

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Sidonie BRUNETEAU

Née le 20 mars 1984 à La Rochelle (Charente-Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le : 18 mars 2015

**ÉTUDE DU DISPOSITIF D'ANNONCE D'UN RÉSULTAT DE FROTTIS ANORMAL OU
NON SATISFAISANT POUR ÉVALUATION.
ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRÈS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU MAINE-
ET-LOIRE EN 2014.**

Président : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur : Madame le Professeur BARON Céline

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. PROCACCIO
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIÉUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale

GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation médicale
MERCIER Philippe	Anatomie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOUTON Céline	Médecine générale
CAILLIEZ Éric	Médecine générale
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
CONNAN Laurent	Médecine générale
CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
de CASABIANCA Catherine	Médecine générale
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; Transfusion
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LERMITTE Emilie	Chirurgie Générale
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
PAPON Xavier	Anatomie
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur de thèse :

Madame le Professeur BARON Céline

Membres du jury :

Madame le Docteur BACLE-GOSSART Fanny

Madame le Professeur BARON Céline

Monsieur le Professeur SENTILHES Loïc

Remerciements

A Mr le Professeur HUEZ, merci de me faire l'honneur d'assurer la présidence de ce jury.

A Mme le Professeur BARON qui a accepté de diriger ma thèse, je vous remercie de votre grande disponibilité et de vos conseils constructifs qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

A Mme le Docteur BACLE-GOSSART et à Mr le Professeur SENTILHES, merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt porté à mon travail.

A Mme MILANI pour son infinie patience et sa grande disponibilité.

A tous les professionnels de santé qui ont accepté de participer à mon étude et m'ont permis de réaliser ce projet.

A mes collègues, amis, famille et belle-famille d'avoir eu la patience de m'écouter (beaucoup) parler de ma thèse et de m'avoir soutenue.

A mes tout aussi patients relecteurs.

A Ronan, Soren et Abigail pour ce que vous avez fait de moi.

Liste des abréviations

ASC-H : Atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL)

ASC-US : Atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance)

CIN : néoplasie cervicale intra-épithéliale

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens Français

DU : diplôme universitaire

FCV : frottis cervico-vaginal

HAS : haute autorité de santé

HPV : human papillomavirus

IHP : institut d'histo-pathologie

LIEBG : lésion intra-épithéliale de bas grade

LIEHG : lésion intra-épithéliale de haut grade

MST : maladie sexuellement transmissible

PMA : procréation médicalement assistée

PV : prélèvement vaginal

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

Plan

Introduction	9
Matériel et méthode	11
Résultats	12
Discussion	26
Conclusion	32
Bibliographie	33
Table des matières	37

Introduction

Pour les soignants, le cancer du col de l'utérus est un problème de santé publique dont l'incidence entraîne encore de nombreux décès malgré le dépistage par frottis cervico-vaginal (FCV) : 2810 nouveaux cas en 2011 en France et 998 décès [1, 2].

Chez les femmes, il constitue une préoccupation et génère une inquiétude [3].

De nombreuses études démontrent que l'annonce d'un résultat anormal de FCV entraîne de l'anxiété chez la patiente, quel que soit le grade d'anomalie y compris en cas de résultat non interprétable [4]. Elle résulte d'une information jugée inadéquate par manque d'explications précises et compréhensives [6,7,8]. Pour certaines femmes, l'angoisse persiste jusqu'à 2 ans après le test [5].

En France, l'information sur le cancer du col de l'utérus et l'HPV est devenue très accessible, du fait des campagnes de dépistage et de vaccination et du rôle majeur des médias dont le contenu reste incontrôlé. Revient donc au soignant de remettre à la patiente et éventuellement à son entourage une information éclairée et surtout compréhensible comme certaines études en démontrent l'intérêt [3].

Une enquête européenne sur la perception et l'impact psychologique du FCV anormal en France, Espagne et Portugal [3] montre que le niveau d'information venant du corps médical est ressenti par les patientes comme insuffisant. En effet 80% des femmes affirment leur besoin d'une meilleure information sur les troubles causés par l'HPV et sur la prévention, un quart disent ne pas comprendre le diagnostic, et 50% gardent une inquiétude après discussion avec le médecin.

Pour les Françaises la source d'information reste majoritairement le gynécologue, mais l'importance d'internet et des médias n'est pas à négliger. En France, les 2/3 des résultats de FCV anormaux sont communiqués par lettre et non par téléphone ou lors d'un rendez-vous. Une enquête suédoise suggère que la formulation de la lettre joue un rôle dans le niveau d'anxiété ressentie par la patiente [9]. Une autre étude réalisée au Royaume-Uni en 2003 montre la pertinence des supports d'information visuelle accompagnant l'annonce du résultat [10].

Une seule étude, réalisée en Angleterre en 2002 dans les cabinets de médecine générale, précise les modalités d'annonce d'un résultat de frottis bénin ou « borderline ». Elle est plus fréquemment faite par des infirmières que par les médecins eux-mêmes et le plus souvent au moyen d'une lettre type [11].

Parallèlement, l'annonce d'une mauvaise nouvelle par le médecin est un moment clé dans sa relation avec le patient et éventuellement sa famille et peut chez lui aussi générer émotion et anxiété, parfois même souffrance, et reste en tout cas toujours un moment difficile techniquement et humainement [12,13].

Elle est aujourd'hui encadrée par la loi du 4 mars 2002 surtout [14], mais également par les plans Alzheimer [15] et cancer [16], et par la HAS [17]. L'enjeu est de ne pas accentuer la souffrance par une annonce ratée, et de conforter une relation médecin-patient solide et empathique pour le suivi.

Un éditorial traitant de l'annonce du cancer, paru dans le Lebanese Medical Journal en 2010 rappelle que face au cancer, chacun a ses émotions, ses arrangements avec la vérité, son courage et ses faiblesses, faisant de l'annonce d'un cancer un acte unique, qui varie autant en fonction du malade que du médecin annonceur [18].

Les sentiments générés chez les patientes et les soignants lors de l'annonce d'un résultat de FCV anormal ou non satisfaisant pour évaluation, ainsi que leurs différences de perception, conduisent donc à s'interroger sur les éléments intervenant dans l'organisation des professionnels de santé pour l'annonce d'un tel résultat.

Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes, sages-femmes pratiquant des frottis, et gynécologues du Maine-et-Loire.

Le recrutement a été fait selon un échantillonnage à variation maximale concernant l'âge, le sexe, le lieu (rural, semi-rural, urbain) et le mode d'exercice (ambulatoire ou non, privé ou public, en groupe ou non, présence ou non d'un secrétariat).

Les médecins généralistes ont été recrutés parmi les maîtres de stage de médecine générale niveau 1 et de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) et par bouche à oreille, les sages-femmes et gynécologues dans l'annuaire.

Les médecins non thésés ont été exclus de l'étude, de même que les sages-femmes et médecins généralistes ne pratiquant pas de frottis.

Le premier contact a été établi par téléphone. Une information orale leur a été donnée présentant ce travail de thèse.

Le guide d'entretien, élaboré à partir des données de la littérature (étude sur la perception et l'impact psychologique du frottis anormal en France, et étude anglaise sur les modalités d'annonce d'un résultat de frottis anormal [3, 11]), a été réajusté après réalisation des deux premiers entretiens. Il explorait dans un premier temps la place du frottis dans l'activité du praticien, l'organisation générale pour le réaliser et prévoir son suivi, les modalités d'annonce d'un résultat quel qu'il soit. Puis il interrogeait plus en détail les éléments intervenant dans l'annonce d'un résultat de frottis anormal ou non satisfaisant pour évaluation, ainsi que les perceptions du ressenti des praticiens au cours de cette annonce.

Les entretiens se sont déroulés de juin à novembre 2014. Ils ont duré en moyenne 35 minutes et ont été réalisés avec enregistrement audio sur le lieu de travail des soignants, à leur domicile ou à celui de l'investigatrice selon leur choix et après leur consentement oral. Ils ont été intégralement retranscrits constituant le verbatim de l'étude.

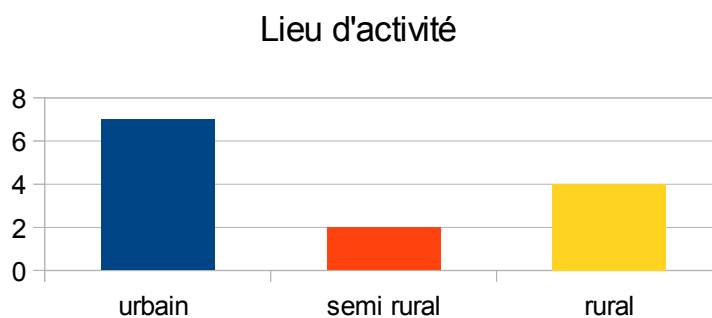
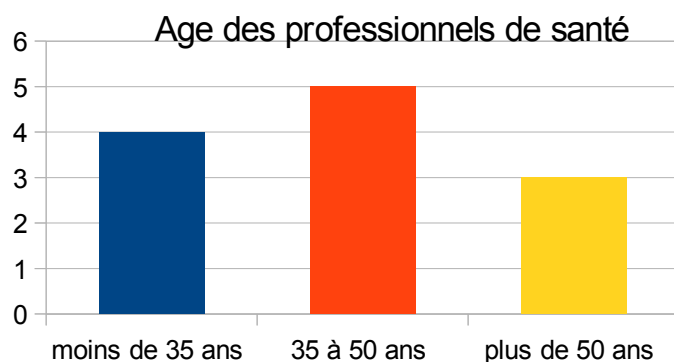
Les données ont ensuite été codées manuellement par l'investigatrice, suivies d'un double codage et analysées sous forme thématique.

Résultats

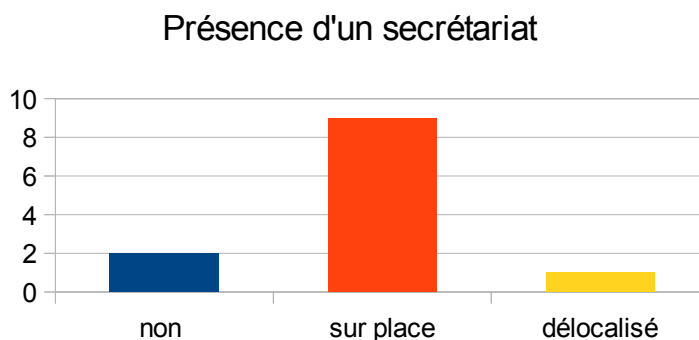
I- Caractéristiques de la population

La population se composait de douze professionnels de santé, 4 hommes et 8 femmes, dont 7 médecins généralistes, 3 gynécologues et 2 sages-femmes.

Un seul médecin généraliste était titulaire d'un DU de gynécologie.



Seul un gynécologue exerçait en hôpital public.



Un gynécologue et un médecin généraliste exerçaient seuls dans un cabinet, les autres exerçaient dans un cabinet de groupe.

II- L'organisation du travail et la volonté de proximité avec la patiente modulaient les formes de contact.

a- Le contact n'était pas systématique.

Le contact systématique après réception du résultat de frottis était lié à la disponibilité du praticien et à la volonté de transmettre l'information.

« E8 : donc quel que soit le résultat, vous envoyez un courrier aux patientes ? Oui, avec le compte-rendu. »

« E9 : ... je préfère les appeler moi quand j'ai 3 minutes quand je reçois le truc plutôt que d'attendre qu'elles m'appellent à un moment où je ne suis pas dispo pour en parler. », « ... si j'avais une grosse patientèle, je n'aurais pas le temps de faire ça. J'ai le temps, je prends le temps. »

Il ne se faisait qu'en cas d'anomalie pour un gain de temps et d'argent, et était facilité par l'existence d'un secrétariat.

« E4 : Je leur dis que si c'est normal je ne les rappelle pas [...] on ne perd pas de temps à ça. »

« E12 : ...maintenant ça coûte trop cher, donc on ne peut plus envoyer autant de courriers qu'on le souhaite à l'hôpital. Donc les courriers de frottis normaux ont été supprimés. »

« E8 : Pourquoi plus un courrier qu'un appel téléphonique par exemple ? Parce que j'ai une secrétaire... »

b-Le téléphone permettait un contact rapide et direct avec la patiente.

Le contact téléphonique permettait au soignant de s'assurer de la transmission de l'information, et s'inscrivait dans un souci de rapidité et d'efficacité.

« E4 : Pour moi c'est un gain de temps et une façon d'être sûre que le message passe. »

Fait par la secrétaire à la demande du médecin, il permettait de programmer un rendez-vous de consultation si nécessaire pour privilégier la qualité de l'information.

« E1 : ...je demande à la secrétaire de la rappeler pour qu'elle reprenne un rendez-vous... »

« E5 : ...je dis aux secrétaires qu'elles téléphonent et que la patiente repasse car je souhaite la voir. On n'annonce pas une mauvaise nouvelle au téléphone, on ne peut pas. »

Fait par le praticien, il assurait un rapport rapide et direct avec la patiente. Il facilitait les échanges et la réponse aux questions particulières, contribuant à rassurer.

« E6 : ...Je trouve que c'est bien de parler avec les gens ...ça leur permet de poser leurs questions. »

« E2 : ...ça me permet de répondre directement aux questions puis à une inquiétude qui peut s'installer. »

Il évitait le caractère inquiétant d'une convocation non explicitée.

« E1 : ...stressées à l'appel puisqu'elles sont « convoquées » chez le médecin et en général c'est rarement bon signe. »

« E6 : ...appeler et puis dire « je veux vous revoir », je pense que c'est, en tout cas moi je le vois comme ça, plus anxiogène que de donner la réponse directement quoi. »

Il pouvait aussi constituer une consultation d'annonce d'anomalie peu inquiétante, permettant de shunter une consultation ressentie superflue.

« E6 : j'ai jamais eu de signe très élevé donc je l'ai toujours fait par téléphone... »

« E4 : ...je les appelle, en leur disant qu'il y a un frottis anormal et que donc il faut qu'elles aillent voir un spécialiste. Donc je ne les revois pas, je leur fais un courrier qu'elles passent prendre et elles prennent leur rendez-vous avec le gynécologue. »

« E8 : Je ne les revois pas. Donc ça c'est clair, ça fait une consultation en moins, c'est plus pratique pour les patientes je pense aussi. »

c- Le courrier, le plus souvent complément d'un appel téléphonique, invitait à une consultation et constituait une trace d'information explicite.

Le courrier pouvait être considéré comme peu sûr, impersonnel et anxiogène.

« E1 : ...la lettre ça fait très impersonnel, ça laisse beaucoup de place à l'imagination. »

« E5 : Le courrier ça peut se perdre, ou ne pas s'ouvrir... »

« E6 : ...la lettre c'est jamais très clair. [...] ce que je vais écrire ne va pas forcément être compris par la patiente [...] Je la laisse avec quelque chose et je ne peux pas l'accompagner. »

Lorsqu'il était utilisé, le courrier venait en complément d'un appel téléphonique, ou lorsque celui-ci était resté sans contact.

« E8 : D'accord donc finalement c'est courrier plus coup de téléphone de la part de la secrétaire ? Oui toujours. »

« E12 : Elle les appelle une fois et si elle ne les a pas au téléphone elle envoie un courrier. »

Il permettait de transmettre un résultat rassurant.

« E10 : ...si c'est un ASC-US [...] j'attends d'avoir le résultat du test HPV. S'il est négatif je leur envoie un courrier [...] Et si c'est positif en fait c'est ma secrétaire qui les rappelle... »

Il reposait sur son intérêt médico-légal comme trace d'information.

« E8 : ...on est en 2014, le médico-légal c'est super important [...] Donc plus il y a de preuves, mieux c'est. »

Il était choisi pour privilégier la consultation comme moment d'échange personnalisé, et constituait aussi une transmission des données du dossier médical, qui appartient à la patiente, permettant une continuité de soins.

« E10 : ...je sais que je vais les revoir bientôt les patientes, donc je vais pouvoir leur expliquer clairement [...] Enfin le but c'est aussi que la secrétaire ne leur explique pas tout au téléphone [...] je veux que les choses soient bien claires, qu'elles aient bien compris, et qu'elles aient un truc auquel se référer même si elles changent de région... »

Sous forme de lettre type, il précisait les informations permettant à la patiente de comprendre la nécessité d'un contrôle et son délai, tout en évitant d'alarmer en notifiant l'existence d'anomalies sans gravité.

« E10 : ...c'est un courrier type [...] je leur dis que sur le frottis il y avait des cellules qui étaient difficiles à classer, donc que ça a nécessité de faire une recherche de papillomavirus [...] que c'est le virus qui donne des pathologies du col de l'utérus [...] que

la recherche est négative donc [...] qu'on considère que c'est normal et qu'il faut refaire un frottis quand même dans 1 an quoi. »

Dans le mode d'exercice en privé, la patiente était invitée à consulter, sollicitant sa responsabilité.

« E8 : Que contient la lettre pour un frottis anormal ? [...] Qu'il y a une anomalie et qu'il est nécessaire de reprendre contact avec moi pour en discuter. »

Dans le public, elle recevait une convocation qui la guidait dans la suite de la prise en charge.

« E12 : ...elle va leur envoyer la convocation avec un courrier en disant pareil « le résultat de votre frottis n'est pas pleinement satisfaisant, il convient de faire [...] un examen de contrôle. Vous avez donc rendez-vous avec le Dr X pour effectuer cet examen le tant. » »

III- Le temps de l'annonce, au cours d'une consultation ou par téléphone, s'appuyait sur le niveau de prise en charge du praticien, les informations et les connaissances de la patiente, et sur le sentiment de confiance réciproque.

a- Le choix d'annonce en consultation répondait au besoin de qualité d'information et d'efficacité.

La consultation pouvait être systématique ou venir en complément des explications téléphoniques si la compréhension semblait difficile, ou pour permettre un contact plus direct avec les patientes perçues anxieuses.

« E2 : ...il y a déjà eu la discussion au téléphone... Mais je leur propose, je leur dis « on peut se voir en consultation si vous le souhaitez. » »

« E5 : ...je m'arrange toujours pour avoir la patiente en face de moi pour faire ce genre d'annonce [...] ce genre d'annonce je ne le fais pas au téléphone... »

« E6 : ...je pourrais convoquer quelqu'un de très anxieux. »

Elle permettait également au gynécologue de réaliser dans le même temps les examens complémentaires nécessaires.

« E12 : Alors si c'est non satisfaisant, j'ai un courrier type pour leur dire de reprendre rendez-vous dans 1 an [...] Et après les autres patientes je les reconvoque pour une colposcopie d'emblée. »

b- Le contenu de l'annonce dépendait du niveau de prise en charge possible par le praticien.

L'annonce portait plus souvent sur des anomalies type ASCU-US que sur la découverte d'un cancer du col.

Pour les sages-femmes et généralistes, le libre choix d'attitude devant un frottis ASC-US entraînait un contenu de l'information flou lié au manque d'argumentaire à fournir à la patiente.

« E1 : Quand c'est d'origine indéterminée je reste très évasif en disant que ça reste un frottis qui n'est ni normal ni complètement pathologique et que du coup on ne peut pas en tirer de conclusions... »

« E9 : ...j'explique qu'il y a des examens complémentaires à faire probablement, enfin voilà, ou au moins un contrôle. Et qu'elles vont avoir un rendez-vous à l'hôpital, et que c'est l'hôpital qui va fixer la marche à suivre. Voilà. Et des examens complémentaires à effectuer éventuellement. »

« E11 : Je ne sais pas si j'ai une façon de faire stéréotypée... J'explique aux gens qu'il y avait un problème sur leur frottis, qu'il faudra en refaire un. »

L'adresse au spécialiste modifiait l'information que le praticien s'autorisait à donner en privilégiant des explications prudentes pour assurer une cohérence dans les discours des professionnels.

« E9 : Je prends bien la précaution de leur dire que je ne suis pas médecin parce que même si je suis à peu près sûre de mon fait sur certains points quelques fois... Je mets quand même des pincettes pour que si jamais elles ont un discours discordant, elles ne soient pas étonnées. »

La difficulté pour les médecins généralistes et les sages-femmes à annoncer une lésion potentiellement grave était atténuée par le recours fréquent au spécialiste.

« E3 : ...moi je suis là pour la physiologie. Donc quelque part je n'ai pas la pression de la gestion de la pathologie ensuite. Donc je pense que je suis bien plus tranquille [...] j'évacue un peu le côté difficile peut-être. »

« E7 : ...globalement on trouve quelque chose, on a l'impression que c'est moyen, on renvoie au spécialiste, et puis on se dit que c'est lui qui va se charger de tout ça. Donc non je ne suis pas spécialement à l'aise avec ça. »

« E9 : Ça ne me pose pas de difficulté particulière, d'autant que moi je suis un relais, enfin je passe le relais plutôt, donc bon. »

c- Les explications tenaient compte des connaissances des patientes et des informations préalablement fournies.

Le rendu du résultat était facilité par la connaissance du lien entre HPV, cancer du col et frottis.

« E4 : ...elles sont assez bien informées aujourd'hui, elles savent assez bien pourquoi on les fait [...] avec le vaccin contre le cancer du col et tout, elles savent ce qu'est l'HPV... »

La diffusion du vaccin contre l'HPV avait contribué à améliorer la représentation des anomalies du frottis et de leur curabilité.

« E2 : L'histoire naturelle des dysplasies, du papillomavirus, tout ça on en parle quand même beaucoup plus depuis qu'il y a le vaccin... »

« E4 : ...peut-être qu'elles savent mieux pourquoi on fait. »

La qualité de l'explication concernant l'intérêt du frottis et son efficacité de dépistage simplifiait l'annonce des anomalies et des modalités de suivi.

« E5 : ...quand je les connais depuis longtemps, j'ai fait les premiers frottis, les plus importants à mon avis à 20 ans, en expliquant pourquoi on les fait, comment on les fait, et quel est le but et qu'est-ce qu'on en attend, et bien les questions ne se posent plus [...] c'est beaucoup plus facile la consultation d'annonce, puisqu'on a fait tout ce travail préparatoire en amont. »

d- Le sentiment de confiance de la patiente dans son soignant modulait le contenu de l'annonce.

Il limitait les questionnements et les doutes et permettait une adhésion aux propositions.

« E3 : Elles ne sont pas si curieuses que ça en fait. Elles ont tendance peut-être à faire confiance... »

« E4 : Quand je leur dis qu'il faut qu'elles prennent rendez-vous [...] elles le font tout le temps, je n'ai jamais eu quelqu'un qui ne l'a pas fait. [...] Ils ne demandent pas ici, ils nous font confiance.»

Il favorisait aussi l'expression sans tabou des échanges sur l'intimité.

« E5 : Quand on s'est montré assez libre en quelque sorte et surtout simple dans ses réponses et clair dans ce qu'on peut dire ou expliquer, y compris les choses les plus intimes, les patientes en parlent de façon très à l'aise justement [...] quand on est dans des relations de confiance comme ça, c'est beaucoup plus facile. »

IV- Les priorités qui guidaient les soignants dans l'annonce étaient de diminuer l'inquiétude et de s'assurer de la réalisation du suivi.

a- Quand elle était présente, l'inquiétude portait sur la peur du cancer, l'infidélité liée au mode de transmission du virus, et les conséquences sur la fertilité.

L'écart entre la représentation du frottis comme dépistage du cancer du col de l'utérus, et les résultats le plus souvent sans lésion cancéreuse, nécessitait un ajustement de l'information adapté au degré d'anxiété générée.

« E2 : ...en général ce qui reste c'est « frottis=on dépiste le cancer », donc les rassurer par rapport à ça, au fait que ce n'est pas un cancer du col, mais que le frottis est justement là pour dépister des petites anomalies qui se traitent très bien [...] et qui pourraient évoluer vers un cancer du col de l'utérus 10 ou 15 ans après. »

Ne pas mentionner le mot « cancer » ou en préciser l'absence soutenait une position rassurante.

« E6 : sur dysplasie je ne parle pas de cancer. [...] je ne vais pas donner ce mot là. [...] Parce que je pense que c'est angoissant. Et que c'en n'est pas forcément un en plus. »

« E9 : Je ne leur parle pas de cancer parce que évidemment... Comment mettre un petit doute chez quelqu'un ? »

« E11 : ...le mot « cancer » je trouve que si on ne le dit pas c'est dommage, parce que les patientes se seront renseignées [...] donc moi j'ai envie de dire « ce n'est pas un cancer » »

L'utilisation d'un vocabulaire non technique permettait à la patiente de comprendre l'absence de pathologie grave.

« E7 : ...choisir des mots simples, parce que sinon, si on leur balance nos termes médicaux, elles ne pigent pas quoi. Donc utiliser des mots simples, où elles peuvent facilement se représenter les choses. »

L'annonce d'un résultat de frottis anormal, puisqu'il amenait à évoquer l'infection à HPV, soulevait systématiquement la question de la transmission du virus.

« E10 : « comment j'ai attrapé ça, le papillomavirus ? », des fois ça prend du temps parce qu'elles sont en train de rechercher l'historique, qui c'est qui a bien pu leur refiler, tout ça. Elles demandent aussi si leur conjoint peut avoir des problèmes, s'il a des choses à faire. »

Insister sur l'ancienneté possible du contagé et la fréquence des sujets porteurs diminuait l'inquiétude sur l'infidélité potentielle du partenaire actuel.

« E9 : ...quand on leur parle de MST, elles regardent leur mari avec un œil en coin, donc je leur explique qu'on ne sait pas à quel moment elles ont attrapé l'HPV, si jamais c'est un HPV qui est mis en valeur [...] que ça peut mettre des années à évoluer [...] qu'on ne peut pas savoir qui est le fautif, s'il y en a un. »

« E12 : ...c'est une infection qui peut être très ancienne et qui n'a rien à voir avec un problème de couple récent ou quoi que ce soit. Je dis souvent « on a tous quasiment été confronté au papillomavirus »... »

Enfin les interrogations sur la fertilité et le risque pour les futures grossesses étaient fréquentes, et le fait d'avoir déjà eu des enfants diminuait le stress généré par l'annonce.

« E1 : ...il y a toujours des questions sur la fertilité qui reviennent régulièrement, surtout si un geste est envisagé... »

« E10 : Et puis après les questions sur « est-ce que je pourrai avoir des enfants. », « est-ce que ça m'empêchera d'être enceinte ? », voilà, ou « est-ce que je devrai avoir une césarienne ? », des choses comme ça [...] une femme qui a déjà eu des enfants, qui n'en aura plus [...] en général de toute façon ça les alarme moins quoi. »

Des informations sur l'intérêt d'une prise en charge précoce et la possibilité de thérapeutiques simples permettaient à la patiente d'être plus sereine dans l'attente de la consultation avec le spécialiste. Celui-ci insistait sur le caractère le plus conservateur possible du traitement.

« E10 : ... j'essaie de recadrer, de dire que bon le cancer de toute façon c'est quelque chose qu'on va éviter si on le traite [...] on essaie d'en enlever le moins possible [...] on essaie d'être assez conservateur au niveau de la conisation. »

« E7 : ...dépister à un stade très précoce pour qu'on n'en arrive pas à des traitements lourds et que ça soit des « petites » prises en charge quoi. »

b- Le mode d'annonce était sous-tendu par la volonté de s'assurer du suivi.

L'intérêt du suivi, sa programmation et le recours éventuel au spécialiste faisaient partie intégrante du mode d'annonce.

Les explications sur l'histoire naturelle de l'infection à HPV permettaient aux femmes d'entendre la nécessité d'un contrôle.

« E2 : ...ce sont des petites anomalies qui en général disparaissent spontanément, que le col se défend bien dans 80% des cas contre ce virus, mais qu'on doit s'assurer justement que le col se soit bien défendu, et c'est pour ça qu'on fait un contrôle. »

L'utilisation de supports d'information et le fait de demander à la patiente ce qu'elle a compris ou encore de lui faire reformuler étaient des moyens de s'assurer de la compréhension du résultat.

« E1 : ...je vérifie qu'elle a bien compris que le frottis était anormal... »

« E8 : ...j'ai toujours des bases de documents avec des planches anatomiques pour leur expliquer aussi, parce que je pense que c'est important. Et puis je m'assure qu'elles aient bien compris aussi, je leur fais répéter. »

Ces pratiques étaient d'autant plus pertinentes qu'il s'agissait d'une pathologie non visible et donc sans autosurveillance possible.

« E9 : ...le fait je pense que ça soit caché, qu'elles ne puissent pas surveiller [...] c'est pas comme, je ne sais pas, un grain de beauté qui est visible. C'est pas quelque chose de visible et donc du coup je pense que ça aussi ça angoisse un peu. »

« E12 : ...ce sont des choses qui ne sont pas palpables puisque c'est des anomalies qui ne sont pas symptomatiques. Donc c'est vrai que c'est compliqué pour la patiente je pense d'intégrer ça. »

Mais le manque d'assiduité de certaines patientes dans leur suivi gynécologique constituait une difficulté pour le soignant, le conduisant à un discours plus alarmiste pour éveiller la vigilance.

« E6 : La plus grande difficulté c'est quand il n'y a vraiment pas quelque chose d'inquiétant [...] pour arriver à les rattraper pour en refaire un. »

« E9 : ...il y a des gens avec qui je pense on ne peut pas se permettre de minimiser. Parce que d'abord il n'y a qu'à voir le suivi gynécologique des femmes [...] si on minimise on les perd dans la nature et elles ne font pas leurs examens [...] il faut essayer de, sans les angoisser, d'en tout cas attirer leur attention sur le fait que c'est important. »

La programmation était assurée par l'utilisation d'un logiciel informatique. Il permettait la création d'alertes, l'accès facile aux coordonnées de la patiente, et la rédaction de courriers types, trace écrite du suivi nécessaire.

« E4 : ...avec l'informatique maintenant c'est facile, on marque l'examen à telle date et on sait qu'il faut le faire 3 ans après, c'est pratique. »

« E7 : ...du coup sur le dossier informatisé ça se voit assez vite... »

Le recours d'emblée au spécialiste était motivé par un risque majoré de cancer ou pour les patientes particulièrement inquiètes.

« E6 : ...comme j'ai un risque plus important d'être sur des « vraies » lésions dysplasiques au-delà de 40 ans puisque c'est un cancer d'évolution lente, j'ai tendance à adresser pour qu'elles aient plutôt une colposcopie initialement... »

« E11 : ...si je vois qu'elles posent beaucoup de questions, qu'elles ont l'air un peu anxieuses et tout, je les envoie directement voir le gynécologue... »

Il s'appuyait toujours sur un courrier, et s'accompagnait de la prise du rendez-vous pour les patientes plus anxieuses ou celles pour qui les démarches étaient plus difficilement compréhensibles.

« E4 : ...je leur fais un courrier qu'elles passent prendre et elles prennent leur rendez-vous avec le gynécologue [...] qu'elles préviennent la secrétaire que c'est pour un problème de frottis, donc que ça ne soit pas dans 6 mois... »

« E9 : Soit je prends déjà le rendez-vous avec le médecin, quand c'est possible c'est ce que j'essaie de faire... »

Ainsi l'implication dans l'organisation du suivi constituait un mode d'alerte masqué de la gravité potentielle.

V- L'annonce était un exercice ressenti comme désagréable mais facilité par l'expérience et la satisfaction de permettre une intervention précoce.

Les professionnels de santé n'étaient pas toujours satisfaits de leur façon d'annoncer, ni du message qu'ils avaient réussi à faire passer, notamment en raison de la nécessité d'aborder le cancer alors que les anomalies étaient le plus souvent bénignes.

« E10 : ... on est plus ou moins content de soi sur le message qu'on a réussi à transmettre, et puis quelques fois on les a vachement angoissées. Bon ça je m'en veux un peu [...] alors que c'est pas si grave [...] et là je me suis dit « j'ai loupé un truc », et ça doit m'arriver d'autres fois [...] je me suis dit que je n'avais pas été très bonne. »

« E12 : Ben c'est pas terrible je pense, c'est un des trucs les plus compliqués à expliquer [...] parce que c'est pas un truc qui est grave et on est obligé d'aborder des choses... d'aller jusqu'au cancer malgré tout si on veut avoir une information qui est complète [...] il y a plein de fois où je pense que je n'ai pas réussi à faire passer mon message... »

Associée à une formation continue, l'expérience améliorerait leurs performances et soutenait leurs compétences dans l'annonce.

« E2 : Je suis à l'aise avec ça, de plus en plus. Je pense qu'avec les années [...] je ne pense pas avoir trop de problèmes d'annonce. »

« E5 : Je retourne régulièrement en formation là-dessus « annonce d'une mauvaise nouvelle ». »

« E6 : ...on avait fait de la psychologie médicale, ça m'a quand même donné des clés [...] après je pense qu'il y a des choses qui s'expérimentent aussi dans la pratique [...] il y a des choses à ne pas faire, c'est bien qu'on nous ait prévenu avant. »

Pour les généralistes et les sages-femmes, l'exercice était inconfortable en raison d'une crainte de ne pouvoir répondre aux interrogations des patientes par manque de connaissances.

« E1 : ...ma fonction de médecin généraliste est un peu insuffisante. Je n'ai pas les capacités et les connaissances dont ils auraient besoin. »

« E7 : ...j'estime que je n'ai pas assez de connaissances, donc peut-être pas capable de répondre à l'ensemble des questions que peut avoir la patiente... »

Ce désagrément pouvait être renforcé par les recherches des patientes sur internet.

« E7 : ...la tentation, ça je ne sais pas, je ne leur ai jamais demandé, mais d'aller voir sur internet, tu vois, de quoi il s'agit, et de tomber pas forcément sur les bons sites, et voilà toujours tomber sur les choses les plus dramatiques. »

« E10 : Il y a des femmes, elles sont allées voir sur internet, ou dans leur entourage quoi. »

Pour l'ensemble l'inquiétude était moindre que pour d'autres pathologies cancéreuses.

« E10 : ...c'est pas comme une patiente qu'on voit après une mammographie, elle a eu une ponction, elle a un cancer du sein, ça c'est dur. »

« E11 : ...j'ai déjà annoncé des cancers du rein, des cancers pulmonaires [...] qui ont été des consultations beaucoup plus dures à faire que de dire qu'il y a un frottis avec des petites anomalies... »

La satisfaction de pouvoir intervenir précocement avec un très bon pronostic atténuait le stress ressenti et les rendait acteurs dans le dispositif.

« E4 : Ben j'aurais préféré ne rien lui trouver, mais bon on est dans le préventif [...] si on trouve quelque chose c'est bien qu'on puisse faire quelque chose avant. »

« E6 : ...pour moi c'est une pathologie dans laquelle on peut intervenir de façon cohérente sans être trop invalidant [...] c'est pas une maladie qui m'angoisse particulièrement. »

La complexité de l'histoire naturelle de l'HPV, des différents types de lésions et de leurs modalités de suivi rendait la transmission du message d'annonce difficile et nécessitait de renouveler les explications.

« E9 : ...elles ne mesurent pas exactement l'importance du dépistage, ou ce qu'on cherche exactement. Même si on l'a dit... Et je vois bien qu'elles me reposent la question [...]

quand je leur explique, même quand elles en ont déjà eu, souvent elles ne voient pas de quoi je parle... »

« E12 : C'est je pense un des trucs les plus compliqués à expliquer si on veut bien expliquer dans le détail. C'est pas facile l'HPV et les résultats... »

Discussion

I- Forces et biais de l'étude.

De nombreuses études ont été réalisées traitant de la compréhension et de l'impact sur les patientes de l'annonce d'un résultat de frottis anormal, mais une seule étude, réalisée en Angleterre en 2002, a exploré les modalités de communication d'un tel résultat par les soignants [11].

Par ailleurs, l'éditorial de La Revue Prescrire d'octobre 2001 [19] soulignait l'importance d'expliquer ce que signifie un frottis normal, une étude anglo-saxonne ayant démontré qu'une majorité de femmes ne comprenaient pas parfaitement la signification d'un tel résultat [20]. La revue concluait que « la transmission de l'information aux patient(e)s est tellement importante qu'il faut en évaluer les modalités, par des études comparatives si besoin. ». Cette étude qualitative exploratoire peut en constituer une première étape. Une autre étude britannique réalisée en 2008 faisait état de la nécessité d'une meilleure communication sur le contenu comme dans la forme, et suggérait que les médecins généralistes revoient leurs pratiques [24]. C'était là l'objectif de mon étude.

La population composée de médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues a permis d'enrichir les résultats par la diversité des formations et des pratiques. Les médecins non thésés étaient exclus, de même que les soignants faisant peu de FCV, ceci afin d'avoir des avis basés sur l'expérience.

Les participants ont été sélectionnés en variation maximale selon l'âge, le sexe, le type d'exercice, la présence ou non d'un secrétariat et la localisation géographique, ce qui augmente la validité.

L'exploration des pratiques du frottis et de son suivi, et celles de l'annonce d'une mauvaise nouvelle ont enrichi l'analyse de la question posée.

Le double codage de la moitié des entretiens a permis d'améliorer l'analyse thématique.

L'étude était limitée par la confrontation rare de certains praticiens à un résultat anormal de frottis puisqu'il n'avait pas été fixé de seuil pour la sélection.

La saturation des données aurait pu être optimisée par un plus grand nombre d'entretiens, ce qui n'a pu être réalisé dans le temps imparti.

II- Discussion des principaux résultats.

a- Le contact après réception du résultat privilégiait le rapport direct du praticien avec la patiente.

Dans mon étude, l'annonce d'un résultat anormal était toujours effectuée par le médecin lui-même ou la sage-femme, le plus souvent au moyen d'un appel téléphonique. La secrétaire, quand c'était elle qui contactait la patiente, évoquait la nécessité de revenir en consultation, sans toutefois mentionner le caractère anormal du résultat.

Ceci diffère de l'enquête sur la communication des résultats de frottis bénins et « borderline » réalisée en Angleterre en 2002 [11], qui faisait état d'une transmission majoritairement épistolaire, puisque 65% des praticiens interrogés adressaient un courrier à leurs patientes, généralement un courrier type, contre 35% qui les contactaient par téléphone.

Dans cette même étude il est intéressant de noter qu'au moins 50% des appels téléphoniques étaient faits par des infirmières du cabinet, la moitié d'entre elles ayant reçu une formation à l'annonce de résultats anormaux. 23% des appels étaient effectués par une secrétaire, principalement dans le but de fixer un rendez-vous ou d'inviter la patiente à contacter un chirurgien, et seulement 19% des appels étaient faits par les médecins eux-mêmes.

Cette différence peut s'expliquer par une organisation différente des cabinets de médecine générale en France et en Angleterre.

Même si l'annonce d'un résultat anormal de frottis n'est le plus souvent pas une annonce de cancer, il peut être intéressant de faire le parallèle entre les deux.

Les recommandations du plan cancer [16] et de la ligue contre le cancer, qui diffuse une brochure à l'attention des patients sur le dispositif d'annonce [21] proposent idéalement un temps médical d'annonce, suivi d'un temps d'accompagnement soignant où la consultation infirmière a un rôle clé. Même si c'est généralement en première ligne, on retrouve l'intervention infirmière dans l'organisation anglo-saxonne du dispositif d'annonce.

Ce procédé d'accompagnement par un autre professionnel a été valorisé dans une étude suédoise qui constatait également un meilleur état psychologique chez des patientes en contact avec des sages-femmes en complément de leur médecin et d'une information « standard » ou classique [23]. C'est une piste qui pourrait être explorée en perspective des pratiques collaboratives en France.

b- La consultation d'annonce n'était pas systématique.

Dans mon étude, les soignants privilégiaient le contact téléphonique dans un souci de proximité avec les patientes. Il pouvait constituer une consultation à part entière, répondant au besoin de disponibilité, d'écoute et de prise en compte des attentes de la personne, et laissait toujours la possibilité d'une consultation ultérieure au cabinet si nécessaire.

Cette attitude se décale un peu des recommandations de la HAS concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle [17] et la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [22], qui privilégient la consultation comme lieu de transmission de l'information.

Dans l'étude sur la perception et l'impact du frottis anormal en France [3], la majorité des patientes déploraient le manque de contact direct avec le médecin au moment de l'annonce. Ceci était particulièrement vrai lorsque les résultats étaient communiqués par courrier, mais les femmes informées de leur diagnostic par téléphone disaient également vouloir davantage d'informations, comme la possibilité de discuter de leurs résultats d'une manière qui fut plus personnelle.

Proposer une consultation de manière systématique quel que soit le premier mode de contact paraît une attitude à privilégier.

c- Le contenu de l'annonce s'adaptait à la patiente.

L'information s'appuyait sur les connaissances des patientes, et sur ce qu'elles voulaient savoir, en adéquation avec les recommandations de la HAS [22] et de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades[14]. Ainsi les professionnels s'assuraient de la bonne compréhension des résultats et s'enquéraient des questions des patientes. Mais la notion d'efficacité et la volonté des praticiens de délivrer une information « claire, loyale et appropriée » pouvaient en altérer la qualité en donnant trop d'éléments d'un coup, alors qu'une délivrance progressive est préférable pour permettre une meilleure compréhension. Cette situation pouvait mettre en tension la fonction de santé publique, dont l'objectif est

l'efficacité du dépistage, avec la fonction de soignant, basée sur les rapports humains et l'empathie.

Dans tous les cas, l'information orale primait, les supports écrits ou planches explicatives ne venaient qu'en complément. Leur importance n'est pas à négliger, ils permettent aux patientes d'avoir un document auquel se référer ou de susciter chez elles des questions auxquelles le praticien répond [22]. Une étude a d'ailleurs montré que les femmes, de manière significative, se disaient plus satisfaites lorsqu'on leur fournissait des moyens visuels d'aide à la compréhension (schémas et vidéos) comparé à une communication verbale [10].

d- Le recours au spécialiste s'inscrivait dans une volonté de pluridisciplinarité.

Dans mon étude, les praticiens soulignaient l'importance de la pluridisciplinarité, et s'obligeaient à une cohérence dans les discours et la continuité des soins. Cela concorde avec les recommandations de la ligue contre le cancer relatives au dispositif d'annonce [21], qui préconise après le temps d'annonce et d'accompagnement, un temps de soutien puis un temps d'articulation ville/hôpital.

Promouvoir les liens entre généralistes, spécialistes et paramédicaux permettrait aux patientes de se sentir encadrées et accompagnées dans l'annonce et ses suites.

e- Les questions des patientes généraient des difficultés chez les praticiens et l'annonce restait un exercice désagréable.

Bien que les soignants notaient une amélioration des connaissances des patientes autour du frottis et de l'HPV, du fait d'une meilleure accessibilité de l'information via les médias, et de la diffusion des campagnes de vaccination et de dépistage, ils étaient malgré tout confrontés à d'autres questions de leur part.

Dans l'étude sur l'impact du frottis anormal, un quart des femmes affirmaient ne pas comprendre leur diagnostic, et presque 80% avaient absolument besoin d'informations plus précises, notamment sur les conséquences de celui-ci sur leur vie, leurs affects et leur famille [3].

Malgré le désir des soignants de délivrer une information claire et complète et de limiter l'anxiété générée, les patientes restent globalement insatisfaites et inquiètes à l'issue de

l'annonce [3]. On peut supposer que la surestimation des connaissances des femmes altère en fait la qualité de l'information attendue des patientes.

La question du cancer était systématiquement soulevée du fait que le frottis soit présenté comme dépistage du cancer du col de l'utérus. La difficulté résidait dans le fait de faire comprendre que le résultat anormal d'un examen dépistant un cancer n'en n'est pas forcément un. Comme le souligne l'article de La Revue Prescrire [19], si « résultat normal » conduit bien souvent à une fausse réassurance sans notion de la nécessité d'un dépistage régulier, « résultat anormal » est généralement interprété comme « cancer ». Or l'enjeu, dans les deux cas, est bien de rassurer tout en éveillant la vigilance des patientes. Néanmoins après l'annonce d'un résultat anormal, et malgré des explications claires et aussi rassurantes que possible, il persiste automatiquement une incertitude quant à la nature de l'anomalie, plus encore en cas d'ASC-US. Le parallèle peut-être fait avec le dépistage du cancer du sein en cas de mammographie classée ACR3. L'Institut National du Cancer diffuse un document relatif à l'éthique du dépistage du cancer du sein [26] dans lequel sont exposées les difficultés liées à l'incertitude d'une telle classification. Il recommande de délivrer aux femmes une information spécifique en amont, les préparant à l'éventualité d'une mammographie à surveiller. Cette précaution pourrait s'appliquer de la même manière au dépistage du cancer du col de l'utérus. Dans mon étude les soignants informent leurs patientes de l'objectif du frottis et du résultat, schématiquement normal ou non, sans préciser la possibilité d'un résultat avec anomalies difficiles à classer et nécessitant une surveillance codifiée, ce qui permettrait d'anticiper des malentendus.

De même ce document souligne l'importance du maintien de la confiance dans le dépistage du cancer du sein, l'inquiétude générée par cette classification pouvant induire des résistances de la part des femmes pour revenir dans le dépistage organisé lorsqu'en fine, elles sont reclassées en ACR1 ou 2. Il en va de même pour les femmes dont le contrôle après un frottis classé ASC-US est en fait normal, d'autant plus qu'une des préoccupations principales des praticiens est de faire entendre la nécessité du suivi.

La question de la transmission du virus et de l'infidélité potentielle du partenaire était également au cœur des préoccupations des patientes. Or les praticiens interrogés décrivaient des difficultés à expliquer de façon claire le rôle de l'HPV, son histoire naturelle et donc l'anomalie et ses conséquences. Une meilleure connaissance des soignants et du public autour de l'HPV serait donc intéressante, et peut s'appuyer sur l'utilisation de

supports d'information comme le guide de vaccination contre l'HPV de l'INPES [27], qui explique la transmission peau-à-peau, l'ancienneté du contagé et l'efficacité insuffisante du préservatif.

Dans mon étude, la volonté première des soignants était de limiter l'anxiété par des explications rassurantes et abondantes. De nombreuses études font état de l'anxiété générée par l'annonce d'un résultat de frottis anormal, ce qui semble paradoxal. Pourtant une d'entre elles suggère qu'une patiente bien informée n'est pas nécessairement moins anxieuse [25], renforçant la nécessité pour les médecins de rassurer continuellement et de suivre leurs patientes. Des explications non pas plus nombreuses mais plus ciblées, répétées, et annoncées de façon plus personnelle peuvent contribuer à réduire l'anxiété générée et à améliorer la compréhension des anomalies.

Des études à plus grande échelle sur les modalités d'annonce d'un résultat de frottis anormal et sur les éléments intervenant dans l'organisation pourraient permettre une meilleure compréhension des pratiques visant à les améliorer.

Conclusion

L'organisation du dispositif d'annonce d'un résultat anormal par les professionnels de santé était dictée par la volonté de réduire l'anxiété et de s'assurer du suivi. L'annonce était rendue difficile par les questions qu'elle soulevait, et par le spectre du cancer toujours présent tant à l'esprit des patientes que des soignants.

Les éléments anxiogènes énoncés par les femmes dans l'étude sur l'impact psychologique du frottis anormal en France étaient retrouvés en écho par les soignants. Il portaient sur la peur du cancer, alors qu'il s'agit de s'en dégager, mais aussi sur l'histoire naturelle de l'HPV et de ses lésions, et sur la possibilité d'avoir des enfants. Apporter des réponses claires et rassurantes semblait complexe malgré l'amélioration des connaissances et les campagnes de vaccination et de dépistage.

Une amélioration et une harmonisation du dispositif d'annonce paraît nécessaire, et ne peut passer que par une meilleure compréhension des éléments qui interviennent dans l'organisation. Des études sur les attentes des patientes ont déjà été menées, il semble maintenant indispensable d'explorer le versant « soignant » de l'annonce, notamment par des études à plus grande échelle.

Bibliographie

[1] HAS - Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus - juin 2013

[2] : centre international de recherche sur le cancer

[3] J. Monsonogo, J. Cortés, D. Pereira da Silva, A.-F. Jorge, P. Klein Perception et impact psychologique du frottis anormal en France. Résultats comparatifs d'une enquête européenne Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 40, Issue 4, April 2012, Pages 213–21.

[4] 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 2006;94(9):1253–62.

[5] Hellsten C, Sjostrom K, Lindqvist PG. A 2-year follow-up study of anxiety and depression in women referred for colposcopy after an abnormal cervical smear. BJOG 2008;115(2):212-8.

[6] French DP, Maissi E, Marteau TM. Psychological costs of inadequate cervical smear test results. Br J Cancer 2004;91(11):1887–92.

[7] French DP, Maissi E, Marteau TM. The psychological costs of inadequate cervical smear test results: three-month follow-up. Psychooncology 2006;15(6):498–508.

[8] Jones MH, Singer A, Jenkins D. The mildly abnormal cervical smear: patient anxiety and choice of management. J R Soc Med 1996;89(5):257–60.

[9] Hellsten, C., Sjöström, K. and Lindqvist, P. (2007), A prospective Swedish cohort study on psychosocial factors influencing anxiety in women referred for colposcopy. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 114: 32–38. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01161.

[10] Neale J, Pitts MK, Dunn PD, Hughes GM, Redman CW. An observational study of precolposcopy education sessions: what do women want to know? *Health Care Women Int* 2003;24(5):468–75.

[11] Philips, Z., Johnson, S., Avis, M. and Whyntes, D. K. (2002), Communicating mild and borderline abnormal cervical smear results: how and what are women told?. *Cytopathology*, 13: 355–363. doi: 10.1046/j.1365-2303.2002.00447.

[12] Moley-Massol I. L'annonce de la maladie. Une parole qui engage. Paris : DaTeBe ; 2004

[13] Ruzsniewski M. Face à la maladie grave. Paris : Dunod ; 1999.

[14] Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, texte intégral : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

[15] Plan alzheimer 2008-2012. <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/4-livrables-30-juin-2010.pdf>

[16] Plan cancer 2009-2013. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_plan_cancer_2009_2013.pdf

[17] HAS. Annoncer une mauvaise nouvelle. Evaluation et amélioration des pratiques. Février 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

[18] Daher M. L'annonce du cancer : Une étape pénible pour le patient et le médecin. *J Med Liban* 2010 ; 58 (2) : 63-64

[19] La Revue Prescrire d'octobre 2001/Tome 21 N° 221 - éditorial

[20] Marteau TM et coll. “Women’s understanding of a “normal smear test result” : experimental questionnaire based study” *BMJ* 2001 ; 322 (7285) : 526-528.

[21] La ligue contre le cancer <http://www.ligue-cancer.net/shared/brochures/dispositif-annonce.pdf>

[22] Recommandations HAS juin 2012 délivrance de l'information http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf

[23] Tishelman C, Lundgren EL, Skald A, Tornberg S, Larsson BW. Quality of care from a patient perspective in population-based cervical cancer screening. *Acta Oncol* 2002;41(3):253–61

[24] Goldsmith MR, Austoker J, Marsh G, Kehoe ST, Bankhead CR. Cervical screening result communication: a focus group investigation of English women's experiences and needs. *Qual Saf Health Care* 2008;17(5):334–8

[25] Pirota M, Ung L, Stein A, Conway EL, Mast TC, Fairley CK, et al. The psychosocial burden of human papillomavirus related disease and screening interventions. *Sex Transm Infect* 2009;85(7):508–13

[26] http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9407-ethique-et-depistage-organise-du-cancer-du-sein-rapport-integral

[27] INPES guide de vaccination 2012
http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_les_infections_papillomavirus_hu_mains.pdf

Table des figures

Figure 1 : Age des professionnels de santé	12
Figure 2 : Lieu d'activité	12
Figure 3 : Présence d'un secrétariat	12

Table des matières

Liste des abréviations	7
Plan	8
Introduction	9
Matériel et méthode	11
Résultats	12
I- Caractéristiques de la population	12
II- L'organisation du travail et la volonté de proximité avec la patiente modulaient les formes de contact.....	13
a- Le contact n'était pas systématique.....	13
b- Le téléphone permettait un contact rapide et direct avec la patiente.....	13
c- Le courrier, le plus souvent complément d'un appel téléphonique, invitait à une consultation et constituait une trace d'information explicite.....	14
III- Le temps de l'annonce, au cours d'une consultation ou par téléphone, s'appuyait sur le niveau de prise en charge du praticien, les informations et les connaissances de la patiente, et sur le sentiment de confiance réciproque.....	16
a- Le choix d'annonce en consultation répondait au besoin de qualité d'information et d'efficacité.....	16
b- Le contenu de l'annonce dépendait du niveau de prise en charge possible par le praticien.....	17
c- Les explications tenaient compte des connaissances des patientes et des informations préalablement fournies.....	18
d- Le sentiment de confiance de la patiente dans son soignant modulait le contenu de l'annonce.....	18

IV- Les priorités qui guidaient les soignants dans l'annonce étaient de diminuer l'inquiétude et de s'assurer de la réalisation du suivi.....	19
a- Quand elle était présente, l'inquiétude portait sur la peur du cancer, l'infidélité liée au mode de transmission du virus, et les conséquences sur la fertilité.....	19
b- Le mode d'annonce était sous-tendu par la volonté de s'assurer du suivi.....	21
V- L'annonce était un exercice ressenti comme désagréable mais facilité par l'expérience et la satisfaction de permettre une intervention précoce.....	23
Discussion	26
I- Forces et biais de l'étude.....	26
II- Discussion des principaux résultats.....	27
a- Le contact après réception du résultat privilégiait le rapport direct du praticien avec la patiente.....	27
b- La consultation d'annonce n'était pas systématique.....	28
c- Le contenu de l'annonce s'adaptait à la patiente.....	28
d- Le recours au spécialiste s'inscrivait dans une volonté de pluridisciplinarité.....	29
e- Les questions des patientes généraient des difficultés chez les praticiens et l'annonce restait un exercice désagréable.....	29
Conclusion.....	32
Bibliographie.....	33
Table des figures.....	36
Table des matières.....	37
Annexes.....	39
Annexe 1 : Le guide d'entretien.....	39
Annexe 2 : Entretiens CD-Rom.....	42

Annexe 1 : Le guide d'entretien

Grille d'entretien thèse annonce résultat frottis anormal ou non satisfaisant pour évaluation

1/ LA PRATIQUE DU FROTTIS DANS VOTRE ACTIVITE (pour les généralistes et sages-femmes)

Ouverture : dans votre activité quelle est pour vous la place du frottis ?

1 A Activité fréquente ? Acte intégré à votre suivi de la femme ?

1 B Que pensez-vous de cet examen de dépistage ?

1 Ba intérêt et pertinence du frottis dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

1 C En pratique comment faites vous pour le réaliser ?

1 Ca comment le proposez vous ? Que dites vous à vos patientes ?

1 Cb Consultation dédiée

Alarme info

Opportunité d'une consultation

Impact de l'organisme de dépistage

1 D Comment vous organisez vous pour le faire et pour assurer son suivi ?

1 Da Si on sépare les 3 phases du frottis, que sont la proposition, la réalisation et le rendu du résultat, quelle est votre attitude dans ces 3 phases ?

En quoi moins à l'aise avec l'une ou l'autre

Difficultés

1 Db Comment organisez-vous l'annonce d'un résultat de frottis en général ?

Qui communique le résultat et par quel moyen

Qu'est-ce qui fait que vous vous organisez de cette façon ? Qu'en pensez-vous ? Êtes-vous satisfait ? Pensez-vous modifier ?

2/ ANNONCE D'UN RESULTAT ANORMAL OU NON SATISFAISANT POUR EVALUATION

2 A Concernant le non satisfaisant pour évaluation, quelle attitude avez-vous ?
comment en informez vous la femme ? avez vous mis en place une organisation ou non ?

2 B Concernant l'annonce d'un résultat anormal adoptez vous toujours les mêmes modalités ? si non qu'est ce qui fait que vous ne faites pas pareil ?

Le type d'anomalie influence t-il votre attitude ?

Et la personnalité de la patiente ?

En quoi ?

2 Ba Si vous adressez une lettre à la patiente, pouvez-vous m'en dire plus sur cette lettre ? (lettre type ou personnalisée, mention du résultat, vocabulaire que vous privilégiez ou évitez d'employer, explications quant à la conduite à tenir...)

Qu'est-ce qui motive ce mode d'annonce ? (organisation personnelle, intérêt pour la patiente, trace dans le dossier...)

2 Bb Si vous appelez directement la patiente, pouvez-vous m'en dire plus sur cet appel ?

Pourquoi un appel téléphonique ?

2 C Dans cette annonce qu'est ce qui vous parait important à prendre en compte ?
Que privilégiez-vous ?

Rencontrez-vous des difficultés ? Auriez-vous des souhaits ou des propositions à faire ?

Si j'ai bien compris vous rencontrez les femmes en consultation après une première annonce de résultat

3/ LA CONSULTATION

Pour mieux comprendre comment vous faites pouvez-vous me raconter une situation ?

Quelles difficultés rencontrez-vous ?

Utilisez-vous des supports d'information ?

Demandez-vous à la patiente ce qu'elle a compris, si elle a des questions ?

Quelles sont les questions les plus fréquentes auxquelles vous êtes confronté ? Comment y répondez-vous ?

Comment a évolué votre façon de faire au cours de votre carrière ? Quels éléments vous ont fait modifier votre attitude ?

4/ LE RESSENTI

4 A Que pensez-vous que génère chez les patientes l'annonce d'un résultat de frottis anormal ou non interprétable ?

Comment y faites-vous face ? Quels mots utilisez-vous ? Quels arguments ?
(intérêt du dépistage et conséquences, en particulier la guérison)

4 B Que génère chez vous l'annonce d'un résultat de frottis anormal ou non interprétable ?

sentiments « négatifs » : mal à l'aise, échec, difficultés, émotions...

sentiments « positifs » : éviter le cancer invasif...

Pensez-vous être suffisamment préparé à cela ?

Pensez-vous que votre comportement et votre ressenti se sont modifiés au cours de votre carrière ? Dans quel sens ? Pourquoi ?

5/ CONCLUSION

Y a-t-il des choses que vous aimeriez ajouter ?

Des histoires qui vous reviennent ?

Avez-vous des commentaires sur cet entretien ?

Pouvez-vous me préciser : âge, pratique, type et lieu d'exercice, contexte de travail
(privé/public, seul/groupe, secrétariat...), activité spécifique de gynécologie

Merci d'avoir participé

Annexe 2 : Entretiens CD-Rom

Résumé

L'annonce d'un résultat de frottis anormal génère de l'anxiété et parfois une incompréhension chez les patientes. Le dispositif ne semble pas systématisé et il n'existe pas de recommandations quant aux modalités à privilégier. Il semblait donc intéressant d'explorer, auprès des professionnels de santé, les éléments intervenant dans leur dispositif d'annonce d'un résultat de frottis anormal ou non satisfaisant pour évaluation.

J'ai réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 7 médecins généralistes, 2 sages-femmes et 3 gynécologues du Maine-et-Loire sélectionnés selon un échantillonnage à variation maximale. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés par thématique avec double codage.

Le contact après réception du résultat et la consultation d'annonce n'étaient pas systématiques. Lorsqu'ils étaient présents ils privilégiaient le rapport direct avec la patiente. Le contenu de l'annonce s'appuyait sur les connaissances des patientes, l'information préalablement délivrée, le niveau de prise en charge possible et la relation de confiance. Les priorités des soignants étaient de diminuer l'anxiété des patientes, portant essentiellement sur la peur du cancer et la question de la transmission du virus, et de s'assurer de la réalisation du suivi.

L'annonce restait un exercice ressenti comme désagréable par les praticiens mais facilité par l'expérience et la satisfaction de pouvoir intervenir précocement.

Des études à plus grande échelle explorant les éléments intervenant dans l'organisation des professionnels de santé permettraient une meilleure compréhension, une harmonisation et une amélioration du dispositif d'annonce.

Mots clés

[modalités - annonce – résultat – frottis – anormal – médecins généralistes – gynécologues – sages-femmes]

Article

A soumettre

Suivi par : Pr BARON Céline