Étude du ressenti des femmes après l'annonce d'un premier résultat anormal de frottis cervico-utérin : à propos d'une étude qualitative réalisée en région PACA

Mathilde Jacquemus

▶ **To cite this version:**

Mathilde Jacquemus. Étude du ressenti des femmes après l'annonce d'un premier résultat anormal de frottis cervico-utérin : à propos d'une étude qualitative réalisée en région PACA. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03110684

HAL Id: dumas-03110684

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03110684

Submitted on 14 Jan 2021

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

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

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Étude du ressenti des femmes après l'annonce d'un premier résultat anormal de frottis cervico-utérin : à propos d'une étude qualitative réalisée en région PACA

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 18 Décembre 2020

Par Madame Mathilde JACQUEMUS

Née le 18 octobre 1993 à Salon-De-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier	**Président**
Monsieur le Professeur BOUBLI Léon	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCA) BARGIER Jacques	**Assesseur**
Monsieur le Docteur POUJOL Jean-Louis	**Directeur**
Madame le Docteur DAUMALIN Anne Laurence	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	**:**	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	**:**	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges Surnombre
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert Surnombre
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury. Vous avez été un professeur particulièrement apprécié sur les bancs de la faculté pour votre passion concernant la problématique du cancer du col de l'utérus que vous avez su me communiquer. Je ne voyais pas d'autre professeur autre que vous à la présidence de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur BARGIER Jacques,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Merci aussi pour la gentillesse et l'accompagnement dont vous avez su faire preuve avec moi en tant qu'interne. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

Monsieur le Docteur POUJOL Jean-Louis,

Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté depuis que je vous connais. Vous êtes celui qui a conforté mon choix de m'investir dans la médecine générale, celui qui a façonné mon exercice et que j'admire pour sa gentillesse, son expérience, sa constante remise en question et sa relation avec ses patients. Merci d'avoir accepté de m'accompagner tout au long de ce travail de thèse. Cela a été un immense privilège de travailler à vos côtés.

Madame le Docteur DAUMALIN Anne-Laurence,

C'est un merci tout particulier que je souhaitais t'adresser, à toi qui m'a soutenue tout au long de ce travail de thèse, qui m'a reboostée quand j'en ai eu le plus besoin, qui m'a énormément motivée et épaulée. Sans toi jamais je n'aurais pu avancer comme je l'ai fait ! Merci de ton implication et de ta gentillesse. Merci aussi pour ce super stage et toutes les connaissances que tu m'as apporté. Tu es un des médecins les plus humains que j'ai côtoyé, tu es un de mes exemples à suivre. Avec toute ma profonde affection.

Et puis surtout, merci à **toute ma famille** :

- À mon chéri pour ta patience (surtout quand je te faisais lire la millionième correction !), ton aide, ton soutien et ton amour
- À mes parents, pour votre soutien inébranlable tout au long de ces 9 longues et difficiles années et pour votre amour inconditionnel, c'est totalement grâce à vous que j'en suis là et que je suis la personne que je suis, encore merci pour tout et ça ne sera jamais suffisant...
- À mes grands-parents, vous voyez que vous y êtes arrivés ! Merci pour votre enthousiasme et votre fierté sans faille
- À ma grande sœur et sa petite famille, à ma tante et à mon parrain, à ma belle famille toujours présents pour moi

À ma meilleure amie Naïs, ma partenaire d'externat, ma copine de cours, rien n'aurait eu la même saveur sans toi !

À Chloris, ma Chlochlo, ma copine de galère, mon soutien moral. Merci pour tout le temps que tu m'as accordé, pour ces conversations téléphoniques, pour toutes ces remises en question et pour tous ces moments passés ensemble ! Ça y est, on a réussi à gérer 2 thèses de front c'était inespéré !

Merci à tout le service des urgences d'Aubagne et à tous mes co-internes sans qui ça n'aurait pas été la même chose !

Merci à Nathalie, fidèle secrétaire du Dr POUJOL Jean-Louis, constant pilier pour moi lors de mon stage, merci pour ton écoute, ton soutien et ta gentillesse à toute épreuve, si j'avais pu je t'aurais emmener avec moi !

Merci au Dr MARTIN-POUJOL Michèle ainsi qu'à la PMI d'Aubagne qui m'a accueilli à bras ouverts lors de mon stage à ma demande et notamment merci Anne COQUILLAT d'avoir accepté de me trimballer un peu partout !

À tout le service de Médecine de l'hôpital d'Allauch, à Roxane, à Romain, à Marie-Claude, à Valérie, à Béatrice, à Stéphanie, à toutes les infirmières et à toutes les équipes de l'hôpital, pour votre accueil, votre gentillesse et votre confiance qui m'a permis d'avancer et d'évoluer en tant que médecin. Vous resterez ma représentation du service de médecine idéal, humain et familial, apportant tout le réconfort et le

soutien que vous avez à toutes les familles, ça a été un véritable plaisir de travailler avec vous et j'aurais vraiment aimé rester parmi vous !

Au Dr JOUTY Cécile et à Martine qui m'ont motivée pour ce travail de thèse et pour le super stage que j'ai passé avec elles !

Et enfin, et non des moindres, un grand merci au Dr CHAY Michel et au Dr COCHET Paul, mes maîtres de stage en SASPAS. Merci pour votre accueil, votre gentillesse et surtout votre compréhension. Et surtout, merci pour la confiance que vous avez portée en moi. C'est grâce à vous que je démarre ma nouvelle vie de Docteur un peu plus sereinement !

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS **3**

I. INTRODUCTION **4**

A. QUELQUES RAPPELS ANATOMIQUES ET HISTOLOGIQUES SUR LE COL DE L'UTÉRUS ... 4

B. LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS 6

a. Définition *6*

b. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus *6*

c. Épidémiologie *16*

C. LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS 20

a. Le dépistage du cancer du col de l'utérus *20*

b. Le diagnostic du cancer du col de l'utérus *26*

D. RESSENTI DES FEMMES À L'ANNONCE D'UN RÉSULTAT DE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN ANORMAL 29

E. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE 31

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES **32**

A. CHOIX D'UNE APPROCHE QUALITATIVE 32

B. POPULATION D'ÉTUDE ET MÉTHODE DE RECRUTEMENT 32

C. RÉALISATION DU GUIDE D'ENTRETIEN 33

D. RÉALISATION DES ENTRETIENS INDIVIDUELS 34

E. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNÉES 34

F. AU TOTAL 35

III. RÉSULTATS **36**

A. ANNONCE DES RÉSULTATS 38

a. Mode de réception *38*

b. Compréhension des résultats *40*

c. Ressenti initial à l'annonce *45*

B. RÉACTIONS SUITE À L'ANNONCE 50

a. Recherche d'informations *50*

b. Recherche de soutien *58*

c. Place majeure de la colposcopie *60*

C. IMPACT DE CETTE ANNONCE SUR LA VIE QUOTIDIENNE 63

a. Au niveau personnel *63*
b. Au niveau familial *68*
c. Au niveau de la vie de couple *69*
d. Au niveau professionnel *74*
D. RESSENTI SUR LA PRISE EN CHARGE GLOBALE 77
a. Délais longs avec attente difficile *77*
b. Impact du professionnel de santé *78*
c. Moyen d'information préféré *89*
IV. DISCUSSION 92
A. L'ANNONCE D'UN RÉSULTAT DE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN ANORMAL RESTE UNE ANNONCE SENSIBLE 92
B. LA COMPRÉHENSION DU FROTTIS CERVICO-UTÉRIN ET LES CONNAISSANCES DE L'HPV RESTENT LIMITÉES 93
C. LA RECHERCHE D'INFORMATION EST UN BESOIN MAJEUR APRÈS L'ANNONCE 95
D. LA COLPOSCOPIE EST CONSIDÉRÉE PAR LES FEMMES COMME L'ÉLÉMENT CLÉ DE LEUR PRISE EN CHARGE AVEC RÉAPPARITION D'ANXIÉTÉ À SON APPROCHE 99
E. L'IMPACT DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ EST IMPORTANT, NOTAMMENT DE PAR L'ANNONCE QU'IL FAIT 101
F. LES FORCES ET LES LIMITES DE CETTE ÉTUDE 105
V. CONCLUSION 107
BIBLIOGRAPHIE 109
ABBRÉVIATIONS 115

AVANT-PROPOS

Cette thématique m'a été inspirée par une patiente rencontrée en maîtrise de stage qui a réellement vécu cette annonce de frottis cervico-utérin anormal comme traumatisante avec des pleurs et une panique telle qu'elle a nécessité une longue consultation pour lui expliquer ce résultat.

C'est pour cela que j'ai fait le choix de faire une introduction un peu complète sur le cancer du col de l'utérus, son histoire naturelle et son dépistage afin de me donner les clés nécessaires pour apporter la meilleure information possible aux femmes.

Cette thèse a été entièrement pensée pour étudier le ressenti des femmes par rapport à cette annonce, notamment pour voir si ma patiente était une exception ou bien la règle, et ainsi pour essayer de comprendre comment améliorer cette perception et accompagner les femmes du mieux possible.

I. INTRODUCTION

A. Quelques rappels anatomiques et histologiques sur le col de l'utérus

Au niveau anatomique, le col de l'utérus est la partie basse et étroite de l'utérus (Figure 1). C'est le point de communication entre utérus et vagin. Il mesure environ 2 centimètres de long et est de forme conique ou cylindrique.

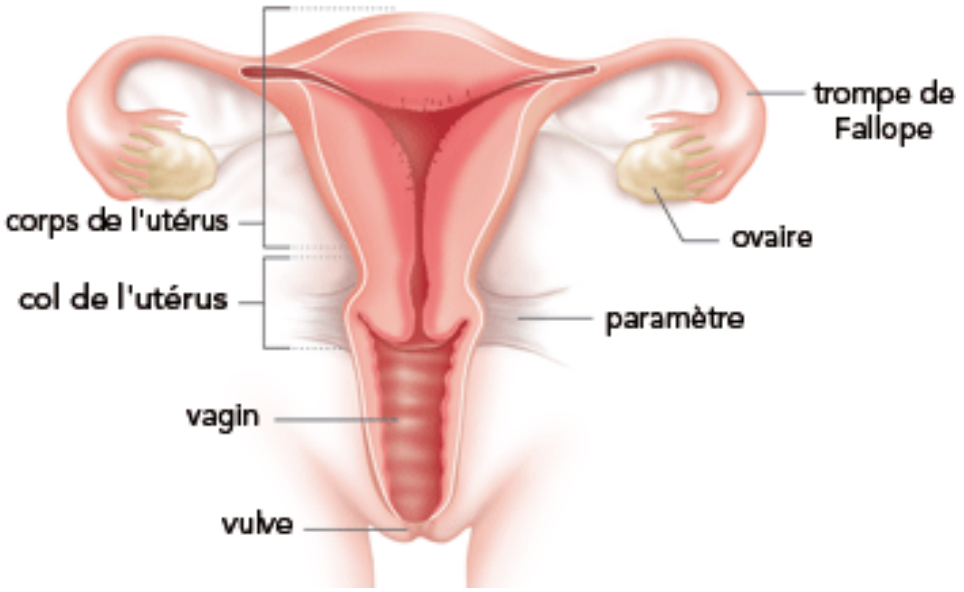


Figure 1 : Anatomie de l'appareil reproducteur féminin (1)

Au niveau histologique, le col de l'utérus est composé de 2 parties distinctes (Figure 2) :

- La partie haute, du côté du corps de l'utérus, correspondant à l'endocol qui est revêtu d'un épithélium glandulaire (soit un épithélium cylindrique mucosécrétant composé d'une seule couche cellulaire).

- La partie basse, du côté du vagin, correspondant à l'exocol qui est revêtu d'un épithélium malpighien ou épithélium pavimenteux stratifié squameux (soit un épithélium composé de multiples couches cellulaires dont une couche interne de cellules basales puis des couches cellulaires externes de maturation différente).

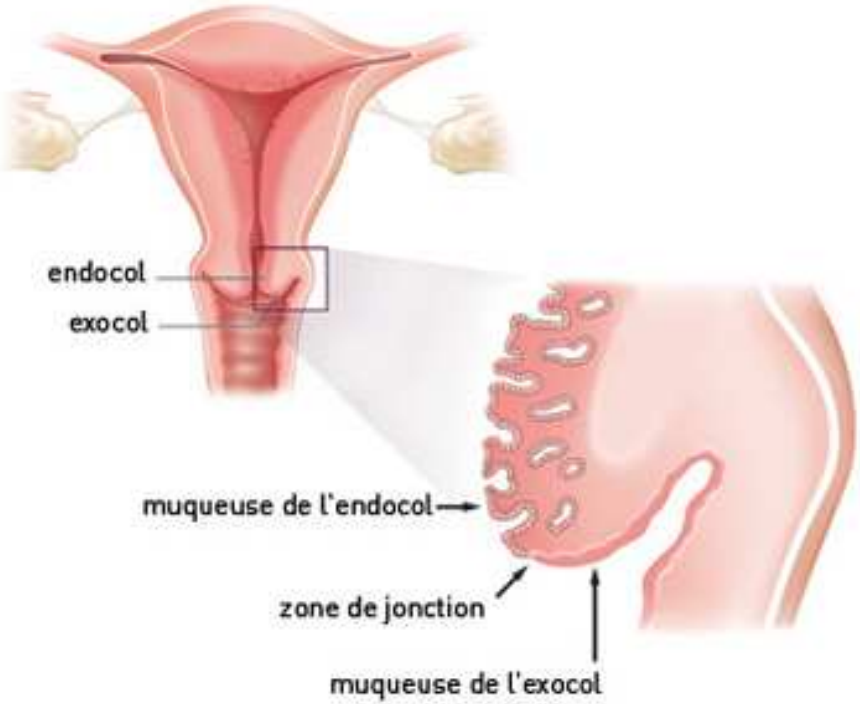


Figure 2 : Représentation schématique de la muqueuse du col de l'utérus (1)

Entre l'endocol et l'exocol, il existe donc une zone de jonction, aussi appelée jonction pavimento-cylindrique ou cylindro-squameuse, qui est une zone de transition entre l'épithélium malpighien composé de plusieurs couches cellulaires et l'épithélium glandulaire composé d'une seule couche cellulaire (Figures 2 et 3). C'est donc une zone de fragilité où les cellules basales de l'épithélium malpighien sont le plus exposées.

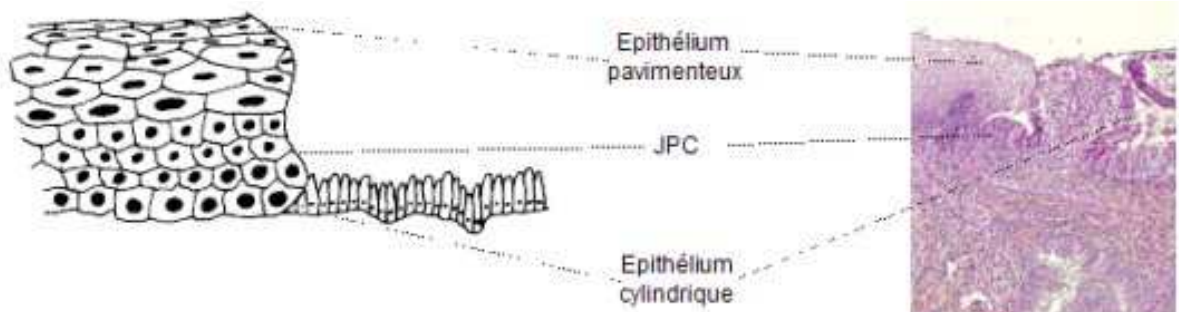


Figure 3 : Représentation et coupe histologique de la zone de jonction au niveau du col de l'utérus (2)

Cet épithélium repose sur une membrane basale qui est une matrice extracellulaire que l'on retrouve à l'interface entre l'épithélium et le tissu conjonctif sous-jacent. Elle a un rôle majeur de barrière physiologique notamment contre les processus tumoraux.

B. Le cancer du col de l'utérus

a. Définition

Le développement d'un cancer est dû à une prolifération excessive et anarchique de cellules anormales échappant au système immunitaire, formant une tumeur maligne.

Les cancers du col de l'utérus regroupent 2 types principaux, en fonction du type cellulaire en cause dans le processus tumoral, que sont :

- Le carcinome épidermoïde qui se développe à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol : il est le plus fréquent et représentait 75% des cancers du col de l'utérus en 2014 (3).

- L'adénocarcinome qui se développe à partir de l'épithélium glandulaire de l'endocol : il voit son incidence en augmentation et représentait 18% des cancers du col de l'utérus en 2014 (contre 10% en 1990) (3).

Il existe d'autres formes, très rares, de cancers du col de l'utérus comme le sarcome, le mélanome ou le lymphome.

b. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

Il existe une condition commune, nécessaire, pour le développement de presque tous les cancers du col de l'utérus, que ce soit les carcinomes épidermoïdes ou les adénocarcinomes, qui est l'infection persistante par un papillomavirus humain à haut risque (ou HPV-HR). Cette condition est nécessaire mais non suffisante.

Ainsi, par exemple, moins de 5 % des femmes infectées par l'HPV 16 (HPV-HR) développeront un cancer du col de l'utérus au cours de leur vie (4).

Les autres formes, plus rares, ne sont, elles, pas liées à la présence de papillomavirus humain.

<u>Papillomavirus humains ou HPV</u>

Les papillomavirus humains ou *Human PapillomaVirus* (HPV) sont de petits virus à ADN, très résistants, qui infectent les épithéliums. Il en existe plus de 120 génotypes chez l'être humain dont plus de 40 types sont à tropisme muqueux. Ces derniers sont alors classés en fonction de leur potentiel oncogène en 2 catégories principales (Tableau 1) que sont :

- Les HPV à Haut Risque ou HPV-HR : ce sont les HPV responsables des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus (mais également d'autres cancers ano-génitaux comme ceux de la vulve, du vagin, du pénis, de l'anus ou encore de l'oropharynx). Il en existe 12 bien établis, classés comme agents cancérogènes avérés (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 et 59). Le type 16 représente 50% des cancers du col de l'utérus et il est le plus agressif, avec un risque de cancer 10 fois supérieur aux autres génotypes. Les types 16 et 18 représentent à eux seuls 80% des cancers du col de l'utérus en France (4).

- Les HPV à Bas Risque ou HPV-BR (HPV 6 et 11) : ils sont surtout responsables d'anomalies cervicales bénignes, de verrues génitales (ou condylomes), et de papillomes laryngés.

Broad classification of human papillomavirus (HPV) by oncogenic risk and associated diseases according to the International Agency for Research on Cancer Evaluation.

Human papillomavirus	Genotypes	Associated disease
High risk or oncogenic	HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59	Cervical, anal, vaginal, vulvar, penile, and oropharyngeal cancer and associated precursor lesions
Low-risk types	HPV 6, 11	Genital warts, recurrent respiratory papillomatosis
Probable carcinogenic	HPV 68	Cervical cancer
Possible carcinogenic	HPV 5, 8	Squamous cell carcinoma of the skin in patients affected by epidermodysplasia verruciformis
Possible carcinogenic	HPV 26, 30, 34, 53, 66, 67, 69, 70, 73, 82, 85, and 97	Uncertain

Tableau 1 : Classification des HPV en fonction de leur potentiel oncogène (5)

Ces virus étant à transmission directe par contact cutanéo-muqueux, l'infection à HPV est donc considérée comme une infection sexuellement transmissible (ou IST). Les facteurs de risque sont, par conséquent, étroitement liés au comportement sexuel : multiplicité des partenaires, précocité des premiers rapports sexuels...

Cependant la protection par préservatif est insuffisante pour la prévenir totalement car le virus peut être présent sur la plupart de la zone ano-génitale (y compris sur des zones non couvertes par le préservatif). Cette protection est de l'ordre de 70%, elle diminue donc le risque d'infection mais ne le supprime pas.

Cette infection est donc considérée comme une des IST les plus fréquentes au monde avec, à tout moment, plus de 290 millions de femmes qui en développent une (6). En 2008, elle était considérée comme l'IST virale la plus fréquente (avant même l'herpès génital) (4).

Ainsi, la plupart des hommes et des femmes sexuellement actifs, indépendamment de leur orientation sexuelle (6), seront infectés au cours de leur vie, avec un risque d'infection apparaissant dès le premier rapport sexuel quel qu'il soit, même sans pénétration. Une infection à HPV est donc généralement acquise dans les premières années suivant le premier rapport sexuel avec un pic d'incidence retrouvé entre 20 et 25 ans. Cette incidence va ensuite diminuer avec l'âge, sûrement du fait de la diminution du rythme de rencontre de nouveaux partenaires sexuels ainsi que du développement d'une immunité spécifique.

Infection de l'épithélium du col de l'utérus par HPV (8)

Les HPV infectent les hommes comme les femmes mais les pathologies qu'ils provoquent sont majoritairement présentes chez ces dernières du fait d'une grande susceptibilité des cellules du col de l'utérus à ce type de virus (surtout au niveau de la zone de jonction).

Concernant l'infection par HPV de l'épithélium mucosécrétant de l'endocol, l'histoire naturelle est encore mal connue.

En revanche, l'histoire naturelle de l'infection à HPV de l'épithélium malpighien est mieux connue. Lors de l'infection par HPV, le virus va pénétrer au niveau des cellules basales (ou cellules souches de l'épithélium malpighien) soit du fait de micro-abrasions de la muqueuse soit du fait de leur exposition presque physiologique au niveau de la zone de jonction. Il va alors utiliser l'appareil réplicatif de ces cellules. Lorsque les cellules infectées en voie de maturation migrent vers la surface de l'épithélium, l'effet viral cytopathogène devient apparent sous la forme de koïlocytes (marqueur cytologique de l'infection à HPV).

Lorsque l'infection à HPV-HR persiste, il peut y avoir une intégration du génome viral au génome de la cellule (Figure 4). Cette intégration est la première étape du mécanisme de carcinogénèse. En effet, lors de celle-ci, il va y avoir une surexpression des oncoprotéines virales E5, E6 et E7 entraînant une instabilité génomique responsable de modifications cellulaires avec une perte du contrôle normal de la croissance et de la différenciation au niveau de l'épithélium malpighien. Cela a pour conséquence le développement d'un épithélium dysplasique, c'est-à-dire un épithélium anormal, signe d'une lésion intra-épithéliale. Ainsi, si rien ne stoppe ce

processus, cela va affecter toute l'épaisseur de l'épithélium malpighien avec le risque de franchissement de la membrane basale et d'évolution vers un cancer invasif.

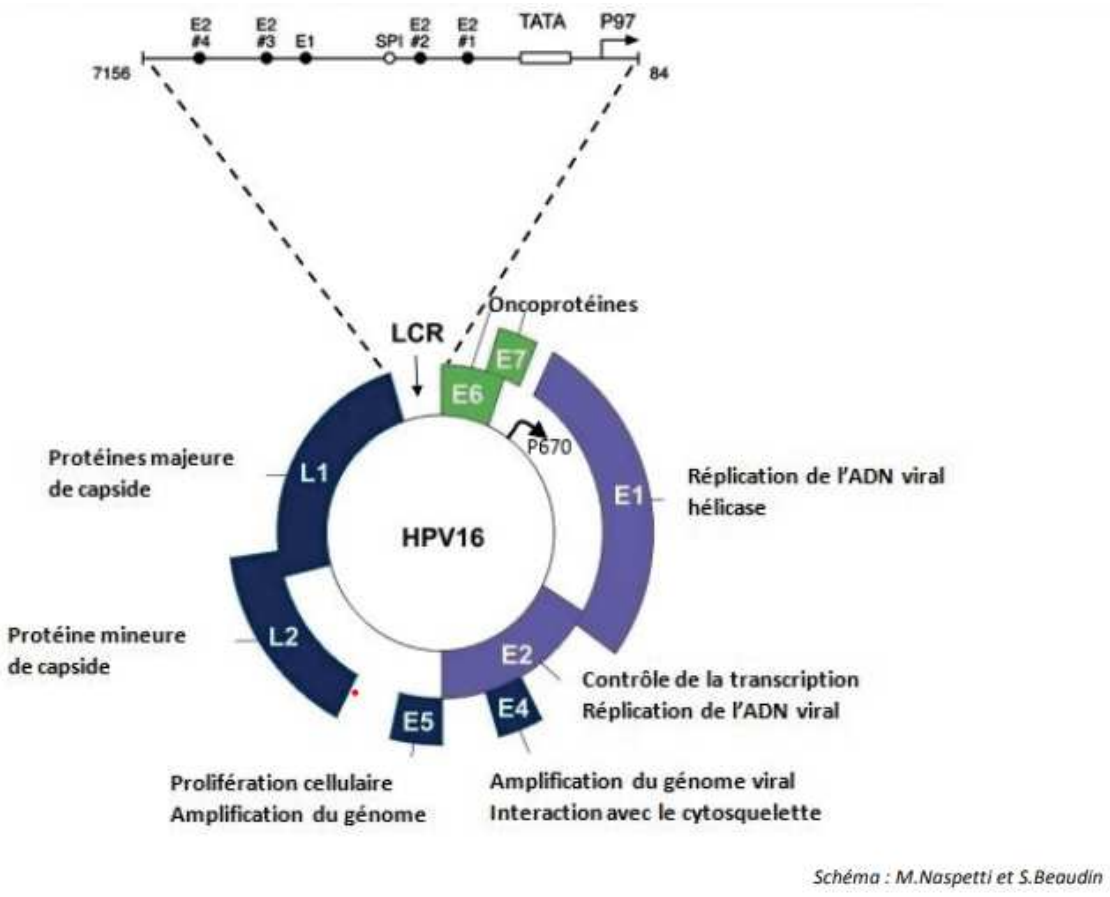


Figure 4 : Représentation schématique du génome circulaire de l'HPV-16 (9)

Chez la plupart des personnes, cette infection par HPV est le plus souvent transitoire et n'entraine pas de conséquence clinique avec une guérison spontanée en 12 à 24 mois, du fait d'une clairance virale, dans 80 à 90% des cas (c'est-à-dire que l'infection est indétectable dans les tissus). Cette clairance virale est plus importante chez les femmes jeunes et elle diminue avec la durée de l'infection. Actuellement, il est impossible de faire la différence entre une clairance virale totale (lorsque le virus est complètement éliminé du tissu) ou une latence. Ainsi la durée d'incubation peut varier de quelques mois à plusieurs années rendant difficile l'identification de la période d'exposition.

Au total, il n'existe donc qu'une petite fraction de ces infections qui persistent et seule la persistance d'une infection HPV à virus HPV-HR expose au risque de développer une lésion précancéreuse, voire un cancer du col de l'utérus.

Certains facteurs vont favoriser la persistance de l'HPV au niveau du col de l'utérus, pouvant être classés en trois catégories :

- Les facteurs environnementaux (ou exogènes) que sont l'utilisation au long cours (plus de 5 ans) d'une contraception œstro-progestative, un tabagisme (actif ou passif) ou encore l'existence d'un déficit immunitaire acquis.
- Les facteurs viraux que sont l'infection à un génotype virulent (type 16 et 18 notamment) ou bien encore une charge virale élevée.
- Les facteurs endogènes que sont une parité élevée, l'existence d'un déficit immunitaire inné ou bien certains facteurs génétiques liés au complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) ou au système HLA (Human Leukocyte Antigen).

Il est important de noter que l'âge du premier rapport sexuel ou encore le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie sont des facteurs de risque d'infection à HPV et non ceux de persistance de cette infection.

Lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus

- **Lésion / Dysplasie / Néoplasie intra-épithéliale (épithélium malpighien)**

Les lésions intra-épithéliales sont des lésions précancéreuses développées aux dépens de l'épithélium malpighien de l'exocol. Ce sont des lésions histologiques (cellulaires et tissulaires) asymptomatiques, aussi appelées « dysplasies », caractérisées par un trouble de la croissance et de la différenciation de l'épithélium malpighien normal. Elles sont la conséquence de l'intégration du génome viral d'un HPV-HR persistant au niveau des cellules basales. Ces lésions ne dépassent pas la membrane basale, restant limitées au tissu épithélial.

On distingue dans les lésions intra-épithéliales (Tableau 2, Figure 5) :

- Celles de bas grade (condylome ou dysplasie légère), signes d'une infection à HPV dite productive.
- Celles de haut grade, signes d'une infection à HPV dite transformante (dysplasies modérées ou sévères).

Frottis = classification de Bethesda	Biopsie = classification de Richart	Au niveau histologique	Potentiel évolutif	Prise en charge
LIEBG Lésion intra-épithéliale de bas grade	**CIN1**	Anomalies cellulaires localisées au tiers profond des couches cellulaires = **dysplasie légère**	Faible risque d'évolution cancéreuse Régression 50% en 2 ans	Surveillance
LIEHG Lésion intra-épithéliale de haut grade	**CIN2**	Anomalies atteignant les deux tiers profonds de l'épithélium = **dysplasie modérée**	Risque plus important d'évolution cancéreuse Moins de régression spontanée	Surveillance ou Traitement
	CIN3	Anomalies sur toute la hauteur de l'épithélium avec respect de la membrane basale = **dysplasie sévère**	Haut risque d'évolution cancéreuse	Traitement

Tableau 2 : Corrélation entre les différentes terminologies

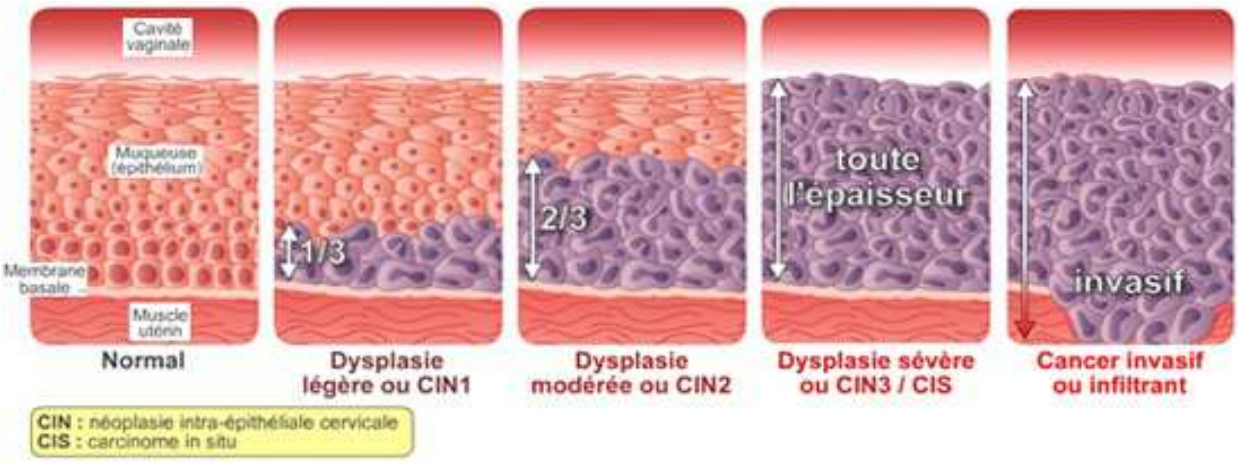


Figure 5 : Évolution dans le temps de l'infection à HPV et du développement des lésions précancéreuses et cancéreuses au niveau de l'exocol (Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale ou SFCPCV)

Majoritairement, il existe un continuum des dysplasies légères à sévères mais cela n'est pas obligatoire. Ainsi il peut y avoir des découvertes d'emblée de dysplasies sévères alors que le suivi antérieur était normal. Certaines dysplasies sont donc considérées comme des stades facultatifs, non obligatoires (dysplasie légère ou CIN1 et dysplasie modérée ou CIN2), alors que la dysplasie sévère (ou CIN3) est une étape préalable au cancer du col de l'utérus (*in situ* et invasif).

Malgré la fréquence de l'infection par HPV, rares sont les femmes qui développent un cancer du col de l'utérus car, en plus de la nécessité d'une infection persistante à HPV-HR pour le développement de ces lésions intra-épithéliales, la plupart de celles-ci vont pouvoir régresser spontanément, avec un potentiel de régression spontanée plus élevé pour les lésions les moins sévères (Tableau 3).

CIN Grade	Median follow up time (months)	N	Status at last follow-up			
			Regression (%)	Persistence (%)	Progression (%)	Complete Remission (%)
CIN I	10.0	286	169 (59.1)	77 (26.9)	40 (14.0)	169 (59.1)
CIN II	7.23	95	43 (45.3)	34 (5.8)	18 (18.9)	33 (34.7)
CIN III	7.15	61	21 (34.4)	39 (63.9)	1 (1.6)	14 (23.0)
P-value for trend			0.001	0.000	0.007	0.000

Tableau 3 : Probabilités de régression, de persistance et de progression des CIN (après un traitement conservateur d'au moins 3 mois) d'après une étude de cohorte (10)

Ainsi la plupart des lésions de bas grade ne sont que passagères et vont disparaître avec le temps. En revanche, les lésions de haut grade ont une probabilité plus importante d'évolution vers une lésion cancéreuse du fait d'un potentiel de régression spontanée moins important.

Au total, l'infection à HPV-HR est donc une condition nécessaire mais non suffisante à l'apparition d'un cancer du col de l'utérus car il faut d'abord que cette infection persiste pour faire apparaître des lésions précancéreuses et que ces dernières ne régressent pas spontanément pour évoluer vers une lésion cancéreuse (carcinome *in situ* et cancer du col de l'utérus invasif).

Ainsi, il semblerait qu'il s'écoulerait en moyenne entre 10 et 20 ans avant que les lésions précancéreuses n'évoluent vers un cancer invasif.

- **Carcinome *in situ* ou Cis (épithélium malpighien)**

Lors de l'évolution des lésions intra-épithéliales de haut grade au niveau de l'épithélium malpighien, il va survenir l'apparition d'un carcinome *in situ*, qui n'est plus une lésion précancéreuse mais une lésion cancéreuse vraie limitée, sans franchissement de la membrane basale.

- **Adénocarcinome *in situ* ou Ais (épithélium cylindrique)**

L'adénocarcinome invasif ne comporte qu'une seule lésion le précédant qui est l'adénocarcinome *in situ*, considéré, comme le carcinome épidermoïde *in situ*, comme une lésion déjà cancéreuse mais limitée sans franchissement de la membrane basale. Dans un à deux tiers des cas, il peut être associé à une néoplasie intra-épithéliale de l'épithélium malpighien.

- **Cancer du col de l'utérus invasif : carcinome épidermoïde ou adénocarcinome**

On parle de cancer du col de l'utérus invasif quand, dans l'évolution d'une lésion intra-épithéliale, d'un carcinome épidermoïde *in situ* ou d'un adénocarcinome *in situ*, il existe une rupture de la membrane basale avec envahissement du tissu conjonctif sous-jacent.

Dans ces cas-là, il peut apparaitre des signes fonctionnels tels que des métrorragies provoquées répétées (post-coïtales), des métrorragies post-ménopausiques (il faut alors penser également au cancer de l'endomètre) ou des leucorrhées fétides sanguinolentes, avec un col modifié visible à l'œil nu.

Le pronostic du cancer du col de l'utérus est conditionné par le stade clinique (en fonction de la classification dite FIGO), le volume de la tumeur, l'existence d'une atteinte ganglionnaire métastatique ainsi que par l'existence d'emboles tumoraux lymphatiques ou vasculaires.

Les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus sont donc la combinaison de ceux d'une infection à HPV, de ceux d'une infection persistante à HPV-HR ainsi que d'un bas niveau socio-économique (notamment par un moindre accès au dépistage).

Au total, le cancer du col de l'utérus est un cancer d'origine virale d'évolution lente avec un stade initialement *in situ* (carcinome *in situ* et adénocarcinome *in situ)* puis invasif. Il est précédé pendant plusieurs années, au niveau de l'exocol, par des lésions précancéreuses que sont les lésions intra-épithéliales (Figures 6 et 7).

Cette évolution lente des lésions en fait un cancer accessible au dépistage.

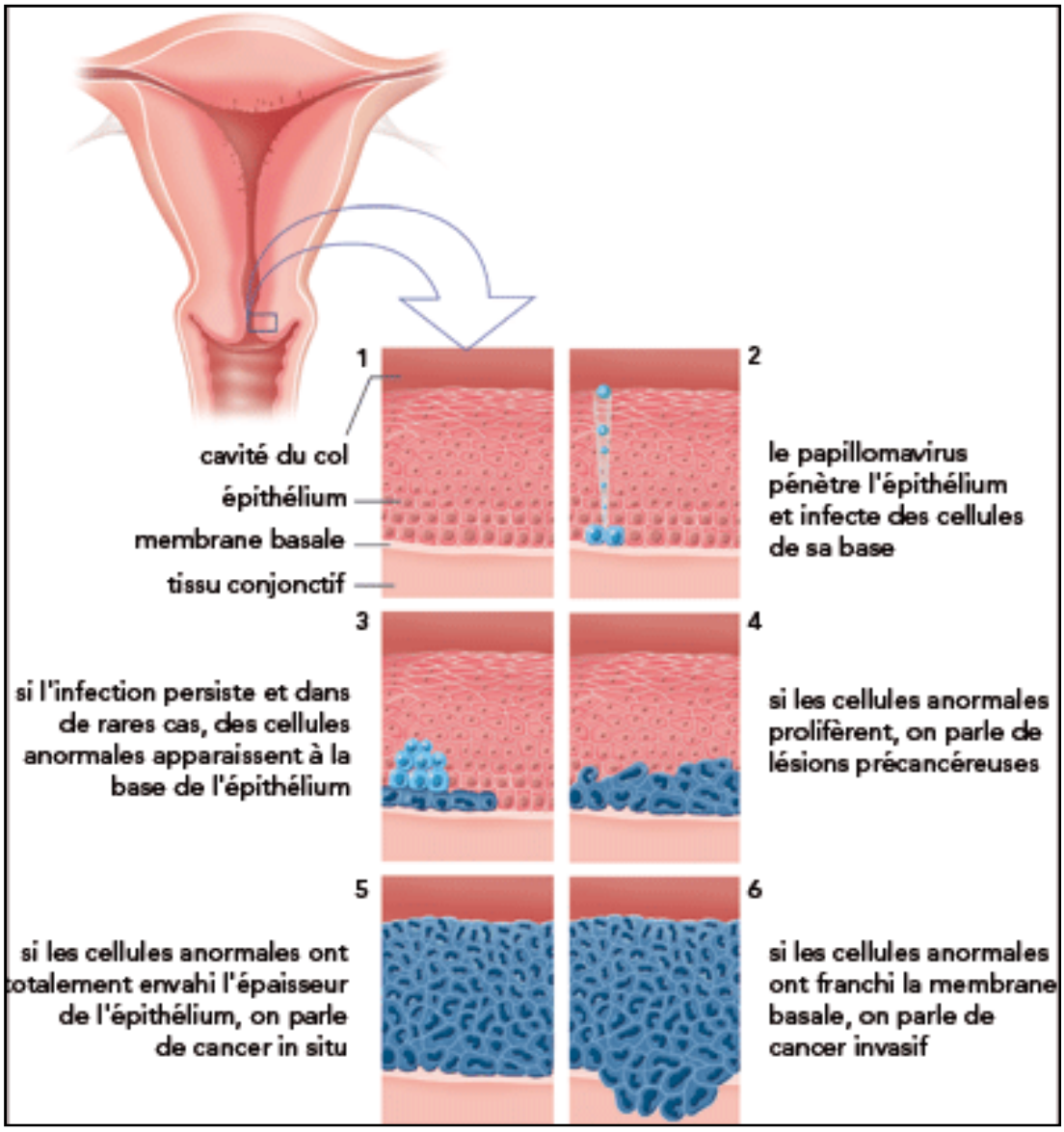


Figure 6 : Représentation schématique du développement des lésions intra-épithéliales jusqu'au cancer épidermoïde du col de l'utérus (1)

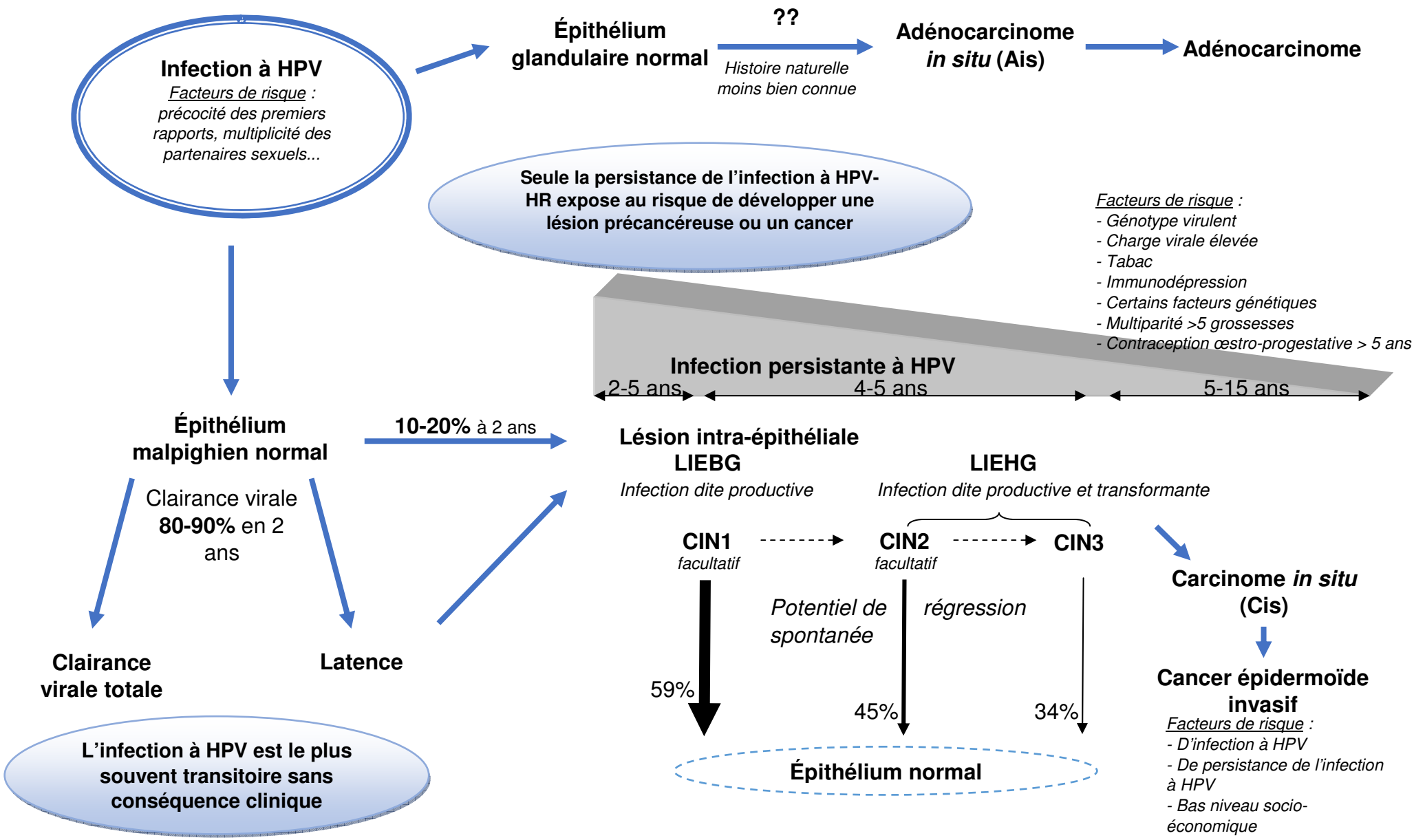


Figure 7 : Schéma de l'infection par HPV et de l'évolution des lésions précancéreuses en lésions cancéreuses

c. Épidémiologie

<u>Le cancer du col de l'utérus</u> (3,11)

- ***Dans le monde***

En 2018, dans le monde, l'incidence du cancer du col de l'utérus a été estimée à 570 000 nouveaux cas par an et sa mortalité à 311 000 décès par an (avec 85% de ces décès survenant dans les régions les moins développées). C'était ainsi le 4ème cancer le plus fréquent ainsi que le 4ème cancer le plus mortel chez les femmes (Figure 8).

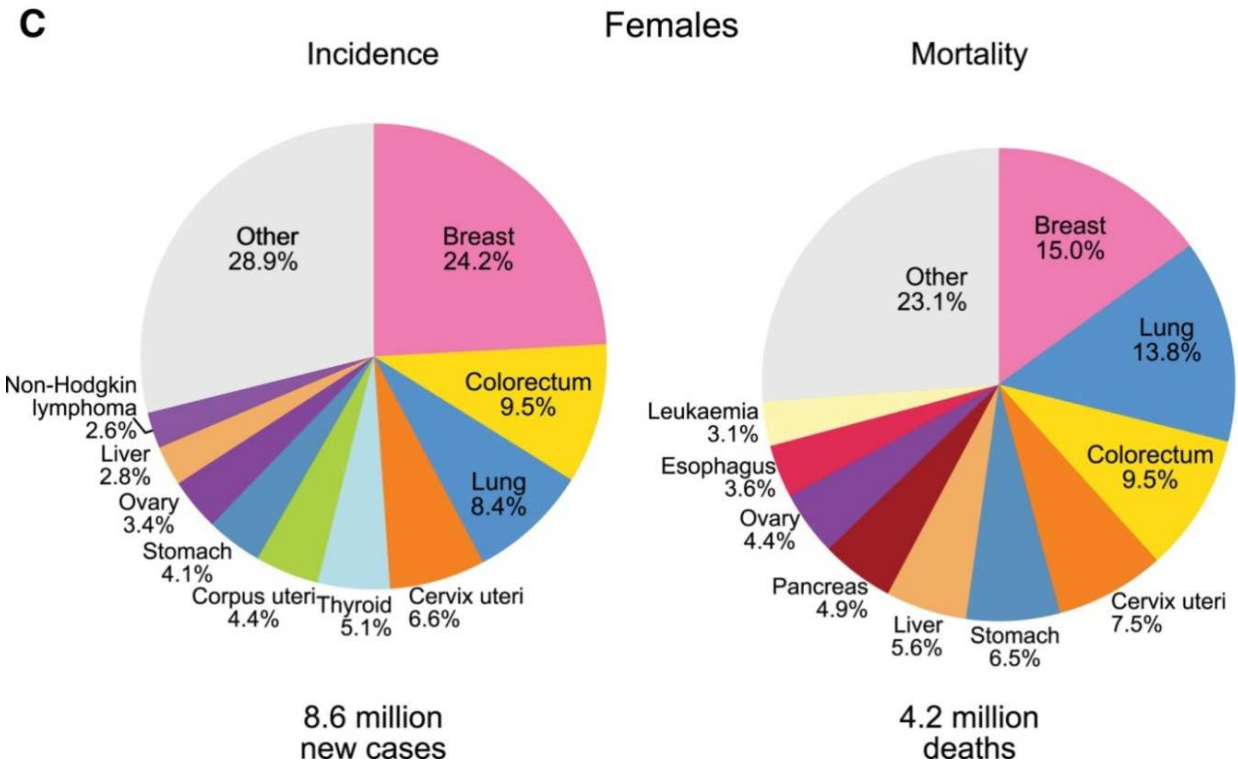


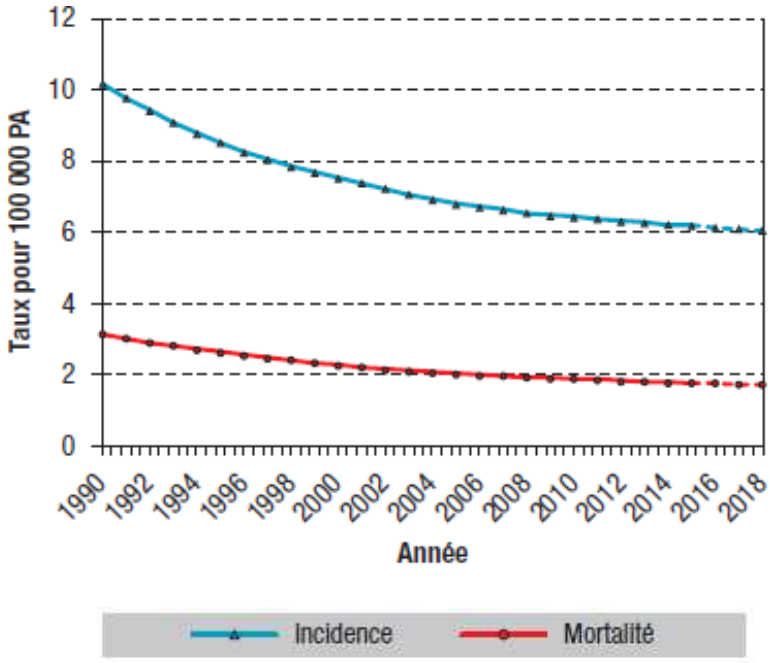
Figure 8 : Distribution des nouveaux cas de cancer (à gauche) et de morts par cancer (à droite) chez les femmes en 2018 pour les 10 cancers les plus communs dans le monde (12)

Environ 90% des cas de cancers du col de l'utérus surviennent dans les pays en voie de développement (13) mais le cancer du col de l'utérus s'observe également dans les pays développés comme c'est le cas de la France.

- ***En France***

En 2018, en France, son incidence a été estimée à 2 920 nouveaux cas par an (12ème cancer le plus fréquent chez les femmes) et sa mortalité à 1 117 décès par an.

L'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus ont considérablement diminué durant les dernières décennies, cette diminution étant attribuée au dépistage par frottis cervico-utérin (Figure 9). Une meilleure couverture vaccinale (jusqu'ici très insuffisante) et un programme de dépistage organisé pourraient permettre à cette tendance de perdurer.



Note : Les tendances pour la période 2016 à 2018 sont représentées en pointillés car les estimations pour ces années sont des projections réalisées à partir des données observées jusqu'en 2015 (voir Matériels et méthodes) et présentent donc un niveau d'incertitude inhérent à toute projection.

Figure 9 : Taux standardisé monde (TSM) d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus pour 100 000 personnes-années (PA), estimations France métropolitaine, 1990-2018 (3)

Il existe cependant une tendance au ralentissement de cette diminution depuis 2005 surtout au niveau de la tranche d'âge des 45-65 ans (avec une stabilisation voire une légère augmentation de l'incidence). Cette tendance est probablement due à une augmentation de l'exposition aux HPV-HR pouvant s'expliquer par une exposition plus précoce, du fait d'une modification des comportements sexuels dans les générations de femmes nées après la seconde guerre mondiale.

Il est important également de souligner que la diminution d'incidence du cancer du col de l'utérus reflète la diminution de l'incidence des carcinomes épidermoïdes (type histologique largement majoritaire), tendance générale qui masque en revanche l'augmentation de l'incidence des adénocarcinomes.

Ce cancer touche plutôt des femmes jeunes avec, en 2018, 40% des cas diagnostiqués chez des femmes de moins de 50 ans. L'âge moyen était de 51 ans avec l'incidence la plus élevée notée dans la tranche d'âge des femmes entre 45 et 49 ans.

- ***En région PACA (nouvellement région Sud)***

En France même, il existe une importante hétérogénéité géographique avec, en 2018, une sur-incidence du cancer du col de l'utérus dépassant les 10% sur le pourtour méditerranéen par rapport à la moyenne nationale (Figure 10).

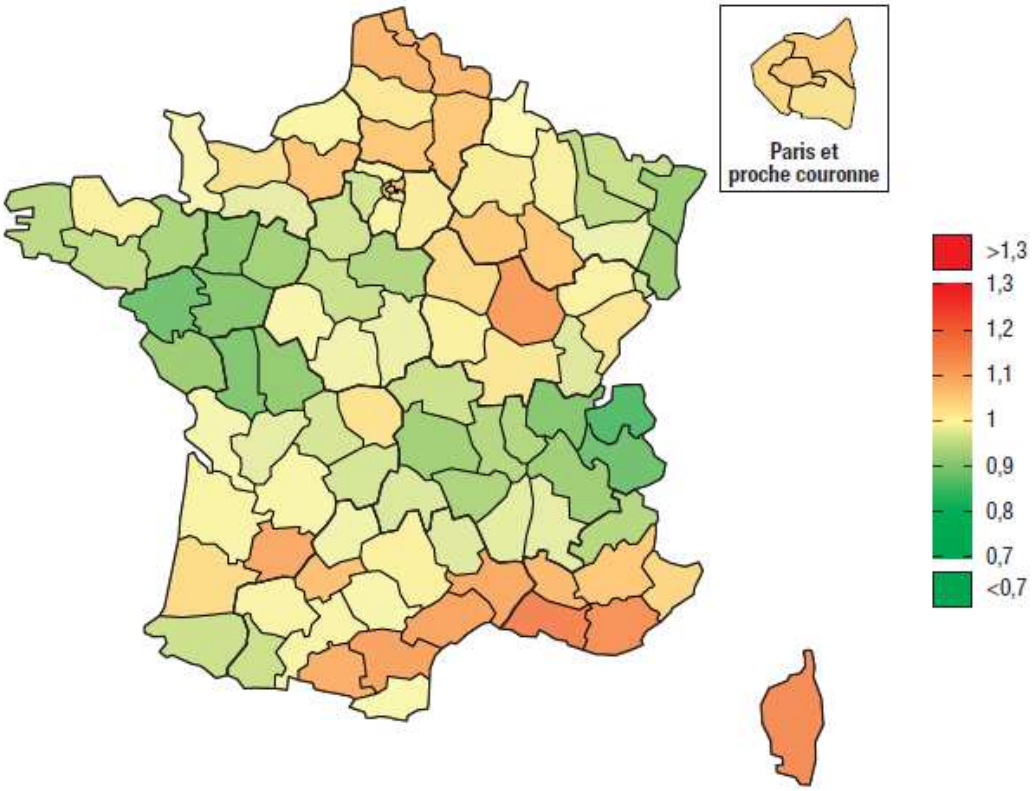


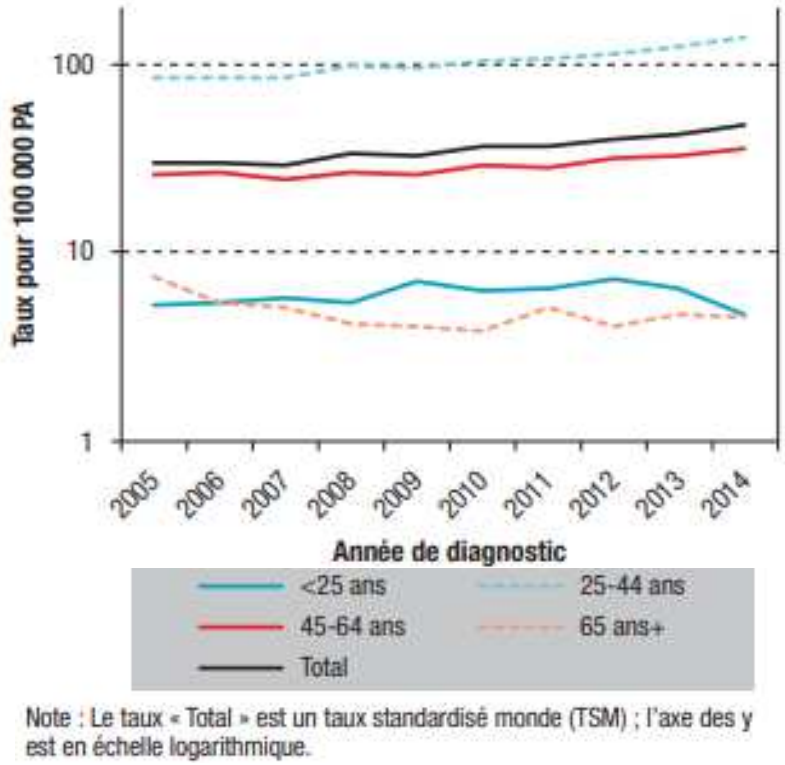
Figure 10 : Rapports standardisés d'incidence (SIR) du cancer du col de l'utérus lissés par département de France métropolitaine, 2007-2016 (3)

Les lésions précancéreuses du col de l'utérus

En France, environ 31 000 femmes par an ont un diagnostic de lésion précancéreuse du col de l'utérus (14).

Le taux de lésions précancéreuses du col de l'utérus diagnostiquées a été calculé sur la période 2005-2014 (3) avec une tendance à l'augmentation sur cette période (en moyenne + 5,5% par an) avec un taux d'incidence des lésions précancéreuses, en 2014, estimé à 47,1 pour 100 000 PA, soit plus de sept fois plus élevé que le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus (estimé à 6,4 pour 100 000 PA) (Figure 11).

Les taux les plus élevés ont été retrouvés chez les femmes de 25 à 45 ans (140 pour 100 000 PA en 2014).



Note : Le taux « Total » est un taux standardisé monde (TSM) ; l'axe des y est en échelle logarithmique.

Figure 11 : Taux d'incidence des lésions précancéreuses du col de l'utérus pour 100 000 personnes-années (PA) par groupe d'âge, zone registre, 2005-2014 (3)

L'augmentation d'incidence de ces lésions précancéreuses est vraisemblablement plus en rapport avec une augmentation de la circulation des HPV-HR qu'avec une modification d'intensité ou de qualité du dépistage car sur cette période il n'y a pas eu de changement de modalité de dépistage ni de modification majeure du pourcentage de la couverture du dépistage.

C. Le dépistage et le diagnostic du cancer du col de l'utérus

a. Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus (4) est le cancer le plus efficacement contrôlé par un dépistage qui permet la détection et le traitement des lésions précancéreuses afin d'éviter leur progression en lésion cancéreuse.

Vers un dépistage organisé

Jusqu'à présent individuel, le dépistage du cancer du col de l'utérus a eu droit à une grande part dans le Plan cancer 2014-2019 avec la volonté de la mise en place du 3ème dépistage organisé de masse en France (après le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal), s'inscrivant dans l'optique de l'OMS qui, en 2018, a déclaré que « l'élimination du cancer cervical dans le monde était une priorité de santé publique » (Dr TEDROS).

Les objectifs sont donc, avec la création d'un dépistage organisé, d'augmenter le taux de couverture de dépistage avec un objectif supérieur à 80% de la population cible, de réduire les inégalités d'accès à ce dépistage et de diminuer de 30% l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus à 10 ans.

Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus va ainsi cibler les femmes de 25 à 65 ans non à jour de leur dépistage. Celles-ci recevront un courrier au domicile les invitant à contacter un professionnel de santé pour effectuer ce dépistage, leur permettant une dispense d'avance de frais pour l'examen cytologique et/ou le test HPV. Les seules femmes exclues sont les femmes ayant subi une hystérectomie totale (c'est-à-dire l'ablation de l'utérus et du col dans sa totalité) sans rapport avec un cancer du col de l'utérus.

Principes du dépistage

Jusqu'à peu de temps, les recommandations de dépistage étaient basées sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU ou test de Papanicolaou), examen cytologique de balayage (Figure 12), à réaliser tous les 3 ans après que les deux frottis initiaux réalisés à un an d'intervalle (à 25 et 26 ans) se soient avérés normaux.

Figure 12 : Schéma représentatif du prélèvement cervico-utérin (15)

Récemment, ces recommandations ont été révisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en juillet 2019 (16) avec l'introduction de l'utilisation du test HPV pour les femmes de plus de 30 ans. En revanche, la prise en charge par la Sécurité Sociale de ce test n'a été effective qu'à partir de la fin du 1er semestre de l'année 2020, ceci expliquant sa non-application avant cette période.

Ainsi dans ces nouvelles recommandations, la HAS préconise, seulement chez les femmes de plus de 30 ans, un test HPV premier sur phase liquide (même technique de prélèvement que le FCU, Figure 12) afin de pouvoir réaliser un FCU réflexe si celui-ci revient positif. L'avantage de ce test HPV est une meilleure sensibilité (ce gain d'efficacité serait lié à une plus grande détection des adénocarcinomes que l'examen cytologique) et une valeur prédictive négative supérieure permettant d'augmenter l'intervalle entre deux dépistages de 3 à 5 ans.

Pour les femmes de moins de 30 ans, le FCU reste d'actualité à la même fréquence. Dans cette tranche d'âge, le test HPV n'est pas recommandé car les infections à HPV transitoires sont trop fréquentes avec un risque de sur-diagnostic et donc de traitement inapproprié associé.

Conduite à tenir devant le résultat d'un premier résultat anormal au dépistage (nouvelles recommandations 2019)

- **Pour les femmes de 25 à 30 ans : FCU**

Lorsqu'un FCU revient anormal (hormis les ASC-US à test HVP négatif), il est nécessaire d'adresser la patiente en colposcopie, ce qui va permettre une étude du col avec la réalisation de biopsie pour poser un diagnostic, le frottis n'étant que du dépistage (Figure 13). Le suivi sera par la suite adapté en fonction du diagnostic.

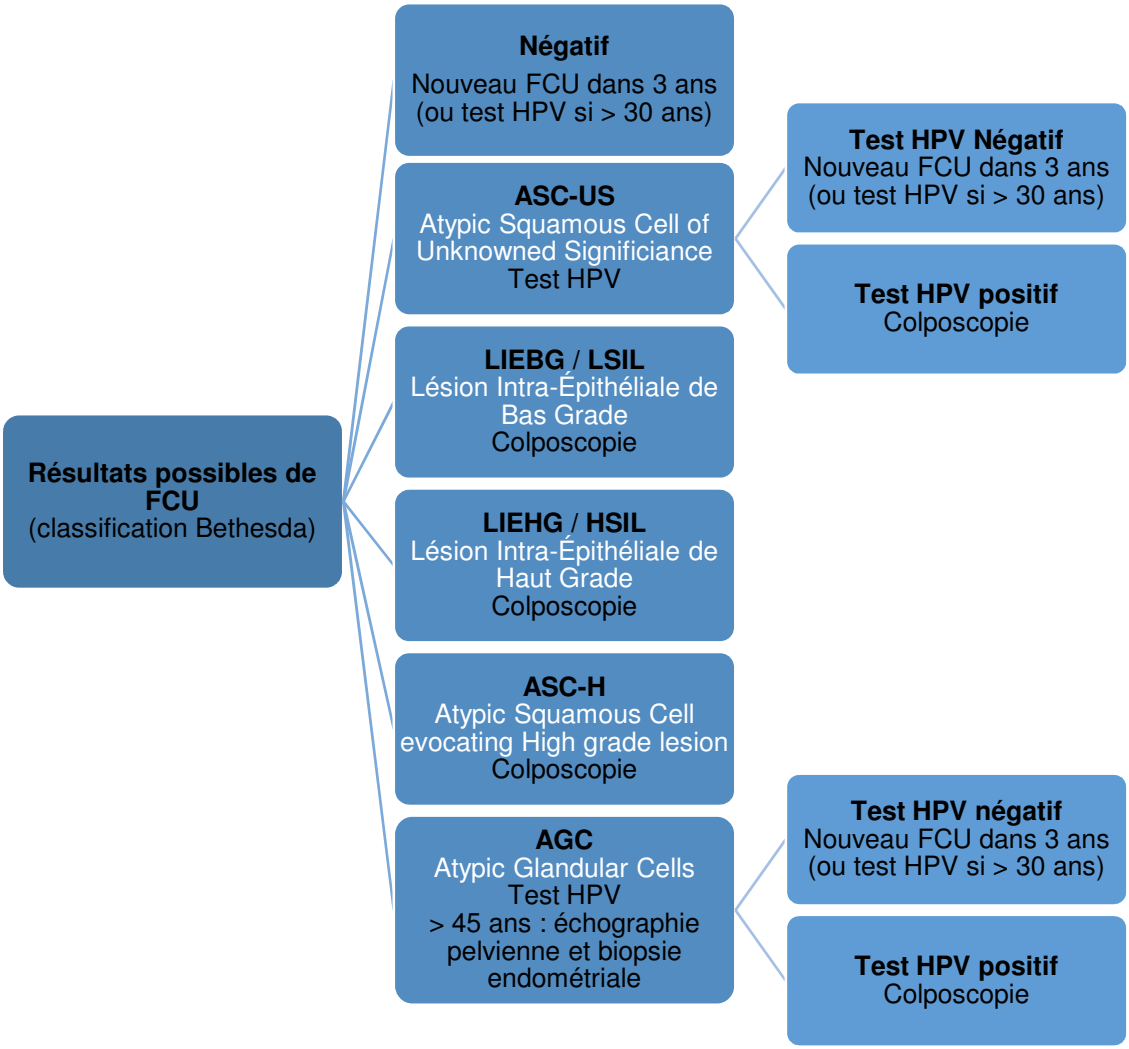


Figure 13 : Résultats possibles pour le rendu de résultat du FCU et conduite à tenir en fonction de celui-ci

- **Pour les femmes de plus de 30 ans : test HPV premier**

Lorsqu'un test HPV premier est positif (Figure 14), un FCU réflexe est réalisé :

- Si celui-ci revient anormal (quelque soit l'anomalie), la femme doit être adressée en colposcopie.
- Si celui-ci revient normal (ou négatif en classification Bethesda), un test HPV doit être réalisé un an plus tard :
    - Si le test HPV reste positif : une colposcopie d'emblée est indiquée.
    - Si le test HPV est négatif : un test HPV sera renouvelé 5 ans après.

Pour rappel, si le test HPV premier est négatif, il convient d'en refaire un tous les 5 ans jusqu'à 65 ans.

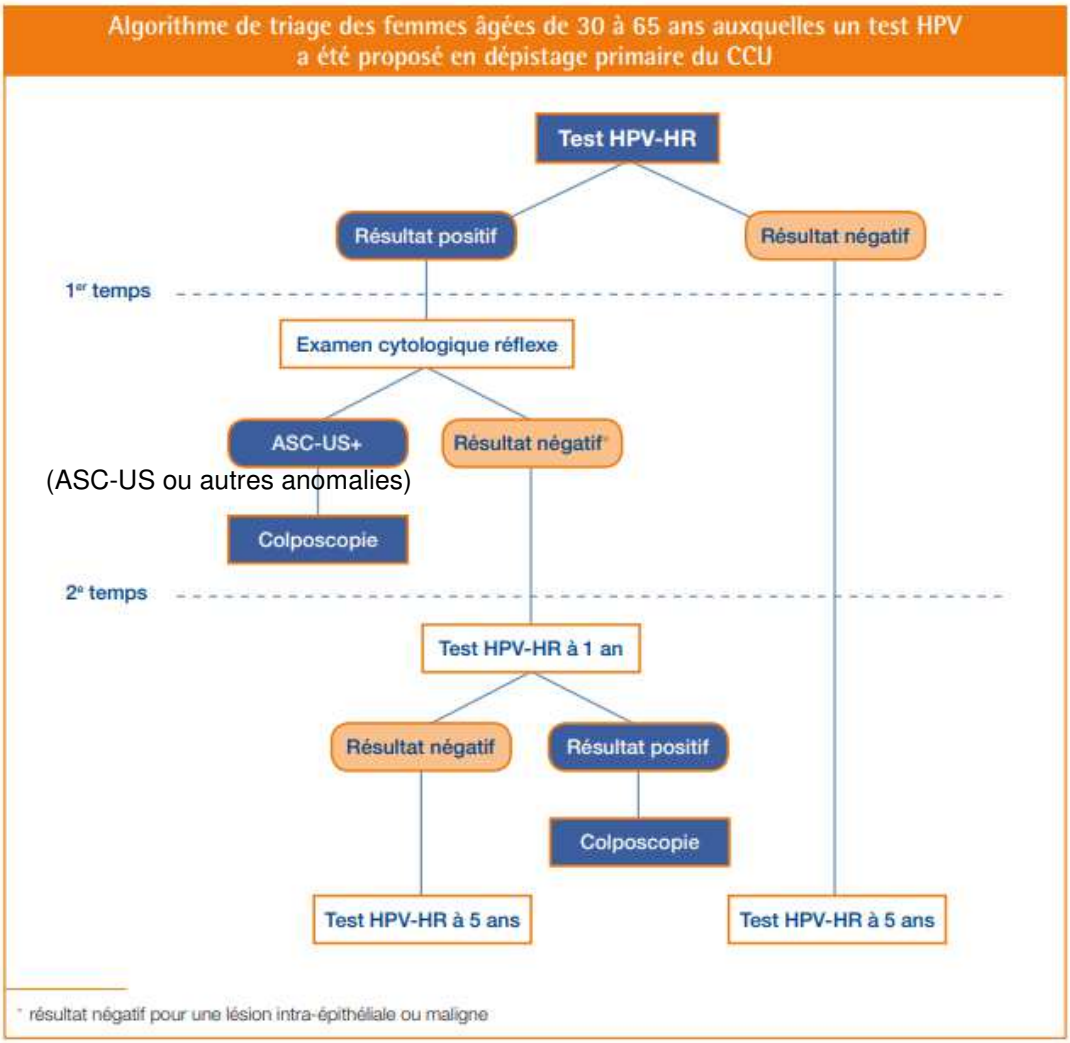


Figure 14 : Algorithme de triage proposé par la HAS pour les femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du cancer du col de l'utérus (16)

Épidémiologie

Jusqu'à présent le dépistage du cancer du col de l'utérus était individuel et donc opportuniste. Pour la période de 2015 à 2017 (3), le taux de couverture était de 58,7% pour la population cible, meilleur que le taux moyen européen, mais nettement en dessous de certains autres pays où cette couverture dépassait les 80% comme le Danemark, l'Irlande ou la Suède.

Il existe cependant de grandes variations en fonction des classes d'âge et notamment une diminution de cette couverture à partir de 50 ans pour tomber à 44,2% chez les femmes entre 60 et 65 ans (Figure 15).

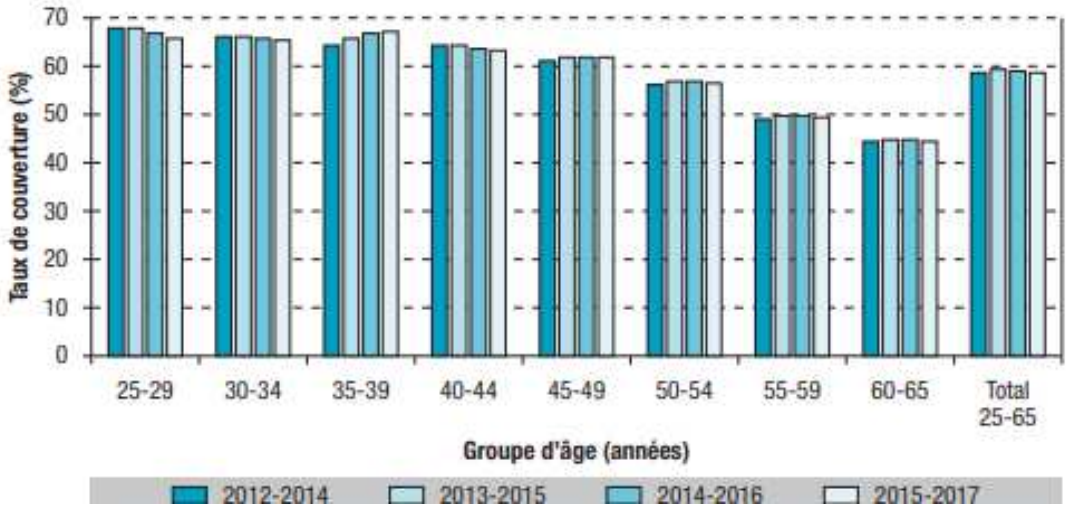


Figure 15 : Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus par groupe d'âge, par période glissante, France, 2012-2017 (17)

Il existe également de grandes disparités géographiques. Concernant la région PACA, celle-ci fait partie des régions pour lesquelles les taux de couverture sont les plus élevés avec un taux supérieur à 62% (Figure 16).

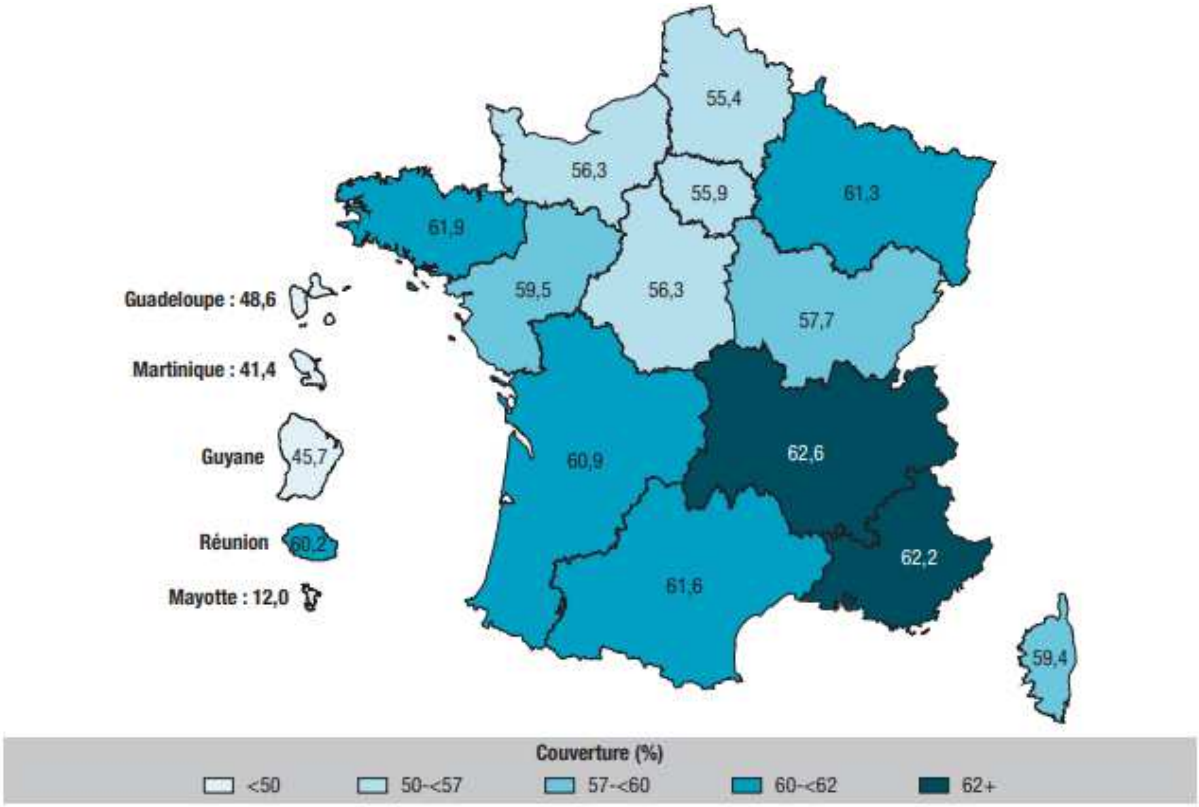


Figure 16 : Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans par région, 2015-2017 (17)

À noter que les taux départementaux les plus élevés sont retrouvés en Isère et dans le Bas-Rhin, départements où un programme de dépistage organisé est déjà mis en place et bien établi depuis plus de 20 ans.

Il faut également souligner que ce dépistage n'est pas toujours adapté aux recommandations. Ainsi, si près de 40% des femmes ne sont pas dépistées entre 25 et 65 ans, certaines sont dépistées à un rythme trop fréquent. En effet une proportion importante de femmes, estimée à 40% en 2003-2008, bénéficient de dépistages trop rapprochés (mois de 3 ans entre chaque FCU) (18). Pour d'autres encore, le dépistage est débuté trop précocement (avant 25 ans), même si cette tendance tend vers une amélioration progressive du respect des recommandations avec une diminution du taux de dépistage dans cette tranche d'âge passant de 45 % en 2006-2008 à 33% en 2012-2014 (3).

Enfin, entre 2010 et 2012 (19), une expérimentation de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été menée dans 13 départements ce qui a permis d'avoir une idée de la proportion des différentes anomalies au niveau du frottis cervico-utérin.

Parmi les frottis interprétables 4,2% étaient anormaux, avec des anomalies de type LIEHG dans 2,8%, ASC-US dans 2,3%, ASC-H dans 1,8%, cancer (*in situ* ou invasif) dans 1,6%, AGC dans 1,5 % et enfin LIEBG dans 1,2% des cas (Tableau 4).

Structure de gestion (nombre de femmes dépistées avec frottis satisfaisant)	% (n) de frottis anormaux	Frottis ACS-US pour 100 femmes dépistées (n)	Frottis LSIL pour 100 femmes dépistées (n)	Frottis ACS-H pour 1 000 femmes dépistées (n)	Frottis AGC pour 1 000 femmes dépistées (n)	Frottis HSIL pour 1 000 femmes dépistées (n)	Frottis évocateur de cancer[1] pour 1 000 femmes dépistées (n)
Alsace (353 117)	4,1 (14 539)	2,3 (8 272)	1,2 (4 068)	1,4 (504)	2,1 (726)	2,6 (917)	1,5 (52)
Isère (167 119)	5,1 (8 578)	2,7 (4 451)	1,7 (2 773)	2,5 (423)	0,5 (87)	2,0 (334)	2,1 (35)
Indre-et-Loire (77 141)	3,3 (2 524)	1,6 (1 230)	1,0 (733)	1,8 (137)	1,6 (121)	4,1 (313)	0,6 (5)
Maine-et-Loire (84 581)	3,4 (2 845)	2,0 (1 711)	0,7 (621)	2,0 (170)	1,2 (104)	2,6 (223)	1,2 (10)
Ensemble[2] (914 920)	4,2 (38 603)	2,3 (21 256)	1,2 (10 786)	1,8 (1 639)	1,5 (1 391)	2,8 (2 562)	1,6 (148)

ASC-US : atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée ; LSIL : lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade ; ASC-H : atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion intra-épithéliale de haut grade ; AGC : atypies des cellules glandulaires ; HSIL : lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade.

[1] Regroupe : frottis évocateurs de carcinome épidermoïde invasif, adénocarcinome *in situ* (AIS), adénocarcinome invasif et cancers sans précision.

[2] Sur l'ensemble des neuf structures de gestion ayant participé à l'expérimentation.

Tableau 4 : Proportions des frottis anormaux, avec leurs anomalies, dans le cadre de l'expérimentation du dépistage organisé dans 13 départements, 2010-2012 (19)

b. Le diagnostic du cancer du col de l'utérus

Le FCU ou le test HPV restent des outils de dépistage qui, s'ils reviennent positifs ou anormaux, doivent être confrontés à un test diagnostique pour en faire le diagnostic définitif. En effet, les diagnostics de lésion intra-épithéliale (CIN1/2/3), de carcinome *in situ* (Cis), d'adénocarcinome *in situ* (Ais) ou de cancer du col de l'utérus nécessitent un examen histologique et non cytologique seul (c'est-à-dire avec l'étude de l'architecture du tissu).

Pour réaliser cet examen histologique, il convient de réaliser une colposcopie (Figure 17) permettant un examen du col de l'utérus, du vagin et de la vulve à l'aide d'un microscope à faible grossissement (aussi appelé colposcope) afin d'orienter de possibles biopsies.

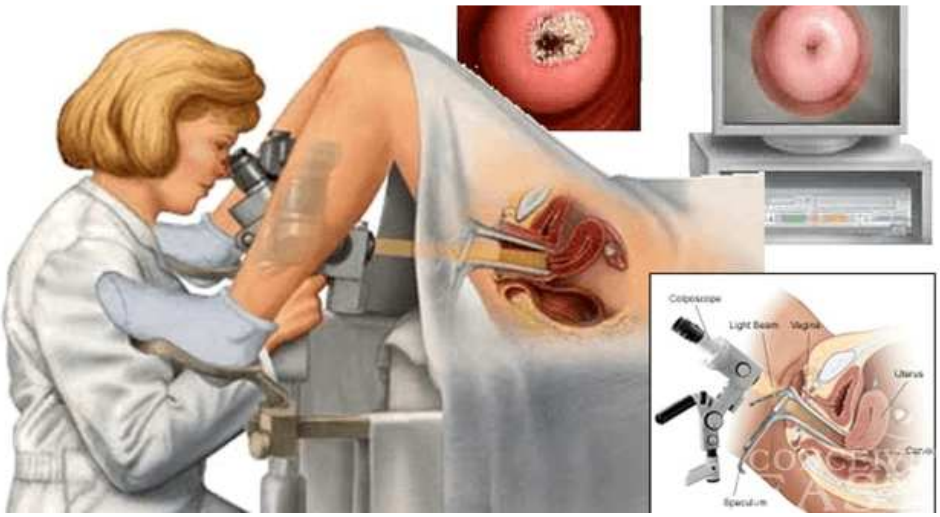


Figure 17 : Schéma d'un examen colposcopique (Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale ou SFCPCV)

La colposcopie comporte 3 étapes successives :

- Une première application de sérum physiologique pour permettre l'étude de la vascularisation notamment avec l'utilisation d'un filtre vert.

- Une application d'acide acétique dilué entre 2 et 5% qui va réagir en fonction de l'activité nucléaire : sur un tissu épithélial malpighien normal cette activité est faible ce qui va donner une coloration rosée, alors qu'au niveau d'une lésion intra-épithéliale, cette activité est plus importante du fait du trouble de la

différenciation et de la maturation entrainant une réaction acidophile et donc l'apparition d'une coloration blanche (Photo 1).

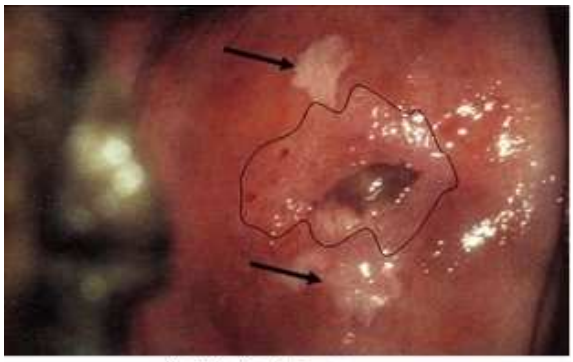


Photo 1 : Exemple de coloration après application d'acide acétique, les flèches représentent des zones acidophiles suspectes (Société Française de Colposcopie)

- Une application d'une solution de Lugol : l'épithélium malpighien normal mature est riche en glycogène et va ainsi capter l'iode (dit iodo-positif) entrainant une coloration brunâtre ou noire alors qu'une lésion intra-épithéliale, elle, du fait d'une déficience en glycogène, ne prendra pas la coloration à l'iode (dite iodo-négative) et elle apparaitra ainsi avec une couleur jaune paille sur fond de brun (Photo 2).

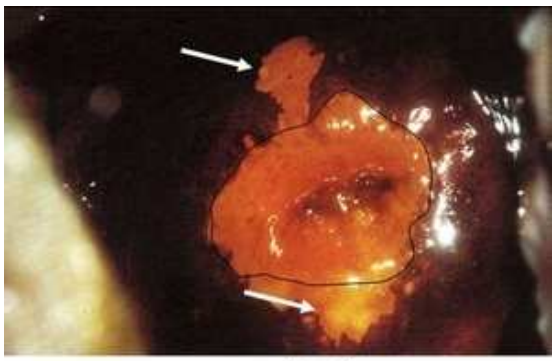


Photo 2 : Exemple de coloration au Lugol, les flèches représentent des zones iodo-négatives suspectes (Société Française de Colposcopie)

Les biopsies seront alors orientées sur les zones acidophiles (de coloration blanche après application de l'acide acétique dilué) et iodo-négatives (de coloration jaune paille sur fond brun après application de la solution de Lugol).

Un schéma est réalisé pour le compte-rendu de colposcopie afin de préciser la topographie des biopsies pour orienter un possible geste chirurgical par la suite en fonction des résultats (Figure 18).

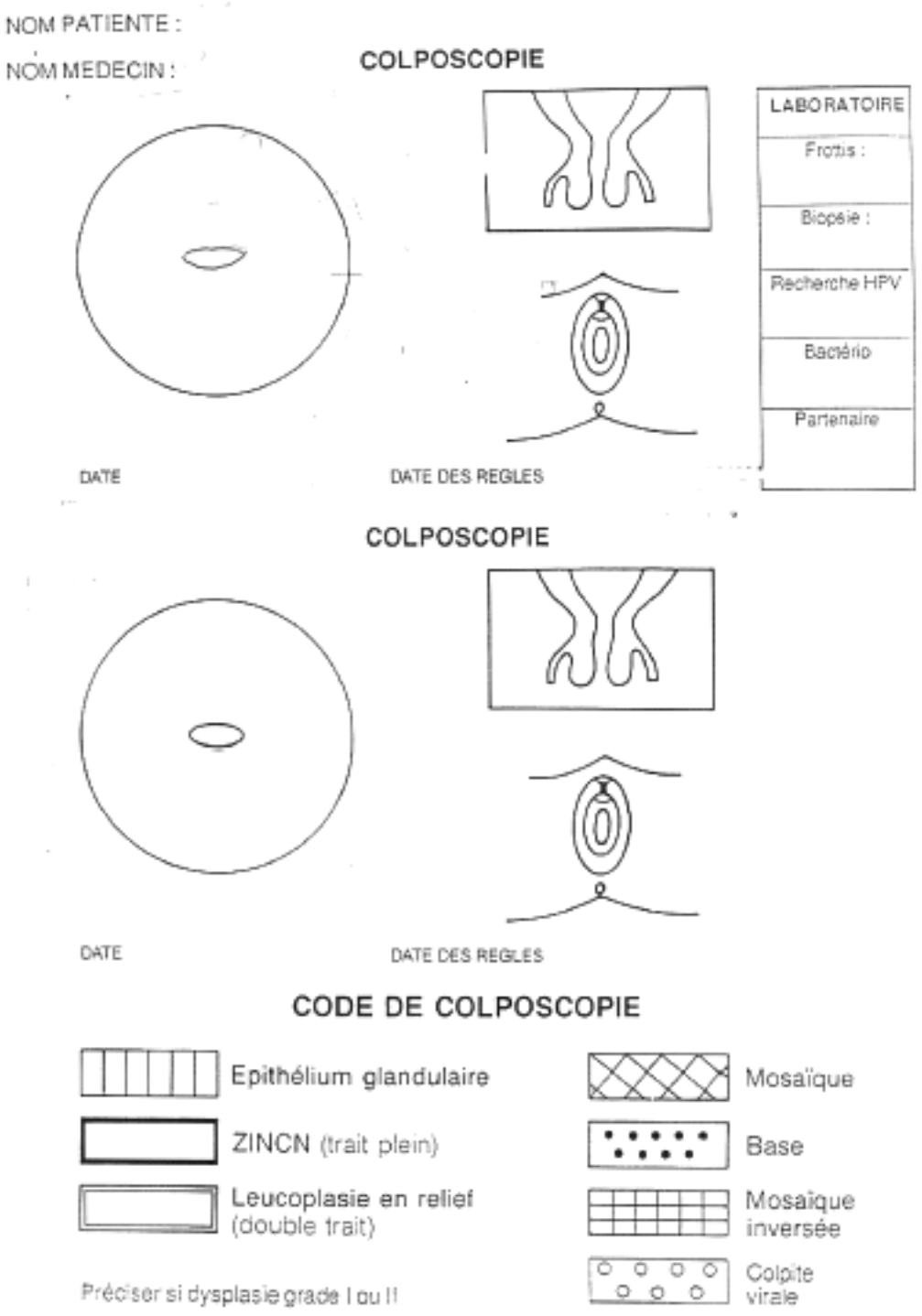


Figure 18 : Exemple de schéma colposcopique (gracieusement prêté par le Dr DAUMALIN)

D. Ressenti des femmes à l'annonce d'un résultat de frottis cervico-utérin anormal

- ***Dans le monde***

Dans le monde, de nombreuses études ont été menées étudiant l'impact d'un résultat de frottis cervico-utérin anormal sur les femmes dès 1986 (20,21).

Selon une revue de la littérature en 2002 (22), ces études ont notamment retrouvé surtout des réactions initiales de choc et de panique ainsi que de la peur (peur du cancer, peur d'une diminution de la fertilité ou de la fonction sexuelle, peur des procédures médicales, peur de la perte d'intégrité corporelle...), avec des répercussions notamment sur l'humeur avec une humeur dépressive, une irritabilité, des pleurs, de la colère, mais également sur le sommeil et sur la vie de couple avec des difficultés relationnelles avec le partenaire. Certaines études ont également noté des répercussions sur la vie sexuelle.

Une étude hawaïenne publiée en 2007 (23) a constaté ces mêmes réactions, de choc et d'anxiété, avec l'apparition d'une notion de questionnements multiples (notamment avec une méconnaissance du lien FCU et HPV), mais également des réactions de peur, de honte, avec une modification de l'image de soi et un sentiment de contamination face au diagnostic d'infection à HPV, considérée comme une IST. Elle a rapporté également l'apparition d'un questionnement sur la nécessité d'en parler ou non au partenaire et surtout de ce qu'il fallait lui dire. L'annonce aux patientes avait déclenché par la suite une recherche d'informations et de soutien (auprès d'internet, de professionnels de santé, de la famille ou d'amis). L'impact des professionnels de santé a été variable, dépendant de leur attitude : ils ont été soit considérés comme soutenants quand ils étaient rassurants avec l'utilisation d'analogies familières, soit considérés comme non soutenants lorsqu'ils utilisaient trop de jargon médical, ne prenaient que peu de temps pour expliquer avec la sensation d'une absence de préoccupation personnelle, et surtout lors de l'absence d'établissement antérieur d'une relation de confiance.

Une étude thaïlandaise (24) a démontré également l'existence d'une anxiété plus importante chez les femmes avec un FCU anormal en comparaison aux contrôles.

- ***En Europe***

Une étude britannique (25) a également relevé de l'anxiété chez 20% des femmes avec un FCU anormal. Parmi celles-ci, des niveaux plus importants d'anxiété ont été retrouvés chez les femmes plus jeunes, fumeuses, ayant un haut niveau d'activité physique et chez celles souhaitant avoir des enfants.

La Suède notamment a réalisé de nombreuses études sur ce ressenti.

Ainsi une étude quantitative suédoise (26) dans les années 1990 a étudié la qualité de vie pendant 2 ans des femmes ayant eu une colposcopie suite à un résultat de FCU anormal. Elle a conclu que la perception de sa santé mentale par une femme a été affectée au long terme après un FCU anormal, celle-ci étant plus liée à l'annonce du résultat en lui-même plutôt qu'au grade de la lésion ou à son traitement. Finalement l'information à propos d'un FCU anormal, quelque soit son résultat, a eu un plus grand impact sur la qualité de vie des femmes que la sévérité de la lésion diagnostiquée ou que son traitement.

Une autre étude quantitative en Suède (27) a évalué les femmes 5 ans après deux FCU anormaux consécutifs. Elle a retrouvé une absence d'anxiété rémanente chez les patientes mais, chez un petit pourcentage d'entre elles (8%), la persistance d'une influence négative sur la sexualité avec une baisse de l'estime de soi. Cette étude a introduit également la notion de perturbation de la vie quotidienne avec l'évocation spontanée par la moitié des femmes d'un besoin d'être mieux informées avec une information préférée par rendez-vous ou au moins par téléphone, une annonce par courrier engendrant un choc, de la peur avec une impossibilité d'obtenir des informations et de poser des questions à un professionnel de santé.

Enfin, une étude qualitative suédoise (28) en 2014 s'est intéressée aux expériences des femmes ayant eu un FCU anormal (étude se rapprochant le plus de celle présentée dans ce travail). Dans cette étude, le FCU était considéré comme un examen de routine dont la positivité était une réponse inattendue avec des patientes non préparées à la réception d'un possible résultat anormal. La lettre d'annonce était jugée non satisfaisante avec une information inadéquate entrainant une mauvaise interprétation du résultat du FCU et, par là, des réactions initiales de colère, de choc, de stress, de tristesse et d'anxiété avec une peur du cancer, peur pour la fertilité ou pour le fœtus lorsqu'une grossesse était en cours. Il n'y avait que quelques femmes

qui avaient la notion d'infection à HPV, d'infection sexuellement transmissible avec notamment une peur d'être contaminée, salie et une peur pour le partenaire. Ce qui est également apparu dans cette étude, c'est que les femmes avaient un besoin de soutien émotionnel (se tournant vers leur mère, leurs amis et leur conjoint). Elles jugeaient nécessaire d'avoir plus d'informations notamment avec une préférence pour une annonce des résultats à l'oral (internet étant la 1ère source de renseignements, mais les femmes ayant un rendez-vous avec un gynécologue étant plus rassurées) et notamment une volonté de plus de respect de la part des professionnels de santé avec le souhait d'une écoute attentive et d'une explication des différentes étapes à venir.

En revanche, en France, peu d'études se sont penchées sur ce sujet.

Une enquête européenne quantitative a été réalisée en 2008 (29), étude de cohorte réalisée en France, en Espagne et au Portugal, qui avait pour but d'enquêter sur l'expérience des femmes à l'annonce d'un résultat de FCU anormal, sur les événements en découlant ainsi que sur la prise en charge de leur praticien. En France, cette étude a notamment souligné que deux tiers des résultats de FCU anormaux étaient communiqués par lettre avec des réactions initiales d'anxiété (74%) et de stress (39%) majeures plus importantes qu'en Espagne ou qu'au Portugal. Elle a également mis en exergue que 30% des françaises ne comprenaient pas le résultat et réclamaient plus d'informations. Au niveau de la recherche d'information, le gynécologue était la source principale d'information mais avec une place importante d'internet, les françaises faisant ainsi moins appel que les autres pays à des médecins. Cette étude n'a retrouvé qu'un impact modéré de cette annonce sur leur vie personnelle, professionnelle et familiale.

E. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude a donc été de recueillir le ressenti des femmes après l'annonce d'un premier résultat de FCU anormal en France par le biais d'entretiens dans le cadre d'une étude qualitative.

L'objectif secondaire de cette étude a été d'évaluer l'impact de la prise en charge des professionnels de santé sur ce ressenti et notamment la place du médecin généraliste pour ces femmes.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Choix d'une approche qualitative

Pour étudier le ressenti des femmes après l'annonce d'un premier résultat de FCU anormal, le choix s'est porté sur une méthode qualitative de type théorisation ancrée, semblant plus appropriée compte tenu de l'importance de la subjectivité de ce sujet et de la nécessité de disposer d'un espace de discussion pour laisser les femmes s'exprimer librement.

Cette étude s'est intéressée au ressenti des femmes après l'annonce d'un premier résultat de FCU anormal, que cela soit au moment de l'annonce ou lors de l'attente de la colposcopie, ainsi qu'à l'impact de cette annonce sur leur vie personnelle, privée ou professionnelle.

Une attention particulière a également été portée sur l'impact du professionnel de santé sur ce ressenti et notamment sur la place du médecin généraliste dans cette problématique.

Toutes ces notions ont été recueillies aux travers d'entretiens individuels semi-directifs avec reformulation, menés à l'aide de questions ouvertes contenues dans un guide d'entretien.

B. Population d'étude et méthode de recrutement

Le choix s'est porté sur le fait d'inclure des femmes entre 25 et 65 ans, en se basant sur les critères d'indication du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces femmes devaient avoir un résultat de FCU anormal datant de moins de 6 mois. L'autre critère majeur a été l'absence d'un résultat de FCU anormal auparavant.

L'échantillonnage a été réalisé sur la base du volontariat jusqu'à saturation des données (atteinte lorsque deux entretiens n'apportaient pas de nouvelles idées).

Le recrutement s'est déroulé à la consultation de colposcopie du Centre Hospitalier d'Aix-en-Provence avec l'aimable participation du Dr Anne-Laurence DAUMALIN, titulaire du DIU de colposcopie, entre novembre 2019 et février 2020.

Il est à noter que ce travail de thèse a été réalisé avant l'application des nouvelles recommandations de dépistage de la HAS de juillet 2019.

À la fin de la consultation de chaque femme réunissant les critères d'inclusion, le thème et la question de recherche étaient exposés. Le chercheur, de sexe féminin, était présenté comme une interne en médecine générale en fin de cursus.

La participation des femmes s'est ainsi faite sur la base du volontariat après présentation du travail de thèse.

Après un premier accord oral, soit la patiente souhaitait un entretien le jour-même et celui-ci était réalisé dans une salle de consultation à l'hôpital en tête à tête au calme, soit la patiente préférait un autre jour au domicile et alors, elle était recontactée par téléphone pour déterminer une date de rendez-vous.

C. Réalisation du guide d'entretien

Un premier guide d'entretien a été construit, il s'agissait d'un guide semi-structuré qui comportait initialement 4 questions ouvertes et neutres avec des possibilités de reformulation. La première question était une question brise-glace leur demandant de raconter comment elles avaient appris leur résultat de FCU anormal.

La méthode prévoyait que le guide d'entretien évolue au fur et à mesure des entretiens. Ainsi après interrogation des deux premières patientes, deux nouvelles questions ont été rajoutées et une question a été précisée sur le rôle du médecin traitant.

Le guide d'entretien final comportait les 6 questions suivantes :

1. Question brise-glace : Racontez-moi comment vous avez appris votre résultat de frottis.
    a. Qui vous l'a annoncé ?
    b. De quelle façon ?
    c. Pensez-vous avoir reçu toutes les informations dont vous aviez besoin ?
    d. Avez-vous ressenti le besoin de rechercher des informations ailleurs (internet, gynécologue, médecin généraliste, entourage...) ?
2. Qu'en avez-vous compris ?
3. Qu'avez-vous ressenti en apprenant ce résultat ?
4. Le résultat de votre frottis a-t-il influencé votre quotidien ?

a. Avez-vous pu en parler librement si vous le souhaitiez à votre famille ou à votre conjoint ?
b. Ce résultat a-t-il changé quelque chose dans vos relations avec votre conjoint ?

5. Avant de faire votre frottis, saviez-vous ce que l'on recherchait ?
6. Idéalement, comment auriez-vous souhaité être informée ?

D. Réalisation des entretiens individuels

Lors de l'entretien, avant de débuter l'interview, le discours de présentation de la thèse et les informations sur le déroulement de l'entretien étaient renouvelés avec notamment l'existence de la possibilité de se rétracter à tout moment. Il a été bien précisé que le recueil des données bénéficiait d'un double enregistrement audiophonique avec destruction des enregistrements par la suite après la réalisation de la retranscription informatique.

Après signature d'un consentement écrit manuscrit, non informatisé, les critères sociodémographiques ont été relevés afin de caractériser l'échantillon. Ont été recueillis ainsi : l'âge, la profession, le statut marital ainsi que le nombre d'enfants.

La trame de l'entretien était fixée par le guide d'entretien mais il était possible de l'adapter si besoin en fonction des réponses de la patiente.

À noter qu'à la fin des entretiens, à la vue de l'angoisse des femmes et de leurs questionnements, un temps à part a été pris pour leur donner un espace de discussion afin de poser toutes les questions qu'elles souhaitaient sans que cela ne soit enregistré.

E. Retranscription et analyse des données

Une fois l'entretien fini, il a été retranscrit sur Microsoft Word aussi fidèlement que possible.

Les entretiens étant anonymes, les patientes ont été renommées lors de la retranscription en « P » pour « patiente » suivi d'un chiffre attribué selon l'ordre de passage.

Les données ont été codées de façon semi-manuelle à l'aide du logiciel N'Vivo. Des verbatims ont ainsi été dégagés du texte, qui pouvaient être des mots, des phrases ou des parties de phrases correspondant à une idée. Ces codes ont été regroupés en sous-thèmes puis en thèmes principaux, déterminés après analyse des données.

Lors de l'analyse thématique, une méthode de triangulation des données a été réalisée avec l'aide d'un autre chercheur formé au qualitatif, interne également. Le codage des premiers entretiens a été vérifié par le directeur de thèse.

F. Au total

Au total (Figure 19), 25 patientes ont été approchées, 2 ont refusé dès la présentation du travail de thèse pour un manque de temps, 4 patientes qui souhaitaient un entretien à domicile n'ont pas recontacté le chercheur après le contact téléphonique et 1 patiente n'a pas pu participer du fait d'un déménagement (entretiens téléphoniques non acceptés). Au total, 18 entretiens ont été réalisés, 5 au domicile, 13 à l'hôpital dont 1 entretien exclu *a posteriori* devant la remémoration de la patiente d'un résultat de FCU antérieur déjà anormal.

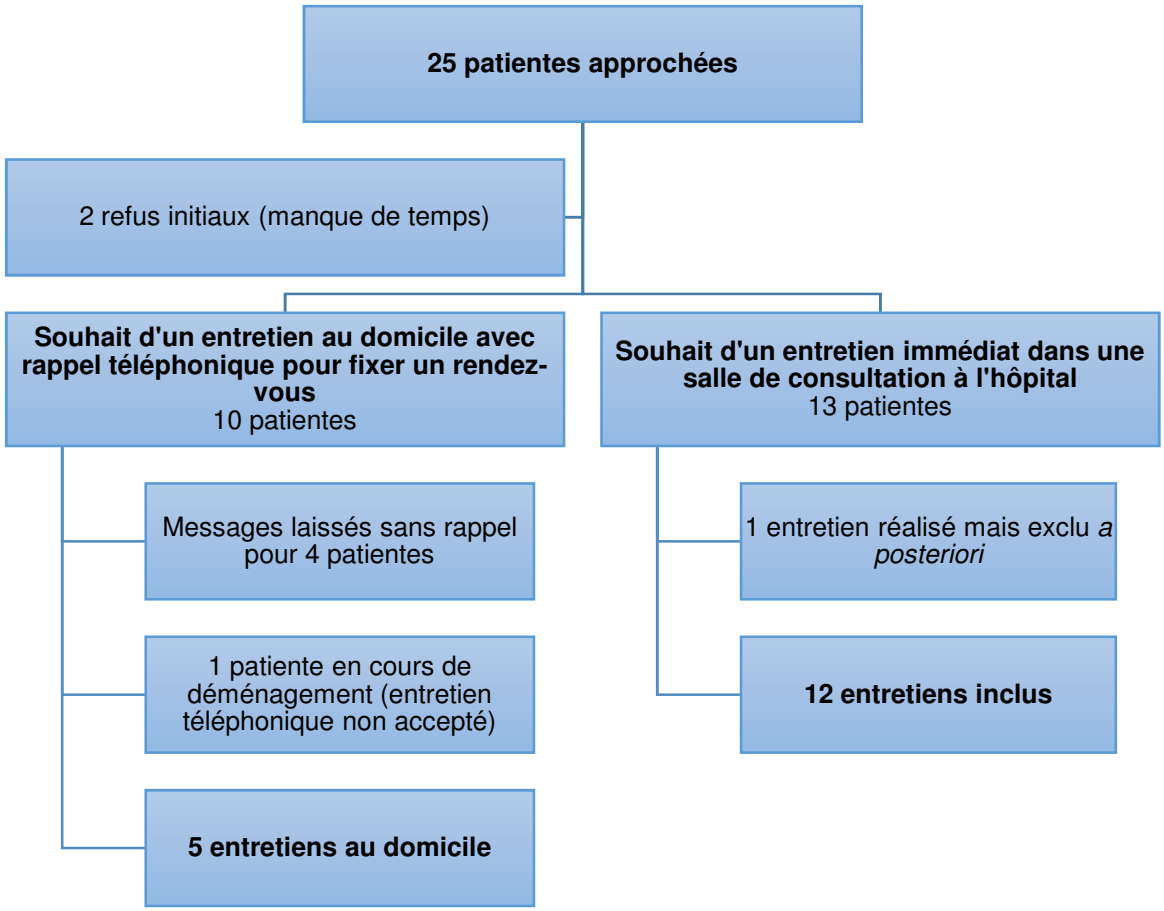


Figure 19 : Diagramme de flux avec patientes approchées, recrutées et réellement interrogées

III. RÉSULTATS

- ***Caractéristiques des patientes incluses***

L'âge moyen des interviewées a été de 38 ans.

La durée moyenne des entretiens a été de 20 minutes, avec un minima à 11 minutes et un maxima à 38 minutes.

Dans cette étude, 59% des femmes avaient un frottis LIEBG, 23% un frottis ASC-US avec un test HPV positif et 18% un frottis autre (AGC ou ASC-H). Aucune femme interrogée n'a présenté de frottis LIEHG (Figure 20).

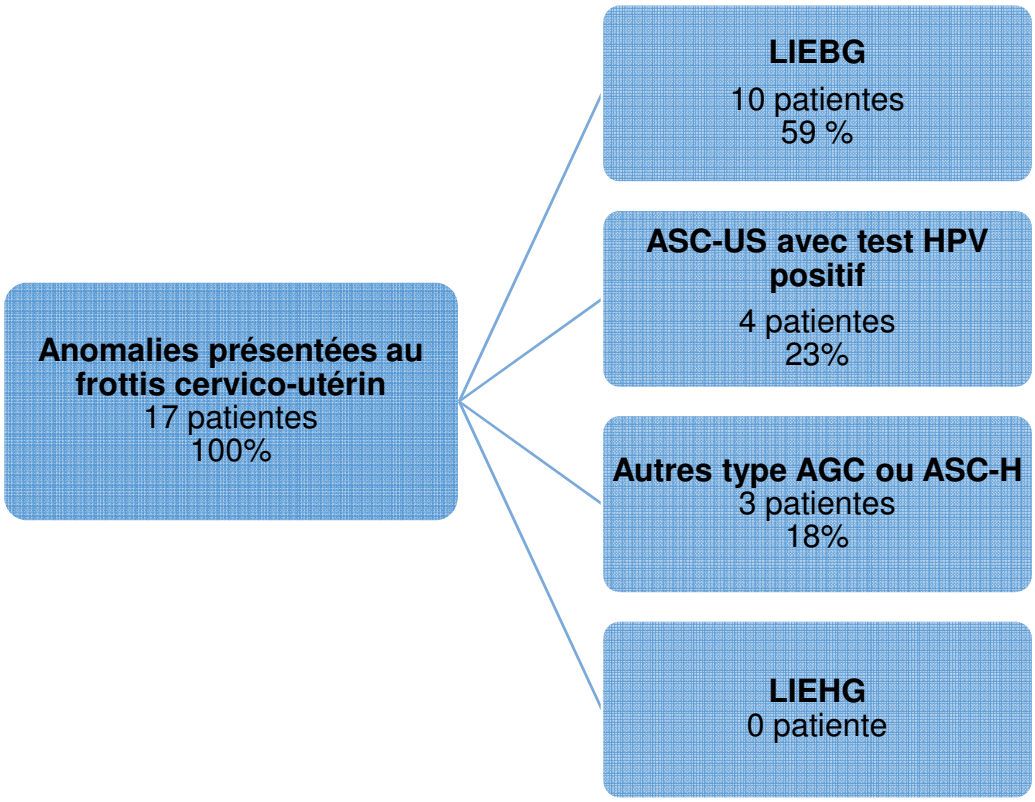


Figure 20 : Anomalies présentées au frottis cervico-utérin par les femmes interrogées

Les différentes caractéristiques sociodémographiques des patientes relevées, le type d'anomalie présentée au frottis cervico-utérin, le médecin adresseur, le moyen d'annonce utilisé et la durée d'entretien ont été reportés dans le tableau 5 ci-après.

Patiente	Âge	Profession	Statut marital	Nombre d'enfants	Type frottis	Médecin adresseur	Moyen de l'annonce	Durée de l'entretien
1	42	Agent d'entretien	En couple	3	ASCUS HPV +	MG faisant de la gynécologie	Résultats du laboratoire	00:19:45
2	39	Graphiste	En couple	5	LIEBG	Gynécologue	Résultats du laboratoire avec lettre du gynécologue	00:24:48
3	41	Anthropologue	En couple	1	LIEBG	Gynécologue hospitalier	Résultats du laboratoire avec lettre du gynécologue	00:19:17
4	29	Cosmétique bio	En couple	0	LIEBG	Gynécologue (non référent, référent habituel MG faisant de la gynécologie)	SMS du gynécologue	00:13:17
5	27	Pétrochimie	En couple	0	ASCUS HPV +	Gynécologue	Résultats du laboratoire en premier puis dans un second temps lettre du gynécologue	00:18:50
6	44	Professeur d'espagnol à la fac	En couple	2 (jumeaux)	LIEBG	Gynécologue	Résultats du laboratoire	00:38:27
7	45	Professeur de français au collège	En couple	0	LIEBG	Gynécologue	Message téléphonique du gynécologue	00:11:07
8	29	Juriste	En couple	0	LIEBG	Gynécologue hospitalier	Résultats du laboratoire avec lettre du gynécologue	00:18:23
9	31	Commerce	En couple	2 (5 pour le couple)	ASC-H	Sage-femme	Appel téléphonique de la sage-femme avec annonce de vive voix	00:12:58
10	31	Planificatrice	En couple	1	ASCUS HPV +	Gynécologue	Appel au laboratoire devant double facturation (frottis + test HPV)	00:21:08
11	47	Invalidité	Mariée	1	LIEBG	Gynécologue	Résultats du laboratoire	00:22:04
12	32	Commerce	Célibataire	0	LIEBG	Gynécologue	Message téléphonique du gynécologue laissé en demandant de rappeler	00:33:35
13	45	Agent de stérilisation	Mariée	2	LIEBG	Gynécologue différent de celui habituel	Appel téléphonique du gynécologue avec annonce de vive voix	00:27:05
14	47	Assistante de direction	Célibataire	0	ASCUS HPV +	Gynécologue (nouveau suite à déménagement)	Résultats du laboratoire avec lettre du gynécologue	00:16:12
15	39	Toiletteuse	En couple	2	AGC	Gynécologue hospitalier	Lettre du gynécologue sans résultat	00:12:44
16	41	Professeur au lycée	En couple	3	ASC-H	Gynécologue	Résultats du laboratoire	00:18:34
17	39	Agent d'entretien en clinique	En couple	1	LIEBG	Gynécologue hospitalier	Message téléphonique du gynécologue	00:19:53

Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques des patientes incluses ainsi que le type d'anomalie présentée au frottis cervico-utérin, le médecin adresseur, le moyen d'annonce utilisé et la durée de l'entretien

A. Annonce des résultats

a. *Mode de réception*

Tout d'abord, force est de constater que le moyen d'information de la patiente n'est pas uniformisé et va dépendre des pratiques de chacun. Ainsi sur les 17 interviewées, il y a eu plusieurs modes de réception concernant leur résultat anormal de frottis cervico-utérin (Figure 21).

Les femmes ont ainsi été informées de leur résultat :

- Soit **par courrier pour 10 d'entre elles**

Certaines ont reçu le **résultat de l'analyse cytologique du frottis cervico-utérin au domicile** après avoir procédé au règlement.

P7 : « Hum… Comme d'habitude je reçois toujours euh… d'abord le courrier pour dire qu'il faut payer pour recevoir ensuite les résultats »

D'autres ont reçu le **résultat du laboratoire accompagné d'une lettre de leur gynécologue**. Cette lettre était, pour toutes, de la même teneur, leur indiquant qu'elles présentaient une anomalie au frottis cervico-utérin sans gravité nécessitant un examen complémentaire.

P14 : « Elle m'avait fait un courrier d'accompagnement « vous avez un frottis anormal mais rien de grave qui »... »

- Soit **par SMS** pour une seule interviewée

Le SMS a été alors de la même teneur que la lettre écrite envoyée par les gynécologues.

P4 : « Moi j'ai été informée par SMS. [...] Que j'avais… que mon frottis présentait une anomalie et qu'il fallait faire euh… une étude… plus poussée. »

- Soit **par message vocal** lors d'un appel manqué pour 2 interviewées (P7 et P17)

P7 : « Sur le répondeur parce que je devais être au boulot ou voilà… pour me dire qu'il fallait que je reprenne rendez-vous parce que y avait un résultat… enfin des cellules anormales sur le frottis. »

- Soit **par téléphone de vive voix** pour 4 patientes, soit directement (3 patientes) soit lors d'un rappel après message laissé demandant de recontacter le cabinet (1 patiente)

Lors de l'annonce téléphonique, celle-ci a été faite soit par une secrétaire du cabinet médical (P12), soit par la sage-femme elle-même (P9), soit par le gynécologue lui-même (P13).

P12 : « Donc de là j'ai rappelé la... la dame qui m'a dit qu'en gros mes résultats... il y avait des choses qui étaient potentiellement... voilà qu'il fallait vérifier euh... »

À noter que pour une patiente (P10), l'annonce a été faite par une secrétaire du laboratoire d'analyse. La patiente ayant reçu deux demandes de paiement au domicile (une première pour le frottis en lui-même, revenu ASC-US et une deuxième par la suite pour le test HPV), celle-ci s'est posée des questions et a contacté le laboratoire. La secrétaire qui lui a répondu s'est retrouvée dans une position complexe, et lui a elle-même fait l'annonce.

P10 : « Non bah en fait du coup… vu que… le laboratoire m'avait déjà dit que c'était parce qu'il y avait des… traces de papillomavirus… en fait voilà je... je l'ai quand même… l'annonce… on me l'a… on me l'a quand même faite ! Même si voilà… la personne que j'ai eu au téléphone, elle a essayé de voilà… de prendre des gants mais c'est vrai que c'était… elle était un petit peu gênée j'ai senti au téléphone de me sortir… de me sortir ça au téléphone... »

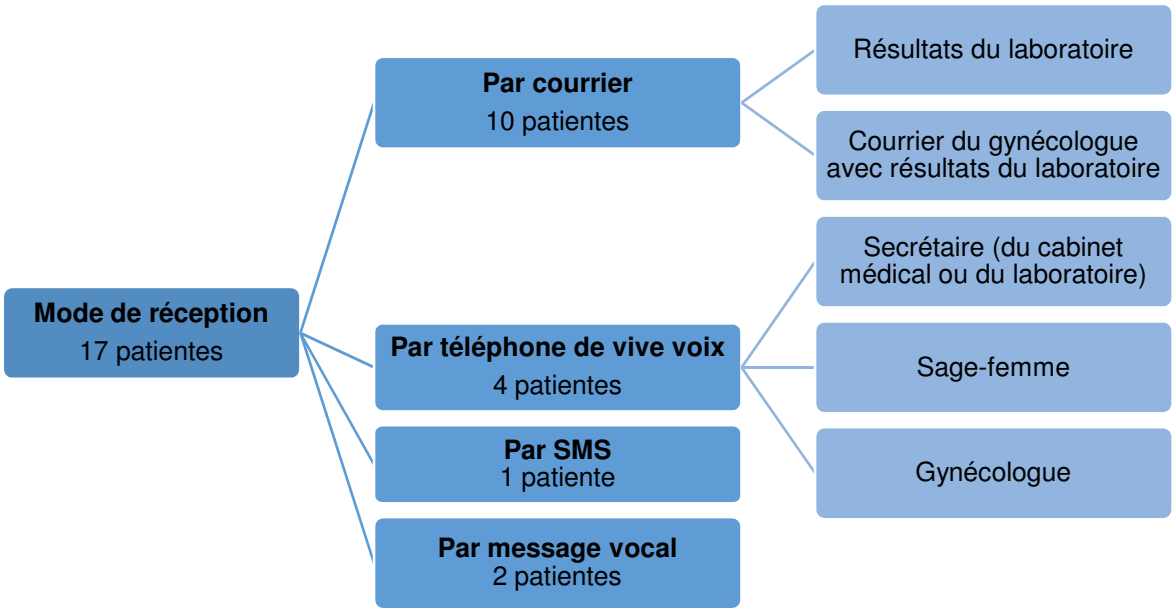


Figure 21 : Les différents modes de réception de l'annonce de frottis cervico-utérin

b. Compréhension des résultats

- **Connaissances préalables à l'annonce du résultat**

Finalement **peu de femmes avaient des connaissances sur l'utilité même du frottis cervico-utérin qui est le dépistage du cancer du col de l'utérus.**

P10 : « Pour moi un frottis beh c'est… non… on cherche… j'en ai pas la moindre idée d'ailleurs hein ! »

Pour la plupart des femmes, le frottis cervico-utérin sert à **rechercher des « anomalies » quelles qu'elles soient.**

P4 : « Donc euh moi frottis égal contrôle pour… anticiper un quelconque problème quoi ! [...] Je pense qu'on a dû me l'expliquer la première fois… Ça commence à remonter quoi... »

Il peut probablement y avoir des **confusions du fait de la possibilité de découverte sur l'examen cytologique de micro-organismes** (*Actinomyces*, *Candida*, herpes...) avec notification de cette découverte dans la conclusion du frottis cervico-utérin.

P16 : « Beh le frottis on le fait… pour voir si… mmh je m'étais dit une bactérie ou un truc, pas forcément que le cancer. Ça pouvait être d'autres choses. »

Certaines, même, **n'ont pas cherché à connaître son objectif**, le considérant comme un examen à faire.

P14 : « J'ai pas cherché à comprendre il faut faire le frottis, faut faire le frottis ! »

Il n'y a que quelques patientes qui avaient des connaissances préalables sur l'intérêt du frottis cervico-utérin dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et notamment sur la notion de **recherche de lésions précancéreuses**.

P8 : « J'imagine… des cellules précancéreuses ou cancéreuses. »

- **Compréhension des résultats**

Pour les patientes dont l'annonce a été faite par courrier, le point majeur qui est ressorti, a été une **incompréhension complète des résultats écrits du laboratoire.**

P3 : « Et ensuite j'ai euh… j'ai lu tout ça mais j'ai pas… pas beaucoup compris hein ! (rires) Pas du tout ! »

Cette incompréhension provenait notamment du **lexique médical utilisé** pour la rédaction du compte-rendu d'analyse.

P6 : « On comprend rien nous du lexique… donc voilà. »

P8 : « J'ai ouvert mon courrier y avait écrit… alors pleins de choses que je n'ai pas trop bien comprises (rires)... et à la fin euh… frottis euh… « blabla bas grade ». [...] Il y a rien qui explique, il y a des termes que l'on ne connait pas… (rires) je pense… pas grand monde, hors milieu médical, qui les connait. [...] et… en fait je pense que le problème c'est que… on comprend pas… enfin on sait pas vraiment… y a pas vraiment qu'est ce qui nous arrive. »

P11 : « Les mots du frottis, les cris avec les k, les machins, je sais pas ce que c'était... euh »

P16 : « On se demande mais déjà ça veut dire quoi ce qui est écrit parce qu'on comprend rien du tout…»

Ainsi une patiente notamment a souligné que, pour elle, le résultat cytologique du frottis cervico-utérin était un **courrier uniquement destiné à être transmis entre professionnels de santé** et non aux patientes qui, du fait du lexique médical, n'ont pas accès à une compréhension éclairée de ce texte.

P4 : « Et la lettre euh… C'est ça quoi avec un mot… je connais… où je comprends que les connecteurs de mots en fait ! J'ai essayé de lire, conclusion… Bah franchement même la conclusion… Ouais la colposcopie est indiquée mais bon voilà quoi il y a pas de… [...] et franchement moi j'en ai rien à faire de ce texte. [...] Ça à la limite c'est un texte qui peut être euh… transmis entre professionnels de santé ça j'entends parce que du coup c'est quand même très clair quoi… Enfin je pense que c'est très clair (rires) ! Mais… mais moi j'ai pas besoin de recevoir un compte rendu comme ça quoi… »

Devant cette incompréhension au niveau du courrier, notamment du résultat cytologique du frottis cervico-utérin, le **niveau d'interprétation a alors été variable** pour chaque femme.

Certaines ont compris que **quelque chose n'allait pas** sans en comprendre la teneur.

P1 : « Quand j'ai eu les premiers résultats, bon j'ai lu. J'ai dit franchement c'est pas bon. »

P6 : « Y avait... quelque chose qui clochait »

Ainsi, **rien que la nécessité de faire un examen complémentaire a alerté certaines femmes**.

P3 : « Donc je me disais il y a quelque chose qui va pas très bien puisque on fait… on fait un autre examen »

Et puis certaines, dès le résultat, malgré une méconnaissance de l'utilité du frottis**, ont pensé directement au cancer.**

P10 : « Tout de suite c'est vrai que j'ai pensé à cancer du col de l'utérus machin enfin bon voilà ! »

P14 : « Ça m'a fait penser au cancer du col de l'utérus quoi ! »

P15 : « Euh... je pense que c'est... c'est le cancer direct ! [...] En fait moi j'imagine le pire... »

En revanche, les femmes informées sur l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus, ont également pensé à la **possibilité de la présence d'une lésion précancéreuse**.

P2 : « Enfin je veux dire dans ma tête c'était précancéreux ça voulait pas fatalement dire euh… cancer [...] Mais en fait tout est ouvert quand on reçoit ce courrier on pense aussi bien… aux… aux premiers stades du… des cellules qui sont à peine abîmées même pas précancéreuses que… qu'au cancer invasif. »

P8 : « Mais je me suis pas dit « oh mon dieu j'ai un cancer ! » je me suis juste dit « bon bah j'ai peut-être des cellules en préparation de » et donc il faut, il faut s'en occuper directement. »

La **compréhension de la signification des résultats est donc très variable d'une femme à l'autre** alors que finalement l'annonce n'a pas été si différente (le courrier

accompagnant du gynécologue n'apportant pas d'explications autres que le frottis cervico-utérin était anormal et que cela nécessitait de réaliser une colposcopie).

Pour les femmes dont l'annonce a été faite par téléphone

Pour la patiente 9, la **sage-femme a de suite évoqué la possibilité d'un cancer**.

P9 : « Elle m'a dit « On va vous faire… un autre examen », elle me dit « Je peux pas vous dire que c'est pas le cancer du col de l'utérus mais on va vous faire un examen qui s'appelle une colposcopie pour… pour vérifier ça ! ». »

Pour la patiente 12, rien que **le fait de recevoir un appel téléphonique, alors que cela était prévu initialement par courrier, a été synonyme que quelque chose n'allait pas**. Lors de l'annonce le mot « cancer » n'a pas été clairement énoncé, mais comme les femmes ayant reçu le résultat par courrier, **le fait de réaliser un examen complémentaire s'est révélé suspect pour la patiente.**

P12 : « Donc bon déjà on m'avait dit qu'on me les enverrait par courrier donc si... déjà je me suis dit si on me les envoie pas et qu'on m'appelle c'est que y a potentiellement quelque chose quoi... [...] à partir du moment où on vous annonce, et, où on vous dit qu'il y a des analyses à faire en plus, c'est que... enfin nous, patient, on se dit qu'il y a forcément quelque chose... qui va pas... c'est pas, on vérifie pas quelque chose qui va bien quoi... enfin.. voilà... [...] Enfin moi pour moi... c'est en gros ça y est quoi je me lançais dans le même combat que... que mes ancêtres quoi... [cancer chez la mère et la grand-mère] »

Pour la patiente 13, le ressenti a été le même que pour la patiente 12 sur le fait de recevoir un appel téléphonique. Elle a également pensé directement au cancer mais le fait d'avoir eu une annonce téléphonique lui a permis de poser directement la question au gynécologue.

P13 : « « Est-ce que c'est le cancer ? », « Non mais bon il faut quand même faire le, le, l'examen » ... [...] Ça veut dire quoi ? début de cancer ? cellule précancéreuse ? Je comprends pas... [...] Beh je sais pas quand on dit frottis... on pense de suite au cancer »

Que l'annonce soit faite par téléphone ou par courrier, la compréhension n'est finalement pas si différente, il y a celles qui comprennent que quelque chose n'est pas normal sans savoir quoi (que ce soit par le résultat en lui-même jugé « pas

bon », par l'appel du gynécologue avec un changement du mode d'information initialement prévu ou par la nécessité de faire un examen complémentaire) et il y a celles qui font le lien avec le cancer ou avec des lésions précancéreuses.

Quel que soit le mode de réception, le niveau d'interprétation des femmes dépend tout de même de leur niveau de connaissances antérieur (notamment de l'existence des lésions précancéreuses) ainsi que de leur histoire de vie (Figure 22).

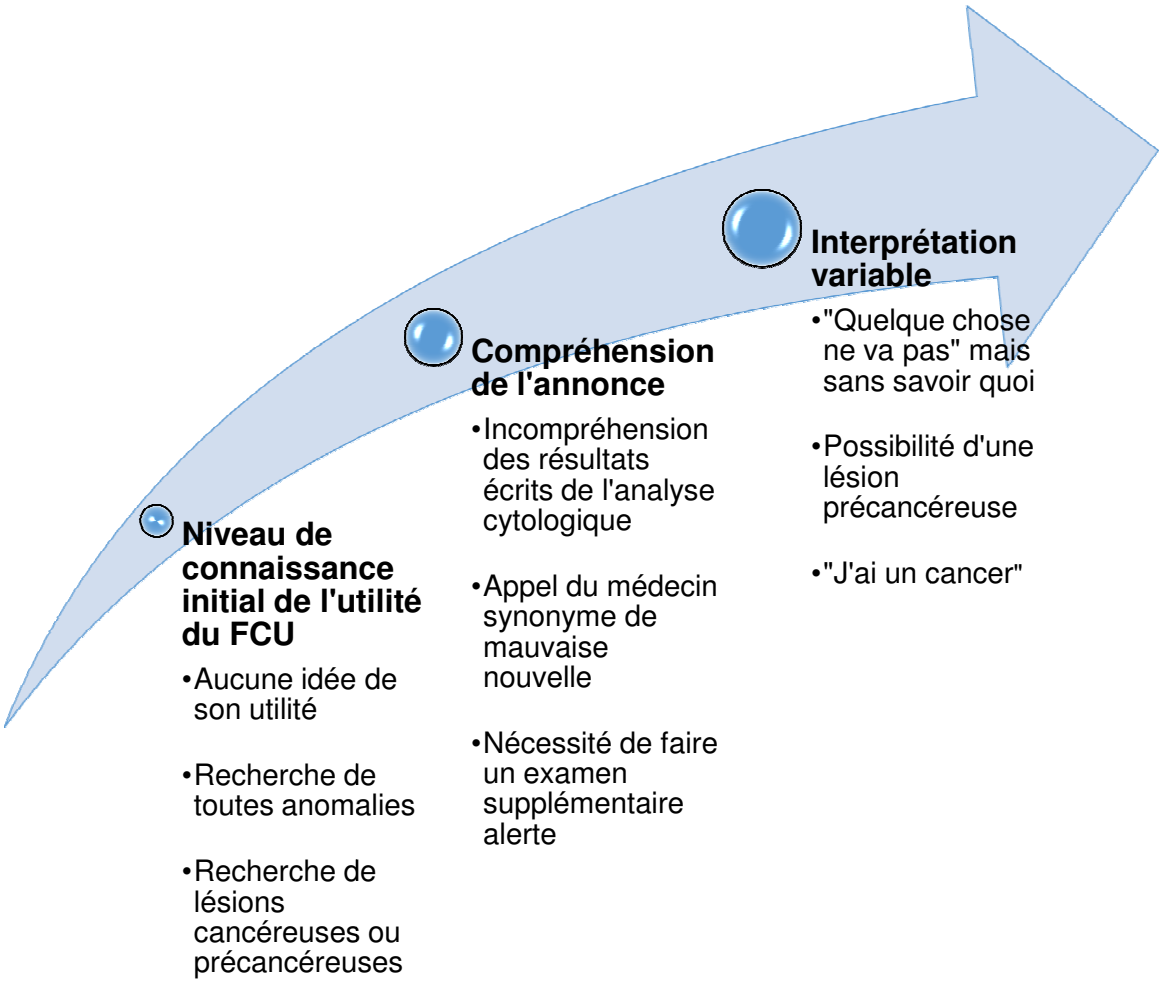


Figure 22 : Le niveau d'interprétation du résultat du frottis cervico-utérin est variable chez les femmes interrogées, dépendant du niveau de connaissance antérieur et de la compréhension de l'annonce

c. Ressenti initial à l'annonce

Lors de l'annonce, les femmes ont alors réagi de façon différente, allant du déni, à la peur jusqu'à l'indifférence (Figure 23).

- **Déni**

2 patientes ont décrit une **période de déni initial à l'annonce**.

P3 : « Alors là j'ai un peu… c'est pas que je me suis pas mis la tête dans le sable mais j'ai un peu… retardé le moment de comprendre…»

P12 : « Enfin... valait mieux que... on va dire l'info là tout de suite dans le moment pour euh.. passer à autre chose et continuer de vivre ma vie comme si de rien n'était plutôt que de... voilà... Parce que c'était soit tout blanc soit tout noir donc euh... [...] Au bout de 15 jours ouais, au bout de 15 jours je me suis dit bon...»

- **Réception de l'annonce difficile**

La plupart ont évoqué une **réception de l'annonce difficile**, avec le résultat vécu comme une mauvaise nouvelle.

P2 : « Après c'est vrai qu'il faut gérer le résultat donc euh… [...] ça a été une info euh… un peu difficile. »

P3 : « Pour… le premier résultat c'est que… je l'ai pris comme une mauvaise nouvelle »

Beaucoup de femmes ont même parlé d'une notion de **choc à l'annonce.**

P15 : « Ça m'a fait un petit choc... de me dire « ouh y a quelque chose ». »

P16 : « Euh… Pfou je sais pas comment dire… euh ouais un choc... »

D'autant plus que certaines femmes avaient oublié avoir fait le frottis et, compte tenu des résultats antérieurs normaux, **ne s'attendaient pas à un résultat anormal**.

P13 : « J'ai été faire... mon frottis euh mi-décembre euh... Donc ça s'est bien passé et euh... entre les vacances de Noël et puis Noël j'ai vraiment oublié que j'avais fait le frottis... [...] Du coup elle me dit qu'elle avait reçu mes... mes résultats et que c'était pas très bon et que... Alors à ce moment-là je crois qu'on n'entend plus rien... On a le cœur qui bat à 300 à l'heure, on s'y attend pas déjà... [...] Moi je pensais que

c'était... voilà j'ai toujours eu des résultats voilà de bons frottis et euh... et je crois qu'à ce moment-là... la tête qui tourne euh... le cœur qui bat à 300 à l'heure, en 1 seconde et demi, on s'imagine 1 milliards de trucs... Voilà... [...] Après c'est vrai que juste l'annonce ça, ça a été... j'ai vécu un choc voilà...»

Une patiente a même fait allusion à une **notion de traumatisme**.

P1 : « Ah oui ça m'a (sanglots dans la voix) traumatisée… »

De manière générale, certaines femmes ont présenté une **grande sensation de mal-être**.

P2 : « J'étais très mal… moi j'étais pas bien... »

- **Peur et angoisse**

Cette nouvelle a également suscité certaines angoisses et peurs chez les patientes pour différentes raisons :

- Soit **concernant le résultat en lui-même et ce que cela impliquait**

Beaucoup de patientes ont eu une **sensation de peur générale** après l'annonce des résultats.

P1 : « Je me suis caguée et tout [...] Oui, ouais, non mais j'ai peur… [...] Ah ouais les… Mais je pleurais tous les soirs.»

P2 : « Après il y a eu de l'angoisse hein. Non il y a eu vraiment de l'angoisse et une phase où j'ai vraiment été pas bien, où je pleurais tous les jours. »

P10 : « Bah j'avais un petit… Ouais j'étais un peu flippée… forcément j'étais ouais… je me suis… j'étais un petit peu flippée quand même…»

Pour d'autres, cela a été **le fait de ne pas savoir ce qu'il se passait** qui les a stressées.

P8 : « En fait c'est l'inconnu qui… qui… qui est un peu stressant. »

Et du fait de cette ignorance, **certaines femmes ont imaginé le pire**.

P15 : « Et voilà et du coup... du coup... on flippe un peu... Pas rassurant quoi... parce qu'on s'imagine tout de suite le pire bien sûr ! (rires) Le cerveau est mal... fait ! »

Le pire s'est résumé à **la peur d'avoir un cancer** chez certaines patientes.

P9 : « Mais bon c'est vrai que le mot cancer par contre fait peur ! [...] Donc c'est plus ça qui m'a… qui m'a un peu inquiétée parce que tout de suite on s'imagine chimiothérapie et compagnie… »

P17 : « Mais j'avais toujours cette peur... euh de dire non j'ai pas envie d'avoir un... cancer parce que voilà... [...] ça m'a fait très peur en fait... par rapport à ça ! »

Notamment une femme a **évoqué la peur de la mort**.

P14 : « Et oui, oui je me suis vue... je me suis vue mou…, enfin presque mourir, ah ouais, ouais ! [...] Je sais pas ! Je me suis dit je vais... pas je vais mourir mais oui quasiment, presque ça... »

- Soit **concernant leurs enfants**

Ainsi à la réception du résultats, certaines femmes ont surtout parlé d'**une peur pour leurs enfants**, particulièrement de les laisser s'il leur arrivait quelque chose.

P10 : « C'est pas pour moi que j'ai flippé en fait c'est surtout pour ma fille du coup, pour ma famille… [...] non j'ai pas vraiment envie que ma fille grandisse sans moi. C'était surtout ça ! »

P13 : « Et euh... Et après on a peur hein, on a peur... En fait moi j'ai, j'ai peur pour mes filles bizarrement... »

Et plus précisément, la patiente 10 a mentionné surtout une **crainte d'une possible transmission à sa fille.**

P10 : « Donc c'est ça après c'était pour la petite aussi… pour savoir si elle avait pu l'attraper, si c'était transmissible à la naissance euh… [...] C'était, voilà, c'était plus pour la petite en fait, pour savoir si vraiment il y avait un risque qu'elle attrape quoi que ce soit, parce que si je prends la douche avec elle, est-ce que je peux lui transmettre ? »

Il y a eu également chez la patiente 5, non pas une crainte pour des enfants qu'elle n'avait pas, mais une **crainte de ne, peut-être, pas pouvoir en avoir à la suite de ce résultat avec une inquiétude concernant sa fertilité**.

P5 : « La mère d'une de ses copines qui l'avait eu. Et en fait elle qui avait été à un…

qui avait un stade cancérigène et tout ça, sauf que beh malgré ça elle m'a dit « t'inquiète pas ils ont réussi à la soigner sans problème, ça a été pris à temps, elle a pas perdu la fertilité ». Parce que c'était ça aussi… »

- **Notion de fatalité**

D'autres patientes ont fait apparaître une **notion de fatalité avec une influence de leur histoire personnelle et familiale sur leur ressenti :**

- Soit après un **enchaînement de problèmes médicaux personnels**

P3 : « Et euh… je me suis dis « Tiens ben un truc de plus (rires) ! On est dans la catégorie mauvaises nouvelles » »

P7 : « Et c'est vrai que… je revenais d'une opération d'un cancer de la thyroïde et après je me suis dit encore une… une saleté. C'était un peu angoissant. [..] Parce que moi la première réaction ça a été j'ai… j'ai… une merde après l'autre ! Familièrement voilà ! »

- Soit après un **enchaînement de problèmes médicaux familiaux**

P2 : « « Bah voilà quoi après ma sœur c'est moi » quoi donc euh… C'était un peu fatalité et en me disant beh… Beh il me manquait plus que ça »

- **Absence d'inquiétude**

Seulement 3 patientes (4,6 et 9) n'ont pas vraiment été inquiétées par le résultat du frottis cervico-utérin en lui-même.

P9 : « Ce qu'elle m'a dit, ça m'a pas vraiment inquiétée parce qu'elle m'a dit « il faut… il faut refaire un examen un peu plus approfondi parce qu'il y a des anomalies au niveau de vos cellules tout ça ». »

Notamment pour la patiente 6, sa seule inquiétude n'a pas porté sur le résultat en lui-même mais sur la notion d'urgence dans la réalisation des examens complémentaires du fait d'un départ en vacance imminent.

P6 : « Donc moi ma seule inquiétude ça a été de lui dire est-ce que c'est urgent… »

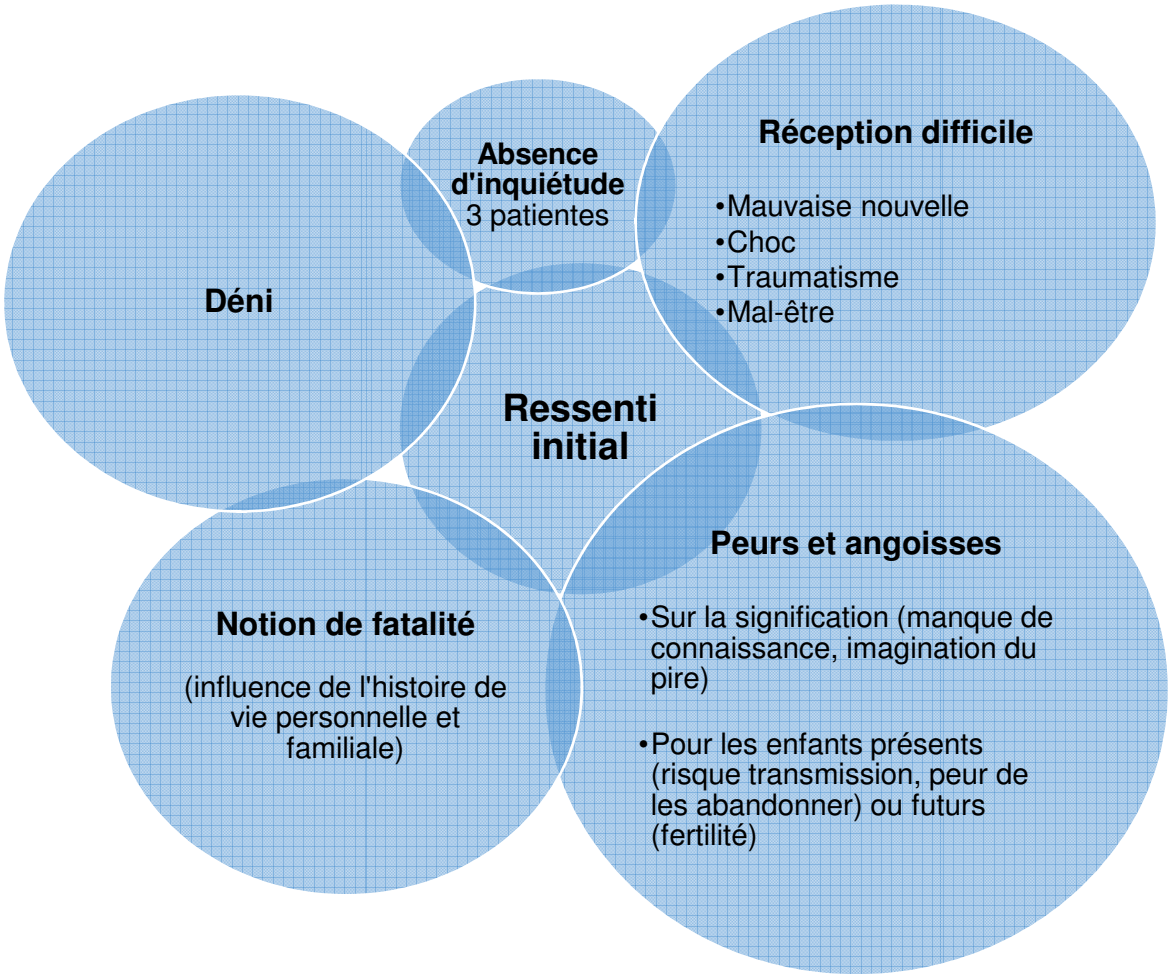


Figure 23 : Le ressenti initial des femmes à l'annonce du résultat de FCU anormal

B. Réactions suite à l'annonce

Par la suite, après le premier ressenti, les femmes ont eu 3 types de réactions en commun : la recherche d'informations, la recherche de soutien et la prise de rendez-vous rapide pour la colposcopie (Figure 24).

a. Recherche d'informations

Une majorité des femmes, après l'annonce, ont ressenti un besoin presque urgent de recherche d'informations.

P2 : « J'ai cherché sur… de milles façons ! »

- **Soit auprès de professionnels de santé**

La plupart des femmes se sont tournées **initialement vers le médecin qui a réalisé le frottis ou vers le médecin qu'elles considéraient comme leur référent en gynécologie**, soit lors de l'annonce pour celles qui ont eu un appel téléphonique, soit suite à la réception de la lettre.

La plupart ont essayé de le joindre **par téléphone**.

P1 : « Et du coup moi j'ai réessayé de ravoir mon docteur, mon docteur. »

P 10 : « Donc j'ai appelé la gynécologue qui m'avait envoyé... donc qui m'a fait le frottis »

P16 : « Alors après j'ai appelé la gynéco beh dès que j'ai pu »

Chez certaines patientes, il a existé une **vraie notion d'urgence à les contacter**, comme pour la patiente 11.

P11 : « Et donc j'ai appelé mon gynécologue d'urgence ! »

Lorsque le médecin restait, ou était supposé, non joignable au téléphone, certaines femmes ont préféré **se rendre directement au cabinet** comme la patiente 2, notamment car le médecin s'était rendu disponible de cette façon préalablement.

P2 : « Alors je me suis déplacée euh… pour la voir. Parce qu'elle m'avait dit « s'il y a quoi que ce soit… revenez me voir ou… téléphonez-moi » mais bon elle est pas, elle est pas joignable quand on l'appelle parce que… elle est en… forcément, en consultation. Donc j'ai préféré me déplacer au cabinet parce qu'elle m'avait laissé

euh la possibilité et en fait entre deux portes, elle était, bien sûr, surchargée elle m'a juste dit « ne vous inquiétez pas c'est rien, c'est rien, euh, pas de soucis c'est rien allez à l'hôpital, faites la colposcopie et ensuite on reprendra rendez-vous ». »

D'autres ont **pris rendez-vous** auprès du secrétariat. Mais les rendez-vous étant assez éloignés, souvent celles-ci ne sont pas contentées d'attendre mais sont allées chercher ailleurs (notamment sur internet) avant le rendez-vous. Le professionnel de santé est alors passé en deuxième ligne au niveau de l'information.

P7 : « J'ai regardé un peu sur internet [...] Et puis après j'ai eu le rendez-vous avec la gynéco. »

D'autres patientes, en appelant leur médecin référent, ont pu **discuter avec un assistant médical** comme c'est le cas de la patiente 10.

P10 : « Donc j'ai appelé la gynécologue qui m'avait envoyé... donc qui m'a fait le frottis. Et euh... j'ai pas eu le médecin, j'ai eu que l'assistante... médicale. »

Certaines, **devant l'absence de réponse de leur référent en gynécologie, se sont tournées vers leur médecin généraliste ou vers n'importe quel autre médecin ou intervenant étant un professionnel de santé.**

P5 : « Du coup j'ai essayé d'appeler ma gynéco pendant 4 jours de suite et répondeur, répondeur, répondeur. Soit disant elle était en congés… Euh j'ai appelé mon médecin traitant qui malheureusement n'était pas là non plus… Là j'ai fait scandale au bureau j'ai dit « donnez-moi n'importe quel médecin mais donnez-moi un médecin ! ». »

P9 : « Et puis le lendemain j'avais rendez-vous avec la sage-femme qui me… qui me faisait la rééducation du périnée. Donc j'en ai discuté un peu avec elle et elle aussi m'a rassurée en me disant que c'était… que c'est pas anodin mais c'est… voilà c'est pas non plus… ».

P14 : « Et après oui, et après je crois une semaine après avoir eu mes résultats, je suis allée voir le généraliste et il m'a rassuré aussi ! Il m'a dit « mais fallait pas rester dans cet état ! ». »

Pour la plupart, de ce qui a été rapporté par les patientes, le **contact s'est limité à de la réassurance succincte avec renouvellement de l'indication de faire un examen complémentaire** pour en savoir plus.

P1 : « J'ai réussi à l'avoir et elle m'a dit « Non ne vous inquiétez pas on prend… on se voit… avec les résultats, on attend le deuxième… » de ça là… [attente du test HPV] Oui voilà le test… Mais elle m'a dit « Mais pour l'instant ne vous alarmez pas ». »

P7 : « Beh elle m'a fait l'ordonnance. Elle m'a dit que y avait rien d'inquiétant mais qu'il fallait faire cet examen-là. »

Quelques patientes ont néanmoins pu **poser des questions précises sur leur inquiétude principale**, HPV pour une (patiente 10), cancer pour l'autre (patiente 13).

P10 : « Euh... et je lui ai posé des questions parce que c'est vrai que euh… bon... papillomavirus... »

P13 : « Ouais... Bah honnêtement c'est un peu... c'est un moment, je, je, la première question que j'ai posé c'est « est-ce que c'est cancéreux ? est-ce que c'est un cancer ? ». »

- **Soit auprès de leur entourage**

Lorsque les femmes se sont tournées vers leur entourage dans le but de rechercher des informations, elles ont alors ciblé 2 types de personnes : celles ayant une formation médicale ou paramédicale ou celles ayant déjà fait face, ou connaissant quelqu'un ayant déjà fait face, à ce genre de problème.

Certaines femmes se sont ainsi adressées à **leur entourage ayant une formation médicale ou paramédicale** (quel que soit leur domaine d'exercice).

P1 : « La petite… euh… copine à mon fils, sa mère elle est infirmière, donc du coup j'ai pris mes résultats, j'ai envoyé, j'ai dit « qu'est-ce que c'est », enfin « dis à ta mère si elle s'y connait un peu qu'elle me dit si c'est bon ou pas bon » »

P5 : « Euh… ma sœur qui est infirmière, j'ai essayé de l'appeler pour avoir des infos elle m'a dit « mais je travaille pas du tout dans ce secteur donc je peux pas te renseigner du tout ». »

P12 : « J'ai la chance d'avoir ma meilleure amie donc qui a un frère qui est radiologue, donc qui a potentiellement des amis qui sont dans le milieu médical... et qui voilà... et qui, qui ont, qui ont, on va dire... rassurer le truc... »

P14 : « Le truc c'est que j'ai appelé une amie qui est médecin urgentiste… j'ai photographié les résultats et elle m'a rappelé genre 20 minutes après en me rassurant et je crois qu'heureusement que... [...] Enfin après quand j'ai eu... mon amie qui est médecin elle m'a tout de suite rassurée et ma, la pression elle est retombée quoi ! »

Et d'autres encore ont sollicité des personnes de leur entourage ayant eu **une expérience de près ou de loin avec un FCU anormal ou un cancer du col de l'utérus.**

P9 : « Ma cousine a eu ça aussi l'année dernière donc j'en ai discuté un peu avec elle. [...] Et du coup le fait que ma cousine ait vécu la même chose, bon, beh elle a répondu finalement à mes questions... »

P10 : « J'en ai parlé à ma meilleure amie parce que du coup je travaille avec elle et que sa sœur l'a eu donc… je… voilà… au moins avoir son avis. »

P12 : « J'en ai parlé à une amie parce que je savais qu'elle avait eu des problèmes à ce niveau-là... et euh donc du coup je lui ai demandé qu'est-ce qu'elle avait eu mais sans... sans lui dire que moi j'avais quelque chose hein ! »

P16 : « Et puis j'ai appelé une copine qui en avait une qui elle avait eu euh… un… [...] Oui ça c'était vraiment par rapport à son expérience parce que j'aurais pu en appeler une autre ou voilà et j'ai appelé celle… »

La discussion avec cet entourage non médical ou paramédical a été à double tranchant :

- Soit avec un **essai de réassurance**,

P4 : « J'ai une amie qui a eu le cancer du col de l'utérus elle m'a dit « T'inquiète pas c'est pas grave ça se soigne très bien ! »… Voilà c'est pas… »

Essai seulement notamment pour la patiente 8 qui était bien au clair sur le fait que ce ne sont pas des professionnels de santé.

P8 : « Après hum… j'en ai aussi discuté avec des copines qui ont eu une fois le même résultat… et toutes m'ont dit « ne t'inquiète pas, tant que c'est pas haut grade normalement ça va » (rires). Après ce sont pas des, des professionnelles donc euh… »

- Soit au contraire avec **l'écoute d'un parcours mitigé ou compliqué** avec quelque fois la naissance de nouveaux questionnements,

P9 : « Ma cousine m'avait dit de toute manière on peut rien y faire c'est tellement répandu euh… Et elle m'a… c'est elle qui m'a mis le truc en fait. Parce que… Au début j'avais ce sentiment mais elle a… mais elle a… ça a accentué quand elle m'a dit « mais visiblement ça passerait même à travers les préservatifs » donc on peut pas… on peut pas lutter contre quoi. »

P16 : « Oui et puis elle c'était vraiment euh… bah elle ça a pas été cool pour le coup… donc euh… donc du coup… donc elle, elle l'a plutôt mal vécu... »

Enfin, pour une patiente (patiente 5), elle s'est tournée vers une amie, non pas pour son appartenance à une profession médicale ou paramédicale ni pour son expérience, mais **pour faire des recherches à sa place**, la considérant comme plus objective qu'elle.

P5 : « Comme je disais mon amie thésarde elle s'est penchée sur le sujet [...] Et puis après j'ai laissé ma copine chercher…[...] parce que je me suis dit elle ira plus loin que moi et… elle comprendra peut-être mieux…[...] du coup j'ai dit je la laisse gérer et puis bah elle me dira ce qu'elle peut comprendre. Elle a essayé de m'aider un peu. »

- **Soit auprès d'internet**

Pour la plupart des femmes, la réaction majoritaire a quand même été d'aller **faire des recherches sur internet**, et rares sont celles qui ne l'ont pas fait.

P5 : « Alors après euh… beh j'ai… comme tout le monde je pense, j'ai été cherchée un peu sur internet. »

P7 : « Après les résultats papiers, on cherche sur internet et après… »

P10 : « Donc après j'en ai parlé à mon conjoint, on en a discuté, parce qu'on s'inquiétait parce que forcément on a regardé sur internet ! »

P14 : « Enfin j'ai lu les résultats d'analyse après je suis allée sur internet bien sûr... »

Certaines n'y sont allées que lorsque leur médecin est resté injoignable.

P11 : « Entre temps j'arrivais pas à la joindre [sa gynécologue] donc j'ai fait tout par internet et c'est vrai ça fait très peur de... de voir ça ! Parce que justement on voit ça du coup, du coup on va sur internet obligatoirement ! »

Certaines s'en sont mêmes contentés, même lorsqu'elles ont revu un professionnel de santé par la suite comme pour la patiente 7.

P3 : « J'ai pas cherché d'informations ailleurs sinon sur internet… »

P7 : « Là…elle [gynécologue] m'a pas expliqué quoi, j'avais vu sur internet du coup comme j'avais vu, j'ai pas demandé mais… »

La plupart des patientes **ont ciblé leur recherche notamment sur l'acte de la colposcopie** en lui-même qui, la plupart du temps, ne leur évoquait rien.

P9 : « J'ai regardé dans un premier temps ce que c'était que cet examen et comment il se… comment il se faisait. Qu'est-ce qu'on recherchait par le biais de cet examen et puis… »

P12 : « Bah forcément les infos quand on les a pas euh... alors après moi je fais pas partie de ceux-là les hypochondriaques à aller chercher trop pour me faire flipper... Euh vu que j'étais plus dans le... je vais faire comme si de rien n'était, je suis juste allée chercher en quoi consistait la colposcopie c'est tout. »

P15 : « Ouais c'est pas... déjà regarder ce qu'était l'examen... parce que « colposcopie » pff connais pas (rires) ! Connais pas, je connais pas ce mot (rires) donc j'ai fait une petite recherche vite fait. »

Certaines ont aussi également **recherché le vocabulaire médical** qui leur faisait défaut pour comprendre le résultat de frottis.

P7 : « J'ai regardé un peu sur internet parce que y a beaucoup de mots compliqués qu'on… qu'on connait pas. »

Les autres recherches ont concerné **les résultats du FCU, l'HPV et notamment son mode de transmission et le risque pour le conjoint,...**

Concernant la recherche en elle-même, certaines patientes étaient conscientes de la nécessité de **cibler les sites consultés** (sites médicaux, sites professionnels, thèses de médecin...) pour la recherche notamment en évitant les forums.

P2 : « J'ai cherché par moi-même euh… sur les sites… qui me paraissaient les plus fiables au niveau santé hein j'ai bien sûr évité les forums et tout ce qui s'en suit hum…»

P3 : « Il y avait des sites vraiment médicaux… qui étaient… et puis il y avait… je me rappelle plus des noms spécifiques mais c'était des sites universitaires… »

P5 : « Alors après euh… beh j'ai… comme tout le monde je pense j'ai été cherché un peu sur internet en essayant de prendre des… vraiment des sites de docteur. J'ai fait aucun forum je veux pas lire ces trucs-là »

P7 : « Même des sites euh… réservés aux médecins ou des documents faits par des gynéco pour… destinés aux femmes, des documents d'information… pour dire comment… en quoi ça consistait. »

P14 : «J'ai même essayé de lire les thèses de médecins où j'ai rien compris ! »

P15 : « Bah après je lis pas tout et n'importe quoi, il faut savoir regarder là où il faut parce que... des fois il y a de quoi avoir peur ! Les gens sont pas rassurants sur internet, ils se lâchent un peu je trouve ! C'est pas beau ! »

D'autres ont choisi **plusieurs sources pour recouper les informations**.

P3 : « Tout se recoupait j'ai vu que voilà… y avait pas de… au niveau de l'information. Il n'y avait pas d'informations contraires. »

P4 : « Moi je me… je me satisfais pas d'une réponse. J'ai croisé plusieurs informations et… »

L'utilité d'internet va alors dépendre beaucoup de la personnalité des femmes et du mode de recherche qu'elles vont employer (sites ciblés, recoupe des informations ou au contraire recherche large notamment avec des forums...).

Chez certaines femmes, leur recherche **n'a pas été rassurante avec des angoisses** notamment sur le cancer du col de l'utérus mais aussi devant la découverte des autres pathologies liées à l'HPV.

P1 : « Mais bon quand même sur internet ils expliquent mal … »

P2 : « Ce qui m'a perturbé principalement, c'est de lire que le papillomavirus et les cancers pouvaient… liés au papilloma… pouvaient faire des cancers de la gorge, de l'anus euh… de la bouche euh… de la vulve, enfin tout ça. »

P6 : « C'est le, le… sur le coup quand j'ai eu le frottis euh... de regarder et de pas savoir parce que quand c'est irrégulier donc on regarde et ce qui circule sur internet c'est pas génial… parfois... [...] C'est ça qui fait le plus peur ! [...] de suite on voit lésion et… qu'on parle de cancer du col de l'utérus. Donc c'est vrai c'est un peu angoissant. »

P13 : « Et on voit un truc de mauvais, on psychote en se disant mais c'est ça que j'ai et d'un coup on a tous les symptômes qui font que et... et après je vous dis on rentre dans une psychose où c'est... c'est... ah j'ai mal là, j'ai mal là et.... »

Et certaines patientes en sont mêmes venues à **autocritiquer leur réflexe de chercher sur internet**.

P9 : « Bon après je me suis un peu renseignée… forcément… Sur internet et tout ça [...] Parce que bon en général je fais toujours ça alors que je sais que je devrais pas (rires), dès qu'il y a un truc je regarde sur internet [...] Ben le truc à pas faire quoi (rires) ! Mais franchement là pour le coup pour flipper c'est le meilleur moyen ! »

P11 : « Et sur internet faut en prendre et en laisser… »

P14 : « Enfin j'ai lu les résultats d'analyse après je suis allée sur internet bien sûr... regarder bien des trucs qui foutent la pression... (rires) après...[...] je le sais en plus j'ai des copines qui avaient eu des problèmes je leur avais dit « ne regarde pas euh... docto... » je sais plus quoi… je sais plus quoi là… le truc là… doctissimo ! Alors on le dit aux autres... Fais ce que je dis, ne fais pas ce que je fais ! [...] Oui internet c'est une grosse connerie ! Je le ferais plus ! »

Pour d'autres, cette recherche a été **rassurante**.

P3 : « J'étais contente de trouver quelque chose sur internet oui ! [...] Et euh heureusement qu'il y a internet en fait ! Parce que sinon je sais pas si… sinon ça se serait moins bien passé en fait ! Je me serais fait plus de soucis… qui auraient durés dans le temps… »

P9 : « Bah pff de manière générale c'est… même ce qu'on lit sur internet euh… c'était aussi assez rassurant quoi ! »

Enfin pour une patiente la **recherche n'a pas été fructueuse**.

P2 : « Donc voilà après je sais même pas si j'ai la réponse... »

Rares sont les femmes qui n'y sont pas allées comme la patiente 8.

P8 : « Je… j'ai pas regardé sur internet parce que je sais qu'on peut voir tout et n'importe quoi ! »

b. Recherche de soutien

Après la recherche d'information, c'est la **recherche de soutien** qui apparait comme importante pour les femmes.

Certaines **ont été très ouvertes et en ont parlé très facilement**.

P16 : « Après moi j'en parlais assez ouvertement... parce que y a un côté aussi où… enfin, pour le cancer du sein notamment, ou peut-être d'autres je sais pas si c'est pareil mais… on est malade mais en fait ça se voit pas… [...] Euh… et euh… et puis beh d'en parler au moins y a un côté où on sait qu'il y a quelque chose qui va pas et on peut… compatir aussi un peu, même si on attend pas forcément ça des autres mais… mais voilà [...] Mais voilà c'était… c'est le moyen de… de partager, d'être rassurée, enfin rien que de parler aussi… on sort aussi nos angoisses et… un petit côté… même si au final c'est… on sait pas… on sait toujours pas quand même mais voilà on a dit les choses et… ça fait du bien ouais ! »

P17 : « Ça m'a... ça fait un mois... là, à peu près, j'ai parlé à tout le monde, à mes proches, mon frère... »

D'autres, à l'inverse, **ont abordé le sujet de façon moins importante considérant cette information comme étant du domaine de l'« intime ».**

P15 : « Ouais dans l'entourage après ça, ça reste quelque chose d'intime c'est euh... C'est pas facile à en parler... »

- **Auprès de la famille**

Généralement en premier les femmes ont appelé soit leur **mère** soit leurs **sœurs**.

P16 : « Puis après il faut rester… calme… alors j'ai appelé ma maman ! »

P3 : « Euh… ma sœur aussi elle m'a dit tout de suite « je vais t'accompagner t'inquiète pas ». »

P5 : « À ma seconde sœur qui a un an de plus que moi où bah j'ai pu en parler ouvertement. »

Elles vont également se tourner vers **tous les autres membres de son entourage**.

P12 : « J'ai la chance d'avoir un bon entourage... qui est pas voilà, qui est pas, qui est pas proche parce qu'ils sont pas dans la région mais au moins... on va dire positivement très présent... »

P17 : « Et euh ma cousine aussi, ma cousine aussi tout le temps qu'elle m'appelle, bon... c'est vrai qu'elle fait attention surtout exceptionnellement aujourd'hui, elle arrête pas de m'appeler ! »

Chez certaines femmes, les **seules personnes à qui elles ont pu parler se sont d'ailleurs résumées à leur famille** :

P17 : « J'ai parlé qu'à un frère, ma cousine c'est tout. »

Même si quelque fois **elles n'ont pas trouvé le soutien attendu**.

P15 : « Ma mère est au courant... et comme c'est pas une personne qui est (rires)... encourageante elle m'a pas rassurée du tout, elle est... je crois qu'elle a encore plus peur que moi ! »

Autant certaines femmes n'ont pas ressenti de frein à en discuter avec leurs familles, autant **certaines n'ont pas souhaité en parler à leur entourage familial** :

- Soit du fait qu'elles ont pensé que les membres de leur entourage ne seraient **ni utiles ni soutenants** (comme la patiente 2)

P2 : « Et eux, ils sont des fois complètement à côté de la plaque donc euh… Je sais pas comment ils pouvaient m'aider. Ils m'auraient pas été d'un grand recours d'autant que ma mère n'est pas euh… spécialement… c'est pas son point fort de réconforter en fait. »

- Soit **pour les préserver**

P2 : « Je pense que j'ai un peu épargné tout le monde. »

P4 : « Non parce que j'ai pas envie d'alarmer pour rien. En fait, le truc c'est que tant que je suis pas en mesure d'expliquer réellement ce que c'est, je cherche des informations de manière assez… [...] Mais après la famille, non, j'ai pas envie d'en parler parce que je sais que ma mère elle va… elle va s'inquiéter. »

La patiente 12 a ainsi essayé de préserver sa mère mais devant son changement d'attitude, elle a préféré l'informer pour justifier son comportement.

P12 : « Je m'étais pris la tête la veille avec elle et je pense que y avait un... un lien du fait de pas lui dire les choses et de les garder pour moi et... [...] et du coup le lendemain j'ai pris la décision de lui dire en fait parce que... juste qu'elle comprenne le pourquoi j'ai été euh... comme ça et... et voilà et aussi entre guillemets à fleur de peau en ce moment. [...] Bah j'ai eu très peur en fait de lui faire du mal... [...] Et c'est vrai que de lui en avoir parler, j'avais surtout peur, ouais, qu'elle... que ça la culpabilise de se dire « oh putain ma fille elle a la même chose que moi quoi »... »

- **Soit auprès d'amis, surtout féminines**

La plupart des femmes en ont également parlé autour d'elles, surtout **auprès d'amis, pour leur soutien.**

P5 : « Après bah comme tout le monde hein j'ai appelé un peu autour de moi… Les copines. »

P13 : « J'en ai juste parlé à une amie... intime... »

P17 : « Oui alors j'ai parlé avec une amie qui... en fait j'ai parlé à des gens qui sont très proches à moi ! »

Il est à noter **qu'elles se sont surtout tournées du côté féminin.**

P15 : « Si, les amies, les filles, les femmes, on en parle surtout entre femmes ouais!»

c. Place majeure de la colposcopie

Dès l'annonce du résultat et l'explication de la nécessité d'un examen complémentaire, la colposcopie a pris une place majeure dans la vie des femmes et

la plupart ont considéré la prise de rendez-vous comme étant **la chose à faire rapidement**.

P14 : « J'ai essayé de vite... alors oui. Le soir même, j'ai voulu prendre rendez-vous sur doctolib avec le Dr D [...] Oui, oui j'ai fait tout, tout de suite, le soir même... Toute façon moi... je laisse pas trainer les choses ! Mais là euh... »

Notamment la notion de **prise de rendez-vous par rapport à leur cycle menstruel** a été aussi angoissante.

P2 : « Beh avec l'angoisse, essayer de gérer mon rendez-vous de colposcopie euh… en fonction de mes cycles. »

P3 : « Par contre j'ai quasiment tout de suite essayé de prendre un rendez-vous quand j'ai compris qu'il fallait faire l'examen dans une période bien précise après les règles etc. »

Lorsque le rendez-vous a été pris et surtout quand cela s'est fait de façon rapide, les femmes **ont éprouvé un net soulagement**.

P2 : « Ça m'a soulagée quand je suis allée sur internet et que j'ai vu qu'il était possible de prendre rendez-vous sur internet et d'avoir… de pouvoir déterminer une date pour la colposcopie, je me suis sentie réellement soulagée ! »

P12 : « Une fois le rendez-vous pris ça m'a un peu allégée en mode euh, j'étais quand même fière de moi de me dire bon... [...] On va dire j'ai fait ce qu'il fallait, en temps et en heure. »

Effectivement, pour ces femmes, la colposcopie était considérée comme **l'examen pouvant leur apporter des réponses**.

P2 : « Et voir quand est-ce que ça tombait pour pouvoir me définir qu'elle allait être la période d'attente en réalité… [...] Puisque pour moi, c'est ce qui… ce qui va définir… ce qui se passe ! [...] Donc c'était plus ça… voilà… et d'attendre ce rendez-vous pour avoir éventuellement quelques réponses aux… immédiates à certaines angoisses… »

P8 : « Donc oui c'est vrai que avec tout ce qu'on entend sur le cancer et les maladies et puis du fait que c'est à l'intérieur, on peut pas vraiment voir… Bah disons que oui y

a… je pense qu'il y a une partie de… de stress jusqu'au moment où on a le… le rendez-vous et qu'on peut être un petit peu rassurée ! »

Et enfin, chez certaines femmes, **l'approche de la colposcopie** après un certain délai **a fait ressurgir des angoisses.**

P8 : « Par contre… le jour du rendez-vous j'étais un peu stressée ! »

P12 : « Ah oui ! Ah oui ! Juste là... là ça fait 3-4 jours... déjà non y a le... le stress qui remonte mais où, en fait, on le sent pas trop venir, c'est plutôt insidieux. »

P15 : « À l'approche de l'examen ouais... poussée d'eczéma, le stress qui monte... ouais ! »

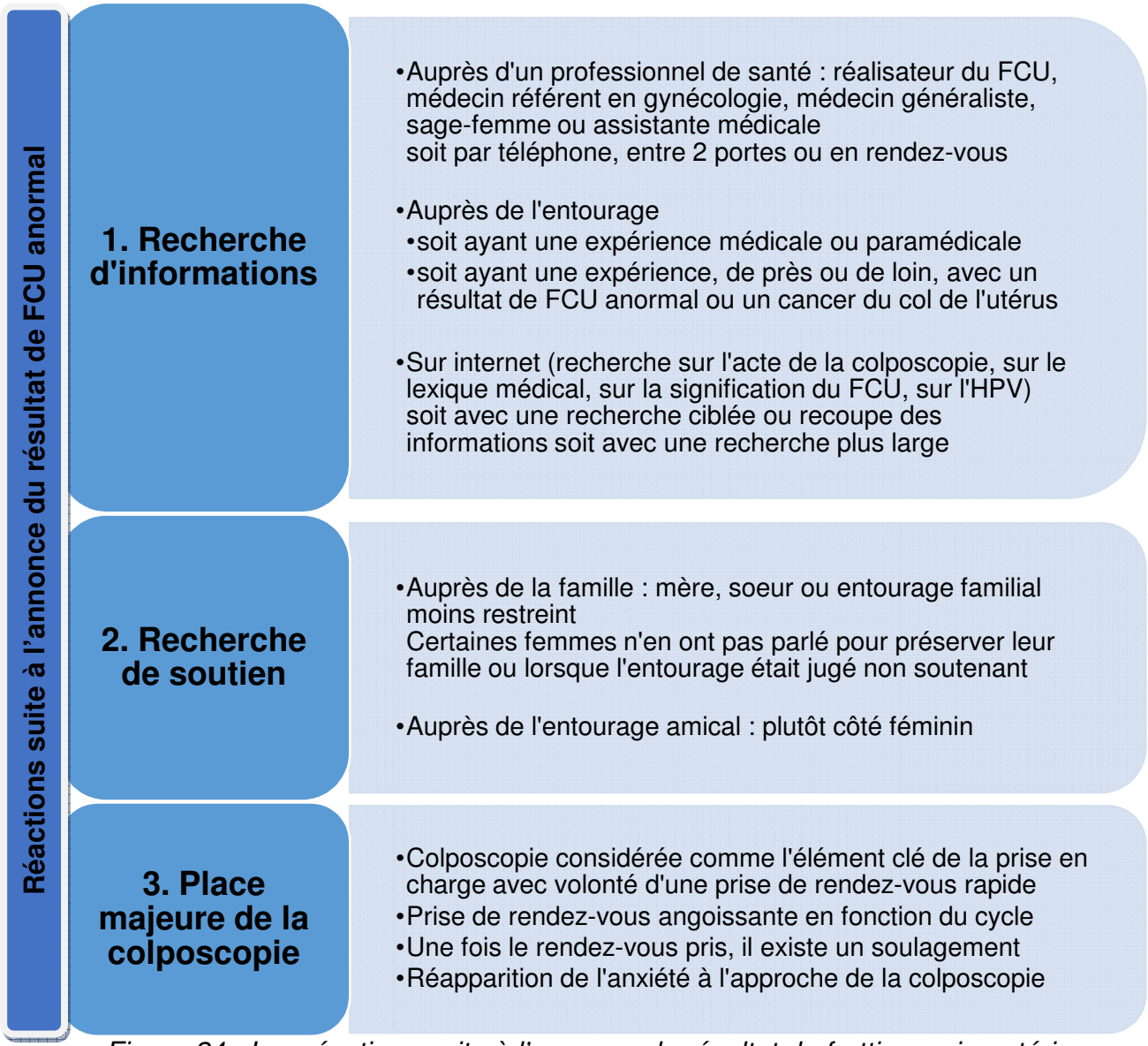


Figure 24 : Les réactions suite à l'annonce du résultat de frottis cervico-utérin anormal

C. Impact de cette annonce sur la vie quotidienne

Pour la plupart des femmes, après l'annonce de ce premier résultat de frottis cervico-utérin anormal, il y a eu un **retentissement variable sur leur vie que ce soit au niveau personnel, familial, conjugal ou professionnel** (Figure 25).

P14 : « J'étais tellement mal que... que j'ai fait chier tout le monde (rires) ! »

a. Au niveau personnel

- **Pas de conséquence avec mise de côté de l'information jusqu'à la colposcopie**

À la suite de l'annonce, beaucoup de femmes ont préféré **mettre de côté cette annonce pour pouvoir vivre leur vie le plus normalement possible** après leur ressenti initial.

P5 : « Et donc je vous avoue que… après j'ai fait un blackout en fait. J'ai dit j'y pense plus, je fais plus rien et… [...] Et après euh… c'est simple pour moi ça existe plus. Y avait dans ma tête ouais [date de la colposcopie] et puis on verra ! »

P6 : « Et en fait j'ai fait ma vie normale hein ! »

P7 : « Après oui dès que j'ai le résultat... Donc vraiment j'avais... j'avais vraiment cette pensée comme ça, j'ai dit je devrais vivre « normal » parce que ça fait un mois là... »

P10 : « Je suis quelqu'un qui, bizarrement, croit au destin donc je me dis si c'est là c'est là, faut pas flipper ça sert à rien toute façon, se prendre la tête c'est pas la peine ! [...] Après j'étais pas plus stressée que ça. Voilà c'est… un truc que j'ai mis dans un coin de ma tête, loin, et puis… et puis voilà ! »

P17 : « Je l'ai mis de côté complètement... heureusement ! »

Pour une patiente, cette mise de côté a été **d'autant plus facile qu'elle ne présentait pas de symptômes.**

P15 : « C'est vrai qu'après j'ai pas de symptômes, j'ai rien donc du coup pourquoi m'inquiéter plus que ça... »

Certaines, **du fait de l'enchaînement de problèmes médicaux**, ont réussi à

relativiser ce problème-ci.

P3 : « Moi je me suis dit « Bon bah on va prendre ça comme ça vient hein puisque… au milieu des plus mauvaises nouvelles, c'est peut-être pas non plus une si mauvaise nouvelle, on verra bien ! ». »

De plus, chez certaines patientes, finalement l'ignorance de ce qui leur arrivait a permis de les rassurer.

P4 : « Je suis pas quelqu'un qui stresse pour rien et qui me fait des films inutiles hein donc euh… J'attends d'avoir… »

- **Conséquences sur la vie personnelle**

En revanche, d'autres patientes **sont restées anxieuses** et l'annonce a eu des **répercussions sur leur état physique et mental.**

P1 : « Parce que j'étais vraiment pas bien parce que du coup moi que j'ai… entre peut-être une semaine et quinze jours tout ça là… j'étais dans un état…. »

Ainsi la patiente 2 a craint une **rechute dépressive** suite à l'annonce.

P2 : « J'ai eu un moment de… de sérieux… sérieusement euh… j'ai une tendance dépressive et j'ai cru que j'allais refaire une grosse dépression bien… bien marquée... [...] Je me suis dit hein « pourquoi tu vas pas voir un…, pour gérer dans l'immédiat, un psychiatre ou un psychologue ? ». Entre autre bah c'est… je… c'est un problème financier qui m'a arrêtée mais je pense que sinon j'y serais allée pour me… »

D'autres patientes ont développé des **troubles somatiques** comme une asthénie, des troubles du sommeil, des poussées d'eczéma...

P13 : « Par moment, y a des jours où c'est très envahissant hein ! [...] Je dors pas... alors euh... déjà la journée c'est, c'est des angoisses mais alors la nuit quand je m'allonge comme ça, c'est horrible ! Dans le noir, pas de bruit, rien du tout, face à moi-même, pendant 3-4 jours... Bon après maintenant je prends des somnifères parce que sinon je peux plus... »

P14 : « Ça m'a un peu coupé la vie un peu... beh... au moins les trois premières semaines [...] je sais pas j'étais... bah je dormais pas bien déjà... »

P15 : « Mais du coup j'étais beaucoup plus fatiguée par contre... Vu que je suis montée encore dans le stress je suis... et là je suis... j'ai l'impression d'être vidée ! J'en peux plus... »

Pour certaines patientes, **l'inquiétude du cancer a persisté**.

P9 : « Et… oui puis un peu l'inquiétude enfin… Oui il y a quand même cette inquiétude, bon même si c'est quelque chose qui se soigne euh… on n'a pas forcément envie de s'entendre dire qu'on a un cancer quoi ! »

Chez d'autres patientes, c'est **l'ignorance qui les a angoissé**.

P1 : « Non mais j'ai peur, j'ai encore peur là de savoir parce que bon on attend… [...] Oui beh ces résultats aussi je m'inquiète aussi un peu … [...] Et ouais … de savoir si j'ai quelque chose… »

P14 : « Beh parce que j'y pensais et que je me disais « ah la la qu'est-ce que c'est encore qui me tombe dessus »... j'ai... »

Quant aux patientes 12 et 14, la crainte de ce qui pourrait leur arriver les a **poussé à vouloir profiter de leur vie.**

P12 : « Donc euh... clairement pour avoir vu... enfin quand on a vu des gens dans l'état où j'ai pu voir ma mère, je me suis dit, comme j'ai les résultats bah c'est bien, on va juste vivre le temps qu'il reste à vivre parce que c'est pas possible... [...] On va dire j'ai fait ce qu'il fallait, en temps et en heure, bon d'ici là on... on va profiter hein de... Au final hein, après si le résultat est pas bon, euh, on aura peut-être moins envie de profiter donc euh... on profite et puis euh... »

P14 : « Quoique le lendemain comme je vous ai dit je suis allée me faire un shopping monstrueux (rires)... j'ai dit « ah beh mince alors selon comme ça tourne, je vais refaire ma garde robe ! » (rires). »

Une patiente a notamment évoqué la **sensation d'être contagieuse**.

P9 : « Mais c'est vrai que… Ouais je me sentais un peu … un peu… comme si j'étais contagieuse quoi ! »

Certaines patientes se sont également culpabilisées du fait d'un **retard à la réalisation du frottis.**

P2 : « « Pétard ça fait 5 ans, zut c'est la première fois que j'ai un laps de temps si long… je… ». Donc un peu énervée aussi pour ça, parce que ça faisait 5 ans. »

P3 : « Ça faisait… c'était une très longue période où je n'étais pas allée faire de frottis… pendant 6 ans j'en avais pas fait… jusqu'à ce qu'on ait les résultats. »

Et puis les patientes se sont posées beaucoup de questions sur beaucoup de sujets avec parfois une culpabilisation vis-à-vis d'elles-mêmes :

- **Sur l'origine de cette anomalie au frottis**

P4 : « Et… et surtout ma question c'est… à quoi c'est dû en fait ? »

P10 : « C'était... voilà la question c'était… bah du coup de où ça vient ? Parce que c'est vrai je l'avais pas avant. »

Certaines patientes ont essayé de chercher une **réponse dans leur vie sexuelle**.

P16 : « Donc je me suis séparée et en fait… là je suis avec quelqu'un… et donc beh y avait… plus de rapports sexuels… protégés euh… des choses que ben je faisais pas avant puisque ça faisait longtemps que j'étais avec mon conjoint donc euh… voilà il y a une hygiène de vie, je sais pas, qui n'était pas la même donc beh peut-être le fait aussi d'avoir ben plus de rapports qu'avant… les préservatifs ou autres… ça peut peut-être aussi… »

Avec notamment chez certaines patientes la **recherche d'un coupable** (notamment chez les femmes séparées).

P1 : « Je lui ai dit « oh mais tu sais ça doit être mon ex-mari qui me l'a refilé », parce que mon ex mari m'a trompé donc… moi je l'avais jamais trompé en 22 ans et lui je pense qu'il … il m'a trompé pendant 2 ans j'ai été trompée donc…»

P6 : « Donc euh… Est-ce que ça a été un partenaire qui m'a déclenché ? [...] Est-ce que… voilà est-ce que c'était déjà... latent depuis longtemps ? [...] Je sais pas je me demande si voilà ou même mon mari (en parlant de son ex mari) l'avait pas… me l'a pas collé et puis ça s'est pas déclenché tout de suite euh…»

P14 : « Ah oui, oui !! Là de suite il fallait que je trouve un coupable ! (rires) Mais bon voilà. »

Il a existé chez certaines patientes une **culpabilisation aussi envers elles-mêmes** soit **de ne pas avoir protéger leurs rapports** comme la patiente 1, **soit de ne pas en avoir parlé à leur partenaire** comme la patiente 5**.**

P1 : « Enfin que je fais un peu des conneries voilà que… que je me… j'ai toujours été droite, toujours rangée et tout et là voilà là je m'amusais un peu je… [...] à 42 ans… je vais me faire niquer, bon je parle mal hein, je vais me faire niquer pour… sans capote ni rien, je veux dire c'est grave quoi ! Je fais la morale à mes minots, je leur en achète et tout et je fais… [...] C'est ça le truc, après c'est ça qui m'énerve…[...] Parce que je fais le con tout seul. »

P5 : « Sauf que le truc c'est que, vu que j'avais fait tous les tests et que pour moi ils étaient bons, je lui en ai pas parlé. [...] En fait de pas lui avoir dit que je m'étais pas protégée, c'était ça vraiment en fait. C'était ça en fait. [...] Donc je pensais ouais… je pensais être nulle quoi. [...]De me dire voilà c'est… « [son propre prénom] tu joues avec le feu, fais attention quoi voilà ».»

Il existait également chez une patiente notamment un **questionnement concernant l'hérédité ou le tabac** avec également une culpabilisation envers elles-mêmes par rapport à ce dernier.

P13 : « Je dis peut-être que c'est la cigarette qui fait que, que ça, ça... qu'il faut arrêter aussi et euh... [...] voilà je me suis dit après peut-être que c'est héréditaire [antécédent de cancer de l'utérus chez la tante] ou, ou peut-être que c'est à cause de moi parce que je fume... [...] Alors la cigarette... De toute façon, je fume, certes, je suis pas une grosse fumeuse mais voilà entre 5 et 6 alors quand on est stressé évidemment même si c'est pas... même si c'est pas une excuse, mais je me dis ça aussi je vais le payer... Voilà [...] Moi je suis quelqu'un de très angoissée, voilà ça va m'arriver à moi, et je sais que je vais le payer parce que je fume et on se sent... Et je me suis maltraitée là je le sais ! »

- **Sur la transmission et ses conséquences (notamment les autres atteintes)**

P2 : « Parce que ça reste encore un peu mystérieux ! Le côté euh … qu'on voit que même avec préservatifs c'est juste un contact de muqueuses qui peut le transmettre alors pourquoi il peut se transmettre… Bon voilà quoi, de toute façon il y a des

questions où… [...] Alors complètement ouvertement hein mais j'avais pas très bien saisi si par exemple, s'il était porteur lui du virus euh… j'avais pas… je…, je me disais que peut-être ça lui faisait rien, que lui pouvait être porteur, j'essaie d'expliquer bien le fond de ma pensée… et que moi par exemple lors d'un rapport oral je pouvais… peut-être… je voulais éclaircir ça… avoir un cancer de la bouche par exemple… »

P3 : « Moi je me suis posée des questions par contre au niveau euh… parce que je m'étais dit c'est un papillomavirus… c'est… Est-ce que c'est transmissible ? Comment faire pour se protéger ? Voilà… »

P9 : « Et ce qui m'a inquiétée aussi c'est que j'ai vu que… les hommes pouvaient être atteints aussi mais plus au niveau de la gorge euh… quand c'est du sexe oral que… enfin eux il y a que là et c'est ça aussi qui m'a un peu inquiétée. »

P10 : « Bah c'est vrai qu'après mon conjoint, oui, je me suis dit bon alors, si moi j'ai un papillomavirus, est-ce que c'est transmissible, est-ce qu'il a pu l'avoir, est-ce que c'est… C'est vrai que du coup… là, ça fait beaucoup de questions où on se dit « bon… »… »

Ainsi cette annonce, pour de nombreuses femmes, a entrainé une **remise en question.**

P13 : « Après y a une remise en question totale... »

b. Au niveau familial

Chez un certain nombre de patientes, les répercussions se sont étendues à leur cercle familial.

Ainsi, certaines patientes se sont inquiétées **quant à la réaction de leurs enfants avec une volonté de les préserver**.

P1 : « Et les petits alors ils me disaient « mais qu'est-ce que tu as »… j'ai dit « mais rien » [...] Parce qu'après si eux ils s'inquiètent je vais encore plus m'inquiéter alors déjà qu'ils sont pas biens, si je les rends encore plus malheureux ça sert à rien quoi … »

D'autres en ont profité pour **sensibiliser leurs enfants** à l'HPV, à la vaccination et au suivi gynécologique.

P6 : « Donc du coup bah je prévoyais un peu la chose, donc je lui ai dit écoute il faudra peut-être faire un vaccin, on va voir… donc… [...] Et j'ai dit « Écoute c'est un petit virus », j'ai dit, et qu'on a… et comme… j'ai dit « Maman elle est porteur donc je veux vraiment que tu le fasses… Tu vas être tranquille. » »

P13 : « D'ailleurs, pas plus tard qu'hier soir, j'en ai discuté avec mes filles en disant que voilà, que là aussi il fallait être sérieuse, qu'il fallait voilà, qu'il fallait être suivie, qu'il allait y avoir le vaccin... »

Enfin il est apparu une **inquiétude de la famille et de l'entourage**.

P3 : « Mon père était assez touché parce que euh… il savait que j'avais déjà des ennuis de santé hein. »

L'annonce chez la patiente a aussi permis, dans le cercle familial, le **déclenchement de prise de rendez-vous gynécologique** pour la reprise de suivi secondairement à l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin.

P3 : « Ensuite ça a été ma sœur qui a reçu la même… Je crois qu'elle a pris rendez-vous suite à ça ! »

P7 : « Du coup moi j'ai tendance à dire à ma mère « va chez la gynéco » et ma sœur aussi. Secoue-toi parce que tu vois moi j'avais rien jusqu'à maintenant et ça m'est venu… je m'y attendais pas. »

c. Au niveau de la vie de couple

- **Concernant l'annonce**

Lorsque les femmes étaient en couple, certaines ont préféré **ne pas informer leur conjoint** pour plusieurs raisons :

- Une **crainte d'une modification** dans leur vie de couple avec une volonté de vivre leur vie normalement

P17 : « Et après c'est vrai mon mari que... pff... il est au courant de rien... [...] J'avais peur euh... de le perdre ! J'avais peur de beaucoup de choses ! [...] De sa réaction ! Je pense que ce... qu'il est là...mais j'étais... j'avais vraiment peur ! [...] en fait j'ai évité de lui parler pour que... qu'il vit « vie normale » ! [...] Je sais pas ma réaction

elle était comme ça, pour vivre... [...] de vivre comme on vit souvent ensemble pour rester... pour vivre normal, pas stresser pendant un mois, penser à ça... »

- Une **ignorance de ce qu'elles avaient réellement**

P16 : « Il y a pleins d'autres choses qui font que je me suis dit, bon beh on verra le moment venu si y a quelque chose à dire on en parlera à ce moment-là mais si y a rien euh... »

Avec notamment des femmes qui ont préféré avoir un **avis médical avant d'en parler**.

P10 : « Euh... du coup bah c'est vrai que j'en ai pas parlé à mon chéri tout de suite ! (rires) Je me suis dit… je vais peut être pas stresser tout le monde pour rien voilà ! Donc euh... donc j'ai appelé le médecin euh… »

- Une **hypothèse d'une absence de risque de contagion** notamment suite à un bilan biologique pour la recherche d'infections sexuellement transmissibles rassurant

P8 : « Tous les tests que j'avais fait étaient négatifs y avait rien que je pouvais lui transmettre et du fait que je sais que ce… ce sont plus des cellules cancéreuses, qu'un cancer ne se transmet pas comme une maladie sexuellement transmissible, non je me suis pas inquiétée plus que ça euh… »

- Ou simplement **pour se préserver elles-mêmes**

P3 : « Sinon voilà, moi je me suis mis un peu… dans une bulle hein quand même… [...] Pour... pour me… préparer… euh… à d'éventuelles mauvaises nouvelles etc. [...] Moi je me suis mise un peu en retrait… »

Alors que pour d'autres, au contraire, une **absence de discussion a pu vite devenir pesante avec la nécessité d'avoir un conjoint soutenant.**

P2 : « Il y a eu un contexte en fait de ne pas parler avec mon conjoint… Lui il était en fin de chantier donc il était très stressé donc en fait ça a reporté toute cette histoire à 10 jours donc moi pour pas me disputer plus avec lui j'ai pris en charge les 5 petits en vacances, pour m'éloigner, donc ça m'a rajouté une tonne de… et j'ai… j'ai eu… en rentrant j'étais très mal… [...] [après avoir parlé à son conjoint] C'est allé mieux. C'est allé mieux parce que lui aussi a mis des… des stratégies en place pour pouvoir

me soulager et… me montrer qu'il était là…[...] C'était une histoire de mauvaise compréhension entre nous, ça c'est sûr… Et… et lui aurait été d'un… je pense d'un réconfort puisqu'après quand il a saisi il a été beaucoup plus présent ici... Il a fait attention… à me… à me ménager quand il rentrait, à rentrer un peu plus tôt, ce qui fait que j'ai pu reprendre un peu du poil de la bête et pas… et pas plonger… »

Pour certaines, la conversation et l'annonce ont été compliquées :

- Certaines femmes en ont discuté mais ont préféré **abréger la discussion du fait d'un grand stress de la part de leur conjoint**.

P8 : « Alors oui mais (rires) il est de tendance plus stressé que moi… Donc oui je lui en ai parlé mais il était encore plus stressé que moi. Donc j'ai un peu coupé court à la conversation parce qu'il allait me… procurer son stress [...] Mais en tout cas c'est vrai que… ça m'a quand même rassurée de voir que lui… même s'il était rassuré, il était impliqué ! [...] Et quand il a reçu les résultats il a vu que bah tout était négatif donc euh après il m'a… il m'en a plus parlé et il était moins stressé sur le sujet !»

- D'autres ont été **culpabilisées par leur conjoint** pour différentes raisons mais notamment pour une absence de protection des rapports jusqu'à la recherche d'un coupable, voire d'une infidélité.

P1 : « Et j'ai parlé à… à mon… mon copain que j'ai là depuis 3 mois, bon lui de suite, il m'a dit « et ouais tu m'as trompée et nenené » [...] Parce que j'ai dit « mais non je t'ai pas trompé ». Il m'a dit « mais c'est parce que tu t'es pas protégée » alors j'ai honte de dire que je me suis pas protégée avant lui. »

P2 : « Donc du coup bah lui aussi beaucoup d'interrogations « mais ça veut dire que… c'est pas moi qui t'ait donné… » je lui ai dit « mais c'est pas la question on est pas là, qui, quoi j'ai eu plusieurs partenaires euh… des partenaires… voilà depuis que j'ai 20 ans… toi t'en as eu plusieurs aussi, je t'incrimine pas c'est pas la question… ». Donc c'était un peu la recherche du coupable alors que… »

P10 : « Bah il s'est angoissé. Mais lui c'était surtout la question de « Euh t'as attrapé ça comment en fait puisque euh… ça ressemble vaguement quand même à une maladie sexuellement transmissible », donc euh forcément ça fait un peu des… euh voilà ! (rires) « Et t'es allée voir ailleurs », « Non, non ça je te garantis que non ! » donc bon… Oui, non c'est sur le « d'où ça vient »… [...] C'est, je pense, c'est…

ouais... dans le couple c'est plus la question… qui reste en suspens. C'est le « Mais t'as attrapé ça comment en fait » (rires).»

Dont pour une patiente, une culpabilisation par le conjoint du fait d'une relation extraconjugale avec peur par le conjoint de contaminer sa femme.

P5 : « Et euh… c'est ça qui l'a mis le plus en rogne c'est qu'il a peur de l'avoir contaminé elle. »

Les **questions** également n'ont pas tardé à arriver pour bon nombre de conjoints **notamment sur leur risque personnel et le mode de transmission**.

P2 : « Puis après son attitude ça a été « Et moi alors, quels sont les risques pour moi ? ». »

P15 : « Lui s'inquiétait par contre ! Il avait peur de l'attraper ! »

Tout comme dans le cercle familial, cette annonce a également pu déclencher **des visites médicales chez les conjoints ou ex-conjoints.**

P2 : « Il a toujours eu des petites… depuis que je le connais il a toujours eu des petites lésions euh…. Et du coup je lui disais depuis longtemps mais pourquoi tu fais rien enfin si… si ça t'ennuie à ce point faut… y a un moment il faut se traiter quoi moi je vais voir le gynéco tu devrais voir quelqu'un de… de spécialisé, ou un vénérologue, ou un urologue en tout cas quelqu'un ! [...] Il a pris rendez-vous chez son urologue, il vient d'avoir rendez-vous là…»

P6 : « Et donc euh il m'a dit que non (en parlant d'un ex-partenaire), que merci, que il allait faire… le nécessaire, donc du coup il m'a dit qu'il allait voir un dermato ou un urologue, qu'il fasse la même chose que moi non c'est ça ? »

Enfin, à la suite de cette annonce, certains conjoints ont tenté de **rassurer leur conjointe comme ils le pouvaient**, certains après cette période de questionnement.

P15 : « Rassurer oui. Comme il pouvait... le pauvre ! (rires) Il a fait ce qu'il a pu ! Il a fait ce qu'il a pu ! À son niveau ! »

- **Conséquences sur la vie sexuelle**

Il est important de noter que pour la majorité des femmes, cette annonce a eu des **conséquences importantes notamment sur leur vie sexuelle**.

Pour certaines, la question s'est posée de la **nécessité de protéger de nouveau** leurs rapports avec des préservatifs.

P1 : « Et du coup je lui avais dit « Tu veux qu'on se re-protège ou quoi ? », il m'avait dit « Non toute façon c'est pareil, on est tous les deux, on l'a fait »... »

P6 : « Après bon c'est vrai que je me suis dit bon est-ce qu'il faut se protéger ? »

Suite à cette annonce, certaines femmes ont également **modifié leurs pratiques sexuelles**, notamment vis-à-vis du sexe oral.

P5 : « On n'a pas fait, bon je parle ouvertement hein, ni cunni ni fellation ni… ça a été typiquement une pénétration et avec préservatif. »

Enfin, de nombreuses patientes ont évoqué, souvent de façon spontanée d'ailleurs, **une perte de libido pour différentes raisons** : soit par peur de la contagion, soit pour préserver leur intimité, soit par ignorance de ce qui leur arrivait.

P1 : « Après on dit toujours qu'on est contagieux et que… On… Que même sans pénétration, ni rien on peut attraper rien qu'avec des frottements et tout ça. Je dis mais comment je vais faire ? [...] Je me suis dit je peux plus jamais avoir de rapports ni rien euh… je… ça fait… enfin je savais plus du tout… »

P2 : « (en parlant à son mari) « Il faudrait peut-être qu'on en parle parce que moi je peux te dire que là ma libido elle est sciée ! » (rires). « Donc beh t'apprête pas à ce qui se passe quoi que ce soit parce que personnellement moi (rires) je peux plus ! ». Pas parce que y a peut-être rien mais parce que je peux plus, ça me… trop de questions dans ma tête je suis plus du tout dans ce mode ! [...] parce que j'avais peur de transmettre et peur euh… d'une éventuelle propagation également… [...] Pour lui et puis pour moi aussi. »

P5 : « Quand j'ai su ça, j'ai arrêté tout rapport sexuel. [...] Franchement je veux plus… j'ai plus envie de coucher avec un mec quoi… [...] Ça m'a bloqué complet quoi. »

P11 : « Ah bah j'étais… euh… bah peut-être que c'est pour ça que j'ai mal quand j'avais des rapports… Je me suis sentie euh… blessée au fond de moi... et pas bien… voilà ! Et du coup j'avais plus trop envie d'avoir des rapports et on aurait dit que c'était quelque chose de… à moi... Voilà. »

P13 : « Bon c'est vrai que depuis je... je veux plus avoir de rapport bizarrement... [...] j'ai, j'ai l'impression, je, je sais pas... [...] j'ai l'impression que c'est, c'est... c'est réveiller la bête c'est bizarre de dire ça... »

Pour une patiente notamment, cela lui a fait **remettre en question toute relation avec un homme avec une perte de confiance en la gent masculine.**

P5 : « Après moi ça m'a fait… Personnellement ça m'a mis un gros recul sur les hommes. C'est… je le dis en fait… C'est un peu fou dit comme ça mais (pleure)… j'ai plus confiance ! [...] Personnellement ça m'a mis un gros recul sur les hommes »

Une patiente a aussi souligné la **sensation de conséquences au long terme pour la suite**.

P2 : « Le vrai bouleversement dans la tête c'est qu'on pense que, arrivé à 30-35 ans, on est arrivé à un état d'épanouissement sexuel et à une forme de… de… voilà on est stable dans son couple, on a…, on est en accord avec ses désirs donc… On est plus épanoui et en réalité ça vient tomber un peu comme un couperet qui nous remet en place face à… des… des tonnes de possibilités de transmission. À la fois par d'autres personnes extérieures qu'on a connues avant ou bien par de… des… des types de rapports donc, on se… ça d'un coup ça nous « étroitise »… [...] Je suis pas sûre de reprendre exactement comme avant non (en parlant de sa vie sexuelle)… »

Enfin, chez quelques rares patientes, l'annonce n'a **pas réellement changé quoi que ce soit dans leur vie sexuelle** (notamment chez les patientes qui protégeaient déjà leurs rapports sexuels par préservatifs).

P3 : « Euh que ça a pas dû changer grand-chose puisque de toute façon on utilisait un préservatif. Et euh… je l'ai plus beaucoup vu ensuite après les vacances… Ça n'a pas changé grand-chose. »

P16 : « Non ! Non ! Je me suis dit comme on était protégés… »

d. Au niveau professionnel

Chez quelques patientes, l'angoisse a été telle qu'il y a eu des **répercussions sur leur travail avec notamment une irritabilité, une agressivité...**

P12 : « Mais ça se répercute sur... le travail où on voit qu'on est vachement plus irritable, où pour le moindre truc on devient genre enfin... genre à faire des ascenseurs émotionnels... »

P14 : « Et après même au bureau j'ai été exécrable ! [...] Beh dans le travail j'ai... je suis hyper calme et je sais pas j'étais... bah je dormais pas bien déjà et j'ai été jusqu'à casser ma souris. Bon mon chef qui m'a contrarié, mais alors que je suis douce comme un agneau, bah d'ailleurs il m'a regardé avec des yeux comme ça… il s'est contredit sur un truc, parce qu'ils sont forts, ils disent noirs, ils disent blancs mais c'est toujours… il a toujours raison, et j'ai pété ma souris ! Et là ma collègue de bureau qui me connait depuis 8 ans qui m'a dit... elle a levé la tête de derrière l'ordi et elle m'a dit « mais qu'est-ce qu'il se passe ? ». J'ai… j'ai craqué... j'ai dit... il m'a dit « bon beh ça va, on met ça là-dessus, occupe-toi de toi ! ». Et oui, oui j'ai été… j'ai été tellement à cran que j'ai explosé ma souris ! (rires) »

Pour d'autres, le travail leur a permis d'avoir **une échappatoire** et de moins y penser.

P7 : « Bon après en travaillant on y pense moins que… »

Pour une patiente en revanche le **travail a été salvateur**, lui permettant de ne plus penser à son résultat, le qualifiant même de « bouée de sauvetage ».

P5 : « Beh j'ai eu une chance inouïe, finalement comme quoi, c'est que j'ai eu un gros dossier au boulot qui est arrivé et en fait ça m'a…[...] Ça a été ma bouée de sauvetage quoi ! »

Impact de l'annonce du résultat de FCU anormal

Au niveau personnel

- Pour la moitié des femmes : information mise de côté jusqu'à la colposcopie

- Pour les autres :
  - Persistance de l'anxiété avec des somatisations ou une crainte d'une rechute dépressive
  - Sentiment de contagiosité
  - Culpabilisations multiples : retard à la réalisation du FCU, rapports sexuels non protégés, tabac,...
  - Questionnements multiples sur l'origine de l'anomalie du FCU avec recherche d'un coupable, sur l'HPV, sa transmission et ses autres risques pour la santé...

Au niveau familial

- Enfants
  - Volonté de les préserver
  - Sensibilisation à la problématique (notamment avec la vaccination)

- Famille proche
  - Inquiétude
  - Déclenchement d'une reprise de suivi gynécologique pour certains membres de la famille

Au niveau de la vie de couple

- Soit aucune information du partenaire :
  - Par crainte d'une modification de la relation de couple
  - Par ignorance du diagnostic final
  - Pour se préserver elles-mêmes

- Soit information du partenaire avec diverses réactions :
  - Inquiétude pour sa partenaire
  - Culpabilisation de la partenaire et recherche d'un coupable
  - Inquiétude pour leur propre santé avec parfois un déclenchement de rendez-vous médicaux
  - Crainte de la transmission avec questionnements

- Conséquences sur la vie sexuelle
  - Aucun changement : surtout chez les femmes qui protégeaient déjà leurs rapports
  - Modification des pratiques sexuelles : questionnement sur une ré-utilisation de préservatifs, arrêt des rapports sexuels oraux...
  - Abstinence sexuelle par perte de libido

Au niveau professionnel

- Irritabilité, agressivité
- Travail salvateur

Figure 25 : L'impact de l'annonce sur tous les aspects de la vie des femmes

D. Ressenti sur la prise en charge globale

Concernant la prise en charge, ce qu'il apparait globalement ce sont des délais longs avec des moments d'attente éprouvants et anxiogènes pour les femmes, un impact du professionnel de santé variable notamment en fonction de sa disponibilité et de l'information qu'il procure et une place du médecin généraliste ici relativement restreinte (Figure 26).

a. Délais longs avec attente difficile

Une grande partie des plaintes sur la prise en charge s'est portée sur la longueur des **délais entrainant des temps d'attente longs, souvent angoissants :**

P4 : « Euh… Bah en fait… J'ai eu mes résultats… Depuis mai (début de ses pertes) de toute façon je cours après les… les rendez-vous c'est… je trouve c'est trop long »

- Notamment le **délai entre le résultat et la prise de rendez-vous chez le gynécologue**, avec notamment chez la patiente 7 le souhait d'un rendez-vous plus rapide après l'annonce du résultat anormal de FCU,

- Mais aussi le **délai pour avoir un rendez-vous pour la colposcopie**,

P1 : « Enfin, depuis 1 mois ou je sais pas 2 mois je crois, ouais ça doit faire 2 mois à peu près, j'ai ça donc j'essaye de pas y penser de… de faire mon train train et tout … [...] mais bon des fois je me dis « merde et si j'ai quelque chose et tu te rends compte pour aller tirer un coup pour 2 minutes de plaisir tu vas t'achopper des merdes ».»

P11 : « C'est long ! Mais partout... j'ai appelé trois hein ! C'est pareil... »

P13 : « C'est... je crois que c'est l'attente qui est compliquée... Et on s'imagine tout et n'importe quoi voilà même si... et euh... on se dit si c'est... si... Je sais pas, après on pense à nos enfants, on pense à... voilà... c'est... [...] De psychoter et d'aller très très très loin et... »

- Puis enfin **de nouveau une attente pour avoir les résultats des biopsies faites à la colposcopie.**

P13 : « Et là pareil là je, je, je me dis y a encore 3 semaines à attendre... »

P15 : « C'est l'attente... en fait je pense que c'est l'attente qui est pas... c'est pas... c'est pas l'examen en soit c'est vraiment l'attente du résultat. Savoir s'il y a quelque chose, s'il y a rien, si tout va bien, si euh... [...] Oh c'est long, c'est long, très long... Parce quelque part, même inconsciemment, on se... on vit avec le truc de se dire il y a peut-être quelque chose quoi... Et ça, ça a duré deux mois...[...] Surtout que j'ai attendu 2 mois donc euh... J'ai pris le rendez-vous au mois de janvier, je l'ai eu que maintenant (fin février) ! C'est long, l'attente elle est longue... [...] Oui c'est l'attente qui est longue ouais ! [...] Et là du coup moi l'examen est fait... il faut encore attendre 15 jours pour avoir quelque chose, de savoir où on va quoi... Où je vais surtout ! »

Il n'y a que pour 2 patientes où le rendez-vous de colposcopie a été plus rapide (moins d'1 mois) ce qui a été apprécié.

P8 : « Et… donc j'ai pris un rendez vous [...] j'ai eu quand même un rendez-vous assez rapidement. »

P10 : « Oui j'ai eu… peut-être 2-3 semaines. Ça a été relativement rapide donc voilà ! »

b. Impact du professionnel de santé

Le professionnel de santé a un grand rôle à jouer dans ce type d'annonce car peu de patientes sont finalement restées indifférentes à cette annonce.

- ***Impact positif du professionnel de santé***

De manière générale, lorsque la femme présente un **certain degré de confiance dans la profession médicale et qu'elle dispose d'un suivi**, le ressenti va s'améliorer et la femme aura **tendance à être plus rassurée**.

P1 : « Après avoir quelque chose, je m'en fous d'avoir quelque chose, parce que maintenant je sais que je suis suivie. »

P2 : « En fait, j'ai un parcours plutôt euh… plutôt mitigé de ma sœur mais qui se finit bien avec une excellente orientation donc en fait je me remets un peu au… à la profession médicale en me disant ils font très bien leur boulot. »

P17 : « Même si j'ai ce truc ou quoi que ce soit... je le prends euh... c'est la vie et.. en fait ça, ça peut arriver tout dans ma vie on est... Après on a confiance en la médecine donc euh... euh juste être positif, j'ai cette philosophie (rires)... donc heureusement...

mais... Je pense qu'on est dans des bonnes mains... (rires) Exactement ! Donc j'ai vraiment confiance et euh... je suis sûre que je suis entre des bonnes mains et ça, ça me rassure beaucoup ! »

De plus, pour certaines patientes, le contact avec un professionnel de santé a été **rassurant**.

P1 : « Mais elle m'a dit « Mais pour l'instant ne vous alarmez pas ». Donc j'ai pris rendez-vous dans la semaine. On s'est vu elle m'a… elle m'a dit « y a rien d'alarmant on attend ». [...] Du coup bon elle m'a bien rassurée… »

P16 : « Ouais une fois qu'elle m'a rassurée, elle m'a dit « N'hésitez pas à m'appeler », elle m'a donné son numéro direct. Pour appeler si nécessaire. »

P17 : « Mais vraiment il m'a dit « Mme [nom de la patiente] si vous avez... quoi que ce soit... comme questions ou questions vous pouvez me rappeler et on... je vous explique plus ». »

Notamment pour la patiente 3, les **explications données par son gynécologue avant même qu'elle ne les ait demandées a été très apprécié**.

P3 : « J'étais informée à tous les stades parce que je pense que sur internet il y avait des… des infos tout à fait valides et… et ensuite ça a été confirmé avec le Dr C... qui m'a bien informée de toute manière de manière proactive. J'ai même pas eu besoin de lui demander. »

Enfin la patiente 9 a également apprécié l'appel de sa sage-femme pour l'annonce du résultat car elle était consciente que si elle avait reçu une lettre, elle aurait pu laisser traîner sa prise en charge.

P9 : « Ah non j'étais contente qu'elle m'appelle, plus que si j'avais reçu un examen comme ça en format papier à la maison ! Euh j'aurais peut-être même pas forcement prêté attention, j'aurais eu mes résultats, j'y aurais rien compris (rires) et puis j'aurais peut être laissé trainer aussi mais euh… Voilà ! »

- ***Impact négatif du professionnel de santé***

Les plaintes émergentes de ces interviews ont été principalement concernant un manque d'information et de communication du professionnel de santé, un manque de disponibilité ainsi qu'un sentiment de manque d'humanité dans l'annonce.

Chez une patiente, à l'inverse, cela a été l'affect trop prononcé de sa sage-femme qui a été générateur de stress.

Manque d'information

Globalement, ce qui est ressorti pour une grande partie des femmes interrogées, quelque soit le mode de réception de l'annonce, cela a été un **sentiment d'un manque d'information provenant du professionnel de santé étant considéré comme référent** (souvent le réalisateur du frottis, mais pas systématiquement).

P4: « C'est toujours aussi flou. Du coup, j'attends avec impatience les résultats de la colposcopie, (rires) on verra bien [...] Mais bon quand même je trouve que c'est un peu limite quoi comme information. C'est quand même notre corps et on comprend pas ce qui se passe quoi ! »

P13 : « Franchement non j'ai... pour dire que j'ai eu toutes les informations non ! Non ! C'est, c'est... Après je trouve qu'à l'heure actuelle c'est grave d'aller sur internet et essayer de trouver une explication honnêtement...»

- **Que cela soit à la suite de la réception de l'annonce par courrier**,

P3 : « Cette simple lettre-là, moi, ça me parlait pas. »

P8 : « Il y a rien qui explique, il y a des termes que l'on ne connait pas… [...] Mais c'est vrai que… lire tous ces termes un peu scientifiques… bah oui on se sent un peu (rires)… un peu perdu on sait juste qu'il faut contacter le… le secrétariat mais après c'est vrai que… on n'en sait pas beaucoup plus ! Donc oui y a cette… en fait c'est l'inconnu qui… qui… qui est un peu stressant. »

Pour la patiente 6, après son appel au cabinet suite à la réception de son résultat, son gynécologue a repris contact avec elle par mail, mail n'apportant finalement que peu d'informations supplémentaires.

P6 : « Mais bon c'est vrai que… au niveau du résultat du frottis je pense qu'il me… on mérite plus d'explications je pense. C'est pas… c'est très succinct ! [...] Et euh… mm... mon… mon gynéco il m'a fait un… un mail pour me dire voilà que lui aussi il avait les résultats et qu'il fallait... faire euh… une colposcopie pour voir un peu plus en profondeur. Voilà… Mais j'ai pas eu plus d'explications que ça... [...] Non, non la réponse a été rapide... mais pas très explicite… si je peux me permettre. »

- **Que cela soit à la suite de la réception de l'annonce par appel téléphonique**

D'un autre côté, **l'annonce par téléphone a également eu son lot de critiques**. Ainsi certaines patientes ont été **frustrées d'un manque d'informations du fait d'une incapacité de poser des questions à la secrétaire**.

P12 : « Donc euh à partir de là... bon après la personne en elle-même au téléphone a été... somme toute sympathique, le problème c'est que c'était la secrétaire de l'accueil donc à un moment donné on peut pas euh demander euh plus de renseignements que ça... »

- **Que cela soit suite à un rendez-vous gynécologique par la suite**

P2 : « Donc j'étais tout ça dans le flou je veux… C'est tout ça que je voulais éclaircir avec la gynécologue en fait. [...] Elle n'a pas pu [m'éclaircir] et… et puis bon beh quand on… après elle me dit beh « Prenez d'abord rendez-vous à la colposcopie puis quand vous aurez les résultats derrière venez on va voir, donc on se revoit ». »

P7 : « Elle m'a pas particulièrement expliqué. »

Il est en revanche important de noter que la plupart des femmes ont mentionné un effet de **sidération initiale** lors de l'échange avec un professionnel de santé avec des **questions qui n'apparaissaient qu'après l'entretien** (qu'il soit présentiel ou non) alors même qu'elles ne pouvaient plus les poser.

P13 : « Après bien sûr ! Les questions c'est... c'est toujours après ! »

Et finalement pour elles, ce qu'il manquait réellement c'était une **information spontanée et proactive, de la part des professionnels de santé** (c'est-à-dire sans qu'elles n'aient à poser des questions).

P6 : « Maintenant il m'aurait dit… je sais pas… vous… ça peut être ça, c'est, c'est, c'est une particule… S'il m'avait donné un panorama des choses... Et il faudrait que vous fassiez ça et ça ou pour la colposcopie ça se passe… et même pour la colposcopie je savais pas ce que c'était, comment ça se passait euh… rien ! »

P8 : « Alors oui je conçois tout à fait que… ça peut paraitre clair dans l'esprit du patient, s'il a pas de questions à poser c'est que tout est clair, mais c'est vrai que je me rends compte que souvent, quelques heures après… l'entretien, bah j'ai… pleins

de questions qui… qui arrivent et je me dis, peut-être parce que sur le coup j'étais un peu stressée de l'entretien tout ça donc j'ai pas… j'ai pas pensé à tout ça. Mais en fait on se retrouve un peu démuni… [...] Donc c'est vrai que… en fait j'aimerais que les choses soient plus claires sans pour autant qu'on… qu'on… que j'ai à poser les questions parce que c'est vrai que oui sur le coup… [...] Parce que oui c'est vrai que… elles viennent bien après les questions souvent… [...] Bah je trouve juste que… si le patient ne pose pas de questions… en général le professionnel n'explique pas trop »

P10 : « Je pense que… euh oui parce que du coup c'est vrai que moi, quand j'étais au téléphone, j'ai pensé à quelques questions mais pas à toutes celles que j'avais euh… Je m'étais pas fait la liste de ce qu'il fallait que je demande mais par contre oui c'est vrai que j'aurais peut-être aimé avoir un petit peu plus d'explications sur qu'est-ce que c'est euh… ce qu'on recherche, les risques… Vraiment, les vrais risques expliqués par un médecin et pas ceux qu'on trouve sur internet parce qu'y a de tout et du n'importe quoi surtout ! [...] Non c'est vrai que je pense oui, j'aurais préféré avoir quelque chose qui me dise : alors on se stresse pas, on va chercher ça, ça et ça, les étapes c'est ça, ça, ça et ça va donner ça et après il y aura peut-être ça et ça mais du coup voilà quelque chose… »

Manque de communication avec le professionnel de santé

Certaines, au-delà d'un manque d'informations à proprement parler, se sont plaintes également d'un **manque de communication avec le professionnel de santé**, notamment lors de la réception de l'annonce par courrier.

P8 : « Je pense que c'est bien d'avoir… même si c'est que… un… une secrétaire mais qui puisse dire « Ne vous inquiétez pas, tout va bien, prenez rendez-vous calmement, ne regardez pas sur internet ça ne sert à rien, vous allez stresser », enfin oui c'est vrai que rassurer un peu le patient même si je comprends très bien qu'on ne puisse pas… le faire avec tout le monde c'est… c'est beaucoup de temps [...] Donc oui.. bien sûr... il y a une part d'inquiétude et… et on n'est pas, je pense qu'on n'est... qu'on manque un peu de... de communication avec, avec un professionnel pour être un peu plus rassuré ! »

Surtout que, pour les annonces faites par courrier, en fonction de la date d'ouverture du courrier, notamment le week-end, elles ont pu **se retrouver privées de tout contact médical**.

P3 : « Donc j'ai eu personne à qui parler euh… dans le corps médical, immédiatement après la lettre. »

Et par ce manque de communication, il est apparu également la sensation d'un **manque d'accompagnement avec un sentiment de solitude exprimé par certaines femmes.**

P8 : « *Mais c'est vrai que je me suis sentie un peu seule et… »*

P11 : « Voilà mais... voilà mais après sinon c'est tout... Elle m'a pas dit, ma gynéco m'a pas dit grand chose ou euh... [...] parce que je lui ai dit « je vais où ? », elle m'a dit « moi je peux pas le faire, ben regardez à l'hôpital ou n'importe où... »... [...] moi je me suis retrouvée comme une idiote avec mon ordonnance et mes numéros de téléphone sans savoir à qui appeler... Donc euh... je sais pas ils devraient au moins donner je sais pas euh... »

P13 : « Alors c'est vrai que je me suis renseignée toute seule et à prendre des rendez-vous à l'hôpital à... Marseille, prendre ici donc voilà... Je sais pas je trouve qu'on devrait un peu plus accompagné... »

<u>Manque d'humanité</u>

Une autre plainte en commun chez certaines de ces femmes a été une **sensation de manque d'humanité.**

P8 : « Mais… oui… ça manque de… je trouve que le patient n'est pas assez euh… dorloté on va dire… [...] ça manque de contact. »

Cette sensation peut provenir de différents aspects de l'annonce, que cela soit du fait :

- Du **type de l'annonce avec un manque de contact humain** (notamment du fait de l'absence de contact téléphonique),

P4 : « Moi il m'a clairement manqué le côté humain de… d'avoir un coup de téléphone et de dire « ok bon bah alors voilà t'as eu ça maintenant, est-ce que t'as fait tel prélèvement euh je l'avais noté ». »

- De la **perception du ton employé**,

P13 : « Elle est gentille, mais à ce moment-là je l'ai sentie froide... pas... en plus c'est au téléphone donc c'est vrai, c'est, c'est, je crois... je trouvais qu'il manquait un peu de finesse et de délicatesse, dans la manière de, de parler... [...] un peu de chaleur... ouais un peu de... je sais pas, la voix... on transmet beaucoup de choses par la voix aussi même si y a pas de contact visuel mais euh... Voilà... [...] c'est vrai que l'approche a été euh... froide. »

- D'un **sentiment de ne pas être écoutée avec même parfois une sensation de minimisation** de ce qui leur arrive,

P5 : « Elle a (médecin anatomo-pathologiste)… répondu à quelques questions mais en gros elle m'a clairement fait comprendre « bah écoute ma grande t'as rien de grave… fin c'est bon ça arrive à tout le monde, me gonfle pas avec tes questions » [...] et euh… elle m'a dit « oui c'est normal en gros que la gynéco vous ait pas appelé euh… elle reçoit des dizaines voir des vingtaines par jour qui sont positifs » et en gros elle me dit « elle essaye de les traiter mais euh enfin vous pouvez comprendre que… elle a pas de temps… » je dis « oui mais c'est son métier quand même... » c'est… enfin désolée hein mais on la paye aussi pour ça quoi, on la paye pas pour qu'elle ramasse les sous parce que l'écho s'est bien passée, pardon mais… Donc ouais ça a été un petit peu compliqué »

P12 : « Donc bon elle a essayé de minimiser les choses. »

- D'une **impression d'être une personne parmi tant d'autres sans prise en compte de leur unicité avec un sentiment de déshumanisation,**

P12 : « Bref on n'a pas l'impression, enfin on n'a l'impression qu'on vous annonce ça un peu comme, comme tant d'autres en fait, comme ça touche tout le monde bon bin voilà... sauf que le cas par cas en fait euh..., chacun est unique en fait, chacun a sa vie et chacun peut potentiellement vivre ça comme un bouleversement, que ce soit familial, que ce soit euh... beh au niveau professionnel, que ce soit enfin voilà quoi.

Et en plus en fonction des... des antécédents et de la vie que... beh qu'on a pu avoir par rapport à... des maladies potentielles quoi... »

P13 : « J'ai même pas eu après... elle a pas pris le temps, j'avais l'impression que c'était... une voix enregistrée là, qui vous déballe pleins de choses et hop après ça raccroche . »

- D'une **attitude moralisatrice génératrice de culpabilisation**.

P1 : « Bon ça elle m'a fait la morale parce que je me suis pas protégée tout ça j'ai eu des relations sexuelles sans protection… »

Pour certaines patientes, elles ont justifié cette impression par le fait qu'elles pensaient que les **médecins n'avaient pas le temps d'être concernés par le côté psychologique de l'annonce.**

P2 : « Certes ils sont surbookés et ils peuvent pas s'occuper de… en immédiat de la... de tout ce qui est psychologie en fait… »

P12 : « Ça c'est pareil on en parle aux infos y a pas assez de temps, y a pas assez de temps, y a pas assez de moyens, beh le fait est, je pense que aussi il y a du travail à faire sur... des cellules psychologiques, à tout niveau quoi... et je pense sur formations aussi psychologiques parce que... parce que les études médicales sont très accès justement sur le médical où vous en avez par-dessus la tête et en fait on oublie un peu le côté rationnel, émotionnel que... qu'on est tous des êtres humains quoi et à un moment donné... même si c'est des gens qu'on connait pas, ça peut être notre mère, notre sœur, notre... »

<u>Trop d'affect du professionnel de santé</u>

À l'inverse, le **ton trop affecté d'un professionnel de santé a pu être contre-productif avec un réveil de stress chez la patiente**.

P9 : « Et puis bon bref elle a assez insisté… et finalement elle… ce qu'elle m'a dit, ça m'a pas vraiment inquiétée parce qu'elle m'a dit il faut… il faut refaire un examen un peu plus approfondi parce qu'il y a des anomalies au niveau de vos cellules tout ça, mais c'est la manière dont elle me l'a dit qui m'a plus fait stresser finalement parce qu'elle était… elle, inquiète et désolée pour moi quoi ! [...] Voilà c'est plus cette insistance qui m'a un peu inquiétée mais en même temps euh... Je savais que le

rendez-vous était pris… et que voilà les choses allaient… Au niveau de l'accompagnement il y avait aucun souci ! »

Manque de disponibilité

Ce qu'il ressort également c'est que, certaines patientes, se plaignent du **peu de disponibilité de leur médecin référent**.

P2 : « Sachant que de toute façon la reprise de rendez-vous est très compliquée… Tant qu'il n'y a pas d'urgence elle est, elle est pleine à 3 mois quoi… Donc même pour reprendre ce rendez-vous il faudrait que je l'appelle au… directement au cabinet, est-ce qu'elle me laissera des… mmm… l'occasion d'en discuter je ne sais pas… »

P4 : « Et puis… et puis ce que je trouve dommage avec Mme B (médecin généraliste faisant de la gynécologie) c'est qu'elle est pas disponible par téléphone juste pour comprendre… [...] Après je suis… je suis consciente que quand même je suis pas la seule ! Et que forcément le médecin s'il devait prendre ce temps pour chacun… bah ça serait trop long. Mais en même temps c'est un peu ça qu'on attend du médecin quoi ! Donc voilà… [...] Et le problème c'est que elle c'est son… les numéros de téléphone sont, soit son portable pour urgence… mais sincèrement elle répond jamais, soit le secrétariat. Et là le secrétariat si on dit qu'on veut parler au Dr B beh non ! [...] Bah moi j'ai déjà essayé de lui envoyer des textos juste en me disant je veux pas la déranger je lui dis « bon voilà j'ai un soucis est-ce que vous pouvez me rappeler » mais elle prend jamais ce temps-là en fait. Donc je pense qu'elle est débordée hein y a pas de soucis. Enfin c'est pas la première fois que j'arrive pas à la joindre… Voilà… »

Ainsi, chez certaines patientes, il y a cette **ambivalence entre le résultat à gérer mais une compréhension envers la charge de travail du médecin.**

P2 : « Alors elle m'avait dit, elle, à son niveau « je vous appellerai si les résultats sont mauvais ou vous recevrez un courrier » donc elle m'avait laissé les deux possibilités donc… Mmm… À ce niveau-là j'ai rien à dire en plus je sais qu'elle est… surbookée comme tous les gynécologues donc euh… À son niveau je pense elle a fait… comme elle pouvait. Après c'est vrai qu'il faut gérer le résultat donc euh… »

Certaines patientes en sont venues même à ne pas essayer de contacter un

professionnel de santé soit du fait de leur manque de disponibilité supposé soit du fait d'une appréhension en pensant ne pas être bien reçue. Certaines d'entre elles sont arrivées à prendre du recul et à autocritiquer leur absence de démarche pour rechercher des informations auprès de leur référent.

P8 : « C'est vrai après comme vous me l'avez dit tout à l'heure je pourrais prendre mon téléphone et appeler mais… on a l'impression qu'on va se faire un peu… (rires) balayer on va dire. [...] Non parce que… à chaque fois que j'ai pris rendez-vous avec… le standard c'est vrai que c'est très, très long et même je me dis que la personne qui est au secrétariat pfou c'est peut-être pas son boulot, à elle précisément, de rassurer… Mais c'est vrai que j'aurais pu… tenter ! Hein qui ne tente rien n'a rien on va dire ! Oui non c'est vrai que j'ai pas tenté mais… ça aurait peut-être… peut-être qu'elle m'aurait écoutée et que j'aurais pu discuter avec elle en effet ! »

<u>Impact de la profession paramédicale</u>

Il est également à noter que pour une patiente, il y a eu également un impact négatif de l'attitude d'une secrétaire médicale lors de la prise de rendez-vous de colposcopie, celle-ci ne connaissant pas le terme de « colposcopie » et déclenchant angoisse et perte de confiance auprès de la patiente.

P12 : « C'est juste de... ouais d'avoir peut-être des gens un peu plus formés déjà sur quels sont les... Parce que pareil quand on prend les rendez-vous après... même le terme y a des gens qui connaissent pas... « une quoi ? ah beh attendez je me renseigne ! ». Enfin, déjà en fait j'appelle parce que je prends sur moi, parce que c'est pas une partie de plaisir là d'essayer de joindre 40 000 instituts, labo nanani nanana, pour au final tomber sur des gens qui... enfin ça, je... je veux dire à un moment donné il y a aussi secrétaire médicale et secrétaire médicale hein euh...»

- **Absence d'impact**

Rares sont les femmes pour qui un contact avec un professionnel de santé ne leur a pas manqué.

P15 : « Non voilà ! Après on a tellement de sources d'infos maintenant que... c'est facile d'aller chercher ! »

- **Place du médecin traitant**

Concernant le rôle du médecin généraliste, celui-ci a été très **restreint** auprès des patientes interviewées quand celui-ci n'était pas considéré comme le référent en gynécologie.

P5 : « Du coup j'ai essayé d'appeler ma gynéco pendant 4 jours de suite et répondeur, répondeur, répondeur. Soit disant elle était en congés… Euh j'ai appelé mon médecin traitant qui malheureusement n'était pas là non plus… »

Ainsi, beaucoup de femmes considéraient que la **gynécologie restait du domaine du gynécologue** et ne voyaient pas en leur médecin traitant un possible interlocuteur pour ce genre de problématique.

P12 : « Mais finalement pour juste parler euh... finalement de problème va falloir aller voir son médecin généraliste sauf que... moi j'adore mon médecin généraliste, hein clairement, je l'adore hein, mais clairement je... oui parler de mon mal de dos, à la limite de mon état moral tout ça, y a pas de problème... [...] non clairement ça j'ai pas envie de lui parler de mon intimité à ce niveau-là quoi c'est euh... »

Certaines patientes ont pensé à informer leur médecin traitant mais lors d'une consultation pour un autre motif, sans direction spontanée vers celui-ci à la recherche d'information ou de réassurance.

P12 : « Euh non, non, je l'ai fait après parce que je me suis dit je vais quand même faire un... voilà bah un petit rendez-vous... Là j'y vais dans 2 jours... Histoire de le mettre au courant et puis bah du coup j'ai une lettre à lui remettre enfin voilà... pour qu'il soit un peu alerté sur le truc quoi. »

P14 : « Non j'avais mal à la gorge mais du coup j'avais porté... je lui ai porté ma lettre et tout j'ai... il m'a dit « mais c'est pas grave, il fallait pas rester dans cet état fallait m'appeler ! », voilà. »

Une patiente a décidé de ne pas se tourner vers son médecin traitant devant l'anticipation d'une **trop grande empathie avec perte d'objectivité à son sujet** avec la crainte d'une réassurance à tort.

P13 : « Beh disons que mon médecin traitant il est très, très inquiet alors il me connait depuis tellement d'années que... que je sais qu'il va essayer de me protéger

un maximum en me donnant le moins d'éléments possibles et euh... non j'en ai pas... »

À l'inverse, d'autres patientes avaient un médecin traitant mais **ne le considéraient pas comme un interlocuteur possible**, du fait d'une absence de relation de confiance.

P14 : « Mais j'ai pas eu un bon feeling avec ce médecin, du coup j'ai pas eu envie de l'appeler quoi ! »

c. Moyen d'information préféré

Après questionnement des patientes, il est évident qu'il n'existe pas un moyen d'information idéal mais que celui-ci va dépendre de la patiente et de la relation qu'elle entretient avec la personne chargée de l'informer.

La majorité des femmes ont reconnu cependant qu'une **annonce de vive voix restait préférable** pour leur donner la possibilité d'avoir une discussion avec leur interlocuteur, voire une convocation en rendez-vous.

P4 : « Du coup ce SMS je l'ai trouvé un peu plus… personnalisé… c'était pas le SMS euh… pas le SMS bateau avec juste une partie qui change quoi ! Mais… je me dis que peut-être un coup de téléphone aurait été sympa ! Ou alors un SMS en disant euh… je vous propose de venir rapidement euh… pour qu'on en discute… pour en discuter ! »

A contrario certaines patientes ont bien souligné le fait que l'appel d'un médecin était un « mauvais signe ».

P13 : « Généralement quand un médecin vous appelle euh c'est pas bon signe hein ! [...] Bah généralement quand un médecin téléphone c'est que c'est pas bon... »

Ainsi, le **changement du mode de réception des résultats, initialement convenu par courrier**, pour avoir finalement un appel téléphonique **a été angoissant**.

P12 : « Donc bon déjà on m'avait dit qu'on me les enverrait par courrier donc si... déjà je me suis dit si on me les envoie pas et qu'on m'appelle c'est que y a potentiellement quelque chose quoi... »

En revanche, **quand le professionnel de santé n'était pas connu auparavant ou qu'il n'était pas considéré comme « référent » il y avait moins d'attente de la part des patientes.**

P10 : « Voilà pour moi c'était… oui un examen qu'il fallait faire donc j'en ai fait un mais c'est vrai que après que voilà qu'elle me l'ait annoncé comme ça ou par courrier ça avait la même… Voilà je la connaissais pas donc euh… »

Enfin, chez quelques femmes, il n'y avait **pas de préférence de moyen de communication**, ces femmes considérant que le plus important était le fait qu'elles soient averties, peu importe le moyen.

P15 : « Du moment qu'on est averti moi après n'importe quel moyen est bon... que ce soit un fax, un mail... au moins je suis avertie quoi ! Le tout c'est d'être averti ! Le moyen ne me dérange... ne me dérange pas hein ! Tant que je suis avertie y a pas de soucis, que ça aurait par téléphone, que ça aurait par mail ou par lettre euh c'est pareil hein ! Le résultat reste le même parce que je suis avertie quand même ! (rires) »

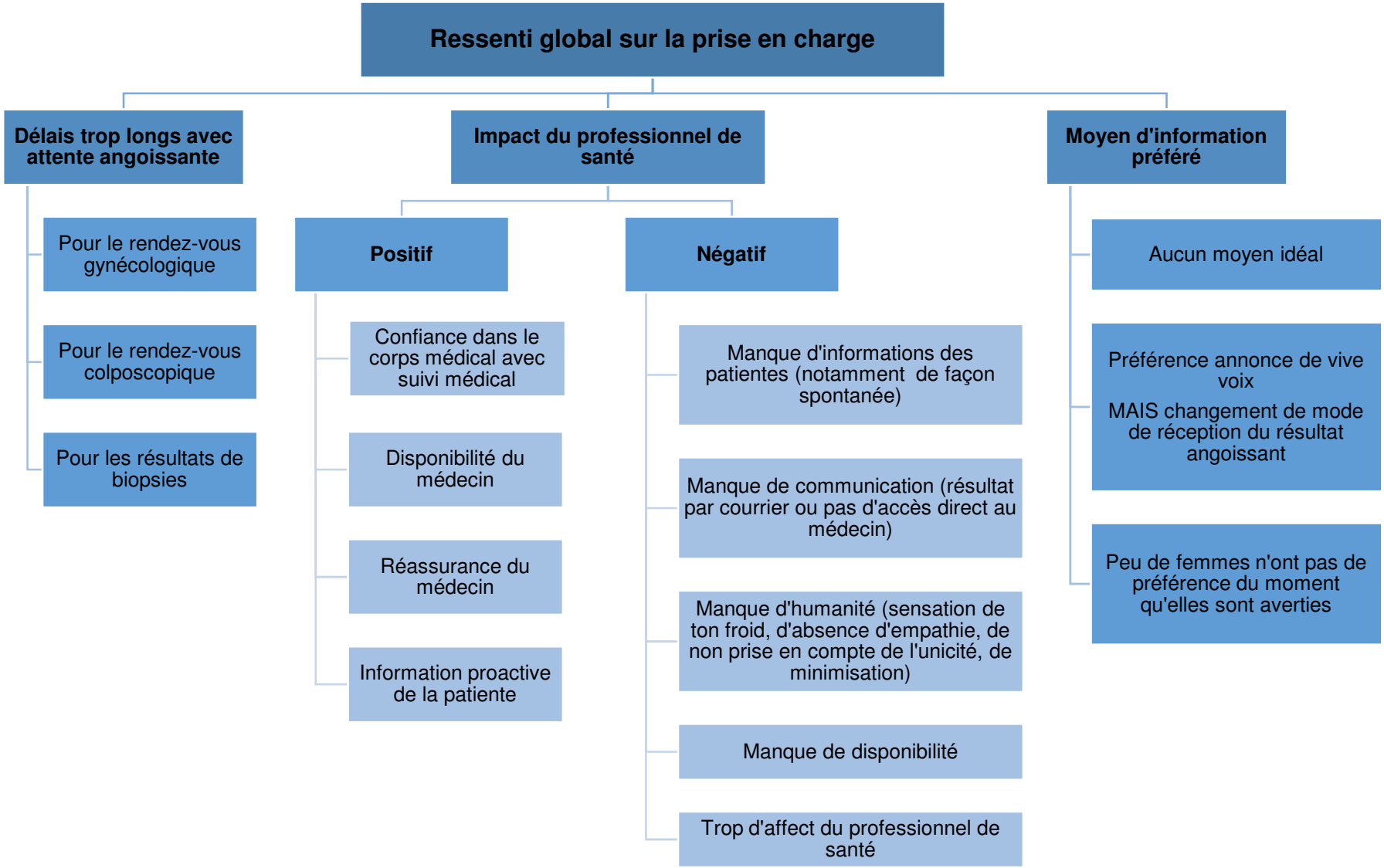


Figure 26 : Ressenti global sur la prise en charge

IV. DISCUSSION

A. L'annonce d'un résultat de frottis cervico-utérin anormal reste une annonce sensible

Tout d'abord, l'annonce d'un résultat de FCU anormal reste encore et toujours une annonce sensible avec des réactions initiales de déni, de traumatisme ou de peur. Finalement, peu de femmes y sont restées indifférentes.

Ainsi, chez la plupart des femmes, cette annonce a eu des conséquences sur toutes les facettes de leur vie, de façon plus ou moins importante en fonction de leur personnalité ou de leur histoire de vie (qu'elle soit personnelle ou familiale), que ce soit :

- Sur leur vie personnelle avec des sensations de mal-être allant jusqu'à la somatisation, des questionnements multiples avec culpabilisation...
- Sur leur vie familiale : l'annonce ne concernait pas que la patiente mais également son entourage familial vers qui elle s'est tournée afin de trouver du soutien ou, au contraire, qu'elle a voulu préserver.
- Sur leur vie de couple avec de multiples questionnements concernant le conjoint (notamment sur la transmission et sur ses risques pour sa propre santé), une possible apparition de tension dans le couple avec la recherche d'un coupable ainsi qu'avec des répercussions notamment sur leur vie sexuelle avec l'apparition de modifications des rapports sexuels allant même jusqu'à une abstinence chez beaucoup de femmes.
- Sur leur vie professionnelle : chez certaines femmes, il y a eu des répercussions au travail avec une irritabilité, alors que chez d'autres au contraire le travail a pu être salvateur.

Ces femmes ont également eu besoin d'un soutien pour cette annonce, quel qu'il soit. Cette démarche a beaucoup dépendu des femmes allant de la recherche de soutien auprès de multiples personnes, proches ou non, ou bien de façon plus restreinte auprès de quelques personnes du fait du caractère jugé intime de cette affection.

Généralement les femmes se sont ainsi tournées vers leur entourage familial proche, plutôt féminin, ou vers leur entourage amical également féminin. Pour certaines le

soutien de leur conjoint a également été très important même si, du fait qu'il soit impliqué dans l'annonce d'HPV (et donc d'infection sexuellement transmissible), il a été quelque fois plus compliqué à avoir.

Depuis les premières études concernant ce ressenti, il n'y a globalement pas eu d'amélioration avec la persistance de réactions négatives à la suite de cette annonce, nécessitant un soutien émotionnel.

B. La compréhension du frottis cervico-utérin et les connaissances de l'HPV restent limitées

FCU

Même si ce n'était pas l'objectif initial de cette étude, on peut remarquer que tout au long des entretiens, pas toutes les femmes n'étaient alertes sur l'indication du FCU et sur son but.

Pour certaines, le FCU était considéré comme un examen de routine (les femmes ne cherchant pas à en savoir plus), pour d'autres cela permettait de détecter un problème quel qu'il soit au niveau du col. Finalement, peu de femmes connaissaient l'indication officielle du FCU, qui est le dépistage du cancer du col de l'utérus, ou bien l'existence des lésions précancéreuses.

Cela va peut-être tendre à se généraliser du fait de la mise en place d'un dépistage organisé avec la réception d'une lettre d'information au domicile mais il faut tenir compte du fait que cela va exclure les femmes déjà suivies régulièrement.

Une étude anglaise en 1998 (30) a déjà montré ce défaut de compréhension en soulignant le besoin des femmes d'être mieux informées sur la signification du FCU et sur l'utilité de la colposcopie, retrouvant ainsi que les femmes recevant une information adaptée présentaient un moindre niveau de stress.

Une autre étude en 2006 menée en Irlande (31) a également étudié l'impact, notamment, des connaissances concernant l'utilité du FCU sur sa réalisation. Elle a retrouvé que 78% des femmes pensaient que le FCU était réalisé pour la détection d'un cancer mais que moins de la moitié de ces femmes connaissaient son but premier qui est la prévention du cancer du col de l'utérus, traduisant ainsi une

méconnaissance importante de l'existence de lésions précancéreuses. De plus, 40% de ces femmes déclaraient se sentir insuffisamment informées.

Il serait éventuellement utile, lors de la réalisation du FCU de dépistage, de vérifier la bonne compréhension de l'utilité de celui-ci et éventuellement, en fonction du temps disponible, d'avancer quelques explications, même succinctes, sur l'existence de lésions précancéreuses du col de l'utérus car la connaissance préalable de l'examen et celle de son but sont nécessaires à la bonne compréhension d'un éventuel résultat de FCU anormal par la suite.

HPV

Le rôle de l'HPV est maintenant bien reconnu dans les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, cependant, il reste un grand nombre de femmes qui n'ont que peu de connaissances sur le sujet malgré les campagnes d'information à la suite de la mise en place de la vaccination.

Ainsi il existait beaucoup de questionnements chez les femmes concernant l'HPV, notamment chez celles qui découvraient son lien avec le cancer du col de l'utérus lors de la réception d'un FCU anormal. Le fait que l'anomalie du FCU soit liée à un virus responsable d'infections sexuellement transmissibles a généré l'apparition de questions différentes notamment sur la transmission, sur la prévention et sur le risque sexuel (envers leurs anciens partenaires, leur partenaire actuel ainsi que leurs possibles partenaires futurs) avec la méconnaissance du risque d'une infection à HPV sur la santé de l'homme.

Ce manque de connaissance et ce besoin d'informations ont également été soulignés dans de nombreuses études.

Une étude menée en Angleterre en 2002 (32) a, elle, montré un bon niveau de compréhension du FCU mais des connaissances concernant l'HPV très limitées. 30% des patientes en avaient entendu parler mais seulement 20% savaient que cela peut toucher les deux sexes et 11% des patientes identifiaient un lien avec le cancer du col de l'utérus.

Il en est de même pour deux études américaines de 2004 (33,34) qui ont également retrouvé un niveau de connaissance bas, avec un à deux tiers des patientes qui n'avaient jamais entendu parler de l'HPV. De plus, parmi celles qui connaissaient

l'HPV, il n'y avait qu'un petit pourcentage de ces patientes qui connaissait le lien entre l'HPV et le cancer du col de l'utérus.

Une étude en 2004 (35) a quant à elle découvert chez les femmes certaines confusions concernant l'HPV notamment la différence entre l'infection par HPV-HR et HPV-BR, la signification du test HPV par rapport au FCU et le niveau de risque d'évolution en cancer d'une infection par HPV (avec une surestimation du risque lorsque les patientes connaissaient HPV). Ces femmes rapportaient également une peur vis-à-vis de son lien avec le cancer, de sa transmission aussi facile ainsi que de leur manque de moyen de protection. Elles exprimaient alors un besoin d'informations sur la transmission, la prévention, les traitements possibles et le niveau de risque d'évolution en cancer d'une infection à HPV.

Pour envisager de diminuer l'impact de cette annonce, les femmes nécessiteraient plus d'informations que ce soit en amont du dépistage ou à la réception des résultats anormaux, sur le FCU en lui-même, sur l'existence de lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus ou enfin sur l'HPV.

C. La recherche d'information est un besoin majeur après l'annonce

Suite à cette constatation, après la recherche de soutien, un autre besoin a alors été commun à presque toutes ces femmes, celui de rechercher des informations.

Cette recherche a alors été très variable en fonction des femmes mais globalement celles-ci se sont tournées initialement vers le professionnel de santé considéré comme le référent (soit leur gynécologue, soit leur médecin traitant ayant une activité principale de gynécologie). Il est à noter que peu de femmes se sont tournées spontanément vers leur médecin traitant quand celui-ci n'était pas celui qui avait réalisé le frottis cervico-utérin.

Leurs autres sources d'informations ont été leur entourage, soit ayant une formation médicale ou paramédicale, soit ayant une histoire de FCU anormal, ainsi qu'internet avec des recherches très variables (limitée à la colposcopie ou plus large, sur des sites spécialisés ou non...).

Les questionnements ont alors été multiples. Majoritairement, ils ont porté surtout sur la signification et l'origine de cette anomalie de FCU ainsi que sur la colposcopie

(l'acte en lui-même mais également son déroulement et son but). Certaines femmes se sont également posé des questions sur la suite, après la colposcopie, avec la volonté d'anticiper les différentes parcours possibles auxquels elles allaient pouvoir être confrontées.

Enfin, pour celles qui connaissaient le lien avec l'HPV ou qui ont pris connaissance de ce lien au résultat, il y avait d'autres questionnements notamment sur la transmission en fonction des pratiques sexuelles, sur les risques pour le partenaire mais aussi sur son lien avec le cancer.

Ainsi, devant le changement de mode de dépistage initial pour les plus de 30 ans avec la réalisation d'un test HPV premier, il est possible de voir apparaitre de nouveaux questionnements et de nouvelles angoisses à la réception du résultat, confrontant les femmes directement à l'existence ou non d'une infection à HPV.

Une étude anglaise en 2004 (36) s'est penchée sur l'impact psychologique d'un test HPV positif à la suite d'un FCU anormal (« borderline » ou « mild dyskariotic »). Elle a retrouvé, chez les femmes avec un test HPV positif, plus d'anxiété, de stress et de préoccupations à court terme par rapport aux femmes ayant eu un FCU anormal (sans test HPV) ou un FCU normal. Parmi ces femmes, ces sentiments étaient majorés chez celles qui percevaient un risque de cancer plus important ou qui n'en comprenaient pas la signification (25% de ces femmes ne connaissaient pas l'HPV).

Une autre étude anglaise publiée la même année (37) s'est, elle, penchée sur l'impact psychosocial de la réalisation d'un test HPV dans le dépistage de routine du cancer du col de l'utérus. Elle a retrouvé des niveaux d'anxiété et de stress à court terme plus importants chez les femmes avec un test HPV positif (quel que soit le résultat du frottis cervico-utérin par la suite) avec l'apparition également de préoccupations pour le partenaire sexuel, comparé aux femmes avec un test HPV négatif. Le lien entre l'HPV et le cancer du col de l'utérus a ainsi des conséquences psychologiques supplémentaires sur les femmes.

Une étude australienne en 2005 (38) a ensuite bien étudié les besoins et les préférences des femmes concernant les informations liées à HPV, notamment dans un but de diminution de leur anxiété. Comme les études précédemment citées, cette étude retrouve l'existence d'une confusion concernant l'HPV notamment sur la signification de cette infection avec un manque d'information antérieur sur l'impact de

l'HPV au niveau du col de l'utérus (mis à part les verrues génitales). Les femmes ont exprimé une volonté d'avoir plus d'informations sur l'HPV, considérant les informations recherchées par elles-mêmes limitées avec une mauvaise compréhension. Cette volonté d'informations s'est portée sur la distinction entre les types d'HPV (HPV-HR et HPV-BR), sur leur transmission, sur l'impact de cette infection sur leur partenaire sexuel actuel ou futur, sur les risques pour leur santé et celle de leur partenaire sexuel, sur la prévention mais également sur son lien avec le cancer et son traitement. Certaines évoquaient également un besoin d'informations sur l'impact possible sur leur fertilité ou encore sur un lien avec le tabac. Il existait globalement un souhait d'un support papier complémentaire pour avoir un « take home messages ». Cette étude a retrouvé que les informations clés permettant une réassurance de la femme étaient la forte prévalence de l'HPV, ce qui normalise et déstigmatise cette infection sexuellement transmissible, l'existence d'une possibilité de régression spontanée, le lent développement du cancer et l'explication de la différence avec les verrues génitales.

Enfin une revue de la littérature (39) a été réalisée en 2019 étudiant l'impact psychosexuel de la réception d'un test HPV positif (incluant l'étude précédente). Les études quantitatives sur le sujet sont restées mitigées (certaines démontrant plus d'inquiétudes et des conséquences sur la vie sexuelle, d'autres non). En revanche concernant les études qualitatives inclues, on constate que les inquiétudes se sont portées sur les mêmes sujets c'est-à-dire sur l'origine de l'infection à HPV, ses conséquences sur la relation de couple (avec la crainte d'une infidélité de part et d'autre du couple), sa transmission, les risques pour le partenaire ainsi que le risque de ré-infection notamment avec de futurs partenaires. Elle a montré également un impact de ce test sur la relation de couple (allant d'un impact négatif à un impact positif en fonction des partenaires), sur la vie sexuelle (avec pour beaucoup une perte d'intérêt sexuel voire une peur d'aggraver les choses avec des rapports sexuels) ainsi que sur l'image de soi (avec l'apparition d'une image de soi-même négative).

Si l'on faisait une synthèse des études passées et du travail exposé dans cette thèse, il existe un réel manque d'informations de ces femmes. Pour répondre à leurs questionnements principaux, il faudrait leur apporter une information sur la colposcopie (avec une explication de l'examen, de son déroulement avec la

réalisation de biopsies), sur la signification du FCU anormal, son lien avec l'HPV et ainsi donner des informations concernant l'HPV en lui-même. Les informations concernant l'HPV pourraient comprendre notamment sa fréquence, la différence avec les verrues génitales (HPV HR et BR), sa prévention, les risques masculins de cette infection et préciser son lien avec le cancer (et notamment l'existence de lésions précancéreuses, son évolution lente et la possibilité de régression spontanée des lésions précancéreuses).

Dès 1992 (40), suite aux premières études sur l'impact psychologique d'un résultat de FCU anormal et suite à des études validant l'intérêt d'une information écrite, une étude en Angleterre s'est ainsi intéressée au développement d'une brochure commune pour l'information des femmes recevant ce type de résultat (en comparaison à des brochures déjà utilisées de façon individuelle dans certains hôpitaux). Cette brochure contenait des informations sur la signification d'un FCU anormal, sur la colposcopie, sur les types de traitement, sur le suivi ainsi qu'une rubrique de questions-réponses les plus fréquemment posées par les femmes recevant ce type de résultat. Suite à cette brochure, était proposé un entretien avec un professionnel de santé. Cette étude a retrouvé que 80% des femmes avaient accepté de voir le professionnel de santé par la suite, trouvant cette offre bienvenue avec un haut degré de satisfaction mais elle n'a pas étudié la différence de réduction de stress avec ou sans rencontre du professionnel de santé. Les femmes ayant décliné cette information étaient celles dont la brochure avait suffi à les renseigner, celles ne percevant pas d'anxiété suite à leur FCU ou pour la colposcopie et pour un faible pourcentage, celles ayant un sentiment de stress trop important pour en parler.

Une étude américaine publiée en 1998 (41) a évalué l'impact d'une intervention éducative sur les connaissances et l'anxiété des femmes avec l'envoi d'une brochure explicative d'une page (le contenu étant déterminé à l'aide d'une étude précédente de la même équipe) par mail après un FCU anormal une semaine avant la colposcopie. Cette brochure a permis une amélioration des connaissances sur la colposcopie mais pas sur le FCU et n'a pas eu d'impact sur le niveau d'anxiété des femmes.

Enfin, une étude en Angleterre en 2007(42) a également étudié l'impact de la distribution d'une brochure d'information sur l'HPV (réalisée par le National Health Service Cervical Screening Programme ou NHSCSP). La plupart des femmes après

lecture de la brochure ont ressenti de l'inquiétude, de la peur ou de la confusion. Cette brochure les laissait finalement avec trop de questionnements sur l'HPV (histoire naturelle de l'HPV avec progression en cancer, détection de l'infection à HPV, transmission...) avec des informations jugées très vagues, des phrases compliquées trop longues ou encore trop de jargon médical. Après interrogation, il n'y a pas eu de consensus concernant la manière dont les femmes voulaient recevoir ces informations : certaines patientes pensaient notamment qu'il était important d'en parler aux enfants lors de leur scolarité, d'autres pensaient qu'elles devraient être informées au moment du dépistage, ou bien que ces informations ne pourraient être données qu'au moment d'un résultat anormal. La conclusion principale de cette étude a été que la brochure fournie par le NHSCSP ne rendait pas compte des besoins d'informations réels des patientes et qu'une autre brochure devrait être pensée en suivant les questionnements des femmes.

Ainsi, cette information pourrait prendre la forme d'une brochure d'explication à destination des femmes avec un FCU anormal ou un test HPV positif, à condition de bien étudier en amont les informations à apporter dans le but d'améliorer les connaissances des femmes sans qu'elle ne soit contre-productive entrainant l'augmentation d'une possible confusion.

Voire même à l'ère numérique, on pourrait envisager de développer un site, dédié, d'informations sur les principaux questionnements des femmes, contenant par exemple des articles, des vidéos explicatives (notamment sur l'HPV, les lésions précancéreuses, le dépistage, le cancer du col et la colposcopie) ou même un forum tenu par des professionnels de santé pour leur répondre. Cela ne peut pas remplacer bien entendu une discussion avec un professionnel de santé mais cela peut permettre à ceux-ci d'avoir un support d'information et pour les femmes, d'avoir une brochure sous forme d'un « take home messages ».

D. La colposcopie est considérée par les femmes comme l'élément clé de leur prise en charge avec réapparition d'anxiété à son approche

Enfin, la 3ème réaction de ces femmes a été de voir la colposcopie comme un élément clé de leur prise en charge et ainsi de prendre un rendez-vous de colposcopie rapidement, celle-ci étant globalement perçue comme la réponse finale à

leurs questions. Ainsi lorsque le rendez-vous était pris, cela entrainait un net soulagement des patientes.

La colposcopie joue ainsi un rôle majeur dans le vécu des femmes. C'est pour cela que les femmes vont avoir besoin de rechercher des informations à ce sujet mais aussi que son approche est souvent pourvoyeuse d'une recrudescence de leur anxiété.

De nombreuses études ont retrouvé cette méconnaissance de l'examen et cette angoisse et ainsi, dès les années 1990, d'autres recherches se sont développées dans le but de réduire celle-ci et notamment en apportant plus d'informations à la femme.

Une revue de la littérature publiée en 2011 (43) a voulu évaluer les interventions conçues pour réduire le niveau d'anxiété des femmes pendant la colposcopie. Concernant les brochures d'informations, elle a trouvé qu'elles augmentaient certes le niveau de connaissance des femmes (et donc l'adhérence au suivi et au traitement) mais sans efficacité sur la réduction de leur niveau d'anxiété. En revanche il pourrait exister également un effet positif sur les impacts psychosexuels de cette annonce de FCU anormal, du fait de l'augmentation des connaissances, avec une meilleure qualité de vie par la suite. Elle a inclus également une étude chinoise du début des années 2000 (44) qui a comparé en session pré-colposcopique l'utilisation soit d'une brochure d'information avec une vidéo sur la colposcopie (sur son déroulement, son but et le traitement par la suite) soit de cette même brochure et vidéo mais avec par la suite une consultation avec une infirmière entraînée. Une grande partie des femmes ont refusé de venir à une session pré-colposcopique par manque de temps ou d'intérêt. Pour celles qui ont participées, il existait un score de connaissance significativement plus important chez les femmes ayant eu un entretien avec une infirmière à la suite des informations que pour celles ne l'ayant pas eu, mais sans effet sur les scores d'anxiété étant du même niveau pour les 2 groupes. De plus, même si la majorité des femmes trouvaient ces informations intéressantes (60%), plus de la moitié sont allées compléter par elles-mêmes ces informations, notamment sur internet.

Finalement la seule intervention démontrée qui a réduit l'anxiété et la douleur pendant la colposcopie a été la diffusion de musique pendant celle-ci.

Enfin, plus récemment, une étude de 2017 aux Pays-Bas (45) a étudié l'impact d'une vidéo d'information (montrant des images de l'hôpital, de la réception, de la salle d'attente et des salles d'examen, puis avec une explication donnée sur le FCU anormal, sur la conduite de la consultation et les possibles traitements). De la même façon que les brochures, cette vidéo n'a pas permis une réduction significative du niveau d'anxiété, de dépression ou de douleur mais elle a été appréciée avec un haut taux de satisfaction par les femmes qui ont déclaré avoir su à quoi s'attendre.

Même si ces méthodes d'information (brochures, vidéos, explications données par une infirmière entrainée...) ne permettent pas de réduire significativement le niveau d'anxiété des femmes, cela permet d'accroître leur niveau de connaissance pour faire face à cette annonce (notamment au niveau de l'HPV) avec la possibilité de minimiser l'impact psychosexuel avec l'amélioration de leur qualité de vie.

À l'heure d'aujourd'hui, la seule intervention ayant ainsi entrainé une diminution de l'anxiété est celle de diffuser de la musique pendant la colposcopie, aucune autre intervention n'a démontré une efficacité significative pour réduire cette anxiété en amont de la colposcopie.

E. L'impact du professionnel de santé est important, notamment de par l'annonce qu'il fait

Ce qu'il ressort de cette étude, c'est que même si l'on est à l'ère du numérique et de l'internet, le premier réflexe des femmes est resté de contacter leur gynécologue ou leur médecin référent à la suite de l'annonce des résultats (pour celles ayant reçu le résultat par courrier).

Cette étude souligne l'importance de la relation de confiance entre la patiente et l'annonceur avec la nécessité pour le professionnel de santé de rester empathique (adopter un ton chaleureux, une attitude concernée) sans tomber dans la sympathie. La démonstration de trop d'affect est finalement contre-productive avec une majoration de l'anxiété de la femme.

Il existe également une volonté pour les femmes d'une prise en compte de leur unicité et ainsi de faire face à un discours considérant leurs questionnements propres.

Elles ont également eu conscience de la fréquence de FCU anormaux à gérer pour les professionnels de santé mais ont souhaité tout de même un contact humain avec le médecin pour avoir la possibilité de discuter, de poser les questions qu'elles souhaitaient, leur permettant d'être accompagnées dans l'annonce de cette nouvelle.

Ainsi il existait un réel impact positif de certains professionnels de santé, lorsqu'ils étaient accessibles, avec une réassurance des patientes, notamment lors de leur mise à disposition de la femme si le besoin s'en faisait sentir. Une confiance, en général, dans le corps médical a également eu un effet rassurant avec la sensation « d'être entre de bonnes mains ».

Malheureusement, du fait de la démographie médicale avec une désertification médicale et la surcharge de travail consécutive à ce manque de médecin, il leur a été souvent difficile de l'avoir, les obligeant à se replier sur des sources d'informations secondaires moins fiables (comme l'entourage ou internet). Ainsi le manque de disponibilité des professionnels de santé a été une des plaintes récurrentes de ces femmes.

Beaucoup de femmes ont évoqué également, lorsqu'un contact a été réalisé, un manque de questions spontanées de leur part du fait d'un effet de sidération et, par conséquent, une volonté d'information plus proactive de la part de leur interlocuteur.

Il est également ressorti que la place du médecin traitant était ici peu développée. Rares sont les femmes qui ont pensé à se tourner spontanément vers celui-ci ne serait-ce que pour avoir des informations. Le FCU est considéré comme faisant partie du domaine gynécologique et beaucoup de femmes estimaient que cela ne concernait pas leur médecin traitant soit du fait du caractère intime soit du fait de leur manque de connaissance supposé dans le domaine gynécologique.

En revanche, ce qu'il faut noter dans cette étude, c'est que les FCU ont été réalisés en grande majorité par des gynécologues alors que les médecins généralistes peuvent réaliser ce geste. Le médecin généraliste prend probablement une plus grande place dans cette annonce lorsque c'est lui qui réalise l'examen.

On retrouve également là l'importance d'une relation de confiance sans prise à partie (avec chez une patiente l'évocation d'une perte d'objectivité de son médecin traitant du fait de leur longue connaissance).

Le mode de communication des résultats est également très important. Celui-ci est très dépendant du réalisateur du frottis, certains envoient une lettre, d'autres appellent ou font appeler leur secrétaire ou assistante médicale. Quel que soit le moyen, aux vues des réactions négatives face à un changement de moyen de communication, il est probablement nécessaire d'en discuter en amont avec la patiente.

Il est sûrement également préférable de discuter avec le laboratoire réalisateur pour s'accorder sur le mode d'information de la patiente. Par exemple, on pourrait discuter de ne pas adresser un résultat anormal directement à une patiente pour ne pas qu'elle soit face à un résultat incompréhensible sans explication médicale.

Enfin, de façon générale, la majorité des femmes interrogées auraient préféré une annonce de vive voix par le médecin (qu'elle soit téléphonique ou en consultation). Cela leur permettrait d'avoir un espace de discussion dédié avec leur interlocuteur de référence. Mais là où réside toute l'ambivalence de ce genre d'annonce, c'est que l'appel d'un médecin est jugé comme une mauvaise nouvelle en soi.

Certaines études se sont également portées sur cet aspect-là, notamment sur la préférence dans le mode de communication des résultats des femmes.

Une étude australienne réalisée dans les années 1998-1999 (46) s'est penchée sur les femmes en attente de leur colposcopie et a étudié comment elles ont été averties (en consultation pour 40% d'entre elles, au téléphone pour 35% et par courrier pour 14%), par qui (par le médecin pour 80% d'entre elles, par un autre professionnel de santé pour 13%) et surtout ce qu'elles auraient préféré (un mail avec explication du suivi pour 42%, un appel téléphonique pour 29%, un nouveau rendez-vous pour 11%, un courrier pour 7% et pour 3% aucune information souhaitée si celui-ci revenait normal). Les auteurs ont conclu que le mieux serait peut-être de leur demander.

Une étude australienne en 2005 (38), déjà évoquée plus haut, s'est aussi intéressée à l'annonce aux femmes de leur résultat de test HPV. L'appel téléphonique était considéré comme rassurant car il laissait l'opportunité de poser des questions et d'être rassurée initialement alors qu'une lettre au domicile n'apportait que stress et confusion. Concernant l'annonce en consultation, si ce rendez-vous était prévu de façon antérieure, il était considéré comme très satisfaisant, mais si celui-ci était une

convocation à la suite des résultats, il était alors pourvoyeur d'une grande anxiété dans l'attente (les femmes comprenant que quelque chose n'allait pas sans en connaître la cause). Enfin, l'attitude jugée rassurante du professionnel de santé était celle d'un professionnel de santé calme, qui prenait le temps de répondre aux questions de la patiente, de vérifier ses connaissances concernant l'HPV et discutant des options de traitement.

Une étude interventionnelle suédoise menée en 2016-2017 (47) s'est penchée sur la notification de l'annonce de FCU anormal par téléphone par un professionnel de santé entrainé comparé à une lettre standard. Même si cette intervention n'a pas montré de différence significative concernant le degré d'anxiété ou le niveau de qualité de vie, elle a montré, chez les femmes ayant bénéficié de l'appel téléphonique, un niveau de satisfaction ainsi qu'un niveau de connaissance plus importants notamment concernant l'HPV.

Il n'y a probablement pas de méthode idéale et finalement le mieux serait peut-être d'en discuter en amont avec la femme ce qui lui permettrait également d'envisager la possibilité d'un résultat anormal (la plupart des femmes s'attendant à un résultat négatif « comme d'habitude »).

On pourrait imaginer, par exemple, un premier temps d'annonce téléphonique avec la possibilité pour le professionnel de santé de répondre aux premières questions de la patiente ou de donner les premières informations et, si ce temps n'est pas suffisant, de proposer un rendez-vous de consultation rapide. Dans l'attente, on pourrait leur proposer des sources internet fiables si l'envie s'en faisait ressentir (le mieux étant peut-être la création d'un site internet dédié unique qui pourrait être l'objet d'une future thèse par exemple) car il faut en être conscient, la majorité des femmes vont aller chercher sans attendre le rendez-vous. Cela pourrait également leur permettre de réfléchir à leurs questions celui-ci.

Tout cela est difficile à mettre en place en pratique, le mieux serait peut-être d'avoir une cotation particulière pour ce genre de prise en charge avec la prise en compte du temps nécessaire pour l'appel téléphonique pour pouvoir l'intégrer au planning comme une consultation.

Ce qui est sûr, c'est que le professionnel de santé a ici toute sa place dans les informations à donner à la patiente, que ce soit à la réalisation du frottis cervico-utérin ou du test HPV ou bien à l'annonce d'un dépistage anormal.

F. Les forces et les limites de cette étude

La principale force de cette étude a été son côté qualitatif qui a permis aux femmes de s'exprimer librement sur leur ressenti ainsi que l'anonymisation qui leur a permis également de ne pas se censurer. Le fait que l'investigateur soit féminin a été aussi un avantage, les femmes se sentant plus libres de parler à un membre féminin lorsque cela concerne le domaine gynécologique.

Les limites de cette étude sont la méthode de recrutement basée sur le volontariat qui a possiblement induit un biais de sélection. Ainsi, les femmes n'ayant pas de plainte particulière n'ont pas forcément perçu le besoin de participer alors que celles avec une vision négative de leur prise en charge ont profité de ce temps-là, d'échange, pour dire ce qu'elles en pensaient. Mais on peut noter qu'il n'y a eu globalement que peu de refus, les patientes étant plutôt enthousiastes de participer à cette recherche portant sur leur ressenti. De plus, il est difficile de faire autrement pour une étude qualitative de ce genre.

Concernant le recrutement, il faut également noter que les 17 patientes étaient toutes hétérosexuelles, on peut imaginer que le vécu ou le questionnement peuvent être différents chez des femmes homosexuelles.

Le recrutement à la colposcopie a pu induire également un biais de mémorisation (la plupart des femmes ayant un rendez-vous de colposcopie plus de deux mois après le résultat initial). Cependant, finalement le vécu sensible de cette annonce a fait que les femmes, en majorité, ont pu se remémorer facilement leurs réactions à l'annonce.

On peut aussi souligner que si cette étude a étudié l'impact au court et au moyen terme de l'annonce d'un résultat de frottis cervico-utérin anormal, elle n'a pas pu se pencher sur ce qu'il en était au long terme. Il conviendrait probablement de la compléter avec une étude appréciant l'évolution de cet impact sur le long terme.

Une autre limite que cela a induit est l'absence de recrutement des femmes avec une anomalie au frottis cervico-utérin type ASC-US avec test HPV négatif, ne nécessitant

ainsi pas de colposcopie, mais étant tout de même une annonce de résultat de FCU anormal.

De plus, cette étude a été réalisée avant la mise en place effective du nouveau dépistage par test HPV premier (appliquée que tardivement par rapport aux recommandations du fait de la nécessité d'une prise en charge par la Sécurité Sociale). Probablement qu'une autre étude devrait être réalisée chez les femmes recevant un résultat de test HPV positif afin d'analyser leur ressenti.

Enfin, pour cette étude a été décidé de ne recruter que les femmes entrant dans les indications du dépistage mais de nombreuses femmes de moins de 25 ans sont également orientées vers la consultation de colposcopie montrant la persistance de certains dépistages hors recommandation. La question des conséquences psychologiques d'un tel frottis se pose.

V. CONCLUSION

Malgré l'utilisation depuis plusieurs décennies du frottis cervico-utérin dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, celui-ci reste encore mal compris auprès d'une grande partie des patientes, à l'ère où le patient en général prend activement part à sa santé.

Le lien avec l'HPV, malgré le développement de la vaccination chez les filles puis plus récemment chez les garçons, reste également peu connu. De plus, même lorsqu'il est connu, ces connaissances sont limitées et de nombreux questionnements restent sans réponse pour les patientes, notamment sur sa prévention, sur sa transmission, sur les autres risques pour leur santé ou pour celle de leur partenaire.

Globalement ce que l'on note c'est que le ressenti des femmes à la réception d'un résultat de frottis cervico-utérin anormal n'a pas beaucoup changé depuis les premières études datant des années 1980. Il existe toujours des réactions initiales de choc et de peur à la réception de ce résultat. Malgré la généralisation d'internet, le réaction première de toutes les femmes après cette réception par courrier reste d'essayer de contacter le professionnel de santé à l'origine de ce prélèvement pour avoir plus d'informations. Malheureusement, du fait de la désertification médicale et de la surcharge de travail pour la plupart des professionnels de santé, les patientes ont des difficultés à obtenir des réponses par ce biais-là. L'impact du professionnel de santé est ainsi à double tranchant, il peut avoir un impact très positif du fait de sa disponibilité avec une réassurance de la patiente et une information proactive, comme avoir un impact négatif chez la majorité de femmes dans cette étude avec des plaintes concernant notamment un manque d'information, de communication, d'accompagnement voire même d'humanité dans la façon d'annoncer les résultats.

Ce qu'il est important de noter, c'est que le professionnel de santé a un rôle crucial à jouer dans l'information aux patientes, que ce soit à la réalisation du dépistage pour vérifier leurs connaissances de base ou à l'annonce d'un résultat anormal pour leur apporter les informations nécessaires à la bonne compréhension de celui-ci dans le but de minimiser les réactions négatives initiales.

La place du médecin généraliste est, dans cette étude, très restreinte. Peu de femmes vont se tourner vers celui-ci spontanément et ce, pour plusieurs raisons : le frottis cervico-utérin considéré comme hors de son champ de compétences, l'atteinte gynécologique considérée comme relevant de l'intime, l'absence de relation de confiance ou à l'inverse la sensation de perte d'objectivité. Cela peut être dû au fait que les réalisateurs majoritaires du FCU dans cette étude étaient les gynécologues avec que peu de médecins généralistes adresseurs. Dès lors que le FCU est réalisé et les résultats annoncés par un médecin généraliste, celui-ci pourrait avoir une place plus importante.

À l'ère du début du dépistage organisé, notamment avec le changement de mode de dépistage avec l'apparition du test HPV premier, il est possible que la perception de cette annonce et son impact sur la vie des patientes changent au fil des années mais probablement pas leur besoin d'information pour comprendre leur résultat.

Enfin, concernant l'annonce, il n'y a pas de moyen idéal mais une prise de contact de vive voix est préférée par la majorité des patientes. Pour se faire, on pourrait envisager la création ou l'utilisation d'une cotation spécifique pour un appel téléphonique concernant l'annonce, pour permettre à la patiente d'avoir un espace de discussion dès la réception des résultats, avec la proposition d'un rendez-vous en consultation par la suite pour approfondir si la patiente le juge nécessaire.

Il serait éventuellement intéressant de développer également des brochures explicatives ainsi qu'un site dédié aux patientes avec des informations factuelles et des vidéos explicatives permettant d'accompagner la recherche de ces femmes avant un possible rendez-vous en consultation.

Il faut garder en tête que si de tels outils sont créés, ils ne doivent être que des supports pour les patientes et les professionnels de santé et ne sauraient remplacer l'échange médecin-patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National du Cancer. Cancers du col de l'utérus [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Le-col-de-l-uterus

2. Sellors J, Sankaranarayanan R. Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants [Internet]. Centre International de Recherche sur le Cancer; [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: https://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=2

3. Hamers F, Woronoff A-S, Réseau français des registres de cancers Francim. Cancer du col de l'utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2019, n°. 22-23, p. 410-416 [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: /import/cancer-du-col-de-l-uterus-en-france-tendances-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-jusqu-en-2018

4. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - Etat des connaissances - Actualisation 2008 [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/rapport-synthese/donnees-epidemiologiques-sur-le-cancer-du-col-de-l-uterus-etat-des-connaissances-actualisation-2008

5. de Sanjosé S, Brotons M, Pavón MA. The natural history of human papillomavirus infection. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. févr 2018;47:2-13.

6. Organisation Mondiale de la Santé. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2019 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

7. Institut National du Cancer. Êtes-vous concernée par le dépistage du cancer du col de l'utérus ? [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Etes-vous-concernee

8. Prétet J-L, Charlot J-F, Mougin C. Aspects virologiques et carcinologiques des papillomavirus humains (HPV). Bull. Acad. Natle Méd., 2007, 191, no 3, 611-623, séance du 27 mars 2007.

9. Beaudin S, Naspetti M, Montixi C. Les papillomavirus : actualisation des connaissances [Internet]. Univerité de Lyon; 2015 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: http://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/immunite-et-vaccination/thematiques/virus-et-immunite/hpv-actualisation-des-connaissances-v13b.pdf

10. Bekos C, Schwameis R, Heinze G, Gärner M, Grimm C, Joura E, et al. Influence of age on histologic outcome of cervical intraepithelial neoplasia during observational management: results from large cohort, systematic review, meta-analysis. Scientific Reports. 23 avr 2018;8(1):6383.

11. Organisation Mondiale de la Santé. Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l'utérus [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer

12. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018;68(6):394-424.

13. Sauvaget C, Weiderpass E. Éditorial. Éradication du cancer du col utérin : une priorité de santé publique. Bull Epidémiol Hebd. 2019(22-23):408-9. [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_0.html

14. Institut National du Cancer. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il

15. Faculté de Clermont-Ferrand. Un dépistage très efficace : le frottis cervico-vaginal [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: http://www.ac-

clermont.fr/fileadmin/user_upload/Actualites/20172018/20180406-Depister_et_vacciner/PPP/Merci_Mr_Papanicolaou.pdf.

16. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. [cité 18 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67

17. Hamers F, Jezeweski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(22-23):417-23. http://beh.santepubliquefrance. fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_2.html [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: /import/couverture-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france

18. Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france

19. Beltzer N, Hamers F, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(2-3):26-31. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_1.html. 12 sept 2016;6.

20. Lauver D, Rubin M. Women's concerns about abnormal Papanicolaou test results. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. avr 1991;20(2):154-9.

21. Lauver DR, Baggot A, Kruse K. Women's experiences in coping with abnormal Papanicolaou results and follow-up colposcopy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. juin 1999;28(3):283-90.

22. Rogstad KE. The psychological impact of abnormal cytology and colposcopy. BJOG. avr 2002;109(4):364-8.

23. Bertram CC, Magnussen L. Informational needs and the experiences of women with abnormal Papanicolaou smears. J Am Acad Nurse Pract. sept 2008;20(9):455-62.

24. Jerachotechueantaveechai T, Charoenkwan K, Wongpakaran N. Prevalence and predicting factors for anxiety in thai women with abnormal cervical cytology undergoing colposcopy. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(4):1427-30.

25. Gray NM, Sharp L, Cotton SC, Masson LF, Little J, Walker LG, et al. Psychological effects of a low-grade abnormal cervical smear test result: anxiety and associated factors. Br J Cancer. 8 mai 2006;94(9):1253-62.

26. Hellsten C, Sjöström K, Lindqvist PG. A longitudinal 2-year follow-up of quality of life in women referred for colposcopy after an abnormal cervical smear. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 1 déc 2009;147(2):221-5.

27. Ideström M, Milsom I, Andersson-Ellström A. Women's experience of coping with a positive Pap smear: a register-based study of women with two consecutive Pap smears reported as CIN 1. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 82(8):756-61.

28. Rask M, Swahnberg K, Lindell G, Oscarsson M. Women's experiences of abnormal Pap smear results – A qualitative study. Sexual & Reproductive Healthcare. 1 juin 2017;12:3-8.

29. Monsonego J, Cortés J, Pereira da Silva D, Jorge A-F, Klein P. [Perception and psychological impact of an abnormal Pap smear. Results of a comparative European survey]. Gynecol Obstet Fertil. avr 2012;40(4):213-8.

30. Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. Br J Gen Pract. août 1998;48(433):1509-14.

31. Walsh J. The impact of knowledge, perceived barriers and perceptions of risk on attendance for a routine cervical smear. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception. 1 janv 2007;11:291-6.

32. Pitts M, Clarke T. Human papillomavirus infections and risks of cervical cancer: what do women know? Health Educ Res. déc 2002;17(6):706-14.

33. Holcomb B, Bailey JM, Crawford K, Ruffin MT. Adults' knowledge and behaviors related to human papillomavirus infection. J Am Board Fam Pract. févr 2004;17(1):26-31.

34. Anhang R, Goodman A, Goldie SJ. HPV Communication: Review of Existing Research and Recommendations for Patient Education. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2004;54(5):248-59.

35. Anhang R, Wright TC, Smock L, Goldie SJ. Women's desired information about human papillomavirus. Cancer. 2004;100(2):315-20.

36. Maissi E, Marteau TM, Hankins M, Moss S, Legood R, Gray A. Psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: cross sectional questionnaire study. BMJ. 27 mai 2004;328(7451):1293.

37. McCaffery K, Waller J, Forrest S, Cadman L, Szarewski A, Wardle J. Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. BJOG. déc 2004;111(12):1437-43.

38. McCaffery K, Irwig L. Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening. J Med Screen. 2005;12(3):134-41.

39. Bennett KF, Waller J, Ryan M, Bailey JV, Marlow LAV. The psychosexual impact of testing positive for high-risk cervical human papillomavirus (HPV): A systematic review. Psycho-Oncology. 2019;28(10):1959-70.

40. Wolfe C, Doherty I, Raju KS, Holtom R, Richardson P. First steps in the development of an information and counselling service for women with an abnormal smear result. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 24 juill 1992;45(3):201-6.

41. Tomaino-Brunner C, Freda MC, Damus K, Runowicz CD. Can precolposcopy education increase knowledge and decrease anxiety? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. déc 1998;27(6):636-45.

42. Goldsmith MR, Bankhead CR, Kehoe ST, Marsh G, Austoker J. Information and cervical screening: a qualitative study of women's awareness, understanding and information needs about HPV. J Med Screen. 2007;14(1):29-33.

43. Galaal K, Bryant A, Deane KH, Al-Khaduri M, Lopes AD. Interventions for reducing anxiety in women undergoing colposcopy. Cochrane Database Syst Rev. 7 déc 2011;(12):CD006013.

44. Chan YM, Lee PWH, Ng TY, Ngan HYS. Could precolposcopy information and counseling reduce women's anxiety and improve knowledge and compliance to follow-up? Gynecologic Oncology. 1 nov 2004;95(2):341-6.

45. Ketelaars PJW, Buskes MHM, Bosgraaf RP, van Hamont D, Prins JB, Massuger LF a. G, et al. The effect of video information on anxiety levels in women attending colposcopy: a randomized controlled trial. Acta Oncol. déc 2017;56(12):1728-33.

46. Peres M, Wellman M. Notification of Papanicolaou smear results: a survey of women's experiences and preferred means of notification. Aust N Z J Obstet Gynaecol. févr 2001;41(1):82-5.

47. Rask M, Swahnberg K, Oscarsson M. Notification of an abnormal Pap smear result: An intervention study. Eur J Cancer Care (Engl). mars 2019;28(2):e12969.

ABBRÉVIATIONS

AGC = Atypic Glandular Cells (soit anomalie des cellules glandulaires)

Ais = Adénocarcinome *in situ*

ASC-H = Atypic Squamous Cell evocating High grade lesion (soit anomalie des cellules malpighiennes pouvant évoquer une lésion de haut grade)

ASC-US = Atypic Squamous Cell of Unknowned Significiance (soit anomalie des cellules malpighiennes de signification inconnue)

CIN 1/2/3 = Cervical Intra-epithelial Neoplasia (soit lésion intra-épithéliale)

Cis = Carcinome épidermoïde *in situ*

FCU = Frottis Cervico-Utérin

HAS = Haute Autorité de Santé

HPV = *Human PapillomaVirus*

HPV HR = *Human PapillomaVirus* de Haut Risque

HPV BR = *Human PapillomaVirus* de Bas Risque

IST = Infection Sexuellement Transmissible

LIEBG / LSIL = Lésion Intra-Épithéliale de Bas Grade / Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion

LIEHG / HSIL = Lésion Intra-Épithéliale de Haut Grade / High-grade Squamous Intraepithelial Lesion

PA = personnes-années

SFCPCV = Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre