UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Pauline LECHEVALLIER

le 21 novembre 2019

TITRE

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : INFLUENCE D'UNE CAMPAGNE D'INFORMATION PAR AFFICHE SUR LA DISPOSITION DES FEMMES DE L'HÉRAULT Á CONFIER LEUR SUIVI GYNÉCOLOGIQUE Á UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE.

Directrice de thèse : Docteur Morgane MASIA MORICE

Jury

Président : Monsieur le Professeur Renaud DE TAYRAC

Assesseurs : Madame le Docteur Béatrice FOLCO - LOGNOS

Madame le Docteur Elodie MILLION

Madame le Docteur Morgane MASIA MORICE

Membre invité : Madame le Docteur Anne CASTEL

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Pauline LECHEVALLIER

le 21 novembre 2019

TITRE

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : INFLUENCE D'UNE CAMPAGNE D'INFORMATION PAR AFFICHE SUR LA DISPOSITION DES FEMMES DE L'HÉRAULT Á CONFIER LEUR SUIVI GYNÉCOLOGIQUE Á UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE.

Directrice de thèse : Docteur Morgane MASIA MORICE

Jury

Président : Monsieur le Professeur Renaud DE TAYRAC

Assesseurs : Madame le Docteur Béatrice FOLCO - LOGNOS

Madame le Docteur Elodie MILLION

Madame le Docteur Morgane MASIA MORICE

Membre invité : Madame le Docteur Anne CASTEL

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE
LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Éric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Éric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Épidémiologie, Économie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Éric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe
AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie

MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olvier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Épidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1re classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Édouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Émilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1ère classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe
BADIA Éric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale
BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Émilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Renaud DE TAYRAC,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Je vous remercie pour vos enseignements lors du DIU de gynécologie. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de tout mon respect.

A Madame le Docteur Béatrice LOGNOS - FOLCO,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ma thèse en acceptant de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde considération.

A Madame le Docteur Elodie MILLION,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci également d'avoir accepté l'inclusion de votre cabinet à l'étude. Veuillez trouver l'expression de toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Morgane MASIA MORICE,

Un immense merci pour avoir accepté d'être directrice de thèse pour la première fois. Merci de m'avoir accompagnée dans ce travail, de m'avoir aiguillée, de m'avoir recentrée dans ma réflexion. Merci pour tes précieux conseils et pour ton énergie positive.

A Madame le Docteur Anne CASTEL,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Vous me faire l'honneur de votre présence. Merci pour tous les enseignements et conseils que vous m'avez transmis au cours des 6 mois de stage au sein de votre cabinet. Soyez assurée de mon respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Claudine GRAS AYGON,

Je vous remercie pour votre aide pour la réalisation des statistiques et la présentation des résultats. Merci pour vos conseils avisés.

A tous les médecins généralistes qui ont porté de l'intérêt à ma thèse et qui ont accepté le dépôt des questionnaires et de l'affiche dans la salle d'attente de leur cabinet**.**

A toutes les femmes qui ont accepté de participer à l'étude et qui ont pris le temps de répondre au questionnaire.

Aux professionnels de santé qui m'ont formée pendant mon externat en Normandie et pendant mon internat en Languedoc Roussillon**.** Je remercie particulièrement Pr Jean Ribstein, Dr George Thiebault, Dr Patrice Legasal, Dr Cécile Rieux, Dr Héloïse Etienne et Dr Candice Jouandon. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté pendant mon internat et merci de m'avoir fait progresser dans mon exercice de la médecine.

Aux équipes soignantes du service de pneumologie du CHU de Nîmes et du service de Médecine interne et HTA du CHU Lapeyronie, Merci pour votre accueil et votre bienveillance.

A Pierre, Julie, David et Émilie, qui m'ont accueillie à Saint Drézéry depuis un an bientôt. J'ai pris beaucoup de plaisir à travailler en tant qu'adjointe en votre compagnie.

A mes parents, Merci pour tout. Merci de m'avoir toujours soutenue dans mes études et dans mes choix. Merci de vous être sacrifiés pour mon bonheur, pour m'apporter tout ce dont j'avais besoin. Si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous et je vous en serai toujours reconnaissante ! Maman, Merci pour tout le temps que tu as consacré à mon éducation, à ma scolarité. Je me souviendrai toujours des heures passées à te réciter les poésies et les tables de multiplication, entre deux clients. Papa, mon mécanicien, mon menuisier, mon plombier, mon électricien, Merci pour ta capacité à résoudre les problèmes en toutes circonstances. Je suis fière d'avoir un papa comme toi, tu es mon modèle !

A mon grand-père Louis, tu as toujours cru en moi et je te prouve aujourd'hui que tu as eu raison. Merci pour tous les moments passés ensemble, Merci pour ton soutien, Merci pour les petits billets glissés en douce. Je suis fière d'avoir un papy comme toi !

A mon grand-père Bernard, nous nous appelons et nous voyons peu mais c'est toujours un plaisir de t'avoir au téléphone. Je vois que tu vas bien et ça me fait grand plaisir. Je tiens fort à toi !

A mon frère Mickaël, à Mon Assistant Numérique, Merci de m'avoir soutenue pendant ces années d'internat, Merci de t'être toujours rendu disponible pour résoudre mes soucis en informatique.

A la meilleure des belles sœurs, Chloé, Merci pour ton aide pour les statistiques, Merci pour tes conseils vestimentaires.

Merci à tous les deux pour vos multiples relectures, Merci pour les week-ends détente, Merci pour les apéritifs à la Chouffe. Plein de vœux de bonheur à tous les deux et bon courage pour les travaux !

A ma sœur Mélanie, Merci de m'avoir guidée vers les études scientifiques. Merci pour tous ces moments passés à papoter dans notre chambre et Merci de m'avoir donnée la chance d'être Tata et Marraine. Bravo pour ton installation !

A mon neveu et filleul Siméon et à ma nièce Rose, je suis heureuse de vous avoir. Votre joie de vivre me donne toujours le sourire. Hâte de vous accueillir en vacances !

A Vivi, mon beau-frère, Merci de m'avoir acceptée dans ta famille, Merci tes conseils « mode », Merci pour ton aide en anglais. Sache que je te considère comme mon deuxième petit frère et que tu peux toujours compter sur moi. Bon séjour en Chine !

A Denys et à Christine, Merci de m'avoir accueillie dans la famille *Sentenac* et Merci pour votre soutien. Denys, Merci pour vos bons petits plats qui font toujours du bien au corps comme au cœur !

A la famille Van Damme, Merci pour l'accueil que vous m'avez accordé. Vous m'avez beaucoup appris, notamment sur la manière de voir et de concevoir la vie. Une pensée particulière à Dulce et Jean-Yves.

A Jacqueline et Bernard, Merci pour votre simplicité, votre gentillesse, votre accueil toujours bienveillant et tous les services rendus. Jacqueline, Merci pour toutes les pauses – café à papoter, Merci d'avoir accepté de tester mon questionnaire.

A mes amis,

A mes amis d'enfance, à Did, à NoNo et à Charlie,

Qui aurait prédit, il y a 31 ans, que notre amitié soit encore aussi forte aujourd'hui ? Merci pour tous ces moments passés ensemble, sur les bancs de l'école, sur les pistes de danse ou devant un bon verre de vin. Merci d'être là tous les jours !

A Manon, Notre amitié a été comme une évidence pour moi. Notre éloignement géographique m'est souvent difficile. Merci pour ces heures de confidences, Merci pour les « embuscades » à Caen, Merci pour ces 11 ans d'amitié simple et « sans chichi » !

A Loïc, Merci de m'avoir encouragée depuis mon entrée en médecine et de m'avoir soutenue dans les moments les plus difficiles. Que ta nouvelle orientation professionnelle t'apporte ce que tu recherches !

A Marlène, Merci pour tous les moments partagés, Merci pour ton amitié en toute sincérité !

A Lulu, Merci pour les soirées dans le sous-sol de tes parents, Merci pour ta « pêche » communicative !

A Mathilde, Merci pour ta spontanéité, Merci pour ton énergie positive. Hâte de rencontrer votre petit bonhomme !

A Mélina et Camille, mes copines du collège, du lycée et de l'internat. Merci pour ces 7 ans de vie quasi-quotidienne à vos côtés, Merci pour ces moments de papotage, de fou-rire, de prise de tête (pour des chaussettes mal rangées ou des craquages d'orteil), Merci d'avoir supporté ma maniaquerie et ma psychorigidité. Mélina, Merci d'avoir toujours cru en moi ! Camille, Merci pour ces journées studieuses à la cité U. *« On s'était dit rendez-vous dans dix ans … »*

A Romain, Mr modeste. Je te remercie de m'avoir toujours soutenue, jusqu'à mon départ à Montpellier. Merci pour ton écoute pendant mes années de célibat', Merci pour les soirées cinéma.

A Julien et Antoine, Merci pour tous les bons moments ensemble : nos années lycée, nos vacances en camping ou nos soirées à Caen et à Paris !

A Céline, Héloïse, Maud, Merci pour les deux années de P1 partagées, à se serrer les coudes, Merci pour ce tour de la Manche à vélo !

A mes amies d'externat, Lucie, Anaële, Sandrine et Elisabeth, Merci pour toutes les heures passées ensemble devant nos bouquins. Merci pour le soutien que vous m'avez chacune apporté. Sans vous, l'externat aurait été encore plus difficile à surmonter. Belle carrière de médecin à toutes !

A Marie, Merci pour tous ces dimanches de révision à la bibliothèque, Merci pour les footings à l'hippodrome et Merci à toi, Mathieu, de nous avoir supportées pendant toutes ces années.

A Matthieu, Merci pour ton soutien et ton écoute. Merci de m'avoir transmise ton savoir, ta connaissance dans de nombreux domaines et ta passion des bons restos.

A tous les jeunes médecins que j'ai rencontré à Montpellier,

A Anne – Cha, Merci pour le semestre en pneumo à tes cotés. Merci pour ta bonne humeur et ta folie, qui apportaient un peu de gaieté à nos journées. Merci pour ton soutien ces dernières semaines. Plein de bonheur pour ta future vie en Suisse, Dr François !

A Danitza, Merci ta joie de vivre communicative ! Hâte que tu me fasses découvrir Ta Martinique !

A Mathilde, Merci pour les moments de papotages entre (et pendant) les cours. Depuis le temps que nous parlons de ce jour, nous y sommes : Félicitations Dr Lopez !

A Alban, Merci pour toutes les soirées de folie à la coloc' !

A Samy, Lorène, Sophie et Gaël, Claire et Simon.

A Bastien, Merci pour ces mois de colocations. Encore désolée de vous avoir accusé, toi et Stéph', de vol nocturne de crumble !

Aux amis de Camille, Jules et Lucie, Thomas et Fanny, Hervé et Jessica, Robin et Diana, Cyprien, Magali, André, Merci de m'avoir accueillie malgré mon niveau en Mario Kart et au badminton !

Aux Boules et maintenant Docti-6-boules, quelle chance, ce jour d'octobre 2014, d'avoir été affectée aux urgences de Bagnols sur Cèze et de vous avoir rencontré. Cet internat aurait été bien différent sans vous !

Anaboule, ma copine, ma confidente ! Merci pour ta présence, ton écoute, ton amitié en toute honnêteté ! Toute raison est bonne pour passer du temps ensemble : Débriefing, Shopping, Footing et bientôt poupounning !

Anthoboule et Stéphouf, mes Boules de Geisha. Vous avez été les meilleurs compagnons de voyage qu'on puisse espérer. Ce voyage en Asie restera gravé à jamais.

Anthoboule, Merci pour ton énergie débordante, Merci pour les soirées endiablées et Merci d'avoir rélévé la Poliboule que je suis !

Stéphouf, Merci pour cette amitié en tout simplicité, Merci pour cette force – tranquille qui rassure, Merci d'être là quand j'ai besoin de toi !

Péniels, mon coloc' de Saint Eloi, Merci de m'avoir soutenue même quand le moral n'y était plus, Merci pour ces vacances en Corse, Merci pour les parties de badminton ou de fléchettes !

Irina, Merci pour ces 6 mois à Nîmes, Merci pour les sorties footing, Merci tes moments de folie et Merci à ton chinois, Laurent, pour ses conseils en course à pied, pour les battles de danse mémorables. Belle vie à vous deux en tant que propriétaires !

Chacha, Merci pour ces 6 mois aux urgences, Merci pour les footing et les brunchs du dimanche matin, Merci pour nos après-midis télé et tisane. Bravo à toi d'avoir trouvé l'exercice de la médecine qui te convienne. Pleins de vœux à tous les 2 pour cette nouvelle vie à 3 !

A Camille, à Kiki, Merci pour l'amour que tu me portes tous les jours. Merci pour ton soutien et ton aide tout au long de ce travail ! Merci pour tes petits bras réconfortants, pour tes massages relaxants et tes bons plats énergisants ! A nos voyages et nos futurs projets ! Je t'aime !

A mes grands-mères, Yvette et Odile …

SOMMAIRE

TABLES DES ILLUSTRATIONS

I. INTRODUCTION ***1***

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE ***3***

A. Le type d'étude 3

B. L'intervention : une affiche d'information *(Annexe 1)* 3

C. L'évaluation par auto-questionnaire *(Annexes 2 et 3)* 3

D. Le lieu de recrutement 6

E. La randomisation 6

F. L'échantillon de l'étude 7

G. Le recueil des données 7

H. L'analyse des données 8

I. Le calcul du nombre de sujets nécessaires 9

J. Le comité de protection des personnes 9

III. RÉSULTATS ***10***

A. Le diagramme de flux 10

B. Description de la population de l'étude 11

1. Représentativité de l'échantillon de l'étude par rapport à la population de l'Hérault 11
2. Comparabilité des deux groupes 13

C. Disposition des femmes de l'étude à consulter un médecin généraliste 18

1. Pour leur suivi gynécologique 18
2. Pour un motif gynécologique 18

D. L'affiche 20

1. Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste 20
2. Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à consulter un médecin généraliste pour un motif gynécologique. 21
3. Visibilité et apport de l'affiche 21
4. Évaluation de l'affiche 23

E. Facteurs ayant une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste *(Annexe 4)* 24

1. Influence du professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique (avant le remplissage du questionnaire) 24
2. Influence de la connaissance des femmes quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique 25
3. Influence du sexe du médecin traitant 26
4. Influence de l'âge du médecin traitant 27
5. Influence de l'abord du suivi gynécologique par le médecin traitant 28

F. Facteurs ayant une influence sur la régularité du suivi gynécologique des femmes 29

IV. DISCUSSION *31*

A. Validité externe de l'étude **31**

1. Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste 31
2. Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à consulter un médecin généraliste pour un motif gynécologique 33
3. Évaluation de l'affiche 34
4. Disposition des femmes de l'étude à consulter un médecin généraliste 35
5. Facteurs influençant la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste 38
6. Facteurs influençant la régularité du suivi gynécologique des femmes 47

B. Validité interne de l'étude **51**

1. Les faiblesses de l'étude 51
2. Les forces de l'étude 53

V. CONCLUSION *56*

VI. BIBLIOGRAPHIE *57*

VII. ANNEXES *59*

A. Annexe 1 : L'affiche **59**

B. Annexe 2 : Le questionnaire du groupe « avec affiche » **60**

C. Annexe 3 : Le questionnaire du groupe « sans affiche » **64**

D. Annexe 4 : Facteurs ayant une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste **67**

E. Annexe 5 : Dépliant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus réalisé par l'INCa **68**

F. Annexe 6 : Dépliant réalisé par l'INCa et envoyé avec le courrier d'invitation dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus **69**

SERMENT D'HIPPOCRATE **70**

PERMIS D'IMPRIMER **71**

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

TABLES DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

Figure 1 : Cartographie des cabinets recrutés _____ *6*
Figure 2 : Diagramme de flux _____ *10*
Figure 3 : Répartition des femmes du groupe « avec affiche » et du groupe « sans affiche » selon le professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique _____ *14*
Figure 4 : Répartition des médecins traitants de sexe masculin du groupe « avec affiche » et « sans affiche » selon leur âge _____ *16*
Figure 5 : Répartition des médecins traitants de sexe féminin du groupe « avec affiche » et « sans affiche » selon leur âge _____ *17*
Figure 6 : Motifs gynécologiques pour lesquels les femmes étaient (ou auraient été) prêtes à consulter un médecin généraliste _____ *18*
Figure 7 : Motifs gynécologiques pour lesquels les femmes étaient (ou auraient été) prêtes à consulter un médecin généraliste en fonction de leur disposition à confier le suivi gynécologique à un médecin généraliste _____ *19*
Figure 8 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste dans le groupe « avec affiche » et dans le groupe « sans affiche » _____ *20*
Figure 9 : Raisons évoquées par les femmes pour ne pas avoir lu l'affiche _____ *22*
Figure 10 : Informations apprises par les femmes ayant lu l'affiche _____ *22*
Figure 11 : Évaluation de l'affiche par les femmes ayant lu l'affiche _____ *23*
Figure 12 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste en fonction du professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique _____ *25*
Figure 13 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste en fonction de la connaissance de ces dernières quant à la compétence des médecins généralistes dans ce domaine _____ *26*
Figure 14 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste en fonction du sexe de leur médecin traitant _____ *27*
Figure 15 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste en fonction de l'âge de leur médecin traitant _____ *28*
Figure 16 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste en fonction de l'abord de ce suivi par leur médecin traitant _____ *29*
Figure 17 : Régularité du suivi gynécologique des femmes en fonction de leur âge _____ *30*
Figure 18 : Régularité du suivi gynécologique des femmes en fonction de leur niveau d'étude _____ *30*

TABLEAUX

Tableau 1 : Randomisation des cabinets recrutés _____ *8*
Tableau 2 : Représentativité de la population de l'étude par rapport à la population héraultaise de 2016 en fonction de l'âge des femmes _____ *11*
Tableau 3 : Représentativité de la population de l'étude par rapport à la population héraultaise de 2016 en fonction du dernier diplôme obtenu par les femmes _____ *11*
Tableau 4 : Représentativité de la population de l'étude par rapport à la démographie des médecins généralistes héraultais inscrits à l'Ordre en 2015 en fonction de leur sexe _____ *12*
Tableau 5 : Les caractéristiques des femmes _____ *13*
Tableau 6 : La salle d'attente _____ *15*
Tableau 7 : Les caractéristiques des médecins traitants _____ *15*
Tableau 8 : Le suivi gynécologique actuel des femmes _____ *17*
Tableau 9 : Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste _____ *20*
Tableau 10 : Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à consulter un médecin généraliste pour un motif gynécologique _____ *21*
Tableau 11 : Influence du professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste _____ *24*
Tableau 12 : Influence de la connaissance des femmes, quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique, sur la disposition de ces dernières à confier leur suivi à un médecin généraliste _____ *25*
Tableau 13 : Influence du sexe du médecin traitant sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste _____ *26*
Tableau 14 : Influence de l'âge du médecin traitant sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste _____ *27*
Tableau 15 : Influence de l'abord du suivi gynécologique par le médecin traitant sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste _____ *28*
Tableau 16 : Facteurs ayant une influence sur la régularité du suivi gynécologique des femmes _____ *29*

I. INTRODUCTION

Le suivi gynécologique est primordial tout au long de la vie d'une femme. Il consiste notamment à la prescription et au suivi de la contraception ; au dépistage des troubles de la sexualité ; à la prévention, au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles ; au suivi des grossesses non pathologiques et au suivi post-partum ; à la prévention et au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein ; au dépistage et au traitement des troubles liés de la ménopause ; au suivi d'un traitement hormonal de la ménopause.

En 2017, 2 835 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 58 968 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en France Métropolitaine. (1)

Le suivi gynécologique est un véritable enjeu de santé publique. Chaque année, le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus permet de dépister 31 000 lésions pré-cancéreuses et 3 000 cas de cancer. Sur la période 2013 - 2014, 36 889 cas de cancer du sein ont été diagnostiqués grâce au programme national de dépistage organisé. (1)

Cependant, de nombreuses femmes ignorent l'intérêt et l'importance d'un suivi gynécologique. Entre 2010 et 2014, 61,2% des femmes âgées de 25 et 65 ans ont réalisé un frottis cervico-utérin. En 2017, le taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein était de 49,9%. (1)

Le plan cancer 2014 - 2019 a pour mission la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus via un programme national de dépistage organisé et le renforcement de la vaccination contre le papillomavirus. Par ce plan, le système de santé français affirme sa volonté de donner une place centrale à la prévention grâce à une plus grande mobilisation des professionnels de santé. (2)

Or, la démographie des gynécologues diminue en France.

En 2015, l'Ordre National des Médecins recensait 2 217 médecins spécialisés en gynécologie, exerçant en secteur libéral ou mixte soit une diminution des effectifs de 31,3% sur la période 2008 - 2015. Cette même tendance est attendue sur la période 2015-2020. (3)

Le suivi gynécologique, la prévention et la pratique des actes qui y sont liés font partie des missions du médecin généraliste selon le code de Santé publique. (4) Devant la pénurie des gynécologues, de plus en plus de médecins généralistes s'investissent dans le suivi gynécologique de leurs patientes, qu'ils considèrent comme étant de leur rôle. (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13)

Cependant, cette possibilité de recours au médecin généraliste pour le suivi gynécologique, en substitution ou en alternative à celui d'un gynécologue, est méconnue des femmes. De nombreuses études ont fait le constat que les femmes accepteraient aisément l'idée d'un suivi gynécologique par le médecin généraliste. (14) (15) (16) (17)

Il s'avère primordial de valoriser la compétence des médecins généralistes dans le domaine de la gynécologie obstétrique auprès des femmes et d'amplifier l'information sur la possibilité de réaliser un suivi gynécologique chez un médecin généraliste. (18) (19) (20) (21) (22)

L'étude ECOGEN a mis en évidence un lien entre les affiches présentes en salle d'attente et les motifs de consultation des patients en cabinet de médecine générale. (23) La création d'une affiche de sensibilisation sur le suivi gynécologique chez le médecin généraliste semble donc justifiée. Cette affiche permettrait d'augmenter les connaissances des femmes concernant les compétences des médecins généralistes en matière de gynécologie obstétrique.

En 2017, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Normandie a lancé une campagne d'information et de sensibilisation intitulée « *Le suivi c'est toute la vie !* ». Elle rappelle aux femmes qu'un suivi gynécologique est primordial et que le médecin généraliste, de par sa proximité et sa disponibilité, peut assurer ce suivi. Cette campagne a pour but de permettre un meilleur suivi gynécologique des femmes. *« Les médecins généralistes assurent le suivi gynécologique »* est le message véhiculé par l'une des affiches de cette campagne. (24)

Nous pouvons alors nous demander quelle est l'influence d'une telle affiche sur les habitudes de suivi des femmes de l'Hérault.

L'objectif principal de notre étude est :

- d'analyser l'influence de l'affiche de l'URML, traitant de la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique, sur la disposition des femmes consultant en cabinet de médecine générale de l'Hérault, à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

Les objectifs secondaires de notre étude sont :

- d'analyser l'influence de l'affiche sur la disposition des femmes à consulter un médecin généraliste pour un motif gynécologique
- d'évaluer l'affiche
- de rechercher les facteurs socio-économiques et ceux du suivi médical des femmes ayant une influence sur leur disposition à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste
- de rechercher les facteurs influençant la régularité du suivi gynécologique des femmes.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Le type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une étude quantitative, prospective, interventionnelle, multicentrique, comparative entre deux groupes, au sein du département de l'Hérault.

Le but de cette étude était d'orienter les médecins généralistes dans leur mission qu'est le suivi gynécologique et de guider les futures actions de prévention, afin d'augmenter leurs impacts sur les populations les plus vulnérables.

B. L'intervention : une affiche d'information *(Annexe 1)*

Le but de l'étude était d'analyser l'influence d'une campagne d'information par affiche, traitant de la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique, réalisée par l'URML de Normandie.

Nous avons eu l'autorisation du Dr Durand - Réville, gynécologue obstétricien et Vice – président de l'URML de Normandie, pour l'utilisation de l'affiche dans le cadre de notre étude.

L'association nous a fourni le nombre d'affiches nécessaire pour notre étude.

C. L'évaluation par auto-questionnaire *(Annexes 2 et 3)*

Après recherche bibliographique, nous avons réalisé un auto-questionnaire destiné aux femmes consultant en cabinet de médecine générale.

Celui-ci est composé de 29 questions à réponses fermées, réparties en 5 parties.

Un mot d'introduction avait pour but d'expliquer l'enjeu de ce questionnaire, sans détailler le sujet pour ne pas influencer les femmes. Il soulignait le caractère volontaire de la participation à cette étude. Il informait les femmes de l'anonymisation et la confidentialité des données et leur rappelait leurs droits en termes de protection des données.

La première partie du questionnaire recueillait des informations sur le profil de la femme qui remplissait le questionnaire.

Les informations recueillies étaient :

- Sa compréhension du français écrit
- Son âge
- Son lieu de résidence

Nous en avons déduit la distance entre le lieu de résidence de la femme et le gynécologue (libéral ou hospitalier) le plus proche, répertorié sur le site « *Pages Jaunes* ». Une distance de « 0 km » signifiait que la femme résidait dans une ville où exerçait un gynécologue.

- Son niveau d'étude
- Sa couverture santé
- Sa gestité (nombre total de grossesses antérieures et actuelle).

La deuxième partie s'intéressait au temps passé par la femme dans la salle d'attente du cabinet où elle avait rempli le questionnaire et au nombre d'affiches présentes.

La troisième partie permettait d'identifier le profil du médecin traitant de la femme à partir de cinq critères :

- Son sexe
- Sa tranche d'âge
- Son mode d'exercice (seul ou en groupe)
- La date depuis laquelle il a été déclaré comme médecin traitant de la femme
- Son abord du suivi gynécologique en consultation.

La quatrième partie permettait l'analyse du suivi gynécologique actuel de la femme.
La date de sa dernière mammographie et celle de son dernier frottis cervico-utérin lui étaient demandées.
Nous en avons déduit la régularité du suivi gynécologique de la femme. Pour cela, nous nous sommes basés sur les recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS) qui préconisent la réalisation, tous les trois ans, d'un frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans (après deux frottis normaux réalisés à 1 an d'intervalle) et la réalisation, tous les deux ans, d'une mammographie entre 50 et 75 ans. (25) (26) (27)
La régularité du suivi gynécologique de la femme était analysée sans prendre en compte les antécédents personnels et familiaux de la femme et la possibilité d'un sur-risque face aux cancers gynécologiques, nécessitant un suivi spécifique et plus rapproché.

D'autre part, cette quatrième partie du questionnaire analysait la connaissance de la femme quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique et la manière dont elle en avait été informée.

Enfin, l'idée d'un suivi gynécologique par un médecin généraliste était explorée via la réponse donnée par la femme à deux questions :

- Sa disposition à confier son suivi gynécologique à son médecin traitant
- Sa disposition à confier son suivi gynécologique à un autre médecin généraliste que son médecin traitant.

Ces deux items permettaient de répondre au critère de jugement principal : nombre de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

Nous avons considéré qu'une femme était prête à confier son suivi gynécologique à un médecin généraliste si elle avait répondu « oui » à au moins une des deux questions.

Il était ensuite demandé aux femmes de notifier les motifs de consultations pour lesquels elles seraient (ou auraient été) prêtes à consulter un médecin généraliste.

La cinquième partie permettait l'analyse de l'affiche :

- Sa visibilité
- Sa lecture par les femmes
- Les nouvelles informations apportées aux femmes
- La raison de sa non-lecture
- L'évaluation de 4 critères : son attractivité, la compréhension du message principal, la compréhension des termes employés et son utilité.

La position de cette partie, en fin de questionnaire, avait été choisie intentionnellement afin de ne pas influencer les femmes dans leurs réponses aux questions précédentes.

En dehors de la cinquième partie, présente uniquement dans les questionnaires destinés aux femmes du groupe « avec affiche », toutes les questions étaient strictement identiques dans les deux groupes.

Avant validation définitive et impression des questionnaires, ces derniers ont été testés sur une cohorte de 6 femmes volontaires de notre entourage. Ce test a permis de faire quelques corrections en ce qui concerne sa mise en page, la formulation de certaines questions et de certaines propositions de réponse.

N'ayant pas eu l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), la question concernant la religion des femmes a dû être retirée.

D. Le lieu de recrutement

A partir de nos connaissances professionnelles et personnelles, nous avons contacté une cohorte de médecins généralistes de l'Hérault, par téléphone et/ou par mail pour leur proposer de participer à notre étude.

Vingt cabinets de médecins généralistes ont ainsi été recrutés.

Après inclusion, un rendez - vous était fixé avec les médecins généralistes des cabinets pour venir déposer les questionnaires et l'affiche (en fonction du groupe d'appartenance du cabinet).

E. La randomisation

Les cabinets étaient répartis selon deux groupes : « avec affiche » et « sans affiche ».

Afin de permettre une répartition équilibrée et aléatoire des cabinets entre les deux groupes, nous avons effectué une randomisation par bloc de permutation (1/2), en fonction du jour de dépôt des questionnaires fixé avec les médecins.

Un tirage au sort a été réalisé pour connaître le groupe d'appartenance du premier cabinet recruté. Le résultat de ce tirage au sort était : « avec affiche ». Puis une affiche était déposée dans la salle d'attente d'un cabinet sur deux.

Les deux groupes étaient donc composés de dix cabinets chacun. *Cf. Figure 1.*

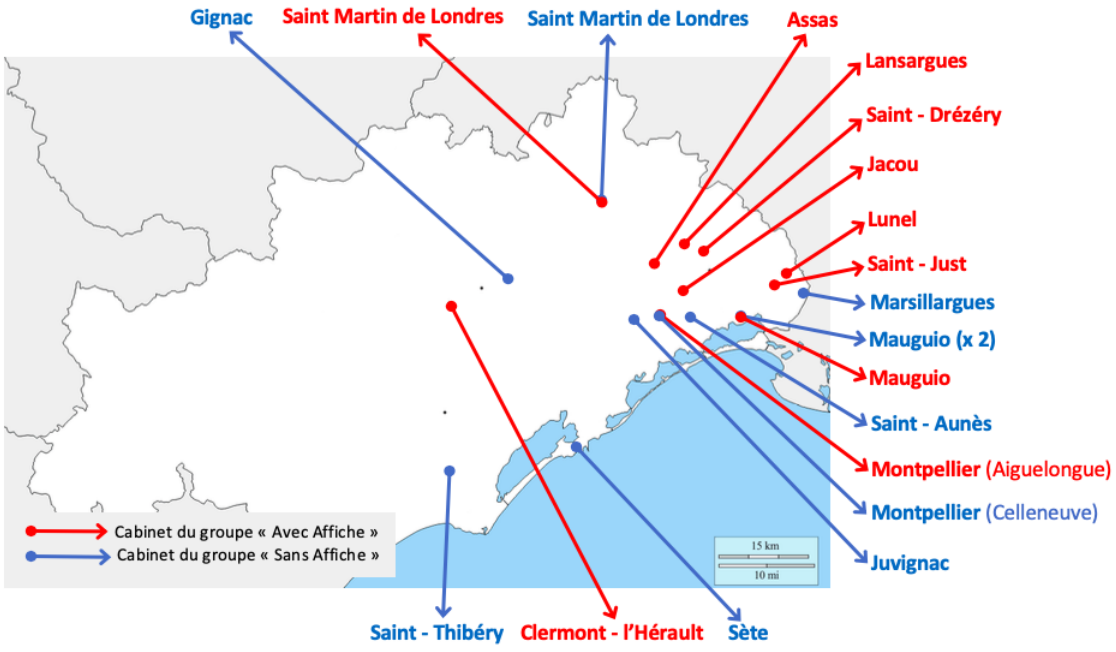


Figure 1 : Cartographie des cabinets recrutés

F. L'échantillon de l'étude

Le questionnaire était destiné aux femmes entrant dans les cabinets de médecins généralistes.

Les critères d'inclusion étaient :

- Les femmes volontaires
- Les femmes de 18 ans ou plus
- Les femmes venues au cabinet en tant que patiente ou accompagnatrice.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les hommes
- Les femmes de moins de 18 ans
- Les femmes sous mesure de protection judiciaire (curatelle ou tutelle).

Les questionnaires et les affiches ont été déposés entre le 18 avril et le 7 juin 2019.

25 questionnaires étaient déposés par cabinet.

Les questionnaires étaient soit, proposés aux femmes par les secrétaires, soit, mis à disposition des femmes dans les salles d'attente, selon l'organisation du cabinet, de la salle d'attente et du choix des médecins.

Des urnes, réalisées pour l'étude, étaient déposées dans la salle d'attente ou au secrétariat des cabinets. Elles permettaient aux femmes d'y déposer librement, de manière anonyme, les questionnaires une fois remplis.

G. Le recueil des données

Les questionnaires ont été récupérés progressivement au cours des mois d'Avril, Mai et Juin 2019. La date de la fin du recueil des questionnaires avait été décidée préalablement. Cette date du 30 juin 2019 était annoncée aux médecins lors du dépôt des questionnaires.

Lors du recueil des questionnaires, un code d'identification était attribué à chaque questionnaire recueilli et donc à chaque femme ayant participé à l'étude.

Cet identifiant était composé d'une lettre (de A à T) correspondant au cabinet dans lequel le questionnaire avait été rempli et d'un chiffre (de 1 à 25), 25 étant le nombre maximum de femmes recrutées par cabinet. *Cf. Tableau 1.*

Présence de l'affiche	Cabinet	Ville
OUI	A	Saint – Martin – De – Londres
NON	B	Saint – Martin – De – Londres
OUI	C	Saint – Drézéry
NON	D	Juvignac
OUI	E	Assas
NON	F	Saint – Aunès
OUI	G	Lansargues
NON	H	Saint – Thibéry
OUI	I	Clermont - l'Hérault
NON	J	Gignac
OUI	K	Jacou
NON	L	Marsillargues
OUI	M	Lunel
NON	N	Mauguio
OUI	O	Mauguio
NON	P	Sète
OUI	Q	Saint - Just
NON	R	Mauguio
OUI	S	Montpellier – Quartier Aiguelongue
NON	T	Montpellier – Quartier Celleneuve

Tableau 1 : Randomisation des cabinets recrutés

Les données récoltées via les questionnaires ont été recueillies sur un tableau *Excel*.

La présence de données manquantes était tolérée.

Seuls les questionnaires ne permettant pas une réponse au critère de jugement principal ont été exclus.

H. L'analyse des données

Les statistiques ont été effectuées grâce au logiciel *Excel* et à la réalisation de tableaux croisés dynamiques. Les analyses statistiques ont été effectuées sur le site *BiostatTGV*. (28)

Des tests de Chi 2 ou des tests exacts de Fisher (lorsque que les conditions du test n'étaient pas respectées) ont été réalisés pour analyser la relation entre deux variables qualitatives. Des tests de Student ont été réalisés pour analyser la relation entre une variable qualitative et une variable quantitative.

Le seuil de significativité était fixé à 5%.

I. Le calcul du nombre de sujets nécessaires

A partir des données de la littérature et de notre expérience, nous avons émis l'hypothèse que 75% des femmes du groupe « avec affiche » seraient prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste contre 50 % dans le groupe « sans affiche ».

Afin d'obtenir une différence de 25 % entre les deux groupes, avec un risque de première espèce alpha de 5% et une puissance de 80%, le nombre de sujets nécessaires était de 114 soit 57 femmes par groupe.

J. Le comité de protection des personnes

Un avis auprès du référent régional du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a été pris.

S'agissant d'une étude sur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles, l'accord du Comité de Protection des Personnes n'était pas nécessaire pour notre étude.

III. RÉSULTATS

A. Le diagramme de flux

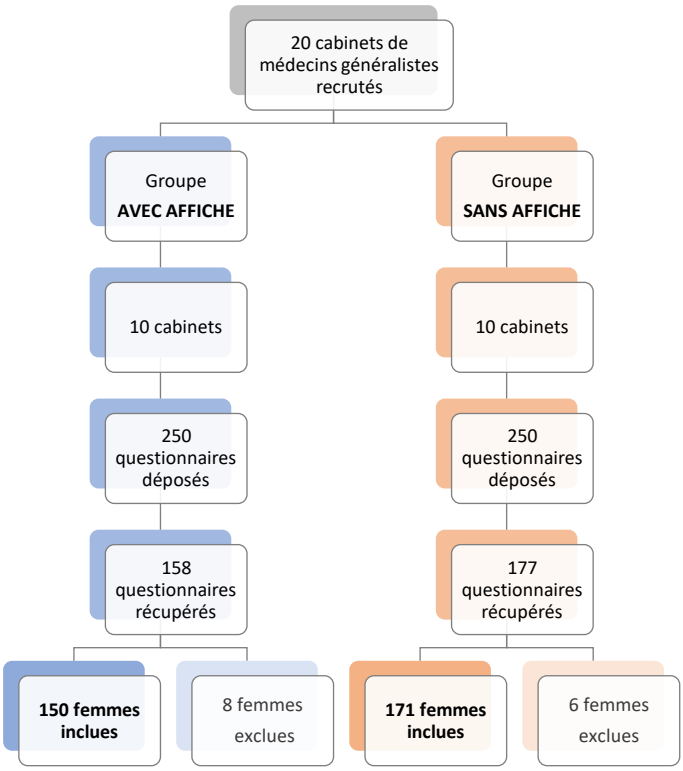


Figure 2 : Diagramme de flux

Parmi les 500 questionnaires déposés, 335 ont été récupérés dont 158 dans le groupe « avec affiche » et 177 dans le groupe « sans affiche » soit des taux de réponse de 63,2 % et 70,8 %.

8 femmes ont été exclues dans le groupe « avec affiche » et 6 dans le groupe « sans affiche ». Les raisons de ces exclusions étaient : un âge inférieur à 18 ans ou un remplissage du questionnaire insuffisant rendant impossible une réponse au critère de jugement principal. Les deux patientes exclues à cause de leur âge avaient déclaré une mauvaise compréhension du français écrit.

321 femmes de 18 à 90 ans ont été inclues dans l'étude, 150 dans le groupe « avec affiche » et 171 dans le groupe « sans affiche ». *Cf. Figure 2.*

B. Description de la population de l'étude

1. Représentativité de l'échantillon de l'étude par rapport à la population de l'Hérault

a) Les caractéristiques des femmes

Selon l'Insee, l'Hérault comptait, en 2016, 590 571 femmes dont 497 796 de 15 ans et plus. (29). **L'échantillon de l'étude était surreprésenté par les femmes de 30 – 44 ans et sous représentée par les femmes de 75 – 89 ans.** *Cf. Tableau 2.*

	POPULATION DE L'HÉRAULT		POPULATION DE L'ÉTUDE		
	Nb	*%*	Nb	*%*	*p value*
Âge des femmes					***< 10 $^{-3}$***
15 - 29 ans	108 072	*21,7%*	41	*12,8%*	
30 - 44 ans	106 779	*21,5%*	119	***37,1%***	
45 - 59 ans	112 196	*22,5%*	77	*24,0%*	
60 - 74 ans	103 962	*20,9%*	66	*20,6%*	
75 - 89 ans	56 361	*11,3%*	17	***5,3%***	
90 ans et plus	10 425	*2,1%*	1	*0,3%*	
TOTAL	497 796	*100,0%*	321	*100,0%*	

Tableau 2 : Représentativité de la population de l'étude par rapport à la population héraultaise de 2016 en fonction de l'âge des femmes

L'échantillon de l'étude était surreprésenté par les femmes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur et sous représenté par les femmes n'ayant aucun diplôme ou ayant comme dernier diplôme un brevet (ou équivalent). Ceci peut être expliqué par la formulation de notre question : « quel est votre niveau d'étude ? ». La formulation suivante « Quel est votre dernier diplôme obtenu ? » aurait peut-être permis une meilleure comparabilité des données de notre étude avec celles de l'Insee. *Cf. Tableau 3.*

	POPULATION DE L'HÉRAULT		POPULATION DE L'ÉTUDE		
	Nb	*%*	Nb	*%*	*p value*
Dernier diplôme obtenu					***< 10 $^{-3}$***
Aucun ou Brevet	129 208	*29,7%*	32	***10,0%***	
BEP - CAP	81 353	*18,7%*	57	*17,9%*	
Baccalauréat	81 353	*18,7%*	63	*19,7%*	
Diplôme de l'enseignement supérieur	143 130	*32,9%*	167	***52,4%***	
TOTAL	435 045	*100,0%*	319	*100,0%*	

Tableau 3 : Représentativité de la population de l'étude par rapport à la population héraultaise de 2016 en fonction du dernier diplôme obtenu par les femmes

b) Les caractéristiques des médecins traitants

Selon l'Ordre des Médecins, l'Hérault comptait, au 1er Janvier 2015, 1 267 médecins généralistes en activité régulière dont 44,5% de femmes. (3) L'échantillon de l'étude était surreprésenté par les médecins de sexe féminin. *Cf. Tableau 4.*

		POPULATION DE L'HÉRAULT		POPULATION DE L'ÉTUDE		
		Nb	%	Nb	%	p value
Sexe des médecins						$< 10^{-3}$
	Femme	564	*44,5%*	216	***67,9%***	
	Homme	703	*55,5%*	102	*32,1%*	
	TOTAL	1267	*100,0%*	318	*100,0%*	

Tableau 4 : Représentativité de la population de l'étude par rapport à la démographie des médecins généralistes héraultais inscrits à l'Ordre en 2015 en fonction de leur sexe

En 2015, 41,9% des médecins généralistes en activité régulière de l'Hérault avaient un exercice individuel. (30) Dans notre étude, le nombre de médecins exerçant seul était plus faible : 23,3%. L'échantillon de notre étude était sous représenté par les médecins généralistes exerçant seul.

2. Comparabilité des deux groupes

a) Les caractéristiques des femmes

	POPULATION TOTALE		Groupe AVEC AFFICHE		Groupe SANS AFFICHE		
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	p value
Difficulté de compréhension du français écrit							***1***
OUI	10	*3,1%*	5	*3,3%*	5	*2,9%*	
NON	310	*96,9%*	145	*96,7%*	165	*97,1%*	
Âge * *(en années)*	47,0	*+/- 16,2*	44,5	*+/- 14,5*	49,3	*+/- 14,5*	***0,008***
Distance avec le gynécologue le plus proche * *(en km)*	4,2	*+/- 4,7*	4,8	*+/- 5,0*	3,6	*+/- 4,4*	***0,017***
Niveau d'étude							***0,187***
Primaire	8	*2,5%*	1	*0,7%*	7	*4,1%*	
Brevet	24	*7,5%*	9	*6,0%*	15	*8,9%*	
BEP - CAP	57	*17,9%*	26	*17,3%*	31	*18,3%*	
BAC	63	*19,7%*	28	*18,7%*	35	*20,7%*	
Etudes Supérieures	167	*52,4%*	86	*57,3%*	81	*47,9%*	
Couverture santé **							
ACS	5	*1,6%*	2	*1,3%*	3	*1,8%*	***0,575***
CMU	23	*7,2%*	12	*8,1%*	11	*6,4%*	***0,830***
Mutuelle	289	*90,3%*	134	*89,9%*	155	*90,6%*	***1***
Aucune	9	*2,8%*	4	*2,7%*	5	*2,9%*	***1***
Gestité * *(en nombre de grossesses)*	2,2	*+/- 1,6*	2,2	*+/- 1,5*	2,3	*+/- 1,6*	***0,640***
Professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique							***0,076***
Sage-Femme	13	*4,1%*	6	*4,0%*	7	*4,2%*	
Planning familial	1	*0,3%*	0	*0,0%*	1	*0,6%*	
Médecin traitant	86	*27,3%*	50	*33,6%*	36	*21,7%*	
Autre médecin généraliste	6	*1,9%*	4	*2,7%*	2	*1,2%*	
Gynécologue	209	*66,3%*	89	*59,7%*	120	*72,3%*	
Connaissance de la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique							***0,465***
OUI	249	*78,1%*	119	*79,9%*	130	*76,5%*	
NON	70	*21,9%*	30	*20,1%*	40	*23,5%*	
Si oui, Comment ? **							
Médecin	167	*69,9%*	87	*75,0%*	80	*65,0%*	***0,094***
Professionnel paramédical	23	*9,6%*	9	*7,8%*	14	*11,4%*	***0,342***
Bouche-à-oreille	61	*25,5%*	22	*19,0%*	39	*31,7%*	***0,024***
Télévision	4	*1,7%*	2	*1,7%*	2	*1,6%*	***1***
Internet	3	*1,3%*	2	*1,7%*	1	*0,8%*	***0,613***
Réseaux sociaux	2	*0,8%*	0	*0,0%*	2	*1,6%*	***0,498***
Affiche	15	*6,3%*	11	*9,5%*	4	*3,3%*	***0,047***
TOTAL	321	*100,0%*	150	*46,7%*	171	*53,3%*	

* Moyenne +/- Écart-type

** Question à choix multiples. Pourcentages calculés sur le nombre de répondantes à la question.

Tableau 5 : Les caractéristiques des femmes

Du point de vue des caractéristiques des femmes, les deux groupes étaient comparables sur les critères suivants : leur difficulté de compréhension du français écrit, leur niveau d'étude, leur couverture santé, leur gestité, le professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique et leur connaissance de la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique.

La compréhension du français écrit était difficile pour une minorité de femmes (3,1%). La moitié de la population avait fait des études supérieures (52,4%). La majorité des femmes avaient une mutuelle comme couverture santé (90,3%). La gestité des femmes était comprise entre 0 et 8 grossesses, avec une moyenne de 2,2 grossesses. La majorité des femmes (66,3%) consultait, en première intention, un gynécologue pour un motif gynécologique. 78,1% des femmes avaient connaissance de la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique. *Cf. Tableau 5 et Figure 3.*

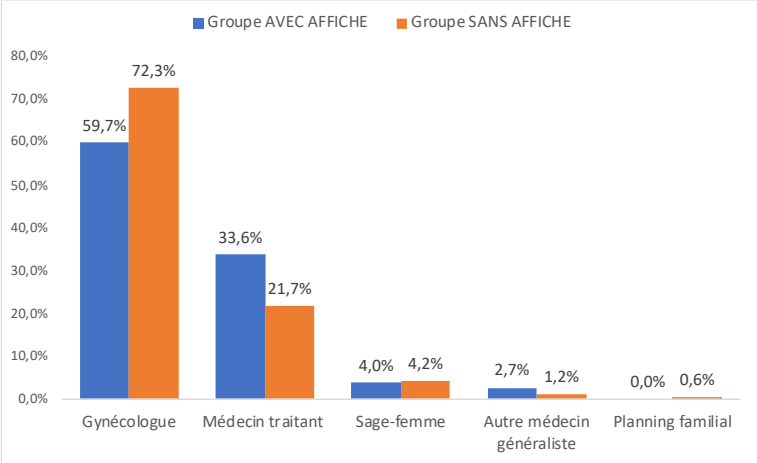


Figure 3 : Répartition des femmes du groupe « avec affiche » et du groupe « sans affiche » selon le professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique

Les deux groupes n'étaient pas comparables sur l'âge des femmes (p = 0,008) et sur la distance entre leur lieu de résidence et le gynécologue le plus proche (p = 0,017).

Les femmes avaient un âge compris entre 18 et 90 ans. La moyenne d'âge des femmes du groupe « sans affiche » était plus élevée (49,3 ans) que celle du groupe « avec affiche » (44,5 ans).

La distance minimale entre le lieu de résidence des femmes et le gynécologue le plus proche était de 0 km, la distance maximale de 14,5 km. Les femmes du groupe « sans affiche » étaient, géographiquement, plus proches d'un gynécologue (3,6km) que les femmes du groupe « avec affiche » (4,8km). *Cf. Tableau 5.*

Concernant la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique, les femmes en avaient été informées par différents vecteurs de communications, de manière non comparable entre les deux groupes. Il existait une différence significative entre les deux groupes pour les deux vecteurs suivants : « le bouche-à-oreille » (p = 0,024) et « une affiche » (p = 0,047). Les femmes du groupe « avec affiche » avaient été davantage informées de cette compétence par une affiche (9,5%) que les femmes du groupe « sans affiche » (3,3%). A l'inverse, les femmes du groupe « sans affiche » avaient davantage eu connaissance de cette compétence par le bouche-à-oreille (31,7%) que les femmes du groupe « avec affiche » (19,0%). *Cf. Tableau 5.*

b) La salle d'attente

	POPULATION TOTALE		Groupe AVEC AFFICHE		Groupe SANS AFFICHE		
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	p value
Temps d'attente							***0,974***
< 5 minutes	51	*16,9%*	24	*17,3%*	27	*16,7%*	
5 - 15 minutes	108	*35,9%*	49	*35,3%*	59	*36,4%*	
16 - 30 minutes	64	*21,3%*	29	*20,9%*	35	*21,6%*	
31 - 45 minutes	45	*15,0%*	20	*14,4%*	25	*15,4%*	
> 45 minutes	33	*11,0%*	17	*12,2%*	26	*9,9%*	
Nombre d'affiches *	13	*+/- 12,2*	10,8	*+/- 7,9*	15	*+/- 14,8*	***0,004***
TOTAL	321	*100,0%*	150	*46,7%*	171	*53,3%*	

* Moyenne +/- Écart-type

Tableau 6 : La salle d'attente

Les deux groupes étaient comparables sur le temps d'attente des femmes dans les salles d'attente, le jour de leur participation à l'étude. La majorité des femmes (35,9%) avait attendu entre 5 et 15 minutes. *Cf. Tableau 6.*

Les deux groupes n'étaient pas comparables sur le nombre d'affiches présentes dans les salles d'attente (p = 0,004). Le nombre minimal d'affiches était de 0, le nombre maximal de 100. Il y avait, en moyenne, plus d'affiches dans le groupe « sans affiche » que dans le groupe « avec affiche » (p = 0,004). *Cf. Tableau 6.*

c) Les caractéristiques des médecins traitants

	POPULATION TOTALE		Groupe AVEC AFFICHE		Groupe SANS AFFICHE		
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	p value
Sexe							***0,138***
Femme	216	*67,9%*	106	*72,1%*	110	*64,3%*	
Homme	102	*32,1%*	41	*27,9%*	61	*35,7%*	
Âge							***< 10 $^{-3}$***
< 35 ans	49	*15,6%*	30	*20,5%*	19	*11,2%*	
35 - 44 ans	101	*32,1%*	44	*30,1%*	57	*33,7%*	
45 - 54 ans	51	*16,2%*	34	*23,3%*	17	*10,1%*	
55 - 64 ans	88	*27,9%*	31	*21,2%*	57	*33,7%*	
65 ans et plus	26	*8,3%*	7	*4,8%*	19	*11,2%*	
Mode d'exercice							***< 10 $^{-3}$***
En groupe	243	*76,7%*	131	*89,5%*	112	*66,2%*	
Seul	74	*23,3%*	17	*11,5%*	57	*33,7%*	
Date de déclaration							***0,322***
< 1 an	48	*15,3%*	26	*17,9%*	22	*13,1%*	
1 - 2 ans	38	*12,1%*	12	*8,3%*	26	*15,5%*	
3 - 5 ans	73	*23,3%*	34	*23,4%*	39	*23,2%*	
6 - 10 ans	55	*17,6%*	27	*18,6%*	28	*16,7%*	
> 10 ans	99	*31,6%*	46	*31,7%*	53	*31,5%*	
Abord du suivi gynécologique							***0,030***
OUI	149	*49,0%*	80	*55,6%*	69	*43,1%*	
NON	155	*51,0%*	64	*44,4%*	91	*56,9%*	
TOTAL	321	*100,0%*	150	*46,7%*	171	*53,3%*	

Tableau 7 : Les caractéristiques des médecins traitants

Les deux groupes étaient comparables sur le sexe des médecins traitants (p = 0,138), sur l'âge des médecins traitants de sexe masculin (p = 0,127) et sur la date depuis laquelle les médecins étaient déclarés comme médecin traitant (p = 0,322).

Les médecins traitants étaient majoritairement des femmes (67,9%). La plupart des médecins traitants de sexe masculin avait entre 55 et 64 ans (45,5%). Il y avait peu de médecins traitants homme de moins de 35 ans (5,0%). La majorité des femmes (31,6%) connaissait leur médecin traitant depuis plus de 10 ans. *Cf. Tableau 7 et Figure 4.*

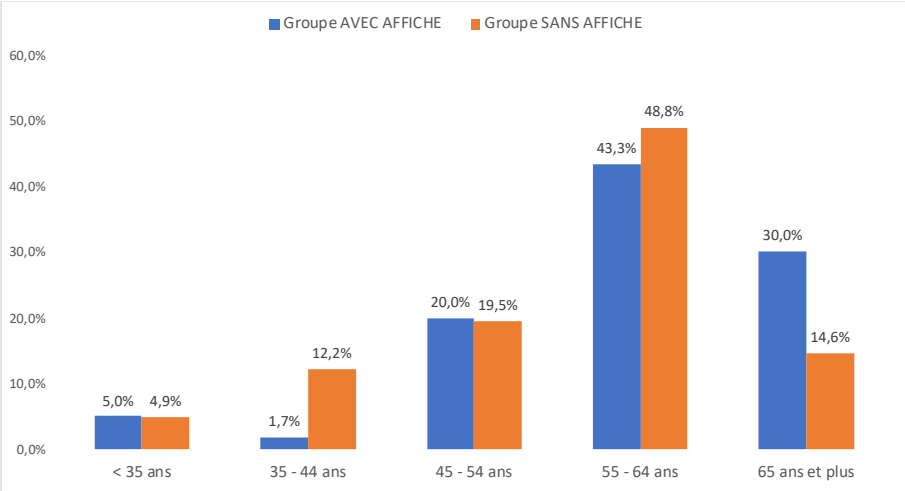


Figure 4 : Répartition des médecins traitants de sexe masculin du groupe « avec affiche » et « sans affiche » selon leur âge

Les deux groupes n'étaient pas comparables sur l'âge des médecins traitants ($p < 10^{-3}$) et plus précisément sur l'âge des médecins traitants de sexe féminin ($p < 10^{-3}$), sur le mode d'exercice des médecins traitants ($p < 10^{-3}$) et sur leur abord du suivi gynécologique en consultation (p = 0,030).

Les médecins traitants de sexe féminin de 45 – 54 ans étaient beaucoup plus nombreuses dans le groupe « avec affiche » (25,0%) que dans le groupe « sans affiche » (4,6%). A l'inverse, les médecins traitants femme de 55 – 64 ans étaient plus nombreuses dans le groupe « sans affiche » (28,4%) que dans le groupe « avec affiche » (10,6%). Les médecins traitants exerçant seul étaient plus nombreux dans le groupe « sans affiche » (33,7%) que dans le groupe « avec affiche » (11,5%). Les médecins traitants du groupe « avec affiche » étaient plus nombreux à aborder le suivi gynécologique (55,6%) que ceux du groupe « sans affiche » (43,1%).
Cf. Tableau 7 et Figure 5.

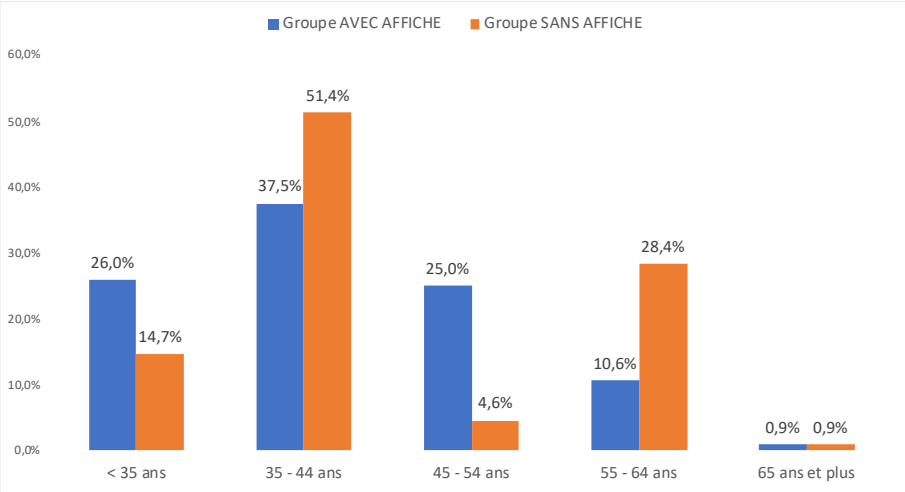


Figure 5 : Répartition des médecins traitants de sexe féminin du groupe « avec affiche » et « sans affiche » selon leur âge

d) Le suivi gynécologique actuel des femmes

		POPULATION TOTALE		Groupe AVEC AFFICHE		Groupe SANS AFFICHE		
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	p value
Date du dernier frottis								***0,348***
	Jamais fait	10	*3,1%*	5	*3,3%*	5	*3,0%*	
	< 3 ans	237	*74,3%*	118	*78,7%*	119	*70,4%*	
	3 - 4 ans	32	*10,0%*	13	*8,7%*	19	*11,2%*	
	5 - 6 ans	16	*5,0%*	7	*4,7%*	9	*5,3%*	
	> 6 ans	24	*7,5%*	7	*4,7%*	17	*10,1%*	
Date de la dernière mammographie								***0,131***
	Jamais fait	125	*39,0%*	66	*44,0%*	59	*34,7%*	
	< 2 ans	130	*40,6%*	61	*40,7%*	69	*40,6%*	
	2 - 3 ans	31	*9,7%*	11	*7,3%*	20	*11,8%*	
	4 - 5 ans	17	*5,3%*	8	*5,3%*	9	*5,3%*	
	> 5 ans	17	*5,3%*	4	*2,7%*	13	*7,6%*	
Régularité du suivi gynécologique								***0,666***
	à jour	257	*80,3%*	122	*81,3%*	135	*79,4%*	
	retard	63	*19,7%*	28	*18,7%*	35	*20,6%*	
	TOTAL	321	*100,0%*	150	*46,7%*	171	*53,3%*	

Tableau 8 : Le suivi gynécologique actuel des femmes

Les deux groupes étaient comparables sur les 3 critères suivants : la date à laquelle les femmes avaient réalisé leur dernier frottis cervico-utérin, la date de leur dernière mammographie et la régularité de leur suivi gynécologique.

74,3% des femmes avaient fait un frottis cervico-utérin dans les trois dernières années. En dehors des femmes qui n'avaient jamais réalisé de mammographie, la majorité d'entre elles (40,6%) avait fait une mammographie dans les deux dernières années. 80,3% des femmes avaient un suivi gynécologique à jour. *Cf. Tableau 8.*

C. Disposition des femmes de l'étude à consulter un médecin généraliste

1. Pour leur suivi gynécologique

75,4% des femmes de l'étude étaient prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste. 69,7% des femmes étaient prêtes à le confier à leur médecin traitant, 31,2% à un autre médecin généraliste.

2. Pour un motif gynécologique

Plus de la moitié des femmes étaient (ou auraient été) prêtes à consulter un médecin généraliste pour les motifs gynécologiques suivants : la réalisation de la palpation mammaire (62%), les troubles liés à la ménopause (61,1%), la prescription d'une contraception (60,7%), la réalisation du frottis cervico-utérin (53,9%) et un problème gynécologique (50,8%). *Cf. Figure 6.*

Un nombre plus restreint de femmes étaient (ou auraient été) prêtes à consulter un médecin généraliste pour le suivi d'une grossesse non compliquée (27,4%), la pose ou le retrait d'un dispositif intra utérin ou « stérilet » (25,2%), un problème obstétrical (19,6%) et la pose ou le retrait d'un implant sous-cutané (17,8%). *Cf. Figure 6.*

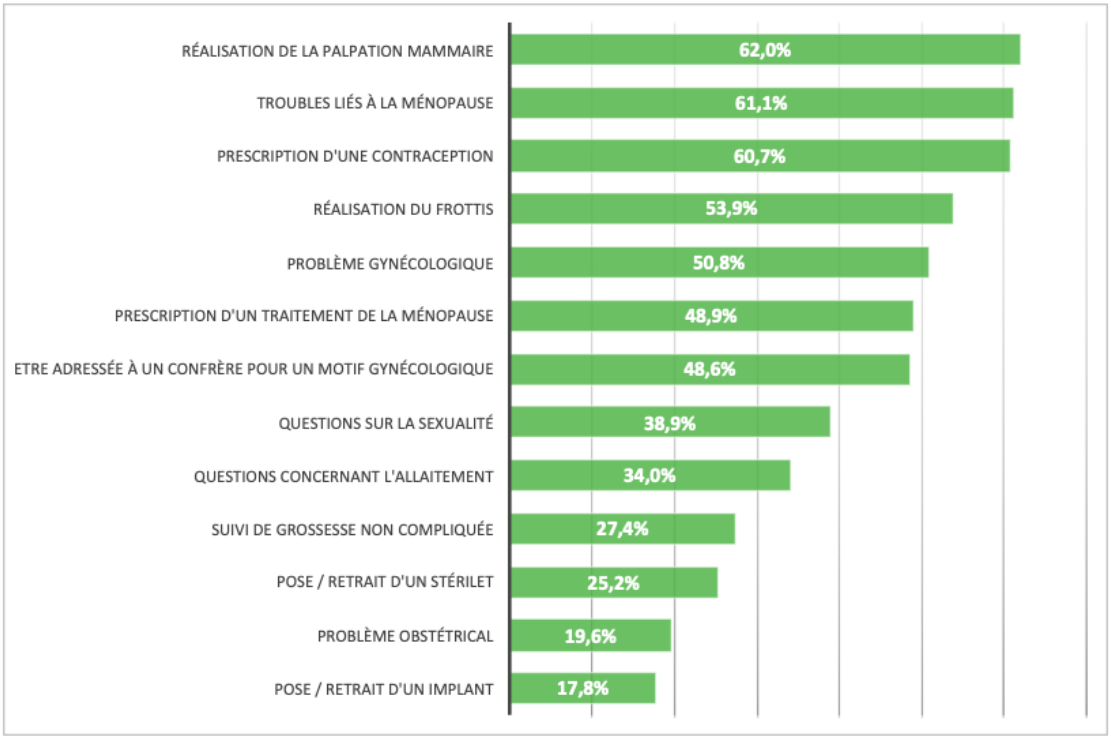


Figure 6 : Motifs gynécologiques pour lesquels les femmes étaient (ou auraient été) prêtes à consulter un médecin généraliste

Parmi les femmes qui n'étaient pas prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste, certaines avaient tout de même déclaré qu'elles seraient (ou qu'elles auraient été) prêtes à consulter un médecin généraliste pour certains aspects du suivi gynécologique. 54,4% déclaraient être prêtes à consulter un médecin généraliste pour des troubles liés à la ménopause, 53,2% pour la prescription d'une contraception, 38,0% pour la prescription d'un traitement de la ménopause et 29,1% pour la réalisation de la palpation mammaire.

Que les femmes soient prêtes ou non à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste, il n'y avait pas de différence significative concernant le taux de femmes disposées à consulter un médecin généraliste pour la prescription d'une contraception (p = 0,112), pour des questions concernant l'allaitement (p = 0,111), pour des troubles liés à la ménopause (p = 0,164), ou pour être adressée à un confrère pour un motif gynécologique (p = 0,097). *Cf. Figure 7.*

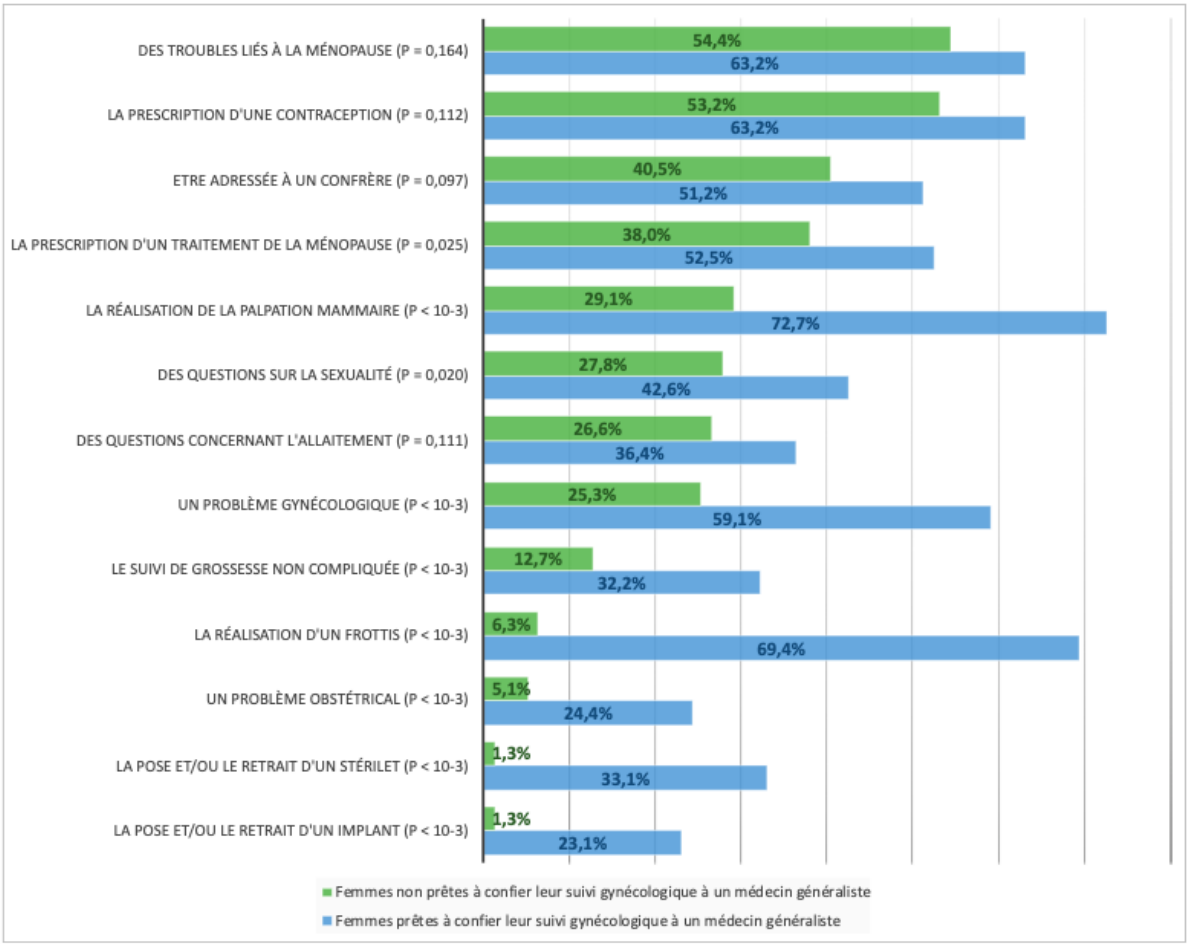


Figure 7 : Motifs gynécologiques pour lesquels les femmes étaient (ou auraient été) prêtes à consulter un médecin généraliste en fonction de leur disposition à confier le suivi gynécologique à un médecin généraliste

D. L'affiche

1. Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste

	SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN AUTRE MEDECIN GENERALISTE			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE		
	OUI	NON	*p value*	OUI	NON	*p value*	OUI	NON	*p value*
	Nb (%)	Nb (%)		Nb (%)	Nb (%)		Nb (%)	Nb (%)	
Groupe			***0,398***			***0,131***			***0,619***
Avec affiche	108 (72,0%)	42 (28,0%)		40 (27,0%)	108 (73,0%)		115 (76,7%)	35 (23,3%)	
Sans affiche	115 (67,6%)	55 (32,4%)		59 (34,9%)	110 (65,1%)		127 (74,3%)	44 (25,7%)	
TOTAL	223 (69,7%)	97 (30,3%)		99 (31,2%)	218 (68,8%)		242 (75,4%)	79 (24,6%)	

Tableau 9 : Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste

76,7% des femmes du groupe « avec affiche » étaient prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste contre 74,3% des femmes du groupe « sans affiche ». Cette différence n'était pas significative (p = 0,619). *Cf. Tableau 9.*

Dans le groupe « avec affiche », 72,0% des femmes étaient prêtes à confier leur suivi gynécologique à leur médecin traitant, 27,0% à un autre médecin généraliste. Dans le groupe « sans affiche », 67,6% étaient prêtes à confier leur suivi gynécologique à leur médecin traitant, 34,9% à un autre médecin généraliste. Ces différences n'étaient pas significatives : p = 0,398 et p = 0,131. *Cf. Tableau 9.*

Nous n'avons pas démontré d'influence de l'affiche sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste. *Cf. Tableau 9 et Figure 8.*

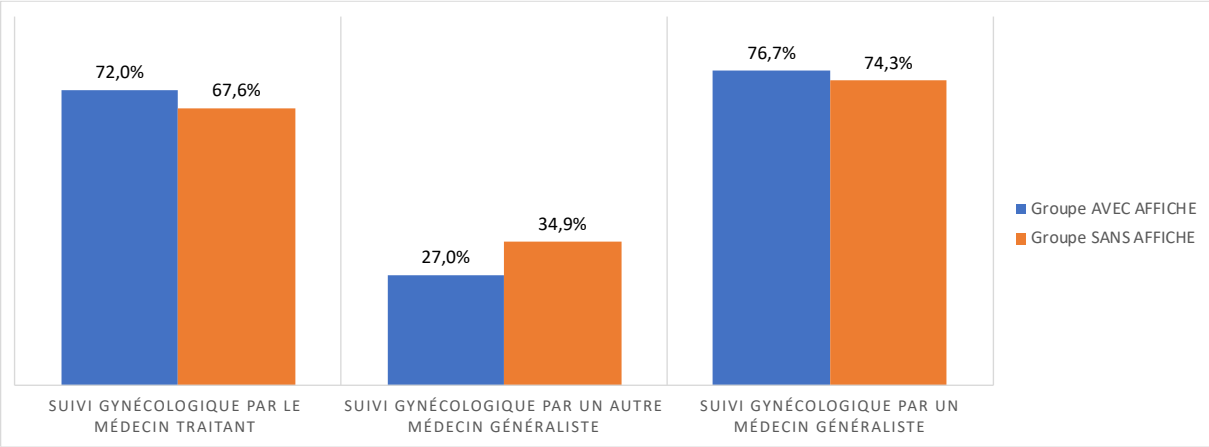


Figure 8 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste dans le groupe « avec affiche » et dans le groupe « sans affiche »

2. Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à consulter un médecin généraliste pour un motif gynécologique.

	Groupe AVEC AFFICHE		Groupe SANS AFFICHE		
Taux de femmes prêtes à consulter un médecin généraliste pour :	Nb	%	Nb	%	*p value*
La réalisation de la palpation mammaire	94	62,7%	105	61,4%	***0,816***
La réalisation d'un frottis	89	59,3%	84	49,1%	***0,067***
La prescription d'une contraception	100	66,7%	95	55,6%	***0,042***
La pose et/ou le retrait d'un stérilet	48	32,0%	33	19,3%	***0,009***
La pose et/ou le retrait d'un implant	33	22,0%	24	14,0%	***0,062***
Des questions sur la sexualité	62	41,3%	63	36,8%	***0,410***
Le suivi de grossesse non compliquée	46	30,7%	42	24,6%	***0,221***
Des questions concernant l'allaitement	54	36,0%	55	32,2%	***0,469***
Des troubles liés à la ménopause	96	64,0%	100	58,5%	***0,312***
La prescription d'un traitement de la ménopause	78	52,0%	79	46,2%	***0,300***
Un problème gynécologique	80	53,3%	83	48,5%	***0,391***
Un problème obstétrical	36	24,0%	27	15,8%	***0,065***
Etre adressée à un confrère	75	50,0%	81	47,4%	***0,638***
TOTAL	150	46,7%	171	53,3%	

Tableau 10 : Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à consulter un médecin généraliste pour un motif gynécologique

Les femmes du groupe « avec affiche » étaient davantage prêtes à consulter un médecin généraliste pour la prescription d'une contraception (66,7%) et pour la pose ou le retrait d'un dispositif intra-utérin ou « stérilet » (32,0%) que les femmes du groupe « sans affiche » (respectivement 55,6% et 19,3%). Ces différences étaient significatives : p = 0,042 et p = 0,009. *Cf. Tableau 10.*

Concernant les autres motifs gynécologiques, nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre les deux groupes. *Cf. Tableau 10.*

L'affiche a donc une influence sur la disposition des femmes à consulter un médecin généraliste pour la prescription d'une contraception et la pose et/ou le retrait d'un dispositif intra-utérin.

3. Visibilité et apport de l'affiche

39,2% des femmes du groupe « avec affiche » avaient vu l'affiche.

44,2% des femmes du groupe « avec affiche » n'avaient pas lu l'affiche, que ce soit avant ou pendant le remplissage du questionnaire. Les deux principales raisons évoquées par ces femmes étaient :

- La présence d'une quantité trop importante d'affiches dans la salle d'attente
- Le fait de ne pas avoir vu l'affiche. *Cf. Figure 9.*

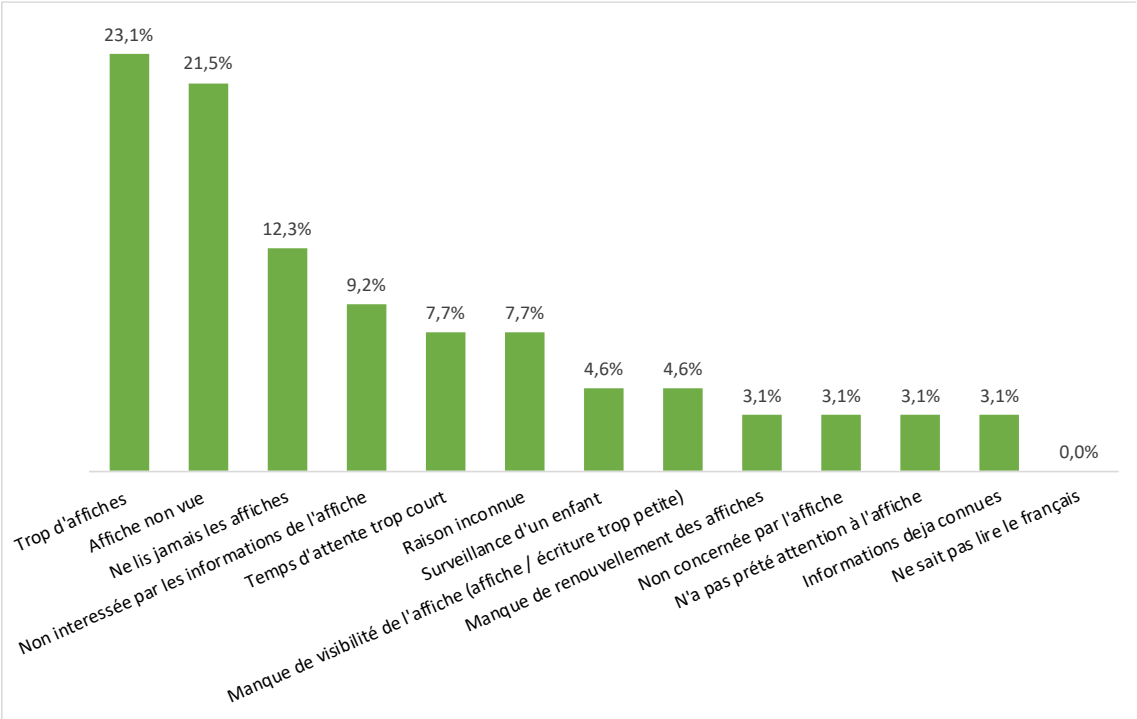


Figure 9 : Raisons évoquées par les femmes pour ne pas avoir lu l'affiche

55,8% des femmes du groupe « avec affiche » avaient lu l'affiche. Les informations apprises par plus de 50% de ces femmes étaient les suivantes :

- Les médecins généralistes sont compétents en termes de suivi gynécologique
- Les médecins généralistes peuvent coordonner le suivi gynécologique
- Certains médecins généralistes réalisent des actes techniques de gynécologie.

Cf. Figure 10.

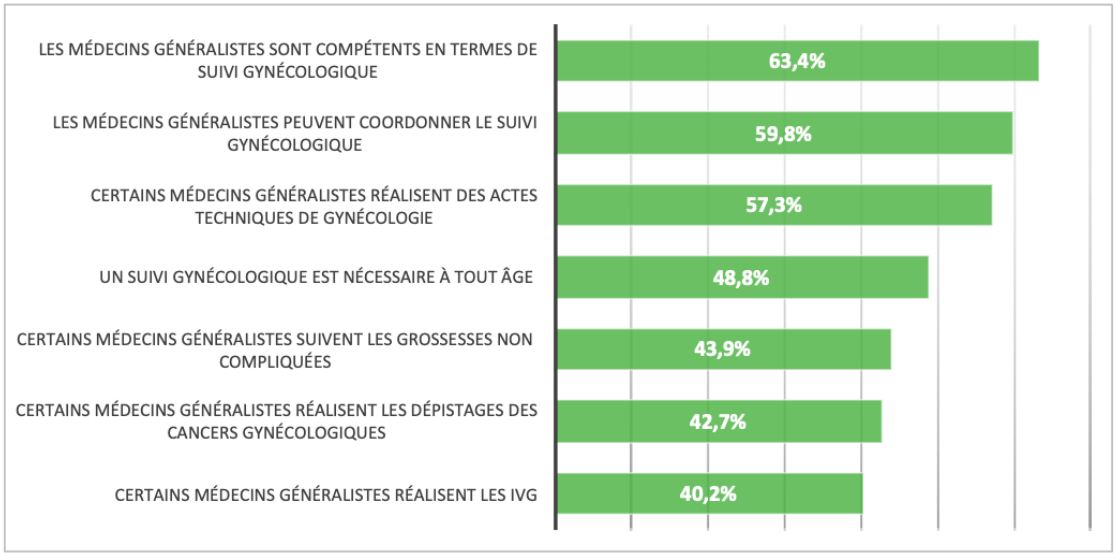


Figure 10 : Informations apprises par les femmes ayant lu l'affiche

4. Évaluation de l'affiche

Dans le groupe « avec affiche », il était demandé aux femmes d'évaluer l'affiche selon 4 critères notés de 0 à 3, 0 étant la moins bonne note et 3 étant la meilleure note. *Cf. Figure 11.*

La note moyenne globale donnée par les femmes à l'affiche était de 2,6/3.

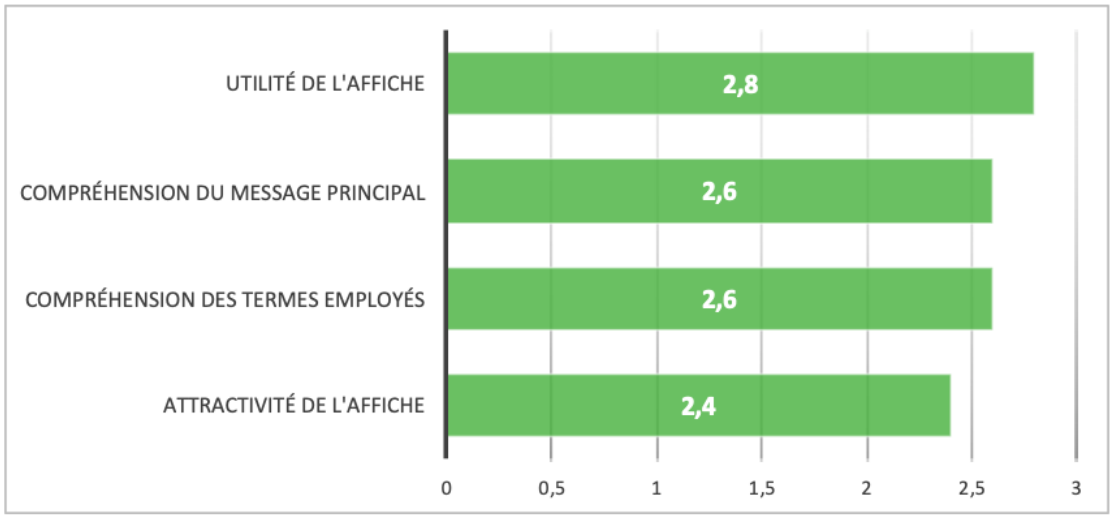


Figure 11 : Évaluation de l'affiche par les femmes ayant lu l'affiche

E. Facteurs ayant une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste *(Annexe 4)*

1. Influence du professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique (avant le remplissage du questionnaire)

	SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN AUTRE MEDECIN GENERALISTE			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE		
	OUI	NON	*p value*	OUI	NON	*p value*	OUI	NON	*p value*
	Nb (%)	Nb (%)		Nb (%)	Nb (%)		Nb (%)	Nb (%)	
Professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique			$< 10^{-3}$			$< 10^{-3}$			$< 10^{-3}$
Sage-Femme	7 (53,8%)	6 (46,2%)		7 (53,8%)	6 (46,2%)		10 (76,9%)	3 (23,1%)	
Planning familial	0 (0,0%)	1 (100,0%)		0 (0,0%)	1 (100,0%)		0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Médecin traitant	84 (98,8%)	1 (1,2%)		29 (35,4%)	53 (64,6%)		86 (100,0%)	0 (0,0%)	
Autre médecin généraliste	5 (83,3%)	1 (16,7%)		6 (100,0%)	0 (0,0%)		6 (100,0%)	0 (0,0%)	
Gynécologue	122 (58,4%)	87 (41,6%)		53 (25,4%)	156 (74,6%)		134 (64,1%)	75 (35,9%)	
TOTAL	223 (69,7%)	97 (30,3%)		99 (31,2%)	218 (68,8%)		242 (75,4%)	79 (24,6%)	

Tableau 11 : Influence du professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste

Toutes les femmes qui consultaient leur médecin traitant et toutes celles qui consultaient un autre médecin généraliste, en première intention pour un motif gynécologique, étaient prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste contre 76,9% des femmes qui consultaient une sage-femme et 64,1% des femmes qui consultaient un gynécologue. Cette différence était significative : $p < 10^{-3}$. *Cf. Tableau 11.*

Les femmes, qui consultaient, en première intention, leur médecin traitant ou un autre médecin généraliste pour un motif gynécologique étaient davantage prêtes à confier leur suivi gynécologique à leur médecin traitant (98,8% et 83,3%) que les femmes qui consultaient un gynécologue, une sage-femme ou le planning familial ($p < 10^{-3}$).

Les femmes, qui consultaient en première intention un autre médecin généraliste pour un motif gynécologique, étaient davantage prêtes à confier leur suivi gynécologique à un autre médecin généraliste (100%) que les femmes consultant un autre professionnel ($p < 10^{-3}$).
Cf. Tableau 11.

Le professionnel consulté, en première intention, pour un motif gynécologique a une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

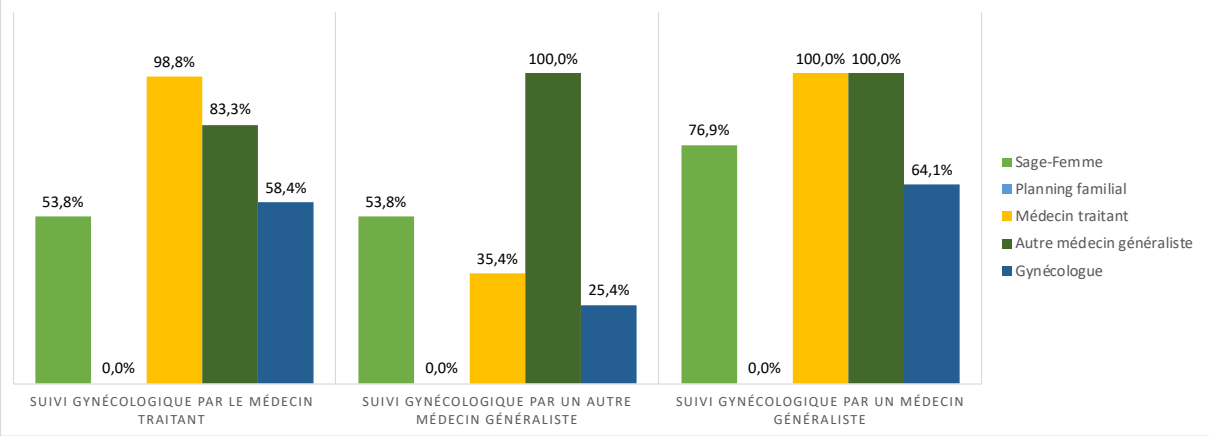


Figure 12 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste en fonction du professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique

2. Influence de la connaissance des femmes quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique

	SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN AUTRE MEDECIN GENERALISTE			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE		
	OUI	NON	*p value*	OUI	NON	*p value*	OUI	NON	*p value*
	Nb (%)	Nb (%)		Nb (%)	Nb (%)		Nb (%)	Nb (%)	
Connaissance des femmes quant à la compétence des médecins généralistes en terme de suivi gynécologique			***< 10⁻³***			***0,381***			***< 10⁻³***
OUI	186 (75,0%)	62 (25,0%)		80 (32,7%)	165 (67,3%)		199 (79,9%)	50 (20,1%)	
NON	36 (51,4%)	34 (48,6%)		19 (27,1%)	51 (72,9%)		42 (60,0%)	28 (40,0%)	
TOTAL	223 (69,7%)	97 (30,3%)		99 (31,2%)	218 (68,8%)		242 (75,4%)	79 (24,6%)	

Tableau 12 : Influence de la connaissance des femmes, quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique, sur la disposition de ces dernières à confier leur suivi à un médecin généraliste

79,9% des femmes, qui connaissaient la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique, étaient prêtes à confier ce suivi à un médecin généraliste contre 60,0% des femmes qui ignoraient cette compétence des médecins généralistes. Cette différence était significative : $p < 10^{-3}$. *Cf. Tableau 12.*

Les femmes qui connaissaient, avant de répondre au questionnaire, la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique étaient davantage prêtes à confier ce suivi à leur médecin traitant (75,0%) que celles qui ne connaissaient pas cette compétence des médecins généralistes. (51,4% ; $p < 10^{-3}$).

Le taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un autre médecin généraliste n'était pas significativement différent selon la connaissance ou non des femmes quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique ($p = 0,381$).

Cf. Tableau 12.

La connaissance des femmes, quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique, a une influence sur la disposition des femmes à leur confier ce suivi.

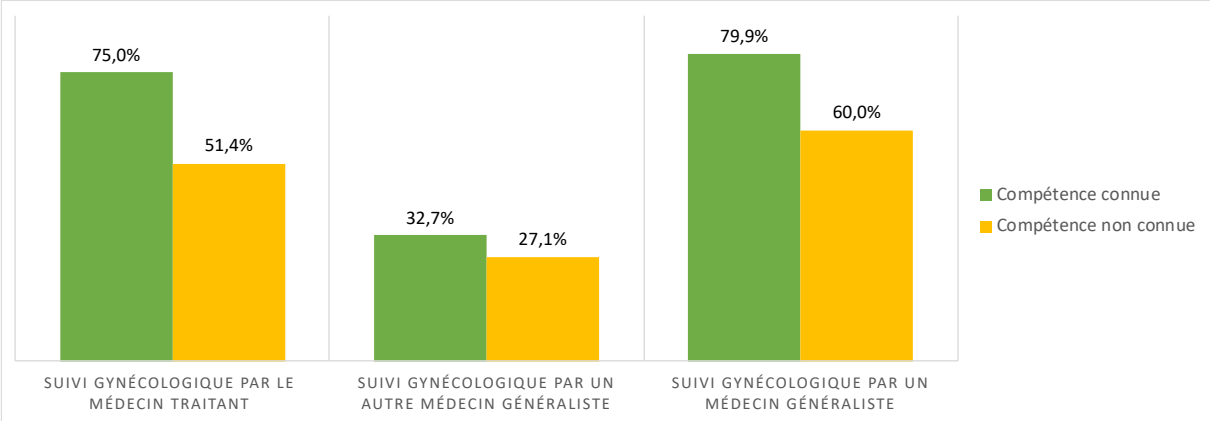


Figure 13 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste en fonction de la connaissance de ces dernières quant à la compétence des médecins généralistes dans ce domaine

3. Influence du sexe du médecin traitant

	SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN AUTRE MEDECIN GENERALISTE			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE		
	OUI	NON	*p value*	OUI	NON	*p value*	OUI	NON	*p value*
	Nb (%)	Nb (%)		Nb (%)	Nb (%)		Nb (%)	Nb (%)	
Sexe du médecin traitant			***< 10⁻³***			***0,017***			***< 10⁻³***
Femme	171 (79,2%)	45 (20,8%)		57 (26,9%)	155 (73,1%)		177 (81,9%)	39 (18,1%)	
Homme	50 (49,5%)	51 (50,5%)		41 (40,2%)	61 (59,8%)		63 (61,8%)	39 (38,2%)	
TOTAL	223 (69,7%)	97 (30,3%)		99 (31,2%)	218 (68,8%)		242 (75,4%)	79 (24,6%)	

Tableau 13 : Influence du sexe du médecin traitant sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste

81,9% des femmes ayant un médecin traitant de sexe féminin étaient prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste contre 61,8% des femmes ayant un médecin traitant de sexe masculin. Cette différence était significative : $p < 10^{-3}$. *Cf. Tableau 13.*

Les femmes ayant un médecin traitant de sexe féminin étaient davantage prêtes à confier leur suivi gynécologique à leur médecin traitant (79,2%) que les femmes ayant un médecin traitant de sexe masculin (49,5% ; $p < 10^{-3}$).

Les femmes ayant un médecin traitant de sexe masculin étaient davantage prêtes à confier leur suivi gynécologique à un autre médecin généraliste (40,2%) que les femmes ayant un médecin traitant de sexe féminin (26,9% ; p = 0,017). *Cf. Tableau 13.*

Le sexe du médecin traitant a une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

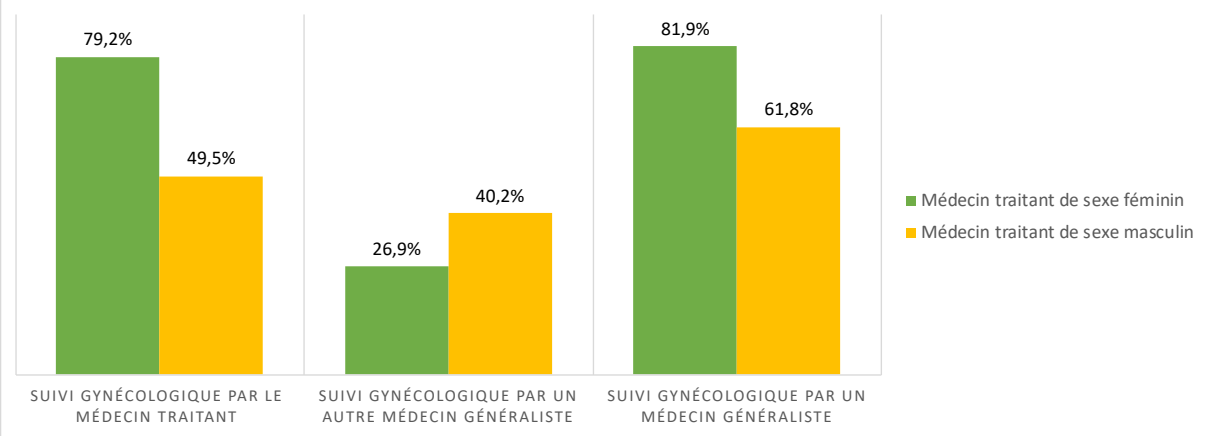


Figure 14 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste en fonction du sexe de leur médecin traitant

4. Influence de l'âge du médecin traitant

	SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN AUTRE MEDECIN GENERALISTE			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE		
	OUI	NON	*p value*	OUI	NON	*p value*	OUI	NON	*p value*
	Nb (%)	Nb (%)		Nb (%)	Nb (%)		Nb (%)	Nb (%)	
Âge du médecin traitant			***0,471***			***0,004***			***0,997***
< 35 ans	35 (71,4%)	14 (28,6%)		16 (33,3%)	32 (66,7%)		38 (77,6%)	11 (22,4%)	
35 - 44 ans	76 (75,2%)	25 (24,8%)		17 (17,2%)	82 (82,8%)		76 (75,2%)	25 (24,8%)	
45 - 54 ans	35 (68,6%)	16 (31,4%)		17 (33,3%)	34 (66,7%)		38 (74,5%)	13 (25,5%)	
55 - 64 ans	56 (63,6%)	32 (36,4%)		33 (37,9%)	54 (62,1%)		67 (76,1%)	21 (23,9%)	
65 ans et plus	19 (76,0%)	6 (24,0%)		13 (50,0%)	13 (50,0%)		20 (76,9%)	6 (23,1%)	
TOTAL	223 (69,7%)	97 (30,3%)		99 (31,2%)	218 (68,8%)		242 (75,4%)	79 (24,6%)	

Tableau 14 : Influence de l'âge du médecin traitant sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste

Nous n'avons pas démontré que l'âge du médecin traitant avant une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste (p = 0,997). *Cf. Tableau 14.*

Mais, l'âge du médecin traitant a une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un autre médecin généraliste (p = 0,004). Les femmes ayant un médecin traitant de 65 ans et plus étaient davantage prêtes à confier leur suivi gynécologique à un autre médecin généraliste (50,0%) que les autres femmes. A l'inverse, les femmes ayant un médecin traitant de 35 – 44 ans étaient moins disposées à confier leur suivi gynécologique à un autre médecin généraliste (17,2%). *Cf. Tableau 14.*

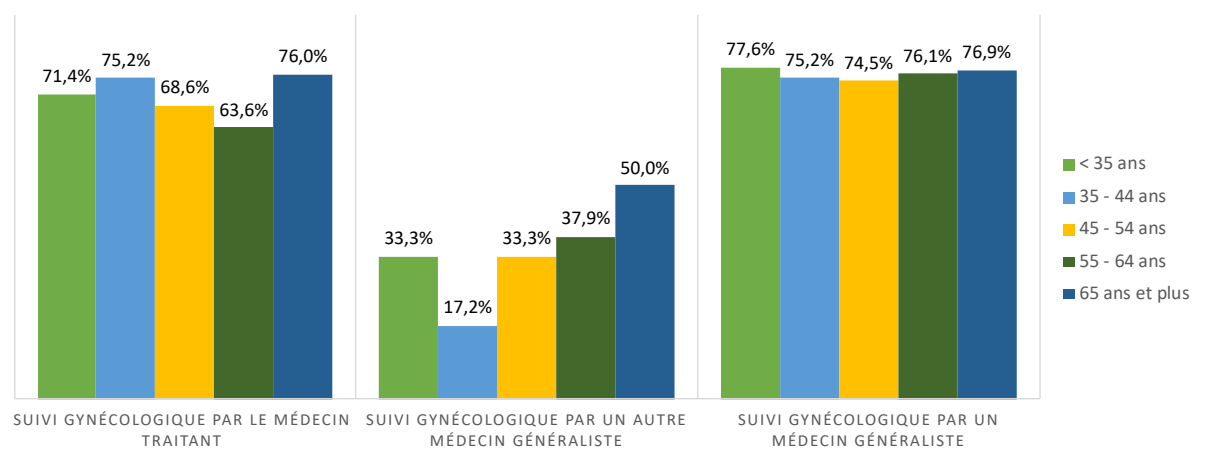


Figure 15 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste en fonction de l'âge de leur médecin traitant

5. Influence de l'abord du suivi gynécologique par le médecin traitant

	SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN AUTRE MEDECIN GENERALISTE			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE		
	OUI Nb (%)	NON Nb (%)	*p value*	OUI Nb (%)	NON Nb (%)	*p value*	OUI Nb (%)	NON Nb (%)	*p value*
Abord du suivi gynécologique par le médecin traitant			***< 10⁻³***			***0,684***			***< 10⁻³***
OUI	122 (82,4%)	26 (17,6%)		43 (29,5%)	103 (70,5%)		127 (85,2%)	22 (14,8%)	
NON	92 (59,4%)	63 (40,6%)		49 (31,6%)	106 (68,4%)		104 (67,1%)	51 (32,9%)	
TOTAL	223 (69,7%)	97 (30,3%)		99 (31,2%)	218 (68,8%)		242 (75,4%)	79 (24,6%)	

Tableau 15 : Influence de l'abord du suivi gynécologique par le médecin traitant sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste

85,2% des femmes, dont le médecin traitant abordait le suivi gynécologique, étaient prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste contre 67,1% des femmes dont le médecin traitant n'abordait pas le suivi gynécologique. Cette différence était significative : $p < 10^{-3}$. *Cf. Tableau 15.*

Les femmes, dont le médecin traitant abordait le suivi gynécologique, étaient davantage prêtes à confier leur suivi gynécologique à leur médecin traitant (82,4%) que les femmes dont le médecin traitant ne l'abordait pas (59,4% ; $p < 10^{-3}$).

Le taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un autre médecin généraliste n'était pas significativement différent selon l'abord ou non du suivi gynécologique par leur médecin traitant (p = 0,684). *Cf. Tableau 15.*

L'abord du suivi gynécologique en consultation par le médecin traitant a une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

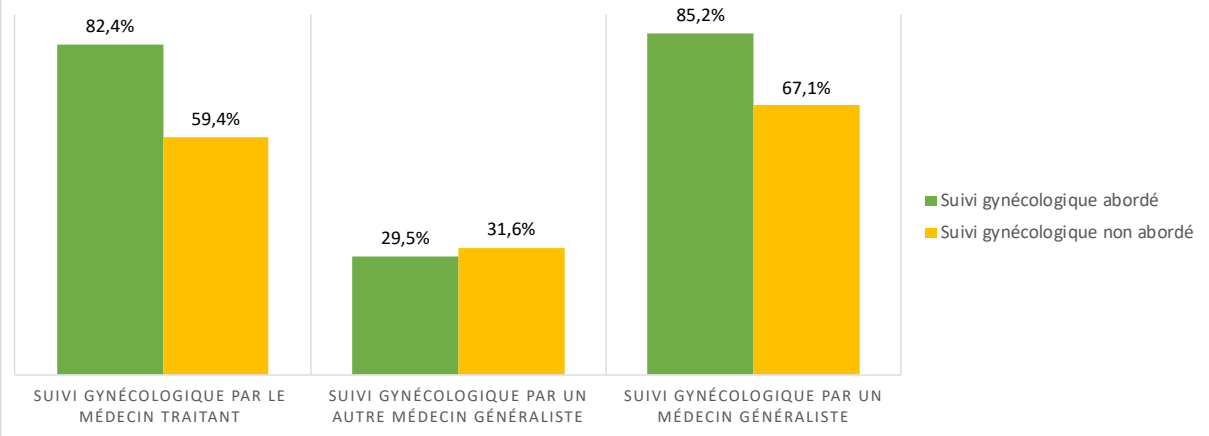


Figure 16 : Taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste en fonction de l'abord de ce suivi par leur médecin traitant

F. Facteurs ayant une influence sur la régularité du suivi gynécologique des femmes

		SUIVI GYNECOLOGIQUE A JOUR		RETARD AU SUIVI GYNECOLOGIQUE		
		Nb	%	Nb	%	*p value*
CARACTERISTIQUES DES FEMMES	**Difficulté de compréhension du français écrit**					***1***
	OUI	8	*80,0%*	2	*20,0%*	
	NON	248	*80,3%*	61	*19,7%*	
	Âge					***< 10 -3***
	< 25 ans	20	*100,0%*	0	*0,0%*	
	25 - 50 ans	157	*84,4%*	29	*15,6%*	
	51 - 75 ans	63	*65,6%*	33	*34,4%*	
	> 75 ans	17	*94,4%*	1	*5,6%*	
	Distance avec le gynécologue le plus proche					***0,220***
	< 1 km	110	*82,7%*	23	*17,3%*	
	1 - 4,2 km	42	*72,4%*	16	*27,6%*	
	> 4,2 km	105	*82,0%*	23	*18,0%*	
	Niveau d'étude					***0,004***
	Primaire	6	*75,0%*	2	*25,0%*	
	Brevet	18	*75,0%*	6	*25,0%*	
	BEP - CAP	35	*62,5%*	21	*37,5%*	
	BAC	55	*87,3%*	8	*12,7%*	
	Etudes Supérieures	141	*84,4%*	26	*15,6%*	
	Couverture santé					
	CMU	17	*73,9%*	6	*26,1%*	***0,418***
	ACS	3	*60,0%*	2	*40,0%*	***0,256***
	Mutuelle	233	*80,9%*	55	*19,1%*	***0,426***
	Aucune	8	*88,9%*	1	*11,1%*	***1***
	Gestité					***0,186***
	0 grossesse	37	*88,1%*	5	*11,9%*	
	Au moins 1 grossesse	220	*79,4%*	27	*20,6%*	
	Professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique					***0,586***
	Sage-Femme	12	*92,3%*	1	*7,7%*	
	Planning familial	1	*100,0%*	0	*0,0%*	
	Médecin traitant	70	*82,4%*	15	*17,6%*	
	Autre médecin généraliste	4	*66,7%*	2	*33,3%*	
	Gynécologue	165	*78,9%*	44	*21,1%*	
	Connaissance de la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique					***0,825***
	OUI	199	*80,2%*	49	*19,8%*	
	NON	57	*81,4%*	13	*18,6%*	
	TOTAL	257	*80,3%*	63	*19,7%*	

Tableau 16 : Facteurs ayant une influence sur la régularité du suivi gynécologique des femmes

Le suivi gynécologique était davantage régulier chez les femmes de moins de 25 ans (100%) et/ou bachelières (87,3%). Les femmes les moins bien suivies étaient celles de 51 à 75 ans (65,6%) et/ou ayant comme niveau d'étude un BEP et/ou un CAP (65,2%). **La régularité du suivi gynécologique des femmes dépend de leur âge ($p < 10^{-3}$) et de leur niveau d'étude ($p = 0,004$).** *Cf. Tableau 16 et Figures 17 et 18.*

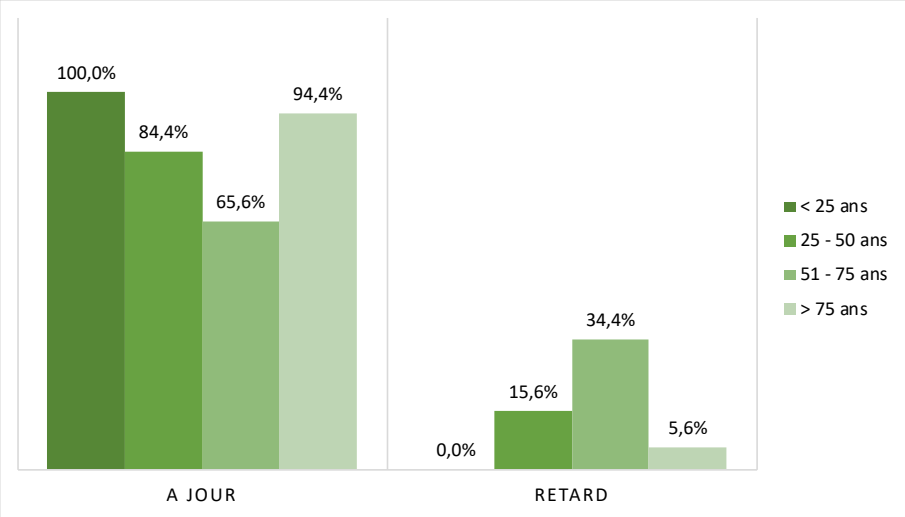


Figure 17 : Régularité du suivi gynécologique des femmes en fonction de leur âge

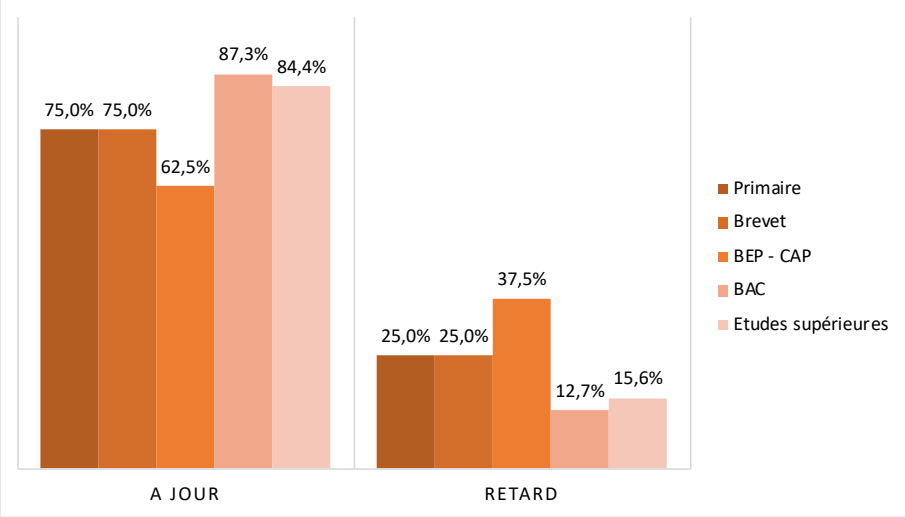


Figure 18 : Régularité du suivi gynécologique des femmes en fonction de leur niveau d'étude

Nous n'avons pas retrouvé d'influence de la compréhension des femmes du français écrit, de la distance entre leur lieu de résidence et le gynécologue le plus proche, de leur couverture santé, de leur gestité, du professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique ou de leur connaissance de la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique sur la régularité du suivi gynécologique. *Cf. Tableau 16.*

IV. DISCUSSION

A. Validité externe de l'étude

1. Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence une influence de l'affiche d'information sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

Ces résultats sont concordants avec d'autres études ayant analysé l'effet d'une campagne d'information :

- En 2015, Amy Bouche-Willefert avait analysé l'influence d'une campagne vaccinale antigrippale monothématique en salle d'attente à l'aide d'affiches et de brochures sur la vaccination. Aucun effet de la campagne sur le nombre de vaccins délivrés à la pharmacie n'avait été démontré. (31)

- En 2016, Sivalogini Sivasooriyalingam avait analysé l'impact d'une affiche de prévention pour le vaccin anti-Papillomavirus (anti-HPV). La majorité des patients avait déclaré que la présence de cette affiche ne les incitait pas à en savoir plus ni sur le vaccin anti-HPV (40%), ni sur l'HPV et le cancer du col de l'utérus (51,4%). (32)

Le taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste était plus important dans le groupe « avec affiche » (76,7%) que dans le groupe « sans affiche » (74,3%). Cette différence n'était pas significative (p = 0,619).

Le manque de significativité de ce résultat peut être expliqué par :

- La diffusion, en parallèle, d'autres campagnes d'information qui ont pu faire diminuer l'impact de l'affiche.

L'Institut National du Cancer a réalisé une brochure d'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et le frottis cervico-utérin. Sur cette brochure, nous pouvons lire *« Vous pouvez prendre rendez-vous auprès d'un gynécologue, d'un médecin généraliste, d'une sage-femme ».* Cette brochure était disponible sur le site *e-cancer.fr* et pouvait être relayée par les caisses de sécurité sociale ou les professionnels de santé. *Cf. Annexe 5.*

- L'influence des questionnaires.

Le fait d'interroger les femmes sur leurs connaissances, leurs habitudes en ce qui concerne leur suivi gynécologique a pu provoquer une remise en question de ces dernières. *« Avant ce questionnaire je me disais que le généraliste ne faisait pas ça »*. (15).

A la lecture du questionnaire, les femmes ont pu changer leur vision d'envisager leur suivi gynécologique et ce, que ce soit dans le groupe « avec affiche » et « sans affiche ».

- L'absence d'intervention des médecins.

L'exposition à une campagne ne semble pas suffisante pour avoir une influence sur ses lecteurs et engendrer un changement de comportement. Une intervention du médecin paraît nécessaire pour augmenter l'efficience d'une campagne : c'est le résultat des études complémentaires IQA-VIH et SEPAP-VIH de 2013.

L'étude IQA-VIH avait analysé l'impact d'une affiche sur le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en fonction de la réalisation ou non d'une intervention courte par le médecin. 18% des patients du groupe « affiche + intervention » s'étaient vu prescrire le test de dépistage du VIH contre 5% des patients du groupe « affiche seule » (p = 0,007). Une intervention du médecin généraliste améliore donc l'impact d'une affiche. (33)

L'étude SEPAP-VIH avait analysé l'impact de l'intervention du médecin sur le dépistage du VIH en fonction de la présence ou non d'une affiche. 28% des patients du groupe « intervention + affiche » s'étaient vu prescrire le test de dépistage contre 11% du groupe « intervention seule ». Il existe donc une synergie entre les affiches présentes dans les salles d'attente et l'intervention des médecins. (34)

- Le manque de visibilité de l'affiche.

L'affiche n'avait été vue que par 39,2% des femmes du groupe « avec affiche » et lue par 55,8% des femmes de ce même groupe. 23,1% des femmes estimaient le nombre d'affiches trop important, 21,5% des femmes déclaraient n'avoir pas vu l'affiche et 12,3% ne jamais lire les affiches.

Ces données sont similaires à ceux de Sivalogini Sivasooriyalingam. Dans son étude, 65,2% des patients interrogés n'avaient pas vu l'affiche. 37,2% des patients n'avaient pas eu le temps de voir l'affiche, 25,5% ne regardaient jamais les affiches et 12,4% estimaient qu'il y avait trop d'affiches. (32).

Elie Assaf, en mars 2018, avait montré que l'affichage en salle d'attente d'un message audiovisuel sur la vaccination avait fortement impacté les patients sur l'évocation de la vaccination pendant les consultations et sur la prescription d'une vaccination. Cette vidéo avait été enregistrée par le médecin du cabinet. L'implication du médecin généraliste avait sans doute augmenté l'impact de l'affichage auprès des patients, alors plus réceptifs au message. (35)

La campagne, réalisée par l'URML de Normandie, est composée de plusieurs moyens de communication : une vidéo, deux affiches et une carte postale. Nous avons fait le choix d'analyser l'influence de l'affiche uniquement. Il aurait donc été intéressant d'analyser l'influence de la vidéo.

La réalisation d'une étude d'impact sur l'influence d'une campagne d'information audiovisuelle associée à une intervention du médecin, et comparant la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste avant et après la diffusion de la campagne, aurait peut-être permis de mettre en évidence une influence de l'affiche. Une étude d'impact, nécessitant l'inclusion d'un grand nombre de sujets, était difficile à effectuer dans le cadre d'une thèse, soumise à une contrainte de temps.

2. Influence de l'affiche sur la disposition des femmes à consulter un médecin généraliste pour un motif gynécologique

Les femmes du groupe « avec affiche » étaient davantage disposées à consulter un médecin généraliste pour la prescription d'une contraception (p = 0,042) et pour la pose ou le retrait d'un dispositif intra-utérin ou « stérilet » (p = 0,009).

La compétence des médecins généralistes en ce qui concerne la pose ou le retrait d'un dispositif intra-utérin est méconnue par beaucoup de femmes. 20,6% des femmes interrogées par Claire Timsit en 2018, connaissaient cette compétence des médecins généralistes. (17) Selon l'étude de Manel Saidani de 2016, parmi les femmes ayant déjà bénéficié d'une pose ou d'un retrait d'un dispositif intra-utérin, 8,57% avait fait réaliser cet acte par un médecin généraliste contre 88,57% par un gynécologue. (20)

L'affiche a pu sensibiliser les femmes sur la compétence de certains médecins généralistes pour cet acte technique.

A l'inverse, la prescription d'une contraception est une compétence des médecins généralistes bien connue des femmes. 92,1% des femmes, interrogées par Claire Timsit, connaissaient la compétence des médecins généralistes en ce qui concerne la prescription de la pilule. (17) 52, 86% des femmes, interrogées par Manel Saidani et ayant bénéficié d'une prescription d'une contraception, avait sollicité un médecin généraliste pour la première prescription (48,57% avait sollicité un gynécologue). (20) C'est également le constat des médecins généralistes : 84,7% des médecins généralistes d'Ile de France considéraient, en 2010, la prescription d'une contraception comme le motif gynécologique de consultation le plus souvent

rencontré. (6) 63% des médecins généralistes des Pays de Loire déclaraient, en 2016, voir au moins 1 fois par semaine une patiente pour l'instauration ou le suivi d'une méthode contraceptive (contre < 2% pour la pose ou le retrait d'un dispositif intra-utérin). (9)

L'affiche a pu rappeler aux femmes la possibilité de consulter un médecin généraliste pour la prescription d'une contraception. La moyenne d'âge plus faible des femmes du groupe « avec affiche » pourrait expliquer que ces dernières soient davantage prêtes à consulter un médecin généraliste pour ce motif.

3. Évaluation de l'affiche

L'affiche, réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie, a globalement plu puisque les femmes de l'étude l'ont évaluée à 2,6 sur 3.

La note moyenne donnée par les femmes pour l'attractivité de l'affiche était de 2,4 sur 3. La présentation de l'affiche a été appréciée par les femmes.

Les critères « compréhension du message principal » et « compréhension des termes employés » ont obtenu la note de 2,6 sur 3. Nous pouvons tout de même nous interroger sur la bonne compréhension des termes suivants : « post-partum », « MST » et « ostéoporose ».

Enfin, le critère « utilité de l'affiche » a obtenu une note moyenne de 2,8 sur 3.

L'affiche a permis d'apporter de nouvelles informations aux femmes. 63,4% des femmes ont ainsi pu apprendre que les médecins généralistes étaient compétents en termes de suivi gynécologique, 59,8% que les médecins généralistes pouvaient coordonner le suivi gynécologique et 57,3% que certains médecins généralistes réalisaient des actes techniques de gynécologie.

Ceci confirme la nécessité de poursuivre la sensibilisation des femmes sur la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique.

Les patients sont globalement favorables à l'éducation pour la santé via un affichage dans les salles d'attente. Ce fut le constat de plusieurs études retrouvées dans la littérature.

En 2017, Marie-Laure Thibaut Marquant avait analysé le ressenti des patients vis à vis des affiches de prévention exposées dans les salles d'attente des médecins généralistes. Les patientes estimaient la salle d'attente comme un lieu approprié pour faire de la prévention et pour exposer des affiches de prévention. Les affiches d'information étaient considérées comme des outils de dialogue avec le médecin traitant *« cela soulève un questionnement qui amène à en reparler avec le médecin »* et faisaient office d'aide-mémoire en rappelant les dépistages à faire. Malgré un effet

anxiogène de ces affiches sur certains patients, ces derniers étaient demandeurs d'une actualisation régulière de ces affiches qui devraient être, selon eux, plus grandes et plus nombreuses ou de l'installation d'un écran d'affichage électronique. (36)

Dans l'étude de Sivalogini Sivasooriyalingam, les patients étaient majoritairement enthousiastes à la poursuite de l'affichage. (32)

Dans l'étude d'Assaf Elie, la majorité des patients se disait favorable à un affichage audiovisuel, d'autant plus si il s'agissait d'un message enregistré par leur médecin traitant. (35)

4. Disposition des femmes de l'étude à consulter un médecin généraliste

a) Pour leur suivi gynécologique

75,4% des femmes de l'étude étaient prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste, 68,7% à leur médecin traitant et 31,2% à un autre médecin généraliste que leur médecin traitant.

Les données de la littérature quant au professionnel préféré par les femmes pour réaliser leur suivi gynécologique diffèrent :

- En 2008, selon le sondage BVA, réalisé pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale : 15% des femmes préféraient confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste et 70% préféraient le confier à un gynécologue (avant tout pour ses compétences et la confiance qu'il inspire). (18)

- En 2018, d'après l'étude de Claire Timsit : 19% des patientes effectuaient leur suivi gynécologique chez leur médecin traitant. (16)

- En 2013, le suivi gynécologique des femmes interrogées par Rémi Champeaux était assuré pour 23,4% par un médecin généraliste. (7)

- En 2017, 58,3% des femmes interrogées par Caroline Terris préféraient réaliser leur suivi gynécologique chez un médecin généraliste contre 41,7 % chez un gynécologue. (16)

La spécialisation du gynécologue est garante d'un savoir-faire et d'une maitrise de l'examen gynécologique pour certaines femmes : *« chacun sa fonction, je trouve qu'un gynécologue est là pour ça. » (19)*, *« je pense qu'il a étudié et qu'il est plus à même de faire ça régulièrement, tous les jours. Déjà, l'examen est moins douloureux avec la pratique, […] au toucher il doit être plus sensible à ce qui se passe »*. (15)

La spécialisation des médecins généralistes, leur réputation et leur collaboration avec un gynécologue ont une probable influence sur le choix des femmes quant au médecin qui réalisera leur suivi.

Les femmes interrogées par Caroline Terris appréciaient que le médecin généraliste ait une capacité supplémentaire en gynécologie « *Et j'ai l'impression qu'il ne s'y connait pas trop, et que ça ne l'intéresse pas vraiment. C'est important qu'il soit qualifié pour faire de la gynécologie.* ». (16)

C'est également le constat de Valérie Megret et de Claire Timsit. 20,9% des femmes interrogées par Valérie Megret seraient rassurées de savoir que leur médecin généraliste ait reçu une formation spécifique en gynécologie. (14) 28,6% des femmes interrogées par Claire Timsit estimaient la spécialisation en gynécologique obstétrique du praticien réalisant leur suivi gynécologique comme étant un critère de choix important. (17)

Les médecins généralistes qui pratiquent la gynécologie se forgent une réputation qui se transmet par bouche-à-oreille : *« Vous savez ça se sait vite ces choses là, tu cherches un gynéco, tu demandes à tes copines, untel te parle d'une super généraliste qui fait de la gynéco et du coup tu y vas. », « C'est une collègue qui m'a conseillé ce médecin* ». (16)

La collaboration des médecins généralistes avec les gynécologues en cas de difficulté diagnostique et / ou thérapeutique semblait importante pour 3 patients sur 12 interrogées par Caroline Terris : « *Après pourquoi pas assurer le suivi simple chez le généraliste et adresser au gynécologue si nécessaire.* » (16)

b) Pour un motif gynécologique

Les femmes de notre étude étaient globalement favorables à la possibilité de consulter un médecin généraliste pour un motif gynécologique. 61,1% étaient prêtes à consulter un médecin généraliste pour des troubles liés à la ménopause, 60,7% pour la prescription d'une contraception. 53,9% pour la réalisation d'un frottis cervico-utérin, 34% pour des questions sur l'allaitement, 27,4% pour le suivi d'une grossesse non compliquée, 25,2% pour la pose ou le retrait d'un dispositif intra-utérin (ou « stérilet ») et 17,8% pour la pose ou le retrait d'un implant.

En 2016, Manel Saidani avait questionné les femmes de Bourgogne sur leur avis quant à l'alternative de réaliser des actes de gynécologie chez leur médecin généraliste. Ses résultats étaient similaires aux nôtres puisque 72,84% d'entre elles étaient favorables au suivi de

ménopause par le médecin généraliste, 67,9% à la prescription d'une contraception, 62,96% à la réalisation du frottis cervico-utérin et à la réalisation d'un examen gynécologique, 54,32% au suivi de grossesse et au suivi post-partum, 48,15% à la pose ou au retrait d'un implant, 45,86% à la pose ou au retrait d'un dispositif intra-utérin, 34,57% à la réalisation d'un interruption volontaire de grossesse. (20)

Dans notre étude, seulement 25,2% des femmes étaient prêtes à consulter un médecin généraliste pour la pose et/ou le retrait d'un dispositif intra-utérin ou « stérilet ». Or, depuis la « crise de la pilule », le dispositif intra utérin remplace peu à peu la pilule comme moyen de contraception. En 2016, il est devenu le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans (34,6% chez les 34 – 39 ans). (37)

De la même façon, seulement 17,8% des femmes de notre étude étaient prêtes à consulter un médecin généraliste pour la pose et / ou le retrait d'un implant sous cutané. Il s'agissait pourtant du troisième contraceptif utilisé en 2016 chez les 20-24 ans après la pilule et le préservatif. (37)

Enfin, seulement 27,4% des femmes étaient prêtes à consulter un médecin généraliste pour un suivi de grossesse non compliquée. Or, selon les recommandations de la HAS de 2007, mises à jour en mai 2016, les médecins généralistes peuvent assurer le suivi de grossesse jusqu'au 7ème mois lorsque celle-ci se déroule sans situation à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque. (38) 84 % des praticiens interrogés en 2014 – 2015 dans le cadre du panel de médecins généralistes libéraux considéraient que le suivi de grossesse à bas risque faisait partie de leur mission. (10)

Ces résultats confirment l'idée d'un manque de connaissance des femmes quant à la compétence des médecins généralistes dans le domaine de la gynécologie obstétrique et la nécessité d'une valorisation de leur compétence.

Mais, nous pouvons nous poser la question d'une sous-estimation des réponses de certaines femmes et notamment les femmes ménopausées. En effet, nous demandions aux femmes de donner les motifs pour lesquelles elles seraient ou auraient été prêtes à consulter un médecin généraliste. Or, pour certains motifs comme la prescription d'une contraception, le suivi de grossesse ou l'allaitement, certaines femmes, ne se sentant plus concernées, ont pu ne pas cocher certains items.

Plus de 50% des femmes de notre étude étaient prêtes à consulter un médecin généraliste pour la réalisation de la palpation mammaire (62%) et pour la réalisation du frottis cervico-utérin (53,9%). Ces résultats sont encourageants pour la prévention des cancers gynécologiques.

Parmi les femmes qui déclaraient ne pas être prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste, certaines d'entre elles étaient prêtes à consulter un médecin généraliste pour la réalisation de la palpation mammaire (29,1%) et pour la réalisation du frottis cervico-utérin (6,3%). Or, le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus fait partie intégrante du suivi gynécologique. Nous pouvons donc nous interroger sur une possible mauvaise compréhension du terme « suivi gynécologique ». Ce paradoxe peut également être expliqué par la volonté des femmes de consulter un médecin généraliste pour certains aspects du suivi gynécologique tout en maintenant leur suivi chez un gynécologue.

5. Facteurs influençant la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste

a) Les caractéristiques des femmes

La connaissance des femmes quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique :

Dans notre étude, 78,1% des femmes avaient connaissance des compétences du médecin généraliste en matière de suivi gynécologique.

La connaissance des femmes en ce qui concerne cette compétence des médecins généralistes semble s'améliorer avec le temps, comme en témoignent les données de la littérature :

- En 2008, seulement 20% des femmes estimaient que les médecins généralistes étaient suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique. (18)

- En 2010, 43% des femmes savaient que les médecins généralistes réalisaient des consultations de gynécologie et 56% ne s'étaient jamais interrogées sur la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique. (14)

- En 2016, 7 patientes sur 12 interrogées par Caroline Terris (soit 58,3%) estimaient leur médecin traitant compétent pour pratiquer la gynécologie : *« Je pense qu'un généraliste est tout à fait compétent pour un suivi gynécologique »*. (16)

La connaissance des femmes, quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique, a une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique. Les femmes qui avaient connaissance, avant l'étude, de cette compétence étaient davantage prêtes à confier ce suivi à un médecin généraliste et inversement.

Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature. 10,2% des femmes interrogées par Rémi Champeaux évoquaient, comme facteur de motivation au suivi gynécologique par un gynécologue, la méconnaissance de la compétence des médecins généralistes dans ce domaine. (7) C'est également le constat de Caroline Terris : 58,3% ignoraient les compétences de leur médecin traitant en gynécologie et 33,3% se dirigeaient vers un spécialiste considérant un manque de compétence et de formation du médecin généraliste dans ce domaine : « *Si c'est un généraliste, il faut qu'il ait une spécialisation comme un DU de gynécologie, sinon il n'a pas le droit de faire de la gynécologie.* » (16)

Le professionnel de santé consulté en première intention pour un motif gynécologique :

Dans notre étude, 66,3% des femmes préféraient consulter un gynécologue pour un motif gynécologique, 29,2% un médecin généraliste (27,3% leur médecin traitant et 1,9% un autre médecin généraliste), 4,1% une sage-femme et 0,3% le planning familial.

Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude de Valérie Megret en 2010. 45% des femmes préféraient se tourner vers un gynécologue pour une consultation gynécologique. Cependant 53% des patientes déclaraient qu'elles n'hésiteraient pas à consulter leur médecin généraliste pour un motif gynécologique. (14)

Nous avons retrouvé un lien significatif entre le professionnel de santé consulté pour un motif gynécologique et la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

Les femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste étaient celles qui consultaient, avant l'étude, leur médecin traitant ou un autre médecin généraliste pour un motif gynécologique.

Le choix des femmes de consulter un médecin généraliste pour leur suivi gynécologique est donc lié à leur habitude : *« j'ai toujours consulté mon médecin traitant pour ça et depuis des années »* (16).

La distance entre le lieu de résidence des femmes et le gynécologue le plus proche :

Nous n'avons pas démontré d'influence de la distance entre le lieu de résidence des femmes et le gynécologue le plus proche sur la disposition de ces dernières à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

De leur côté, Iris Bonhomme et Carole Moretti avait constaté que l'activité gynécologique des médecins généralistes ne dépendait pas de la distance les séparant d'un gynécologue. (11) Ce fut également le constat de Sabrina Dias. (6)

Ces résultats ne sont pas en adéquation avec d'autres données de la littérature. Au sein du Panel en médecine générale de 2014 – 2016, les médecins installés dans une commune ayant une moindre densité de gynécologues libéraux, déclaraient pratiquer plus fréquemment des examens gynécologiques que leurs confrères installés à proximité de gynécologues. (9) De même, selon le Panel de médecins généralistes libéraux interrogés entre 2014 et 2015, la probabilité de voir de manière régulière (une fois par mois), des femmes pour un suivi de grossesse était plus importante pour les médecins généralistes exerçant dans une commune où l'accessibilité des gynécologues libéraux était faible. (10)

b) La salle d'attente

L'étude n'a pas permis de démontrer d'influence du temps d'attente des femmes et du nombre d'affiches dans la salle d'attente sur leur disposition à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

D'après la littérature, la rapidité d'obtention d'un rendez-vous et l'instauration par les praticiens de consultations dédiées au suivi gynécologique semblent davantage être des critères influençant les femmes dans leur choix du praticien.

19,1% des femmes interrogées par Valérie Megret, 38,9% des femmes interrogées par Claire Timsit, 66,6% des femmes interrogées par Remi Champeaux et 66,7% des femmes interrogées par Caroline Terris évoquaient l'importance de l'accessibilité rapide aux consultations. (14)(17)(7)(16)

La nécessité d'un temps de consultation approprié et l'organisation spécifique du planning des praticiens étaient déterminant pour 53,2% des femmes interrogées par Claire Timsit et 9,2% des femmes interrogées par Valérie Megret. (17)(14).

c) Les caractéristiques du médecin traitant

Le sexe du médecin traitant :

Le sexe du médecin traitant est un facteur influençant le choix des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

Les femmes ayant un médecin traitant de sexe féminin étaient davantage prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste (81,9%) et en particulier à leur médecin traitant (79,2%) que les femmes ayant un médecin traitant de sexe masculin (49,5% et 61,8%).

Dans la littérature, le sexe féminin du médecin généraliste est un déterminant très largement évoqué par les femmes en faveur d'un suivi gynécologique par le médecin généraliste :

- « *Oui. Je préfère largement que ce soit une femme* » (16)

- *« Le fait que ce soit une femme déjà ça aide beaucoup, j'aimerai avoir une femme médecin ou gynécologue. Je serais beaucoup plus à l'aise ! »* (21)

- *« Si c'était une femme oui, mais vu que c'est un homme c'est non. »* : dans l'étude de Karine Carles Ferreira en 2013, les femmes déclaraient qu'elles accepteraient le suivi gynécologique par leur médecin traitant si celui-ci était une femme. (19)

Les médecins généralistes de Loire étaient, eux même, convaincus qu'il était plus facile pour une femme médecin de pratiquer la gynécologie en raison d'une préférence des patientes : *« Je crois qu'elles préfèrent que ce soit fait par une femme, en grosse majorité ». (8)*

Dans l'étude de Rémi Champeaux, les médecins de sexe féminin déclaraient réaliser des consultations de suivi gynécologique de manière plus fréquente que les médecins de sexe masculin.(7) De même, dans plusieurs études de la littérature, les médecins de sexe féminin avaient une activité gynécologique plus importante que leurs confrères masculins. (6) (9) (11)

Les femmes ayant un médecin traitant de sexe masculin étaient davantage prêtes à confier leur suivi gynécologique à un autre médecin généraliste (40,2%) que les femmes ayant un médecin traitant de sexe féminin (26,9%). Nous pouvons nous demander si c'était pour consulter un médecin généraliste de sexe féminin que ces femmes souhaitaient consulter un autre médecin que leur médecin traitant.

27,3% des femmes interrogées par Rémi Champeaux et 8 patientes sur 12 interrogées par Caroline Terris évoquaient le sexe masculin du médecin traitant comme frein au suivi gynécologique par le médecin traitant. (7) (16) De même, 5,3% des patientes interrogées par Valérie Megret invoquait le sexe masculin du médecin généraliste comme motif de refus à une consultation de gynécologie. (14)

Cette réticence des patientes était ressentie comme la principale difficulté à la réalisation du suivi gynécologique par les médecins de sexe masculin de Bretagne. (5) Elle était aussi considérée comme un frein à la pratique de la gynécologie de 68,2% des médecins généralistes de sexe masculin interrogées par Rémi Champeaux. (7)

Le sexe masculin du médecin généraliste peut être un frein à l'abord du suivi gynécologique, sujet possiblement gênant pour le médecin généraliste comme pour la patiente : *« Euh moi déjà je suis un homme alors ça ne me gêne pas moi personnellement mais ça peut, euh, gêner des patientes... Le fait d'être un homme, enfin ça peut être un frein, voilà, je ne dis pas que c'est un frein fort, mais bon ça peut bloquer hein, ou après les personnes âgées aussi. Les dames âgées, euh, ça les gêne voilà »*. (13)

La féminisation progressive de la médecine générale pourrait permettre de répondre aux attentes des femmes. On pourrait donc s'attendre à une augmentation du nombre de femmes réalisant leur suivi gynécologique chez un médecin généraliste.

Cependant, dans son étude, Manel Saidani n'avait pas constaté de préférence des femmes quant au sexe du professionnel de santé effectuant le suivi. (20) C'est également de constat de Karine Carles Ferreira : *« Les généralistes pourraient faire ce genre de choses, que ce soit un homme ou une femme, un frottis que ce soit un gynéco ou un généraliste, après oui pourquoi pas si il y a d'autres problèmes, ok le gynéco. Enfin, un frottis, et prescrire une mammographie. » (19)*
Cette absence de préférence du sexe du médecin réalisant le suivi gynécologique était évoquée par 60% des femmes interrogées par Valérie Megret et par 11 des 12 patientes interrogées par Caroline Terris. (14) (16).
L'activité de gynécologie déclarée par les médecins généralistes de Bretagne était d'ailleurs similaire entre les médecins de sexe masculin et féminin. (5)

Les médecins généralistes de sexe masculin conservent donc une place importante dans le suivi gynécologique des femmes que ce soit en tant qu'acteur ou en tant que superviseur et coordinateur du suivi gynécologique. (12)

- *« Les médecins généralistes devraient beaucoup plus suivre le dossier gynéco des femmes, leur poser des questions et éventuellement leur donner des noms s'ils ne le font pas eux-mêmes » (15)*

- *« Un médecin généraliste, donc c'est lui qui s'occupe du suivi, il connait nos antécédents, il fait la synthèse de tout. » (19)*

- *« Nous poser la question quand on vient en consultation : est-ce que vous avez fait un frottis ou est-ce que vous voulez que je vous prescrive un frottis ? » (21)*

L'âge du médecin traitant :

Nous n'avons pas trouvé d'influence de l'âge du médecin traitant sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

Nos résultats vont dans le sens de ceux d'Iris Bonhomme et Carole Moretti. Dans leur étude, la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes n'était pas significativement différente en fonction de l'âge. (11)

Caroline Terris avait constaté que certaines femmes préféraient consulter un médecin plus âgé, voyant l'âge comme un gage d'expérience et de compétences alors que d'autres préféraient voir un médecin plus jeune qu'elles estimaient mieux formé et ayant des connaissances plus récentes. (16) De son coté, Sabrina Dias avait mis en évidence que l'activité de gynécologie obstétrique des médecins de moins de 40 ans était plus importante que celle de leurs confrères âgés de 40 à 49 ans. (6)

Le mode d'exercice du médecin traitant :

L'étude n'a pas permis de démontrer que le mode d'exercice du médecin traitant avait une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

Le suivi gynécologique peut être effectué par un autre médecin généraliste que le médecin traitant. Cette alternative peut présenter un avantage pour les femmes ne souhaitant pas confier leur suivi gynécologique à leur médecin traitant.

4,1% des femmes interrogées par Valérie Megret évoquaient la possibilité de consulter un autre médecin généraliste, du même cabinet que leur médecin traitant, comme déterminant à l'acceptation d'un suivi gynécologique par un médecin généraliste.(14)

27,8% des femmes interrogées par Claire Timsit évoquaient l'importance de la proximité du cabinet par rapport à leur lieu de domicile comme choix du praticien réalisant leur suivi gynécologique. (17)

L'exercice, au sein d'un cabinet de groupe, du médecin traitant pourrait donc être permettre aux femmes d'avoir le choix du médecin qu'elles considèrent le mieux placé pour effectuer leur suivi gynécologique et ce, à proximité de chez elle.

On aurait donc pu s'attendre à ce que les femmes ayant un médecin traitant exerçant en groupe soient davantage prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

La date de déclaration du médecin traitant :

Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre la date depuis laquelle le médecin traitant était déclaré comme tel et la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste.

Ce fut également le constat de Claire Timsit : 1/3 des femmes déclaraient être gênées si leur médecin traitant réalisait leur suivi gynécologique. Cette gêne éprouvée ne dépendait pas du temps depuis lequel les femmes connaissaient leur médecin traitant. (17)

Avec le temps, les médecins traitants et leurs patientes construisent une relation privilégiée.

Cette relation de confiance qu'entretiennent les femmes avec leur médecin traitant peut avoir un effet positif au suivi gynécologique :

- *« l'avantage c'est que je connais bien mon généraliste, donc il n'y a pas d'appréhension du tout ». (15)*

- *« le médecin traitant, c'est beaucoup mieux. Parce que c'est quand même délicat le suivi gynécologique, moi, je pense qu'il faut quand même être connue par le médecin […] Par rapport aussi aux antécédents familiaux, je veux dire ». (15)*

- « *Elle me suit moi et mes enfants. Mon mari lui va voir son associé qui est un homme. Je me sens très à l'aise avec elle, elle me connait depuis longtemps, je ne me sens pas du tout gênée.* ». (16)

74,6% des femmes interrogées par Claire Timsit, 75% des femmes interrogées par Caroline Terris et 86,6% des femmes interrogées par Rémi Champeaux évoquaient la confiance envers le praticien comme facteur déterminant au suivi gynécologique par ce dernier. (17)(16)(7)
44,4% des femmes interrogées par Rémi Champeaux considéraient la confiance envers leur médecin traitant comme frein à un suivi gynécologique par un gynécologue. (7)

« Le fait d'être proche, on est le médecin qui a suivi les jeunes filles, je les vois grandir ou les mamans je les vois vieillir » : Selon les médecins généralistes, la relation de confiance ainsi que leur proximité avec leurs patientes permettent de les mettre à l'aise pour aborder le suivi gynécologique. (13)

Mais cette relation privilégiée peut également représenter une gêne à l'examen gynécologique pour certaines femmes : *« avec mon médecin généraliste, il y aurait plus de gêne quand même, je le connais depuis petite, il voit mes enfants » (15)*, « *Oui car c'est quelqu'un que je connais depuis longtemps. Ce n'est déjà pas évident de se déshabiller, mais encore plus face à son médecin référent. Je pense que ce serait plus facile face à un médecin que je consulte uniquement pour de la gynéco. [...] Je serai gênée je pense car mon médecin me connait depuis toute petite, je n'oserai pas je pense. (16)* » mais aussi pour certains médecins généralistes *« Quand je connais trop bien les gens, la gynécologie devient difficile »*. (8)

L'abord du suivi gynécologique par le médecin traitant :

L'abord du suivi gynécologique par le médecin traitant a une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste. Les femmes étaient davantage prêtes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste, notamment à leur médecin traitant, lorsque ce dernier abordait le suivi gynécologique en consultation.

Ce fut également le constat de Caroline Terris : « *C'est lui qui avait abordé le sujet à la première consultation. Il m'avait posé plein de questions pour remplir mon dossier, et du coup il m'a demandé si j'avais déjà eu des problèmes gynécologiques et chez qui j'allais. Je lui ai dit que comme je venais de déménager, je n'avais plus de gynéco, du coup il m'a proposé.* ». (16)

Dans l'étude BVA de 2008 interrogeant les femmes sur leur vision du suivi gynécologique systématique, certaines femmes déclaraient se diriger vers un gynécologue car le suivi gynécologique n'était pas abordé par le médecin généraliste ou parce qu'elles ignoraient qu'il pouvait faire ce suivi : *« parce que le médecin ne m'a jamais proposé de le faire ! […] Si mon*

généraliste me disait : « Allez, aujourd'hui, on fait le frottis », je lui dirais : « allons-y ! ». Tant mieux, ce serait fait ». (18)

Or, 82,1% des médecins généralistes d'Ile de France interrogés en 2010 déclaraient que les consultations de gynécologie réalisées par les médecins généralistes faisaient suite à une demande de la patiente. (6)

Les femmes, non informées de cette possibilité, ne sollicitent pas leur médecin généraliste.

Cette absence de demande de la part des femmes était considéré comme un frein à la pratique de la gynécologie pour 24% des médecins généralistes de Savoie et Haute Savoie (11), pour 26,3% des Médecin généralistes d'Ile de France (6) et pour 33,7% des médecins généralistes des Deux Sèvres (7).

Le manque d'information des femmes sur la capacité du médecin généraliste à réaliser la prise en charge gynécologique était un frein exprimé par les médecins interrogés par Anne-Julie Verrière *« Le frein c'est peut-être le fait que souvent les patientes ne savent pas qu'on peut faire ça. Elles pensent que c'est obligatoirement le gynécologue »*, *« Le fait qu'on ne soit pas un spécialiste, ça peut être un frein, c'est-à-dire que pour certaines patientes le fait qu'on ne soit pas spécialiste, qu'on soit pas gynéco, pour eux ça veut dire... Donc des fois elles sont surprises quand on dit « Bah je peux vous faire... » «Ah bon vous pouvez?» »*. (13)

L'information des femmes en ce qui concerne la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique est donc primordiale.

Cette information peut émaner du médecin généraliste lui-même. En questionnant les femmes sur leur suivi gynécologique, les médecins généralistes peuvent communiquer leur compétence et ainsi valoriser leur pratique en leur proposant de réaliser leur suivi gynécologique.

Cette information peut également venir de campagnes de sensibilisation. Les femmes, informées de cette possibilité, peuvent ainsi solliciter leur médecin traitant ou un autre médecin généraliste : « *elle m'avait posé la question pour être sûre que je fais bien mon suivi, et quand ma gynécologue m'a lâchée, je lui ai demandé si je pouvais me faire suivre chez elle.* » (16)

Cette meilleure sensibilisation des femmes quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique favorise la régularité du suivi gynécologique de la femme.

6. Facteurs influençant la régularité du suivi gynécologique des femmes

Le suivi gynécologique des femmes de notre étude était bon. 80,3% des femmes déclaraient avoir un suivi gynécologique à jour.

Ce résultat est concordant avec les données de la littérature. Selon une étude réalisée pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale en 2008, 85% des femmes interrogées déclaraient avoir un suivi gynécologique, régulier pour 71% d'entre elles (au moins une fois par an) (18). 91,4% des femmes interrogées par Rémi Champeaux déclaraient avoir un suivi gynécologique, régulier pour 76,6% (soit au moins une visite par an). (7)

Le suivi gynécologique des femmes interrogées par Caroline Terris entre 2014 et 2016 était moindre. 53,8% des femmes déclaraient réaliser régulièrement un suivi gynécologique (allant de tous les ans à tous les trois ans). (16)

Dans notre étude, le suivi gynécologique des femmes et sa régularité ont pu être surestimé par la méthodologie utilisée. La régularité du suivi gynécologique a été déduit de la date du dernier frottis cervico-utérin et de celle de la dernière mammographie, en se basant sur le rythme recommandé par l'HAS pour ces dépistages. De plus, nous n'avons pas pris en compte les antécédents gynécologiques des femmes pouvant nécessiter un suivi rapproché.

Dans notre étude, la régularité du suivi gynécologique des femmes dépendait de leur âge et de leur niveau d'étude.

Les femmes les moins bien suivies étaient celles ayant un âge compris entre 51 et 74 ans.

L'influence de l'âge sur la régularité du suivi gynécologique diffère d'une étude à une autre :

Dans l'étude de Rémi Champeaux, 91,4% des femmes avaient un suivi gynécologique. Pour les femmes de moins de 25 ans et les femmes de plus de 55 ans : ce taux était respectivement de 75% et 77%. Les femmes les moins suivies étaient les plus jeunes et les plus âgées. (7)

Ce fut également le constat du sondage BVA de 2008 : 69% des femmes de 15-24 ans et 72% des femmes de plus de 65 ans avaient un suivi gynécologique contre 85% de l'ensemble des femmes interrogées. Ce suivi était régulier pour 71% de ces dernières. (18)

A l'inverse, Valérie Megret montrait que la régularité du suivi gynécologique augmentait avec l'âge. (14)

Dans notre étude, les femmes ayant, comme niveau d'étude, un BEP et/ou un CAP étaient les moins bien suivies. D'après le sondage BVA de 2008, le suivi gynécologique était plus répandu chez les femmes ayant un diplôme équivalent au baccalauréat (91%). (18)

Nous n'avons pas mis en évidence d'influence du type de couverture santé des femmes sur la régularité de leur suivi gynécologique. Ce fut également le constat de Claire Timsit. (17)
Le sondage BVA de 2008 avait retrouvé une influence du niveau économique des femmes : 94% des femmes bénéficiant de hauts revenus avait un suivi gynécologique contre 79% des femmes ayant de bas revenus. (18)

Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la régularité du suivi gynécologique et la distance entre le lieu de résidence des femmes et le gynécologue le plus proche. Claire Timsit n'avait pas non plus trouvé de lien significatif entre le suivi gynécologique des femmes et le temps de transport pour accéder à un gynécologue. (17)

A l'inverse, Valérie Megret avait constaté que les patientes de la zone rurale avaient un suivi plus régulier et faisaient plus régulièrement un frottis cervico-utérin que les patientes de la zone urbaine. (14)

Aucun lien n'a été retrouvé entre la régularité du suivi gynécologique et le nombre de grossesses des femmes. Claire Timsit n'avait pas, non plus, mis en évidence de lien entre le suivi gynécologique des femmes et le fait d'avoir un ou plusieurs enfants. (17)

Dans notre étude, la connaissance des femmes quant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique n'avait pas d'influence sur la régularité du suivi gynécologique des femmes. La bonne connaissance des compétences en gynécologie du médecin traitant était pourtant un facteur favorisant la réalisation du suivi gynécologique pour 4 des 12 femmes interrogées par Caroline Terris. (16)

Une étude réalisée en 2010 dans les Yvelines analysait les réticences des femmes au dépistage organisé du cancer du sein. Les femmes ne réalisant ni le dépistage organisé ni le dépistage individuel du cancer du sein étaient les femmes de moins de 60 ans, célibataires, en activité, de catégorie socio-professionnelle basse et consultant peu leur médecin traitant et/ou leur gynécologue. (39)

L'institut National du Cancer avait réalisé, entre 2010 et 2013, une étude visant à identifier les femmes non-participantes au dépistage du cancer du col de l'utérus. Le taux de non-participation au dépistage augmentait à partir de l'âge de 50 ans, dans les zones géographiques identifiées comme défavorisées, chez les femmes ayant des caractéristiques socioéconomiques défavorables, ayant un moindre recours au système de santé, en ALD, en invalidité, dépendantes à l'alcool ou aux opioïdes. Concernant les femmes non-participantes : 60% résidaient dans une commune identifiée comme défavorisée et 15% étaient bénéficiaires de la CMUc. (40)

Même si nous ne l'avons pas clairement mis en évidence dans notre étude, il persiste un problème d'accès et de recours au suivi gynécologique de certaines populations.

L'objectif du plan cancer 2014 – 2019 est de faire face à ces inégalités sociales de santé.

Cette volonté passe par la généralisation du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Ce programme national s'appuie sur les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique des femmes, principalement les gynécologues, les médecins traitants et les sages-femmes. Il s'agit de permettre à chaque femme de 25 à 65 ans d'accéder à ce dépistage en ciblant les patientes les plus vulnérables ne le réalisant pas. Les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage depuis plus de 3 ans recevront, à partir de fin 2019, un courrier les invitant à consulter leur gynécologue, médecin traitant ou sage-femme pour réaliser ce dernier, pris en charge à 100% par l'assurance maladie sans avance de frais. (2) *Cf. Annexe 6.*

Des études se sont attardés à demander aux femmes leurs suggestions pour améliorer le suivi

gynécologique. « *Peut-être le rendre gratuit et accessible à tous (...) ça peut être un frein pour certaines personnes l'examen, des dépenses financières supplémentaires* » (21), « *Qu'en envoyant des courriers de prévention, envoyer des rappels de consultations* » (19) : La réception d'une invitation à réaliser, de façon gratuite, un suivi gynécologique et/ou à réaliser un frottis cervico-utérin étaient des pistes d'amélioration proposées par les femmes.

Une revue systématique de la littérature de 2008 avait montré que l'efficacité du dépistage du cancer du col de l'utérus dépendait de l'existence d'un programme national de dépistage organisé et de l'implication des médecins généralistes. (41)

Ce nouveau programme de dépistage organisé répond donc aux attentes des femmes et tient compte de l'impact significatif du dépistage organisé du col de l'utérus sur le taux de couverture de ce dernier. Cet impact a été démontré dans plusieurs départements français ayant expérimenté ce programme. (42)

Cette lutte contre les inégalités de santé passe également par l'analyse de l'impact des actions de prévention, potentiellement inégal entre différentes populations. En effet, certaines actions de prévention, en n'atteignant pas toutes les populations avec la même efficacité, peuvent creuser les inégalités de santé. Il paraît essentiel de repérer ces inégalités territoriales, sociales ou culturelles de santé (difficultés socioculturelles ou linguistiques, personnes résidant dans des institutions…) et d'adapter des approches différentes en fonction de chaque population. La conception et la diffusion des campagnes de prévention nécessitent une attention particulière : utilisation d'un niveau de langage et d'une langue adapté(e)s, diffusion dans des lieux fréquentés par la population, utilisation de différents supports vecteurs de communication.

En 2017, Amandine Dumonteit-Denouvilliez avait interrogé les femmes en situation de précarité sur les pistes d'amélioration concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus. La diffusion d'information via les médecins généralistes par une communication directe (en informant les femmes des bénéfices du dépistages, les modalités, le rythme) ou indirecte (via la multiplication des supports, des lieux et des horaires de diffusion des campagnes) a été exprimé : *« Dans les salles d'attente chez les médecins, aussi bien chez les généralistes que chez les gynécologues. Ou même dans les pharmacies, dans les lieux , des points médicaux c'est ça »*, *« Partout, les arrêts de bus(...)au niveau du métro(...)tout ce qu'il y a comme emplacements pour faire une publicité. Comme on fait la pub pour les parfums, ben j'en ferais autant pour euh, pour la prévention »*, *« Je crois (...)presque tout le monde qui regarde la télé dans un temps précis, où y'a tout le monde devant la télé »*, *«Les réseaux sociaux, de nos jours y'a Facebook , y'a twitter y'a ..... y'a what's app tout ça... Envoyer des messages à tous ses contacts pour leur conseiller d'aller le faire(...)pour ne serait-ce qu'être rassuré». (21)*

Dans notre étude, l'affiche et les questionnaires ont été déposés uniquement dans des cabinets de médecins généralistes. Les femmes ayant participé à l'étude étaient donc des femmes déjà inclues dans le système de soin. Afin d'inclure des femmes exclues du système de soin ou ayant un moindre recours aux soins, une diffusion plus large de l'affiche et des questionnaires aurait été nécessaire, notamment dans d'autres lieux fréquentés par les femmes (comme les salles d'attente de pédiatre, les crèches ou les lieux d'actions sociales comme la caisse d'allocations familiales).

B. Validité interne de l'étude

1. Les faiblesses de l'étude

a) Le biais de sélection

Les cabinets de médecins généralistes ont été recrutés à partir de nos connaissances personnelles et professionnelles. Ce recrutement n'était pas homogène sur l'ensemble du département de l'Hérault. Les cabinets recrutés étaient principalement concentrés dans la région Est de l'Hérault. Ce biais peut expliquer le manque de représentativité de l'échantillon de l'étude à la population cible, les femmes de l'Hérault.

b) Le biais de recrutement

La participation des femmes à l'étude était basée sur le volontariat.

Nous pouvons nous demander si les femmes ayant répondu au questionnaire n'étaient pas celles qui étaient les plus intéressées par le sujet et par l'idée d'un suivi gynécologique par un médecin généraliste, et par conséquent les plus informées.

Ce biais peut expliquer l'absence d'influence de l'affiche retrouvée par notre étude.

Pour limiter ce biais, la participation à l'étude pouvait être proposée aux femmes par l'intermédiaire des secrétaires ou des médecins du cabinet. Des femmes qui ne se seraient pas spontanément intéressées au questionnaire ont ainsi pu être inclues à l'étude.

c) Le biais d'exposition

L'affiche a été déposée dans les cabinets du groupe « avec affiche » le même jour que les questionnaires. Le temps d'exposition des femmes à l'affiche a pu être court. Les femmes n'avaient, parfois, pas le temps de lire l'affiche avant remplir le questionnaire, d'autant plus quand ce dernier était proposé directement par les secrétaires dès leur arrivée dans le cabinet.

Or, d'après l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé), l'impact d'une campagne de communication est lié à la durée d'exposition. Si l'on souhaite que le message soit intégré par un maximum de patients sans qu'il soit banalisé, la durée optimale d'exposition des campagnes est de 1 à 6 mois. (43)

Nous pouvons donc nous demander si ce temps court d'exposition n'explique pas l'absence d'influence de l'affiche dans notre étude.

d) Le biais de valorisation, de mémorisation et de compréhension

L'étude est déclarative. Les femmes ont pu avoir tendance, inconsciemment ou non, à minimiser un retard de suivi gynécologique ou à modifier leur intention par crainte du jugement.

Ceci peut expliquer que le suivi gynécologique des femmes de notre étude était particulièrement bon. 80,3% des femmes avait un suivi gynécologique à jour. Or, selon le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire de janvier 2017 et l'étude de l'Institut National du Cancer, près de 40% des femmes n'avaient pas fait de frottis cervico-utérin dans les 3 dernières années. (42)

La réponse à certaines questions nécessitait un effort de mémorisation de la part des femmes. Il leur était demandé de se souvenir de certaines données comme la date de leur dernier frottis cervico-utérin ou l'abord du suivi gynécologique par leur médecin traitant. Une comparaison aux données du dossier médical des patientes aurait permis de confronter les informations délivrées par les femmes.

Enfin l'utilisation d'un questionnaire comme méthode d'évaluation peut entrainer des biais de compréhension.

Tous d'abord, pour répondre aux questionnaires, il était nécessaire que les femmes sachent lire et comprendre le français ou que celles-ci se fassent aider par un médecin, une secrétaire ou un proche. Or la campagne évaluée nécessitait aussi une bonne compréhension du français écrit. Afin de mettre en avant ce problème d'accès des femmes, ne comprenant pas le français écrit, à certaines campagnes de prévention, nous n'avons pas voulu exclure cette catégorie de la population de notre étude.

De plus, certaines questions ont pu paraitre ambiguës ou être mal comprises par les femmes. Donnons comme exemple les deux questions suivantes :

- « pour quels motifs seriez-vous prête (ou auriez-vous été prête) à consulter un médecin généraliste ? » : Cette question demandait aux femmes de se projeter dans le passé ou dans le futur. Elles devaient identifier les motifs pour lesquelles le médecin généraliste pouvait être consulté, même si elles n'étaient plus ou pas encore concernées par ce motif. Certaines femmes, ne se sentant pas concernées, ont ainsi pu ne pas cocher certains items.

- « l'avez-vous lu ? » : Cette question cherchait à savoir combien de femmes s'étaient intéressées à l'affiche, qu'elles aient vu ou non l'affiche avant de débuter le remplissage du questionnaire.

Cette question permettait de connaître les nouvelles informations apportées par l'affiche aux femmes et de faire son évaluation. Or certaines femmes ont pu interpréter cette question ainsi : « l'avez-vous lu avant de répondre au questionnaire ? ».
Quelques questions auraient mérité d'être mieux formulées pour éviter les problèmes de compréhension et d'interprétation.

Les femmes ont donc pu, volontairement ou non, répondre de manière erronée à certaines questions et nous n'avons pas pu attester la conformité des informations fournies par les femmes.

L'utilisation d'un questionnaire comme méthode d'évaluation a donc des limites.

Une enquête qualitative par entretien individuel auprès des femmes et de leur médecin traitant aurait sans doute permis de réduire ces biais. Ceci aurait permis de confronter les réponses des femmes à celles de leur médecin traitant, de clarifier certaines questions et d'analyser la compréhension du terme « suivi gynécologique » par les femmes.

e) Le biais d'analyse

Lors de la lecture des questionnaires, nous avons pu constater que certaines femmes n'avaient pas répondu à toutes les questions. La présence de données manquantes représente un biais d'analyse.

2. Les forces de l'étude

a) Originalité du sujet

De nombreuses études sur le terme du suivi gynécologique avaient déjà été réalisées.

Certaines d'entre elles s'intéressaient à analyser les pratiques des médecins généralistes dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, à rechercher les motivations et les freins à cette pratique.
D'autres études rapportaient le point de vue des patientes, leurs connaissances vis à vis du suivi gynécologique, leurs réticences envers ce suivi ou encore les facteurs motivant leur choix d'un suivi gynécologique par un médecin généraliste.

La plupart de ces études mettaient en avant la nécessité de valoriser les compétences des médecins généralistes dans le domaine de la gynécologie obstétrique auprès des femmes.

Nous n'avons retrouvé aucune étude analysant l'influence d'une telle information sur la représentation des femmes vis à vis d'un suivi gynécologique par le médecin généraliste et leur disposition à confier ce suivi à un médecin généraliste.

b) Le type d'étude

Nous avons fait le choix de réaliser une étude interventionnelle, randomisée, multicentrique et comparative entre deux groupes.

La randomisation des cabinets a permis d'éviter un déséquilibre entre les deux groupes. Ces deux groupes étaient d'ailleurs comparables sur de nouveaux critères.

Le recrutement des femmes dans 20 cabinets de médecins généralistes a permis l'inclusion d'une population féminine hétérogène du point de vue de leur profil et de celui de leur médecin traitant. Ce recrutement multicentrique a permis d'augmenter la représentativité de l'échantillon et la généralisation des résultats à la population cible.

Une étude interventionnelle et comparative entre deux groupes a comme avantage de réduire les biais de confusion en répartissant de manière homogène les facteurs de confusions potentiels.

c) La méthode quantitative

Nous avons réalisé une étude quantitative. Ce type d'étude permet une facilité d'analyse des données et le recrutement d'un grand nombre de femmes.

Sur 500 questionnaires déposés, 335 questionnaires ont été recueillies et 321 femmes ont été inclues. Ce nombre était nettement supérieur au nombre de sujets nécessaires calculés en amont de l'étude. La grande taille de notre échantillon a permis d'augmenter la puissance de notre étude.

L'utilisation d'un auto-questionnaire comme moyen de recueil des données montre des limites : biais de valorisation, biais de mémorisation, biais de compréhension, risque d'erreur et risque de données manquantes. Ces limites avaient été prises en considération en amont de l'étude afin d'en réduire au maximum les effets.

Concernant le biais de valorisation lié à une enquête déclarative : l'anonymat du questionnaire et la possibilité donnée aux femmes de le déposer dans une urne dédiée a pu diminuer la peur du jugement.

Concernant le biais de mémorisation : pour faciliter la réponse à certaines questions, des intervalles de réponse étaient parfois proposés aux femmes. Bien que ces choix de réponses aient pu influencer les femmes, leur effort de souvenir était réduit.

Concernant le biais de compréhension : le questionnaire avait été testé au préalable par une cohorte de femmes de notre entourage.

Concernant le risque d'erreur, certaines données étaient déduites par nos soins à partir des informations données par les femmes :

- La distance entre le lieu de résidence des femmes et le gynécologue le plus proche était calculée grâce au code postal du lieu de résidence des femmes.

- La régularité du suivi gynécologique était déterminée à partir de l'âge des femmes, de la date de leur dernier frottis cervico-utérin et de la date de leur dernière mammographie

- Pour réduire le risque d'erreur, nous déduisons nous-même les caractéristiques du médecin traitant (sexe, âge et type d'exercice) en demandant aux femmes le nom du médecin consulté.

En facilitant aux femmes le remplissage du questionnaire, tous ces procédés permettaient de réduire le risque de données manquantes, d'autant que le questionnaire était long.
De plus, une attention particulière a été donnée à la mise en page du questionnaire afin de le rendre attractif auprès des femmes.

Les données de chaque questionnaire étaient retranscrites manuellement sur un tableau *Excel*. Afin de réduire le risque d'erreur lors de la lecture des questionnaires et lors du recueil des données, chaque questionnaire a été lu à deux reprises.

d) L'affiche

L'affiche utilisée a été réalisée par l'URML de Normandie, association administrée par 40 élus dont 20 médecins généralistes et 1 gynécologue obstétricien.

Cette affiche fait partie d'une campagne d'information et de sensibilisation *« Le suivi, c'est toute la vie ! »* . Cette campagne a été mise en place à la suite d'une enquête réalisée en 2017 auprès des 2 750 médecins généralistes de Normandie.

L'affiche analysée répondait aux critères de qualité nécessaires à un outil d'intervention en éducation pour la santé. (44)

V. CONCLUSION

« Quand tu as pas de suivi tu ne peux pas avoir un gynéco, ils ne prennent pas de nouveaux patients, alors on est bloqué, on ne sait pas vers qui se tourner.». (19) La démographie décroissante des gynécologues fait craindre qu'une part des femmes ne soient tentées de cesser tout suivi ou de l'envisager de façon plus irrégulière. Sans se substituer aux gynécologues, les médecins généralistes, tout comme les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique des femmes. (12) (45) Cette compétence des médecins généralistes n'est pas connue de toutes les femmes. Il existe un véritable intérêt de santé publique d'informer les femmes de cette alternative, tout en leur laissant la possibilité de choisir le professionnel qu'elles estiment le mieux placé pour effectuer ce suivi. La prévention est une des grandes missions des médecins généralistes, nécessitant une forte implication de ces derniers. L'optimisation du temps passé par les patients dans la salle d'attente est une stratégie adoptée par de nombreux médecins pour les aider dans cette mission. L'affichage d'une campagne d'information permet une sensibilisation des patients sur de nombreux sujets facilitant ainsi la communication médecin-patient.

Mais les campagnes d'informations et les interventions des médecins généralistes, ayant peu d'impact seuls, doivent travailler en synergie pour augmenter l'adhésion des patients aux démarches de prévention. Certains sujets peuvent être difficiles à aborder en première intention par le médecin traitant par manque de temps ou par pudeur. Cette discussion peut être engagée par le patient, dorénavant acteur de sa santé. Les différents outils d'informations (affiches, brochures, courriers d'invitation, messages audiovisuels) peuvent engendrer, chez lui, une prise de conscience des risques, une réflexion sur sa santé et sur les problèmes de santé publique et ainsi provoquer un déclic qui l'amènerait à aborder le sujet avec le médecin généraliste.

Afin d'atteindre plus largement la population cible et notamment les populations exclues du système de soin, les campagnes de prévention doivent être diffusées en dehors des lieux de soins, via différents moyens de communications et de manière répétée. *« En voyant une publicité de façon régulière, on est un peu heurté par la répétition »*. (19) La diffusion de message par les médias publics offre plus de chances d'induire des changements de comportement. A l'ère du numérique, la diffusion des messages de prévention doit également passer par l'utilisation d'internet et des réseaux sociaux, plus à même de toucher les femmes les plus jeunes, qui consultent peu le médecin généraliste. Il serait donc intéressant de mettre en place une nouvelle campagne d'information, en partenariat avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé d'Occitanie, en prenant en compte ces différentes stratégies de communication et en redéfinissant le terme de « suivi gynécologique », terme semblant mal compris par certaines femmes.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National Du Cancer. e-cancer.fr [Internet]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr
2. Institut National Du Cancer, Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. 2014 février.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Dr Bouet P, Dr Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2015. 2015 janv.
4. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
5. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005;17(1):109-19.
6. Dias S. État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
7. Champeaux R, Dominault M. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. [France]; 2013.
8. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. 2013;(107):114-20.
9. Observatoire Régional de la Santé, Union Régionale des Médecins Libéraux. Panel en médecine générale 2014-2016. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Pays de Loire; 2016 oct.
10. DREES. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. DRESS; 2016 oct. Report No.: 0977.
11. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
12. Institut National Du Cancer. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Rôle du médecin et de la sage-femme. 2018 nov.
13. Verrière A-J. Abord de la gynécologie en consultation par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon : enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.
14. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.
15. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2011;(98):122-8.
16. Terris C, Farge T. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Étude qualitative auprès des patientes. [Lyon, France]; 2016.
17. Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique: étude chez 126 patientes. [Montpellier]: Université de Montpellier diffusion/distribution; 2018.
18. Institut d'études de marchés et d'opinions BVA, David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale; 2008 nov.
19. Carles Ferreira K, Cosserat D. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi. [Nice, France]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2013.
20. Saidani M, Lemoine T. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes. [Dijon, France]: Université de Bourgogne; 2016.
21. Dumonteit-Denouvilliez A. Comment améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
22. Lechevallier P. Le suivi gynéco-obstétrique en cabinet de médecine générale : état des lieux de l'information des patientes et élaboration d'une affiche d'information sur les compétences du médecin généraliste en matière de gynécologie-obstétrique. Nîmes; 2018. 49 p.

23. Boulard E. L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2013.
24. URML Normandie. La gynécologie, parlez-en à votre médecin traitant [Internet]. Disponible sur: https://www.urml-normandie.org/en-action/gynecologie-parlez-a-medecin-traitant-2/
25. Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations. Recommandation en Santé Publique. 2010 Juillet.
26. Haute Autorité de Santé. Recommandations en Santé Publique. Synthèse et Recommandations. La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. Situation actuelle et perspectives d'évolution. 2011 nov.
27. Institut National Du Cancer. Cancer du sein : quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes ? 2018 janv.
28. BiostatTGV [Internet]. Disponible sur: https://biostatgv.sentiweb.fr/
29. Insee [Internet]. 2019. Disponible sur: www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-34
30. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Dr Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en Région Languedoc-Roussillon. Situation en 2015. 2015 janv.
31. Bouche-Willefert A. La promotion de la vaccination antigrippale dans les salles d'attente de médecine générale par l'affiche et la brochure : essai clinique randomisé [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé; 2016.
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. 2016.
33. Szilvassy P. Étude IQA-VIH : impact d'une question associée à une affiche sur le dépistage du VIH en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2013.
34. Nizard A. Étude SEPAP-VIH : synergie entre parole et affiche dans la prévention en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2015.
35. Assaf E, Salame C. Impact de l'affichage de messages audiovisuels enregistrés par le médecin traitant sur les motifs de consultation. [France]; 2019.
36. Thibaut Marquant M-L, Raoult J-L, Hermil J-L, Sévrin Y, Thueux M-T. La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes: une étude qualitative sur le ressenti des patients. [France]; 2018.
37. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé publique France; 2017. (Baromètres Santé).
38. Haute Autorité de Santé. Recommandations Professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016 Mai.
39. Tomietto M, Soyer P, Heitz D, Fauconnier A, Huchon C. Réticences au dépistage organisé du cancer du sein dans les Yvelines. 30 oct 2014;
40. Institut National Du Cancer, Public Health Expertise. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. 14 oct 2016;
41. Vaillant Roussel H, Partouche H. Rôle des médecins généralistes européens dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et son impact sur l'efficacité du dépistage. 2009;(85 (supp.1)):28-9.
42. Santé Publique France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire : Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. 2017 janv.
43. INPES. Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ? Colloque scientifique. 2011 décembre.
44. Lemonnier F, Bottéro J, Vincent I, Ferron C. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. Référentiel de bonnes pratiques. Inpes; 2005.
45. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.

VII. ANNEXES

A. Annexe 1 : L'affiche



B. Annexe 2 : Le questionnaire du groupe « avec affiche »



Mesdames,

Je m'appelle Pauline Lechevallier. Je suis médecin généraliste remplaçante. Dans le cadre de ma thèse de doctorat de médecine générale, je réalise une étude sur le suivi gynécologique via ou par les médecins généralistes.
Vous me seriez d'une grande aide si vous acceptiez de répondre au questionnaire qui suit.

√ Il est destiné aux femmes de 18 ans ou plus, venues en consultation de médecine générale en tant que patiente ou en tant qu'accompagnatrice.

√ Vous ne devez pas être sous protection judiciaire (tutelle ou curatelle) pour pouvoir y répondre.

√ 5 minutes suffisent pour le remplir.

√ Si besoin, vous pouvez demander de l'aide à un membre de votre famille, à la secrétaire ou au médecin.

√ Ce questionnaire est strictement anonyme.

√ Les informations recueillies ne pourront, en aucun cas, être utilisées en dehors de ce travail de thèse.

√ Vous pouvez, à tout moment, exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et vos droits à la portabilité de vos données en me contactant par email lechevallier.pauline05@gmail.com (Articles 15, 16, 17, 18, 20 et 21 du Règlement Général sur la protection des données « Règlement Européen 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 »).

En vous remerciant par avance de votre précieuse contribution.

Pauline Lechevallier

QUESTIONNAIRE

VOUS

- **Avez-vous des difficultés de compréhension du français écrit ?**
  OUI
  NON
- **Quel âge avez-vous ?** …… ans
- **Dans quelle ville habitez-vous ?** ……..
- **Quel est votre niveau d'étude ?** *(UNE seule réponse possible)*
  Primaire
  Brevet
  BEP-CAP
  BAC
  Études supérieures
- **Quelle assurance ou aide financière avez-vous pour vos dépenses de santé ?** *(PLUSIEURS réponses possibles)*
  CMU
  ACS
  AME
  Mutuelle
  Je n'en ai aucune
- **Combien de fois avez-vous été enceinte** *(Fausses couches et interruptions de grossesse comprises)*
  …… fois

LA SALLE D'ATTENTE *(Salle d'attente du cabinet où vous êtes venu consulter aujourd'hui)*

- **Depuis combien de temps attendez-vous ou avez-vous attendu dans cette salle d'attente ?** *(UNE seule réponse possible)*
  - Moins de 5 minutes
  - De 5 à 15 minutes
  - De 16 à 30 minutes
  - De 31 à 45 minutes
  - Plus de 45 minutes
- **Combien d'affiche(s) y-a-t -il dans cette salle d'attente** *(tarifs, informations diverses, campagnes de prévention, etc)* **?** ……

VOTRE MEDECIN

- **Quel médecin êtes-vous venu consulter aujourd'hui ?** ……
- **Est-il votre médecin traitant** *(déclaré à la sécurité sociale)* **?**

  OUI
  - **Depuis quand est – il votre médecin traitant ?** *(UNE seule réponse possible)*
    - Moins de 1 an
    - Entre 1 et 2 ans
    - Entre 3 et 5 ans
    - Entre 6 et 10 ans
    - Plus de 10 ans

  NON
  - **Votre médecin traitant est – il :**
    - Un homme ?
    - Une femme ?
  - **Quel âge a votre médecin traitant ?**
    - Moins de 35 ans
    - 35 – 44 ans
    - 45 – 54 ans
    - 55 – 64 ans
    - 65 ans et plus
  - **Votre médecin traitant exerce-t-il :**
    - Seul ?
    - En groupe ?
  - **Depuis quand est – il votre médecin traitant ?** *(UNE seule réponse possible)*
    - Moins de 1 an
    - Entre 1 et 2 ans
    - Entre 3 et 5 ans
    - Entre 6 et 10 ans
    - Plus de 10 ans
- **Votre médecin traitant aborde t – il le suivi gynécologique en consultation ?**

  OUI

  NON

VOTRE SUIVI GYNECOLOGIQUE ACTUEL

- **Quand avez-vous fait votre dernier frottis ?** *(UNE seule réponse possible)*
  - Je n'en ai jamais fait
  - Moins de 3 ans
  - Entre 3 et 4 ans
  - Entre 5 et 6 ans
  - Plus de 6 ans

- **Quand avez-vous fait votre dernière mammographie ?** *(UNE seule réponse possible)*
  - Je n'en ai jamais fait
  - Moins de 2 ans
  - Entre 2 et 3 ans
  - Entre 4 et 5 ans
  - Plus de 5 ans

- **Qui consultez-vous ou consulteriez-vous en première intention pour un motif gynécologique ?** *(UNE seule réponse possible)*
  - Une sage-femme
  - Le planning familial
  - Votre médecin traitant
  - Un autre médecin généraliste
  - Un gynécologue

- **Savez-vous que les médecins généralistes sont compétents en termes de suivi gynécologique ?**
  - OUI
  - NON

- **Si oui, comment l'avez-vous appris ?** *(PLUSIEURS réponses possibles)*
  - Par un médecin
  - Par un professionnel paramédical : Infirmier / Sage-femme / Kinésithérapeute
  - Par le bouche-à-oreille : Famille / Ami(e)s
  - Via la télévision : Spots publicitaire / Séries / Films
  - Par des sites Internet / Blogs
  - Par les réseaux sociaux
  - Par une affiche

- **Seriez-vous prête à confier votre suivi gynécologique à votre médecin traitant ?**
  - OUI
  - NON

- **Seriez-vous prête à confier votre suivi gynécologique à un AUTRE médecin généraliste que votre médecin traitant ?**
  - OUI
  - NON

- **Pour quels motifs seriez-vous prête (ou auriez-vous été prête) à consulter un médecin généraliste ?** *(PLUSIEURS réponses possibles)*
  - Pour la réalisation de la palpation mammaire *(dépistage du cancer du sein)*
  - Pour la réalisation du frottis *(dépistage du cancer du col de l'utérus)*
  - Pour la prescription d'une contraception
  - Pour la pose et/ou le retrait d'un stérilet
  - Pour la pose et/ou le retrait d'un implant
  - Pour des questions sur la sexualité
  - Pour le suivi d'une grossesse non compliquée
  - Pour des questions concernant l'allaitement
  - Pour des troubles liés à la ménopause *(bouffées de chaleur, ostéoporose, troubles urinaires)*
  - Pour la prescription d'un traitement de la ménopause
  - Pour un problème gynécologique *(trouble du cycle menstruel, maladies sexuellement transmissibles, infection génitale…)*
  - Pour un problème obstétrical *(saignements pendant la grossesse, contractions utérines, interruption volontaire de grossesse…)*
  - Pour être adressée à un confrère pour un motif gynécologique *(suivi ou pathologie aigue)*



L'AFFICHE



♦ **Aviez-vous vu cette affiche dans la salle d'attente, AVANT de répondre à ce questionnaire ?**
OUI
NON

♦ **L'avez-vous lu ?**
OUI

Qu'avez-vous appris grâce à cette affiche ? *(PLUSIEURS réponses possibles)*
Qu'un suivi gynécologique est nécessaire à tout âge
Que les médecins généralistes sont compétents en termes de suivi gynécologique
Que les médecins généralistes peuvent coordonner le suivi gynécologique
Que certains médecins généralistes suivent les grossesses non compliquées
Que certains médecins généralistes réalisent les dépistages des cancers gynécologiques *(palpation mammaire / frottis)*
Que certains médecins généralistes réalisent des actes techniques de gynécologie *(pose et retrait d'implant ou de stérilet)*
Que certains médecins généralistes réalisent les interruptions volontaires de grossesse

NON

Pourquoi ? *(PLUSIEURS réponses possibles)*
Je ne sais pas lire le français
Je ne lis jamais les affiches
Le temps d'attente est trop court
Il y a trop d'affiches dans la salle d'attente
Il n'y a pas assez de renouvellement des affiches
Je ne suis pas concernée par l'affiche
Je ne suis pas intéressée par les informations de l'affiche
Autre raison : ……

♦ **Concernant cette affiche, donnez une note de 0** *(mauvaise note)* **à 3** *(meilleure note)* **pour** :
(ENTOURER votre note)

L'attractivité de l'affiche (couleur, originalité) _	0	1	2	3
La compréhension du message principal _____	0	1	2	3
La compréhension des termes employés _____	0	1	2	3
L'utilité de l'affiche _____	0	1	2	3

FIN

Merci de déposer ce questionnaire dans l'urne disponible au secrétariat ou dans la salle d'attente. Merci pour votre participation.

C. Annexe 3 : Le questionnaire du groupe « sans affiche »



Mesdames,

Je m'appelle Pauline Lechevallier. Je suis médecin généraliste remplaçante. Dans le cadre de ma thèse de doctorat de médecine générale, je réalise une étude sur le suivi gynécologique via ou par les médecins généralistes.
Vous me seriez d'une grande aide si vous acceptiez de répondre au questionnaire qui suit.

√ Il est destiné aux femmes de 18 ans ou plus, venues en consultation de médecine générale en tant que patiente ou en tant qu'accompagnatrice.

√ Vous ne devez pas être sous protection judiciaire (tutelle ou curatelle) pour pouvoir y répondre.

√ 5 minutes suffisent pour le remplir.

√ Si besoin, vous pouvez demander de l'aide à un membre de votre famille, à la secrétaire ou au médecin.

√ Ce questionnaire est strictement anonyme.

√ Les informations recueillies ne pourront, en aucun cas, être utilisées en dehors de ce travail de thèse.

√ Vous pouvez, à tout moment, exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et vos droits à la portabilité de vos données en me contactant par email lechevallier.pauline05@gmail.com (Articles 15, 16, 17, 18, 20 et 21 du Règlement Général sur la protection des données « Règlement Européen 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 »).

En vous remerciant par avance de votre précieuse contribution.

Pauline Lechevallier

QUESTIONNAIRE

VOUS

- **Avez-vous des difficultés de compréhension du français écrit ?**
  OUI
  NON
- **Quel âge avez-vous ?** …… ans
- **Dans quelle ville habitez-vous ?** ……..
- **Quel est votre niveau d'étude ?** *(UNE seule réponse possible)*
  Primaire
  Brevet
  BEP-CAP
  BAC
  Études supérieures
- **Quelle assurance ou aide financière avez-vous pour vos dépenses de santé ?** *(PLUSIEURS réponses possibles)*
  CMU
  ACS
  AME
  Mutuelle
  Je n'en ai aucune
- **Combien de fois avez-vous été enceinte** *(Fausses couches et interruptions de grossesse comprises)*
  …… fois

LA SALLE D'ATTENTE *(Salle d'attente du cabinet où vous êtes venu consulter aujourd'hui)*

- **Depuis combien de temps attendez-vous ou avez-vous attendu dans cette salle d'attente ?** *(UNE seule réponse possible)*
  - Moins de 5 minutes
  - De 5 à 15 minutes
  - De 16 à 30 minutes
  - De 31 à 45 minutes
  - Plus de 45 minutes
- **Combien d'affiche(s) y-a-t -il dans cette salle d'attente** *(tarifs, informations diverses, campagnes de prévention, etc)* **?** ……

VOTRE MEDECIN

- **Quel médecin êtes-vous venu consulter aujourd'hui ?** ……
- **Est-il votre médecin traitant** *(déclaré à la sécurité sociale)* **?**

  OUI

  Depuis quand est – il votre médecin traitant ? *(UNE seule réponse possible)*
  - Moins de 1 an
  - Entre 1 et 2 ans
  - Entre 3 et 5 ans
  - Entre 6 et 10 ans
  - Plus de 10 ans

  NON

  Votre médecin traitant est – il :
  - Un homme ?
  - Une femme ?

  Quel âge a votre médecin traitant ?
  - Moins de 35 ans
  - 35 – 44 ans
  - 45 – 54 ans
  - 55 – 64 ans
  - 65 ans et plus

  Votre médecin traitant exerce-t-il :
  - Seul ?
  - En groupe ?

  Depuis quand est – il votre médecin traitant ? *(UNE seule réponse possible)*
  - Moins de 1 an
  - Entre 1 et 2 ans
  - Entre 3 et 5 ans
  - Entre 6 et 10 ans
  - Plus de 10 ans
- **Votre médecin traitant aborde t – il le suivi gynécologique en consultation ?**
  - OUI
  - NON

VOTRE SUIVI GYNECOLOGIQUE ACTUEL

- **Quand avez-vous fait votre dernier frottis ?** *(UNE seule réponse possible)*
  - Je n'en ai jamais fait
  - Moins de 3 ans
  - Entre 3 et 4 ans
  - Entre 5 et 6 ans
  - Plus de 6 ans

- **Quand avez-vous fait votre dernière mammographie ?** *(UNE seule réponse possible)*
  - Je n'en ai jamais fait
  - Moins de 2 ans
  - Entre 2 et 3 ans
  - Entre 4 et 5 ans
  - Plus de 5 ans

- **Qui consultez-vous ou consulteriez-vous en première intention pour un motif gynécologique ?** *(UNE seule réponse possible)*
  - Une sage-femme
  - Le planning familial
  - Votre médecin traitant
  - Un autre médecin généraliste
  - Un gynécologue

- **Savez-vous que les médecins généralistes sont compétents en termes de suivi gynécologique ?**
  - OUI
  - NON
- **Si oui, comment l'avez-vous appris ?** *(PLUSIEURS réponses possibles)*
  - Par un médecin
  - Par un professionnel paramédical : Infirmier / Sage-femme / Kinésithérapeute
  - Par le bouche-à-oreille : Famille / Ami(e)s
  - Via la télévision : Spots publicitaire / Séries / Films
  - Par des sites Internet / Blogs
  - Par les réseaux sociaux
  - Par une affiche

- **Seriez-vous prête à confier votre suivi gynécologique à votre médecin traitant ?**
  - OUI
  - NON
- **Seriez-vous prête à confier votre suivi gynécologique à un AUTRE médecin généraliste que votre médecin traitant ?**
  - OUI
  - NON

- **Pour quels motifs seriez-vous prête (ou auriez-vous été prête) à consulter un médecin généraliste ?** *(PLUSIEURS réponses possibles)*
  - Pour la réalisation de la palpation mammaire *(dépistage du cancer du sein)*
  - Pour la réalisation du frottis *(dépistage du cancer du col de l'utérus)*
  - Pour la prescription d'une contraception
  - Pour la pose et/ou le retrait d'un stérilet
  - Pour la pose et/ou le retrait d'un implant
  - Pour des questions sur la sexualité
  - Pour le suivi d'une grossesse non compliquée
  - Pour des questions concernant l'allaitement
  - Pour des troubles liés à la ménopause *(bouffées de chaleur, ostéoporose, troubles urinaires)*
  - Pour la prescription d'un traitement de la ménopause
  - Pour un problème gynécologique *(trouble du cycle menstruel, maladies sexuellement transmissibles, infection génitale…)*
  - Pour un problème obstétrical *(saignements pendant la grossesse, contractions utérines, interruption volontaire de grossesse…)*
  - Pour être adressée à un confrère pour un motif gynécologique *(suivi ou pathologie aigue)*

FIN

Merci de déposer ce questionnaire dans l'urne disponible au secrétariat ou dans la salle d'attente. Merci pour votre participation.

D. Annexe 4 : Facteurs ayant une influence sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste

		SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN AUTRE MEDECIN GENERALISTE			SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE		
		OUI Nb (%)	NON Nb (%)	*p value*	OUI Nb (%)	NON Nb (%)	*p value*	OUI Nb (%)	NON Nb (%)	*p value*
CARACTERISTIQUES DES FEMMES	**Difficulté de compréhension du français écrit**			***0,293***			***0,296***			***0,461***
	OUI	9 (90,0%)	1 (10,0%)		5 (50,0%)	5 (50,0%)		9 (90,0%)	1 (10,0%)	
	NON	213 (68,9%)	96 (31,1%)		94 (30,7%)	212 (69,3%)		232 (74,8%)	78 (25,2%)	
	Âge			***0,343***			***0,209***			***0,582***
	< 25 ans	15 (75,0%)	5 (25,0%)		4 (20,0%)	16 (80,0%)		16 (80,0%)	4 (20,0%)	
	25 - 50 ans	127 (68,3%)	59 (31,7%)		66 (35,7%)	119 (64,3%)		138 (74,2%)	48 (25,8%)	
	51 - 75 ans	66 (68,0%)	31 (32,0%)		26 (27,1%)	70 (72,9%)		72 (74,2%)	25 (25,8%)	
	> 75 ans	15 (88,2%)	2 (11,8%)		3 (18,8%)	13 (81,2%)		16 (88,9%)	2 (11,1%)	
	Distance avec le gynécologue le plus proche			***0,092***			***0,123***			***0,085***
	< 1 km	89 (67,4%)	43 (32,6%)		50 (37,6%)	83 (62,4%)		98 (73,7%)	35 (26,3%)	
	1 - 4,2 km	48 (81,4%)	11 (18,6%)		15 (26,3%)	42 (73,7%)		51 (86,4%)	8 (13,6%)	
	> 4,2 km	85 (66,4%)	43 (33,6%)		34 (27,0%)	92 (73,0%)		92 (71,9%)	36 (28,1%)	
	Niveau d'étude			***0,249***			***0,624***			***0,208***
	Primaire	7 (87,5%)	1 (12,5%)		3 (37,5%)	5 (62,5%)		8 (100,0%)	0 (0,0%)	
	Brevet	19 (79,2%)	5 (20,8%)		7 (30,4%)	16 (69,6%)		19 (79,2%)	5 (20,8%)	
	BEP - CAP	38 (66,7%)	19 (33,3%)		16 (28,6%)	40 (71,4%)		42 (73,7%)	15 (26,3%)	
	BAC	48 (77,4%)	14 (22,6%)		15 (24,2%)	47 (75,8%)		52 (82,5%)	11 (17,5%)	
	Etudes Supérieures	109 (65,3%)	58 (34,7%)		57 (34,3%)	109 (65,7%)		119 (71,3%)	48 (28,7%)	
	Couverture santé									
	CMU	19 (82,6%)	4 (17,4%)	***0,162***	6 (26,1%)	17 (73,9%)	***0,580***	20 (87,0%)	3 (13,0%)	***0,181***
	ACS	4 (80,0%)	1 (20,0%)	***1***	2 (40,0%)	3 (60,0%)	***0,649***	4 (80,0%)	1 (20,0%)	***1***
	Mutuelle	198 (68,8%)	90 (31,2%)	***0,274***	90 (31,6%)	195 (68,4%)	***0,689***	216 (74,7%)	73 (25,3%)	***0,417***
	Aucune	6 (66,7%)	3 (33,3%)	***1***	2 (22,2%)	7 (77,8%)	***0,725***	6 (66,7%)	3 (33,3%)	***0,694***
	Gestité			***0,524***			***0,075***			***0,887***
	0 grossesse	31 (73,8%)	11 (26,2%)		18 (42,9%)	24 (57,1%)		32 (76,2%)	10 (23,8%)	
	Au moins 1 grossesse	191 (69,0%)	86 (31,0%)		80 (29,2%)	194 (70,8%)		209 (75,2%)	69 (24,8%)	
	Professionnel consulté en première intention pour un motif gynécologique			***< 10^{-3}***			***< 10^{-3}***			***< 10^{-3}***
	Sage-Femme	7 (53,8%)	6 (46,2%)		7 (53,8%)	6 (46,2%)		10 (76,9%)	3 (23,1%)	
	Planning familial	0 (0,0%)	1 (100,0%)		0 (0,0%)	1 (100,0%)		0 (0,0%)	1 (100,0%)	
	Médecin traitant	84 (98,8%)	1 (1,2%)		29 (35,4%)	53 (64,6%)		86 (100,0%)	0 (0,0%)	
	Autre médecin généraliste	5 (83,3%)	1 (16,7%)		6 (100,0%)	0 (0,0%)		6 (100,0%)	0 (0,0%)	
	Gynécologue	122 (58,4%)	87 (41,6%)		53 (25,4%)	156 (74,6%)		134 (64,1%)	75 (35,9%)	
	Connaissance de la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique			***< 10^{-3}***			***0,381***			***< 10^{-3}***
	OUI	186 (75,0%)	62 (25,0%)		80 (32,7%)	165 (67,3%)		199 (79,9%)	50 (20,1%)	
	NON	36 (51,4%)	34 (48,6%)		19 (27,1%)	51 (72,9%)		42 (60,0%)	28 (40,0%)	
LA SALLE D'ATTENTE	**Temps d'attente**			***0,273***			***0,884***			***0,324***
	< 5 minutes	40 (78,4%)	11 (21,6%)		17 (34,0%)	33 (66,0%)		43 (84,3%)	8 (15,7%)	
	5 - 15 minutes	78 (72,2%)	30 (27,8%)		33 (30,8%)	74 (69,2%)		81 (75,0%)	27 (25,0%)	
	16 - 30 minutes	44 (68,8%)	20 (31,2%)		18 (29,0%)	44 (71,0%)		48 (75,0%)	16 (25,0%)	
	31 - 45 minutes	30 (66,7%)	15 (33,3%)		12 (26,7%)	33 (73,3%)		34 (75,6%)	11 (24,4%)	
	> 45 minutes	18 (56,3%)	14 (43,7%)		12 (36,4%)	21 (63,6%)		21 (63,6%)	12 (36,4%)	
	Nombre d'affiches			***0,493***			***0,551***			***0,318***
	< 13 affiches	127 (72,2%)	49 (27,8%)		50 (29,1%)	122 (70,9%)		136 (77,3%)	40 (22,7%)	
	13 affiches ou plus	62 (68,1%)	29 (31,9%)		30 (32,6%)	62 (67,4%)		66 (71,7%)	26 (28,3%)	
CARACTERISTIQUES DU MEDECIN TRAITANT	**Sexe**			***< 10^{-3}***			***0,017***			***< 10^{-3}***
	Femme	171 (79,2%)	45 (20,8%)		57 (26,9%)	155 (73,1%)		177 (81,9%)	39 (18,1%)	
	Homme	50 (49,5%)	51 (50,5%)		41 (40,2%)	61 (59,8%)		63 (61,8%)	39 (38,2%)	
	Âge			***0,471***			***0,004***			***0,997***
	< 35 ans	35 (71,4%)	14 (28,6%)		16 (33,3%)	32 (66,7%)		38 (77,6%)	11 (22,4%)	
	35 - 44 ans	76 (75,2%)	25 (24,8%)		17 (17,2%)	82 (82,8%)		76 (75,2%)	25 (24,8%)	
	45 - 54 ans	35 (68,6%)	16 (31,4%)		17 (33,3%)	34 (66,7%)		38 (74,5%)	13 (25,5%)	
	55 - 64 ans	56 (63,6%)	32 (36,4%)		33 (37,9%)	54 (62,1%)		67 (76,1%)	21 (23,9%)	
	65 ans et plus	19 (76,0%)	6 (24,0%)		13 (50,0%)	13 (50,0%)		20 (76,9%)	6 (23,1%)	
	Mode d'exercice			***0,391***			***0,005***			***0,496***
	En groupe	167 (68,7%)	76 (31,3%)		64 (26,7%)	176 (73,3%)		181 (74,5%)	62 (25,5%)	
	Seul	54 (74,0%)	19 (26,0%)		32 (43,8%)	41 (56,2%)		58 (78,4%)	16 (21,6%)	
	Date de déclaration			***0,732***			***0,832***			***0,795***
	< 1 an	37 (77,1%)	11 (22,9%)		13 (27,1%)	35 (72,9%)		38 (79,2%)	10 (20,8%)	
	1 - 2 ans	26 (68,4%)	12 (31,6%)		11 (30,6%)	25 (69,4%)		28 (73,7%)	10 (26,3%)	
	3 - 5 ans	52 (71,2%)	21 (28,8%)		22 (30,1%)	51 (69,9%)		55 (75,3%)	18 (24,7%)	
	6 - 10 ans	37 (67,3%)	18 (32,7%)		15 (27,3%)	40 (72,7%)		38 (69,1%)	17 (30,9%)	
	> 10 ans	65 (66,3%)	33 (33,7%)		34 (35,1%)	63 (64,9%)		76 (76,8%)	23 (23,2%)	
	Abord du suivi gynécologique			***< 10^{-3}***			***0,684***			***< 10^{-3}***
	OUI	122 (82,4%)	26 (17,6%)		43 (29,5%)	103 (70,5%)		127 (85,2%)	22 (14,8%)	
	NON	92 (59,4%)	63 (40,6%)		49 (31,6%)	106 (68,4%)		104 (67,1%)	51 (32,9%)	
SUIVI GYNECOLOGIQUE ACTUEL DES FEMMES	**Date du dernier frottis**			***0,714***			***0,862***			***0,333***
	Jamais fait	7 (70,0%)	3 (30,0%)		4 (40,0%)	6 (60,0%)		8 (80,0%)	2 (20,0%)	
	< 3 ans	161 (67,9%)	76 (32,1%)		71 (30,3%)	163 (69,7%)		171 (72,2%)	66 (27,8%)	
	3 - 4 ans	23 (71,9%)	9 (28,1%)		10 (31,3%)	22 (68,7%)		27 (84,4%)	5 (15,6%)	
	5 - 6 ans	11 (68,8%)	5 (31,2%)		4 (25,0%)	12 (75,0%)		13 (81,3%)	3 (18,7%)	
	> 6 ans	19 (82,6%)	4 (17,4%)		9 (37,5%)	15 (62,5%)		21 (87,5%)	3 (12,5%)	
	Date de la dernière mammographie			***0,870***			***0,785***			***0,984***
	Jamais fait	84 (67,2%)	41 (32,8%)		44 (35,2%)	81 (64,8%)		93 (74,4%)	32 (25,6%)	
	< 2 ans	94 (72,3%)	36 (27,7%)		36 (27,9%)	93 (72,1%)		98 (75,4%)	32 (24,6%)	
	2 - 3 ans	21 (67,7%)	10 (32,3%)		8 (27,6%)	21 (72,4%)		23 (74,2%)	8 (25,8%)	
	4 - 5 ans	11 (64,7%)	6 (35,3%)		5 (29,4%)	12 (70,6%)		13 (76,5%)	4 (23,5%)	
	> 5 ans	12 (75,0%)	4 (25,0%)		5 (31,3%)	11 (68,7%)		14 (82,4%)	3 (17,6%)	
	Régularité du suivi gynécologique			***0,573***			***0,870***			***0,247***
	à jour	180 (70,3%)	76 (29,7%)		79 (31,3%)	174 (68,8%)		190 (73,9%)	67 (26,1%)	
	retard	42 (66,7%)	21 (33,3%)		19 (30,2%)	44 (69,8%)		51 (81,0%)	12 (19,0%)	
	TOTAL	223 (69,7%)	97 (30,3%)		99 (31,2%)	218 (68,8%)		242 (75,4%)	79 (24,6%)	

E. Annexe 5 : Dépliant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus réalisé par l'INCa





F. Annexe 6 : Dépliant réalisé par l'INCa et envoyé avec le courrier d'invitation dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus





SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux(se) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

INTRODUCTION Le suivi gynécologique est une des missions du médecin généraliste (MG). Dans le but de permettre un meilleur suivi gynécologique des femmes, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie a réalisé une campagne d'information par affiche, sensibilisant à la compétence des médecins généralistes en termes de suivi gynécologique. Nous avons voulu analyser l'influence de cette affiche sur la disposition des femmes de l'Hérault à confier leur suivi gynécologique à un MG.

MÉTHODE Une étude prospective, interventionnelle, multicentrique, comparative entre un groupe « avec affiche » (AA) et un groupe « sans affiche » (SA), a été réalisée en recrutant 20 cabinets de MG de l'Hérault. Des auto-questionnaires, destinés aux femmes volontaires et majeures, y étaient déposés. Le taux de femmes prêtes à confier leur suivi gynécologique à un MG était le critère de jugement principal.

RÉSULTATS 321 femmes de 18 à 90 ans ont été inclues dont 150 dans le groupe AA et 171 dans le groupe SA. Les deux groupes étaient statistiquement comparables. 76,7% des femmes du groupe AA étaient prêtes à confier leur suivi gynécologique à un MG contre 74,3% du groupe SA (p = 0,619).

CONCLUSION Aucune influence significative de l'affiche sur la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique à un MG n'a été démontrée. Il serait intéressant d'analyser l'impact d'une campagne d'information audiovisuelle, réalisée en partenariat avec l'URPS d'Occitanie, diffusée largement, par divers moyens de communication dont les réseaux sociaux, de manière prolongée et répétée, sur la régularité du suivi gynécologique des femmes.

MOTS CLÉS

médecin généraliste (general practitioner) – gynécologie (gynecology) – suivi médical (seamless care) – campagne pour la santé (health promotion) – affiche (poster)