



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Impact psychosexuel d'un premier frottis cervico-utérin anormal de bas grade.

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 03 Octobre 2019 à 16 heures
Au Pôle Formation
Par Anne PARMENTIER

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Sacha MESNARD

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Carine MARTIN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ACG	Atypie des Cellules Glandulaires
AIS	Adénocarcinome endocervical In Situ
ASC-US	Atypie des Cellules Malpighiennes de Signification Indéterminée
ASC-H	Atypie des Cellules Malpighiennes ne permettant pas d'exclure des lésions de Haut grade
CIN	Néoplasie Cervicale Intra-épithéliale
CCU	Cancer du Col de l'Utérus
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
FCU	Frottis Cervico-Utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Human PapillomaVirus
HSIL	Lésion Intra-épithéliale de Haut grade
HPV-HR	Human Papillomavirus à haut risque oncogène
HSCP	Haut Conseil de la Santé Publique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LSIL	Lésion Intra-épithéliale de Bas grade

Table des matières

Résumé	9
Introduction	11
I. Épidémiologie	11
II. Histoire naturelle du cancer	11
A. Pouvoir pathogène du papillomavirus humain (HPV)	11
B. Lésions histologiques :	12
III. Dépistage	13
IV. Prise en charge diagnostique des frottis anormaux	15
V. Prévention	16
VI. Problématique	16
Matériels et méthodes.....	19
I. Type d'étude	19
II. Recrutement de la population.....	19
III. Déroulement des entretiens	20
IV. Analyse des données	21
V. Éthique	21
Résultats	23
I. Caractéristiques des entretiens	23
II. Analyse thématique	24
A. Circonstances d'annonce du résultat du FCU.....	24
1. Par téléphone.....	24
2. Par courrier	26
3. Par entretien.....	28
4. Souhaits des patientes concernant l'annonce.....	29
B. Connaissances des participantes vis à vis du FCU	30
1. Des connaissances approximatives.....	30
2. Après information médicale ou recherches personnelles	33
3. Sources d'information	40
a) Internet.....	40
b) Médecin traitant.....	43
c) Tierce personne	45
C. Réactions des participantes	45
1. Émotions au moment de l'annonce.....	45
a) Émotions négatives.....	45
b) Émotions neutres	48

2.	Période entre l'annonce et la consultation de colposcopie.....	49
D.	Préoccupations des participantes.....	53
1.	Diagnostic.....	53
2.	Prise en charge	55
3.	Contagiosité.....	56
4.	Fertilité	58
5.	Hérédité	58
E.	Impact sur la qualité de vie	59
1.	Habitudes de vie	59
2.	Image du corps, estime de soi et féminité	60
3.	Vie sexuelle	63
F.	Interactions avec l'entourage.....	67
1.	Celles qui restent isolées.....	67
2.	Celles qui partagent la nouvelle avec leurs proches	67
a)	Le conjoint	67
b)	Les femmes de l'entourage proche	69
c)	Les collègues.....	71
3.	Motivation pour en parler	72
4.	Freins pour en parler	72
G.	Facteurs rassurants	74
1.	Attitude du praticien.....	74
2.	Attitude de l'entourage.....	77
3.	Avoir un traitement.....	77
Discussion		79
I.	Discussion des résultats	79
A.	Impact psychologique et sexuel de l'annonce	79
1.	Réactions immédiates lors de l'annonce du résultat du FCU	79
2.	Image de soi	80
3.	Inquiétudes vis-à-vis de l'hérédité	81
4.	Inquiétudes vis-à-vis de la fertilité et de la contamination de leur enfant. 81	
5.	Impact sur les relations conjugales	81
6.	Autoérotisme	82
7.	Couple homosexuel.....	83
B.	Facteurs rassurants	84
1.	Mode d'annonce idéale	84
2.	Attitude du praticien.....	84
3.	Présence de l'entourage.....	84
4.	Information.....	85
5.	Utilisation des probiotiques.....	86
6.	Délai de prise en charge.....	87
C.	Vers de nouvelles stratégies pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. 87	
II.	Forces et limites de l'étude	89
A.	Recrutement	89
B.	Déroulement des entretiens.....	90
C.	Analyse des données	90
D.	Limites liées au chercheur	90
Conclusion		91
Références bibliographiques		93
Annexes		97

RESUME

Introduction : Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (CCU) par le frottis cervico-utérin (FCU) concerne les femmes de 25 à 65 ans. La littérature met en évidence des réactions de stress et d'angoisse lors de l'annonce d'un FCU anormal. Cependant, ses conséquences sur la vie sexuelle sont peu décrites. Nous avons donc réalisé une étude qualitative afin de comprendre le vécu de l'annonce d'un FCU de bas grade, tant sur le plan psychologique que sexuel.

Matériel et méthode : 12 patientes, ayant reçu un résultat de frottis classé LSIL ou ASC-US avec test HPV positif, ont été reçues en entretien individuel semi-dirigé après leur consultation de colposcopie, au sein de l'hôpital Jeanne de Flandre du CHRU de Lille. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité. Par la suite, une analyse thématique des verbatims était effectuée après triangulation.

Résultats : L'angoisse et la peur étaient les émotions prédominantes au moment de l'annonce du résultat du FCU. Certaines patientes décrivaient un impact sur leur sexualité avec une baisse de désir et un évitement des rapports de façon transitoire. L'image du corps n'était pas altérée car la maladie est invisible et asymptomatique. Les patientes avaient souvent une mauvaise estime de soi car elles se sentaient souvent honteuses et responsables de leur maladie. Elles se sentaient rarement atteintes dans leur féminité.

Conclusion : Notre étude décrit diverses réactions lors de l'annonce d'un frottis anormal de bas grade. Certaines patientes ressentent un impact à court terme sur leur sexualité. Il est important de devancer les inquiétudes des patientes en abordant spontanément le thème de la sexualité et en apportant une information adaptée.

INTRODUCTION

I. Épidémiologie

Avec 3000 nouveaux cas par an, le cancer du col de l'utérus (CCU) est le 12^{ème} cancer féminin et la 10^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme en France. Depuis les années 1980, la mise en place du dépistage du CCU par le frottis cervico-utérin (FCU) a permis une baisse importante de l'incidence et de la mortalité de ce cancer.

Le dépistage individuel non organisé semblait insuffisant puisque seulement 59% des femmes y participaient entre 2015 et 2017.

Ainsi, un programme national de dépistage organisé a été mis en place en 2018, visant à atteindre un taux de couverture proche de 80% (1).

II. Histoire naturelle du cancer

A. Pouvoir pathogène du papillomavirus humain (HPV)

Il existe plusieurs types de virus HPV. Certains sont responsables de lésions cutanées ou muqueuses telles que les condylomes, d'autres sont dotés d'un pouvoir oncogène pouvant être à l'origine de cancers, dont le CCU. Ces derniers sont appelés HPV à haut risque oncogène (HPV-HR). On dénombre actuellement 12 HPV-HR dont les HPV 16 et 18 sont les plus fréquents.

Il s'agit de l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente dans le monde. Elle se transmet par contact cutanéomuqueux. On considère que 80% des femmes et des hommes sexuellement actifs seront infectés par ces virus au cours leur vie.

Les infections à HPV-HR sont particulièrement fréquentes chez les jeunes femmes durant les premières années d'activité sexuelle. Elles deviennent ensuite plus rares avec l'âge.

Il existe des facteurs de risque d'infection à HPV: précocité des premiers rapports sexuels, nombre de partenaires sexuels.

Le principal facteur de risque de CCU est la persistance de l'infection par un HPV-HR. Si ce dernier est indispensable, il n'est pas suffisant. Il existe d'autres facteurs qui joueraient un rôle modéré dans le développement de ce cancer ou dans la persistance de l'infection.

Ainsi, on distingue 3 catégories de cofacteurs:

- Les cofacteurs environnementaux : contraception orale prolongée, tabagisme, existence d'autres IST, déficit immunitaire acquis.
- Les cofacteurs liés à l'HPV : génotypes 16 et 18, charge virale élevée, infection simultanée par plusieurs génotypes oncogéniques.
- Les cofacteurs liés à l'hôte : génétiques (gènes CMH, système HLA), multiparité, statut ménopausique, immunodéficiences.

Cependant, cette infection est le plus souvent asymptomatique et transitoire, puisque 70% d'entre elles et des lésions engendrées disparaissent en 1 an et 90% en 2 ans (2).

B. Lésions histologiques :

L'infection par le virus HPV est à l'origine de lésions histologiques cervicales précancéreuses qui naissent au niveau de la zone de jonction entre l'épithélium pavimenteux de l'exocol et l'épithélium cylindrique de l'endocol.

Dans 80% des cas, le CCU est un cancer épidermoïde, qui se développe au dépend de l'épithélium pavimenteux de l'exocol. Dans 10% à 20% des cas, il s'agit d'un adénocarcinome, qui se développe aux dépens de l'épithélium cylindrique de l'endocol (3).

Le délai moyen entre l'apparition d'une lésion précancéreuse et son évolution vers un cancer infiltrant est de 10 à 20 ans (3).

On distingue 2 types de lésions précancéreuses :

Lésions précancéreuses épidermoïdes :

Ces dysplasies sont réparties en 3 catégories anatomopathologiques (sur pièce de biopsie) nommées « néoplasie cervicale intra-épithéliale » (CIN) (Tableau1).

CIN 1	Dysplasie légère atteignant le 1/3 profond de l'épithélium
CIN 2	Dysplasie modérée atteignant les 2/3 profonds de l'épithélium
CIN 3	Dysplasie sévère ou cancer in situ atteignant toute la hauteur de l'épithélium

Tableau 1 : Classification de RICHART

Chaque CIN conserve un potentiel de régression spontanée d'autant plus important que le CIN est de moindre sévérité. Elle peut aussi persister ou progresser vers un stade plus avancé (2).

Lésions précancéreuses glandulaires :

Ces lésions sont rares et leur situation endocervicale explique qu'elles soient difficilement dépistables par le FCU.

L'histoire naturelle de l'adénocarcinome est peu connue et il est probable que le modèle carcinologique du carcinome épidermoïde ne lui soit pas applicable (3).

III. Dépistage

L'examen de référence pour le dépistage du CCU est le FCU. Cet examen cytologique permet de détecter des lésions à un stade précoce (dites « précancéreuses ») (Tableau 2).

Il est systématiquement proposé à toutes les femmes de 25 à 65 ans, ayant bénéficié

ou non de la vaccination anti-HPV.

Il est réalisé tous les 3 ans après 2 frottis normaux en l'intervalle de 1 an (3).

Lésions épidermoïdes	
ASC-US	Atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée
ASC-H	Atypie des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure des lésions de haut grade
LSIL	Lésion intra-épithéliale de bas grade
HSIL	Lésion intra-épithéliale de haut grade
Carcinome épidermoïde	
Lésions glandulaires	
AGC	Atypie des cellules glandulaires
AIS	Adénocarcinome endocervical In Situ
Adénocarcinome	

Tableau 2 : Classification des FCU anormaux

D'après une étude Lilloise réalisée en 2003, les frottis anormaux se répartissaient principalement de la manière suivante : 54 % de ASC-US, 34 % de LSIL et 10 % de HSIL.

Après examen histologique, le diagnostic de lésion de haut grade était confirmé pour 7,2 % de ASC-US, 15,7 % de LSIL et 85,1% de HSIL (4).

IV. Prise en charge diagnostique des frottis anormaux

Le tableau 3 résume la conduite à tenir devant un frottis anormal (5).

Lésions cytologiques	Conduite à tenir
ASC-US	<u>Recherche d'HPV oncogène</u> Test HPV <i>positif</i> ⇒ colposcopie + biopsies si anomalie Test HPV <i>négatif</i> ⇒ cytologie à 3 ans
ASC-H	Colposcopie + biopsies si anomalie
LSIL	Colposcopie + biopsies si anomalie
HSIL	Colposcopie + biopsies systématiques
AGC	<u>Avant 45 ans</u> Recherche d'HPV oncogène : Test HPV <i>positif</i> ⇒ colposcopie + curetage endocervical Test HPV <i>négatif</i> ⇒ cytologie à 3 ans <u>Après 45 ans</u> Test HPV + échographie pelvienne + biopsie endométriale

Tableau 3 : Conduite à tenir diagnostique selon le type de lésion cytologique

V. Prévention

Bien que le papillomavirus soit une infection sexuellement transmissible, la protection mécanique par préservatif est inefficace (2).

La prévention de cette infection repose donc sur la vaccination.

Trois vaccins anti-HPV sont disponibles en France :

- Gardasil® dirigé contre les génotypes 6,11,16 et 18
- Cervarix® ciblant les génotypes 16 et 18
- Gardasil 9®, disponible depuis fin 2018, est actif contre les génotypes 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58.

Cette vaccination non obligatoire, est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans. L'objectif est de vacciner cette population avant leurs premiers contacts sexuels. Un rattrapage est proposé entre 15 et 19 ans révolus. Le haut conseil de la santé publique (HSCP) recommande préférentiellement l'utilisation du Gardasil 9®.

Par ailleurs, la vaccination ne dispense pas du dépistage par FCU.

Depuis 2017, il est aussi recommandé de vacciner, jusqu'à l'âge de 26 ans, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par le Gardasil® ou le Gardasil 9®, afin de prévenir les cancers ORL, anaux, et les condylomes (6).

VI. Problématique

L'impact psychologique des maladies liées à HPV (frottis anormaux de tout grade, condylomes) est largement décrit dans la littérature. Beaucoup d'études mettent en évidence un niveau d'anxiété plus élevé, un sentiment de culpabilité, d'impuissance, de colère et de peur (7)(8)(9)(10)(11)(12)(13)(14).

Il a déjà été montré que la méconnaissance de la maladie ainsi que la qualité de l'information médicale délivrée influencent le vécu des patientes (7)(8)(15)(11)(16).

Dans le cadre du dépistage par FCU, l'expérience clinique semble indiquer un impact négatif sur la vie sexuelle des patientes. En effet, il n'est pas rare que les patientes consultant en colposcopie à la suite d'un frottis anormal posent des questions relatives

à leur fertilité, à la contagiosité, ou témoignent de freins à leur épanouissement sexuel.

Dans la littérature, il existe peu d'études s'intéressant à l'impact d'une telle annonce sur la sexualité. Ce thème est souvent relayé au rang d'objectif secondaire (13) (14)(17)(18)(19).

Les rares études quantitatives ayant ciblé la sexualité comme objectif principal manquent de puissance car elles souffrent d'un faible niveau de recrutement (13)(20).

Pour ce qui est des études qualitatives, seule une étude suisse réalisée en 2016 s'intéressait spécifiquement au vécu psychosexuel de femmes atteintes de maladies liées à HPV, sans distinction de durée d'évolution de leur maladie (21).

Une autre étude abordait le rapport au corps des patientes ayant reçu un résultat de frottis anormal mais ne s'intéressait pas aux répercussions sur la sexualité (22).

La méta analyse effectuée en 2009 par *Graziottin et Al* concluait que les données actuelles de la science ne permettaient pas d'établir une corrélation entre une quelconque dysfonction sexuelle féminine et les maladies liées à HPV (tous types confondus) (9).

Nous avons orienté notre travail vers une étude qualitative, car elle permet l'exploration et la compréhension du vécu des patientes autour du thème de la sexualité. Cette première étape nous est parue nécessaire avant d'évaluer cette problématique ultérieurement de façon quantitative.

À notre connaissance, il n'existe pas d'étude qualitative explorant spécifiquement l'impact du résultat d'un premier FCU anormal sur le plan psychosexuel.

En 2006, Gray et Al s'intéressaient à l'impact psychologique d'un frottis anormal de bas grade. Pour les auteurs, le niveau d'anxiété de leurs patientes était semblable à celui retrouvé chez des femmes ayant un frottis de haut grade dans d'autres études (10). Cependant, à la connaissance des auteurs, aucune étude n'a eu pour objectif de comparer directement ces deux populations.

Du fait de leur fréquence, notre étude s'est orientée vers les lésions de bas grade, dites LSIL, ainsi qu'aux ASC-US avec test HPV positif. Les explorations qui découlent

de ces résultats retrouvent rarement des lésions histologiques de haut grade.

Nous supposons que le comportement du praticien lors de l'annonce d'une lésion de haut grade est plus alarmiste que pour l'annonce de ces anomalies, et que par conséquent ces deux populations doivent faire l'objet de travaux distincts.

Par ailleurs, nous remarquons que les patientes présentant ce type de lésions ont un délai d'attente plus long avant d'être reçues en colposcopie. Du fait de cette attente, nous supposons que l'impact psychosexuel est plus marqué.

L'objectif de notre travail est de comprendre le vécu des patientes concernées par l'annonce d'un frottis de bas grade et son influence sur les différents aspects de leur vie personnelle et intime, psychologique et sexuelle

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Ce travail est une étude qualitative, en analyse phénoménologique interprétative, réalisée auprès de femmes consultant en colposcopie à l'hôpital Jeanne de Flandre au CHRU de Lille.

Le recueil s'est fait à partir d'entretiens semi-directifs. (Annexe 1)

Ce type d'étude permet d'analyser le vécu et les représentations d'une population.

II. Recrutement de la population

Les participantes étaient des femmes consultant en colposcopie après avoir reçu un premier résultat d'un FCU de bas grade. Au décours cette consultation, il était proposé aux patientes un entretien avec l'auteure de l'étude.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- FCU classé LSIL ou ASC-US avec un test HPV positif.
- Femme âgée d'au moins 25 ans et non ménopausée.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- FCU classé HSIL ou ASC-H
- Antécédent de FCU anormal
- Antécédent de suivi en colposcopie
- FCU réalisé pour anomalie macroscopique du col de l'utérus

- Grossesse
- Trouble psychiatrique non équilibré
- Barrière linguistique

La taille de l'échantillon ne pouvait être prédéterminée car elle dépendait de la suffisance des données.

III. Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels ont été réalisés par l'auteure de l'étude entre Janvier et Avril 2019, dans le service de consultation de gynécologie médicale de l'hôpital Jeanne de Flandre au CHRU de Lille.

Ils étaient réalisés dans les suites de la consultation de colposcopie, en l'absence d'une tierce personne, dans un bureau de consultation, au calme, téléphones éteints, coupés de toute sollicitation. La durée de l'entretien était libre.

Le premier entretien a permis la réalisation d'une micro-analyse mais il n'a pas été pris en compte dans les résultats finaux puisqu'il avait pour objectif de permettre à l'auteure de se familiariser avec le travail qualitatif et d'améliorer son guide d'entretien. L'auteure de l'étude informait les participantes de l'objet de l'étude au début de la rencontre. Après avoir recueilli l'accord des participantes par consentement écrit (annexe 2), l'entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone Sony (Sony Corporation, Minato, Japon). Ces entretiens suivaient un guide semi-directif (Annexe 1) rédigé selon les données de la littérature et dont le contenu a été adapté au cours de l'étude. Il était demandé aux participantes de préciser le délai entre l'annonce du résultat du FCU et la consultation de colposcopie, leur tranche d'âge, leur orientation sexuelle, leur statut conjugal, leur lieu de vie ainsi que leur catégorie socio-professionnelle.

À tout moment de l'étude, les patientes pouvaient retirer leur consentement.

IV. Analyse des données

Afin de respecter l'expression des participantes, les enregistrements audio ont été retranscrits dans leur intégralité grâce au logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2008 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, Etats-Unis), puis analysés à l'aide du logiciel NVivo 12 (QRS international Pty Ltd, Melbourne, Australie).

Un premier codage dit « ouvert » était effectué à partir de ces verbatims. Il avait pour objectif de transcrire les idées et ressentis des patientes sous forme de codes.

Cette étape était réalisée une seconde fois, en aveugle, par une tierce personne.

La comparaison des données permettait de limiter la subjectivité de l'auteure.

Le second codage dit « axial » permettait d'établir des liens entre les codes.

Enfin, le troisième codage dit « sélectif » permettait de choisir les codes les plus pertinents aux yeux de l'auteure, afin de les intégrer aux résultats finaux.

La suffisance des données était définie par l'absence d'émergence de nouveau code.

Survenue au 10^{ème} entretien, elle était confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

Nous pouvions alors interrompre le recrutement.

V. Éthique

La participation était volontaire et bénévole.

Dès le début de l'entretien, les patientes signaient un consentement et elles étaient informées de l'anonymisation de leurs données.

Notre travail n'étant pas interventionnel, nous n'avions pas eu recours à un accord auprès du comité de protection des personnes.

Le Comité Éthique Recherche de Lille nous avait informés que son accord n'était pas nécessaire à la réalisation de notre travail.

Cependant, l'exploitation d'enregistrements audio nécessitait une déclaration auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

RESULTATS

I. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés à l'hôpital Jeanne de Flandre au CHRU de Lille, entre Janvier et Avril 2019. La durée des enregistrements variait entre 7 et 33 minutes, avec une moyenne de 20 minutes. Nous avons interrogé 12 patientes.

Les caractéristiques des participantes sont résumées dans le tableau 4.

Participant	Tranche d'âge	Niveau d'études	Lieu de vie	Statut conjugal	Orientation sexuelle déclarée	Délai de prise en charge
P1	25-29	Bac +3	Urbain	En couple	Hétérosexuelle	2 mois
P2	35-39	BTS	Urbain	Célibataire	Hétérosexuelle	1 mois
P3	25-29	Brevet	Urbain	En couple	Hétérosexuelle	2 mois
P4	45-49	Bac +3	Urbain	Célibataire	Hétérosexuelle	4 mois
P5	45-49	Bac +5	Urbain	Célibataire	Hétérosexuelle	3 mois
P6	35-39	Bac	Rural	En couple	Hétérosexuelle	1 mois
P7	45-49	CAP	Urbain	En couple	Hétérosexuelle	4 mois
P8	25-29	Brevet	Semi-rural	En couple	Hétérosexuelle	4 mois
P9	35-39	Bac+3	Semi-rural	En couple	Hétérosexuelle	4 mois
P10	30-34	Bac +5	Semi-rural	En couple	Hétérosexuelle	2 mois
P11	50-54	CAP	Urbain	En couple	Hétérosexuelle	2 mois
P12	25-29	Bac +3	Urbain	Célibataire	Hétérosexuelle	2 mois

Tableau 4 : Caractéristiques des participantes

II. Analyse thématique

A. Circonstances d'annonce du résultat du FCU

1. Par téléphone

Cinq participantes avaient reçu leurs résultats par téléphone.

Pour la plupart d'entre elles, ce contact téléphonique s'était fait directement avec le praticien ayant réalisé le FCU, et avait été l'occasion de recevoir des informations sommaires.

P1	<i>« ...elle a quand même préféré me passer un p'tit coup de fil pour me rassurer, euh voilà, sachant que voilà elle m'a expliqué que c'était pas quelque chose de très grave (...) me disant voilà, y'avait un nouveau rendez-vous pour un suivi, pour un contrôle. Euh... Et du coup voilà, elle m'a ré-expliqué, voilà que y'avait quelque chose, que c'était à explorer mais que c'était pas euh... grave là tout de suite. »</i>
P2	<i>« ... elle m'a contactée comme quoi les résultats n'étaient pas normal, et que y'avait une anomalie, genre c'était un papillomavirus. Donc c'est tout. Qu'elle allait prendre rendez-vous, euh... avec quelqu'un au CHR pour avoir une consultation. Donc euh... j'ai rien su de plus. »</i>
P9	<i>« j'ai eu le Pr (Nom du praticien), qui m'a dit, qui s'est présentée et qui m'a dit « votre frottis a des anomalies... Euh, ne vous inquiétez pas » (...) Et puis, elle m'a dit « vous allez recevoir une convocation, quelque chose par courrier qui va vous donner un rendez-vous pour un examen plus approfondi ». »</i>
P10	<i>« C'est le Dr (Nom du praticien) qui m'a contactée pour m'annoncer euh... Bah que j'avais le... le HPV en fait... Euh, suspect... Enfin, pas suspecté : de bas grade (...) En fait elle m'a vraiment rassurée en me disant que y'a pas lieu de s'inquiéter même sur le bas grade. »</i>

Pour la plupart d'entre elles, le fait de recevoir un appel de leur médecin signifiait une mauvaise nouvelle.

P1	« ... forcément, elle m'avait dit qu'elle me rappelait pas si y'avait pas de soucis, donc forcément un appel de sa part m'a fait un peu euh... paniquer quand elle m'a dit que c'était elle au téléphone, j'pense que j'ai dû changer de couleur (rires) »
P2	« ... mais même après les fêtes y'avait pas eu de nouvelles, donc moi pour moi tout allait bien »
P5	« ... et quand le résultat est pas... bon. Euh, on reçoit un coup de fil (...) si les résultats sont pas bons, ils convoquent forcément, pour justement expliquer le pourquoi du comment. Et j'ai tardé à avoir... Et si les résultats sont bons, on reçoit les résultats à la maison. Et j'ai mis du temps à avoir les résultats à la maison, donc j'ai commencé à me dire « merde, ça veut dire que, une mauvaise nouvelle arrive »
P9	« C'était Pr (Nom du praticien) qui m'appelait, j'aurais pas cru, quoi. Je me suis dit... c'est le Pr (Nom du praticien) qui m'appelle... »

Une seule participante déclarait avoir reçu l'appel d'une secrétaire lui proposant de programmer une consultation d'information avec le praticien ayant réalisé le FCU.

La secrétaire était alors perçue comme étant moins compétente pour annoncer le résultat du FCU.

P5	« Peut-être plutôt, le... un médecin qui annonce lui-même les résultats, est-ce qu'il aurait eu un discours rassurant tout de suite au téléphone ? Que la secrétaire, forcément, elle pouvait pas... expliquer. »
----	---

Pour certaines participantes, le caractère impromptu de l'appel téléphonique était déstabilisant, inhibant de ce fait les éventuelles questions que ces femmes auraient pu se poser.

P2	<i>« J'ai été un peu, donc non, j'ai pas posé de question... Comme en plus c'était au téléphone »</i>
P10	<i>« C'était pas forcément le bon contexte au moment où elle m'a appelé : j'étais au travail, donc c'était pas forcément le bon contexte. Donc j'étais pas posée au moment où elle m'a appelée, en fait. (...) j'en ai posé quelques unes, après vu que j'étais un peu pris de cours, quoi... tout n'est pas venu à ce moment là en fait. »</i>

2. Par courrier

Sept participantes avaient reçu leurs résultats par courrier. P10 avait précédemment reçu un appel lui annonçant l'anomalie retrouvée au FCU.

Pour la plupart d'entre elles, le langage médical utilisé était incompréhensible.

P2	<i>« J'avais vu quelques mots, et j'me suis dit : en plus je vais rien comprendre »</i>
P3	<i>« j'ai eu les résultats à la maison par courrier mais comme je comprends pas, du coup... »</i>
P10	<i>« Bah déjà, en fait quand j'ai reçu le courrier écrit du frottis, pour moi c'était un peu incompréhensible. Pour moi c'était des termes un peu techniques et euh... Fin je maîtrise pas du tout le jargon. »</i>

Une partie d'entre elles trouvait l'annonce par courrier anxiogène, du fait des termes médicaux employés.

P2	<i>« quand j'ai été chercher les documents, j'ai même pas su lire le papier, parce que je me suis dit j'ai pas... ça va me stresser encore plus »</i>
P4	<i>« j'ai dû relire 6 fois le document (...) c'était difficile quand même (...) de recevoir un courrier »</i>
P6	<i>« Y'avait un mot avec... ? Du tout. Juste des analyses. Euh... Qui ont été très anxiogènes. (...) parce que dessus il était marqué positive au HPV 16 et 18. Euh... Et, euh... présence de cellules oncogènes. Et sans plus. Sans rien d'autre. Donc effectivement, ça fait très peur. (...) Pas par courrier. Ah c'est horrible, par courrier. »</i>

Certaines participantes dénonçaient l'aspect déshumanisé du courrier.

P4	<i>« C'est vrai que recevoir ça par courrier... J'aurais préféré avoir une consultation, qu'on me recontacte, et qu'on m'explique de vive voix, plutôt que de recevoir un courrier (...) ça reste écrit, et les mots vous sautent aux yeux (...) C'est un peu dur (...) Tandis qu'un courrier, bah ça reste impersonnel, hein. Ça reste très froid. (...) J'peux pas avoir de retour, je peux pas avoir d'échange avec un courrier. (...) Donc toutes les questions qu'on se pose, il faut faire face toute seule »</i>
P6	<i>« En plus c'est un papier, donc on le... on le voit, on est sous le choc, on le pose. On le regarde encore et on le décrypte sous tous les angles... »</i>

3. Par entretien

Deux participantes avaient reçu leur résultat en consultation :

P5 avait précédemment été contactée par un secrétariat pour lui proposer une consultation d'information, tandis que P11 avait été convoquée par son médecin en le croisant par hasard.

Pour toutes les deux, être convoquée en consultation par le médecin signifiait une mauvaise nouvelle.

P5	<i>« J'ai reçu par téléphone, donc j'étais pas bien pendant une journée, malgré le ton rassurant de la secrétaire. (...) les résultats n'étaient pas... Je sais plus exactement, mais que c'était pas bon, qu'il fallait que je revoie le médecin. »</i>
P11	<i>« Ah bah là tout de suite... J'ai dit « il doit se passer quelque chose... Fin... c'est pas normal, quoi. C'est... ». »</i>

C'était également l'opportunité d'obtenir des informations.

P5	<i>« Et le médecin m'a rassurée, m'a expliquée que c'était courant. Que... Il m'a expliqué l'examen, comment ça allait se passer, euh... il m'a expliqué les différents items (...) Que... le frottis c'était pour vérifier la présence de certaines cellules, et que j'avais des... cellules trop abondantes. Euh... M'a expliqué aussi les cellules les plus cancéreuses, cancérogènes, je sais plus... je sais pas comment on dit (rires). Et donc, que celles là, elles n'étaient pas présentes, donc m'a rassuré sur ce propos, sur ce ... sur ce fait là. Et ensuite, que je vais faire un examen complémentaire pour vérifier... »</i>
P11	<i>« Bah y'a expliqué qu'il fallait faire une colposcopie pour.... Fin, voir ce qu'il se passait à l'intérieur, et brûler au laser, et alors après, soit ablation du col, soit ablation du col et de l'utérus. Fin, il expliquait un peu, tout ce qui pouvait se passer. »</i>

4. Souhaits des patientes concernant l'annonce

Les participantes souhaitent en général un contact humain pour recevoir l'annonce d'un mauvais résultat médical et ainsi obtenir des informations directement avec le médecin. Dans ce sens, elles préféreraient recevoir un appel téléphonique.

P4	<i>« Un coup de fil ça serait... ça serait mieux. Oui, plus rassurant, peut-être. Parce qu'on a... On a une personne en face, ou au bout du fil »</i>
P5	<i>« Peut-être plutôt, le... un médecin qui annonce lui-même les résultats, est-ce qu'il aurait eu un discours rassurant tout de suite au téléphone ? Que la secrétaire, forcément, elle pouvait pas... expliquer. »</i>
P6	<i>« Oui, voilà, un coup de fil : « Euh écoutez voilà, on a découvert quelque chose, faudrait que vous veniez, qu'on en discute... ». Quelque chose de plus... de plus humains, quoi. »</i>
P10	<i>« je préfère l'avoir par téléphone, que par courrier, oui. »</i>

Ou bien être reçue en consultation.

P7	<i>« Comme ça il m'expliquera bien les détails... »</i>
P8	<i>« Peut-être qu'avoir un centre où on pourrait aller consulter pour les choses comme ça, où on nous expliquerait le résultat, ça serait bien. »</i>

Ayant été contactée par téléphone, P9 aurait souhaité recevoir son résultat par courrier afin de pouvoir mieux contrôler ses recherches d'information.

P9	« Bah moi ça m'aurait pas gêné à recevoir le résultat quand même. Oui... Parce que j'aurais voulu avoir le résultat en fait. Après c'est peut-être ma notion (métier), mais j'aurais voulu avoir mon résultat, comme ça, bah peut-être que je l'aurais lu, je l'aurais interprété. Euh, que je serai allé voir mes collègues en fait. Parce que on a vraiment une bonne équipe avec qui je communique bien avec les chirurgiens. Et puis, j'aurais montré mon résultat, ils m'auraient dit... »
----	---

B. Connaissances des participantes vis à vis du FCU

1. Des connaissances approximatives

Les participantes reconnaissent leur manque de connaissance concernant le dépistage par le FCU.

P1	« je pense que j'ai pas trop de notion plus explicite »
P2	« Bah pas grand chose, en fait »
P4	« A part ça, je sais pas grand chose. »
P5	« mais j'ai des connaissances très très superficielles, en fait. »
P12	« je m'en souviens même plus. J'ai une petite cervelle de poisson (rire) »

Deux participantes évoquaient le fait de devoir être confrontées à un problème pour s'y intéresser.

P9	<i>« jusqu'à maintenant, je m'intéressais pas forcément du côté chirurgical, à savoir les suites, qu'est-ce que ça pouvait avoir... »</i>
P10	<i>« Après... Tout ça, j... je connaissais pas. Je m'y intéressais pas en fait. Et maintenant, oui, le papillomavirus j'en avais déjà entendu parler mais pas plus que ça en fait. Donc forcément, je me suis intéressée à la chose. »</i>

Deux autres avaient une notion de régularité dans la réalisation de l'examen.

P3	<i>« Je sais juste qu'il faut le faire tous les 2 ans »</i>
P4	<i>« Je sais que ça doit se faire tous les 2-3 ans à peu près »</i>

Pour les participantes, l'objectif du FCU était de rechercher toutes sortes de maladies ou d'anomalies

P4	<i>« bah tout ce qui est anormal dans le corps, sans forcément être sexuellement transmissible »</i>
P5	<i>« pour vérifier que tout va bien »</i>
P6	<i>« contrôler qu'il n'y ait pas d'anomalie. (...) Pour moi ça englobe toutes les maladies possibles et imaginables, au niveau appareil génital.</i>
P8	<i>« je sais que c'est un diagnostic en fait, précoce pour détecter si y'a toute anomalie en fait. C'est pas quelque chose qui dit si on a ça ou ça en fait, c'est juste un examen qui prévient si y'a une anomalie quelconque , fin pour moi »</i>

Certaines précisait la notion de dépistage du cancer, sans toutefois préciser de quel organe.

P1	« tout ce qui est lésion précancéreuses »
P5	« Que... le frottis c'était pour vérifier la présence de certaines cellules, et que j'avais des... cellules trop abondantes. Euh... M'a expliqué aussi les cellules les plus... les plus cancer... les plus cancéreuses, cancérigènes, je sais plus... je sais pas comment on dit (...) ou de maladie plus graves comme cancer ou autre. »
P6	« contrôler éventuellement des cellules qui seraient anormales »
P12	« Je sais pas, le truc papillomavirus, que ça peut être un... ça peut être un cancer, ou je sais pas quoi »

Plusieurs participantes pensaient que le FCU permettait de dépister tous types de maladies sexuellement transmissibles.

P4	« <i>pour les dépistages, de maladies sexuellement transmissibles</i> »
P5	« <i>Vérifier si y'a pas de maladie transmissible</i> »
P6	« <i>pour contrôler les maladies sexuellement transmissibles</i> »

2. Après information médicale ou recherches personnelles

Le rôle du papillomavirus était découvert soit lors de recherches personnelles, soit après information délivrée par un médecin au décours de l'annonce du résultat du FCU, voire le jour de la colposcopie.

P2	<i>« C'était marqué de bas grade et du coup j'ai recherché et c'était associé avec le papillomavirus. »</i>
P4	<i>« (...) que y'avait une anomalie, genre c'était un papillomavirus »</i>
P12	<i>« il m'a expliqué que c'était le HPV, le papillomavirus »</i>

Deux participantes évoquaient le rôle probable d'une baisse des défenses immunitaires dans le développement de l'infection par HPV.

P9	<i>« qu'il se développait sur une baisse de l'immunité par exemple. »</i>
P10	<i>« Peut-être aussi suite à ma grossesse, où j'ai eu peut-être un affaiblissement de mon immunité euh... Ce genre de chose, qui fait que ça s'est déclenché aujourd'hui, quoi. »</i>

Quelques unes avaient compris que l'infection par le HPV était ancienne.

P5	<i>« j'imagine que j'ai dû attraper quelque chose mais y'a bien 10-15 ans... Donc, je pense que c'est les séquelles »</i>
P6	<i>« Qui m'a expliqué les grandes lignes. Euh, fin que... Oui, j'avais contracté ça, certainement il y a plusieurs années. »</i>
P10	<i>« Je l'ai peut-être depuis des années mais ça se réveille qu'aujourd'hui. »</i>

D'autres avaient été informées de la longue durée d'évolution de cette infection, avant d'arriver au stade de cancer.

P6	<i>« C'était pas encore un cancer, et que... Y'avait... Fin, si c'en était un, en tout cas ça mettait beaucoup de temps à se déclarer. »</i>
P12	<i>« Y'en a qui disaient que fallait vraiment faire attention parce qu'il y avait quand même un risque de faire un cancer plus tard. »</i>

Plusieurs participantes avaient conscience du caractère sexuellement transmissible du papillomavirus.

P2	<i>« J'ai pas parlé de papillomavirus parce que après je voyais que c'était des trucs sexuels (...) ça viendrait de rapports sexuels »</i>
P6	<i>« Donc on avait fait tous les deux des examens concernant toutes les MST. Sauf le papillomavirus, donc qu'on n'a pas pu déceler »</i>
P9	<i>« Bah les rapports sexuels, que ça soit... que j'ai. Fin que on l'attrape entre guillemets... Euh, ce que j'ai bien compris. Qu'on pouvait l'attraper »</i>

Une seule participante évoquait précisément la notion de partenaires multiples comme étant un facteur de risque de contracter une infection par HPV.

P10	<i>« Alors après ça peut être aussi la multi... Fin, entre guillemets la multiplication de... des partenaires. »</i>
-----	--

Certaines femmes pensaient que les hommes étaient des porteurs sains de l'HPV.

P4	<i>« Parce qu'il m'a dit que c'était en général euh... euh... les conjoints hommes qui le... euh... qui étaient dépositaires du virus, et qui le transmettaient à la femme. »</i>
P6	<i>« Bon, il nous a quand même rassuré, en nous disant « ça changera rien, les hommes sont porteurs sains. Eux ça leur fait rien du tout. » »</i>
P9	<i>« que les hommes ils sont porteurs sains entre guillemets. »</i>

Elles pensaient aussi que le préservatif constituait une protection efficace contre le papillomavirus.

P4	<i>« Et, je m'en veux à moi aussi, de pas m'être assez protégée. Je me suis protégée au début. Au début de la relation, et après, je me suis plus protégée. (...) Il suffit de se préserver, avec le préservatif »</i>
P9	<i>« j'ai pas mal eu de rapports quand j'étais plus jeune (...) je me suis pas toujours protégée, (...) Jamais pensé que... bah qu'on se protège pas que contre les IST, contre... mais aussi contre papillomavirus. (...) C'est quelque chose qu'on pourrait s'éviter aussi. »</i>
P11	<i>« déjà les rapports sexuels avec préservatifs »</i>

Seule P8 évoquait l'absence de protection efficace contre le papillomavirus

P8	<i>« Et en plus j'ai lu qu'on pouvait pas vraiment se protéger du papillomavirus... (...) Et puis on a beau se protéger, on peut quand même l'attraper... »</i>
----	---

La plupart des participantes avaient conscience de la fréquence de l'infection par le papillomavirus et des lésions de bas grade.

P5	<i>« Juste au dernier examen, que 80% des dames avaient ça. »</i>
P6	<i>« Vous m'arrêtez si je dis des bêtises : 80% des femmes l'ont, et puis passent au travers. »</i>
P10	<i>« Que y'avait 80... entre 80 et 90% des femmes qui l'avaient, en fait... La majorité des cas, c'est du bas grade. »</i>
P12	<i>« c'était une ist qui était quand même euh... Courante chez les jeunes, on va dire »</i>

Plusieurs d'entre elles parlaient de l'évolution naturelle de l'infection en différents stades de gravité croissante.

P8	<i>« ça peut être 3 sortes de truc, donc c'est pour ça qu'ils vont faire des analyses pour savoir c'est quoi sur les 3 trucs. »</i>
P10	<i>« La majorité des cas, c'est du bas grade. Mais il peut y avoir du haut grade qui peut après entrainer le cancer du col de l'utérus. »</i>
P12	<i>« Qu'il y avait plusieurs grades »</i>

Concernant les lésions de bas grade, on retrouvait la notion de guérison spontanée dans le discours des participantes.

P2	<i>« d'après les résultats, j'suis en bas grade. Donc ça risque de partir tout seul »</i>
P4	<i>« on m'a dit qu'il s'éliminait comme ça, mais pas tout de suite »</i>
P10	<i>« ça peut s'en aller naturellement. »</i>

On retrouvait également la notion de bénignité des lésions de bas grade...

P2	<i>« Et que si ça part tout seul, c'est que c'est pas... Voilà, que c'était pas...important. Fin, pas si grave. »</i>
P4	<i>« Mais bon, bas grade, et... et, en fait, ils disaient que... ça évoluait euh...ça n'évoluait quasiment pas vers un cancer. »</i>
P10	<i>« y'a pas lieu de s'inquiéter même sur le bas grade. »</i>

... En opposition avec le risque cancérogène des lésions de haut grade.

P4	« Après j'ai fait la différenciation avec cellules de haut grade, parce que c'était marqué ça. Donc là, par contre, quand c'est haut grade, ils disent que c'est cancéreux. »
P10	« Mais il peut y avoir du haut grade qui peut après entrainer le cancer du col de l'utérus. »

Certaines participantes avaient été informées d'éventuelles options thérapeutiques telles que le laser ou une exérèse sans toutefois en connaître les modalités précises.

P4	« Donc soit du laser, (...) Soit une exérèse du col (...) il m'a expliqué qu'on découpait autour, euh... Fin, le col... Une partie du col euh... En cône, je crois. Et j'ai vu sur internet, qu'ils appelaient ça la « conisation ». »
P10	« Bah en fait, le truc c'est que ... Quand on a une lésion de haut grade, on a des ... On vous coupe une partie de ... de l'utérus. Ce qui fait que du coup, bah, ça vient limiter aussi les chances de pouvoir... Fin de faire des grossesses extra utérines, de faire des fausses couches, de... d'avoir du mal aussi à tomber enceinte. »
P11	« brûler au laser (...) soit ablation du col, soit ablation du col et de l'utérus »
P12	« elle dit ça peut suivre pas traitement, ou après on peut le... au laser. »

Deux participantes évoquaient le rôle du tabac dans le développement de lésions cervicales.

P3	<i>« il m'a dit que j'avais un truc euh, par rapport à la cigarette (...) ils m'ont dit que c'était à cause de la cigarette (...) je sais on peut avoir le cancer mais j'aurais pas pensé au cancer du col, quoi, avec la cigarette »</i>
P10	<i>« Après je sais, que le tabac n'est pas bon non plus, quand on a le HPV. »</i>

Concernant la vaccination contre le papillomavirus, les avis des participantes étaient partagés. Certaines déclaraient avoir confiance en l'efficacité de ce vaccin.

P5	<i>« Euh, pour moi c'était le cancer de l'utérus. Je me suis juste dit, euh... Ouf, j'ai fait vacciner ma fille »</i>
P6	<i>« Euh... Parce que certainement que ma mère n'était pas au courant... Fin bon, je me dis que j'aurais pu y passer au travers... »</i>

D'autres exprimaient des doutes vis-à-vis de la sécurité vaccinale.

P8	<i>« Parce qu'on sait maintenant que ce vaccin n'est pas complètement inoffensif, il peut y avoir des complications avec... »</i>
P9	<i>« Parce que ils ont fait beaucoup de campagnes par rapport au vaccin. Des campagnes comme des contre campagnes hein... Par exemple, bah comme je vous disais, avant je pensais pas trop à faire vacciner mes enfants, euh parce qu'on disait que c'était commercial, que y'avait eu des marchés et que pour ça on avait fait un vaccin et qu'on soit-disant on doit vacciner, mais en fait... »</i>

Deux participantes s'interrogeaient sur l'indication de la vaccination en population masculine.

P8	<i>« Euh.. Et puis je vois pas pourquoi les hommes se font pas vacciner si ils portent le virus eux aussi... »</i>
P9	<i>« y'a 2-3 jours, y'a eu... Un reportage sur France 2 qui disait que justement ils vaccinaient juste les hommes homosexuels. Alors que lui il aurait été bien candidat si ça aurait été possible. Bah maintenant c'est trop tard, mais il aurait été candidat alors qu'il est hétéro quoi... »</i>

3. Sources d'information

a) Internet

Les participantes avaient majoritairement recours à internet dans leur quête d'information, du fait de son accessibilité.

P4	<i>« Et puis sur internet, j'avais les documents. Je pouvais les relire 6-8 fois »</i>
P6	<i>« Quand on cherche des réponses, euh voilà, on va au plus rapide. Et qu'est ce qui est plus rapide quand on est chez soi et quand on n'est pas dans un hôpital (rires) ? C'est internet, voilà. »</i>
P10	<i>« Bah forcément, on regarde un peu sur internet »</i>
P11	<i>« J'ai lu beaucoup de choses, sur internet... »</i>

Paradoxalement, elles déclaraient souvent ne pas faire confiance aux informations qu'elles pouvaient y trouver.

P5	<i>« j'ai dû aller chercher quand même un peu sur... sur un forum. Mais je suis très méfiante »</i>
P6	<i>« Et puis y'a du grand n'importe quoi. »</i>
P8	<i>« faut aussi se méfier d'internet parce que y'a un peu de tout et de n'importe quoi. »</i>

De même, elles étaient unanimes à dire que cet outil était potentiellement anxiogène...

P1	<i>« on va voir plein de chose, euh...qui vont... qui auraient sans doute euh...qui m'auraient sans doute beaucoup plus fait paniquer »</i>
P6	<i>« En plus, on va sur internet forcément. On regarde ce que c'est. Et c'est encore pire (...) Pff... Plus jamais (rires) »</i>
P8	<i>« Donc du coup, c'était encore plus de stress qu'il n'en fallait en fait. »</i>
P11	<i>« Euh bah je crois que c'est encore plus anxiogène. (...) J'aurais pas dû »</i>

... En partie parce qu'elles n'arrivaient pas toujours à cibler leur propre cas.

P4	<i>« je savais pas trop où chercher »</i>
P6	<i>« cancer, cancer, cancer. Ça c'est le mot qui revenait tout le temps, tout le temps, tout le temps. Or, non, ce n'est pas un cancer que j'ai là, non. »</i>
P8	<i>« Donc j'ai rien su d'autre vraiment. C'était assez flou. C'était pas assez ciblé. Pas assez concis, je dirais par rapport à tel type de résultat. »</i>
P10	<i>« Donc là on a tous les scénarios, quoi ! Euh... Mais après chaque cas est différent... (...) ils expliquent en général. Ils disent toutes les possibilités, toutes les causes possibles, toutes les conséquences possibles. Mais, fin voilà, il peut y avoir une cause et une conséquence... Fin il peut y avoir plein de choses qui peut arriver d'une personne à l'autre. C'est ça qui est compliqué en fait, euh... »</i>

P4 était la seule participante à se déclarer rassurée grâce à ses recherches sur internet car elle à avait réussi à identifier des informations qui étaient adaptées à son propre cas.

P4	<i>« Et j'avais dans mon... dans mon courrier, dans mon compte rendu, ils expliquaient un... un terme euh... Un terme médical spécifique, que j'ai retrouvé dans l'intitulé. Et là, j'ai cliqué dessus, je me suis dit « Bah là, ça va être pile pour moi. (...) et là j'étais rassurée (...) c'était écrit noir sur blanc »</i>
----	--

L'un des objectifs de ces recherches était aussi de décrypter les termes médicaux...

P6	<i>« on cherchait à comprendre qu'est ce que c'est ce HPV 16 ? Qu'est ce que c'est ce HPV 18 ? Euh, qu'est ce que c'est une cellule oncogène ? »</i>
P7	<i>« Je vais sur internet, mais j'ai pas compris. (...) Les termes médicaux. »</i>

... mais aussi de chercher des partages d'expériences.

P5	<i>« j'ai dû aller chercher quand même un peu sur... sur un forum. »</i>
P6	<i>« alors doctissimo : Là y'a tout et n'importe quoi, y' des gens ... qui sont très bien hein... Qui donnent des... des termes qu'on a entendu, mais de façon erronée. Y'a des témoignages qui... Fin, qui font peur quoi... »</i>
P11	<i>« Du coup... on lit toutes les expériences de tout le monde, et voilà »</i>

b) Médecin traitant

Le médecin traitant était parfois sollicité par les patientes.

P4	<i>« Entre deux, j'ai vu mon médecin traitant, donc je lui en ai parlé »</i>
P8	<i>« bah le médecin traitant »</i>
P10	<i>« Forcément, je suis allé voir après mon médecin traitant parce que y'a plein de questions qui... Qui me sont venues »</i>

Cependant, il pouvait être perçu comme étant moins compétent que le gynécologue sur ce sujet.

P4	<i>« parce que le médecin traitant pouvait pas savoir si c'est grave ou pas, donc euh... Bon, y fallait attendre l'examen. »</i>
P6	<i>« Euh... Le médecin un peu moins que la gynécologue, forcément. »</i>

Le fait de connaître son médecin semblait faciliter le dialogue.

P6	<i>« C'était un remplaçant, donc c'était un peu particulier de parler de questions plus intimes. (...) Fin, voilà, c'était un peu compliqué d'amorcer le sujet avec un médecin qu'on n'a jamais vu, et qu'on sait qu'on ne verra peut-être plus jamais, donc euh... »</i>
P9	<i>« J'ai aucun contact avec mon médecin traitant. »</i>

Par ailleurs, plusieurs patientes émettaient des réserves par rapport au fait de lui parler du résultat de leur FCU pour différentes raisons : par honte, pudeur ou par peur de déranger

P4	<i>« Et puis sur internet, j'avais les documents. Je pouvais les relire 6-8 fois euh...sans... Alors que mon médecin traitant, on va reposer 6 fois les mêmes questions. »</i>
P7	<i>« Je sais pas, j'avais honte peut-être... Je sais pas... »</i>
P12	<i>« J'ose pas trop poser de question... »</i>

c) Tierce personne

Certaines participantes cherchaient des informations auprès de leurs proches, soit parce que ces derniers avaient vécu la même situation, soit parce qu'ils appartenaient au corps médical.

P4	<i>« j'en ai fait part aussi, à un cousin qui est médecin »</i>
P9	<i>« Et puis, progressivement, mes collègues qui m'ont dit que c'était quelque chose d'assez courant, d'avoir un résultat positif comme ça »</i>
P10	<i>« plus après en discutant avec ma sœur, forcément, elle m'a aussi un peu rassurée sur les choses. Elle m'a dit « c'est pas comme moi, où moi c'était en haut grade. Toi c'est en bas grade ». Et elle, vu qu'elle a déjà eu deux interventions, elle connaît très bien le truc. Donc du coup elle a pu me rassurer par rapport à ça. »</i>

C. Réactions des participantes

1. Émotions au moment de l'annonce

a) Émotions négatives

La plupart du temps, les participantes décrivaient ressentir de la peur et de l'angoisse lors de l'annonce du résultat.

P1	<i>« ça fait vraiment très peur »</i>
P2	<i>« Un peu de stress et de peur »</i>
P10	<i>« Bah c'est un peu la panique en fait. C'est un peu panique à bord »</i>

Plusieurs d'entre elles allaient jusqu'à décrire un véritable choc émotionnel.

P4	<i>« J'avais l'impression que le ciel me tombait sur la tête »</i>
P5	<i>« Hum... (montée de larmes, voix nouée) C'est encore douloureux (rires) (...) J'ai emmagasiné le choc, quand même. Parce que c'était quand même un choc. »</i>
P6	<i>« Fin ouais, on a l'impression sur un laps de temps, tout s'arrête. »</i>
P10	<i>« Vous savez, quand j'... Quand j'ai eu l'annonce du truc, je pense que j'ai dû écouter la moitié en fait ! »</i>

Elles rapportaient souvent « avoir anticipé le pire », ce qui signifiait couramment qu'elles avaient pensé être atteintes de cancer.

P1	<i>« Parce que tout de suite, pour moi, peut-être que j'ai des lésions cancéreuses ; peut-être que ça va être très grave »</i>
P4	<i>« Tout de suite, je me suis vue dans un stade avancé de cancer, en fait. (...) j'ai vu le pire tout de suite, quoi... »</i>
P6	<i>« forcément, quand on voit le mot « oncogène », Euh... On a des images hein, de chimiothérapie, radiothérapie »</i>
P8	<i>« j'ai un peu stressé parce que y'avait quand même des termes, par exemple risque accru oncogène. Je pensais que ça allait être grave. »</i>

L'incrédulité était un sentiment partagé par plusieurs participantes.

P2	<i>« ça pourrait m'arriver à moi (...) j'me dis toujours que c'est bizarre que j'ai pu attraper ça quand même »</i>
P4	<i>« Je comprenais pas trop (...) j'me voyais vraiment euh... pff... Tomber de haut (...) heureusement j'étais assise, parce que j'ai dû relire 6 fois le document »</i>
P6	<i>« Après, je me suis dit « c'est pas possible ils se sont trompés. C'est pas possible. »</i>
P8	<i>« Pour moi ça a été le vide. »</i>

P4 tenait son ancien compagnon pour responsable, car elle disait avoir ressenti de la colère envers lui, ainsi qu'avoir eu le sentiment d'avoir été trahie.

P4	« <i>Et vraiment...la colère, quand même. La colère, mais surtout un... la trahison (...)</i> »
P6	« <i>Et ensuite, en réfléchissant, mon ex-conjoint. Euh... Qui ne se remet pas en question donc...</i> »

b) Émotions neutres

D'autres participantes ne semblaient pas avoir souffert de l'annonce du résultat de leur frottis, et par conséquent de n'avoir subi aucun stress.

P3	« <i>j'ai pas été stressée tant que ça hein (...) je me suis posé aucune question. (...) je vous dit, j' étais zen</i> »
P9	« <i>je m'inquiète pas pour moi</i> »
P12	« <i>Bah trop rien, quoi (...) Moi ça me fait rien</i> »

P3 justifiait sa réaction de plusieurs façons, il lui semblait inutile de s'inquiéter tant que le diagnostic n'était pas confirmé.

P3	« <i>Comme j'vous dit, j'attends les résultats, après on verra hein...Après, si elle m'annonce que j'ai un cancer, peut-être là je vais paniquer (rires) ça va être autre chose (...) C'est comme si c'est dans un coin de ma tête et... Et j'ignore... c'est un sujet qui m'intéresse pas, entre guillemets, qui m'intéresse pas, donc j'le met de côté</i> »
----	--

Son enfant représentait une préoccupation prioritaire par rapport à sa propre santé. Il en était de même concernant P9.

P3	<i>« p't'être parce que j'vis au jour le jour, et j'ai pas envie de me tracasser avec ça... Peut-être parce que j'me dis j'ai ma fille et j'avance aussi avec elle... Et je me...Parce que bah quand on a un enfant, ça pose beaucoup de questions, donc euh... voilà. Peut être ça aussi, qui fait que j'avance et j'ai pas envie de me prendre la tête... »</i>
P9	<i>« Et moi, je lui ai répondu « bah de toute façon je m'inquiète pas, parce que j'ai mon fils qui a 6 mois... » fin je sais plus quel âge il avait, c'était fin Novembre... « Et qui est hospitalisé et qui est pas bien. Donc je m'inquiète pas pour moi, je m'inquiète pour lui. » »</i>

P12 expliquait sa réaction par son manque de connaissances sur le sujet.

P12	<i>« Parce que je me rends pas compte, quoi... »</i>
-----	--

2. Période entre l'annonce et la consultation de colposcopie

Le délai en l'annonce et la consultation de colposcopie semblait être un facteur angoissant pour une majorité de participantes.

P3	<i>« Mais le rendez-vous était pour Mai, donc moi je l'ai avancé. Parce que comme je dis c'est loin »</i>
P4	<i>« C'était quand même 4 mois et demi après (...) donc j'ai eu le temps de... de stresser un peu »</i>
P11	<i>« Mais c'est long. Entre les résultats et le rendez-vous là, c'est trop long. »</i>

Pourtant, la plupart des patientes semblaient s'apaiser avec le temps.

P4	<i>« bah le temps a fait son œuvre, je veux dire »</i>
P5	<i>« Et puis, après, comme le résultat c'était très loin, bah la vie a repris, et j'ai un peu oublié... Ouais, j'ai un peu oublié. J'y ai plus pensé, on va dire. (...) Ça a été mis en veille. Après, c'est tombé juste au moment des fêtes de Noël, des vacances et tout ça. Donc c'est vrai que j'y ai plus pensé. »</i>
P6	<i>« ça s'est atténué (...) la vie a repris. C'est tout. »</i>
P7	<i>« ça s'est un peu apaisé. »</i>

Quelques-unes expliquaient avoir été rassurées par les informations délivrées par leur médecin.

P5	<i>« Mais voilà, comme j'avais été rassurée, c'était plus... Voilà. Ça allait mieux. »</i>
P6	<i>« Maintenant, avec un minima de recul et des explications médicales par des professionnels (...) On va pas se gâcher la vie pour ça... C'est... (rire) C'est pas la fin. »</i>

De manière générale, les participantes relativisaient cette expérience.

P2	<i>« si ça part tout seul, c'est que c'est pas... Voilà, que c'était pas...important. Fin, pas si grave... »</i>
P4	<i>« Et après, je me suis dit « bon, si c'est pris à temps, peut-être que y'a des traitements possibles. On arrive pas comme ça, à un stade 4 ou 5, euh... à un stade avancé » (...) Je me suis dit « y'a toujours des plages, je pense, pour des... des rendez-vous d'urgence, donc on n'aurait pas attendu 4 mois et demi pour me fixer un rendez-vous». Donc là, ça m'a un p'tit peu... Enfin, je me suis rassurée comme ça, quoi. En me disant que si c'était plus urgent que ça, c'était plus... plus alarmant, j'aurais eu un rendez-vous peut-être dans les 2 semaines, ou le mois qui suit. »</i>
P9	<i>« sachant que moi j'avais aucun résultat et que ça servait à rien d'anticiper les choses.»</i>

Se soumettre à la fatalité leur permettait de s'apaiser.

P2	<i>« De toute façon, j'avais pas le choix. »</i>
P3	<i>« on m'annonce que j'ai le cancer, bah tant pis hein...J'suis jeune (rires) mais bon... »</i>
P5	<i>« bah voilà, je me dis que c'est un peu le destin, ce genre de maladie »</i>
P6	<i>« Je ne savais pas et que de toute façon, ça n'avancerait à rien de savoir. Et que c'était comme ça et voilà »</i>

Certaines participantes étaient dans un état d'esprit combatif.

P2	<i>« Peu importe ce qu'on dit, bah y faudra faire ça en fait quoi. »</i>
P6	<i>« Après c'est pas de la résignation, mais on se dit « Bon, bah on va se soigner. Bah maintenant, c'est là donc ça sert à rien de s'apitoyer sur son sort, donc on va y aller. On y va. » »</i>

P6 gardait tout de même un sentiment d'injustice.

P6	<i>« Et puis, moi, pourquoi ça reste, pourquoi ça évolue ? Fin, je comprends pas. J'ai une vie plutôt saine. Je comprends pas. »</i>
----	--

De nombreuses participantes étaient impatientes d'être reçues en colposcopie. Ce délai d'attente pouvait même être anxiogène.

P3	<i>« Mais le rendez-vous était pour Mai, donc moi je l'ai avancé. Parce que comme je dis c'est loin »</i>
P4	<i>« C'était quand même 4 mois et demi après (...) donc j'ai eu le temps de... de stresser un peu »</i>
P11	<i>« Mais c'est long. Entre les résultats et le rendez-vous là, c'est trop long. »</i>

P7 se décrivait irritable durant cette période.

P7	<i>« Je l'engueule... (rire) (...) Tout le temps (rires) Et j'étais à bout de nerf »</i>
----	--

P6 décrivait un état « d'hyper vigilance anxieuse » vis-à-vis de son propre corps.

P6	<i>« Mais un petit peu plus à l'écoute maintenant de... sans devenir paranoïaque (...) Voilà. Faut pas tomber non plus dans l'excès, mais je faisais pas non plus attention à tout ça et maintenant un peu plus, forcément. (...) j'avais mal au ventre. J'ai fais la relation avec l'annonce (...) peut-être on s'invente des symptômes qui n'en sont pas... »</i>
----	---

D. Préoccupations des participantes

1. Diagnostic

Les participantes s'interrogeaient de façon unanime sur la nature des lésions qui leur avaient été diagnostiquées.

P4	<i>« Si ça pouvait être grave, si c'était cancéreux ou pas (...) les questions, elles tournaient essentiellement autour de ces cellules anormales (...) y'était écrit « a priori bénigne ». Donc j'me suis dit « Oui, c'est bénin, mais y'est marqué « a priori », donc euh... On peut encore (rires)... On peut tout supposer, quoi. » »</i>
P5	<i>« Je voulais vraiment avoir des explications sur euh... Sur, voilà, ces cellules, le résultat »</i>
P9	<i>« Si y'avait des douleurs, si c'était malin entre guillemets, ou bénin, si y'avait une différence en fait dans les symptômes. »</i>

Elles cherchaient fréquemment à rationaliser ce résultat, principalement vis à vis de leur comportement sexuel.

P2	« j'me disais en plus j'ai pas vraiment de rapports depuis quelques années (...) surtout que... Fin j'ai pas plein de partenaires, et donc euh... J'ai pas une vie active sexuelle euh... grandiose, donc euh... c'est plus ça qui m'a dit... ben, mince alors, quoi »
P6	« Qu'est-ce qui nous arrive ? Qu'est-ce qu'on a fait de mal ? Pourquoi ? Et comment ? (...) Je suis pas une femme qui a eu 10.000 amants, j'ai été en couple pendant 17 ans, j'avais juste eu un flirt avant. C'est pas possible. »
P8	« J'ai vu ça, j'ai fait...J'ai fait quelque chose peut être... J'ai peut-être mal fait quelque chose, j'ai peut-être pris des risques, il fallait peut-être pas... je sais pas »
P10	« En fait, le truc c'est que je me dis comment ? ... Comment ça... Fin, comment ça... Ouais, comment ça peut arriver en fait ? A part les défenses immunitaires qui peuvent être... au plus bas. Après je sais, que le tabac n'est pas bon non plus, quand on a le HPV. Mais à part ç... Comment ça peut venir ? La multiplication, ouais, des rapports, avec d'autres partenaires, mais à part ça ? ça peut venir de où en fait ? »

Mais également vis-à-vis de comportements non sexuels, comme un laxisme dans leur suivi gynécologique, ou leur mode de vie.

P2	<i>« ... parce que à certains moments j'avais pas fait de contrôle justement, que j'avais laissé aller ma santé. »</i>
P3	<i>« est-ce que c'est le fait d'avoir arrêté la cigarette que... par rapport à ça ? »</i>
P6	<i>« Qu'est-ce qui nous arrive ? Qu'est-ce qu'on a fait de mal ? Pourquoi ? Et comment ? (...) J'ai une vie plutôt saine. Je comprends pas. »</i>

2. Prise en charge

Les participantes s'inquiétaient sur le déroulement de la prise en charge.

P1	<i>« Comment ça va se passer ? Est-ce qu'il y aura un suivi ? »</i>
P4	<i>« Sur le déroulement de la colposcopie, en quoi ça consistait. Et après, les suites données à ça : si y'avait telle ou telle chose, les examens pratiqués, en fait, les traitements... »</i>
P5	<i>« comment ça allait se passer. J'ai posé beaucoup de questions aussi sur l'examen en lui même, ce que c'était. Euh... Où je pouvais faire cet examen ? »</i>

Certaines redoutaient que les examens complémentaires soient douloureux.

P1	<i>« savoir si j'allais avoir mal ou des choses comme ça »</i>
P5	<i>« C'était comme un frottis mais un peu plus douloureux, un peu plus compliqué. Donc ça aussi, j'étais... J'ai eu peur que... d'avoir mal. Que... Voilà... Que. C'est déjà pas sympa d'avoir à faire un frottis mais je me suis dis, ça va encore être pire. Je vais avoir mal. »</i>
P9	<i>« Savoir euh... c'était ma question aussi, si c'était... douloureux, si ça pouvait provoquer des douleurs... »</i>

P6 souhaitait un traitement radical, de type hystérectomie totale.

P6	<i>« Ma solution, pour moi, dans ma tête c'était : on me retire tout, l'utérus, le col, le... comme ça je suis tranquille, j'ai plus rien. »</i>
----	--

3. Contagiosité

Plusieurs participantes s'inquiétaient d'avoir pu contaminer leur compagnon ou leurs enfants lors de l'accouchement.

P6	<i>« Donc forcément, on se pose des questions, est-ce que monsieur doit faire quelque chose ? (...) Est-ce que j'ai pu le transmettre à mes enfants en accouchant ? »</i>
P9	<i>« Parce que je me dis même que c'est peut-être moi qui contaminait en fait mon conjoint en fait... (...) Peut-être que par hasard il est tombé sur une qui avait ce papillomavirus mais que du coup, comme moi j'ai plus de rapports avec d'autres hommes, bah... Je me dis peut-être que c'est moi qui lui ai donné.... Et que si un jour on se sépare, bah lui il risquerait de donner à quelqu'un d'autre »</i>
P10	<i>« ce qui m'inquiétais, c'était plus pour l'homme (...) est-ce que lui, il peut être impacté par ça ? Et avoir des conséquences aussi par rapport à ça ? (...) Voilà, et mon fils aujourd'hui il est très bien, il a 2 ans, il est en pleine forme et il grandit très bien, donc euh... ça se peut que je l'avais à ce moment là. »</i>

De ce fait, plusieurs participantes s'étaient posé la question de se protéger par le port de préservatif.

P4	<i>« Il suffit de se préserver, avec le préservatif (...) ça serait systématique »</i>
P6	<i>« Est-ce qu'il y a des préconisations ? Est-ce qu'on doit arrêter et se protéger ? »</i>

4. Fertilité

L'atteinte de la fertilité était une préoccupation pour les participantes.

P1	<i>« j'ai même posé les questions par rapport aux grossesses futures »</i>
P7	<i>« Je vais pas avoir d'enfant. »</i>
P9	<i>« bah je me suis dit euh... est-ce que ça va aller pour mon deuxième enfant ? Parce qu'on aimerait bien avoir un deuxième enfant. Et oui, ça a été ma question, la seule question que j'ai posé. C'est que si ça avait un impact sur une future grossesse. Voilà. »</i>
P10	<i>« On a envie d'avoir un deuxième enfant, voilà. Et, forcément ça fait peur quoi. C'est plus la chose « est-ce que je vais pouvoir donner la vie une deuxième fois ? »</i>

5. Hérité

Une seule participante s'était questionnée sur le caractère héréditaire de ses lésions.

P10	<i>« Alors je me pose la question de savoir si c'était génétique, parce que ma sœur a eu exactement la même chose, mais elle en haut grade »</i>
-----	--

E. Impact sur la qualité de vie

1. Habitudes de vie

Malgré une période de stress initiale, les participantes affirmaient de manière unanime que rien n'avait changé dans leurs habitudes de vie. Même si ce stress existait toujours, il avait été mis en sourdine jusqu'à la consultation de colposcopie.

P3	<i>« C'est comme si c'est dans un coin de ma tête et... Et j'ignore... c'est un sujet qui m'intéresse pas, entre guillemets, qui m'intéresse pas, donc j'le met de côté et... quand après bah voilà, j'ai des rendez-vous, bah je sais qui reviens à charge mais j'me pose pas tant de questions que ça... (...) j'vis au jour le jour, et j'ai pas envie de me tracasser avec ça... »</i>
P5	<i>« J'ai vécu normalement, comme d'habitude. »</i>
P6	<i>« au début, c'est un peu à vif, forcément. On est très angoissés, beaucoup de pleurs, beaucoup d'interrogations . (...) Et puis, on continue à vivre. J'ai 2 enfants, qui sont pas.. Fin, qui sont jeunes quand même encore. Donc je peux pas... Je peux pas m'effondrer, c'est pas possible. (...) ça s'est atténué. (...) la vie a repris. C'est tout. »</i>

Certaines participantes, comme P4, gardaient un niveau de préoccupation plus constant.

P4	<i>« Parce qu'on a... ça peut psychoter dans la tête quand même... ça peut... tourner vite en boucle. Moi c'était le cas. »</i>
----	---

P3 affirmait que son état de santé ne motiverait pas un sevrage tabagique.

P3	<i>« même si on m'annonce que j'ai le cancer, j'vais pas arrêter la cigarette. (...) C'est la sensation quand elle me tape sur les nerfs, d'avoir ma cigarette et de fumer, ça calme. »</i>
----	---

2. Image du corps, estime de soi et féminité

Pour la plupart des participantes, cette expérience n'altérerait pas leur image du corps, en partie car le col de l'utérus est un organe qui ne se voit pas.

P1	<i>« c'est quelque chose qu'on ne voit pas »</i>
P6	<i>« Après c'est à l'intérieur hein, donc c'est plus... Je ... Fin voilà même... Vous m'auriez posé la question par rapport à ce que ma mère vit en ce moment, elle a un cancer du sein, donc euh... C'est complètement différent. Là, c'est l'image vraiment qu'on renvoi qui... Là, fin ça se voit pas , quoi. »</i>
P11	<i>« C'est ce que je disais, y'a des femmes, même si on leur enlève le col de l'utérus et tout ça, fin y sont.... Fin, j'veux dire anéantis. Moi c'est pas un truc qui me... ça me dérange pas. Fin... C'est comme ça. Je m'en fous »</i>

Cependant, plusieurs participantes se sentaient fragilisées dans leur estime de soi, avec des sentiments de honte, de culpabilité, la sensation d'avoir été salie.

P4 décrivait l'impression d'être parasitée.

P4	<i>« d'avoir un corps étranger en moi. Qui est néfaste (...) Et, tout de suite, j'avais l'impression d'avoir un... un virus, comme un cancer, en fait, hein. Qui grandissait. Comme une pieuvre. Moi j'appelle ça une pieuvre. Qui est à l'intérieur, et qui... qui m'envahit avec ses tentacules. »</i>
----	--

P4 et P6 disaient s'être senties souillées.

P4	<i>« l'impression d'être sale. D'être salie »</i>
P6	<i>« Je me suis sentie un peu sale... »</i>

Certaines ressentiaient de la honte.

P4	<i>« Là j'étais... j'étais pas fière de moi quoi »</i>
P8	<i>« Les autres, on n'a pas envie qu'ils le savent, parce que c'est intime et qu'on n'a pas envie d'être jugé quelque part... »</i>

D'autres participantes se sentaient responsables de ce qui leur arrivait.

P2	<i>« le fait que j'ai laissé aller, que j'ai pas été ... laissé aller les contrôles et tout ça... ça c'est peut-être j'me suis sentie coupable et tout ça. »</i>
P4	<i>« Et, je m'en veux à moi aussi, de pas m'être assez protégée. (...) on se sent coupable »</i>
P8	<i>« J'ai vu ça, j'ai fait...J'ai fait quelque chose peut être... J'ai peut-être mal fait quelque chose, j'ai peut-être pris des risques, il fallait peut-être pas... je sais pas. »</i>

P4 s'était sentie atteinte dans sa féminité, car elle liait étroitement sexualité et féminité.

P4	<i>« Mais c'est vrai que je me suis sentie atteinte dans ma féminité. (...) Les zones féminines du corps (...) ça a atteint ma féminité, parce que ça a atteint ma sexualité aussi »</i>
----	--

Elle se sentait également moins désirable.

P4	<i>« J'ai l'impression d'avoir comme une barrière devant. Comme... Avoir comme une vitre devant moi, en fait. D'être un peu, euh... D'être un peu inaccessible. Comment dire ? Moins attirante »</i>
----	--

3. Vie sexuelle

Les participantes célibataires déclaraient ne pas avoir de vie sexuelle active, et ne parlaient pas de pratiques sexuelles auto-érotiques.

P2	<i>« J'ai pas une vie active sexuelle euh... grandiose »</i>
P5	<i>« Comme j'ai pas de sexualité en ce moment, et depuis un petit peu de temps, ça me perturbe pas plus que ça, »</i>

P4 et P8 affirmaient se méfier des hommes.

P4	<i>« Bah maintenant, je sais que... je ferai plus confiance à personne (...) je sais pas si j'aurais encore confiance (...) je ne veux plus personne dans ma vie »</i>
P8	<i>« déjà je me méfierais. (...) Y'en a plein qui s'en fichent et qui se font pas dépister. Et puis parfois c'est difficile d'en parler avec son copain, et quand il y en a qui veulent pas le faire... Bah c'est compliqué, quoi... surtout quand ils ont vu plusieurs personnes, on peut pas avoir confiance (...) je suis plus distante avec les autres en fait (...) On sait pas en fait, l'histoire des autres, ce qu'ils ont vécu avant... »</i>

De même, la sexualité leur paraissait dangereuse.

P4	<i>« je lui en veux énormément quand même. Je lui en veux, à lui (...) De me l'avoir refilé. Et, je m'en veux à moi aussi, de pas m'être assez protégée. Je me suis protégée au début. Au début de la relation, et après, je me suis plus protégée. J'avais confiance, et puis... Bah maintenant, je sais que... je ferai plus confiance à personne, et que je me protégerai toujours, voilà. »</i>
P8	<i>« alors je pense que je serai pas prête avant un moment... surtout qu'on peut pas vraiment s'en protéger... »</i>

Parmi les participantes en couples, certaines avaient temporairement arrêté les rapports sexuels de leur propre initiative.

P6	<i>« On a... Pendant 1 semaine : rien. (...) Fin. Donc, on va arrêter, on va arrêter tout ça. On va attendre de voir. Euh... Fin voilà. Ouais, je vous dit, c'est vraiment la vie en suspens tant qu'on n'a pas de réponse. »</i>
P7	<i>« Après que j'ai reçu la lettre, 15 jours il m'a pas... Je lui ai dit « Non, non, non » »</i>

Quelques-unes évoquaient une baisse du désir sexuel.

P1	<i>« y'a eu un peu de questions, un peu de réticence à un moment donné »</i>
P6	<i>« Et puis fin, niveau libido (sifflement)... Forcement, plus du tout envie ! »</i>
P11	<i>« Oui, moins envie. (...) je crois que ça doit être dans la tête hein »</i>

De son côté, P11 avait arrêté les pratiques sexuelles orales et introduit le préservatif, sur les conseils de son médecin traitant.

P11	« <i>Déjà les rapports sexuels avec préservatifs, bah... Fin, c'était pas d'actualité (...) Parce qu'avec les préservatifs, c'est plus compliqué. (...) et il a dit plus de... plus de buccal, plus tout ça... Donc y'a plus eu tout ça non plus. »</i>
-----	---

Pour P11, les rapports sexuels étaient devenus plus maladroits, moins spontanés et moins agréables.

P11	« <i>Fin, tous les deux de toute façon, ça nous freine un peu... (...) on sait pas trop à quel moment il faut mettre le préservatif... si je suis prête, pas lui... ou au contraire... Fin voilà, c'est plus compliqué (...) Nan, mais en plus, comme j'ai des sécheresses vaginales, avec le préservatif, même si je met des lubrifiants, c'est quand même pas pareil. Ça fait mal, un peu. »</i>
-----	--

L'impression d'être contagieuse pouvait aussi constituer un frein à la sexualité.

P4	« <i>si je devais avoir quelqu'un dans ma vie, euh, oui, ça serait un frein. Ça serait... J'aurais l'impression de... de lui cacher quelque chose. Et, comme je disais tout à l'heure, de me sentir salie, et de salir l'autre. (...) Quelque part, on se sent... On se sent pas net net »</i>
P6	« <i>Parce que j'avais peur, parce que ... Même si c'était trop tard parce qu'on ne se protégeait plus... »</i>

Plusieurs participantes en couple disaient ne pas avoir remarqué de changement dans leur vie sexuelle.

P1	<i>« Fin c'est resté assez similaire, euh... Bon, on vit ensemble hein, donc euh, on a des rapports depuis plusieurs années maintenant, euh... Pas grand chose n'a changé depuis (...) toujours satisfaite de la même manière. »</i>
P3	<i>« C'est toujours pareil et je dis y'a rien qui change »</i>
P9	<i>« vraiment aucun changement. Ça reste... On pense même pas, c'est vous qui rapprochez les deux. Mais moi j'y pensais même pas en fait, euh... ça n'a pas du tout, rien changé... »</i>
P10	<i>« j'ai pas le sentiment en fait, que ça a changé quelque chose. »</i>

F. Interactions avec l'entourage

1. Celles qui restent isolées

Quelques participantes choisissaient de ne pas en parler dans leur entourage afin de ne pas les inquiéter par excès.

P2	« <i>j'ai pas voulu non plus les inquiéter pour rien (...) J'me dis heureusement que j'en avais pas parlé à plus, ou voilà... Parce qu'en fait moi, y se seraient inquiété. »</i>
P3	« <i>Après on m'annonce que oui, j'ai un cancer, là... c'est autre chose (rires). Là, oui, je vais lui en parler, je vais lui dire ouais mais je l'ai su y'avait pratiquement rien, donc j'attendais plus les résultats que... qu'autre chose »</i>

2. Celles qui partagent la nouvelle avec leurs proches

a) Le conjoint

Généralement, les compagnons des participantes tenaient des discours rassurants.

P1	<i>« lui tout de suite ça a été : « bon on va voir, y'a des examens, y'a des rendez-vous, on va voir ce que ça dit... Si en plus on t'a dit que c'était pas si grave, que ça, on verra ce que ça donne aussi »</i>
P7	<i>« faut voir le médecin... (...) Il me disait « faut croire en Dieu, et la médecine, elle est... Elle s'est développée ». »</i>
P11	<i>« « y faut voir. Faut attendre ». Comme pour aujourd'hui, c'est pas la peine de s'alarmer... (...) Il est pas alarmiste »</i>

Certains les accompagnaient le jour de la colposcopie.

P1	<i>« d'ailleurs il est venu avec moi aujourd'hui pour me rassurer aussi »</i>
P9	<i>« Donc on s'est mis quand même en repos tous les deux ensemble, pour venir aujourd'hui ensemble. »</i>

P6 confiait que son compagnon s'était senti coupable de ce qui lui arrivait.

P6	<i>« Oui, concernant mon compagnon, qui lui culpabilisait »</i>
----	---

Parfois, leurs compagnons semblaient peu investis dans ce moment de vie.

P10	« Alors après, mon mari, on n'en a pas vraiment parlé. Fin je lui ai expliqué euh... qu'il y avait pas lieu de s'inquiéter, ce genre de choses, mais c'est resté comme ça, quoi. »
P12	« Parce qu'il sait pas c'est quoi donc... (rire) Il sait pas ce que c'est une femme, ce gars là, donc... »

P6 avait contacté son ancien compagnon, espérant lui faire reconnaître sa part de responsabilité.

P6	« Et ensuite, en réfléchissant, mon ex-conjoint. Euh... Qui ne se remet pas en question donc... »
----	---

b) Les femmes de l'entourage proche

Les mères, les sœurs et les amies étaient des interlocutrices privilégiées. Elles partageaient les craintes des participantes et s'échangeaient parfois des retours d'expériences.

P4	<i>« Elles se sont dit « si moi j'étais à ta place, c'est sûr, je serais inquiète aussi ». »</i>
P6	<i>« Fin... Mais t'es, t'es...T'es pas... Fin, t'as pas beaucoup de relations » Fin, elle me connaît depuis très longtemps, donc euh. « C'est qui ? Qui est-ce qui t'a refilé ça? ». »</i>
P9	<i>« si j'en ai parlé à ma meilleure amie (prénom), et qui m'a justement donné l... l'expérience d'une amie à elle (prénom), qui par contre est passé en haut grade. Voilà... Qui a eu un frottis positif, bas grade et en haut grade après. »</i>
P10	<i>« plus après en discutant avec ma sœur, forcément, elle m'a aussi un peu rassurée sur les choses. Elle m'a dit « c'est pas comme moi, où moi c'était en haut grade. Toi c'est en bas grade ». Et elle, vu qu'elle a déjà eu deux interventions, elle connaît très bien le truc. Donc du coup elle a pu me rassurer par rapport à ça. »</i>

Elles tenaient également des discours rassurants.

P4	<i>« Elle m'a dit que c'était pas grave, que ça arrivait des frottis anormaux, que c'était pas... c'était pas forcément dramatique, que c'était anodin... »</i>
P5	<i>« en disant qu'il fallait absolument pas penser au pire, tant qu'on avait pas les résultats... Que, voilà, qu'il fallait que je patiente... Que je me rassure, et que effectivement, tant qu'il n'y avait pas de résultat, surtout que les premiers conseils au planning familial étaient déjà assez rassurants, que... Voilà, quoi, que j'avais pas trop besoin de cogiter (rire). »</i>
P10	<i>« Et après, ma sœur, elle a été plutôt à me rassurer, plutôt que à... à montrer... »</i>

Une seule participante déclarait en avoir parlé à sa fille, alors adolescente, afin de faire passer un message de prévention.

P5	<p><i>« J'en ai parlé à ma fille, parce qu'à un moment, elle m'a vue pas très bien, mais j'ai eu un discours rassurant en disant « voilà, j'ai fait un frottis qui était pas bon. On fait un examen pour vérifier », mais voilà. J'ai essayé d'être le plus soft et rassurant possible, et de pas trop en dire justement... (...) et puis y'a le message de prévention avec ma fille (...) De lui dire que voilà, c'était des actes qui se faisaient quand on était une femme, quand on grandissait, ou une jeune fille. Que bah voilà, comme elle, un jour il faudra qu'elle en fasse, bah moi j'en fais aussi. Euh... Voilà. J'ai pas été plus loin . »</i></p>
----	---

c) Les collègues

P9 sollicitait l'avis de ses collègues issus du domaine médical.

P9	<p><i>« Et puis, progressivement, mes collègues qui m'ont dit que c'était quelque chose d'assez courant, d'avoir un résultat positif comme ça »</i></p>
----	---

P11 choisissait de se confier à des personnes qui lui étaient moins intimes, par crainte d'inquiéter ses amies les plus proches.

P11	<p><i>« et mes 2 collègues avec qui je travaille la nuit (...) Ma meilleure amie elle le sait pas... Mes enfants... Y'a personne qui sait. Et pourquoi en avoir parlé à vos collègues de nuit, plutôt qu'à votre meilleure amie, par exemple ? Y'avait... Parce que ma meilleure amie, on est très dans l'affectif et tout ça... et je veux pas l'inquiéter comme là, avant aujourd'hui, avant d'avoir les résultats et... Tandis que mes collègues, c'est moins... dans l'affectif, on va dire (rire) »</i></p>
-----	--

3. Motivation pour en parler

Le besoin de partager leur expérience et de rechercher du soutien poussait les participantes à contacter leurs proches.

P1	<i>« je l'ai appelé tout de suite pour lui dire. J'avais besoin aussi de lui dire (rires), et du coup je l'ai appelé tout de suite. »</i>
P4	<i>« j'ai dû passer tout de suite des coups de fil à des amies »</i>

La recherche de partage d'expérience favorisait également ces échanges.

P9	<i>« Mais ma mère... elle a pas du tout été inquiète, parce que bah elle a déjà eu des frottis positifs, et y'a rien qui s'est développé. Et c'est tout... »</i>
P10	<i>« plus après en discutant avec ma sœur, forcément, elle m'a aussi un peu rassurée sur les choses. Elle m'a dit « c'est pas comme moi, où moi c'était en haut grade. Toi c'est en bas grade ». Et elle, vu qu'elle a déjà eu deux interventions, elle connaît très bien le truc. Donc du coup elle a pu me rassurer par rapport à ça. »</i>

4. Freins pour en parler

La peur d'inquiéter son entourage et le tabou de la sexualité pouvaient être des freins au partage avec l'entourage.

P2	<i>« J'ai pas parlé de papillomavirus parce que après je voyais que c'était des trucs sexuels »</i>
P3	<i>« Y'a des choses qu'on cache quand on est en couple. Après euh... J'ai pas envie de l'inquiéter pour euh... pour un truc banal, parce qu'après bah... si comme on dit, si y'a rien et jveux pas l'inquiéter pour ça, quoi »</i>
P8	<i>« Mais c'était vraiment pas facile de leur dire surtout... C'est les seuls à qui j'en ai parlé mais c'était pas facile, parce que c'est comme si on révélait quelque chose de nous. Comme si ils découvraient une partie de notre vie. C'est bête parce qu'ils se doutent bien, les parents, qu'on a une vie... (rire) »</i>
P9	<i>« Mon conjoint, oui. Je lui ai pas dit au moment de l'hospitalisation. Je lui ai dit un peu. Parce que, bah sa mère est morte d'un cancer... Euh des ovaires il me semble. Donc tout ce qui est gynéco il est un peu plus inquiet »</i>

G. Facteurs rassurants

1. Attitude du praticien

L'attitude du praticien lors de l'annonce, lors d'une consultation d'information ou lors de la coloscopie avait une importance prépondérante :

Être disponible et bienveillant.

P1	« le fait qu'elle rassure au téléphone (...) j'ai pu vraiment demander ce que je voulais »
P5	« J'étais sensible particulièrement au... au rôle du gynéco, à l'examen en lui même, comment ça allait se passer euh... parce que c'est quand même des examens qui sont absolument pas plaisants à faire. Et donc, j'ai lu « le cœur des femmes » (rire) (...) J'ai eu une mauvaise expérience avec une gynéco. Très mauvaise expérience... Euh... C'est pour ça que je suis partie au planning familial, parce que là j'ai trouvé la bienveillance, le non jugement. »

Dédramatiser la situation.

P1	<i>« Voilà, ça m'a apaisée qu'on puisse me rappeler que... qu'on fait des examens, qu'on fait un suivi, mais que voilà, c'est pas aussi important qu'on pourrait l'imaginer, même si y'a un contrôle à faire hein, y'a des examens qui vont arriver encore, mais voilà »</i>
P2	<i>« là bah j'suis plutôt rassurée parce qu'on m'a dit que c'est bas grade et que normalement ça va s'éliminer tout seul, y'a pas de risque de cancer. »</i>
P7	<i>« elle m'a dit que c'est rien de grave. »</i>

Éviter d'utiliser le mot « cancer », ou bien éclaircir la situation vis-à-vis du cancer.

P5	<i>« Ce qui a été rassurant aussi, c'est que la gynéco, jamais n'a prononcé ce mot. »</i>
P6	<i>« C'était pas encore un cancer (...) Elle est rassurante dans le sens où euh... C'est pas un cancer à proprement dit.</i>

Avoir un langage accessible.

P1	<i>« le fait qu'elle utilise ces termes là (...) Donc forcément, avec ces mots là, euh ça apaise »</i>
----	--

Expliquer le déroulement des examens médicaux.

P5	<i>« Il m'a expliqué l'examen, comment ça allait se passer (...) elle a expliqué tout ce qu'elle faisait, et pendant l'examen, son discours m'a... m'a rassurée quand même »</i>
P10	<i>« la colposcopie, elle m'a bien expliqué tout ça »</i>

Importance de connaître son praticien ou de le choisir.

P5	<i>« c'est est-ce que j'avais le droit de choisir le gynéco... Parce qu'avec certains, c'est pas... pas bien passé, donc je voulais choisir un peu mon gynéco. (...) Voilà, j'aurais déjà bien stressé dans la salle d'attente, tandis que la 2ème fois, j'étais moins stressée parce que je savais à qui j'allais avoir à faire. »</i>
P6	<i>« c'était un peu compliqué d'amorcer le sujet avec un médecin qu'on a jamais vu, et qu'on sait qu'on ne verra peut-être plus jamais »</i>

Guider les patientes dans la prise en charge.

P1	<i>« Bah déjà le fait que je sois bien suivie, c'est à dire que mon rendez-vous pour la suite de prise en charge a été prévu tout de suite, euh fin voilà, elle m'a dit qu'elle prenait tout en charge, euh... voilà, que dans tous les cas elle me reverrait aussi pour le suivi »</i>
P2	<i>« Bah elle a pris le rendez vous pour moi et tout ça hein »</i>
P6	<i>« c'est comme ça, je sais que je suis suivie »</i>

2. Attitude de l'entourage

Avoir un entourage étayant participait à soulager l'anxiété ressentie par les participantes.

P1	<i>« si on m'épaule pas, j pense que ça aurait un peu plus cogité dans ma tête avec beaucoup plus de pensées (...) être soutenue, forcément c'est un appui complémentaire, ça c'est sûr. »</i>
P4	<i>« En plus, c'est pas évident, parce que je suis divorcée, donc je suis toute seule. Donc pour me réassurer, j'ai dû me réassurer toute seule »</i>

3. Avoir un traitement

Certaines patientes avaient reçu un traitement probiotique dans l'attente de leur rendez-vous en colposcopie. Pour quelques-unes, être actives dans leur prise en charge se révélait être rassurant.

P3	<i>« Je pensais que c'était bien, alors je les ai prises... »</i>
P11	<i>« Après ça s'aggrave peut-être pas comme ça hein. Mais entre le temps du résultat et la consultation d'aujourd'hui, (...) Peut-être qu'on aurait pu faire quelque chose avant... Fin, on peut peut-être pas toujours faire quelque chose, mais...J'me dis, j'suis en train de faire quelque chose, quoi. »</i>

D'autres avaient besoin d'être assurées de l'efficacité du traitement pour en être satisfaites.

P8	<i>« Je sais pas, parce que si c'est pas utile, ça sert à rien de le faire pour rien. Comme on savait pas encore ce que j'avais, je pense que j'aurais préféré attendre aujourd'hui et qu'on me dise ce que j'ai et si fallait vraiment le faire. »</i>
P10	<i>« Après si c'est pour me donner un traitement pour me donner un traitement, clairement ça sert à rien. Déjà je suis pas médecins, je suis pas... médicaments. (...) Après, là, au final, je ressens les bienfaits de ce qu'elle a pu me prescrire, mais ça a rien changé quoi, à mon quotidien. »</i>

DISCUSSION

I. Discussion des résultats

A. Impact psychologique et sexuel de l'annonce

1. Réactions immédiates lors de l'annonce du résultat du FCU

L'impact de l'annonce d'une mauvaise nouvelle sur le vécu d'une maladie est bien connu et fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques rédigées par l'HAS (23).

Nos entretiens montraient de fortes réactions émotionnelles de stress et de peur, pouvant aller jusqu'au « choc émotionnel ». Les patientes interprétaient régulièrement ce résultat comme étant un diagnostic de cancer, constituant ainsi une menace à court terme pour leur pronostic vital. Cela était renforcé par l'utilisation d'un vocabulaire scientifique souvent peu compréhensible et ambigu, majorant cet état d'anxiété. Nous constatons également qu'elles essayaient de donner du sens à ce qui leur arrivait en fonction de leur mode de vie et de leur sexualité (15).

En 2006, *Gray et al* utilisaient l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour mettre en évidence un niveau d'anxiété plus élevé chez les patientes dont le frottis était classé LSIL (53%) comparativement à celles dont le frottis était normal (16%) (10).

Ce résultat était cohérent avec l'étude qualitative de *Spencer et al* réalisée en 2016, centrée sur l'impact du diagnostic de maladies liées à l'HPV sur la sexualité féminine.

Cette étude avait interrogé des femmes, toutes à des stades différents du suivi, pouvant aller de la découverte de la maladie jusqu'à la récurrence. Il semblerait que le niveau de la maladie n'influence pas le vécu de celle-ci, car les inquiétudes se retrouvaient quelque-soit son avancée (21).

Malheureusement nous n'avons pas étudié le devenir des patientes à moyen terme et ne pouvons donc discuter du niveau d'anxiété qu'à court terme. Cependant, contrairement aux résultats de *Spencer et al*, l'angoisse des patientes semblait s'estomper durant le délai d'attente entre l'annonce du frottis anormal et la consultation de colposcopie ; probablement parce qu'elles avaient reçu une information rassurante sur les lésions de bas grade.

2. Image de soi

De par son caractère sexuellement transmissible, un frottis pathologique était parfois stigmatisant pour les patientes qui ressentaient alors de la honte, de la culpabilité et l'impression d'être « salie ».

Il en était de même dans les travaux de *Spencer et al* (21).

En 2006, l'étude qualitative de *Karen et al* décrivait que peu importe le résultat du frottis, c'est l'association à un test HPV positif qui majorait ces sentiments (8).

Dans notre étude, peu d'entre elles se déclaraient atteintes dans leur féminité ou dans leur intégrité physique. Elles l'expliquaient par l'invisibilité de leur pathologie, qu'elles comparaient souvent au cancer du sein.

Nous retrouvons cette même description dans les travaux de *Nagele et al*, qui retrouvaient un niveau de détresse psychosexuelle plus élevé chez les femmes atteintes de lésions vulvaires, comparativement à celles dont l'infection à HPV était invisible. Leurs patientes s'inquiétaient d'avantage des conséquences de leur maladie sur le plan de la désirabilité, de la fertilité et de la contagiosité (24).

3. Inquiétudes vis-à-vis de l'hérédité

Une seule participante avait déclaré s'inquiéter du caractère héréditaire de sa pathologie.

La littérature ne retrouve pas de données sur ce point. Probablement du fait que les études qualitatives à ce sujet sont rares et que les questionnaires établis dans les études quantitatives n'ont pas intégré d'item à ce sujet.

4. Inquiétudes vis-à-vis de la fertilité et de la contamination de leur enfant.

Les patientes nous confiaient régulièrement des inquiétudes concernant leur fertilité.

D'autres études mettaient en évidence ces questionnements, quelque-soit le type de maladie liée à l'HPV (8)(21)(24).

Cependant aucune d'entre elles, y compris la nôtre, ne s'intéressaient aux mécanismes supposés affecter leur fertilité.

Quelques patientes exprimaient la crainte de transmettre ou d'avoir transmis le virus à leur enfant durant la grossesse. A notre connaissance, aucun travail ne semble avoir décrit les inquiétudes des patientes vis-à-vis du risque de transmission néonatale.

Ce point semble être une nouvelle donnée, intéressante pour de futures études.

5. Impact sur les relations conjugales

Certaines patientes en couple au moment de l'annonce du résultat de leur FCU nous ont rapporté une baisse du désir avec un évitement des rapports sexuels de façon temporaire. Cependant, l'entente du couple actuel ne semblait généralement pas remise en question, et la plupart des partenaires s'impliquaient personnellement dans la prise en charge de leur compagne.

A l'inverse, certaines patientes célibataires déclaraient se sentir méfiantes vis-à-vis des potentiels partenaires masculins, et craignaient le fait de devoir révéler ou non leur atteinte.

Indépendamment du statut conjugal, une partie des participantes s'inquiétait à l'idée de contaminer leur partenaire. Quelques-unes abandonnaient les pratiques sexuelles orales et évoquaient le port du préservatif comme moyen de protection. Cette protection mécanique pouvait participer à la diminution de la satisfaction des rapports. Enfin, quelques patientes accusaient d'anciens partenaires d'être responsables de leur état de santé actuel.

Spencer et Al retrouvaient les mêmes thèmes tant chez les patientes en couple que chez les patientes célibataires.

Dans leur étude, ces dernières rapportaient même éviter toute approche intime durant plusieurs mois voire plusieurs années (21).

Cela dit, l'équipe de *Graziottin et Al* en 2009 établissait une revue de la littérature qui ne permettait pas d'établir de lien statistiquement significatif entre le diagnostic de maladie liée à l'HPV et une quelconque dysfonction sexuelle féminine spécifique. (9) Même si l'hypothèse est séduisante, il n'existe toujours pas de preuve scientifique d'une relation causale (13)(20).

D'après une étude qualitative de *Newton et Al*, le diagnostic d'une infection à HPV pouvait remettre en doute la confiance au sein du couple, altérant ainsi le comportement sexuel global et la communication, devenant de ce fait générateur de conflits conjugaux (25).

Notre étude ne mettait pas en évidence de dysfonctionnement relationnel majeur au sein du couple, probablement du fait que nous ne nous soyons intéressés qu'à l'impact sur le court terme.

6. Autoérotisme

Aucune des participantes de cette étude n'a évoqué d'activité sexuelle autoérotique.

Les auteurs n'ont pas trouvé de données sur ce sujet dans la littérature.

Le tabou de la masturbation féminine étant plus fort que celui de la sexualité de couple, il est possible que les patientes n'osent pas en parler spontanément, ou bien qu'elles ne le pratiquent tout simplement pas.

Ce tabou est aussi très présent au sein de la communauté scientifique puisque les études réalisées s'intéressent principalement aux relations sexuelles au sein du couple.

7. Couple homosexuel

Notre travail n'a pas recruté de patiente déclarant avoir des rapports sexuels avec des femmes. Probablement car cette population n'adhère pas à ce dépistage.

Dans un travail de thèse réalisé en 2016 à l'université de Lille, portant sur la perception de l'utilité du FCU en population homosexuelle, il était évoqué que les patientes homosexuelles « échappaient » au dépistage du cancer du col de l'utérus et plus généralement au suivi gynécologique pour différentes raisons : la peur d'être stigmatisée par le personnel médical, l'absence de nécessité de contraception orale ou de grossesse, par absence de visibilité de leur communauté dans les campagnes de dépistage des maladies sexuellement transmissibles (contrairement à la population hétérosexuelle ou gay), par timidité ou absence de symptôme (26).

De plus, il n'existe pas de travaux portant sur ce thème.

Seule une étude, celle de Spencer *et Al* avaient inclus une participante se déclarant homosexuelle. Celle-ci avait débuté sa vie intime avec des hommes et s'interrogeait sur son orientation sexuelle au moment de la découverte de sa maladie liée à l'HPV. Cette expérience avait eu pour effet d'inhiber l'exploration de sa sexualité (21).

B. Facteurs rassurants

1. Mode d'annonce idéale

D'après *Monsonogo et Al*, dans le volet Français d'une étude comparative européenne, le mode d'annonce du résultat du FCU semblait avoir une influence sur les réactions de stress vécues par les patientes. En effet, les médecins français communiquaient majoritairement les résultats par courriers alors que les patientes attendaient un contact plus humain (11).

De même, une étude suédoise suggérait que le vocabulaire employé dans le courrier jouait un rôle important dans le niveau d'anxiété des patientes (27).

Les participantes de notre étude dénonçaient elles aussi la violence de l'annonce faite par courrier ainsi que l'inaccessibilité du langage scientifique jugé impersonnel et anxiogène.

Les patientes attendaient donc un contact direct avec les professionnels de santé, au minimum par téléphone (21).

2. Attitude du praticien

En accord avec *Kavanagh et Al*, nos participantes étaient rassurées par un comportement ouvert, bienveillant et attentif (15).

3. Présence de l'entourage

La plupart des femmes de notre étude s'étaient confiées à leur entourage (amies, femmes de la famille, conjoint) et y avaient trouvé témoignages et réconfort, contribuant à diminuer leur anxiété.

A ce propos, *Monsonogo et Al* soulignaient l'importance de l'éducation de la population afin que chacun puisse jouer un rôle de soutien (11).

4. Information

Avant d'être confrontée à un FCU anormal, les patientes savaient peu de choses concernant le CCU et son dépistage par le FCU. Le fait d'avoir un suivi régulier ne leur donnait pas d'avantage de connaissances par rapport aux femmes négligeant leur suivi gynécologique.

La plupart de nos participantes avaient cherché à s'informer au sujet de leur pathologie. La plupart du temps, leurs sources provenaient d'internet. Comme le démontrait Monsonogo et Al, près de la moitié des françaises ont recours à ce média en première intention (16).

Cela dit, l'information délivrée par le corps médical gardait plus de crédit aux yeux de nos patientes car elle avait l'avantage de constituer un contact humain et personnel.

Il est donc important que les praticiens soient formés à délivrer une information ciblée. Par ailleurs, nous savons que l'utilisation de supports visuels permet une meilleure compréhension (28).

Plusieurs sites internet de vulgarisation médicale existent autour du frottis et de l'HPV. Il est donc possible d'utiliser ces supports avec les patientes (29)(30)(31).

Cependant, pour *Pirotta et Al*, une patiente informée n'est pas pour autant moins anxieuse. Il est donc nécessaire de les rassurer continuellement (32).

Il est aussi important de constater qu'il existait une confusion entre l'infection à HPV et les autres IST. En effet, l'auto-information des patientes leur permettait de comprendre qu'elles étaient atteintes d'une IST, mais il était difficile d'appréhender le fait que la recherche de papillomavirus n'appartienne pas au bilan plus général de dépistage des IST.

Il nous paraît donc primordial de re-préciser aux patientes qu'il n'y avait pas eu de négligence lors de dépistages antérieurs.

La prise de conscience du caractère sexuellement transmissible de l'HPV était souvent le point de départ d'inquiétudes relatives à la sexualité. Encore une fois, il nous paraît primordial d'aborder ce thème en consultation.

Le tabou de la sexualité paralyse les deux partis, aussi bien le praticien que la patiente, chacun attendant que l'autre initie le sujet. Les praticiens comme les patientes attendent que l'initiative vienne de l'autre (33)(34).

Cette inertie provient du manque de formation à la santé sexuelle durant les études médicales (35)(36).

Une difficulté supplémentaire s'impose aux médecins de famille dont la connaissance de la vie intime de leurs patients peut constituer un obstacle à la prise en charge, tant pour le praticien que pour le patient.

5. Utilisation des probiotiques

Certaines patientes s'exprimaient au sujet des probiotiques reçus dans l'attente de leur consultation en colposcopie.

Plusieurs études et méta-analyses suggèrent le rôle des déséquilibres de la flore vaginale dans la persistance ou la progression d'infection de HPV-HR. (37) (38) (39)

En effet, le pH vaginal pourrait être un facteur de risque d'infection à HPV (40).

En cas de dysbiose vaginale, y compris asymptomatique, l'utilisation de métronidazole ou de secnidazole par voie orale permettrait 70 à 80% de guérison immédiate mais il était constaté 33% de récurrences à 3 mois et 66% à 1 an. L'antibiothérapie ne semble donc pas prévenir le risque de récurrence (41).

Certaines souches de lactobacilles ont montré une efficacité en prévention des récurrences d'infection par HPV. Ainsi, *Lactobacillus Gasseri* et *Lactobacillus Cripastus* accélèreraient la clairance du virus et inhiberaient la croissance des cellules cervicales cancéreuses, probablement par acidification du milieu vaginal (17)(42).

La recherche de vaginose et l'utilisation de probiotiques afin d'accélérer la clairance du virus ne sont pas consensuelles mais sont des pistes thérapeutiques en cours d'exploration (43).

Dans notre étude, l'avis des patientes était mitigé. Certaines étaient rassurées par le fait d'être actives dans leur prise en charge, mais d'autres ne comprenaient pas l'intérêt de cette prescription et auraient préféré s'abstenir de toute thérapeutique. Le manque

d'adhésion vient potentiellement d'une mésinformation de la part des professionnels de santé, puisque leur utilisation est encore débattue.

Cette stratégie thérapeutique semble prometteuse car elle pourrait potentiellement participer à réduire l'anxiété des patientes en leur donnant la possibilité d'agir sur leur état de santé.

6. Délai de prise en charge

Dans notre étude, les patientes se plaignaient d'un délai de prise en charge trop long, et donc anxiogène.

Dans une revue de la littérature effectuée en 2002, Rogstad *et Al* concluaient que l'un des plus grands facteurs influençant le niveau d'anxiété ressenti par les patientes était le délai entre la réception du résultat et la consultation de colposcopie (44).

Il est donc licite de réduire le délai d'attente, dans les mesures du possible.

C. Vers de nouvelles stratégies pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le 10 Juillet 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis de nouvelles recommandations concernant la place du test HPV en première intention chez les femmes de plus de 30 ans pour le dépistage du CCU (Annexe 3).

A partir de 30 ans, un écouvillon vaginal à la recherche de HPV-HR serait réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique normal et renouvelé tous les 5 ans en cas de négativité. Il n'y aurait plus de FCU réalisé de manière systématique, puisque seul un résultat positif à HPV-HR mènerait à la réalisation d'un examen cytologique puis à une colposcopie en cas d'anomalie. Dans l'hypothèse où le FCU serait normal, le test HPV-HR serait renouvelé 1 an plus tard.

La logique de dépistage pour les femmes âgées de 25 à 30 ans repose toujours sur les anciennes recommandations, c'est-à-dire sur la réalisation du FCU en première intention, car l'infection par HPV-HR est plus fréquemment transitoire dans cette tranche d'âge. Leur dépistage mènerait à des sur-diagnosics et à des sur-traitements pouvant entraîner des complications obstétricales lors de grossesses ultérieures.

Ce changement de stratégie se justifie devant plusieurs arguments :

- Meilleure sensibilité du test HPV-HR par rapport à celle du FCU. Cependant, sa moindre spécificité nécessite de le coupler au FCU en cas de positivité.
- Accessibilité de l'auto-prélèvement, permettant d'étendre le dépistage aux populations échappant au dépistage par FCU et ainsi d'améliorer la couverture du dépistage.
- Allongement de la période entre deux dépistages à 5 ans en cas de test HPV-HR négatif.

Cependant, il est probable que l'application de ces recommandations soit retardée car elle nécessite la mise en place d'un système d'assurance qualité s'appuyant sur une accréditation des laboratoires de biologie, ainsi que sa prise en charge par l'assurance maladie.

Ces nouvelles pratiques de dépistage mèneront à des diagnostics de portage de HPV-HR à cytologie normale, avec possiblement une prédominance des inquiétudes liées au caractère sexuellement transmissible de cette infection.

Ce système de dépistage existe déjà dans 10 pays depuis plusieurs années.

A ce propos, les travaux anglais de *Mc Caffery et Al* concluaient que le fait de recevoir un test HPV positif engendrait significativement plus de stress chez les patientes ayant une cytologie normale. En revanche, le résultat du test HPV n'aggravait pas l'anxiété ressentie par les femmes ayant une cytologie anormale. Il était aussi décrit que les femmes avec un test HPV positif ressentaient plus de sentiments négatifs vis-à-vis de partenaires passés ou futurs, indépendamment du résultat de la cytologie (14).

Ces résultats se sont vérifiés dans deux autres études quantitatives (7)(45).

On remarque que le fait d'avoir un test HPV négatif n'apparaissait pas comme un facteur rassurant (7).

Parmi les résultats secondaires, les femmes ayant une cytologie normale et un test HPV positif étaient moins satisfaites de leur vie sexuelle (45).

Il semble donc que l'anxiété liée à l'annonce d'une anomalie cytologique prédomine sur celle liée au test HPV.

Par contre, isolé de la cytologie, ce dernier aurait une influence négative sur la sexualité.

Par ailleurs, l'HAS déclarait dans ses nouvelles recommandations que la revue de la littérature n'avait pas permis de comparer le niveau d'anxiété généré par un test HPV positif par rapport à une cytologie anormale. Elle déclarait également qu'un test HPV semblait être générateur de stress mais qu'elle avait peu de conséquences sur la qualité de vie et les relations intimes (46).

II. Forces et limites de l'étude

A. Recrutement

Le recrutement des patientes a eu lieu au sein de la consultation de colposcopie de l'hôpital Jeanne de Flandre au CHRU de Lille. Il a permis d'approcher une population diversifiée. Les patientes avaient réalisé leur frottis dans des lieux différents (cabinet de médecine générale, sage-femme, planning familial, gynécologue), avaient des suivis médicaux distincts (premier frottis, suivi annuel...), et des caractéristiques démographiques et socioprofessionnelles variées.

Aussi, un recrutement par système de « petites annonces », aurait pu avoir comme effet de sélectionner des patientes ayant mal vécu l'annonce diagnostique.

Dans notre étude, le fait de proposer un entretien directement après la colposcopie, a permis de s'intéresser à toutes les patientes, indépendamment de leur vécu de l'annonce.

A posteriori, peut-être aurions-nous dû inclure les patientes avant la consultation de colposcopie, afin d'en limiter son influence sur nos entretiens.

En effet, le vécu rapporté par les patientes pouvait être minimisé, dans la mesure où les patientes venaient d'être rassurées sur leur état de santé.

Enfin, notre étude ne s'est intéressée qu'à une courte période après l'annonce des résultats du FCU. Il est possible que les femmes présentant des lésions de bas grade récurrentes soient plus impactées qu'au moment du diagnostic initial.

Il serait donc licite de s'intéresser à ces femmes sur le long terme.

B. Déroulement des entretiens

Même si nous garantissons un entretien anonyme et que nous favorisons un environnement propice à l'écoute et à la confiance, le thème de la sexualité reste un sujet tabou.

Le lien de confiance est difficile à établir le temps d'un unique entretien, et d'autant plus avec un interlocuteur inconnu.

Le dictaphone, qui matérialise l'enregistrement, bien que discret et silencieux, mettait du temps à se faire oublier et ralentissait la qualité de l'entretien.

C. Analyse des données

La subjectivité du codage était limitée grâce à la retranscription « ad integrum » des entretiens, et à la triangulation des données avec un autre chercheur.

Chaque entretien était analysé avant de recruter une nouvelle participante, afin de ne pas méconnaître la saturation des données.

D. Limites liées au chercheur

S'agissant d'un premier travail de recherche qualitative, l'auteure de l'étude était donc peu expérimentée. Elle a cependant affiné sa méthode d'entretien avec le temps, elle avait préalablement suivi les formations dispensées par la faculté de médecine de Lille 2 et s'était également auto-formée par la littérature (47).

CONCLUSION

Ce travail donne la parole aux femmes et met en lumière les diverses inquiétudes et réactions possibles suite à l'annonce d'un premier FCU anormal de bas grade.

L'impact de l'annonce est très différent selon les patientes. Certaines sont très angoissées avec des préoccupations quotidiennes alors que d'autres y sont indifférentes.

Parmi les patientes impliquées émotionnellement, l'angoisse et la peur étaient les deux sentiments majeurs. Au fur et à mesure de l'entretien, nous découvrons que l'estime de soi était également impactée.

Du point de vue de la sexualité, certaines patientes rapportaient une baisse de désir avec un évitement des rapports de façon temporaire. D'autres se disaient méfiantes vis-à-vis de futurs partenaires ou accusaient d'anciens compagnons. La plupart des patientes s'inquiétaient de leur contagiosité, ce qui menait rarement à l'abandon des pratiques sexuelles orales ou à introduire le port du préservatif.

Les patientes ont peu de connaissances concernant le CCU et son dépistage.

Au total, il en ressort que l'information délivrée lors de la réalisation du FCU et de l'annonce du résultat influence la manière dont est vécue la maladie. Notre travail montre bien les différents champs impactant le quotidien de la plupart des patientes. Ainsi anticiper ces conséquences en apportant une information claire et adaptée lors de la consultation et notamment en abordant les principaux thèmes comme ceux des relations de couple, de l'estime de soi ou de la sexualité permettrait de mieux en appréhender le vécu.

Les nouvelles recommandations de l'HAS sur le dépistage du CCU via le diagnostic du portage d'HPV sont susceptibles d'apporter de nouveaux résultats.

En effet, il semblerait que la positivité du test HPV-HR, interprété comme une IST, majorerait l'angoisse des patientes et impacterait d'avantage leur vie sexuelle. Ainsi, aborder les questions de sexualité sous le prisme du résultat du test HPV-HR semble être une piste pertinente pour en étudier ses conséquences.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Evaluation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Santé publique France. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/articles/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
2. InVS (Institut National de Veille Sanitaire). Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances. [Internet]. [cité 6 févr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cancer_col_uterus__connaissances.pdf
3. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
4. Boman F, Duhamel A, Trinh QD. Évaluation du dépistage cytologique des cancers et lésions précancéreuses du col utérin. *Bull Cancer*. 2003;90(7):643-7.
5. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale. [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Conduite-a-tenir-devant-une-femme-ayant-une-cytologie-cervico-uterine-anormale-Thesaurus>
6. Direction générale de la santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf
7. Maissi E, Marteau TM, Hankins M. The psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: 6-month follow-up. *Br J Cancer*. 2005;92(6):990-4.
8. Karen (Kay) M, Perrin PhD. Women's Reactions to HPV Diagnosis: Insights from In-Depth Interviews. *J Womens Health*. 2006;43(2):93-110.
9. Graziottin A, Serafini A. HPV Infection in Women: Psychosexual Impact of Genital Warts and Intraepithelial Lesions. *J Sex Med*. 2009;6(3):633-45.
10. Gray N, Sharp L, Cotton SC. Psychological effects of a low-grade abnormal cervical smear test result: anxiety and associated factors. *Br J Cancer*. 2006;94(9):1253-62.
11. Monsonogo J, Cortés J, Pereira da Silva D. Perception et impact psychologique du frottis anormal en France. Résultats comparatifs d'une enquête européenne. *Gynecol Obstet Fertil*. 2012;40(4):213-8.
12. McCaffery K, Waller J, Forrest S. Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. *BJOG*. 2004;111(12):1437-43.
13. Ferenidou F, Salakos N. The impact of HPV diagnosis on women's sexual and mental health: preliminary findings. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2012;39(1):79-82.

14. McCaffery K, Waller J, Forrest S. Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. *BJOG*. 2004;111(12):1437-43.
15. Kavanagh AM, Broom DH. Women's understanding of abnormal cervical smear test results: a qualitative interview study. *BMJ*. 1997;314:1388-91.
16. Breitkopf C, Catero J, Jaccard J. Psychological and Sociocultural Perspectives on Follow-up of Abnormal Papanicolaou Results: *Obstet Gynecol*. 2004;104(6):1347-54.
17. Wang S, Shi J, Kang D. Impact of Human Papillomavirus-Related Lesions on Quality of Life: A Multicenter Hospital-Based Study of Women in Mainland China. *Int J Gynecol Cancer*. 2011;21(1):182-8.
18. Dominiak-Felden G, Cohet C, Atrux-Tallau S. Impact of human papillomavirus-related genital diseases on quality of life and psychosocial wellbeing: results of an observational, health-related quality of life study in the UK. *BMC Public Health*. 2013;13:1065.
19. Hellsten C, Lindqvist P. A longitudinal study of sexual functioning in women referred for colposcopy: a 2-year follow up. *BJOG*. 2007;115(2):205-11.
20. Levasseur C, Collier F. Impact sexologique des frottis anormaux [Thèse d'exercice, médecine]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2016.
21. Spencer B, Schweizer A. Impact du diagnostic de lésions associées au Papillomavirus Humain (HPV) sur la sexualité féminine : étude qualitative. *Raisons Santé*. 2016;264.
22. Blomberg K, Forss A. From 'silent' to 'heard': Professional mediation, manipulation and women's experiences of their body after an abnormal Pap smear. *Soc Sci Med*. 2009;(68):479-86.
23. Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
24. Nagele E, Reich O, Greimel E. Sexual Activity, Psychosexual Distress, and Fear of Progression in Women With Human Papillomavirus-Related Premalignant Genital Lesions. *J Sex Med*. 2016;13(2):253-9.
25. Newton DC, McCabe MP. Sexually Transmitted Infections: Impact on Individuals and Their Relationships. *J Health Psychol*. 2008;13(7):864-9.
26. Bayen S, Auguste G. Perception de l'utilité du frottis cervico-utérin: étude qualitative auprès de femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. [Thèse d'exercice, médecine]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2016.
27. Hellsten C, Sjöström K, Lindqvist P. A prospective Swedish cohort study on psychosocial factors influencing anxiety in women referred for colposcopy*. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2006;114(1):32-8.
28. Naele J, Pitts MK, Dunn PD. An observational study of precolposcopy education sessions: what do women want to know? *Health Care Women Int*. 24(5):468-75.
29. Comprendre l'HPV - Explication, transmission et rapport avec les cancers [Internet]. Tout savoir sur le Papillomavirus humain. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <http://toutsavoir-hpv.org/comprendre-hpv/>
30. Frottis cervico-vaginal et Test HPV - prévention du cancer [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://www.frottis.info/>
31. InfoCancer - ARCAGY-GINECO - Cancer du col de l'utérus - Dépistage & prévention - Le frottis de dépistage [Internet]. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-col-de-l-uterus/depistage-et-prevention/le-frottis-de-depistage.html/>
32. Pirotta M, Ung L, Stein A. The psychosocial burden of human papillomavirus related disease and screening interventions. *Sex Transm Infect*. 2009;85(7):508-13.

33. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J. Sexual history-taking among primary care physicians. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(12):1924-9.
34. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:13178-83.
35. Schweizer A. L'abord de la sexualité en consultation gynécologique. *Rev Med Suisse.* 2017;13:590-3.
36. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice, médecine]. Université de Rennes 1; 2016.
37. Brusselaers N, Shrestha S, van de Wijgert J. Vaginal dysbiosis and the risk of human papillomavirus and cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(1):9-18.
38. Norenhag J, Du J, Olovsson M. The vaginal microbiota, human papillomavirus and cervical dysplasia: a systematic review and network meta-analysis. *BJOG* [Internet]. 2019 [cité 14 août 2019]; Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.15854>
39. Chao X-P, Sun T-T, Wang S. Correlation between the diversity of vaginal microbiota and the risk of high-risk human papillomavirus infection. *Int J Gynecol Cancer.* 2019;29(1):28-34.
40. Clarke MA, Rodriguez AC, Gage JC. A large, population-based study of age-related associations between vaginal pH and human papillomavirus infection. *BMC Infect Dis.* 2012;12(1):33.
41. Bradshaw CS, Morton AN, Hocking J. High Recurrence Rates of Bacterial Vaginosis over the Course of 12 Months after Oral Metronidazole Therapy and Factors Associated with Recurrence. *J INFECT DIS.* 2006;193(11):1478-86.
42. Verhoeven V, Renard N, Makar A. Probiotics enhance the clearance of human papillomavirus-related cervical lesions: a prospective controlled pilot study. *Eur J Cancer Prev.* 2013;22(1):46-51.
43. PAPCLEAR [Internet]. [cité 14 août 2019]. Disponible sur: <http://alizon.ouvaton.org/PAPCLEAR.html>
44. Rogstad K e. The psychological impact of abnormal cytology and colposcopy. *BJOG.* 2002;109(4):364-8.
45. Kitchener HC, Fletcher I, Roberts C. The psychosocial impact of human papillomavirus testing in primary cervical screening— a study within a randomized trial. *IJGC.* 2008;18(4):743-8.
46. 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 Synthèse et recommandations. HAS. Juillet 2019;
47. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. De Boeck; 2014.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Informations à recueillir avant le début de l'enregistrement :

Âge

Niveau d'études

Profession

Lieu de vie

Statut conjugal

Orientation sexuelle

Connaissances sur le dépistage du cancer du col de l'utérus :

- Que savez-vous du frottis cervico utérin ?

Annonce résultat frottis :

- Comment vous a-t-on annoncé le résultat du frottis ?
- Que vous a-t-on expliqué à ce moment là ?
- Qu'avez-vous compris ?
- Qu'avez-vous ressenti à ce moment là ?
- Y a-t-il des choses qui vous ont rassurée ? Lesquelles ?
- Avez-vous reçu un traitement ? Qu'en avez-vous pensé ?
- A qui en avez-vous parlé ? Qu'en ont-ils pensé ?
- Si couple : Qu'en a pensé votre partenaire ?
- Que conseilleriez-vous pour améliorer l'annonce ?

Évaluation de l'impact :

- Qu'est-ce qui a changé dans votre vie depuis l'annonce ?
- Comment ça se passe votre relation de couple depuis l'annonce ?
- Quels changements avez-vous remarqué dans votre vie intime/sexuelle ?

ANNEXE 2 : CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Mr /Mme / Mlle Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date et lieu de naissance

Adresse :

Tél. :

Il m'a été proposé de participer à une étude sur le vécu psychosexuel d'un premier résultat de frottis anormal de bas grade chez les femmes non ménopausées, en réalisant un entretien avec enregistrement audio.

L'investigateur M'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.
- 2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.
- 3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

cocher les cases appropriées en fonction de votre volonté (OUI / NON)

	OUI	NON
1) J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche vécu psychosexuel d'un premier résultat de frottis anormal de bas grade chez les femmes non ménopausées.	?	?

Date : XX/XX/XXXX

Signature du participant :

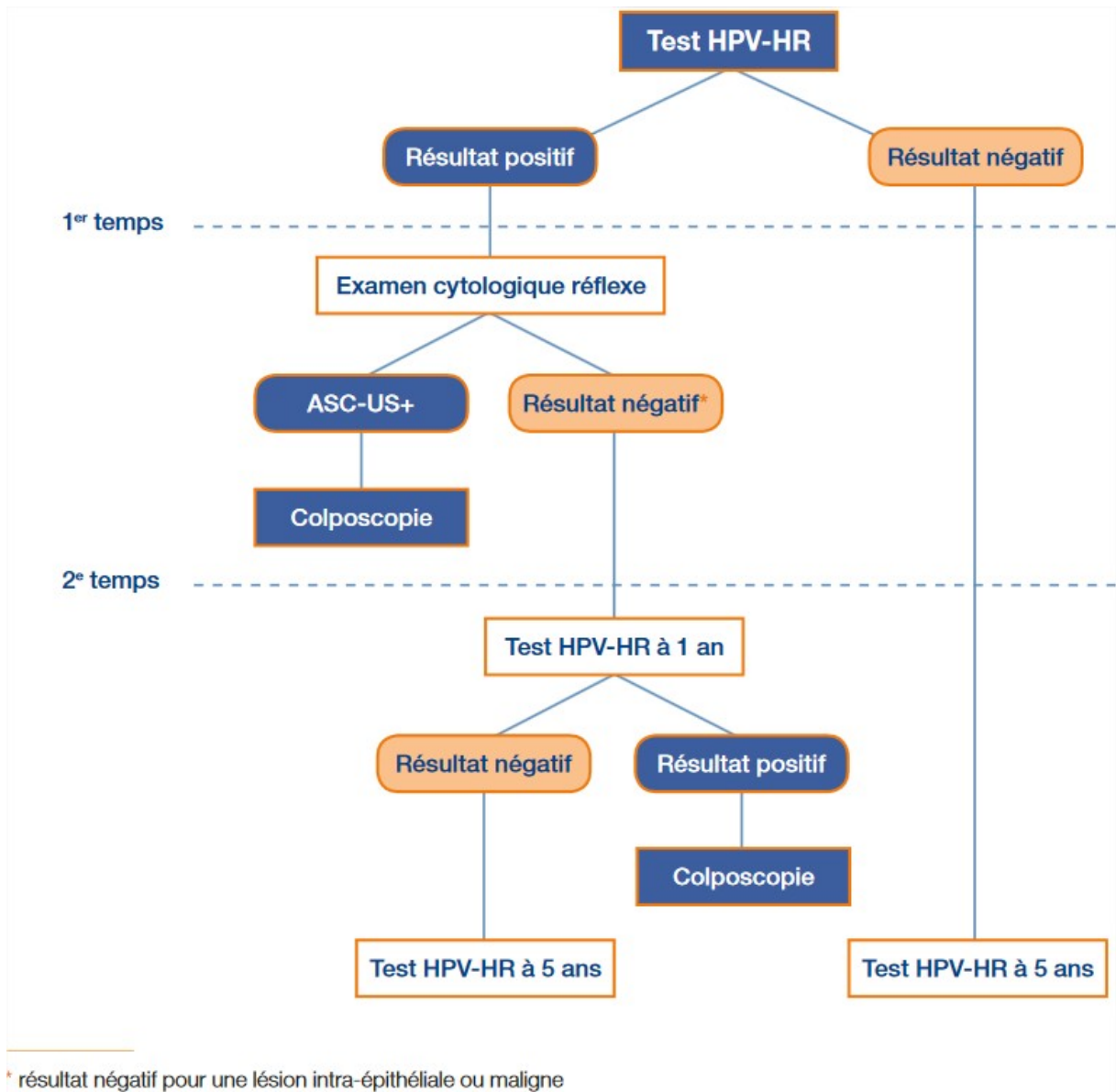
Date : XX/XX/XXXX

Signature de l'investigateur:

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier ou effacer en contactant le porteur du projet (carine.martin@chru-lille.fr), ou le délégué à la protection des données : dpo@univ-lille.fr

Exemplaire blanc pour l'investigateur, exemplaire rose pour le participant

ANNEXE 3 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU



AUTEUR : PARMENTIER Anne

Date de soutenance : 03 Octobre 2019

Titre de la thèse : Impact psychosexuel d'un premier frottis anormal de bas grade

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : dépistage, étude qualitative, frottis cervico-utérin, HPV, sexualité

Résumé :

Introduction : Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (CCU) par le frottis cervico-utérin (FCU) concerne les femmes de 25 à 65 ans. La littérature met en évidence des réactions de stress et d'angoisse lors de l'annonce d'un FCU anormal. Cependant, ses conséquences sur la vie sexuelle sont peu décrites. Nous avons donc réalisé une étude qualitative afin de comprendre le vécu de l'annonce d'un FCU de bas grade, tant sur le plan psychologique que sexuel. **Matériel et méthode :** 12 patientes, ayant reçu un résultat de frottis classé LSIL ou ASC-US avec test HPV positif, ont été reçues en entretien individuel semi-dirigé après leur consultation de colposcopie, au sein de l'hôpital Jeanne de Flandre du CHRU de Lille. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité. Par la suite, une analyse thématique des verbatims était effectuée après triangulation.

Résultats : L'angoisse et la peur étaient les émotions prédominantes au moment de l'annonce du résultat du FCU. Certaines patientes décrivaient un impact sur leur sexualité avec une baisse de désir et un évitement des rapports de façon transitoire. L'image du corps n'était pas altérée car la maladie est invisible et asymptomatique. Les patientes avaient souvent une mauvaise estime de soi car elles se sentaient souvent honteuses et responsables de leur maladie. Elles se sentaient rarement atteintes dans leur féminité.

Conclusion : Notre étude décrit diverses réactions lors de l'annonce d'un frottis anormal de bas grade. Certaines patientes ressentent un impact à court terme sur leur sexualité. Il est important de devancer les inquiétudes des patientes en abordant spontanément le thème de la sexualité et en apportant une information adaptée.

Composition du Jury :

Présidente : Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT
Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directrice de thèse : Monsieur le Docteur Sacha MESNARD
Madame le Docteur Carine MARTIN