RECHERCHES COMPORTEMENTALES ET EN SANTÉ (CERCES) ...	91
	ANNEXE 10 : AUTORISATION DE L'INCA A UTILISER LE SPOT VIDEO SUR LE FCU	92

LISTE DES ABRÉVIATIONS

FCU : Frottis cervico-utérin.

INCA : Institut national du cancer

CCU : Cancer du col de l'utérus

HPV : Papillomavirus humains

STV : sans télévision

TV : télévision

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

INTRODUCTION

En France le cancer du col de l'utérus (CCU) touche 3 000 femmes chaque année. Le nombre de décès dus à ce cancer est estimé à près de 1 100 par an (1).

Il est l'un des seuls cancers aisément évitables, d'une part grâce à la vaccination et d'autre part grâce au dépistage de ses lésions précancéreuses et de leur traitement précoce.

Néanmoins, le taux de dépistage du CCU est encore insuffisant en France. En effet il a été estimé à 62% entre 2010 et 2014(1).

L'information et l'éducation des femmes sont des déterminants à la participation à ce dépistage(2–5). Améliorer l'accès à l'information et l'éducation des patientes est par conséquent un enjeu majeur de santé publique.

Le temps de consultation étant restreint et l'éducation à la santé, une des missions primordiales du médecin généraliste, il semble important d'en faciliter l'accès.

Pour ce faire, la salle d'attente est devenue somme toute un lieu d'information et d'éducation via des affiches et des brochures.

Cependant, plusieurs études ont révélé que l'impact de l'audiovisuel semblait supérieur à celui des supports papiers dans l'éducation et la prévention (6–10). Un nouvel outil améliorerait l'information et l'éducation : « l'audience captive ».

Notre travail a donc cherché à déterminer si la diffusion du spot vidéo de l'Institut National de Cancérologie (INCA) sur le frottis cervico-utérin (FCU) en salle d'attente de cabinets de médecine générale incitait les femmes à participer davantage au dépistage du CCU.

A. Le cancer du col de l'utérus

1. Épidémiologie du cancer du col de l'utérus

En France, le cancer du col de l'utérus (CCU) est le 12ème cancer féminin le plus fréquent. Il touche environ 3 000 nouvelles femmes chaque année. Trois quarts des cas sont diagnostiqués chez des femmes âgées de 25 à 64 ans(1). Il représente la 11ème cause de mortalité chez la femme en France. En 2017 le nombre de décès par CCU a été estimé à 1 100 par an (1).

Le taux d'incidence du CCU est de 5,9 pour 100 000 femmes. Il a diminué depuis 1980 de 2,5% par an en moyenne. Cette tendance s'explique par l'existence, depuis les années 1960, du dépistage par le frottis cervico-utérin (FCU). Celui-ci permet en effet de diagnostiquer et de traiter des lésions pré-invasives ou des cancers à un stade précoce(11).

La survie nette à 5 ans a diminué au cours du temps. Elle est passée de 68 % entre 1989-1993 à 63 % entre 2005-2010 (12). Ce phénomène est paradoxalement lié au développement du dépistage. En effet, grâce à ce dernier il y a moins de cancers diagnostiqués au stade invasif mais les cancers invasifs restants sont des cancers de mauvais pronostic.

Au sein de l'Union Européenne, 33 000 nouveaux cas ont été estimés en 2012. La France est le 9^e pays ayant le taux d'incidence le plus faible et le 10^e ayant le plus faible taux de mortalité(1).

2. Généralisation du programme de dépistage organisé du CCU

Le plan cancer 2014-2019 a pour objectif de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du CCU. Il s'appuie pour cela, sur un programme national de dépistage organisé. Il s'agit de mettre en place un troisième programme de dépistage à l'échelle nationale, après ceux du cancer du sein et du cancer colorectal.

Ce programme se déploie dans le cadre du dispositif déjà existant et il s'inscrit dans la stratégie nationale de l'évolution des missions de l'Assurance maladie.

La généralisation du dépistage du CCU, devrait augmenter son taux de couverture à 80 %. Elle devrait également le rendre plus accessible aux populations les plus vulnérables ou les plus éloignées du système de santé.

Un des objectifs du plan cancer 2014-2019 est de réduire l'incidence et par conséquent le nombre de décès par CCU de 30 % à 10 ans.

B. Une maladie évitable par le dépistage et la vaccination HPV

1. Histoire de la maladie : un continuum lésionnel

Les CCU sont principalement provoqués par des virus de la famille des papillomavirus humains (HPV). Ces virus se transmettent par voie sexuelle. L'infection par HPV est l'une des infections sexuellement transmissibles virales la plus fréquente en population générale. Elle survient généralement avant l'âge de 30 ans. Plus de 80% de ces infections guérissent spontanément en une année ou deux (13).

Cependant, dans certains cas, ces infections persistent et provoquent des lésions au niveau du col de l'utérus. Certaines de ces lésions sont susceptibles d'évoluer à terme vers un cancer. En effet, la persistance de l'infection par des HPV à haut risque oncogène peut entraîner la formation de lésions précancéreuses dans un délai d'environ 5 ans. Ces lésions précancéreuses peuvent régresser spontanément ou progresser vers des stades de désorganisation de l'épithélium (les CIN3 étant les plus sévères) puis vers un CCU dans un délai de 5 à 20 ans (11).

À ce jour, 14 HPV ont été identifiés comme étant à l'origine du CCU. Les plus souvent en cause sont les HPV de génotypes 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58. Ils sont responsables de près de 85-90% des CCU(11,14).

Aujourd'hui, il existe deux moyens complémentaires pour limiter ce risque :

- Une vaccination contre les HPV pour les jeunes filles à partir de 11 ans selon le calendrier vaccinal ;
- Et un test de dépistage, tous les trois ans, après deux FCU normaux à un an d'intervalle, pour toutes les femmes de 25 à 65 ans (15).

2. Vaccination HPV

Le CCU est évitable grâce à la vaccination HPV. La vaccination vise à éviter l'infection par les génotypes responsables de 85-90% des CCU. Depuis 2006 trois vaccins existent en France.

Malheureusement, la dynamique de vaccination connaît un déclin depuis 2010 et le taux de couverture vaccinale est aujourd'hui inférieur à 30 %.

3. Le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses

Le dépistage du CCU permet de détecter des lésions précancéreuses ou des cancers à un stade précoce et de les traiter avant qu'elles ne se transforment en cancer.

En 2009, le taux d'incidence des lésions précancéreuses du col était de 30,1 pour 100 000 personnes-années et de 6,2 pour les cancers invasifs(11).

C'est la complémentarité de la vaccination et du dépistage qui permet de lutter le plus efficacement contre le CCU(16). En effet, les vaccins disponibles actuellement ne protègent pas contre tous les virus HPV oncogènes. C'est pourquoi toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans, y compris celles qui sont vaccinées, doivent faire un FCU tous les trois ans (après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle)(17).

C. Inégalité de dépistage du cancer du col de l'utérus en France

1. Un taux de couverture insuffisant en France

Le taux de couverture du dépistage du CCU a été estimé à 62% dans 13 départements entre 2010 et 2014(1). Alors que l'objectif dans le plan cancer 2014-2019 est de majorer son taux de couverture à 80%.

2. Des recommandations mal respectées

Environ 6 millions de FCU sont réalisés chaque année en France, mais seulement 10% des femmes en bénéficieraient dans l'intervalle recommandé (18).

En effet les travaux d'évaluation des pratiques des professionnels menés par Géric Maura et la docteure Heard Isabelle montrent qu'en 2013, 35,5% des femmes de moins de 25 ans avaient bénéficié d'un dépistage par FCU au cours des trois années précédentes alors que ce dépistage n'est recommandé qu'à partir de 25 ans(19).

Un des objectifs du plan cancer 2014-2019 est de faire reculer les inégalités face au CCU et par conséquent d'en réduire l'incidence (20). Il semble donc important d'identifier les inégalités face à ce dépistage.

3. Caractéristiques des femmes ne participant pas au dépistage du CCU

L'Institut national du cancer a conduit une étude qui visait à caractériser les populations vulnérables et les femmes non-participantes au dépistage du CCU. Il a été trouvé que le taux de non-participation au dépistage augmentait chez les femmes (21) :

- À partir de l'âge de 50 ans ;
- Ayant un moindre recours au système de santé ;
- En affection de longue durée ;
- En invalidité ;
- Présentant des caractéristiques socioéconomiques défavorables.

Près de 60% des femmes non-participantes résidaient dans une commune identifiée comme défavorisée et 15% étaient bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (21). Le pourcentage d'assurés sociaux bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire est de 8,33% (22).

Un autre facteur influençant la participation au dépistage du CCU était l'accès aux soins et aux médecins (15). On estime que le fait d'habiter dans un quartier faiblement doté en médecins généralistes et gynécologues est associé à un risque significativement plus élevé de retard de dépistage chez les femmes dont l'espace d'activité est restreint à leur quartier de résidence(18).

4. Caractéristiques des médecins généralistes dont les femmes participent au dépistage

Le réflexe de vérification du statut de réalisation du FCU est plus présent chez les femmes (55 %), les médecins de moins de 45 ans (54 %) et les médecins réalisant eux-mêmes des FCU(23).

Les médecins qui pratiquent le plus le FCU au cabinet sont :

- Des femmes (67 %),
- Jeunes : de moins de 45 ans (57 %),
- En milieu rural (67 %)
- Ayant une patientèle importante (59 %) (23).

Plusieurs études ont montré que la pratique du FCU par les médecins généralistes conduit à une augmentation du taux de participation au dépistage du CCU de leurs patientes (24–26), qui plus est, lorsque le FCU est réalisé par une femme médecin (24).

Un autre facteur favorisant la participation à ce dépistage est l'information délivrée aux femmes sur :

- Le CCU et son histoire naturelle ;
- Le rythme du dépistage et/ou le suivi après les résultats du FCU(24).

D. Améliorer l'information et l'éducation des femmes

L'une des actions du plan cancer 2014-2019 est de développer des actions d'information et de sensibilisation de la population en ciblant les départements où les taux de couverture sont les plus bas. Il vise à donner à chacun le moyen d'être acteur de sa santé en améliorant l'accès à l'information et en développant des programmes d'éducation à la santé(20).

Un des départements où le taux de couverture du dépistage du CCU est l'un des plus faibles est la Seine-Saint-Denis. En effet, le taux de réalisation d'au moins un FCU dans ce département était de 52% entre 2010 et 2013 soit 10 points de moins que la couverture nationale(27).

Renforcer l'information des professionnels et des personnes dans ces départements est donc une priorité.

1. Manque de temps : Un frein à la délivrance d'une information claire

La durée moyenne d'une consultation en France est de 17 min (28). C'est l'une des consultations les plus longues en Europe. Le nombre moyen de motifs de consultations est de 2,6 (29). Dans ce contexte on devine les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour mener à bien leur mission d'éducation et d'information des patients au cours d'une consultation.

D'autres facteurs viennent contracter le temps de consultation : les problèmes de démographie médicale, de pénurie d'offre de soin et le temps administratif des médecins.

En France la rémunération à l'activité ne permet pas encore de valoriser le temps d'éducation individuelle à la santé. Cette activité apparaît donc peu attractive pour les professionnels de santé.

D'après le Baromètre santé médecins généralistes 2009, afin de mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, 91,4 % des médecins souhaiteraient disposer de plus de temps ; 85,0 % estiment que les campagnes grand public pourraient faciliter ces missions. Une rémunération spécifique a également été citée, par 64,0 % des médecins interrogés (3).

L'éducation à la santé est un enjeu de santé publique. Les conditions actuelles d'exercice des médecins rendent difficile sa réalisation. Dans ce contexte la salle d'attente reste un lieu d'information sur la prévention et l'éducation à la santé.

2. Informer et sensibiliser les patients en salle d'attente

La salle d'attente est un lieu incontournable, un espace de passage presque obligatoire pour tous les patients. En moyenne le temps d'attente y est de 20,2 minutes. La salle d'attente est un vecteur de communication important car elle permet d'informer les patients sur de nombreux sujets (vaccination, dépistage, éducation thérapeutique etc.).

Les patients semblent vouloir occuper leur temps d'attente de manière productive. D'ailleurs, ce constat est partagé par le Dr Benoit LEROY qui indique dans sa thèse qu'il considère la salle d'attente comme un lieu d'information et d'éducation à la santé et constate qu'ils sont demandeurs d'une démarche éducative (30).

L'impact de l'affichage et des brochures sur les patients en salle d'attente est difficile à évaluer. Certaines études mettent en avant son utilité (31) et d'autres remettent en question son intérêt car non remarqué par les patients et influençant peu leur comportement (32–35).

Plusieurs études (6–10) ont montré que les médias vidéos étaient plus efficaces que les documents écrits dans la prévention et l'éducation à la santé. Le slogan « Les antibiotiques ne sont pas automatiques » qui a entraîné une baisse de 26,5% de la consommation hivernale d'antibiotiques, entre 2002 et 2007, en est une illustration (36).

En dépit de tout cela, les techniques audiovisuelles sont très peu utilisées dans la pratique courante, ceci est probablement dû à un problème de coût, de faisabilité, de diffusion de spots agréés et d'une méconnaissance des professionnels de santé de cet outil.

3. Les supports audiovisuels

Plusieurs études ont évalué l'effet de l'audiovisuel sur l'information et l'éducation à la santé des patients. Leurs principales caractéristiques sont résumées dans 4 tableaux (Annexe 1).

Il semblerait que ces moyens de communication soient appréciés et utilisés par les patients(37). Ils permettraient une amélioration des connaissances(6,8,38) et inciteraient parfois à la discussion avec le médecin.

Il est difficile de statuer sur leur influence sur le comportement des patients. Certaines études retrouvent un changement de comportement des patients après exposition à un média vidéo (7,9,39–42) d'autres ne retrouvent pas d'effet significatif (11). L'impact du message vidéo dépend de son format, contenu(11) et de sa durée.

Il semblerait que les vidéos didactiques améliorent les connaissances des patients et que les vidéos narratives sensibilisent le mieux(10,43). Les messages à destination d'un large public semblent être associés à un plus grand impact(44).

Ces résultats sont à interpréter avec précaution car la majorité des études présentaient des biais et avaient un faible niveau de preuve.

4. « L'audience captive » : Un outil qui améliorerait la mémorisation de message

Diana Derval, explique dans son ouvrage que la salle d'attente d'un médecin est un lieu privilégié pour communiquer des messages (45). En effet, en salle d'attente les patients sont plus disposés à recevoir une information, c'est ce qu'on appelle « l'audience captive »(46).

Le « wait marketing » est une technique de communication utilisée par les publicitaires. L'attente rendrait la publicité plus efficace. En effet un même spot publicitaire diffusé en situation d'attente aurait un taux de mémorisation nettement supérieur à celui d'une diffusion télévisée (45). Les derniers rapports de mesure d'audience (Médiamétrie, SMT, Ifop) montrent que le taux de mémorisation d'un même spot diffusé dans la salle d'attente d'un médecin est de 27% alors qu'il serait de 17% lorsqu'il viendrait interrompre une émission télévisée (47).

Si l'on s'intéresse à la consommation des médias, on constate qu'en moyenne un français passe 17.3 heures par semaine devant la télévision (48). L'audiovisuel fait donc partie intégrante de l'expérience quotidienne de nos patients. Utiliser ce moyen de communication dans les salles d'attente, ne serait que tirer profit du comportement déjà adopté et l'utiliser comme vecteur d'éducation à la santé.

Nous nous sommes donc inspirés de cette modalité de publicité pour réaliser notre travail.

L'objectif de notre étude était de savoir si la diffusion du spot vidéo de l'INCA sur le FCU en salle d'attente de cabinets de médecins généralistes incitait davantage les femmes à participer au dépistage du CCU.

II. PATIENTS ET MÉTHODES

A. Choix du type d'étude

Une étude multicentrique prospective comparative et randomisée par minimisation a été réalisée du 1^{er} novembre 2017 au 30 Juin 2018 en ambulatoire, dans des cabinets de médecine générale de la Seine-Saint-Denis (93) et le 19^e arrondissement de Paris.

B. Déroulement de l'étude

L'étude se déroulait en plusieurs étapes :

1. Recrutement des médecins ;
2. Randomisation des médecins en deux groupes pour l'installation ou non d'un écran en salle d'attente ;
3. Installation du matériel dans les salles d'attente des cabinets sectionnés pour diffuser le spot vidéo de l'INCA sur le FCU ;
4. Les médecins recrutaient les femmes durant 4 mois ;
5. Les femmes étaient rappelées 3 mois après la date d'inclusion pour recueillir les données.

C. Les moyens

1. Le spot de l'INCA

Le spot utilisé dans notre étude a été réalisé par la direction de la communication et de l'information du département de l'INCA. Ce spot est disponible en ligne sur la page YouTube de l'INCA : <https://www.youtube.com/watch?v=Z-yPghiZHPY>

Il est à destination des professionnels de santé et du grand public.

Une autorisation de diffusion a été obtenue pour l'utilisation de ce spot dans notre étude (Annexe 10).

2. Canal 33

Canal 33 est une chaîne de télévision qui propose des programmes qui ont trait à la santé en salles d'attente de cabinets de professionnels de santé. CANAL 33 se veut être un vecteur de distraction, d'information et de prévention.

Elle offre un programme adapté au temps d'attente des patients. Le contenu des programmes peut être personnalisé en y intégrant des messages.

L'entreprise existe depuis 1985 et diffuse des programmes dans 1 800 centres médicaux en France.

3. En pratique

Après randomisation, les médecins tirés au sort pour l'installation d'un écran en salle d'attente se voyaient fixer un rendez-vous avec un technicien de CANAL33.

Un technicien se déplaçait gratuitement dans chaque cabinet pour installer le matériel. Aux heures de consultations, le programme stocké dans la box fixée derrière l'écran, était diffusé en boucle de 80 minutes.

En fonction du temps d'attente déclaré sur le questionnaire des médecins (Annexe 2) le spot vidéo de l'INCA sur le FCU était intégré de tel sorte qu'il soit visionné au moins 2 fois par leurs patientes.

Les programmes dans les salles d'attente étaient renouvelés mensuellement. Aux heures de fermeture du cabinet, la box se mettait à jour pour renouveler le programme ainsi que les messages personnalisés.

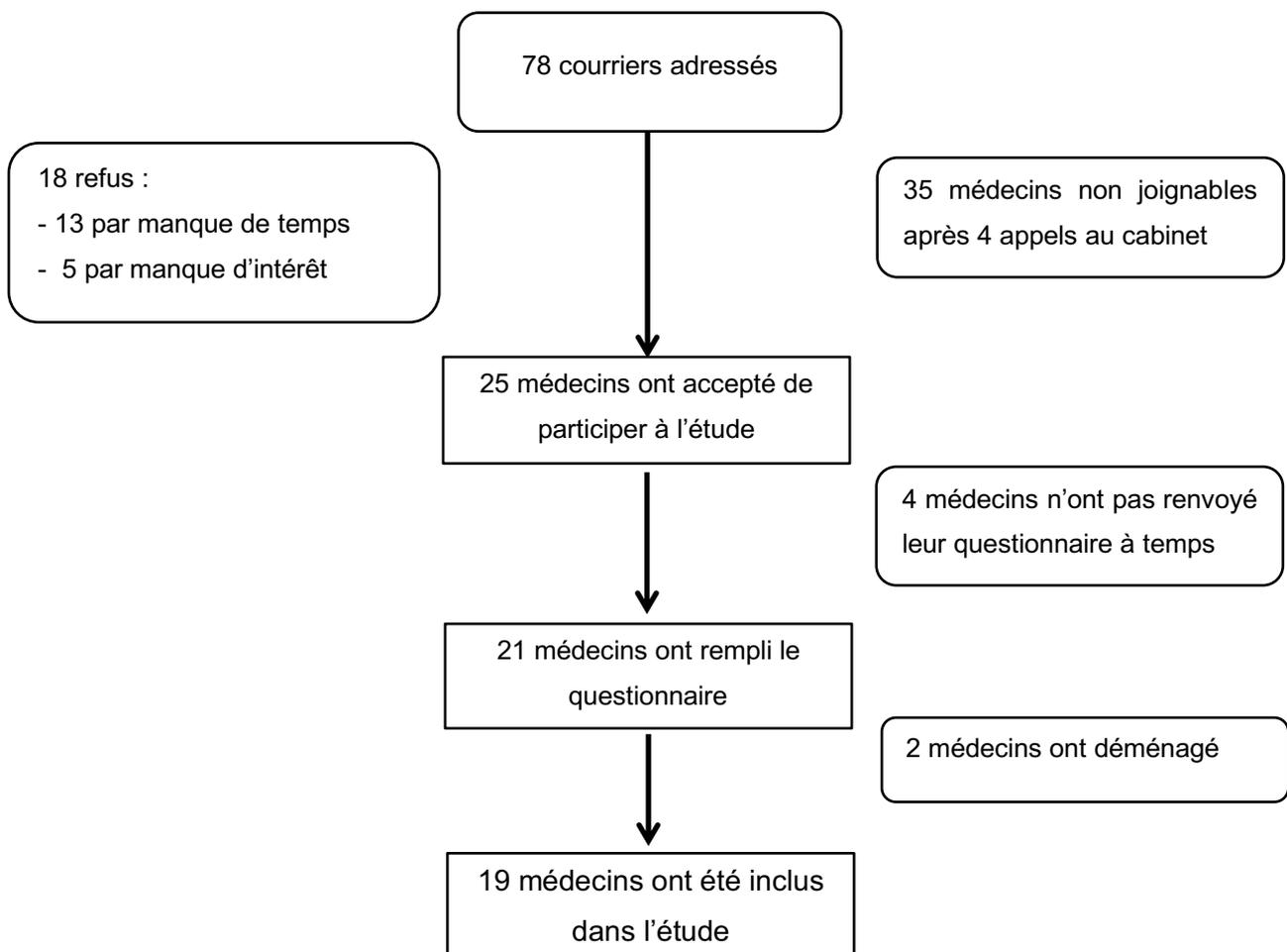
Les patientes qui avaient été exposées à l'écran en salle d'attente devaient, à la fin de leur consultation, estimer leur temps d'attente et mentionner si elles avaient visionné un clip musical (Annexe 3). Un clip musical était diffusé après chacune des apparitions du spot vidéo de l'INCA. Le clip musical et le spot de l'INCA durant au total moins de 4 min, il était considéré que les patientes avaient été exposées au spot de l'INCA sur le FCU si elles avaient visionné un clip musical et si elles avaient patienté plus de 5 min en salle d'attente.

D. Recrutement des médecins

Des médecins généralistes du nord-est parisien : la Seine-Saint-Denis (93) et le 19^e arrondissement de Paris, étaient tirés au sort sur le registre des pages jaunes. Nous les avons contactés après leur avoir adressé un courrier. Les médecins qui acceptaient de participer à l'étude étaient tirés au sort pour appartenir au groupe d'intérêt qui sera nommé « groupe télévision » dans la suite du manuscrit, ou au groupe contrôle qui sera nommé « groupe sans télévision ».

78 médecins ont été contactés par courriers. 35 n'étaient pas joignables après 4 appels au cabinet. 18 médecins ont refusé de participer à l'étude. Pour 13 d'entre eux la raison principalement rapportée était le manque de temps (trop de sollicitations en cours, difficulté à s'impliquer dans un nouveau projet, etc...). 5 ont rapporté ne pas être intéressés car ne se sentaient pas concernés (orientation plutôt gériatrique).

Figure1 : Diagramme de flux des médecins participants



25 médecins avaient accepté de participer à l'étude, soit un taux de réponse positive de 32%. Un questionnaire sur leur pratique leur avait été adressé par mail (Annexe 2). Les médecins devaient préciser :

- Leur âge ;
- Leur genre ;
- Leur lieu d'exercice ;
- S'ils avaient eu une formation complémentaire (diplôme universitaire de Gynécologie, Sport, Gériatrie...) ;
- S'ils pratiquaient le FCU au cabinet ;
- S'ils avaient une orientation gynécologique dans leur pratique ;
- Leur rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) de l'année précédente ;

Extrait du questionnaire des médecins :

Comparabilité des deux groupes de cabinets :

Document à remplir et à renvoyer avant le 30 Juin 2017 à l'adresse suivante

donnees_personnelles_retirees@gmail.com.

1) Etat civil du praticien :

- NOM Prénom
- Age
- Sexe

2) Information sur le cabinet :

- Quelle est l'adresse de votre cabinet ?
- En moyenne, à combien de minutes estimeriez-vous, le temps passé par un patient dans votre salle d'attente ?

3) Activité gynécologique :

- Avez-vous une orientation gynécologique dans votre pratique (suivi de grossesse, contraception, etc) ? Oui/Non
 - o Si oui laquelle :
- Réalisez-vous des frottis cervico-utérin dans votre cabinet ? Oui/Non

Quelques semaines plus tard, les médecins n'ayant pas renvoyé leur questionnaire étaient exclus de l'étude.

21 médecins ont donc été randomisés par minimisation en deux groupes pour la diffusion ou non du spot vidéo de l'INCA sur le FCU dans leur salle d'attente. Ils recevaient en fonction de leur groupe d'attribution le protocole détaillé par mail. (Annexe 3 et 4)

Les médecins étaient randomisés en tenant compte des facteurs de confusion suivants :

- Leur lieu d'exercice : Paris ou Seine-Saint-Denis ;
- Genre : femme ou homme ;
- Pratique du FCU au cabinet : oui ou non ;
- ROSP ;
- Leur exercice collectif ou seul.

Une fois leur groupe attribué, une rencontre physique était organisée avec le médecin pour lui expliquer le protocole et répondre à leurs questions.

CANAL 33 intervenait ensuite au sein des cabinets des médecins du groupe télévision pour y installer le programme à diffuser.

Au démarrage de l'étude, le 1^{er} novembre 2017, 2 médecins n'exerçaient plus dans le lieu dans lequel ils avaient été inclus et ont donc été sortis d'étude.

E. Recrutement des patients

Les femmes qui consultaient en cabinet de médecine générale, éligibles au dépistage du CCU et non à jour du FCU se voyaient proposer par leur médecin de participer à une étude sur le suivi des patients.

Dans les deux groupes, la consultation se déroulait en trois temps comme indiqué sur le protocole (Annexes 3 et 4) :

- **Premier temps de la consultation** : Statut sur le dépistage + Information

Les médecins devaient repérer toutes les femmes éligibles au dépistage du CCU et non à jour du FCU.

Si elles n'étaient pas à jour de celui-ci, les médecins leur donnaient l'information suivante :

« Je constate que vous n'êtes pas à jour de votre frottis cervico-utérin. Celui-ci permet de détecter les lésions précancéreuses et de les traiter tôt. Ainsi on peut éviter le cancer du col de l'utérus. »

Selon leurs habitudes, ils proposaient à la patiente de le faire eux-mêmes, de prendre rendez-vous avec un confrère/consœur, ou de le faire chez une sage-femme ou en laboratoire.

- **Deuxième temps de la consultation** : Motif(s) de consultation

Les médecins menaient leur consultation sur le(s) motif(s) de consultation

- **Troisième temps de la consultation** : Inclusion

A la fin de la consultation, les médecins devaient demander à la patiente si elle souhaitait participer à une étude menée par une interne de médecine générale sur le suivi médical en France. Ils ne devaient pas leur dire qu'il s'agissait d'une étude sur le dépistage du CCU. Si la patiente acceptait d'être rappelée à 3 mois pour répondre à quelques questions, elle devait compléter un tableau (Annexes 3 et 4) avec ses initiales, son numéro de téléphone et apposer sa signature pour faire connaître son accord. Une note d'information lui était également remise (Annexe 3 et 4). Les patientes qui avaient été exposées à l'écran en salle d'attente devaient en plus estimer leur temps d'attente et mentionner si elles avaient visionné un clip musical (Annexe 3).

Extrait du tableau à compléter par les patientes du groupe TV :

Date	Initiales	Numéro de téléphone	Quel a été votre temps d'attente avant votre consultation aujourd'hui ?	Avez-vous visionné un clip musical ? *	Signature

Trois mois après la date d'inclusion, les femmes étaient rappelées pour évaluer leur statut concernant le FCU :

- Réalisé ou réalisation prévue ;
- Non réalisé et non prévu.

F. Recueil des données

Les patientes étaient rappelées entre le 3^e et 4^e mois après la date d'inclusion.

Si une patiente ne répondait pas au premier appel, nous lui adressions un sms lui proposant de nous rappeler (Annexe 5). Si elle n'appelait pas après une semaine, nous la recontactions à 3 temps différents. Au-delà nous considérons que la patiente était perdue de vue.

Si la patiente rappelait avant que le 4^e mois ne s'achève, nous prenions en compte ses réponses.

Le questionnaire de l'entretien téléphonique a été testé auprès de plusieurs médecins non participant à l'étude avant d'être validé (Annexe 6).

L'entretien se déroulait en trois temps :

- Présentation ;
- Recueil des données ;
- SMS de remerciement aux patientes.

Lors du premier contact téléphonique l'investigateur se présentait et demandait à la patiente si elle maintenait son accord pour répondre à quelques questions concernant son suivi médical.

Lorsque la patiente acceptait, il lui était demandé de confirmer son identité et son âge. Le recueil du nom et du prénom des femmes avait été exigé par le comité d'éthique. En effet cette levée de l'anonymat permettait de s'assurer que le consentement était recueilli auprès de la bonne patiente.

Dans un second temps la question suivante lui était posée « Avez-vous réalisé un FCU ou avez-vous pris un RDV pour en réaliser un, depuis que vous avez vu le Dr.... Le ... (date d'inclusion) ? ». Elle était ensuite interrogée sur la date de réalisation du FCU précédent. Si elle avait été incluse dans le groupe télévision, sa satisfaction quant au contenu du programme diffusé était évaluée.

Une fois la conversation téléphonique terminée, elle recevait un sms de remerciement lui indiquant en plus qu'elle pouvait retirer son consentement à tout moment (Annexe 7).

Il a été volontairement choisi de restreindre le nombre de questions afin de limiter les pertes de données. En effet l'entretien téléphonique devenait plus délicat lorsque les femmes étaient interrogées sur le mode de vie, leur niveau socio-économique, etc...

Afin de mener à bien cette étude, une déclaration a été réalisée auprès de la CNIL sous le numéro ffR2375921t (Annexe 8).

Le protocole de cette étude a été validé par le Comité d'éthique pour les recherches comportementales et en santé (CERCES). Il s'agit de la décision N° 2018 – 10. Ce document est disponible en annexe (Annexe 9).

L'autorisation à utiliser le spot vidéo sur le dépistage du CCU dans le cadre de notre étude a été accordée par l'INCA (Annexe 10).

G. Statistiques

Le nombre de femmes nécessaire à l'étude a été fixé à 178.

Ce calcul a été réalisé à partir de BiostaTGV sur la base :

- D'une comparaison entre une proportion dans le groupe sans télévision à 0,62 vs une proportion dans le groupe télévision à 0,72 ;
- L'alpha à 0,05 ;
- Une puissance à 0,8.

A partir du ROSP moyen des médecins, qui est de 56,8%(49), nous avons estimé qu'un médecin généraliste rencontré en consultation au moins une fois par jour une patiente éligible au dépistage du CCU et non à jour de son FCU. Ce faisant le nombre de médecins nécessaire pour inclure 178 patientes en 4 mois a été estimé à 18.

Devant le faible effectif de médecins nécessaire, il a été choisi de les randomiser par minimisation afin d'homogénéiser les groupes.

Pour comparer les groupes de sujets, il a été utilisé des tests de Chi-2 ou des tests exacts de Fischer pour les variables qualitatives, et des t-tests de Wilcoxon-Mann pour les variables quantitatives.

Les relations entre les variables à expliquer et les variables explicatives ont été analysées par un modèle de régression logistique pas à pas descendante.

Les analyses ont été réalisées à partir des logiciels RStudio et Stata.

Les résultats ont été analysés en intention de traiter.

III. RÉSULTATS

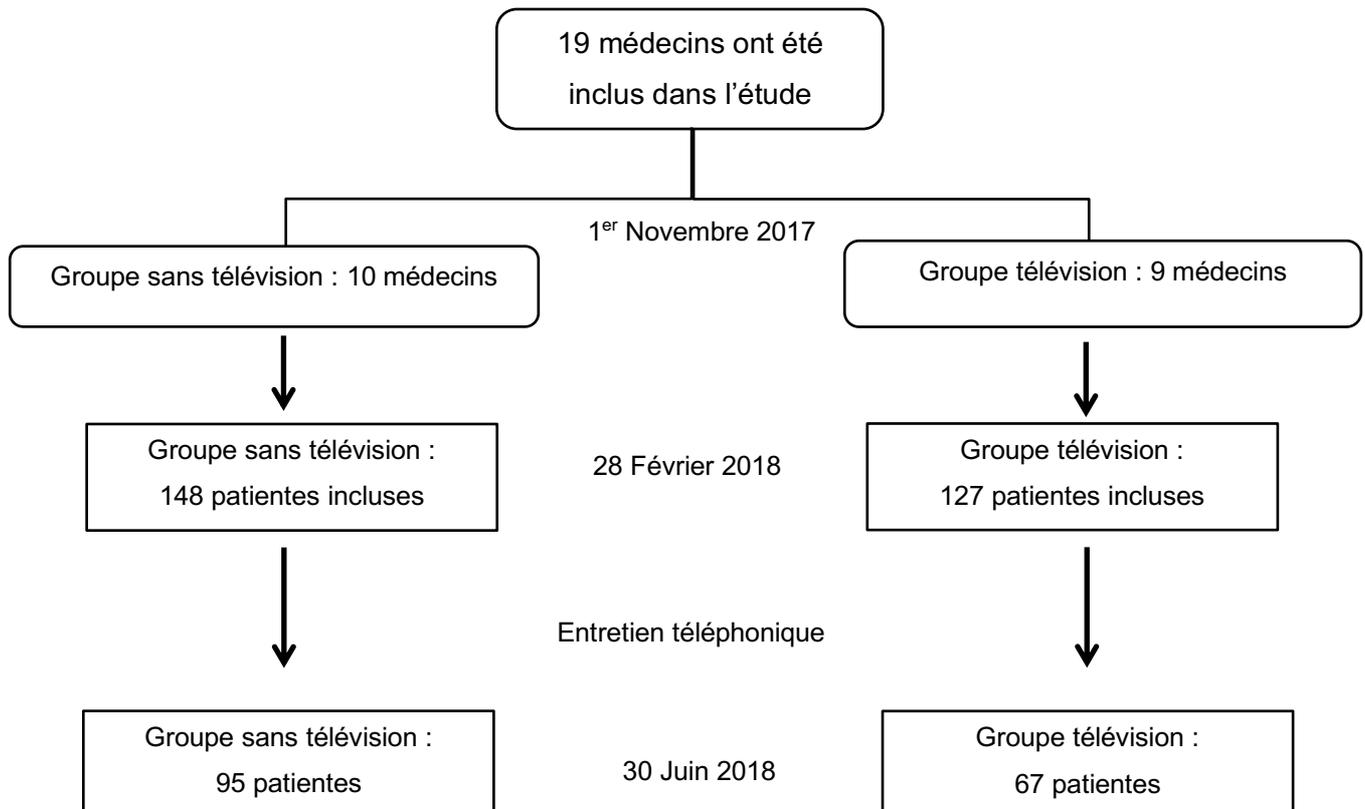
A. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée entre le 1^{er} Novembre 2017 et le 30 Juin 2018.

Parmi les 19 médecins généralistes inclus dans l'étude, 9 ont diffusé le spot de l'INCA sur le FCU dans leur salle d'attente de Novembre 2017 à Février 2018.

Les médecins ont inclus au total 275 femmes. Parmi elles, 127 patientes ont été exposées au spot vidéo de l'INCA sur le FCU. Les données de 162 patientes (67 dans le groupe télévision et 95 dans le groupe sans télévision) ont pu être analysées après l'entretien téléphonique réalisé à 3 mois de la date d'inclusion.

Figure 2 : Diagramme de flux des femmes participant



B. Analyse de la population de médecins

1. Profil des médecins généralistes ayant participé à l'étude

Au total, 19 médecins généralistes ont participé à l'étude. 10 médecins étaient dans le groupe sans télévision (STV) et 9 dans le groupe télévision (TV).

a. Dans le groupe télévision

Dans le groupe TV, 3 médecins exerçaient à Paris 19^e (75) et 6 en Seine-Saint-Denis (93) : 1 à Stains, 2 à Pantin et 3 à Bobigny. 7 médecins exerçaient en cabinet seul, 1 en cabinet de groupe et était maître de stage universitaire et 1 médecin était installé en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Le médecin M 9 était le remplaçant régulier du médecin M7. Le temps d'attente déclaré par les médecins du groupe TV allait de 15 à 120 minutes.

L'âge moyen des généralistes était de 49,22 ans. Ils avaient entre 29 et 64 ans. 3 médecins étaient des femmes et 6 étaient des hommes. 2 médecins sur 9 pratiquaient le frottis au cabinet. Le ROSP moyen des médecins était de 50% et s'étendait de 38% à 60,90%¹.

8 médecins avaient déclaré avoir une activité gynécologique au cabinet : suivi de grossesse et contraception. Aucun médecin n'avait de diplôme universitaire de Gynécologie. Concernant leur formation complémentaire : M 3 avait eu une formation en puériculture, M 6 était un ancien médecin urgentiste et M 8 avait suivi une formation dommage corporel.

¹ A titre indicatif, le ROSP moyen en France est de 56,8% et de 46,3% en Seine-Saint-Denis en 2017(49)

	Médecins	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Temps d'attente (min)	Age (ans)	Genre	Pratique du FCU au cabinet	ROSP	Activité gynécologique au cabinet	DU Gynécologie	Autres formations complémentaires
Groupe Télévision	M 1	P	CS	120	53	M	N	60,9%	O	N	N
	M 2	93	CG / MSU	15	50	F	N	39%	O	N	N
	M 3	93	CS	30	61	F	N	58,6%	O	N	Ped
	M 4	93	MDS	30	34	M	N	43%	N	N	N
	M 5	93	CS	30	51	M	N	53%	O	N	N
	M 6	93	CS	20	42	M	N	Na	O	N	Urg
	M 7	P	CS	30	59	F	O	56,2%	O	N	N
	M 8	93	CS	60	64	M	O	38%	O	N	DC
	M 9	P	CS	20	29	M	N	Na	O	N	N

DU : diplôme universitaire. P : Paris 19^e. 93 : Seine-Saint-Denis. CS : cabinet seul. CG : cabinet de groupe. MDS : maison de santé. MSU : maître de stage universitaire. M : masculin. F : féminin. O : oui. N : non. Na : non connu. Ped : puériculture/pédiatrie. Urg : médecine d'urgence. DC : dommage corporel.

Tableau 1. Profil des médecins généralistes participant dans le groupe télévision

b. Dans le groupe sans télévision

Dans le groupe STV, les lieux d'exercice des médecins généralistes étaient répartis comme suit : 4 en Seine-Saint-Denis (93) dans 3 villes différentes (Stains, Villepinte, Pantin) et 6 dans le 19^e arrondissement de Paris (75). Les médecins M11, M13, M18 et M19 exerçaient en maison de santé pluri-professionnelle et partageaient la même salle d'attente. Ces médecins ont naturellement été inclus dans le même groupe. Tous les autres médecins généralistes disposaient de leur propre salle d'attente : 3 exerçaient en cabinet de groupe et 3 exerçaient seuls en cabinet. Parmi les 10 médecins généralistes 1 avait une activité de maîtrise de stage universitaire et recevait régulièrement des étudiants en médecine.

L'âge moyen des généralistes était de 45,3 ans et allait de 31 à 69 ans. Il y avait 4 femmes et 6 hommes. 3 médecins sur 10 pratiquaient le frottis au cabinet.

4 médecins avaient déclaré avoir une activité gynécologique au cabinet : suivi de grossesse et contraception. M 11 avait eu un DU de Gynécologie. Concernant leur formation complémentaire : M12 était ancien médecin urgentiste et avait eu un DU de Pédiatrie, M 15 avait suivi une formation de médecine du Sport, M 17 avait déclaré avoir eu une formation en Pédiatrie et M 18 avait obtenu un diplôme universitaire de Dermatologie et de Médecine Internationale.

	Médecins	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Age (ans)	Genre	Pratique du FCU au cabinet	ROSP	Activité gynécologique au cabinet	DU Gynécologie	Autres formations complémentaires
Groupe Sans Télévision	M 10	93	CG	57	M	N	Na	N	N	N
	M 11	P	MDS	38	F	O	58%	O	O	N
	M 12	93	CG	47	M	N	Na	O	N	Urg, Ped
	M 13	P	MDS	31	F	O	Na	O	N	N
	M 14	93	CS/ MSU	56	M	N	44,7%	O	N	N
	M 15	93	CG	32	M	N	Na	N	N	Sp
	M 16	P	CS	57	M	N	53%	N	N	N
	M 17	P	CS	69	M	N	46%	N	N	Ped
	M 18	P	MDS	33	F	O	65%	N	N	Derm et Inter
	M 19	P	MDS	33	F	N	52%	N	N	N

93 : Seine-Saint-Denis. P : Paris 19e. CG : cabinet de groupe. MDS : maison de santé. CS : cabinet seul. MSU : maitre de stage universitaire. M : masculin. F : féminin.
N : non. O : oui. Na : non connu. Urg : médecine d'urgence. Ped : puériculture/pédiatrie. Sp : sport. Derm : dermatologie. Inter : médecine internationale.

Tableau 2. Profil des médecins généralistes participant dans le groupe sans télévision

2. Comparaison des deux groupes de médecins généralistes

Nous avons effectué des tests de comparaison afin de déterminer si les deux groupes de médecins étaient comparables vis-à-vis des facteurs de confusion.

Les analyses statistiques n'ont pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes de médecins sur les principaux facteurs identifiés comme influençant la réalisation du FCU :

- le lieu d'exercice : Paris 19^e (75) ou dans la Seine-Saint-Denis (93) ;
- le genre : féminin ou masculin ;
- l'âge ;
- la pratique du frottis au cabinet ;
- le ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique du médecin traitant des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années.

Variables	Groupe Télévision N = 9	Groupe Sans Télévision N = 10	p
Lieu d'exercice parisien	3 (33%)	6 (60%)	0,19*
Genre féminin	3 (33%)	4 (40%)	0,35*
Age (années)	49,22 (38-60)	45,3 (32-57)	0,5**
Pratique du FCU au cabinet	2 (22,22%)	3 (30%)	0,37*
ROSP (%)	50 (39-58)	53,11 (46-58)	0,67**

* Test Fisher. ** Test de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Tableau 3. Comparaison des deux groupes de médecins participant sur les facteurs influençant la réalisation du FCU, Effectif (%) ou Moyenne (Q1-Q3)

3. Messages principaux

Parmi les 78 médecins généralistes sollicités pour participer à notre étude 25 avaient accepté de participer, soit un taux d'acceptation de 32%.

19 ont été inclus. 12 étaient des hommes.
5 médecins sur 19 pratiquaient le FCU au cabinet dont un seul homme.

10 médecins généralistes ont été inclus dans le groupe STV et 9 dans le groupe TV.
Les deux groupes de médecins étaient comparables sur l'âge, la pratique du FCU au cabinet et le lieu d'exercice.

C. Analyse de la population des femmes

1. Comparaison des deux groupes de femmes sur l'âge

Les données relatives à l'âge de 147 patientes ont pu être analysées. 64 patientes étaient dans le groupe TV et 83 patientes dans le groupe STV.

La moyenne d'âge des femmes dans le groupe TV était de 44,2 ans alors qu'elle était de 38,92 ans dans le groupe STV. Les femmes du groupe STV étaient significativement plus jeunes que les femmes du groupe TV ($p= 0,005$).

Variables	Groupe Télévision n = 64	Groupe Sans Télévision n = 83	p*
Age (années)	44,2 (34,5-54)	38,92 (30-47)	0,005

* Test de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Tableau 4. Comparaison des groupes de femmes sur l'âge, Moyenne (Q1-Q3)

Sur les 52 femmes âgées de 25 à 34 ans, 16 étaient dans le groupe TV soit 30,77%, alors que 36 étaient dans le groupe STV, soit 69,23%. Cette différence était statistiquement significative ($p = 0,002$).

60% des femmes de plus de 55 ans étaient dans le groupe TV contre 40% dans le groupe STV. Cette différence n'était pas significative.

Age des patientes (années)	Groupe TV n = 64	Groupe STV n = 83	p*
25 - 34	16 (30,77%)	36 (69,23%)	0,002
35 - 44	14 (41,18%)	20 (58,82%)	0,75
45 - 54	19 (52,78%)	17 (47,22%)	0,20
55 - 65	15 (60%)	10 (40%)	0,06

*Test de Chi2.

Tableau 5. Comparaison des catégories d'âge des groupes de femmes, Effectifs (%)

2. Étude de l'inclusion des femmes du groupe TV

Au total 127 femmes ont été incluses par 9 médecins dans le groupe TV.

60 ont été exclues après l'entretien téléphonique : 16 étaient non éligibles au dépistage du CCU, 18 étaient à jour du FCU, 20 restaient non joignables (après 1 appel, 1 sms et 3 relances téléphoniques à 3 temps différents), enfin 1 avait été incluse à deux reprises.

Sur les 60 patientes exclues, 25 avaient été incluses par le médecin M 1 : 19 n'étaient pas éligibles ou étaient à jour de leur FCU, 5 étaient non joignables et 1 avait refusé de répondre aux questions lors de l'entretien téléphonique.

Le médecin remplaçant M9 n'avait pas inclus de patiente.

Au final 5 patientes ont refusé secondairement de répondre à l'entretien téléphonique, soit un taux de participation de 80%.

Les temps moyens d'attente rapportés par les patientes étaient sensiblement les mêmes que ceux déclarés par les médecins dans leur questionnaire.

	Médecins	Inclusion des patientes	Données non disponibles	Non éligible	A jour du FCU	Non joignable	Incluse 2 fois	Refus	Données disponibles	Temps d'attente (minutes)
Groupe Télévision	M 1	37	25	8	11	5	0	1	12	120
	M 2	9	4	0	1	1	1	1	5	22
	M 3	12	2	0	1	1	0	0	10	16
	M 4	13	5	1	1	2	0	1	8	37
	M 5	7	4	3	1	0	0	0	3	Na
	M 6	17	6	1	2	3	0	0	11	12
	M 7	15	7	1	1	5	0	0	8	16
	M 8	17	7	2	0	3	0	2	10	32
	M 9	0	0	0	0	0	0	0	0	Na
	TOTAL	127	60	16	18	20	1	5	67	

Temps d'attente (minutes) : temps d'attente moyen rapporté par les patientes.

Tableau 6. Analyse de l'inclusion des femmes dans le groupe TV

3. Étude de l'inclusion des femmes du groupe STV

Au total 148 femmes ont été incluses dans le groupe STV par 10 médecins généralistes. 53 ont été exclues après l'entretien téléphonique : 4 étaient non éligibles au dépistage du CCU, 10 à jour du FCU, 32 restaient non joignables dont 1 était décédée et 2 avaient été incluses à deux reprises.

Sur les 95 femmes dont les données étaient analysables, 43 avaient été incluses par deux médecins : M11 et M13.

Les médecins M 18 et M 19 n'avaient inclus aucune patiente dans l'étude.

5 patientes ont refusé de participer à l'étude, soit un taux de réponse positive de 73,6%

	Médecins	Inclusion des patientes	Données non disponibles	Non éligible	A jour du FCU	Non Joignable	Incluse 2 fois	Refus	Données disponibles
Groupe Sans Télévision	M 10	19	8	2	1	2	0	3	11
	M 11	23	7	0	0	7	0	0	16
	M 12	26	18	2	7	7	1	1	8
	M 13	35	8	0	1	6	0	1	27
	M 14	21	4	0	0	3	1	0	17
	M 15	14	5	0	0	5	0	0	9
	M 16	9	3	0	1	2	0	0	6
	M 17	1	0	0	0	0	0	0	1
	M 18	0	0	0	0	0	0	0	0
	M 19	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	148	53	4	10	32	2	5	95

Tableau 7. Analyse de l'inclusion des femmes dans le groupe STV

4. Messages principaux

Dans le groupe TV : 127 femmes ont été incluses par 9 médecins généralistes. 67 avaient des données analysables. 60 avaient été exclues, 25 d'entre elles avaient été incluses par le même médecin.

Dans le groupe STV : 148 femmes ont été incluses par 10 médecins. 95 femmes avaient des données analysables dont 43 avaient été incluses par deux médecins.

Les femmes du groupe STV étaient significativement plus jeunes que les femmes du groupe TV.

D. Description des résultats principaux

1. Étude de l'incitation à la réalisation du FCU

a. En fonction du groupe TV et STV

Nous avons souhaité déterminer si les femmes exposées au spot vidéo sur le FCU avaient fait ou prévu de faire plus de frottis que celles qui n'avaient pas été exposées au spot vidéo.

	Groupe TV	Groupe STV	TOTAL
Frottis fait ou prévu	31 (46,3%)	39 (41,1%)	70
Frottis non fait et non prévu	36 (53,7%)	56 (58,9%)	92
TOTAL	67	95	162

Risque Relatif = 1,12. Test Chi2, p = 0,51.

Tableau 8. Incitation à la réalisation du FCU en intention de traiter, en fonction du groupe TV ou STV, Effectif (%)

Dans le groupe TV, 31 femmes sur 67 (46,3%) avaient réalisé ou prévu de réaliser le FCU contre 39 sur 95 (41,1%) dans le groupe STV. Il a donc été constaté une augmentation de 12% (IC95% = 0,79 – 1,60 ; p = 0,51) de l'incitation à la réalisation du FCU chez les patientes exposées au spot vidéo. Cependant cette différence n'était pas statistiquement significative.

b. En fonction de l'âge des patientes

Dans un premier temps, nous avons cherché à savoir si les femmes les plus jeunes avaient réalisé plus de FCU, indépendamment de leur groupe.

Age des patientes (années)	Frottis fait ou prévu n = 61	Frottis non fait et non prévu n = 86
25 - 44	36 (59,02%)	50 (58,14%)
45 - 65	25 (40,98%)	36 (41,86%)

Test Chi2, p = 0,91.

Tableau 9. Incitation à la réalisation du FCU dans les groupes TV et STV, en fonction de l'âge des patientes, Effectif (%)

Les femmes les plus jeunes (< 45 ans) n'ont pas été plus incitées à réaliser de FCU. En effet, 59,02% des femmes ayant été incitées à réaliser un FCU dans notre étude, avaient moins de 44 ans. Cette donnée n'a pas été statistiquement significative ($p = 0,91$).

Nous avons ensuite cherché à savoir si le spot de l'INCA avait eu un impact en fonction de l'âge des patientes.

Age des patientes (années)	Frottis fait ou prévu n = 29	Frottis non fait et non prévu n = 35
25 - 44	14 (48,28%)	16 (64%)
45 - 65	15 (51,72%)	19 (36%)

Test Chi2, p = 0,84.

Tableau 10. Groupe TV, Incitation à la réalisation du FCU en fonction de l'âge des patientes, Effectif (%)

Dans le groupe TV, 15 femmes sur 29 (51,72%) avaient été incitées à réaliser le FCU. Elles avaient plus de 45 ans. Cette différence n'était pas statistiquement significative.

c. En fonction des caractéristiques des médecins

Les données de 162 patientes ont été analysées, parmi elles 70 avaient réalisé ou prévu de réaliser le FCU.

Les patientes incluses par un médecin de sexe féminin ont été 1,78 fois plus incitées à réaliser le FCU (IC95% = 1,25 – 2,54 ; $p = 0,2 \cdot 10^{-2}$). En effet, 39 sur 67 (58,2%) des patientes incluses par des médecins de sexe féminin ont réalisé ou prévu de réaliser le FCU, alors que 31 patientes sur 95 (32,6%) incluses par des médecins de sexe masculin ont été incitées à réaliser le FCU.

Les patientes incluses par un médecin qui pratiquait le FCU au cabinet ont été 1,52 fois plus incitées à réaliser le FCU (IC95% = 1,08 – 2,15 ; $p = 0,029$). En effet, 34 sur 62 (54,8%) des patientes incluses par des médecins qui pratiquaient le FCU au cabinet ont réalisé ou prévu de réaliser le FCU, versus 36 patientes sur 100 (36%) incluses par des médecins qui ne pratiquaient pas le FCU au cabinet.

L'incitation à la réalisation du FCU était plus fréquente chez les patientes ayant consulté un médecin qui exerçait à Paris. Néanmoins nous n'avons pas mis en évidence de différence significative pour cette caractéristique.

Caractéristiques des médecins		Frottis fait ou prévu n = 70	Frottis non fait et non prévu n = 92	Total n = 162	p*
Genre	Féminin	39 (58,2%)	28 (41,8%)	67	0,2.10 ⁻²
	Masculin	31 (32,6%)	64 (67,4%)	95	
Pratique du FCU au cabinet	Oui	34 (54,8%)	28 (45,2%)	62	0,029
	Non	36 (36%)	64 (64%)	100	
Lieu d'exercice	Paris	34 (47,9%)	37 (52,1%)	71	0,37
	Seine-Saint-Denis	36 (39,6%)	55 (60,4%)	91	

*Test de Chi2.

Tableau 11. Incitation à la réalisation du FCU en fonction des caractéristiques du médecin, Effectif (%)

Dans notre modèle d'analyse de régression logistique descendante, le genre du médecin féminin est apparu comme étant le facteur prédictif à l'incitation à la réalisation du FCU. Les femmes qui avaient consulté une médecin femme étaient 2,7 fois (IC95% = 1.12 – 6,48 ; p = 0,027) plus incitées à réaliser le FCU. Cette différence était statistiquement significative.

Analyse stratifiée sur le genre du médecin :

	Groupe TV	Groupe STV	RR	IC95%	p*
Frottis fait ou prévu	14 (58,33%)	10 (41,67%)	1,003	[0,66 – 1,53]	0,99
Frottis non fait et non prévu	25 (58,14%)	18 (41,86%)			
TOTAL	39	28			

RR : risque relatif. IC95% : Intervalle de confiance à 95 %, *test de Chi2.

Tableau 12. Impact du spot vidéo sur l'incitation à la réalisation du FCU dans le groupe de patientes vues par un médecin femme, Effectif (%)

Il n'a pas été retrouvé d'influence du spot vidéo de l'INCA dans le groupe de patientes incitées à réaliser un FCU par une médecin femme.

	Groupe TV	Groupe STV	RR	IC95%	p*
Frottis fait ou prévu	17 (39,53%)	26 (60,47%)	1,47	[0,82 – 2,62]	0,19
Frottis non fait et non prévu	14 (26,92%)	38 (73,08%)			
TOTAL	31	64			

RR : risque relatif. IC95% : Intervalle de confiance à 95 %, *test de Chi2.

Tableau 13. Impact du spot vidéo sur l'incitation à la réalisation du FCU dans le groupe de patientes vues par un médecin homme, Effectif (%)

Les femmes qui avaient été exposées au spot vidéo de l'INCA dans les salles d'attente de médecins hommes étaient 1,47 fois plus incitées à réaliser le FCU (IC95% = 0,82 – 2,62 ; p= 0,19), soit une augmentation de 47% de l'incitation à la réalisation du FCU.

Nous avons ensuite cherché à savoir s'il existait une différence de répartition des patientes dans les groupes TV et STV en regard des caractéristiques des médecins.

2. Comparaison de la répartition des patientes dans les groupes TV et STV en fonction des caractéristiques des médecins généralistes

Dans le groupe STV il y avait significativement plus de patientes incluses par des médecins pratiquant le FCU au cabinet ($p = 0,04$). En effet, 43 (69,4%) patientes sur 62 étaient incluses par un médecin pratiquant le FCU au cabinet dans le groupe STV alors que 19 (30,6%) étaient incluses dans le groupe TV.

Dans le groupe STV il y avait significativement plus de patientes incluses par des médecins exerçant à Paris ($p = 0,01$). 50 (70,4%) patientes sur 71 étaient incluses par un médecin exerçant à Paris alors que 21 (29,6%) étaient incluses dans le groupe TV.

Aucune différence significative n'était observée pour le genre du médecin.

Caractéristiques des médecins		TV n = 67	STV n = 95	Total	p*
Genre	Féminin	24 (35,8%)	43 (64,2%)	67	0,29
	Masculin	43 (45,3%)	52 (54,7%)	95	
Pratique du FCU au cabinet	Oui	19 (30,6%)	43 (69,4%)	62	0,04
	Non	48 (48%)	52 (52%)	100	
Lieu d'exercice	Paris	21 (29,6%)	50 (70,4%)	71	0,01
	Seine-Saint-Denis	46 (50,5%)	45 (49,5%)	91	

*Test de Chi2.

Tableau 14. Répartition des patientes dans les groupes TV et STV en fonction des caractéristiques du médecin, Effectif (%)

3. Profil des médecins incitateurs à la réalisation du FCU

a. Dans le groupe TV

4 médecins sur 9 ont inclus 34 patientes, soit 50,7% des patientes. Les médecins M6, M3, M2 et M7, ont incité 20 femmes sur 31 dans leur groupe à réaliser le FCU, soit 64,52%.

3 d'entre eux travaillaient dans la Seine-Saint-Denis, 3 exerçaient seuls en cabinet, leur moyenne d'âge était de 53 ans, 3 étaient des femmes, 1 réalisait le FCU au cabinet et leur ROSP moyen était de 51%.

	Médecins	Données disponibles	FCU réalisé ou prévu
Groupe Télévision	M 6	11	7 (63,4%)
	M 3	10	5 (50%)
	M 2	5	4 (80%)
	M 7	8	4 (50%)
	M 8	10	4 (40%)
	M 4	8	3 (37,5%)
	M 5	3	2 (67%)
	M 1	12	2 (16,7%)
	M 9	0	0 (0%)
	TOTAL	67	31 (50,8%)

Tableau 15. Inclusion des patientes et incitation à la réalisation du FCU dans le groupe TV, Effectif (%)

b. Dans le groupe STV

2 médecins ont inclus 43 patientes, soit 45,2% des patientes. M11 et M13 étaient des femmes. Elles travaillaient en MSP, leur moyenne d'âge était de 34,5 ans, 1 réalisait le FCU au cabinet et leur ROSP moyen était de 58%.

Elles ont incité 25 femmes sur 39 dans leur groupe à réaliser le FCU, soit 64,1%.

	Médecins	Données disponibles	FCU réalisé ou prévu
Groupe Sans Télévision	M 13	27	14 (51,8%)
	M 11	16	11 (68,75)
	M 10	11	4 (36%)
	M 14	17	4 (23,5%)
	M 16	6	2 (33,33%)
	M 12	8	2 (25%)
	M 15	9	2 (22,22%)
	M 17	1	0 (0%)
	M 19	0	0 (0%)
	M 18	0	0 (0%)
	TOTAL	95	39 (41%)

Tableau 16. Inclusion des patientes et incitation à la réalisation du FCU dans le groupe STV, Effectif (%)

4. Description des raisons de la non-réalisation du FCU

Les raisons principales de la non-participation au dépistage du CCU rapportées par les femmes étaient principalement le manque de temps (50%), l'oubli (17,39%) et le défaut d'accès à un professionnel pratiquant le FCU (10,87%).

Raisons	Groupe TV n = 36	Groupe STV n = 56
Manque de temps	14	32
Oubli - Négligence	9	7
Défaut d'accès à un professionnel	4	6
Pudique	3	2
Pas de raison	1	3
Pas de sécurité sociale	1	2
Autres priorités	2	1
N'y voit pas d'intérêt	1	1
Non informées	1	1
Pas de carte vitale	0	1

Tableau 17. Raisons de la réalisation du FCU en fonction de la présence dans un groupe, Effectif

5. Messages principaux

Dans le groupe TV, il a été constaté une augmentation de 12% de l'incitation à la réalisation du FCU. Le spot vidéo de l'INCA n'a pas eu d'influence sur les patientes en fonction de leur âge. Dans notre étude, les femmes les plus jeunes n'ont pas été plus incitées à réaliser de FCU.

Les patientes incluses par une médecin femme ont été 2,7 fois plus incitées à réaliser le FCU. Cette augmentation était statistiquement significative ($p = 0,027$). Chez ces femmes, le spot vidéo de l'INCA n'a pas eu d'influence.

A contrario, chez les femmes qui avaient été exposées au spot vidéo de l'INCA dans les salles d'attente de médecins hommes, il a été constaté une augmentation de 47% de l'incitation à la réalisation du FCU. Cette augmentation n'était pas statistiquement significative.

Les patientes incluses par un médecin qui pratiquait le FCU au cabinet ont été significativement plus incitées à réaliser le FCU ($p = 0,029$).

Dans le groupe STV, il y avait significativement plus de patientes incluses par des médecins pratiquant le FCU au cabinet.

Dans le groupe STV : 2 médecins ont inclus 43 patientes sur 95. Ces médecins ont incité 25 femmes sur 39 dans leur groupe à réaliser le FCU, soit 64,10%.

Les raisons principales de la non-participation au dépistage du CCU rapportées par les femmes étaient le manque de temps, l'oubli et le défaut d'accès à un professionnel pratiquant le FCU.

E. Évaluation de la satisfaction des médecins et des femmes sur le programme diffusé

1. Satisfaction des patientes

Parmi les 127 patientes qui avaient initialement accepté de participer à l'étude 101 ont accepté de répondre à la phase d'entretien qui portait sur la satisfaction du programme diffusé en salle d'attente. 60,4 % d'entre elles ont trouvé le contenu intéressant et 68,3% ont trouvé la diffusion agréable.

	Intéressant	Pas intéressant	Pas d'avis
Contenu du programme n = 101	61 (60,4%)	8 (7,9%)	32 (31,7%)

Tableau 18. Satisfaction des patientes en regard du contenu du programme diffusé, Effectif (%)

	Agréable	Désagréable	Pas d'avis
Diffusion du programme n = 101	69 (68,3%)	6 (6%)	26 (25,7%)

Tableau 19. Satisfaction des patientes en regard du moment passé lors de la diffusion, Effectif (%)

Pour cette analyse, les réponses des patientes qui étaient non éligibles ou à jour du FCU ont été retenues.

A la fin de l'entretien téléphonique, 20 patientes ont spontanément rapporté leur point de vue à propos de l'écran installé dans la salle d'attente de leur médecin. 14 ont rapporté un témoignage positif. Voici quelques verbatims :

« C'est en voyant le spot sur le frottis que j'en ai parlé au docteur. Il m'a donné le contact d'un gynéco. »

« C'était très bien cet écran, ça m'a permis de savoir qu'on pouvait faire le frottis chez une sage-femme. C'est plus rapide. »

« C'est bien cet écran, ça fait des rappels. »

« J'ai vu le spot en salle d'attente, alors en arrivant j'ai demandé à mon médecin à le faire. »

« Je suis à jour de mon frottis. J'ai vu la vidéo et j'ai pris RDV avec une sage-femme pendant que j'attendais. »

6 patientes ont rapporté une expérience négative : 4 avaient exprimé que le temps d'attente moyen chez leur médecin était de 120 min et que le programme avait été répétitif, 1 avait jugé que l'écran était source d'angoisse et une autre avait estimé qu'il y avait « trop d'écran de nos jours ».

2. Satisfaction des médecins

Parmi les 9 médecins du groupe TV, 7 ont rapporté avoir une expérience positive avec Canal 33, soit 77,78%. 4 ont souhaité souscrire à une offre d'abonnement. 4 ont choisi de ne pas poursuivre car jugeaient l'abonnement trop onéreux. 1 n'a pas voulu continuer car il souhaitait avoir la maîtrise du contenu du programme diffusé dans sa salle d'attente. Il a cependant gardé un écran sur lequel il diffuse son propre programme.

La moyenne d'âge des médecins ayant conservé ce moyen de communication était de 47 ans.

Voici quelques verbatims de médecins du groupe TV :

« Plusieurs patientes ont vu le message sur le frottis et ont abordé le sujet au moment de leur consultation. »

« J'ai trouvé cet outil très bien, il m'a rappelé de parler du FCU »

« Ça m'a incité à faire des FCU, alors que je n'en faisais plus »

IV. DISCUSSION

A. Discussion

1. Déterminants de l'incitation à la réalisation du FCU

a. En fonction du groupe TV et STV

Les données ont été analysées en intention de traiter. En effet la visualisation effective du spot n'a pas été prise en compte dans notre étude car ce modèle était plus proche de la pratique quotidienne. De plus le faible effectif de patientes ne nous permettait pas de l'étudier.

Les femmes exposées au spot vidéo sur le FCU avaient fait ou prévu de faire plus de frottis que celles qui n'avaient pas été exposées au spot vidéo. En effet il a été constaté une augmentation de 12% de l'incitation à la réalisation du FCU chez les patientes du groupe TV par rapport à celles du groupe STV. Cependant cette différence n'était statistiquement pas significative ($p = 0,51$).

Ce défaut de significativité est probablement lié au fait que :

- L'effectif de femmes était faible, 162 patientes ont été incluses :
 - o 52 patientes ont été perdues de vue, soit 18,91% des patientes incluses.
 - o 48 patientes n'étaient pas éligibles dans notre étude, soit près de 17,45% des patientes incluses.
- Dans le groupe STV :
 - o Les patientes étaient significativement plus jeunes ($p = 0,005$) ;
 - o Plus de patientes avaient été sensibilisées par un médecin femme ou pratiquant le FCU au cabinet.

Ces trois facteurs sont associés dans notre étude comme dans la littérature à une plus forte participation au dépistage du CCU(23–26,50).

- o Deux médecins, M11 et M13, avaient inclus à elles seules 43 patientes, soit 45,26% de l'effectif total de leur groupe.
 - Ces médecins possédaient les caractéristiques des praticiens qui dépistent le mieux le CCU (23) à savoir femmes médecins et jeunes (<45 ans) ;

- Parmi l'ensemble des femmes ayant été incitées à réaliser le FCU dans le groupe STV, plus de la moitié d'entre elles avaient été incluses par ces deux médecins.
- Cette forte participation des médecins M11 et M13 a conduit à une surreprésentation des femmes de moins de 35 ans dans leur groupe. Nous avons constaté que 70% des femmes de moins de 35 étaient dans le groupe STV, cette différence était significative ($p = 0,002$).

b. En fonction des caractéristiques des médecins

Comme dans les données de la littérature(23), les femmes médecins ont mieux incité les femmes à réaliser le FCU ($p = 0,002$). Cette variable a été identifiée comme étant la seule à avoir un impact significatif sur l'intention de réaliser ou non un FCU dans notre modèle de régression logistique.

Les femmes qui avaient été exposées au spot vidéo de l'INCA dans la salle d'attente d'un médecin homme avaient été 1,47 fois plus incitées à réaliser le FCU ($p = 0,19$) comparées à celles qui n'avaient pas été exposées au spot vidéo.

Les médecins qui pratiquaient le FCU au cabinet ont également plus encouragé les femmes à réaliser le FCU.

Enfin l'incitation à la réalisation du FCU était plus fréquente chez les patientes ayant consulté un médecin qui exerçait à Paris. Néanmoins cette différence n'était statistiquement pas significative.

Ainsi la formation et l'incitation des hommes médecins à mieux dépister le CCU semblent être déterminantes à l'amélioration du dépistage en France.

Cibler les interventions, pour diffuser des messages audiovisuels dans les salles d'attente de cabinets de médecins hommes semble être une autre piste de réflexion.

2. Analyse des raisons de la non-réalisation du FCU

a. Manque de temps

Pour la moitié des femmes dans notre étude, la raison de la non-participation au dépistage a été le manque de temps. Cette donnée a été retrouvée dans d'autres travaux(51,52). Pour la plupart, elles rapportaient avoir des horaires de travail qui ne leur permettaient pas de consulter en cabinet pour réaliser un FCU. Cependant beaucoup d'entre elles ne savaient pas qu'elles

pouvaient réaliser le FCU chez un médecin généraliste, une sage-femme ou en laboratoire comme dans d'autres études(53,54).

Il semble donc important pour cette typologie de patientes d'améliorer la communication sur les modalités d'accès au dépistage du CCU. Une autre piste serait les tests HPV effectués sur des auto-prélèvements.

b. Oubli

Près d'un cinquième des patientes (17,39%) ont rapporté avoir oublié de réaliser le FCU. Cette raison concordait avec celles retrouvées dans d'autres études(51,52).

L'envoi de lettre d'invitation via le programme national de dépistage organisé du CCU devrait pouvoir augmenter le taux de participation dans cette population de femmes. Nous pourrions également imaginer un moyen de relance via des sms ou mails.

c. Défaut d'accès à un professionnel réalisant le FCU

Pour 10,87% des femmes la raison de non réalisation du FCU a été la difficulté de trouver un professionnel pratiquant le FCU. Les résultats de notre étude rejoignent ceux retrouvés dans d'autres études(52) qui visent à souligner le manque d'accès à un professionnel réalisant le FCU.

Pour répondre au besoin de cette population, il apparaît indispensable de continuer à former les professionnels de santé à la pratique des FCU. La diffusion de l'information concernant les lieux où il est possible de réaliser le FCU est capitale. Les femmes devraient savoir qu'il est possible de réaliser le FCU : en laboratoire, chez une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue.

d. Les caractéristiques socio-démographiques

Nous savons que les caractéristiques socio-démographiques des patientes influent sur leur participation au dépistage du CCU (21).

Nous avons volontairement fait abstraction de ces caractéristiques évoquées en première partie dans notre étude. Ceci afin de préserver les réponses au critère de jugement principal. En effet, durant les premiers entretiens téléphoniques nous avons été confronté à un refus des patientes de répondre aux questions en lien avec leur condition socio-économique.

3. Satisfaction des patientes et des médecins

a. Patientes

Une grande majorité des patientes avait apprécié ce moyen de communication. Nos résultats viennent confirmer les données de la littérature. En effet d'autres études ont montré que les patients sont satisfaits de ce moyen de communication(8,37).

Dans notre étude les patientes avaient jugé le contenu informatif et souhaitaient que leur médecin continu à diffuser des messages concernant les horaires d'ouverture du cabinet, les dates de vacances, des messages de prévention... Certaines avaient rapporté que les messages diffusés avaient suscité des discussions entre les patients dans la salle d'attente (diabète, FCU...). Une autre avait spontanément demandé à son médecin de lui montrer comment faire une désobstruction rhinopharyngée suite à l'exposition à un spot sur la bronchiolite, en salle d'attente.

b. Médecins

77,78% des médecins généralistes étaient satisfaits de leur expérience avec Canal 33. Ils avaient apprécié le programme diffusé. Beaucoup avaient rapporté un retour positif et une curiosité de la part de leur patiente. Plusieurs avaient apprécié que leurs patientes leur parlent spontanément de leur volonté de réaliser le FCU. Elles devenaient ainsi actrices de leur propre suivi. Certains avaient même rapporté que le spot vidéo avait eu la fonction d'un rappel.

Les médecins généralistes étaient demandeurs de spot abordant les thématiques suivantes : prévention, éducation à la santé et pathologies chroniques.

La moitié d'entre eux n'ont pas pu poursuivre leur abonnement avec Canal 33 car le jugeant trop onéreux. 1 médecin du groupe STV considérant ce moyen de communication utile avait souhaité souscrire à un abonnement chez Canal 33.

En somme les médecins dans notre étude ont apprécié ce moyen de communication. Nos résultats sont cohérents avec les données issues de la littérature (55).

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il semble pertinent de diversifier l'accès à l'information. De nouveaux outils de communication semblent bienvenus. L'audiovisuel pourrait venir enrichir l'accès à cette information.

Il pourrait être un moyen d'initier le dialogue entre médecin et le patient. Il pourrait également uniformiser les messages en lien avec la prévention et l'éducation à la santé.

Enfin il permettrait de donner l'opportunité aux patients qui le souhaitent de devenir acteurs de leur propre santé.

B. Forces de l'étude

1. Originalité

La principale force de ce travail est son originalité. Il s'agit de la première étude à notre connaissance, qui étudie l'impact de « l'audience captive » sur le comportement des patients en médecine de ville en France.

A l'étranger, l'étude la plus récente a été réalisée en 2011 en Belgique (41). Elle a retrouvé une association significative ($p = 0,005$) entre la diffusion d'une vidéo en salle d'attente de cabinets de médecine générale et une augmentation du nombre de délivrance de vaccins antitétaniques.

2. Pertinence

Notre étude s'intègre dans une problématique de santé publique d'actualité : l'amélioration du taux de dépistage du CCU en France. En effet, celle-ci reste un objectif de du plan cancer 2014-2019.

Notre étude utilisait un moyen de communication innovateur et présent dans notre quotidien : l'audiovisuel.

3. Coûts

Canal 33 a installé gratuitement des écrans dans les salles d'attente des cabinets du groupe TV. L'entreprise y diffusait un programme dont le contenu était renouvelé mensuellement. Les équipements n'ont pas été endommagés.

Le coût d'un abonnement chez canal 33 était de 20,40 euros TTC/mois à la fin de l'étude.

L'URPS et Santé Publique France ont été sollicités afin de connaître le budget alloué chaque année pour la prévention via des documents écrits (affiches, brochures...) en Ile-de-France. Cette donnée n'a malheureusement pas pu être collectée pour le moment.

4. Choix de la méthode

La méthode quantitative était la méthode la plus appropriée pour répondre à notre objectif.

Cette méthode a notamment permis d'utiliser des questionnaires standardisés, en obtenant des réponses à des questions dirigées, chez un nombre important de sujets.

Nous avons pu analyser les réponses à l'entretien téléphonique indépendamment de l'exposition au spot vidéo, puisque les femmes ne connaissaient pas l'objectif final de notre étude.

Nous avons réussi à mettre en œuvre une étude multicentrique prospective comparative et randomisée par minimisation dans les cabinets de 19 médecins généralistes d'Ile-de-France.

5. Acceptabilité

Parmi les 275 patientes qui avaient initialement accepté de participer à l'étude, seulement 10 refus secondaires ont été constatés. 52 patientes ont été perdues de vue. Le taux d'acceptabilité par les patientes pour cette étude a été de 77,4%.

17 patientes ont souhaité avoir un retour sur les résultats de notre étude.

6. Taille de l'échantillon

Les données de 162 patientes ont pu être analysées et ceci nous a permis de nous rapprocher du nombre de sujets nécessaire à l'étude qui était fixé à 178.

7. Comparaison des résultats avec les données de la littérature

a. Déterminants à l'incitation à la réalisation du FCU

La plupart de nos résultats concernant l'incitation à participer au dépistage du CCU vont dans le sens des données de la littérature détaillées en première partie (23–26). Ils appuient la notion que le dépistage du CCU est mieux réalisé par les femmes médecins.

Nos résultats renforcent également l'idée que l'audiovisuel est un bon outil de communication pour délivrer des messages concernant l'éducation et la prévention(6–9,38,40).

b. Non-respect des recommandations

Nos résultats mettent également en lumière le manque de respect des recommandations sur le dépistage du CCU. Il est malheureusement encore proposé à des femmes qui ne sont pas éligibles comme cela a été décrit dans l'étude de Géric Maura et la Docteure Heard Isabelle(19).

Par ailleurs, ce moyen de communication pourrait devenir un outil qui permettrait d'unifier les pratiques entre les professionnels de santé. Il pourrait faire fonction de rappel des bonnes pratiques pour les médecins.

C. Limites de l'étude

1. Biais de recrutement

a. Biais de recrutement des médecins

En participant à notre étude les médecins pouvaient être plus sensibles à la réflexion sur le dépistage du CCU. Ceci a pu induire une modification de leur pratique en ce sens.

Profil des médecins généralistes

Le profil des médecins du groupe STV était similaire au profil des médecins qui dépistaient le mieux le CCU. En effet il comptait plus de médecins femmes, jeunes ou pratiquant le FCU au cabinet. Cependant les analyses n'ont pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les groupes TV et STV concernant ces facteurs identifiés comme pouvant influencer la réalisation du FCU dans la littérature (23–26).

Cette absence de différence statistique ne peut exclure une différence clinique entre les deux groupes. Ce défaut de significativité peut être lié au faible effectif de médecins.

Une randomisation par minimisation avait été réalisée afin d'essayer de contrôler au mieux cet effet centre.

L'inclusion des patientes par les médecins

Les médecins M11 et M13 avaient inclus à elles seules 43 patientes, presque la moitié de leur groupe (45,26%). Ces dernières possédaient les caractéristiques des praticiens qui dépistent le mieux le CCU (23) à savoir médecin femme et jeune.

On note également que ces deux médecins ont incité plus de la moitié des femmes du groupe STV à réaliser un FCU.

Il est donc fort probable que la grande participation de ces deux médecins ait réduit l'effet du spot vidéo.

b. Biais de recrutement des patientes

Cette forte participation des médecins M11 et M13 a d'ailleurs induit une surreprésentation des femmes de moins de 35 ans. En effet près de 70% d'entre elles étaient dans le groupe STV. Les femmes du groupe STV étaient donc significativement plus jeunes que les femmes du groupe TV ($p= 0,005$).

Or, plusieurs études ont montré que le taux de participation au dépistage du CCU diminue avec l'âge des patientes (50).

Il est grandement possible que cette surreprésentation des femmes jeunes dans le groupe STV ait modifié l'impact du spot vidéo de l'INCA sur le FCU.

2. Biais d'influence

Un biais d'influence a pu intervenir dans notre étude car les médecins connaissaient l'objet de notre travail et ont pu en être influencés.

Pour limiter ce biais, il leur avait été demandé de délivrer la même information standardisée à toutes leurs patientes.

3. Biais de déclaration, de mémoire et de compréhension

Ce biais est inhérent au choix du mode de recueil des données via un entretien téléphonique à distance de la date d'inclusion.

4. Biais liés au schéma de l'étude

Le schéma de l'étude avait été discuté en amont lors du travail de préparation de la fiche thèse. Plusieurs schémas avaient été étudiés, notamment un essai clinique avec installation d'un écran dans tous les cabinets. Il avait été imaginé que les semaines où le spot vidéo serait diffusé s'alterneraient avec des semaines de non exposition au spot au sein du même cabinet. Cette option aurait pu diminuer l'effet centre mais elle rendait la faisabilité de l'étude plus complexe. En effet devant des contraintes financières et logistiques, nous avons opté pour notre schéma d'étude.

Ensuite, le contenu du spot vidéo de l'INCA n'avait pas été évalué. En effet, nous étions partis du postulat que le spot inciterait les patientes à réaliser le FCU.

Les médecins généralistes ont rapporté ne pas avoir pu inclure toutes les patientes éligibles à notre étude. Il s'agissait souvent d'oubli, ou de manque de temps durant la consultation et non de refus de la part des patientes.

Cela a pu induire un biais différentiel entre les patientes présentant des pathologies plus « lourdes », et ceux présentant des pathologies plus « simples ». Les consultations de patientes complexes pouvaient constituer un frein pour le médecin généraliste à proposer de remplir le tableau.

L'information orale délivrée systématiquement par les médecins dans les deux groupes pourrait représenter un biais de classement non différentiel. En effet ce message donné aux patientes a pu modifier l'impact de l'effet du spot vidéo. Une réflexion avait été faite en amont à propos de ce biais. Pour des raisons éthiques il a été décidé de sensibiliser toutes les patientes éligibles au dépistage du CCU.

Ensuite, dans notre étude le statut de réalisation du FCU était vérifié à 3 mois de la date d'inclusion. Cette durée était suffisante pour que les patientes aient le temps de réaliser ou de prendre un RDV pour réaliser leur FCU. Néanmoins, il est possible que certaines patientes aient bénéficié d'un FCU après la période de l'étude. Ces données n'ont pas été analysées.

Par ailleurs le schéma l'inclusion en cluster des médecins était une condition inhérente à notre étude. En effet les médecins en cabinet de groupe partageant la même salle d'attente étaient inclus dans le même groupe. Ce schéma était représentatif de la réalité sur le terrain et permettait d'étudier une modification du comportement par contamination. L'inconvénient principal de ce modèle a été l'engendrement de groupes de médecins non homogènes entre eux.

Pour réduire cet effet centre il avait été décidé de réaliser une randomisation par minimisation.

5. Biais lié aux perdus de vue

Parmi les patientes contactées au téléphone, 52 restaient non joignables après 1 appel, 1 sms et 3 relances téléphoniques à 3 temps différents, soit 18,91%. Ne possédant aucune donnée sur ces patientes, nous pouvons imaginer que cela a induit un biais de sélection et donc de représentativité de nos échantillons. Dans ces cas-là plusieurs hypothèses pouvaient être avancées :

- Défaut de réalisation du FCU ;
- FCU réalisé ;
- Durée d'étude trop courte ;
- Patiente précaire ;
- Patiente à l'étranger.

Afin de limiter ce dernier biais, il avait été décidé d'utiliser un numéro de téléphone dédié à l'étude, afin que les patientes puissent nous contacter au moment le plus opportun. Par ailleurs le mode de récupération des données avait été discuté à l'avance (évaluation des ROSP d'une année sur l'autre, récupération du statut de réalisation sur le logiciel des médecins...).

6. Recherche en médecine générale

a. Difficultés d'inclusion des médecins

La difficulté de cette étude a été d'inclure des médecins généralistes. 78 médecins avaient été contactés par courriers. 25 avaient accepté de participer à notre étude, soit un taux d'acceptabilité de 32,05%. 19 ont été inclus in fine.

La principale raison du manque de participation a été le manque de temps et une difficulté à adapter leur temps de consultation.

Par ailleurs nos résultats mettent en lumière que certains médecins généralistes :

- sont prêts à participer à ce type d'étude dans leurs cabinets ;
- ont réussi à adapter leur consultation pour la réalisation de cette étude ;
- ont permis d'obtenir un recueil de données important.

Ils sont donc une ressource majeure pour la recherche en médecine générale.

b. Difficultés d'inclusion des patientes

Trois médecins n'avaient pas pu inclure de patientes car ils avaient affirmé ne pas avoir rencontré de patientes respectant les critères d'inclusion. Un autre avait inclus une seule patiente car il avait déclaré avoir des difficultés à parler du dépistage du CCU. Il avait rapporté ne pas être à l'aise pour discuter de cette thématique avec ses patientes.

Nous avons constaté que 48 patientes se sont vu proposer à tort de participer à notre étude et possiblement de participer au dépistage du CCU, soit près de 17,45%. 19 d'entre elles avaient été incluses par le même médecin. Celui-ci n'avait pas compris le protocole de notre étude. Il avait en effet inclus systématiquement toutes les femmes qu'il avait rencontrées en consultation.

Le faible nombre de femmes peut être expliqué par :

- L'investissement que l'étude nécessitait au cabinet et pendant les consultations ;
- L'oubli de recrutement des patientes ;
- La non compréhension du protocole ;
- La difficulté de parler de ce dépistage ;
- La non-rémunération des médecins.

Nous avons, lors de la préparation de ce travail, déterminé la taille de l'échantillon nécessaire (nombre de femmes) à 178. Nous avons supposé que chaque médecin rencontrerait une fois par jour une patiente non à jour du FCU et éligible au dépistage du CCU. Un taux de refus de participation à 50% avait été admis. Nous avons choisi une durée d'inclusion de 4 mois afin que chaque médecin puisse inclure au moins cinquante patientes. En comptant que les données d'un tiers des patientes recrutées ne pourraient être analysées nous avons inclus 275. Malheureusement l'objectif n'a pas été atteint puisque seulement 162 données sur 275 (41,09%) ont pu être analysées pour les raisons citées dans les tableaux 6 et 7.

D. Vers une littératie en santé : le patient au cœur de sa prise en charge

1. La littératie

La littératie a été définie en 2013 par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comme « la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'approprier des textes écrits pour participer à la société, réaliser ses objectifs et développer ses connaissances et son potentiel ».

La littératie en santé est la capacité d'un patient à prendre une décision éclairée sur sa santé après avoir identifié ses besoins d'information, trouver l'information et la comprendre. Néanmoins, elle ne se limite pas seulement aux compétences d'un seul individu, mais intègre la capacité de l'environnement à mobiliser les ressources pour que cette personne puisse comprendre et communiquer, au profit de sa santé.

En 2013 un programme de l'OCDE a évalué les compétences des individus de 16 à 65 ans en littératie. Il a mis en évidence que le niveau de littératie en santé est préoccupant en France. En effet 60 % des personnes interrogées avaient un très faible niveau (ils étaient situés entre 0 à 2 sur une échelle allant jusqu'à 5) (56).

Or, la littératie a été identifiée comme étant un déterminant majeur de la santé des populations(57).

2. L'accès à l'information

L'accès à l'information étant une responsabilité partagée, il semble donc urgent de développer de nouveaux outils de communication sur la santé. L'audiovisuel semble répondre à ce besoin.

Il apparaît en effet plus accessible aux patients. Il permet de transmettre des messages simples et adaptés aux patients de faible niveau de littératie. Il favoriserait l'information et l'éducation des patients. Progressivement nous nous dirigerons vers une autonomisation des patients et un partage des décisions. Le patient deviendrait enfin acteur de sa propre santé et de son suivi ce qui représenterait certainement une meilleure prise en charge pour lui.

L'audiovisuel apporte une nouvelle contribution à cette démarche d'éducation à la santé.

Cette étude originale ouvre la voie vers un nouveau mode de communication avec les patients. Il conviendrait de continuer à l'explorer en proposant un groupe de travail incluant les patients pour l'élaboration de nouveaux messages. Une étude sur le même modèle, durant plusieurs années et à plus grande échelle territoriale peut être envisagée. L'impact à long terme sur plusieurs dépistages pourrait être évalué sur le ROSP, par exemple : le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein et le cancer du côlon.

CONCLUSION

Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France est encore inférieur aux objectifs fixés à 80%.

La prévention constitue un axe de santé publique majeur dans les politiques de santé actuelles. L'amélioration de la couverture de ce dépistage est devenue un réel enjeu. Par ailleurs, la faible participation au dépistage du cancer du col de l'utérus nous oblige à une réflexion sur notre capacité à sensibiliser et informer les patientes.

Notre travail a mis en évidence que les femmes médecins sensibilisaient mieux les patientes à réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus. Il nous semble donc pertinent de chercher à identifier les facteurs explicatifs de ce comportement.

En outre, nous avons fait ressortir que les raisons de non-participation au dépistage étaient le manque de temps, l'oubli et la difficulté d'accès à un professionnel réalisant le frottis cervico-utérin.

L'accès à l'information étant une responsabilité collective, il semble primordial de mettre en place de nouveaux outils de communication afin de diversifier et faciliter son approche. L'audiovisuel semble être un moyen qui contribue à la démarche d'éducation pour la santé.

Le dépistage devrait toujours découler d'une décision partagée avec un patient éclairé.

Ce travail nous a permis de porter un bref regard sur l'impact d'un spot vidéo sur la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Il conviendrait de continuer à l'explorer en réalisant une étude sur une plus grande échelle spatio-temporelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cancer du col de l'utérus / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cited 2018 Apr 27]. Available from: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
2. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Breton JL. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes, Cervical cancer screening: women's knowledge and participation. *Santé Publique*. 2013 Aug 6;25(3):255–62.
3. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. :44.
4. El Mobarik S, Compagnon L. Les freins et les leviers des femmes de vingt-cinq à soixante-cinq ans à réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin. France; 2017. xx.
5. Jouenne J, Compagnon L. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin. Créteil, France: Université Paris-Est Créteil; 2014.
6. Chan Y-F, Lavery R, Fox N, Kwon R, Zinzuwadia S, Massone R, et al. Effect of an educational video on emergency department patient stroke knowledge. *J Emerg Med*. 2008 Feb;34(2):215–20.
7. Yancey AK, Tanjasiri SP, Klein M, Tunder J. Increased cancer screening behavior in women of color by culturally sensitive video exposure. *Prev Med*. 1995 Mar;24(2):142–8.
8. Oermann MH, Webb SA, Ashare JA. Outcomes of videotape instruction in clinic waiting area. *Orthop Nurs*. 2003 Apr;22(2):102–5.
9. McAvoy BR, Raza R. Can health education increase uptake of cervical smear testing among Asian women? *BMJ*. 1991 Apr 6;302(6780):833–6.
10. Abu Abed M, Himmel W, Vormfelde S, Koschack J. Video-assisted patient education to modify behavior: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2014 Oct;97(1):16–22.
11. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cited 2018 Jul 11]. Available from: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_4.html
12. INCA - Les cancers en France [Internet]. [cited 2018 Jul 8]. Available from: http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/
13. Cancer du col de l'utérus et Papillomavirus [Internet]. Institut Pasteur. 2015 [cited 2018 Jul 19]. Available from: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-col-uterus-papillomavirus>
14. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la place du vaccin GARDASIL 9® dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains. 2017 Feb 10;

15. Dépistage du cancer du col de l'utérus - Se faire dépister | Institut National Du Cancer [Internet]. [cited 2018 Jul 8]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
16. Facteurs de risque - Cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer [Internet]. [cited 2018 Jul 11]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Facteurs-de-risque>
17. agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (aNaEs). Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actual 2002 [Internet]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
18. Chauvin P. Mobilité quotidienne et déterminants territoriaux du recours au frottis du col de l'utérus dans le Grand Paris. :7.
19. Maura G. Dépistage du cancer du col de l'utérus et actes associés chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013 en France : une étude sur les bases de données médico-administratives françaises. :7.
20. Plan Cancer 2014-2019 - Ref : PLANKPNRT14 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cited 2018 Jul 8]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
21. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cited 2018 Sep 2]. Available from: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_3.html
22. FONDS CMU-C. Annuaire statistique. 2017 Oct;1.
23. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA septembre 2010. 2011 Jun;
24. Pelletier M. Influence de la pratique du frottis cervico utérin par les médecins généralistes de la CPAM de Flandre sur le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus de leurs patientes [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
25. Kattiyavong-Hindi A. Taux de participation au dépistage du cancer du col utérin sur 3 ans: association avec les caractéristiques du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
26. Rochoy M, Raginel T, Favre J, Soueres E, Messaadi N, Deken V, et al. Factors associated with the achievement of cervical smears by general practitioners. BMC Res Notes. 2017 Dec 8;10(1):723.
27. Dépistage du cancer du col de l'utérus - Taux de réalisation d'au moins un frottis cervico-utérin sur la période 2010-2013 selon les départements e... [Internet]. [cited 2018 Jul 8]. Available from: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Fiches-Indicateurs/Donnees-regionales-ILE-DE-FRANCE/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-Taux-de-realisation-d-au-moins-un-frottis-cervico-uterin-sur-la-periode-2010-2013-selon-les-departements-en-region-Ile-de-France#donnees>
28. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. M de la S et des S. La durée des séjours des médecins généralistes. Etudes et résultats. 2006 Apr;(481).
29. exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2012 [cited 2018 Jul 15]. Available from: <https://www.exercer.fr>

30. Leroy B. Comparaison de l'efficacité de deux vecteurs d'information en salle d'attente, en direction d'une population d'adultes, prise en charge en médecine générale, au sein de deux maisons de santé pluridisciplinaires. 2012.
31. Moerenhout T, Borgermans L, Schol S, Vansintejan J, Van De Vijver E, Devroey D. Patient health information materials in waiting rooms of family physicians: do patients care? *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:489–97.
32. Sivasooriyalingam S. Évaluation de l'impact sur les patients d'une affiche de prévention pour le vaccin contre le papillomavirus (vaccin anti-hpv): étude quantitative réalisée auprès des patients dans la salle d'attente des médecins généralistes de Picardie, par un auto-questionnaire. :69.
33. Berkhout C, Willefert-Bouche A, Chazard E, Zgorska-Maynard-Moussa S, Favre J, Peremans L, et al. Randomized controlled trial on promoting influenza vaccination in general practice waiting rooms. *PloS One*. 2018;13(2):e0192155.
34. Wicke DM, Lorge RE, Coppin RJ, Jones KP. The effectiveness of waiting room notice-boards as a vehicle for health education. *Fam Pract*. 1994 Sep;11(3):292–5.
35. Stephens GS, Blanken SE, Greiner KA, Chumley HS. Visual Prompt Poster for Promoting Patient-Physician Conversations on Weight Loss. *Ann Fam Med*. 2008 Jan;6(Suppl 1):S33–6.
36. Comment évaluer un programme de santé publique ? L'exemple du plan Antibiotiques 2002-2007 en France [Internet]. Institut Pasteur. 2013 [cited 2018 Jul 18]. Available from: <https://www.pasteur.fr/fr/comment-evaluer-programme-sante-publique-exemple-du-plan-antibiotiques-2002-2007-france>
37. Dupuis A-C, Mouterde-Lefebvre H. Création et évaluation d'une nouvelle modalité éducative en soins primaires: la campagne éducative monothématique multi-vectorielle en salle d'attente (association affiche/ brochures/ diaporama vidéo). Comment les médecins de soins primaires peuvent-ils mettre en place une telle campagne éducative (bases théoriques et aspects pratiques)? Quelle est l'efficacité de cette nouvelle modalité éducative en fonction des vecteurs de communication utilisés? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2010.
38. Frosch DL, Légaré F, Mangione CM. Using decision aids in community-based primary care: A theory-driven evaluation with ethnically diverse patients. *Patient Educ Couns*. 2008 Dec 1;73(3):490–6.
39. Wheeler JG, Fair M, Simpson PM, Rowlands LA, Aitken ME, Jacobs RF. Impact of a waiting room videotape message on parent attitudes toward pediatric antibiotic use. *Pediatrics*. 2001 Sep;108(3):591–6.
40. Warner L, Klausner JD, Rietmeijer CA, Malotte CK, O'Donnell L, Margolis AD, et al. Effect of a brief video intervention on incident infection among patients attending sexually transmitted disease clinics. *PLoS Med*. 2008 Jun 24;5(6):e135.
41. Eubelen C, Brendel F, Belche J-L, Freyens A, Vanbelle S, Giet D. Effect of an audiovisual message for tetanus booster vaccination broadcast in the waiting room. *BMC Fam Pract*. 2011 Sep 28;12:104.
42. Krawczyk A, Lau E, Perez S, Delisle V, Amsel R, Rosberger Z. How to inform: comparing written and video education interventions to increase human papillomavirus knowledge and vaccination intentions in young adults. *J Am Coll Health J ACH*. 2012;60(4):316–22.

43. Occa A, Suggs LS. Communicating Breast Cancer Screening With Young Women: An Experimental Test of Didactic and Narrative Messages Using Video and Infographics. *J Health Commun.* 2016;21(1):1–11.
44. Effets des supports audiovisuels en salle d'attente de médecine générale sur la promotion de la santé : revue systématique de la littérature [Internet]. [cited 2018 Aug 28]. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-5883>
45. Derval D. Wait marketing : Communiquer au bon moment, au bon endroit. Eyrolles. 2006.
46. Audience captive - Définition du glossaire [Internet]. <http://www.e-marketing.fr/>. [cited 2017 Feb 19]. Available from: http://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Audience-captive-238237.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button
47. Morgensztern, A. Bêta de mémorisation - enquête Ad 2-one et Carat Interactive. 2001 Mar;n° 47.
48. NOP World Culture Score(TM) Index Examines Global Media Habits [Internet]. [cited 2018 Aug 4]. Available from: http://www.marketresearchworld.net/index.php?option=com_content&task=view&id=102
49. Espacepro Amelie - cancer du col de l'utérus. 2017.
50. Barré S. Évaluation médico-économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France. :11.
51. squimbre. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug 3]. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-415>
52. D'Hervé C. Les freins à la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus: Etude descriptive par auto-questionnaire chez les femmes non participantes de l'étude PapU 29 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
53. Souissi A. Freins à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale: enquête par entretiens auprès de médecins généralistes marnais [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2012.
54. Fouqueron C. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité: freins à la participation, implications sur la prise en charge en médecine générale (étude qualitative auprès de 13 femmes précaires non dépistées) [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
55. Guiho H. L'éducation du patient par le médecin généraliste: place d'un support visuel pour la diffusion de messages en salle d'attente [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2011.
56. OCDE. Enquête PIAAC – PEICA : Program for the International assessment of adult competencies ; programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes. 2013;
57. La Santé en action n°440. 2017;(440):52.
58. Rivers SE, Salovey P, Pizarro DA, Pizarro J, Schneider TR. Message framing and pap test utilization among women attending a community health clinic. *J Health Psychol.* 2005 Jan;10(1):65–77.
59. Myint-U A, Bull S, Greenwood GL, Patterson J, Rietmeijer CA, Vrungos S, et al. Safe in the city: developing an effective video-based intervention for STD clinic waiting rooms. *Health Promot Pract.* 2010

May;11(3):408–17.

60. Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch PP, Forbes CA, Jepson RG. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 May 11;(5):CD002834.

ANNEXES

Annexe 1 : 4 tableaux résumant les principales caractéristiques des études citées

Étude	Lieu	Population, Ville, Pays	Thème	Intervention	Critère(s) de jugement	Résultats
McAvoy, 1991(10)	Domicile du patient	Leicester, UK	Dépistage du cancer du col de l'utérus	Brochures envoyées au domicile vs visite au domicile avec brochure ou spot vidéo	Augmentation de la réalisation du FCU	Visite à domicile > Brochures envoyées, $p = 0,0001$ Visite à domicile avec intervention vidéo > visite à domicile avec brochure, $p = NS$
Yancey, 1995(8)	Salle d'attente de cliniques	Afro-américains et Latinos ; New York, Los Angeles, USA	Dépistage du cancer du col de l'utérus	Vidéo vs contrôle	Augmentation de la réalisation du FCU	Les patients exposés à la vidéo réalisaient plus de FCU, $p = 0,01$
Wheeler, 2001(39)	Salle d'attente de cabinets de pédiatres	Arkansas, USA	Antibiotiques	Vidéo vue vs vidéo non vue	Intention de traiter une infection virale par une antibiothérapie	Les parents exposés à la vidéo étaient moins enclins à vouloir traiter par antibiothérapie des infections virales, $p < 0,001$
Oermann, 2003(9)	Salle d'attente de cliniques	Détroit, USA	Éducation à la santé	Vidéo vs contrôle	Amélioration des connaissances sur l'éducation à la santé.	Les patients exposés à la vidéo avaient amélioré leur connaissance, $p = 0,0001$

NS : non significatif

Étude	Lieu	Population, Ville, Pays	Thème	Intervention	Critère(s) de jugement	Résultats
Rivers, 2005(58)	Clinique	New Haven, USA	Dépistage du cancer du col de l'utérus	Message positif (FCU protège contre le CCU) vs message négatif (ne pas faire le FCU entraîne l'absence de détection du CCU)	Influence du comportement des patientes	Les messages mettant l'accent sur les bénéfices à réaliser le FCU entraînent plus de réalisation du FCU, p = NS
Chan, 2008(6)	Salle d'attente des urgences	New Jersey, USA	AVC	Vidéo vs contrôle	Augmentation des connaissances	Les patients exposés à la vidéo avaient amélioré leur connaissance, p = 0,001
Frosch, 2008(38)	Salle séparée, cabinets en ville	Los Angeles, USA	Dépistage du cancer de la prostate et du colon	Vidéo vs brochure	Amélioration des connaissances sur le dépistage	Les patients exposés à la vidéo avaient plus de connaissances sur le dépistage du cancer de la prostate et du colon, p < 0,003
Warner, 2008(40)	Salle d'attente de cliniques	Colorado, Californie, USA	Infections sexuellement transmissibles (IST)	Vidéo vs contrôle	Incidence des IST	Réduction de 10% de l'incidence des IST chez les patients exposés à la vidéo p < 0,05
Mouterde-Lefebvre, 2010(37)	Salle d'attente de cabinets de médecins généralistes	Rouen, France	Sommeil	Affiches et brochures vs diaporama	Amélioration des connaissances sur le sommeil	L'intervention combinée des affiches, brochures et diaporama a été celle qui améliorerait le mieux l'acquisition de connaissances.

Étude	Lieu	Population, Ville, Pays	Thème	Intervention	Critère(s) de jugement	Résultats
Myint-U, 2010(59)	Salle d'attente de cliniques	Denver, New York City, San Francisco, Long Beach, USA	IST	Vidéo de 23 min	Vidéo visionnée	50-85% des patients ont vus la vidéo.
Eubelen, 2011(41)	Salle d'attente de cabinets de médecins généralistes	Sprimont, Belgique	Vaccin antitétanique	Vidéo vs contrôle	Prescription du vaccin antitétanique	La diffusion d'une vidéo en salle d'attente a été associée à une augmentation significative du nombre de vaccins antitétaniques, $p = 0,005$
Everett, 2011(60)	Revue systématique de la littérature Cochrane : 38 articles de 1983 à 2009	UK, USA, Australie, Canada, Suède	Dépistage du CCU	Invitations, rappels, éducation en groupe ou individuelle (brochures, vidéo), conseils, évaluation du risque, simplification de la procédure de dépistage, réduction du prix du test	Améliorer les connaissances et évaluation du taux de réalisation du FCU	Les méthodes d'invitation à participer au dépistage semblent être les plus efficaces pour inciter à participer au dépistage du CCU.
Krawczyk, 2012(42)	Salle dédiée à l'Université de Montréal	Québec, Canada	Vaccin HPV	Vidéo vs brochure	Connaissances et intention de vaccination	Les interventions vidéos et écrites ont significativement augmenté les intentions de vaccination. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux méthodes.

Étude	Lieu	Population, Ville, Pays	Thème	Intervention	Critère(s) de jugement	Résultats
Abu Abed, 2014(11)	Revue systématique de la littérature : 20 articles de 1983 à 2011.	UK, USA, Taiwan, Australie, Nouvelle Zélande	Diabète, Asthme, BPCO, IST, Anticoagulant, Cancer, HTA, SAS, Observance, Entorse de la cheville, Chirurgie.	Supports vidéos : interactifs, narratifs, didactiques. CD-rom, site internet	Modification du comportement	10 études ont retrouvé un changement de comportement positif en faveur de l'intervention vidéo, p = NS. L'efficacité du message dépend du format. Les formats les plus influents sont ceux présentant des acteurs/actrices.
Occa, 2016(43)	Internet	Suisse, Italie	Cancer du sein	Vidéo vs infographie, Vidéo narrative vs vidéo didactique	Amélioration de la sensibilisation, des connaissances, de l'auto-examen, de l'intention de réaliser le dépistage	La vidéo didactique a amélioré les connaissances. La vidéo narrative a sensibilisé le mieux.
Zgorska Maynard, 2016(44)	Revue systématique de la littérature : 16 articles de 2004 à 2013	USA, Belgique, France	Effets des supports audiovisuels en salle d'attente de cabinets de médecine générale sur la promotion de la santé	Spot vidéo, diaporama, jeux vidéos, ordinateur, brochures, affiches.	Changement de comportement	Les supports audiovisuels semblent être remarqués et utilisés par les patients. Ils entraînent parfois une discussion avec le médecin.

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive, IST : infection sexuellement transmissible, HTA : hypertension artérielle, SAS : syndrome d'apnée du sommeil,

Annexe 2 : Questionnaire des médecins

Comparabilité des deux groupes de cabinets :

Document à remplir et à renvoyer avant le 30 Juin 2017 à l'adresse suivante

modification.de.donnees.personnelles@gmail.com.

4) Etat civil du praticien :

- NOM Prénom
- Age
- Sexe

5) Information sur le cabinet :

- Quelle est l'adresse de votre cabinet ?
- En moyenne, à combien de minutes estimeriez-vous, le temps passé par un patient dans votre salle d'attente ?

6) Activité gynécologique :

- Avez-vous une orientation gynécologique dans votre pratique (suivi de grossesse, contraception, etc) ? Oui/Non
 - o Si oui laquelle :
- Réalisez-vous des frottis cervico-utérin dans votre cabinet ? Oui/Non
- Quel est votre indicateur ROSP sur le pourcentage de femmes à jour sur leur frottis cervico-utérin l'année dernière ? (L'indicateur ROSP est dans votre compte pro AMELI).
- Avez-vous un DU de gynécologie ? Oui/Non
- Avez-vous une autre formation spécialisée ? Oui/Non
 - o Si oui, laquelle ?

Annexe 3 : Protocole de l'étude pour le groupe télévision

GRUPE TELEVISION - PROTOCOLE ETUDE ILHAME NAJEM

Problématique de l'étude : La diffusion du spot vidéo de l'Institut National de Cancérologie (INCA) sur le frottis cervico-utérin (FCU) en salle d'attente de cabinets de médecins généralistes incite-t-elle les femmes à participer au dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Les patientes éligibles : Femmes de 25 à 65 ans qui ne sont pas à jour de leur frottis. En France les femmes doivent réaliser un frottis cervico-utérin (FCU) tous les 3 ans (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans chez les femmes asymptomatiques.

Dans votre groupe :

- Le cabinet dispose d'un écran télévisé qui diffuse le spot vidéo de l'INCA.

En pratique : La consultation se déroulera en trois temps.

Premier temps : Vous demanderez à toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans si elles ont fait leur frottis. Si elles ne l'ont pas fait (selon les critères cités au-dessus dans le paragraphe patientes éligibles), vous leur donnerez une **information standardisée** sur le frottis cervico-utérin :

« **Je constate que vous n'êtes pas à jour de votre frottis cervico-utérin. Celui-ci permet de détecter les lésions précancéreuses et de les traiter tôt. Ainsi on peut éviter le cancer du col de l'utérus.** »

Selon vos habitudes, vous proposerez l'une des options suivantes : Souhaitez-vous prendre un rendez-vous pour le faire avec moi ou ma/mon collègue ? Ou Souhaitez-vous une prescription pour le faire au laboratoire ? Ou Désirez-vous le faire chez votre gynécologue ou sage-femme ? »

Deuxième temps : vous mènerez votre consultation sur le motif de consultation comme d'habitude.

Troisième temps : A la fin de la consultation vous demanderez à la patiente si elle souhaite participer à une **étude menée par une interne de médecine générale sur le suivi médical en France (vous ne devez pas leur dire qu'il s'agit d'une étude sur le frottis cervico-utérin)**. Si elle accepte elle doit savoir qu'elle recevra un **appel de l'interne en question dans 3 mois qui lui posera 4-5 questions**.

- **La patiente complètera le tableau** joint à ce protocole : La première page dit que toutes les informations recueillies dans cette étude resteront anonymes. La deuxième page doit être complétée par la patiente. Vous garderez sur votre bureau le tableau et les patientes le complèteront les unes à la suite des autres.

Un clip musical sera diffusé après chacune des apparitions du spot vidéo de l'INCA. Le clip musical et le spot de l'INCA durant au total moins de 4 min, il sera considéré que la patiente a été exposé au spot de l'INCA sur le FCU si elle a vu un clip musical à l'écran et si elle a patienté plus de 5 min.

- Je vous demanderai de me **renvoyer le tableau** une fois **toutes les deux semaines**. Vous pouvez le prendre en photo et me l'envoyer par texto ou par mail. Vous pouvez également le faxer au numéro suivant : 01 43 84 32 02.

- Il sera nécessaire d'inclure au moins 15 patientes par médecin.

- Je rappellerai les patientes 3 mois après la date d'inclusion pour savoir si elles ont fait le frottis ou si elles ont pris un RDV pour le faire.

- **Certains patients vous demanderont pourquoi une télévision** a été installée dans votre salle d'attente. Bien sûr vous **ne leur direz pas qu'il s'agit d'une étude**. Vous leur direz simplement que la compagnie Canal33 vous a démarché spontanément et que vous faites un essai avec eux.

Je vous remercie une nouvelle fois pour le temps que vous m'accordez.

N'hésitez pas à me contacter au moindre questionnement.

Bien à vous, Ilhame NAJEM, *données personnelles retirées*

Tableau à remplir par les patients

Madame, Monsieur,

Je suis interne en dernière année de médecine générale. Comme tous les étudiants en médecine, en fin de cycle, je dois réaliser une thèse. Ces thèses nous permettent de produire de nouvelles connaissances médicales et d'obtenir le titre de Docteur. J'ai choisi de réaliser la mienne sur le suivi des patients en France.

Votre médecin vous a proposé de participer à ma thèse. En acceptant, vous recevrez un appel téléphonique de ma part, dans 3-4 mois qui durera 5-10 min. A cette occasion je vous poserai quelques questions médicales et personnelles.

Pour ce faire je vous demande de compléter et de signer le tableau remis à votre médecin traitant.

Évidemment, vos données médicales et personnelles resteront anonymes et ne seront transmises à aucunes sociétés ou autorités de santé sans votre accord. Ces données ne seront étudiées que par moi.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de vos données à n'importe quel moment.

Vous avez accès, par l'intermédiaire de votre médecin, à l'ensemble de vos données médicales et personnelles, en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

Je vous remercie du temps que vous m'accorderez,
Bien à vous,
Ilhame NAJEM.

NOTE D'INFORMATION A REMETTRE AU PATIENT
ETUDE MENÉE PAR LE DOCTEUR NAJEM SUR LE SUIVI DES PATIENTS EN FRANCE.

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a proposé de participer à l'étude qui évalue le suivi des patients en France, dont l'investigateur principal est la doctorante Ilhame NAJEM. Vous avez donc accepté de répondre aux quelques questions qui vous seront posé au téléphone par Madame NAJEM.

Si vous n'êtes plus d'accord pour participer à cette étude veuillez le signaler à Madame NAJEM lorsqu'elle vous contactera par téléphone.

A n'importe quel moment, vous avez le droit de manifester à votre médecin votre refus de participer à cette étude. Votre prise en charge n'en sera pas modifiée.

Dans le cas où vous souhaiteriez connaître les résultats de l'étude à laquelle vous avez participé veuillez le signaler lors de l'appel de Madame NAJEM. Vous recevrez un SMS fin Novembre résumant les résultats de celle-ci. Vous pouvez également en parler à votre médecin dès le mois de Novembre qui vous communiquera les résultats.

Un grand merci pour votre participation.

Doctorante Ilhame NAJEM

Annexe 4 : Protocole de l'étude pour le groupe sans télévision

GRUPE SANS TELEVISION - PROTOCOLE ETUDE ILHAME NAJEM

Problématique de l'étude : La diffusion du spot vidéo de l'Institut National de Cancérologie (INCA) sur le frottis cervico-utérin (FCU) en salle d'attente de cabinets de médecins généralistes incite-t-elle les femmes à participer au dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Les patientes éligibles : Femmes de 25 à 65 ans qui ne sont pas à jour de leur frottis. En France les femmes doivent réaliser un frottis cervico-utérin (FCU) **tous les 3 ans (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle)** à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans chez les femmes asymptomatiques.

Dans votre groupe :

- Le cabinet ne dispose pas d'un écran télévisé qui diffuse le spot vidéo de l'INCA.

En pratique : La consultation se déroulera en trois temps.

Premier temps : Vous demanderez à toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans si elles ont fait leur frottis. Si elles ne l'ont pas fait (selon les critères cités au-dessus dans le paragraphe patientes éligibles), vous leur donnerez une **information standardisée** sur le frottis cervico-utérin :

« Je constate que vous n'êtes pas à jour de votre frottis cervico-utérin. Celui-ci permet de détecter les lésions précancéreuses et de les traiter tôt. Ainsi on peut éviter le cancer du col de l'utérus. »

Selon vos habitudes, vous proposerez l'une des options suivantes : Souhaitez-vous prendre un rendez-vous pour le faire avec moi ou ma/mon collègue ? Ou Souhaitez-vous une prescription pour le faire au laboratoire ? Ou Désirez-vous le faire chez votre gynécologue ou sage-femme ? »

Deuxième temps : vous mènerez votre consultation sur le motif de consultation comme d'habitude.

Troisième temps : A la fin de la consultation vous demanderez à la patiente si elle souhaite participer à une **étude menée par une interne de médecine générale sur le suivi médical en France (vous ne devez pas leur dire qu'il s'agit d'une étude sur le frottis cervico-utérin)**. Si elle accepte elle doit savoir qu'elle recevra un **appel de l'interne en question dans 3 mois qui lui posera 4-5 questions**.

- **La patiente complètera le tableau** joint à ce protocole : La première page dit que toutes les informations recueillies dans cette étude resteront anonymes. La deuxième page doit être complétée par la patiente. Vous garderez sur votre bureau le tableau et les patientes le complèteront les unes à la suite des autres.

- Je vous demanderai de me **renvoyer le tableau** une fois **toutes les deux semaines**. Vous pouvez le prendre en photo et me l'envoyer par texto ou par mail. Vous pouvez également le faxer au numéro suivant : 01 43 84 32 02.

- Il sera nécessaire d'inclure au moins 15 patientes par médecin.

- Je rappellerai les patientes 3 mois après la date d'inclusion pour savoir si elles ont fait le frottis ou si elles ont pris un RDV pour le faire.

Je vous remercie une nouvelle fois pour le temps que vous m'accordez.

N'hésitez pas à me contacter au moindre questionnement.

Bien à vous,

Ilhame NAJEM, *données personnelles retirées*

Tableau à remplir par les patients

Madame, Monsieur,

Je suis interne en dernière année de médecine générale. Comme tous les étudiants en médecine, en fin de cycle, je dois réaliser une thèse. Ces thèses nous permettent de produire de nouvelles connaissances médicales et d'obtenir le titre de Docteur. J'ai choisi de réaliser la mienne sur le suivi des patients en France.

Votre médecin vous a proposé de participer à ma thèse. En acceptant, vous recevrez un appel téléphonique de ma part, dans 3-4 mois qui durera 5-10 min. A cette occasion je vous poserai quelques questions médicales et personnelles.

Pour ce faire je vous demande de compléter et de signer le tableau remis à votre médecin traitant.

Evidemment, vos données médicales et personnelles resteront anonymes et ne seront transmises à aucunes sociétés ou autorités de santé sans votre accord. Ces données ne seront étudiées que par moi.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de vos données à n'importe quel moment.

Vous avez accès, par l'intermédiaire de votre médecin, à l'ensemble de vos données médicales et personnelles, en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

Je vous remercie du temps que vous m'accorderez,
Bien à vous,
Ilhame NAJEM.

NOTE D'INFORMATION A REMETTRE AU PATIENT
ETUDE MENÉE PAR LE DOCTEUR NAJEM SUR LE SUIVI DES PATIENTS EN FRANCE.

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a proposé de participer à l'étude qui évalue le suivi des patients en France, dont l'investigateur principal est la doctorante Ilhame NAJEM. Vous avez donc accepté de répondre aux quelques questions qui vous seront posé au téléphone par Madame NAJEM.

Si vous n'êtes plus d'accord pour participer à cette étude veuillez le signaler à Madame NAJEM lorsqu'elle vous contactera par téléphone.

A n'importe quel moment, vous avez le droit de manifester à votre médecin votre refus de participer à cette étude. Votre prise en charge n'en sera pas modifiée.

Dans le cas où vous souhaiteriez connaître les résultats de l'étude à laquelle vous avez participé veuillez le signaler lors de l'appel de Madame NAJEM. Vous recevrez un SMS fin Novembre résumant les résultats de celle-ci. Vous pouvez également en parler à votre médecin dès le mois de Novembre qui vous communiquera les résultats.

Un grand merci pour votre participation.

Doctorante Ilhame NAJEM

Annexe 5 : SMS, premier contact avec la patiente

Bonjour, je suis Doctorante en médecine. Je vous rappelle au sujet de l'étude qui vise à améliorer le suivi des patients en France menée par le Dr Pecheux que vous avez vu en consultation le 11/12/17. Cela consiste à répondre à 4 questions.
Vous pouvez me rappeler sur ce numéro de portable au moment qui vous convient le mieux.
Bonne journée.
Ilhame NAJEM.

Distribué

Annexe 6 : Entretien téléphonique avec la patiente

Bonjour, je suis Ilhame NAJEM, je vous rappelle car vous avez accepté de participer à une étude menée avec votre médecin.

Dans le cadre de l'étude et pour ne pas influencer vos réponses je dois vous donner la même information qu'à toutes les autres patientes.

Il faut savoir que les données recueillies lors de notre entretien resteront anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de la recherche médicale.

- Acceptez-vous toujours de participer à l'étude qui cherche à évaluer le suivi des patients en France ?
 - o Si oui : puis-je avoir votre Nom et Prénom ?
- Quel âge avez-vous ?
- Avez-vous réalisé un FCU ou avez-vous pris un RDV pour en réaliser un, depuis que vous avez vu le Dr XXX Le (date d'inclusion) ?
 - o Si oui :
 - A quelle date l'avez-vous réalisé ?
 - Quelle était la date du précédent ?
 - o Si non :
 - Pour quelles raisons n'avez-vous pas réalisé de FCU ?
 - Quelle est la date du dernier frottis réalisé ?

Pour les femmes ayant été exposées au spot vidéo en salle d'attente :

- Concernant la diffusion du spot vidéo en salle d'attente :
 - o Vous avez trouvé le contenu :
 - Intéressant, pas intéressant ou pas d'avis
 - o Vous avez trouvé la diffusion :
 - Agréable, désagréable ou pas d'avis

Annexe 7 : SMS, de remerciement

Bonjour Madame.

Suite à notre conversation téléphonique du 13/12/2017 je vous envoie ce sms pour vous remercier d'avoir répondu à nos questions concernant le suivi des patients en France.

Dans le cas où vous ne souhaiteriez plus que vos réponses soient utilisées pour cette étude, merci de nous le signaler en répondant à ce SMS, ou en nous contactant par téléphone.

Si vous souhaitez connaître les résultats de notre étude, envoyez nous un SMS et nous vous les communiquerons.

Un grand merci pour votre participation.
Ilhame NAJEM - Doctorante en médecine

Distribué

Annexe 8 : Déclaration à la CNIL n° tfR2375921t

CNIL

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334
Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la
CNIL

N° d'enregistrement :
tfR2375921t

DÉCLARATION NORMALE

(Article 23 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : NAJEM Ilhame	Sigle (facultatif) :
Service :	N° SIRET :
Adresse :	Code APE :
Code postal :	Téléphone :
Ville :	Fax :
Adresse électronique :	

2 Service chargé de la mise en œuvre du traitement (lieu d'implantation)

(Veuillez préciser quel est le service ou l'organisme qui effectue, en pratique, le traitement)
Si le traitement est assuré par un tiers (prestataire, sous-traitant) ou un service différent du déclarant, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Nom et prénom ou raison sociale : NAJEM Ilhame	Sigle (Facultatif) :
Service :	N° SIRET :
Adresse :	Code NAF :
Code postal :	Téléphone :
Ville :	Fax :
Adresse électronique :	

3 Finalité du traitement

Quelle est la finalité ou l'objectif de votre traitement (exemple : gestion du recrutement) :
INSTALLATION D'ÉCRANS TÉLÉVISÉS EN SALLE D'ATTENTE DIFFUSANT LE SPOT DE PRÉVENTION
CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS DE L'INCA. VOICI LE LIEN DE LA VIDÉO :
[HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=Z-YPGHIZHPY](https://www.youtube.com/watch?v=Z-YPGHIZHPY). CECI DANS L'OBJECTIF DE DETERMINER
SI L'UTILISATION DE CE SPOT VIDEO EN SALLE D'ATTENTE D'UN CABINET DE MÉDECINE
GÉNÉRALE PERMET D'AUGMENTER LE NOMBRE DE PARTICIPANTES AU DÉPISTAGE DU CANCER
DU COL DE L'UTÉRUS ?

Quelles sont les personnes concernées par le traitement ?

- Salariés Usagers Adhérents Clients (actuels ou potentiels) Visiteurs
 Autres (Veuillez préciser) : Patientes des médecins généralistes

Si vous utilisez une technologie particulière, merci de préciser laquelle (facultatif) :

- Dispositif sans contact (Ex. : RFID, NFC) Mécanisme d'anonymisation
 Carte à puce Géo localisation (Ex. : GPS couplé avec
GSM/GPRS)
 Vidéoprotection Nanotechnologie
 Autres (précisez) : Ecrans télévisés

Annexe 9 : Avis favorable du Comité d'éthique pour les recherches comportementales et en santé (CERCES)



Comité d'éthique pour les recherches comportementales et en santé (CERCES)

Présidente: Jacqueline Fagard

N° 2018 - 10

Noms du/ des chercheur(s) : NAJEM Ilham (doctorante en médecine), Dir thèse: Roland Pécheux, médecin généraliste et enseignant Paris V.

Email pour la correspondance : donnees_personnelles_retirées@gmail.com
(encadrant : donnees_personnelles_retirées@wanadoo.fr)

Labo/ Service : Cabinets de médecine générale en Ile de France

PROTOCOLE : L'utilisation d'un spot vidéo sur le frottis en salle d'attente d'un cabinet médical augmente-t-elle, le nombre de participantes, au dépistage du cancer de col de l'utérus?

Évalué à la séance du 13/02/2018

AVIS : Favorable

L'avis du CERCES n'exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de respecter la réglementation « Informatique et libertés » (CNIL) : par exemple de vous assurer de la sécurité des données, et du respect des formalités préalables prévues par la loi. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (CIL) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche.

N°CERCES : 2018_10

Jacqueline Fagard

email : ceres_parisdescartes@services.cnrs.fr jacqueline.fagard@gmail.com valerie.serval@parisdescartes.fr

Version 18/12/2017

Annexe 10 : Autorisation de l'INCA à utiliser le spot vidéo sur le FCU

De: infodepistage <infodepistage@institutcancer.fr>

Objet: RE: Autorisation de diffusion d'une video sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Date: 2 mars 2017 16:27:46 UTC+1

À: 'ilhame najem' [REDACTED]

Bonjour Madame,

Nous vous autorisons à utiliser la vidéo dont vous avez mis le lien.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Cordialement

La Direction de la communication et de l'information

Département campagnes de communication

Institut National du Cancer



Titre : Impact d'un spot vidéo diffusé en salle d'attente de médecine générale sur la réalisation du frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Résumé :

Le taux de dépistage en France reste insuffisant. Une des solutions serait d'améliorer l'information et l'éducation des femmes par « l'audience captive ».

Ce travail avait pour objectif de déterminer si la diffusion du spot vidéo de l'Institut National de Cancérologie sur le frottis cervico-utérin (FCU) en salle d'attente de cabinets de médecine générale incitait les femmes à participer au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les médecins généralistes ont été randomisés en deux groupes pour diffuser ou non le spot vidéo. Les patientes éligibles au dépistage et non à jour du FCU étaient appelées trois mois après leur inclusion pour évaluer leur statut concernant le FCU : réalisé, réalisation prévue, ou non réalisé et non prévu.

67 patientes sur 162 avaient été exposées au spot vidéo. Ces femmes ont été plus incitées à réaliser le FCU, sans différence significative. La majorité des patientes ont trouvé que le contenu du programme diffusé en salle d'attente était intéressant.

L'information orale donnée systématiquement pourrait représenter un biais de classement non différentiel.

Mots clés (français) : soins primaires / dépistage / cancer du col de l'utérus / frottis cervico-utérin / audience captive / audiovisuel / spot vidéo / salle d'attente / éducation à la santé

Title: A randomized controlled trial of video broadcast intervention to promote cervical cancer screening among patient in primary health care.

Abstract :

The cervical cancer screening rate in France remains low. One of the solutions could be to improve the method for communicating throw the audience captive.

To determine if broadcasting an audiovisual message made by the National Cancer Institute about cervical cancer in the general practitioners' (GPs') waiting rooms makes more women intend to participate in cervical cancer screening.

GPs were randomised into two groups: one that broadcast and one that didn't broadcast the audiovisual message. Three months after the visit, we assessed if : firstly the screening was undergone or was not undergone but have been scheduled and lastly was not undergone and don't have it scheduled.

67 patients out of 162 were in the group who had been exposed to the audiovisual message. With non-significant influence, women who were exposed to the audiovisual message were more inclined to seek undergoing the screening. This is the first study to evaluate the impact of messages to a captive audience in medicine. Oral information provided systematically could induce a nondifferential misclassification.

Keywords : primary health care / mass screening / uterine cervical neoplasms / papanicolaou test / captive audience / audiovisual / video broadcast / waiting room/ health education

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**