
Un frottis cervical anormal: que comprennent les femmes?

Comment un résultat d'examen de dépistage est-il vécu par le patient? Que comprend-il exactement? Quelles informations souhaite-t-il? Le médecin laisse-t-il la possibilité au patient de s'exprimer, de faire part de ses craintes. Comment tout cela est-il ressenti? Une équipe australienne¹ présente le résultat d'une étude de type qualitatif à propos de la compréhension des femmes suite à un frottis cervico-vaginal anormal

Les auteurs ont eu pour objectif de décrire comment les femmes interprétaient leur expérience du diagnostic et du traitement suite à un frottis cervical anormal et comment le service de soins peut être amélioré. L'étude a eu lieu dans une clinique gynécologique australienne. 29 femmes de 19 à 70 ans ont répondu à une interview individualisée de type qualitatif. Elles avaient toutes un niveau socio-éducatif satisfaisant (au moins l'équivalent du 1er cycle secondaire). Elles présentaient une anomalie du frottis allant de l'inflammation au papillomavirus et au cancer in situ. Le critère d'évaluation était la perception du diagnostic et le besoin d'information.

Les résultats montraient que la plupart des femmes désiraient participer à la décision à propos de leur santé mais trouvaient difficile d'obtenir les informations dont elles avaient besoin de la part des médecins. Les infirmières, les généralistes (à un degré moindre), prenaient leur temps, répondaient aux questions et mettaient à même

les femmes de participer à la prise de décision. Les gynécologues étaient le plus souvent critiqués car ils ne répondaient pas aux questions lors de la consultation. Les raisons de cette critique étaient la difficulté à comprendre ce que le médecin disait et l'impossibilité de poser des questions lors de la consultation. Les termes médicaux comme papillomavirus ou précancer sont difficiles à comprendre. Le fait pour les femmes de ne pas voir leur col leur rend difficile la compréhension de leur anomalie et de l'effet du traitement. La plupart essayaient de mettre un sens à leur anomalie par rapport à leur vécu propre. Pour elles les soins gynécologiques n'étaient pas en adéquation avec leur compréhension de leur pathologie.

Les auteurs concluent que l'organisation des soins, le manque de temps du médecin, rendaient difficile les informations détaillées et la réassurance dont les femmes avaient besoin lors d'un diagnostic inquiétant, d'un traitement et d'investigations étranges et déroutantes.

Cette étude a des limites, en particulier le nombre insuffisant de femmes interrogées et leur sélection, puisque toutes ont un niveau intellectuel relativement élevé. Elle est cependant intéressante et confirme ce que le médecin perçoit le plus souvent: la communication avec le patient n'est pas simple. Dans cette étude quelques réflexions de patientes sont en rapport avec leurs représentations de la maladie. *"Je pense que depuis que cette partie de mon anatomie est malade, je ne suis plus la même femme", "un cancer de la peau je peux le surveiller, comme un bébé, un enfant, mais une anomalie cervicale non!", "pourquoi moi?, pourquoi maintenant?", "...avant je voyais (mon col malade) comme une horreur, comme une grosse masse noire qui grossissait", "mon col est abimé comme des mains avec des verrues, je m'étonne d'entendre parler de laser pour des verrues".* La relation avec le médecin est mal vécue: *"il me parlait quand j'étais sur la table, ce qui ne m'aide pas à penser à mes questions et quand je me rassois, il écrit ses notes et me reconduit à la porte", "il n'y a pas de discussion, juste à faire ce qu'on vous dit", "...il dit de ne pas nager, ne pas utiliser de tampons, mais il ne dit pas pourquoi?".* Les quelques patientes satisfaites, étaient celles qui ne désiraient pas en savoir trop et qui faisaient confiance à leur médecin.

Un point soulevé par les patientes: la consultation est dirigée par le médecin et les empêche d'être des participantes actives. Il est évident qu'une bonne communication commence par une bonne écoute; empêcher la participation de la patiente est un refuge pour le médecin qui se place dans une relation d'expert, la patiente étant dépendante ou passive². Le souhait de la plupart des femmes de cette étude est d'arriver à une meilleure communication pour mieux comprendre leur anomalie, afin d'être des personnes actives dans la décision. Cela implique que le médecin se pose non, en expert, mais dans une relation de partenaire et le patient en attitude de coopération. Il est nécessaire que le médecin fasse appel à un langage simple, utilisant images et métaphores en relation avec les représentations que le patient peut avoir de la maladie. Il doit pour cela avoir une formation minimale aux sciences humaines et intégrer le patient dans son contexte socio-culturel. Il doit soigner, non une maladie, mais une personne existant dans un environnement.

Cette étude est australienne. A quand de telles études en France?

1- Kavanagh AM, Broom DH. Women's understanding of abnormal cervical smear test results: a qualitative interview study. *BMJ* 1997;314:1388-91

2- Girard G, Grand'Maison P. L'approche négociée, modèle de relation patient-médecin. *Médecin du Québec* 1993;28:29-39

Numéro 64 du 5 juin 1997

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC.
Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)