



HAL
open science

Impact psychologique de l'annonce d'un frottis cervico-utérin anormal. Comment améliorer le vécu et l'information des patientes ? COLANX : une étude multicentrique en Seine-Maritime

Jeanne Hullot

► To cite this version:

Jeanne Hullot. Impact psychologique de l'annonce d'un frottis cervico-utérin anormal. Comment améliorer le vécu et l'information des patientes ? COLANX : une étude multicentrique en Seine-Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03335875

HAL Id: dumas-03335875

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03335875>

Submitted on 6 Sep 2021

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE : 2021

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

Jeanne HULLOT

Née le 31 Octobre 1992 à Grenoble (38)

Présentée et soutenue publiquement le 14 Juin 2021

**Impact psychologique de l'annonce d'un frottis cervico-
utérin anormal :**
Comment améliorer le vécu et l'information des patientes ?

-

COLANX : une étude multicentrique en Seine-Maritime

PRESIDENT DU JURY : M. le Professeur Hervé LEFEBVRE

DIRECTRICE DE THESE : Mme le Docteur Pauline JORDA

MEMBRES DU JURY :

M. le Professeur Loïc MARPEAU

Mme le Professeur Priscille GERARDIN

Mme le Docteur Maria LETAILLEUR

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie

Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie

Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique

Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB la santé	Législation pharmaceutique et économie de
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**

Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Liste des abréviations

AGC = Atypical Glandular Cells (atypies des cellules glandulaires)

AIS = Adénocarcinome in situ

ARV = médicament Anti-Rétro-Viral

ASC-H = Atypical Squamous Cell evocating High grade lesion (atypies des cellules squameuses évoquant une lésion de haut grade)

ASC-US = Atypical Squamous Cell of Unknown Significance (atypies des cellules squameuses de signification indéterminée)

ASEX = Arizona Sexual Experience Scale (échelle d'expérience sexuelle d'Arizona)

CD4+ = présence de Cluster de Différenciation 4 à la surface des lymphocytes T

CIN = Cervical Intraepithelial Neoplasia (néoplasie intra-épithéliale cervicale)

CIS = Carcinome In Situ

CV = Charge Virale

DES = DiEthylStilbestrol

DIU = Dispositif Intra-Utérin

DSM-IV = manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, 4^e version

FSFI = Female Sexual Function Index (indice de la fonction sexuelle féminine)

FVVIH = Femmes Vivant avec le VIH

GHQ-12 = General Health Questionnaire (questionnaire de santé générale), version en 12 questions

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale (échelle hospitalière d'anxiété et de dépression)

HAS = Haute Autorité de Santé

HCSP = Haut Conseil de Santé Publique

HPV = Human PapillomaVirus (papillomavirus humain)

HPV-HR = PapillomaVirus Humain à Haut Risque oncogène

HRQoL = Health-Related Quality of Life (qualité de vie liée à la santé)

HSIL = High grade Squamous Intraepithelial Lesion (lésion intraépithéliale des cellules squameuses de haut grade)

INCa = Institut National du Cancer

INRS = Institut National de Recherche et de Sécurité

INVS = Institut National de Veille Sanitaire

LIEBG = = Lésion Intra-Epithéliale de Bas Grade

LIEHG = Lésion Intra-Epithéliale de Haut Grade

LSIL = Low grade Squamous Intraepithelial Lesion (lésion intraépithéliale des cellules squameuses de bas grade)

NA = Not Available (non disponible)

ORL = Oto-Rhino-Laryngé

PCR = Polymerase Chain Reaction (réaction en chaîne par polymérase)

PNDO = Programme National de Dépistage Organisé

SFCPCV = Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale

SPF = Santé Publique France

STAI = State-Trait Anxiety Inventory (inventaire d'anxiété état-trait)

VADS = Voies Aéro-Digestives Supérieures

VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

Table des matières

I-	Introduction	26
1-	<i>Physiopathologie – infection à papillomavirus humain</i>	26
2-	<i>Prévention primaire : la vaccination contre l'HPV</i>	29
3-	<i>Prévention secondaire : le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus en France</i>	31
a.	Dépistage organisé.....	31
b.	Dépistage individuel.....	39
c.	Méthodes de prélèvement	42
4-	<i>La colposcopie.....</i>	43
5-	<i>Conséquences de l'annonce d'un résultat anormal de frottis cervico-utérin</i>	44
a.	Impact psychologique d'un résultat anormal de frottis.....	44
b.	Impact sur la qualité de vie sexuelle d'un résultat anormal de frottis	46
II-	Problématique de l'étude – justification du travail	47
III-	Patientes et méthodes	49
1-	<i>Elaboration de l'étude.....</i>	49
2-	<i>Elaboration du questionnaire</i>	53
a.	Evaluation de l'objectif principal.....	53
b.	Evaluation des objectifs secondaires	53
3-	<i>Population d'analyse.....</i>	54
4-	<i>Méthodes statistiques.....</i>	56
a.	Description des résultats.....	56
b.	Données comparatives.....	56
IV-	Résultats de l'étude COLANX	58
1-	<i>Résultats cytologiques et réalisation de biopsie(s) au cours de la colposcopie</i>	58
2-	<i>Description clinique et épidémiologique de la population étudiée</i>	59
3-	<i>Vécu de l'annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin et de la consultation de colposcopie..</i>	61
4-	<i>Souhait d'informations complémentaires.....</i>	65
5-	<i>Anxiété de patientes et délai de rendez-vous de colposcopie</i>	68
a.	Délai entre l'annonce du frottis anormal et la colposcopie	68
b.	Calcul du score d'anxiété GHQ-12	69
c.	Comparaison du résultat du score GHQ-12 à différents paramètres	70
6-	<i>Etude de l'impact sur la qualité de vie sexuelle</i>	78
a.	Calcul du score de qualité de vie sexuelle ASEX.....	78
b.	Auto-évaluation de la vie sexuelle depuis l'annonce du résultat de frottis cervico-utérin anormal .	79
c.	Comparaison de la qualité de vie sexuelle selon le statut anxieux et selon le statut en couple ou non des patientes	82
7-	<i>Remarques libres des patientes recueillies en fin de questionnaire.....</i>	85
V-	Discussion	88
1-	<i>Que montrent les résultats de l'étude COLANX ?.....</i>	88
a.	Un impact psychologique indéniable	88
b.	Un impact modéré sur la qualité de vie sexuelle	90

c.	Une consultation de colposcopie souvent bien vécue par les patientes	91
d.	Une demande forte d'informations complémentaires	91
2-	<i>Forces et faiblesses de ce travail.....</i>	92
3-	<i>Comparaison des résultats à la littérature existante</i>	94
4-	<i>Signification de ces résultats et pistes de recherches à venir</i>	97
VI-	Conclusion : pistes suggérées par l'étude COLANX	99
VII-	Bibliographie	101
VIII-	Annexes.....	106

Table des illustrations

Figure 1 : Lien entre HPV et cancer – Source : HPV.fr.....	26
Figure 2 : Développement du cancer du col de l’utérus – Source : MEDIPATH.....	27
Figure 3 : Localisations des cancers HPV-induits – Source : cancer-environnement.fr.....	28
Figure 4 : Schéma vaccinal HPV – Source : Vaccination-info-services 2020.....	29
Figure 5 : Classification des anomalies cytologiques des frottis cervico-utérins – Source : HAS 2002.....	32
Figure 6 : Nombre de cancers invasifs pour 100 000 femmes dépistées (taux de détection cumulé) et dont le test de dépistage réalisé lors de la 1re vague était négatif (courbe bleue : patientes dépistées par test HPV-HR ; courbe rouge : patientes dépistées par examen cytologique) – Source : Ronco et al. 2014.....	33
Figure 7 : Comparaison de la fréquence des infections à HPV, de l’incidence et de la mortalité des cancers du col utérin selon l’âge - Source : INVS 2003.....	34
Figure 8 : Algorithme de dépistage primaire pour les femmes de 25 à 30 ans – Source : InCa 2021.....	36
Figure 9 : Algorithme de dépistage primaire pour les femmes de 30 à 65 ans – Source : InCa 2021.....	37
Figure 10 : Arbre décisionnel du dépistage du cancer du col de l’utérus et de la prise en charge en cas d’anomalie cytologique, chez les femmes vivant avec le VIH – Source : cns.sante.fr.....	40
Figure 11 : Schéma du déroulement d’un frottis du col utérin – Source : vacciweb.be.....	42
Figure 12 : Schéma du déroulement d’une colposcopie – Source : chu-clermontferrand.fr.....	43
Figure 13 : Diagramme de flux de l’étude COLANX.....	55
Tableau 1 : Répartition des résultats de la cytologie cervico-utérine initiale.....	58
Tableau 2 : Caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la population étudiée (N=130).....	60
Graphique 1 : Modalités de l’annonce faite aux patientes du caractère anormal de leur frottis cervico-utérin (N=130).....	61
Tableau 3 : Comparaison de la satisfaction de la patiente selon les modalités de l’annonce faite de son résultat anormal de frottis-cervico-utérin (N=130).....	62
Graphique 2 : Histogramme représentant la satisfaction des patientes selon la modalité de l’annonce qui leur a été faite de leur frottis cervico-utérin anormal (N=130).....	63
Graphique 3 : Auto-évaluation par les patientes de leur anxiété à la sortie de la consultation de colposcopie comparé à avant (N=130).....	64
Graphique 4 : Format préféré de l’information complémentaire, quand demandée par les patientes (N=68).....	65
Tableau 4 : Thèmes à aborder dans le support informatif demandé (N=68).....	66
Tableau 5 : Moment désiré de délivrance de cette information supplémentaire lorsque celle-ci était souhaitée (N=68).....	67
Graphique 5 : Histogramme représentant le pourcentage de femmes répondeuses selon le délai entre l’annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin qui leur a été faite et leur consultation de colposcopie (N= 131).....	68

Tableau 6 : Résultats du score GHQ-12 (N=130).....	69
Tableau 7 : Résultats du score GHQ-12 selon la classification initiale du frottis cervico-utérin anormal (N=130).....	70
Graphique 6 : Histogramme représentant les résultats du score GHQ-12 dichotomisé selon la classification initiale du frottis cervico-utérin anormal (N=130).....	71
Tableau 8 : Résultats du score GHQ-12 selon la réalisation ou non de biopsie(s) au cours de la colposcopie (N=130).....	72
Graphique 7 : Histogramme représentant les résultats du score GHQ-12 dichotomisé selon la réalisation ou non de biopsie(s) lors de la colposcopie (N=130).....	73
Tableau 9 : Résultats du score GHQ-12 selon le délai entre l'annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin et la consultation de colposcopie (N=130).....	74
Graphique 8 : Histogramme représentant les résultats du score GHQ-12 dichotomisé selon le délai entre l'annonce du résultat anormal de frottis et la réalisation de la colposcopie (N=130).....	75
Tableau 10 : Résultats du score GHQ-12 dichotomisé selon la modalité de l'annonce faite à la patiente du caractère anormal de son frottis cervico-utérin (N=128).....	76
Graphique 9 : Histogramme représentant les résultats du score GHQ-12 dichotomisé selon la modalité de l'annonce faite à la patiente du caractère anormal de son frottis cervico-utérin (N=128).....	77
Tableau 11 : Résultats du score ASEX (N=124).....	78
Tableau 12 : Réponses à la question relative à la vie sexuelle actuelle comparée à avant l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124).....	79
Graphique 10 : Réponses à la question relative à la vie sexuelle actuelle comparée à avant l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124).....	79
Tableau 13 : Réponses à la question relative aux éventuelles réticences à avoir des rapports sexuels depuis l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124).....	80
Graphique 11 : Réponses à la question relative aux éventuelles réticences à avoir des rapports sexuels depuis l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124).....	80
Tableau 14 : Réponses à la question relative à la peur de transmission de sa pathologie à son (ou ses) partenaire(s) depuis l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124).....	81
Graphique 12 : Réponses à la question relative à la peur de transmission de sa pathologie à son (ou ses) partenaire(s) depuis l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124).....	81
Tableau 15 : Comparaison du score ASEX selon la présence ou non d'une détresse psychologique caractérisée objectivée par le score GHQ-12 dichotomisé (N=124).....	82
Tableau 16 : Comparaison du score ASEX selon le statut en couple ou non des patientes (N=123).....	83
Graphique 13 : Histogramme représentant les résultats du score ASEX dichotomisé selon le statut en couple ou non des patientes (N=123).....	84

I- Introduction

Le cancer du col de l'utérus concerne aujourd'hui en France **3000 nouveaux cas par an** et est responsable de **1100 décès par an**. On estime que 90% des cancers du col de l'utérus sont évitables.(1) Ce cancer est l'un des seuls dont le pronostic se dégrade, avec un taux de survie à 5 ans en diminution : le taux de survie à 5 ans est de 63 % pour la période allant de 2010 à 2015 alors qu'il était de 68 % sur la période allant de 1989 à 1993.(2)

C'est un cancer qui touche principalement la **femme jeune**, l'âge médian au diagnostic étant de 53 ans. L'âge moyen de décès par cancer du col utérin est de 64 ans.(2)

1- Physiopathologie – infection à papillomavirus humain

Ce cancer est attribuable dans près de 100% des cas aux **13 souches dites « à haut risque oncogène » de papillomavirus humain** (figure 1) : 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 58, 39, 51, 56, 59 et 68.(1,3)

Le papillomavirus est l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente et on estime que 80% de la population féminine et masculine sera exposée à ce virus au moins une fois dans sa vie.(4)



Figure 1 : Lien entre HPV et cancer – Source : HPV.fr

Les papillomavirus humains infectent les cellules épithéliales de la peau ou des muqueuses.(5)

L'existence et la pathogénicité de ce virus est méconnue par la population générale.(6)

Cette infection est le plus souvent totalement asymptomatique, et dans la majorité des cas, l'organisme élimine ces papillomavirus naturellement, en 1 à 2 ans (phénomène de clairance virale). Au niveau génital, certaines souches d'HPV (comme le 6 et le 11) peuvent donner des condylomes (ou « verrues génitales »), lésions bénignes mais contagieuses. Pour les souches à potentiel oncogène, lorsque l'infection persiste (moins de 10% des cas), des lésions précancéreuses peuvent apparaître et éventuellement évoluer, en 10 à 20 ans, en un authentique cancer du col de l'utérus (figure 2).(4,7)

La persistance de l'infection à papillomavirus peut être favorisée par un tabagisme actif ou une immunodépression (constitutionnelle, liée à une infection au VIH ou médicamenteuse) qui occasionnent une baisse de la clairance virale.(8)

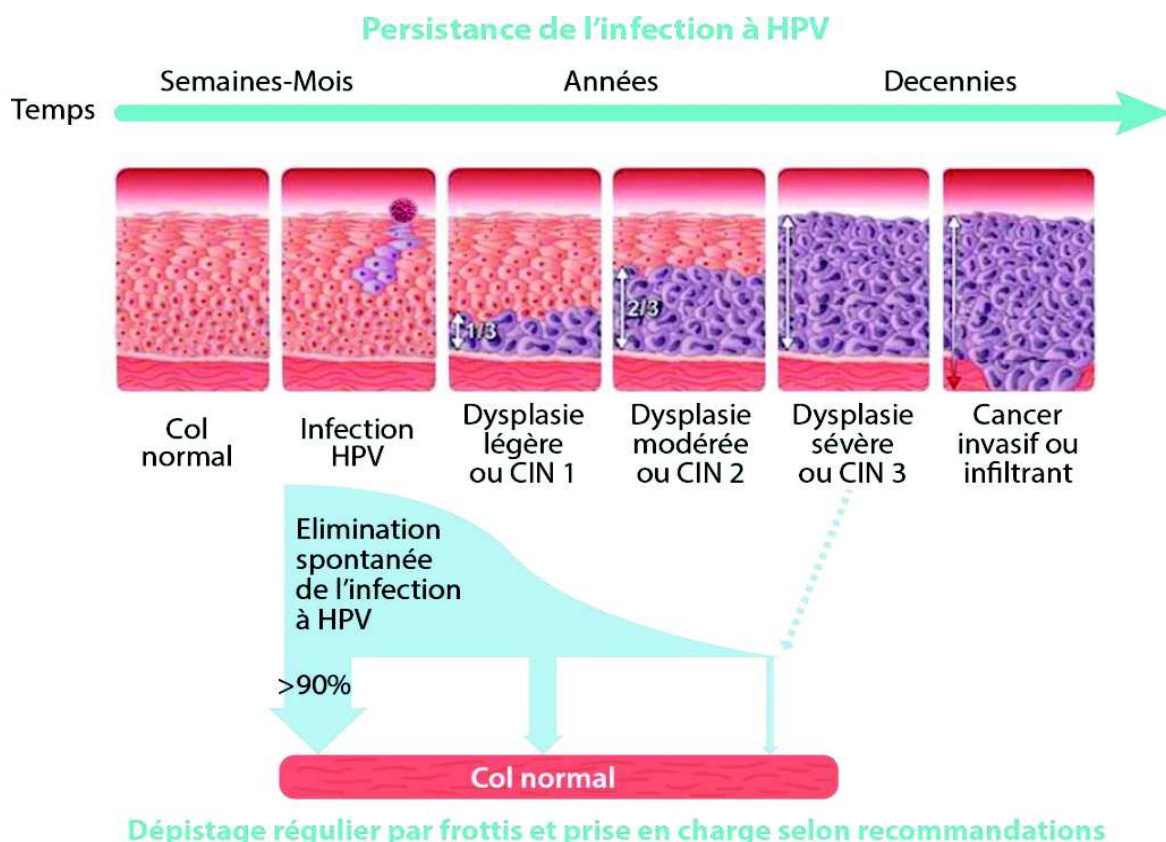


Figure 2 : Développement du cancer du col de l'utérus – Source : MEDIPATH

Il est important de noter que le papillomavirus peut être en cause dans d'autres localisations de cancers, notamment de la sphère ORL et génitale, masculine et féminine (figure 3).(8)

Plus de 6000 cancers sont dus chaque année aux papillomavirus en France (≈ 2% des cancers)

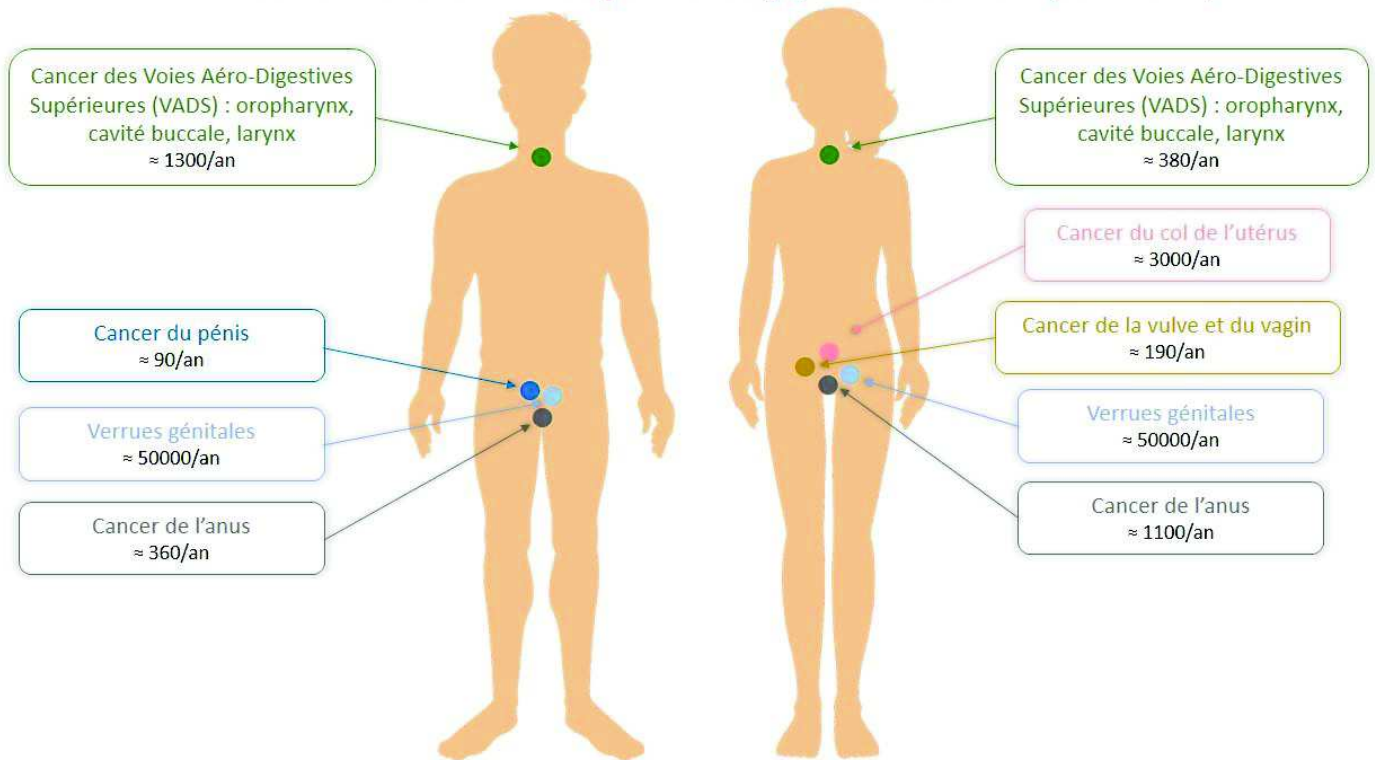


Figure 3 : Localisations des cancers HPV-induits – Source : cancer-environnement.fr

2- Prévention primaire : la vaccination contre l'HPV

Un moyen de prévention primaire existe : **la vaccination**, qui protège dans sa dernière version (**GARDASIL-9®**) contre 9 souches de papillomavirus : 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, notamment en cause dans 90 % des cancers du col de l'utérus, 80 % des cancers de l'anus et 90 % des verrues ano-génitales (condylomes).(4)

Gardasil® :

- vaccination débutée entre 11 et 13 ans révolus : 2 doses espacées de six mois : M0, M6.
- vaccination débutée entre 14 et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.
- vaccination pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.

Cervarix® :

- vaccination débutée entre 11 et 14 ans révolus : 2 doses espacées de six mois : M0, M6.
- vaccination débutée entre 15 et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois : M0, M1, M6.

Gardasil 9® :

- vaccination débutée entre 11 et 14 ans révolus : 2 doses espacées de six à treize mois.
- vaccination débutée entre 15 et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.
- vaccination pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.

Toute nouvelle vaccination doit être initiée avec le vaccin Gardasil 9® pour les jeunes filles, jeunes femmes et jeunes hommes non antérieurement vaccinés.

Figure 4 : Schéma vaccinal HPV – Source : Vaccination-info-services 2020

Malheureusement, cette couverture vaccinale est largement insuffisante en France, avec seulement 23,7% de la population féminine vaccinée. **Depuis le 1^{er} Janvier 2021, le vaccin contre l'HPV est désormais recommandé pour tous, hommes et femmes, de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible entre 15 et 19 ans (figure 4).(4,9)**

Pour les personnes non antérieurement vaccinées, il est recommandé d'initier un schéma à l'aide du GARDASIL-9®.(10) Pour les schémas déjà débutés, il est recommandé de terminer le schéma vaccinal avec la spécialité de vaccin avec laquelle il a été débuté, CERVARIX® ou GARDASIL®.(10) Il est à noter que le GARDASIL®, quadrivalent, n'est plus commercialisé depuis fin 2020.(11)

Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, le rattrapage de vaccination est étendu jusque 26 ans selon le même schéma.(12)

Chez les personnes immunodéprimées non vaccinées antérieurement, le HCSP a recommandé en 2017 que la vaccination contre les infections à papillomavirus humains puisse être initiée selon les mêmes modalités.(12)

Il est important de rappeler que **le port de préservatifs ne protège que partiellement** contre la transmission de ce virus, qui est de très petite taille, de l'ordre de 55nm. En effet, il se transmet par les relations sexuelles mais également par les simples contacts entre muqueuses (lors de préliminaires par exemple). Le port du préservatif n'en reste pas moins recommandé, protégeant partiellement contre le papillomavirus, mais également, et de manière très efficace, contre les autres infections sexuellement transmissibles.(7)

3- Prévention secondaire : le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus en France

a. Dépistage organisé

Le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus est une pierre angulaire dans la lutte contre le cancer du col utérin. Ce dernier a bénéficié de **nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé en Mai 2018** et s'inscrit désormais dans un **Programme National de Dépistage Organisé**, qui est en cours de mise en place sur l'ensemble du territoire français, et notamment en Seine-Maritime.(13)

Le dépistage était jusqu'alors basé sur une analyse cytologique, instauré dans la majorité des pays industrialisés entre 1960 et 1970.(3) Ce dépistage était organisé en France depuis 2010 et consistait en une **analyse cytologique sur frottis cervico-utérin**, à réaliser initialement à 2 reprises à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans en cas de normalité.(1)

La sensibilité de cette analyse cytologique pour la détection d'anomalies de haut grade du col est mauvaise, évaluée entre 51 et 53% et sa spécificité se situe entre 96 et 98%.(14)

Les résultats de l'analyse cytologique sont interprétés selon les critères de Bethesda de 2001, qui permettent d'évaluer le caractère interprétable de l'examen. Puis, en cas d'atypies, ces anomalies sont classées comme suit (figure 5).(15)

<u>Nomenclature officielle</u>	<u>Anciennes dénominations, anomalies anatomopathologiques</u>
Anomalies des cellules malpighiennes (exocervicales)	
ASC-US	
ASC-H	
LIEBG	LSIL, koïlocytes, dysplasie légère, CIN1
LIEHG	HSIL, dysplasies modérées à sévères, CIS, CIN2 et CIN3
Carcinome malpighien (épidermoïde)	
Anomalies des cellules glandulaires (endocervicales)	
AGC	
Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie	
AIS	
Adénocarcinome	

Figure 5 : Classification des anomalies cytologiques des frottis cervico-utérins – Source : HAS 2002

Du fait de la mauvaise sensibilité de ce test cytologique, paramètre important pour définir un test de dépistage, les autorités scientifiques ont dû trouver une alternative plus efficace à ce système. De plus, le taux actuel de **couverture du dépistage organisé est médiocre**, mesuré à 58,7% entre 2015 et 2017 par Santé Publique France.(16)

Plus de 60% des cancers du col de l'utérus diagnostiqués chaque année le sont dans un contexte d'absence ou d'insuffisance de dépistage (intervalle de dépistage supérieur à 3 ans).(17)

La **recherche de papillomavirus oncogènes sur prélèvement cervico-vaginal** a été largement étudiée et est rapidement apparue comme une alternative intéressante, désormais recommandée dans de nombreux pays comme moyen de dépistage du cancer du col de l'utérus :

- Sa sensibilité pour la détection de lésions classées CIN2 est calculée à 97,1%, contre 76,6% pour l'analyse cytologique ($p < 0,002$). (18,19) Sa sensibilité est également meilleure de 30% pour la détection des anomalies de haut grade CIN3 par rapport à l'analyse cytologique. (20,21) Sa valeur prédictive négative à 5 ans est 4 fois supérieure à celle de l'analyse cytologique. (20) Ce test permettrait donc de **dépister des formes plus précoces et en plus grand nombre** (figure 6).

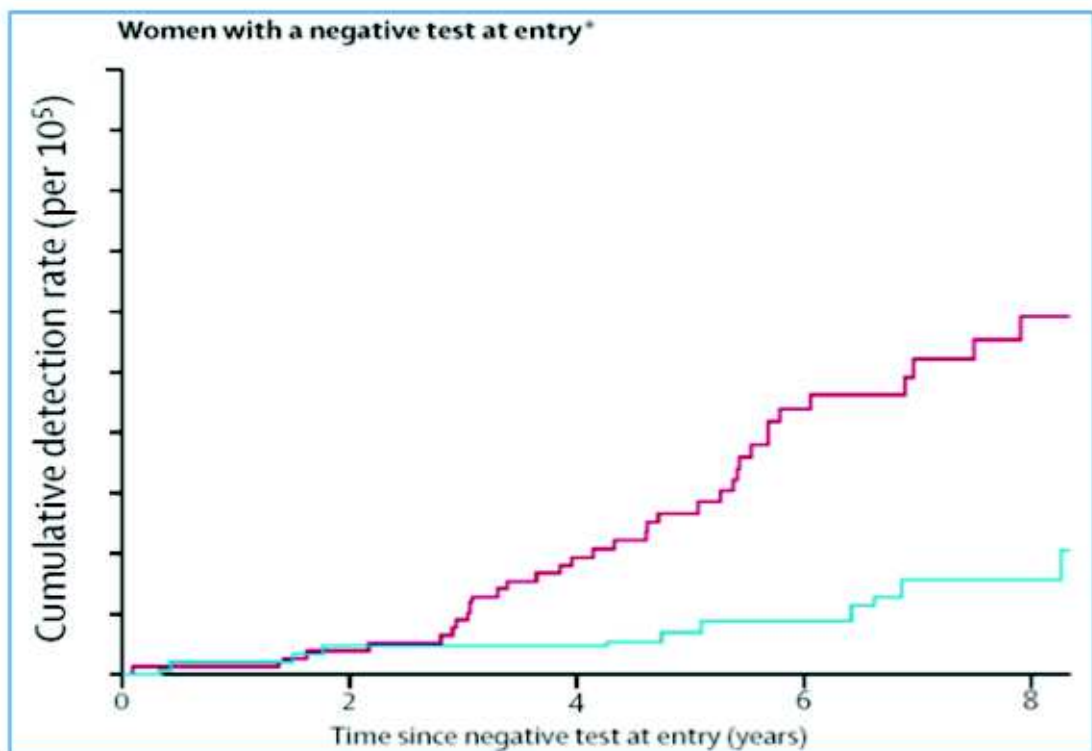


Figure 6 : Nombre de cancers invasifs pour 100 000 femmes dépistées (taux de détection cumulé) et dont le test de dépistage réalisé lors de la 1^{re} vague était négatif (courbe bleue : patientes dépistées par test HPV-HR ; courbe rouge : patientes dépistées par examen cytologique) – Source : Ronco et al. 2014

- Mais sa **spécificité est faible** puisqu'un test positif pour un papillomavirus oncogène n'amène que dans 5 à 15% des cas à diagnostiquer une lésion CIN3. (3)

Afin d'améliorer la spécificité de ce test, la HAS a décidé de :

- **Ne débuter les tests virologiques à la recherche d'HPV-HR qu'à partir de 30 ans** afin d'éviter des surdiagnostics et des surtraitements potentiellement inutiles. En effet, le pic d'infection au papillomavirus se situe autour de 23 ans et la clairance du virus à ces âges est excellente (figure 7).

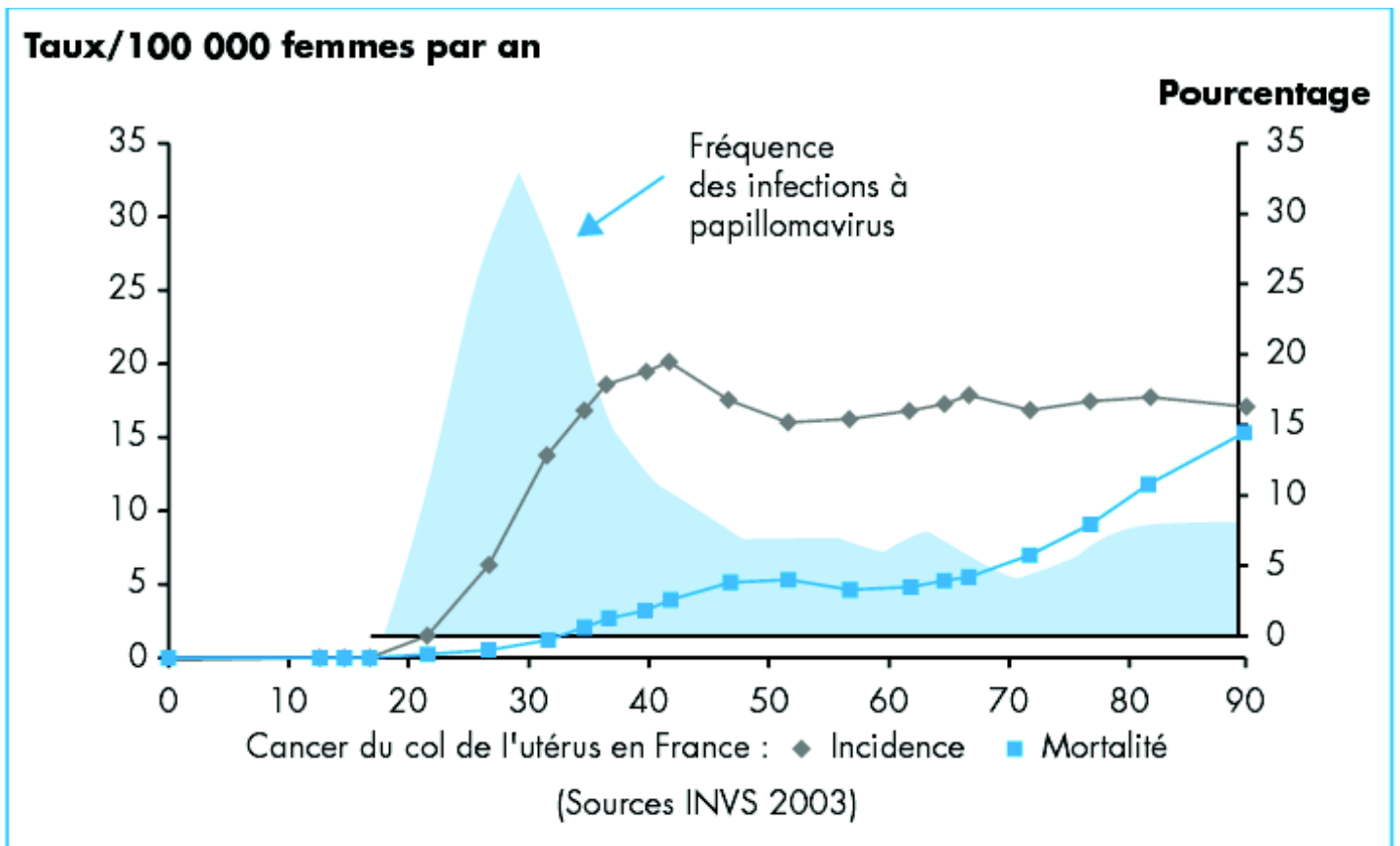


Figure 7 : Comparaison de la fréquence des infections à HPV, de l'incidence et de la mortalité des cancers du col utérin selon l'âge - Source : INVS 2003

- Le test de dépistage ne doit **rechercher que les souches de papillomavirus à haut risque oncogène**. En France, 16 réactifs sont utilisés pour réaliser ces tests et détectent entre 3 et 35 génotypes différents des HPV à potentiel oncogène. Les génotypes les plus fréquemment retrouvés, impliqués dans la cancérogenèse et donc toujours recherchés sont les génotypes 16, 18 et 45. La technique de détection virale privilégiée par la HAS est la PCR.(3)

- En cas de positivité du test virologique, il est recommandé de réaliser une **cytologie réflexe** sur ce même prélèvement et en cas de normalité de ce dernier, de renouveler la recherche de papillomavirus oncogène un an plus tard. En cas de persistance de l'HPV à potentiel oncogène à un an, des explorations complémentaires seront alors demandées du fait de l'augmentation du risque absolu de lésion du col de l'utérus en cas de persistance du virus à 1 an.

De plus, selon une évaluation médico-économique réalisée par l'InCa en 2016, avec le changement des modalités de dépistage en faveur du test HPV-HR, on estime pouvoir atteindre une diminution de 22,5% des décès par cancer du col, et selon les calculs, les dépenses de santé pourraient être diminuées de 219 millions d'euros pour 10 000 femmes dans les années à venir.(3)

La HAS a donc émis un avis favorable en 2019 à la mise en place de ce **test HPV-HR en dépistage primaire**, au vu des nombreuses données de la littérature en faveur de l'efficacité de ce test. Ils estiment que ce changement de dépistage pourrait diminuer de 60 à 70% l'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus.(3)

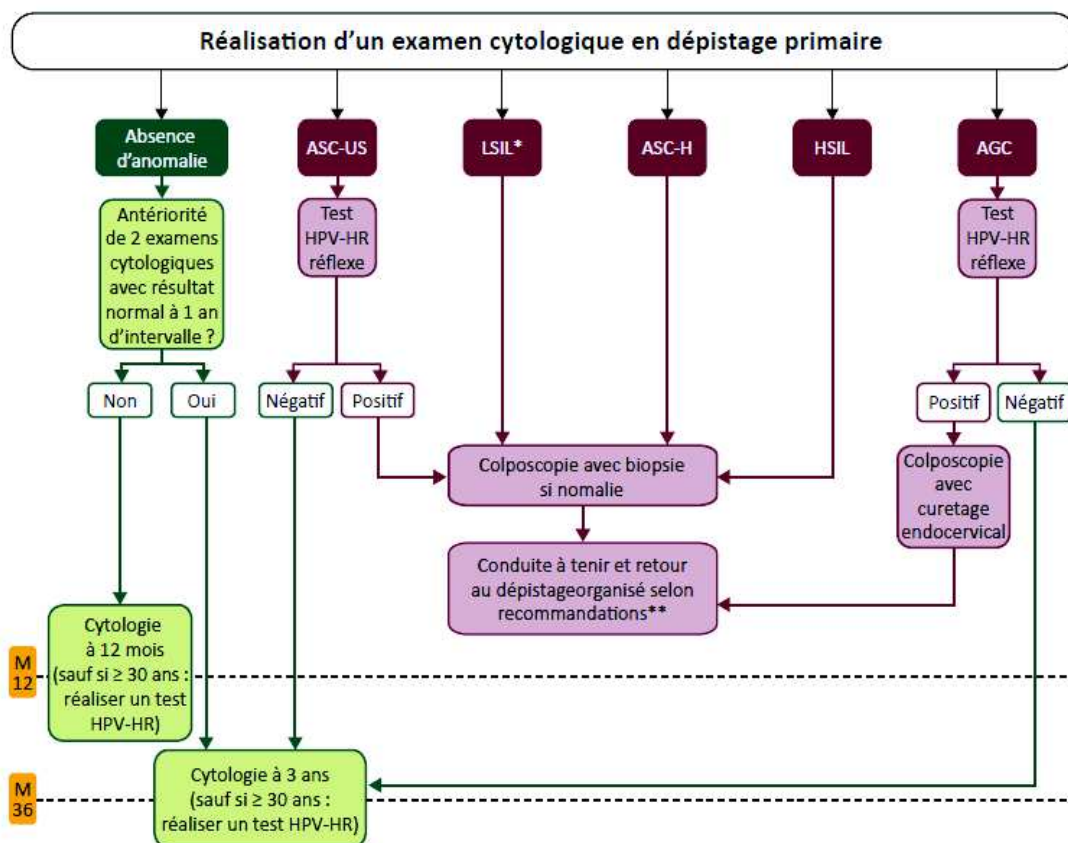
Ce dépistage organisé s'adresse à **toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans**, ayant déjà eu des rapports sexuels, qu'elles soient vaccinées ou non contre l'HPV, soit 17 millions de femmes. Le programme national de dépistage vise à augmenter le taux de participation au dépistage de 20 points pour atteindre 80 % et à réduire de 30 % l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus à 10 ans.(2)

Le dépistage est désormais **pris en charge à 100%, sans aucune avance de frais nécessaire**, pour tenter de favoriser son accès pour toutes.(2)

Depuis Mai 2018, il est donc désormais recommandé de réaliser :

- ❖ avant 30 ans : un dépistage cytologique, selon les mêmes modalités qu'antérieurement : une **analyse cytologique réalisée sur un prélèvement par frottis cervico-utérin tous les 3 ans** après 2 résultats initiaux réalisés à 1 an d'intervalle normaux (figure 8) ;

FEMMES DE 25 À 29 ANS



Option : en cas de résultat ASC-US ou L-SIL, il est possible de réaliser un double immunomarquage p16/k167 en test de triage.

- En cas de résultat positif une colposcopie sera réalisée.
- En cas de résultat négatif une cytologie devra être réalisée 12 mois plus tard (ou un test HPV-HR si la femme a 30 ans ou plus).

Autre situation rencontrée moins fréquemment : l'adénocarcinome in situ (AIS)

Un diagnostic d'adénocarcinome in situ (AIS) sur cytologie doit conduire à une exérèse cylindrique et à un curetage endocervical pour examen histologique.**

* En cas d'impossibilité de réaliser une colposcopie ou un double immunomarquage, une cytologie peut être proposée à 12 mois avec un contrôle à 24 mois. Dès la 2^e anomalie à la cytologie, la colposcopie devient indispensable.

** Se référer aux recommandations de l'Institut national du cancer : « Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale », Thésaurus, Collection recommandations et référentiels, INCa, décembre 2016. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Conduite-a-tenir-devant-une-femme-ayant-une-cytologie-cervico-uterine-anormale>

Figure 8 : Algorithme de dépistage primaire pour les femmes de 25 à 30 ans – Source : INCa 2021

- ❖ de 30 à 65 ans : une **analyse virologique (test à la recherche d'un HPV-HR)**, réalisée à partir d'un prélèvement par frottis cervico-utérin, prélèvement sur lequel une analyse cytologique réflexe doit être réalisée, en cas de présence d'un ou de plusieurs des papillomavirus à haut risque oncogène. Cette analyse doit être renouvelée **tous les 5 ans** en cas de négativité du test.

En cas de test HPV-HR positif, des examens complémentaires (coloscopie +/- biopsie(s) ciblée(s)) sont nécessaires si l'analyse cytologique est anormale. En revanche, en cas de test HPV-HR positif avec une analyse cytologique réflexe normale, il est recommandé de renouveler le test virologique à un an et si celui-ci reste positif, des examens complémentaires (coloscopie +/- biopsie(s) ciblée(s)) sont indiqués, quel que soit le résultat de l'analyse cytologique réflexe (figure 9).(13)

FEMMES DE 30 À 65 ANS

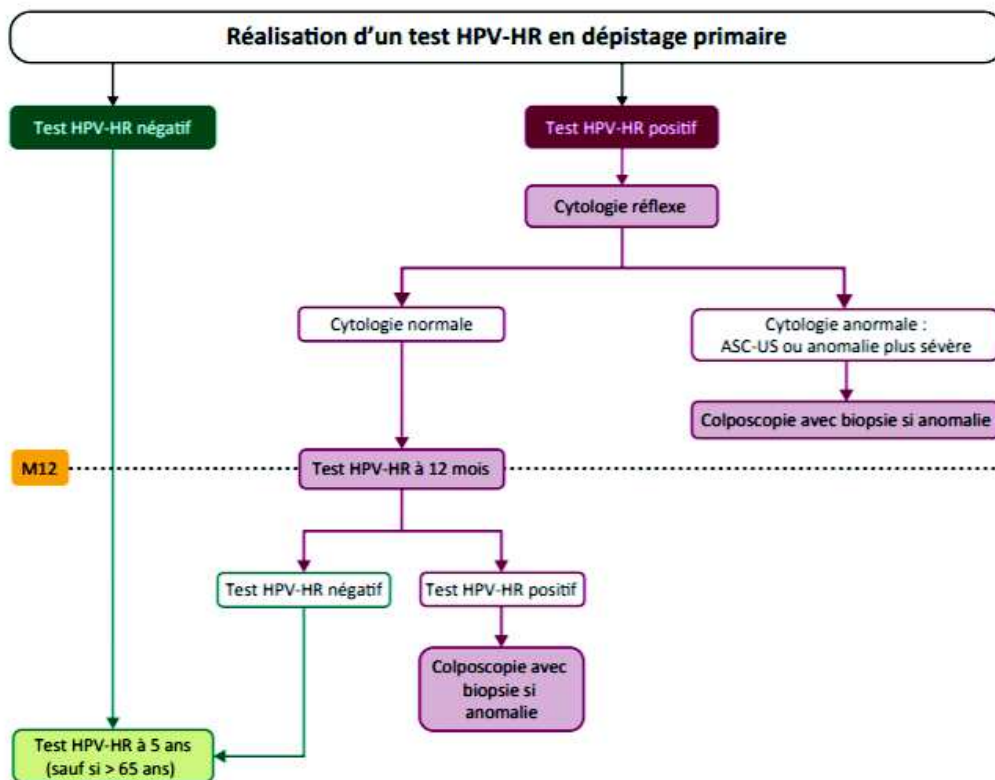


Figure 9 : Algorithme de dépistage primaire pour les femmes de 30 à 65 ans – Source : INCa 2021

Ne sont pas éligibles au dépistage organisé (22) :

- les femmes de moins de 25 ans et de plus de 65 ans,
- les femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels,
- les femmes ayant des signes fonctionnels ou cliniques faisant suspecter un cancer du col de l'utérus (elles relèvent d'un examen immédiat à visée diagnostique avec biopsie ciblée),
- les femmes ayant eu un traitement conservateur (cryothérapie, vaporisation laser, conisation au bistouri à froid ou au laser, résection à l'anse diathermique...) pour une lésion précancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus (elles bénéficient d'un suivi spécifique),
- les femmes ayant une absence de col de l'utérus, soit acquise (hystérectomie totale), soit congénitale (syndrome de Mayer Rokitansky Küster Hauser).

b. Dépistage individuel

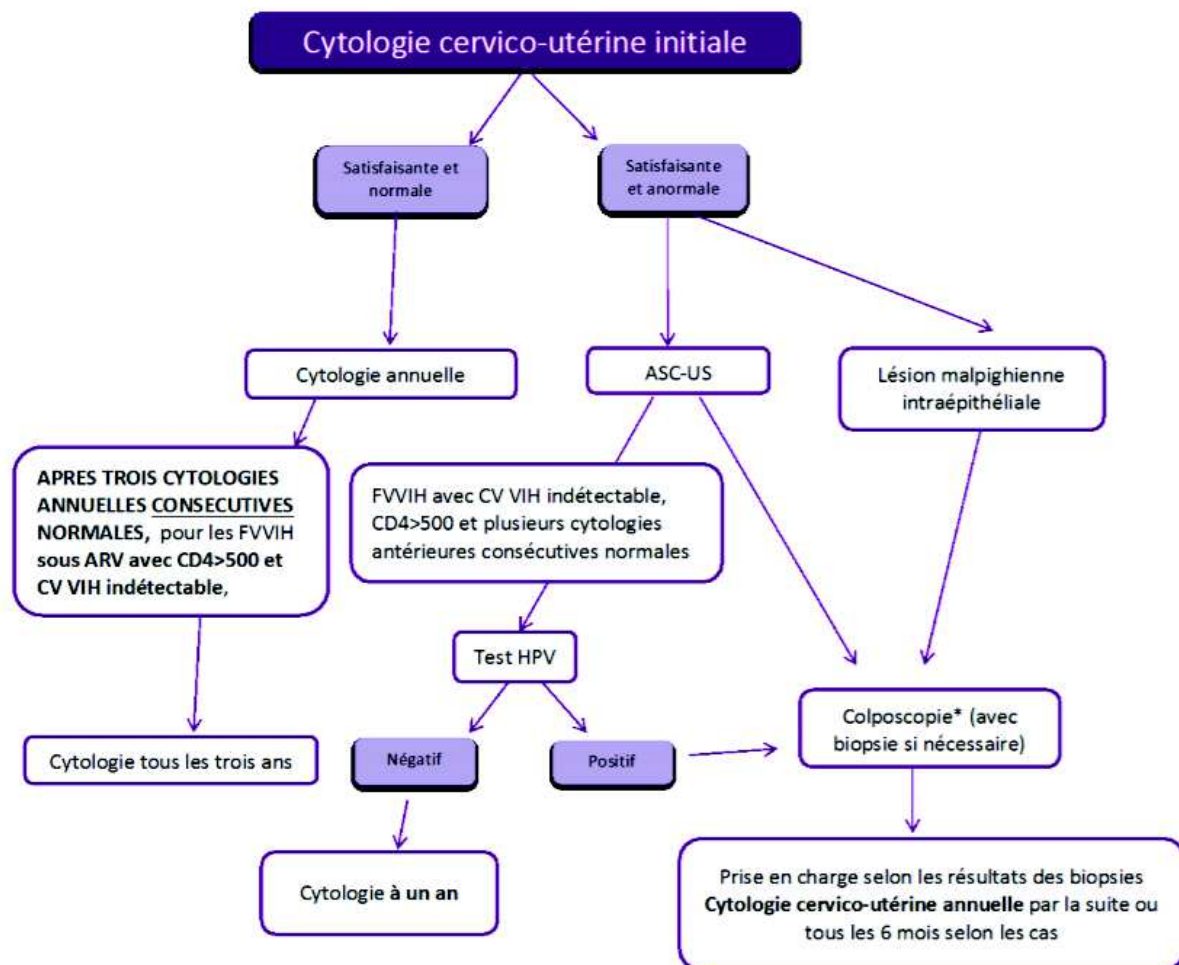
Les femmes ayant une **immunodépression**, acquise ou constitutionnelle, telle que l'infection au VIH (même avec une charge virale négative), une prise de traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur ou d'une corticothérapie au long cours, font l'objet d'un dépistage spécifique et adapté, qui peut être débuté plus tôt.

- ❖ De manière générale dans ces cas spécifiques d'immunodépression, le dépistage doit être personnalisé, et selon un avis d'experts lors d'un récent congrès de la SFCPCV, une **analyse cytologique sur frottis cervico-utérin annuelle**, doit être préférée, à réaliser dès le début de l'immunodépression et à poursuivre à vie ou tant que l'immunodépression persiste.

Une analyse cytologique est dans ces cas préférée car l'utilisation d'un test HPV-HR en dépistage primaire, retrouverait de trop nombreux positifs chez ces patientes chez qui la clairance virale est moindre et ceci engendrerait de nombreuses explorations supplémentaires souvent inutiles. L'analyse cytologique, moins sensible mais plus spécifique, doit donc ici être préférée en dépistage.(23)

❖ Pour les patientes ayant une infection au VIH, le rapport MORLAT en Août 2017 a proposé un calendrier de suivi global.(24) Concernant le dépistage du cancer du col utérin, il y est recommandé de réaliser (figure 10) :

- En cas d'absence d'antécédent de frottis cervico-utérin anormal (LIEBG ou LIEHG) et en cas de cytologie initiale normale :
 - Une cytologie annuelle pendant 3 ans,
 - Puis, en cas de cytologies normales, si la charge virale du VIH est contrôlée et le taux de CD4>500/mm³, une cytologie tous les 3 ans ;
- Dans tous les autres cas : une cytologie annuelle.



*Colposcopie systématique chez les FVVIH avec un taux de CD4<200/mm³

Figure 10 : Arbre décisionnel du dépistage du cancer du col de l'utérus et de la prise en charge en cas d'anomalie cytologique, chez les femmes vivant avec le VIH – Source : cns.sante.fr

Ce dépistage chez les femmes vivant avec une infection au VIH doit être **débuté dès le diagnostic de la séropositivité, ou à partir d'un an après les premiers rapports sexuels** pour les patientes infectées en périnatal. Il devra être **poursuivi au-delà de 65 ans**. Toute anomalie cytologique cervico-utérine doit, chez ces patientes porteuses du VIH, conduire à un examen du canal anal, l'existence d'une lésion du col utérin étant un facteur de risque de lésion anale.(24)

- ❖ Enfin, les femmes exposées in utero au Distilbène® (« filles DES ») ont un risque augmenté d'adénocarcinome à cellules claires du col utérin et du vagin. Il est donc recommandé chez ces patientes d'effectuer une **surveillance par analyse cytologique annuelle, par frottis du col et du vagin, même après 65 ans et même après hystérectomie, quelle qu'en soit l'indication.**(25)

c. Méthodes de prélèvement

Le **prélèvement par frottis du col utérin** (identique pour réaliser une analyse cytologique ou virologique) est un examen simple, réalisé en consultation lors d'un examen au spéculum, à l'aide d'une cytobrosse et envoyé au laboratoire **en phase liquide** (figure 11). C'est un examen qui est inconfortable mais indolore, dont l'acceptabilité par les patientes est généralement bonne.(26) Ce prélèvement peut être réalisé par un gynécologue, une sage-femme, un médecin généraliste ou sur prescription médicale dans certains laboratoires de biologie médicale.(22)

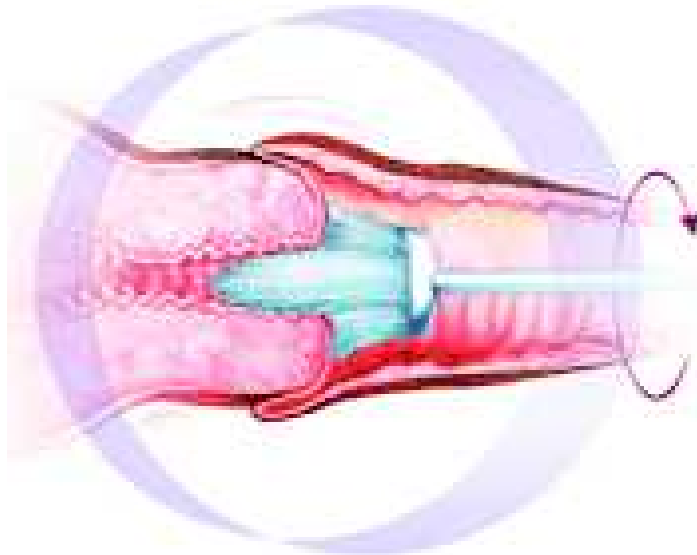


Figure 11 : Schéma du déroulement d'un frottis du col utérin – Source : vacciweb.be

Selon les nouvelles recommandations, la possibilité de réaliser des **auto-prélèvements** vaginaux en laboratoire doit désormais être proposée à partir de 30 ans aux femmes non ou insuffisamment dépistées, pour tenter de faciliter leur accès au dépistage. Ces prélèvements sont aussi sensibles et légèrement moins spécifiques que les prélèvements par frottis du col utérin.(3) En revanche, en cas de positivité du test HPV-HR, l'analyse cytologique ne peut pas y être réalisée, nécessitant alors un nouveau prélèvement, cette fois par frottis cervico-utérin.

4- La colposcopie

Quelles que soient les recommandations de dépistage appliquées, l'examen colposcopique est un **élément clé** dans la prise en charge des patientes. Cet examen colposcopique doit être réalisé, selon l'INCa, en cas de cytologie cervico-utérine anormale, et désormais en cas de test virologique montrant un papillomavirus oncogène persistant sur un 2^e prélèvement cervico-utérin à un an (même en cas de cytologie réflexe normale).(27) Il est également utilisé dans le cadre de la surveillance post-thérapeutique de lésions cervicales, vaginales et vulvaires.

La colposcopie est un **examen du col utérin et de la filière génitale, réalisé à l'aide d'une loupe binoculaire appelée colposcope** (figure 12), aidé par l'application successive de deux colorants : l'acide acétique et le lugol. Il permet, lorsque cela est nécessaire, de réaliser une ou des biopsie(s) ciblée(s) afin d'obtenir un diagnostic histologique, plus précis que l'examen cytologique, et d'indiquer d'éventuels traitements.(28) Les biopsies sont généralement indolores et peu ressenties par les patientes.

L'existence et le déroulé de cet examen sont méconnus par la population générale, ce qui engendre une anxiété chez les patientes lorsqu'il est prescrit.

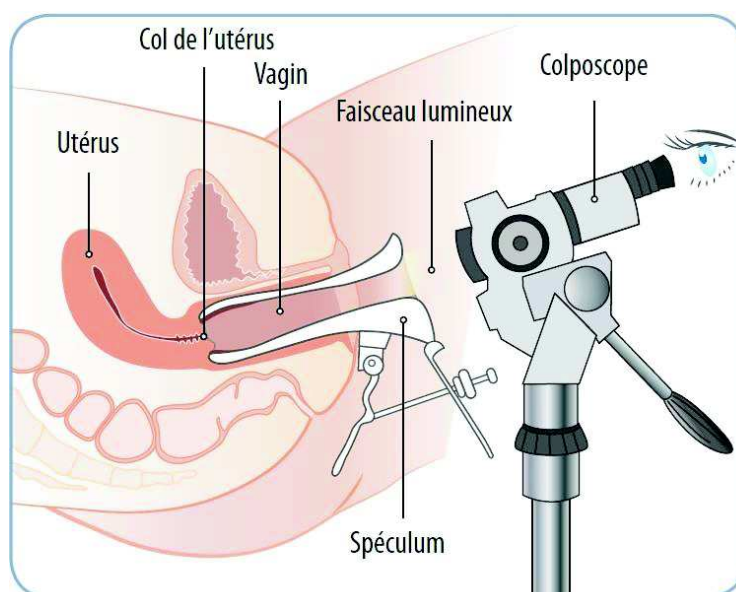


Figure 12 : Schéma du déroulement d'une colposcopie – Source : chu-clermontferrand.fr

5- Conséquences de l'annonce d'un résultat anormal de frottis cervico-utérin

a. Impact psychologique d'un résultat anormal de frottis

L'utilité du dépistage par frottis du col utérin est souvent méconnue des patientes, qui ne s'attendent pas à ce que leur résultat soit anormal et ne savent pas ce que ce résultat implique.(29)

De nombreuses études, menées dans plusieurs pays du monde, démontrent que l'annonce d'un résultat anormal de frottis cervico-utérin engendre bien souvent **anxiété, altération de la qualité de vie, troubles de la concentration, troubles du sommeil et des activités quotidiennes, et symptômes dépressifs.**(30–36) De plus, cette anxiété liée à une mésinformation, semble être un facteur de mauvaise adhérence au suivi.(37) Une étude allemande a même retrouvé en 2020, que 28% des patientes interrogées qui avaient eu au moins un résultat anormal de frottis cervico-utérin dans leur vie, ont développé à la suite de l'annonce, un **authentique stress post traumatique.**(38)

Cette anxiété générée semble être souvent mise en relation par les patientes avec le fait de se savoir porteuse d'un **papillomavirus contagieux** et par la méconnaissance de ce virus et de sa pathogénicité.(29,36,39–41)

Cet impact psychologique de l'annonce d'un résultat de frottis cervico-utérin anormal a été finalement peu étudié en France. Or on sait que les modalités de prise en charge et de dépistage, ainsi que les attentes de la population, diffèrent selon les pays. En effet, nous n'avons retrouvé qu'une seule étude française bien menée sur le sujet. Il s'agissait de l'étude

de Monsonego et al. de 2011, menée en France, au Portugal et en Espagne. Les auteurs ont recueilli 765 auto-questionnaires auprès de patientes attendant dans la salle d'attente la réalisation d'une colposcopie. Les réactions majoritaires des patientes à la réception d'un résultat anormal de frottis cervico-utérin étaient l'anxiété, la panique et l'angoisse. La France se plaçait dernière des trois pays étudiés, en ce qui concerne la **satisfaction de l'information** reçue par les patientes. Les patientes avaient l'air plus rassurées lorsque l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin était faite par téléphone.(42)

En 2020, une méta-analyse de McBride et al. a bien montré que l'annonce d'un résultat de frottis cervico-utérin anormal est source d'anxiété, de nombreux questionnements chez les femmes, génère souvent des sentiments de honte et de dégoût, ainsi qu'une **peur de développer un cancer**.(43)

b. Impact sur la qualité de vie sexuelle d'un résultat anormal de frottis

Au-delà de cette anxiété générée, la qualité de vie globale des patientes à la suite de l'annonce d'un résultat anormal de frottis cervico-utérin, semble altérée.(34)

Dans ce contexte d'**altération de la qualité de vie**, la question d'une éventuelle altération de la qualité de vie sexuelle se pose.

La littérature est divergente à ce sujet car certaines études ne retrouvent pas d'impact significatif.(44) Néanmoins, de nombreuses études retrouvent effectivement un impact, principalement mis en relation par les patientes avec la **notion de contagiosité du papillomavirus**. Ont été principalement observés : une **diminution du désir sexuel, mais également une altération de l'estime de soi, une culpabilité, un évitement transitoire des rapports sexuels, une diminution de l'excitation, une dégradation de l'expérience génitale et de l'expérience orgasmique, et une diminution de la satisfaction des rapports** directement liée au fait de se savoir porteuse d'un papillomavirus contagieux.(45–51)

Des **supports informatifs fiables** à destination des patientes existent pourtant, mais sont méconnus du grand public, et leur lecture semble peu souvent recommandée par les praticiens qui annoncent le résultat de frottis cervico-utérin anormal. Ces supports sont principalement ceux disponibles sur le site de la Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale et ceux de la HAS.(28,52)

II- Problématique de l'étude – justification du travail

Le projet de l'étude COLANX est parti d'un constat réalisé en pratique clinique : les patientes arrivent souvent très anxieuses et pleines d'interrogations en consultation de colposcopie, adressées à la suite d'un résultat de cytologie cervico-utérine anormal et se plaignent régulièrement d'une insuffisance d'informations fiables fournies quant au résultat anormal de leur examen de dépistage.

En effet, un résultat de dépistage anormal évoque immédiatement aux patientes la notion de cancer et de risque vital.(37) De plus, le lien singulier de cette pathologie avec un virus, éveille une peur supplémentaire de contagiosité, avec un lien trop souvent fait avec les infections sexuellement transmissibles classiques (telles que le *Chlamydia trachomatis*, le gonocoque, le VIH, ...).(39) Enfin, **cette pathologie imperceptible, invisible et totalement asymptomatique dans la plupart des cas est la source de nombreuses angoisses, qui pourraient à notre sens, être amoindries par une meilleure information des patientes.**

La problématique que rapportent souvent les praticiens formés en colposcopie est la suivante : un résultat de frottis cervico-utérin anormal reflète un risque significatif de retrouver une réelle lésion pré-cancéreuse mais l'examen colposcopique n'a pas de nécessité d'être réalisé en urgence, le risque de transformation cancéreuse de ces lésions étant à long terme, à l'échelle de plusieurs années le plus souvent. Les rendez-vous de colposcopie sont donc souvent donnés avec un **délai de plusieurs semaines ou mois**, période pendant laquelle la patiente est anxieuse, désireuse d'informations fiables qu'elle peine souvent à trouver auprès des différents supports à sa disposition.

Comment peut-on donc réduire l'anxiété générée pendant cette attente entre le résultat de frottis cervico-utérin anormal et le rendez-vous de colposcopie ? Une amélioration de la prise en charge permettrait-elle d'améliorer le vécu des patientes et leur **adhérence** aux suivis et traitements proposés ?

L'annonce d'un portage du papillomavirus à haut risque oncogène, qui devient de plus en plus fréquente avec les nouvelles modalités de dépistage, pose également question. En effet, cette annonce d'infection latente au papillomavirus, génère chez les patientes une anxiété supplémentaire.(36,53)

Il nous a donc paru intéressant de chercher à prouver que nos patientes, convoquées pour une colposcopie à la suite d'un résultat anormal de frottis cervico-utérin, présentent une **anxiété significative impactant sur leur qualité de vie personnelle et sexuelle**. Il est donc apparu également intéressant en pratique clinique de comprendre quels facteurs (psycho-sociaux, modalités d'annonce, nature du résultat fourni, ...) influent sur cette anxiété générée. Enfin, nous souhaitons analyser si réellement les patientes étaient **demandeuses d'une information fiable délivrée** dans l'attente du rendez-vous de colposcopie, et si oui sur quels thèmes et sous quelle forme.

Nous avons, pour ce faire, souhaité recueillir des **auto-questionnaires remplis par les patientes, visant à évaluer leur vécu de la situation et leurs attentes**.

III- Patientes et méthodes

1- Elaboration de l'étude

Nous avons mené une **étude multicentrique**, réalisée auprès de praticiens colposcopistes volontaires, travaillant dans des établissements publics, des cliniques privées et des cabinets libéraux de Seine-Maritime. Les praticiens n'ont pas été rémunérés pour leur contribution à l'étude. Les médecins colposcopistes ayant contribué au recueil des données sont : Docteur Anne DAUTREPPE gynécologue libérale à Yvetot, Docteur Eulalie DESNYDER gynécologue au Centre Hospitalier du Belvédère, Docteur Nadine DJIVA gynécologue libérale à Belbeuf, Docteur Emilie GERBRON gynécologue remplaçante sur le département de Seine-Maritime, Docteur Pauline JORDA gynécologue au Centre Henri Becquerel à Rouen, Docteur Anne LEFEBURE gynécologue au CHI d'Elbeuf, Docteur Maria LETAILLEUR gynécologue au CHU de Rouen, Docteur Nadia SIMONET gynécologue à la Clinique Saint Antoine à Bois-Guillaume. Les questionnaires étaient recueillis par les différents praticiens et étaient régulièrement récoltés par nos soins. Une fiche informative, à destination des médecins participants à l'étude, leur a été remise (annexe 1).

Le promoteur de l'étude était le Centre Henri Becquerel de Rouen.

Le synopsis de cette **étude COLANX** a été validé par le Comité de Protection des Personnes.

Des **auto-questionnaires anonymes** (annexe 2) ont été proposés à des patientes, **le jour de la consultation de colposcopie**, lorsque celles-ci étaient adressées pour un premier résultat de frottis cervico-utérin anormal, évoquant une lésion pré-cancéreuse du col de l'utérus. Ce questionnaire était délivré aux patientes par le médecin colposcopiste au décours de la consultation de colposcopie, après avoir recueilli leur accord oral pour leur participation à

l'étude. Les patientes étaient alors invitées à remplir le questionnaire en salle d'attente, sur place, et à le remettre directement au praticien avant leur départ. Le praticien notait au préalable sur le questionnaire la classification du résultat du frottis cervico-utérin motivant la consultation et s'il avait réalisé ou non une (ou des) biopsie(s) lors de la colposcopie. Aucune donnée nominative n'a été recueillie afin de respecter l'**anonymat** des patientes.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'impact psychologique de l'annonce d'un résultat de frottis cervico-utérin anormal.

Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer l'existence d'un **impact sur la qualité de vie sexuelle de l'annonce d'un résultat de frottis cervico-utérin anormal**, la satisfaction des femmes répondeuses sur le plan de la vie sexuelle depuis l'annonce du frottis anormal, la présence ou non de réticences à avoir des rapports sexuels depuis l'annonce de cette anomalie sur le frottis cervico-utérin ainsi que la peur de transmission au(x) partenaire(s) sexuel(s) ;
- D'étudier certaines **caractéristiques épidémiologiques** des patientes incluses, les **modalités de l'annonce du résultat de dépistage anormal** et la satisfaction des patientes quant à cette annonce, ainsi que leur satisfaction quant aux informations données lors de la colposcopie ;
- D'évaluer si les patientes étaient **demandeuses d'une délivrance d'informations complémentaires** et si oui sous quelle forme, sur quels thèmes et à quel moment.

Les variables analysées étaient :

- Classification pathologique du frottis cervico-utérin (ASC-US HPV-HR+, LIEBG, LIEHG, ASC-H ou AGC),
- Réalisation ou non d'une biopsie lors de la colposcopie,
- Age de la patiente,
- Antécédents de condylomes,
- Mode(s) de contraception,
- Statut vaccinal vis-à-vis du papillomavirus,
- Tabagisme,
- Prise d'un traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur,
- Relation actuelle de couple,
- Modalités d'annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin,
- Satisfaction vis-à-vis de cette modalité d'annonce,
- Satisfaction vis-à-vis des informations délivrées le jour de la colposcopie,
- Sentiment de réassurance à la suite de la consultation pour colposcopie,
- Souhait d'une information écrite,
- Forme de l'information désirée,
- Thèmes sur lesquels une information écrite est souhaitée,
- Moment préféré pour la délivrance de cette information écrite,
- Délai entre l'annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin et la colposcopie,
- **Résultat obtenu au questionnaire GHQ-12 (évaluant l'anxiété),**
- Résultat obtenu au questionnaire ASEX (évaluant l'altération de la qualité de vie sexuelle),
- Satisfaction sur le plan de la vie sexuelle depuis l'annonce du frottis anormal,

- Présence ou non de réticences à avoir des rapports sexuels depuis l'annonce de cette anomalie sur le frottis cervico-utérin,
- Peur de transmission au(x) partenaire(s) sexuel(s).

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- Les femmes de plus de 25 ans et non ménopausées,
- Adressées pour un premier frottis analysé comme anormal,
- Avec un résultat anormal de frottis cervico-utérin interprété comme : ASC-US HPV-HR+, LIEBG, LIEHG, ASC-H ou AGC.

Afin de s'affranchir d'un maximum de biais potentiels, les critères d'exclusion à l'étude étaient :

- Les femmes enceintes,
- Les femmes ménopausées,
- Les antécédents de frottis anormal, de colposcopie ou de conisation,
- Un résultat de frottis cervico-utérin interprété ASC-US avec test HPV-HR négatif,
- Un résultat de frottis cervico-utérin évoquant un carcinome invasif,
- Une mauvaise maîtrise de la langue française,
- Une insuffisance de remplissage du questionnaire par la patiente.

Notre objectif était de récupérer **au minimum 100 questionnaires**.

L'inclusion a eu lieu **du 1^{er} Juin 2020 au 18 Janvier 2021**.

2- Elaboration du questionnaire

a. Evaluation de l'objectif principal

Afin d'évaluer l'impact psychologique de l'annonce d'un résultat anormal de frottis cervico-utérin, nous avons choisi d'utiliser le **questionnaire GHQ-12** (annexe 3), qui a été validé dans la littérature pour **évaluer l'existence de troubles anxieux**.(54) La version française utilisée a également été validée par la littérature.(55) Ce questionnaire avait pour intérêt d'être court, acceptable, facilement compréhensible par toutes et largement validé.

Pour son évaluation, nous avons choisi d'utiliser **l'échelle dichotomique**, qui semble être la plus efficace pour la détection des état anxieux dans la littérature, qui l'a comparée à l'analyse des critères diagnostiques officiels de l'anxiété du DSM-IV.(56) Ainsi, pour chacune des 12 questions du questionnaire GHQ-12, les réponses 1 et 2 étaient cotées 0 et les réponses 3 et 4 étaient cotées 1. La somme des items obtenus donnait un score, qui lorsqu'il était supérieur ou égal à 2, était analysé comme reflétant une **présence avérée de détresse psychologique**.(57)

b. Evaluation des objectifs secondaires

L'impact sur la qualité de vie sexuelle a été évalué à l'aide du **questionnaire ASEX** (annexe 4), qui a l'avantage d'être validé, y compris dans sa version française, simple, bref et acceptable pour les patientes.(58) En effet, il existe de nombreux autres questionnaires d'évaluation de la qualité de vie sexuelle mais ils sont souvent longs et difficilement acceptables par les patientes.(59) Le questionnaire ASEX comprend 5 questions, cotées de 1 à 6, dont la somme permet de calculer un score sur 30. Selon l'échelle dichotomique, il était analysé comme positif (**présence d'une altération de la qualité de vie sexuelle**), lorsque ce score était supérieur ou égal à 18.(58)

Les autres questions analysées ont été rédigées par nos soins, en s'appuyant sur la littérature disponible et sur les critères que nous souhaitons analyser.(60,61)

3- Population d'analyse

132 questionnaires ont été recueillis.

Un seul de ces questionnaires a été exclu car la patiente avait moins de 25 ans et ne remplissait donc pas les critères d'inclusion.

131 questionnaires ont donc été inclus (figure 13).

131 questionnaires ont donc été analysés concernant le résultat cytologique initial et la réalisation ou non de biopsie(s), spécifiés par le médecin colposcopiste ayant délivré le questionnaire.

1 patiente n'a pas rempli les 2 premières pages de l'auto-questionnaire, les données cliniques et épidémiologiques ont donc été analysées sur les 130 questionnaires remplis, tout comme les données sur l'annonce du résultat cytologique et le vécu des patientes concernant cette annonce et le déroulement de la colposcopie, ainsi que le souhait d'informations complémentaires des patientes.

Concernant le questionnaire GHQ-12, critère de jugement principal de l'étude, 1 seule patiente n'a pas complété cette partie et ce critère a donc été analysé sur 130 questionnaires.

Le délai entre l'annonce du résultat anormal de frottis du col utérin et le rendez-vous de colposcopie a pu être analysé sur les 131 questionnaires inclus.

La partie du questionnaire destinée à évaluer la qualité de vie sexuelle, comprenant le questionnaire ASEX et les trois questions complémentaires, n'a été complétée que par 124 patientes et ces données ont donc été analysées sur cette population de 124 personnes.

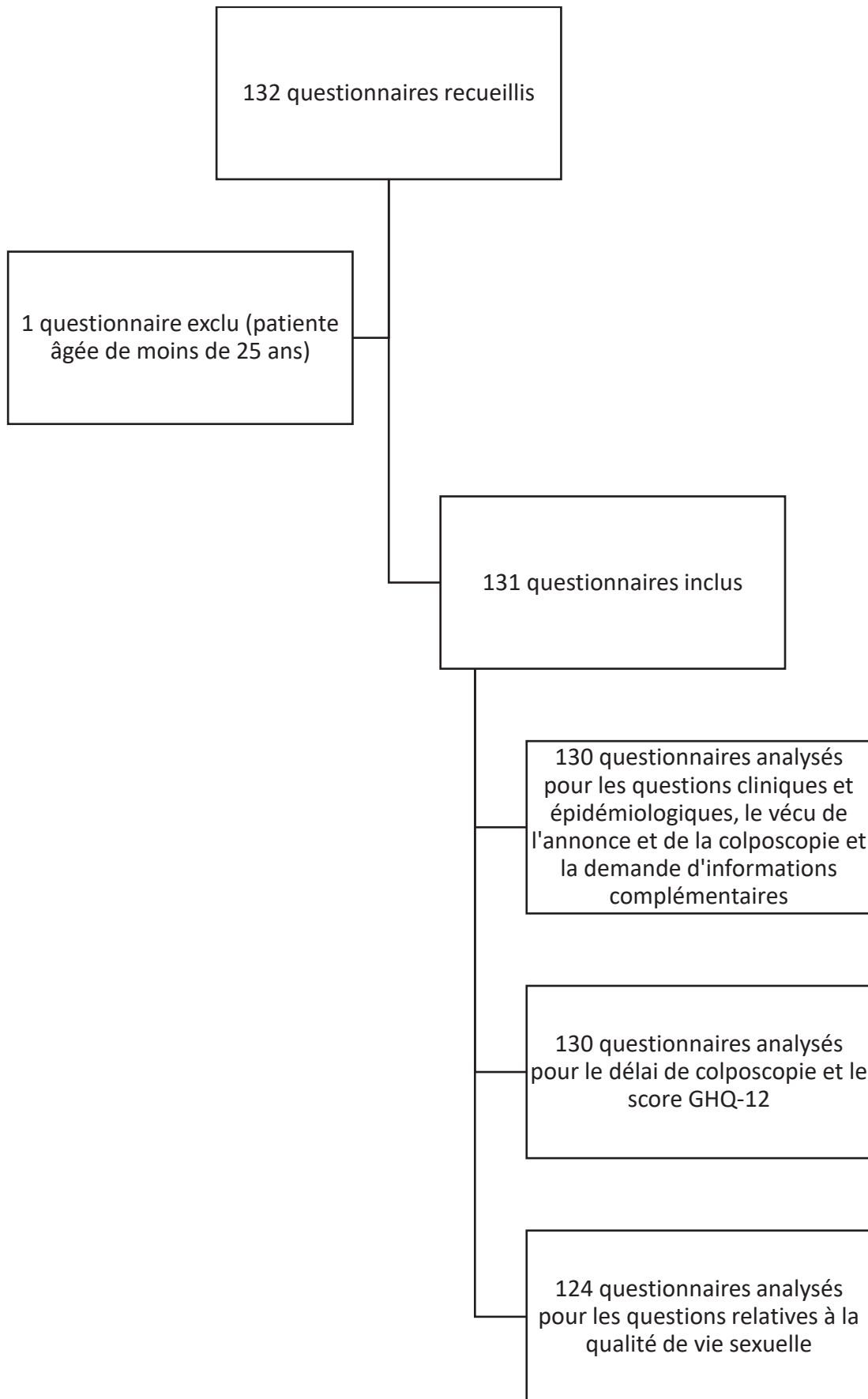


Figure 13 : Diagramme de flux de l'étude COLANX

4- Méthodes statistiques

a. Description des résultats

Pour l'analyse descriptive des données recueillies, :

- Les données quantitatives ont été décrites par les **moyennes, écart-types, médianes, écarts interquartiles et valeurs extrêmes** ;
- Les données qualitatives ont été décrites par les **fréquences et pourcentages**.

Aussi, les résultats des questionnaires validés, GHQ-12 et ASEX, ont été décrits comme une variable continue donc quantitative (selon leurs moyennes, écart-types, médianes, intervalles interquartiles et valeurs extrêmes), puis comme une variable qualitative selon le calcul de leur score dichotomisé comme décrit ci-dessus.

b. Données comparatives

- ❖ Concernant l'évaluation de l'objectif principal par le score GHQ-12, ces résultats ont été comparés à différents paramètres.
 - Afin de comparer le score dichotomisé du GHQ-12 :
 - selon la réalisation ou non de biopsie(s) au cours de la colposcopie, selon la modalité d'annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin et selon les délais de réalisation de la colposcopie, un **test du Chi2** a été utilisé, car ses conditions d'application étaient vérifiées.
 - selon les 5 résultats initiaux possibles du frottis cervico-utérin anormal, et selon les délais détaillés de réalisation de la colposcopie, un **test de Fisher exact** a été utilisé, car les conditions d'application du test du Chi2 n'étaient ici pas vérifiées.

- Afin de comparer le score GHQ-12 considéré comme une variable continue (de 0 à 12), :
 - selon la réalisation ou non d'une biopsie, un **test non paramétrique de Wilcoxon** a été utilisé (après vérification de la distribution non normale par test de Shapiro Wilk).
 - selon la classification initiale du frottis anormal, un **test non paramétrique de Kruskal Wallis** a été utilisé.

- ❖ Concernant l'évaluation de l'objectif secondaire par le score ASEX, ces résultats ont été comparés selon la présence ou non d'une détresse psychologique (définie par le score dichotomisé du GHQ-12) et selon le statut en couple ou célibataire des patientes.
 - Afin de comparer le score dichotomisé du ASEX selon le score GHQ-12 dichotomisé, ainsi que selon le statut en couple ou non des patientes, un **test du Chi2** a été utilisé, car ses conditions d'application étaient vérifiées.
 - Afin de comparer le score ASEX considéré comme une variable continue (de 0 à 30) selon le score GHQ-12 dichotomisé, un **test non paramétrique de Wilcoxon** a été utilisé (après vérification de la distribution non normale par test de Shapiro Wilk).

- ❖ Concernant la comparaison de la satisfaction des patientes selon la modalité d'annonce de leur résultat anormal de frottis, un **test de Fisher exact** a été réalisé.

Concernant toutes ces analyses comparatives, les différences étaient considérées comme significatives lorsque la p-value était inférieure à 0,05, quel que soit le test statistique utilisé.

IV- Résultats de l'étude COLANX

1- Résultats cytologiques et réalisation de biopsie(s) au cours de la colposcopie

Les résultats de la cytologie initiale ayant motivé la consultation de colposcopie étaient répartis comme suit (tableau 1).

Population d'étude N=131	
Résultat du frottis initial	
ASC-US	65 (49.6%)
LIEBG	46 (35.1%)
LIEHG	11 (8.4%)
ASC-H	7 (5.3%)
AGC	2 (1.5%)

Tableau 1 : Répartition des résultats de la cytologie cervico-utérine initiale

Parmi les 131 patientes ayant été incluses dans l'étude, 95 ont bénéficié d'une ou de plusieurs biopsie(s) lors de la colposcopie réalisée, soit 72,5% de la population étudiée.

2- Description clinique et épidémiologique de la population étudiée

Les caractéristiques de la population étudiée sont décrites ci-après (tableau 2).

	Population ayant répondu aux questions cliniques et épidémiologiques N=130
Age	
moyenne (\pm écart-type)	35.4 (\pm 8.16)
médiane [q1;q3]	33.5 [29.0; 39.8]
min ; max	25.0 ; 60.0
Relation de couple actuellement	
Non	74 (56.9%)
Oui	56 (43.1%)
Tabagisme actif	
Non	74 (56.9%)
Oui	56 (43.1%)
Statut vaccinal vis-à-vis du papillomavirus	
Non vaccinée	113 (86.9%)
Vaccinée	17 (13.1%)
Prise au long cours d'un traitement abaissant les défenses immunitaires	
Aucun	127 (97.7%)
Immunomodulateur	1 (0.8%)
Immunosuppresseur	1 (0.8%)
Association immunosuppresseur et corticoïdes au long cours	1 (0.8%)
Antécédents de condylomes	
Non	115 (88.5%)
Oui	15 (11.5%)

Population ayant répondu aux questions cliniques et épidémiologiques N=130

Moyen(s) de contraception utilisé(s)

Pilule	41 (31.5%)
Aucun	40 (30.8%)
DIU hormonal	13 (10.0%)
DIU au cuivre	12 (9.2%)
Préservatifs	9 (6.9%)
Implant	4 (3.1%)
Pilule et préservatifs	4 (3.1%)
Anneau vaginal	2 (1.5%)
Essures	2 (1.5%)
Ligature des trompes	1 (0.8%)
DIU hormonal et préservatifs	1 (0.8%)
DIU cuivre et pilule	1 (0.8%)

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la population étudiée (N=130)

L'âge moyen des patientes ayant participé à l'étude était de 35,4 ans et 43,1% d'entre elles se déclaraient en couple.

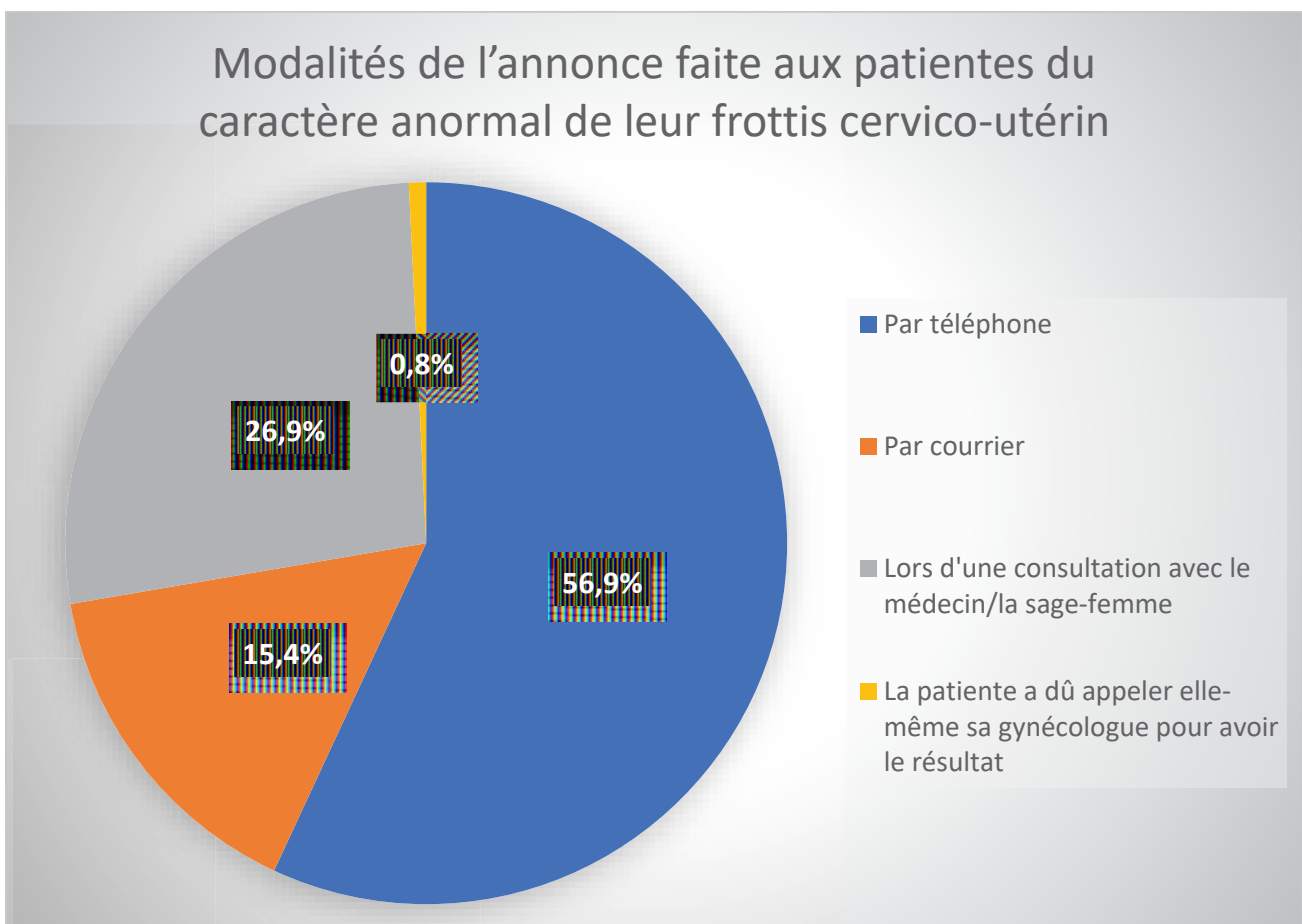
Le taux de femmes vaccinées contre l'HPV dans notre étude était de 13,1% et 43,1% des participantes fumaient.

Le moyen de contraception majoritairement utilisé était la **pilule contraceptive chez 31,5% des patientes ; 30,8%** des patientes n'avaient **pas de contraception**. Puis, par ordre de fréquence, étaient le plus utilisés : les stérilets (hormonaux pour 10,1% des femmes, au cuivre pour 9,2% des femmes) et les préservatifs pour 6,9% des patientes.

3- Vécu de l'annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin et de la consultation de colposcopie

Pour rappel, 130 questionnaires étaient complets pour cette partie et ont donc été analysés.

Le résultat anormal de la cytologie sur frottis cervico-utérin a été annoncé par téléphone à 74 patientes (56,9 %), par courrier postal à 20 patientes (15,4 %) et lors d'une consultation avec le médecin ou la sage-femme ayant réalisé le prélèvement à 35 patientes (26,9 %). Une patiente (0,8 %) a dû appeler elle-même sa gynécologue pour avoir le résultat car elle n'avait pas de nouvelles de son examen (graphique 1).



Graphique 1 : Modalités de l'annonce faite aux patientes du caractère anormal de leur frottis cervico-utérin (N=130)

Parmi les 130 patientes ayant répondu à ces questions, **100 femmes (76,9 %) étaient satisfaites de la manière dont ce résultat anormal leur avait été communiqué**. En revanche, 30 femmes (23,1 %) se disaient mécontentes de l'annonce.

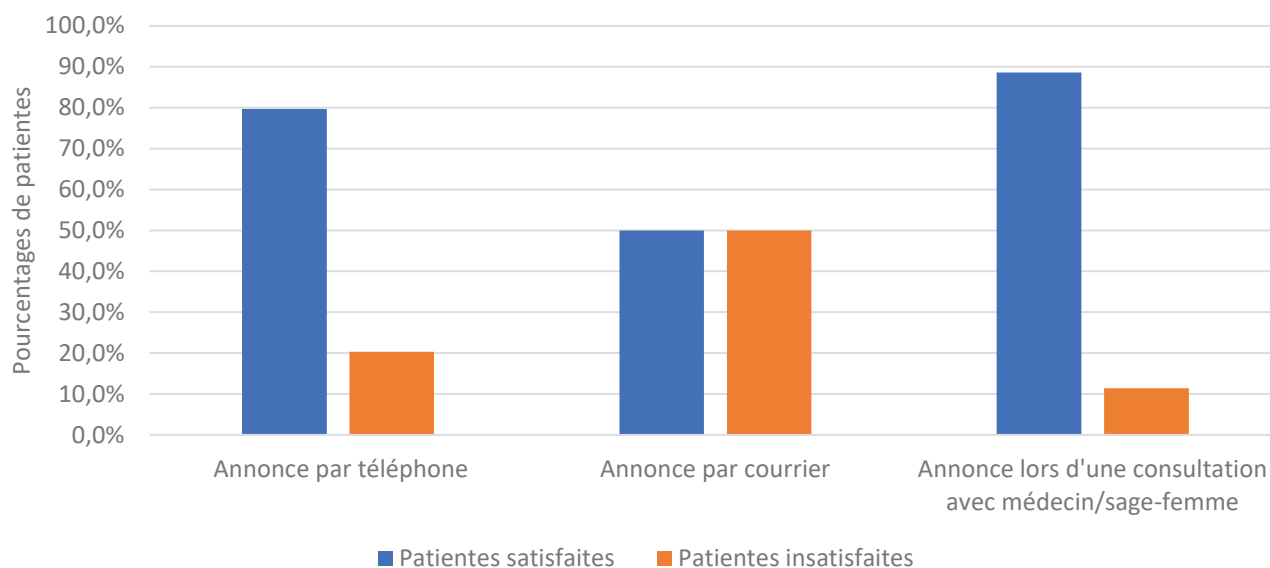
La comparaison de cette satisfaction selon la modalité de l'annonce faite est détaillée ci-après (tableau 3 et graphique 2). La patiente qui avait dû appeler elle-même sa gynécologue n'ayant pas eu de nouvelles des résultats de son frottis de dépistage n'était pas satisfaite de cette modalité d'annonce.

	Annonce par téléphone	Annonce par courrier	Annonce lors d'une consultation avec médecin/sage- femme	p-value
Satisfaction des patientes concernant la modalité d'annonce				0.005*
N (NA)	74 (0)	20 (0)	35 (0)	
Non	15 (20.3%)	10 (50.0%)	4 (11.4%)	
Oui	59 (79.7%)	10 (50.0%)	31 (88.6%)	

*test de Fisher exact utilisé

Tableau 3 : Comparaison de la satisfaction de la patiente selon les modalités de l'annonce faite de son résultat anormal de frottis-cervico-utérin (N=130)

Comparaison de la satisfaction des patientes selon les modalités de l'annonce faite du résultat anormal du frottis cervico-utérin

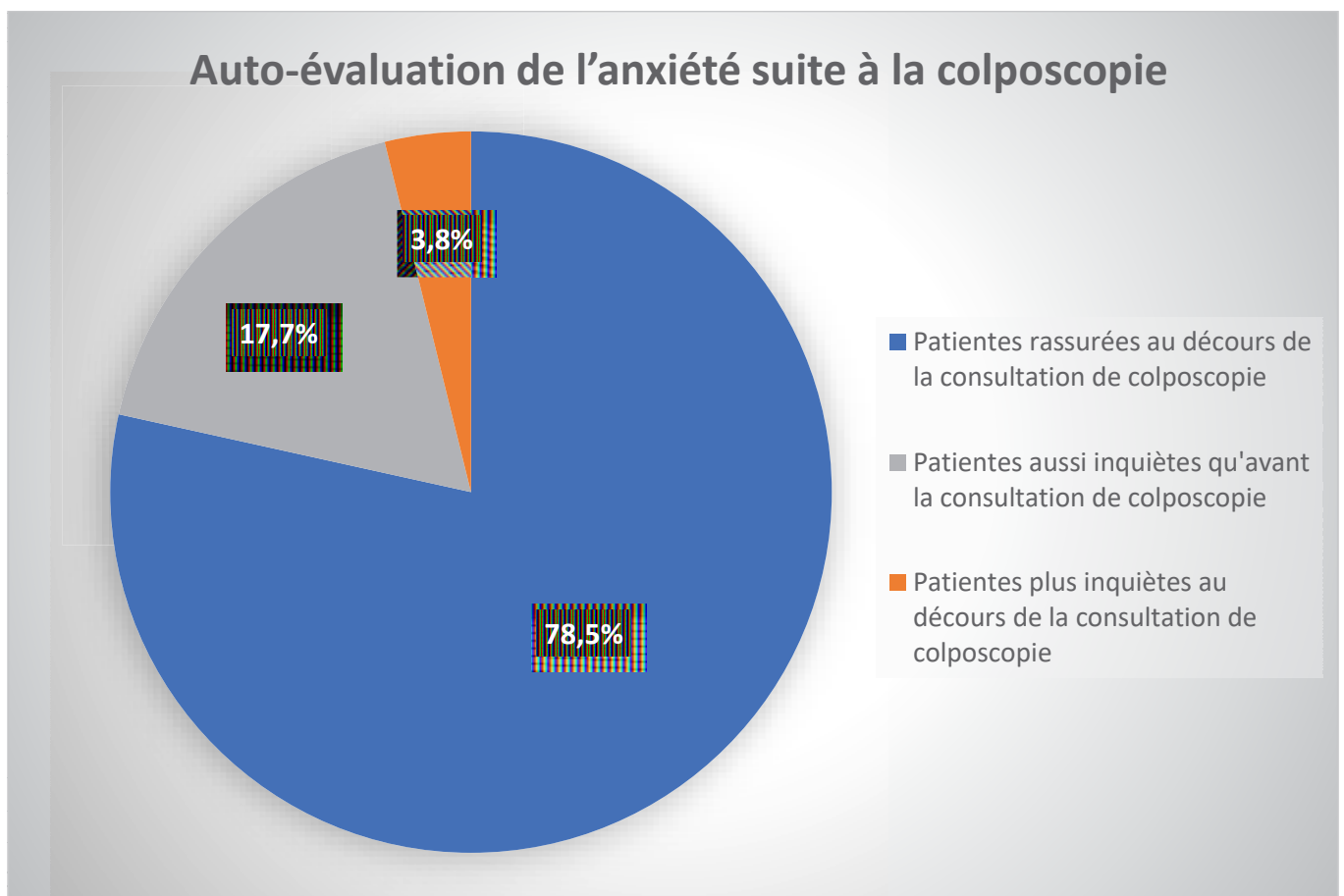


Graphique 2 : Histogramme représentant la satisfaction des patientes selon la modalité de l'annonce qui leur a été faite de leur frottis cervico-utérin anormal (N=130)

La satisfaction des patientes était significativement différente selon la modalité d'annonce de leur résultat anormal de frottis cervico-utérin ($p=0,005$). En effet, lorsque l'annonce avait été faite par téléphone ou lors d'une consultation, les patientes étaient respectivement satisfaites à 79,7% et 88,6%. A contrario, seulement 50,0% des patientes étaient satisfaites lorsque l'annonce était faite par courrier.

Concernant la consultation de colposcopie, qui avait lieu le jour du remplissage du questionnaire, **96,9% des patientes (126 femmes) se disaient satisfaites des informations délivrées lors de la colposcopie.**

Suite à la colposcopie, 102 femmes (78,5%) se disaient rassurées, 23 femmes (17,7%) se disaient toujours aussi inquiètes et 5 femmes (3,8%) se trouvaient plus inquiètes qu'avant la consultation (graphique 3).

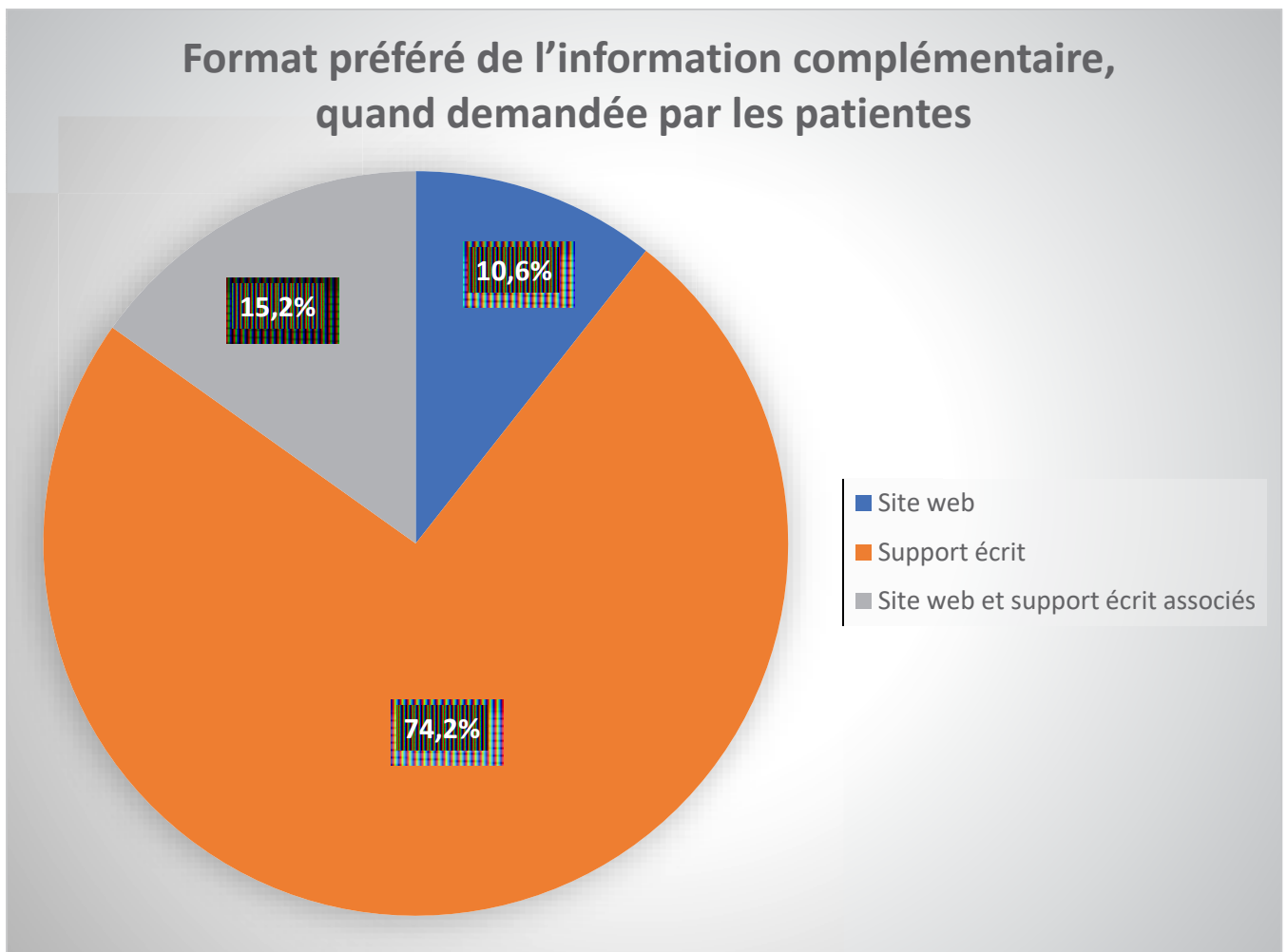


Graphique 3 : Auto-évaluation par les patientes de leur anxiété à la sortie de la consultation de colposcopie comparé à avant (N=130)

4- Souhait d'informations complémentaires

Parmi les 130 patientes ayant complété cette partie du questionnaire, **52,3% (68 femmes)** étaient demandeuses d'une délivrance d'informations complémentaires.

Parmi les 68 patientes désireuses d'une information complémentaire, le support informatif souhaité était un **support écrit pour 49 femmes (74,2%)**, un site web pour 7 patientes (10,6%) et l'association d'un support écrit et d'un site web pour 10 femmes (15,2%) (graphique 4).



Graphique 4 : Format préféré de l'information complémentaire, quand demandée par les patientes (N=68)

Les thèmes que les patientes souhaitent en majorité voir abordés sont décrits ci-après (tableau 4).

Patientes souhaitant une délivrance d'informations complémentaires N=68	
Information souhaitée sur le papillomavirus et son mode de transmission	
Non	19 (27.9%)
Oui	49 (72.1%)
Information souhaitée sur les risques pour le(s) partenaire(s) sexuel(s)	
Non	23 (33.8%)
Oui	45 (66.2%)
Information souhaitée sur l'anatomie gynécologique	
Non	52 (76.5%)
Oui	16 (23.5%)
Information souhaitée sur les traitements possibles	
Non	22 (32.4%)
Oui	46 (67.6%)
Information souhaitée sur le déroulement de la colposcopie	
Non	31 (45.6%)
Oui	37 (54.4%)
Information souhaitée sur l'utilité du frottis du col de l'utérus	
Non	49 (72.1%)
Oui	19 (27.9%)

Tableau 4 : Thèmes à aborder dans le support informatif demandé (N=68)

Les autres points à aborder dans un support écrit, suggérés par les patientes à l'occasion d'une question ouverte étaient :

- « Les différents diagnostics possibles » (1 patiente),
- « l'impact sur d'éventuelles futures grossesses » (1 patiente),
- « pourquoi un frottis peut être normal à un instant puis suspect à un autre ? » (1 patiente),
- « La possibilité ou non d'une vaccination après 16 ans » (1 patiente).

Pour les patientes désirant une information complémentaire, le **moment où elles désiraient se voir délivrer cette information** est décrit ci-après (tableau 5).

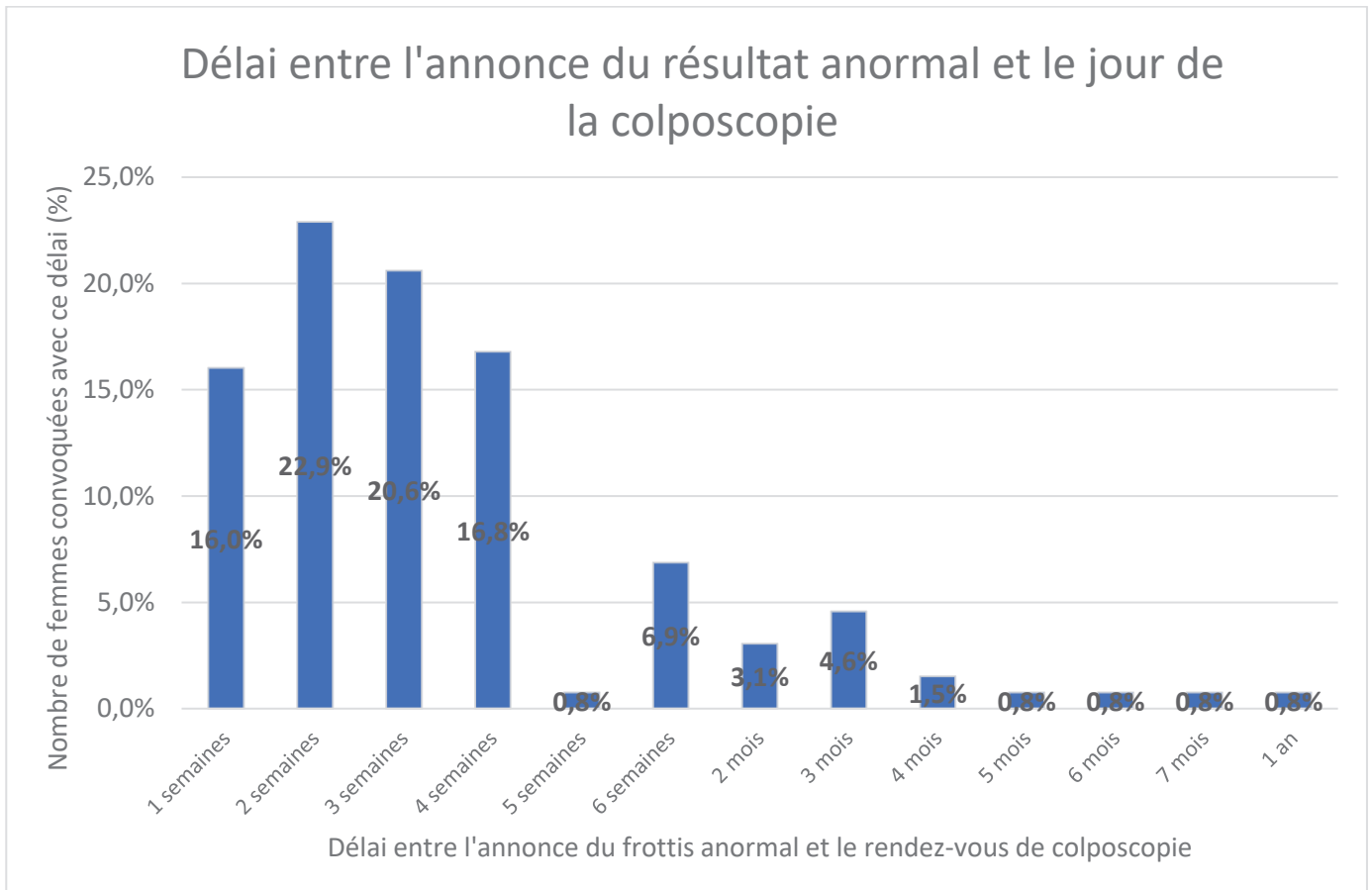
Patientes souhaitant une délivrance d'informations complémentaires N=68	
Moment désiré de délivrance de l'information	
Au moment de l'annonce du frottis anormal	48 (70.6%)
Le jour de la colposcopie	11 (16.2%)
Au moment de l'annonce du frottis anormal ET le jour de la colposcopie	4 (5.9%)
Lors du suivi gynécologique	2 (2.9%)
Au moment de la réalisation du frottis	2 (2.9%)
7 jours avant la colposcopie	1 (1.5%)

Tableau 5 : Moment désiré de délivrance de cette information supplémentaire lorsque celle-ci était souhaitée (N=68)

5- Anxiété de patientes et délai de rendez-vous de colposcopie

a. Délai entre l'annonce du frottis anormal et la colposcopie

Le délai entre l'annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin et la consultation de colposcopie est décrit ci-après (graphique 5).



Graphique 5 : Histogramme représentant le pourcentage de femmes répondeuses selon le délai entre l'annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin qui leur a été faite et leur consultation de colposcopie (N= 131)

A noter que 5 patientes avaient coché la case « plus de 4 semaines » sans préciser la durée. Ces patientes ne figurent donc pas dans ce graphique mais ont été comptabilisées dans les calculs de pourcentages et pour les analyses comparatives à suivre.

b. Calcul du score d'anxiété GHQ-12

Concernant le calcul du score GHQ-12, destiné à évaluer la **présence (score GHQ-12 ≥ 2)** ou **l'absence (score GHQ-12 < 2) d'une détresse psychologique**, les résultats sont présentés ci-après (tableau 6).

	Population ayant répondu au questionnaire GHQ-12 N=130
--	--

Etat psychologique (score GHQ-12 de 0 à 12)	
moyenne (\pm écart-type)	3.6 (± 3.7)
médiane [q1;q3]	2.0 [0 ; 6]
min ; max	0 ; 12
Etat psychologique (score GHQ-12 dichotomisé)	
Absence de détresse psychologique (score GHQ < 2)	50 (38.5%)
Présence de détresse psychologique (score GHQ ≥ 2)	80 (61.5%)

Tableau 6 : Résultats du score GHQ-12 (N=130)

61,5% des patientes convoquées en colposcopie pour un premier frottis anormal dans cette étude présentaient une **détresse psychologique avérée** selon le score GHQ-12 dichotomisé.
La moyenne obtenue au score GHQ-12 était de 3,6/12.

c. Comparaison du résultat du score GHQ-12 à différents paramètres

Les résultats du score GHQ-12 ont été comparés selon le résultat de la cytologie initiale (tableau 7 et graphique 6).

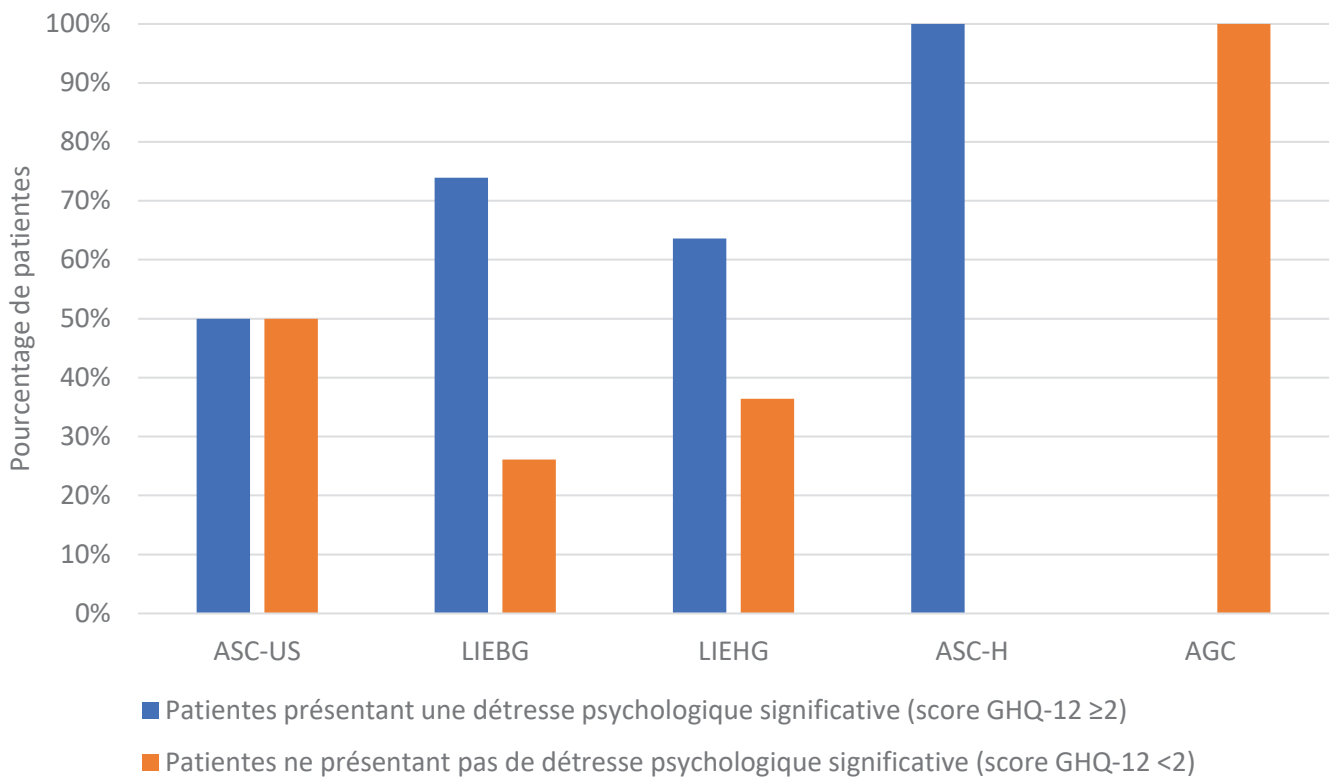
	ASC-US	LIEBG	LIEHG	ASC-H	AGC	p-value
Etat psychologique (score GHQ-12 de 0 à 12)						0.031*
N (NA)	64 (1)	46 (0)	11 (0)	7 (0)	2 (0)	
moyenne (± écart-type)	3.0 (±3.5)	4.7 (±4.0)	2.9 (±3.1)	4.1 (±2.5)	0.0 (±0.0)	
médiane [q1;q3]	1.5 [0 ; 4]	4.0 [1 ; 8]	2.0 [0 ; 4]	3.0 [2 ; 6]	0.0 [0 ; 0]	
min ; max	0 ; 12	0 ; 12	0 ; 8	2 ; 8	0 ; 0	
Etat psychologique (score GHQ-12 dichotomisé)						0.006**
N (NA)	64 (1)	46 (0)	11 (0)	7 (0)	2 (0)	
Absence de détresse psychologique (score GHQ-12 <2)	32 (50.0%)	12 (26.1%)	4 (36.4%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)	
Présence de détresse psychologique (score GHQ-12 ≥2)	32 (50.0%)	34 (73.9%)	7 (63.6%)	7 (100.0%)	0 (0.0%)	

*test de Kruskal Wallis utilisé

**test exact de Fisher utilisé

Tableau 7 : Résultats du score GHQ-12 selon la classification initiale du frottis cervico-utérin anormal (N=130)

Comparaison du score GHQ-12 dichotomisé selon la classification de la cytologie cervico-utérine initiale



Graphique 6 : Histogramme représentant les résultats du score GHQ-12 dichotomisé selon la classification initiale du frottis cervico-utérin anormal (N=130)

Selon ces données, **le score GHQ-12 est significativement différent selon la classification initiale du frottis cervico-utérin**, que ce score soit considéré comme une variable continue ($p=0,031$) ou calculé selon l'échelle dichotomique ($p=0,006$). 100% des patientes présentant un frottis initial ASC-H, évocateur de lésions précancéreuses de haut grade, avaient une détresse psychologique avérée dans l'étude. Ce chiffre était à 63,6% pour les LIEHG, 73,9% pour les LIEBG et 50% pour les ASC-US.

La comparaison du résultat du score GHQ-12 en fonction de la réalisation ou non de biopsie(s) a ensuite été réalisée (tableau 8 et graphique 7).

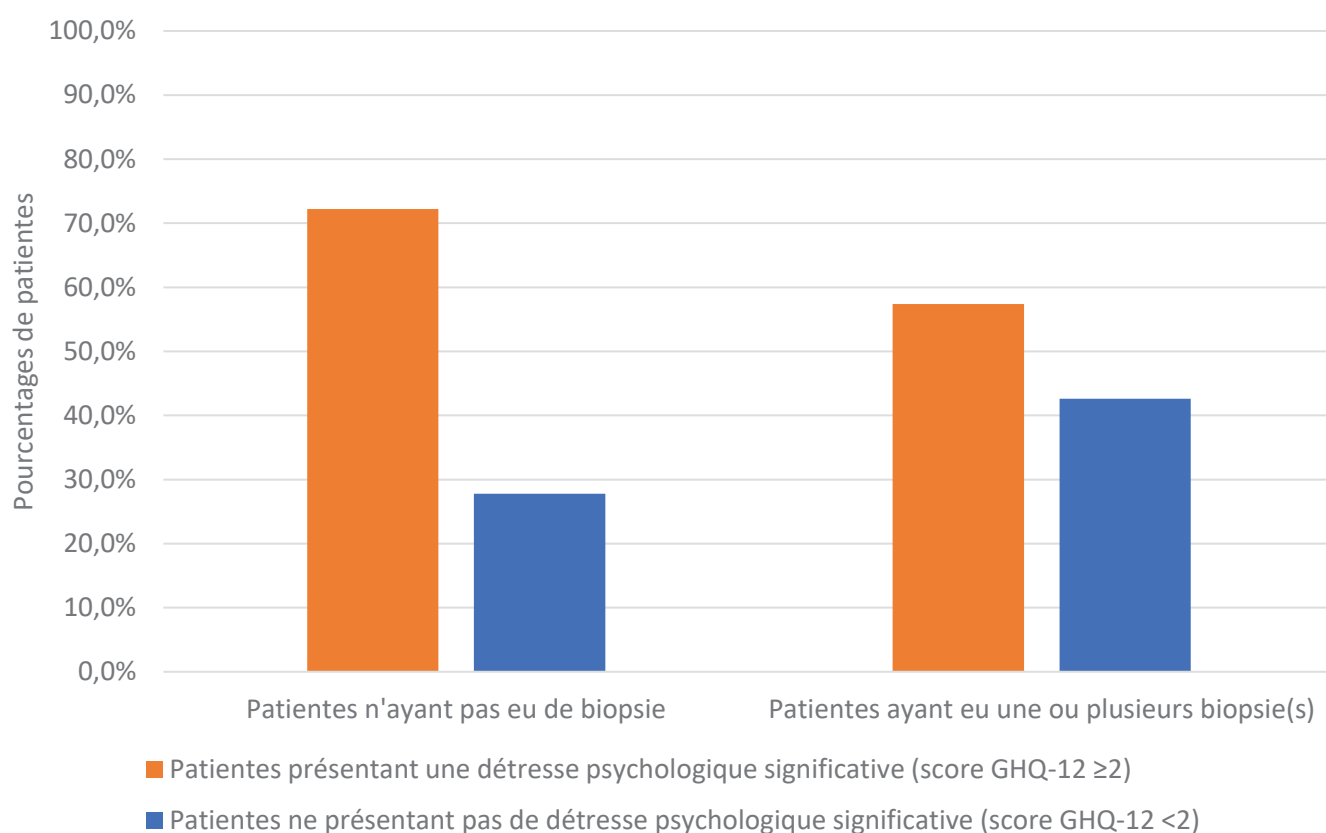
	Patientes n'ayant pas eu de biopsie	Patientes ayant eu une ou plusieurs biopsie(s)	p-value
Etat psychologique (score GHQ-12 de 0 à 12)			0.71*
N (NA)	36 (0)	94 (1)	
moyenne (\pm écart-type)	3.6 (\pm 3.7)	3.6 (\pm 3.6)	
médiane [q1;q3]	2.0 [1 ; 4]	2.5 [0 ; 6]	
min ; max	0 ; 12	0 ; 12	
Etat psychologique (score GHQ-12 dichotomisé)			0.121**
N (NA)	36 (0)	94 (1)	
Absence de détresse psychologique (score GHQ-12 <2)	10 (27.8%)	40 (42.6%)	
Présence de détresse psychologique (score GHQ-12 \geq 2)	26 (72.2%)	54 (57.4%)	

*test non paramétrique de Wilcoxon utilisé

**test du Chi2 utilisé

Tableau 8 : Résultats du score GHQ-12 selon la réalisation ou non de biopsie(s) au cours de la colposcopie (N=130)

Comparaison du score GHQ-12 dichotomisé selon la réalisation ou non de biopsie(s) lors de la colposcopie



Graphique 7 : Histogramme représentant les résultats du score GHQ-12 dichotomisé selon la réalisation ou non de biopsie(s) lors de la colposcopie (N=130)

L'état psychologique des patientes n'était significativement pas différent selon que la patiente avait bénéficié ou non de biopsie(s) lors de la colposcopie, que le score GHQ-12 soit considéré comme une variable continue ($p=0,71$) ou comme une variable qualitative ($p=0,121$).

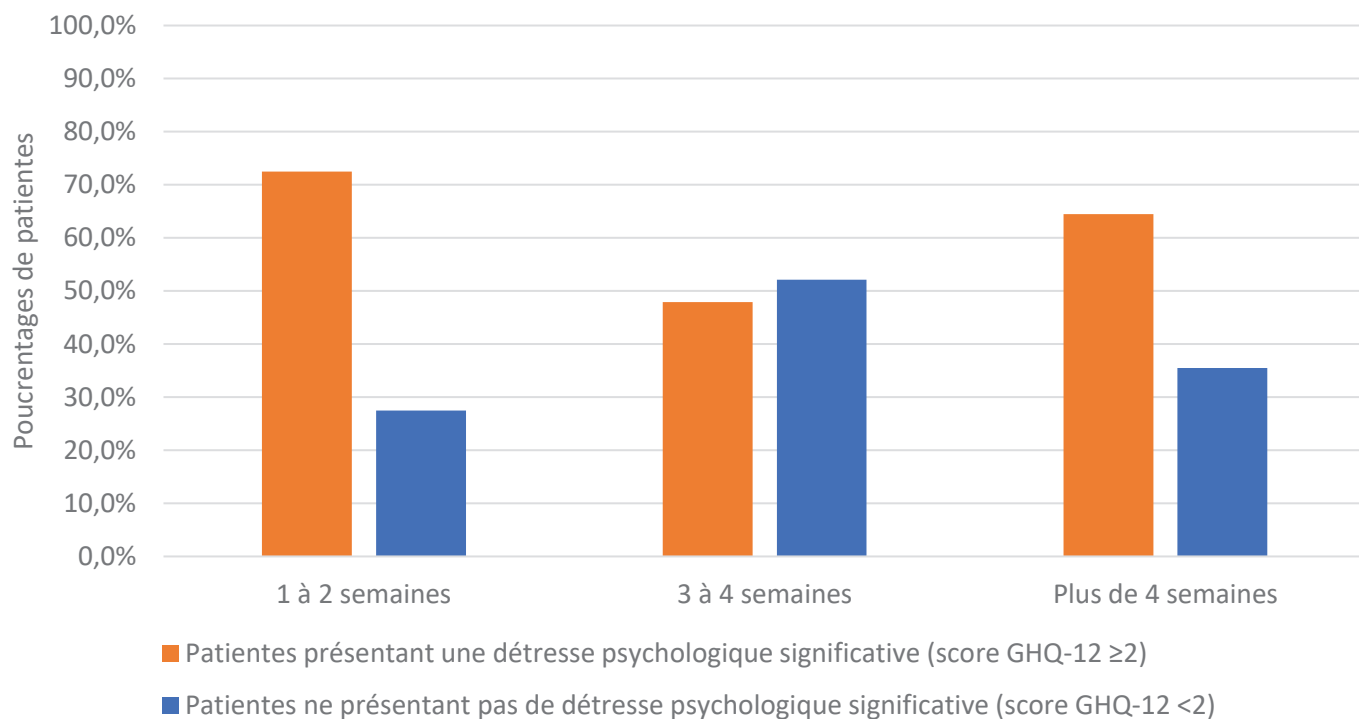
Ce score a ensuite été comparé selon le délai entre l'annonce du frottis cervico-utérin anormal et le jour de la consultation de coloscopie (tableau 9 et graphique 8).

	1 à 2 semaines	3 à 4 semaines	Plus de 4 semaines	p-value
Score GHQ-12				0.039*
N (NA)	51 (0)	48 (1)	31 (0)	
Absence de détresse psychologique (score GHQ-12 <2)	14 (27.5%)	25 (52.1%)	11 (35.5%)	
Présence de détresse psychologique (score GHQ-12 ≥2)	37 (72.5%)	23 (47.9%)	20 (64.5%)	

*test du Chi2 utilisé

Tableau 9 : Résultats du score GHQ-12 selon le délai entre l'annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin et la consultation de coloscopie (N=130)

Comparaison du score GHQ-12 dichotomisé selon le délai entre l'annonce du résultat de frottis anormal et le rendez-vous de colposcopie



Graphique 8 : Histogramme représentant les résultats du score GHQ-12 dichotomisé selon le délai entre l'annonce du résultat anormal de frottis et la réalisation de la colposcopie (N=130)

L'état de détresse psychologique était significativement différent **selon le délai laissé par le praticien entre l'annonce du résultat anormal de cytologie et le rendez-vous de colposcopie (p=0,039)**. Ainsi, on retrouve 72,5% de patientes avec une détresse psychologique significative lorsque ce délai était de 1 à 2 semaines, 64,5% lorsque ce délai était de plus de 4 semaines, alors qu'il était de 47,9% lorsque le délai était de 3 à 4 semaines.

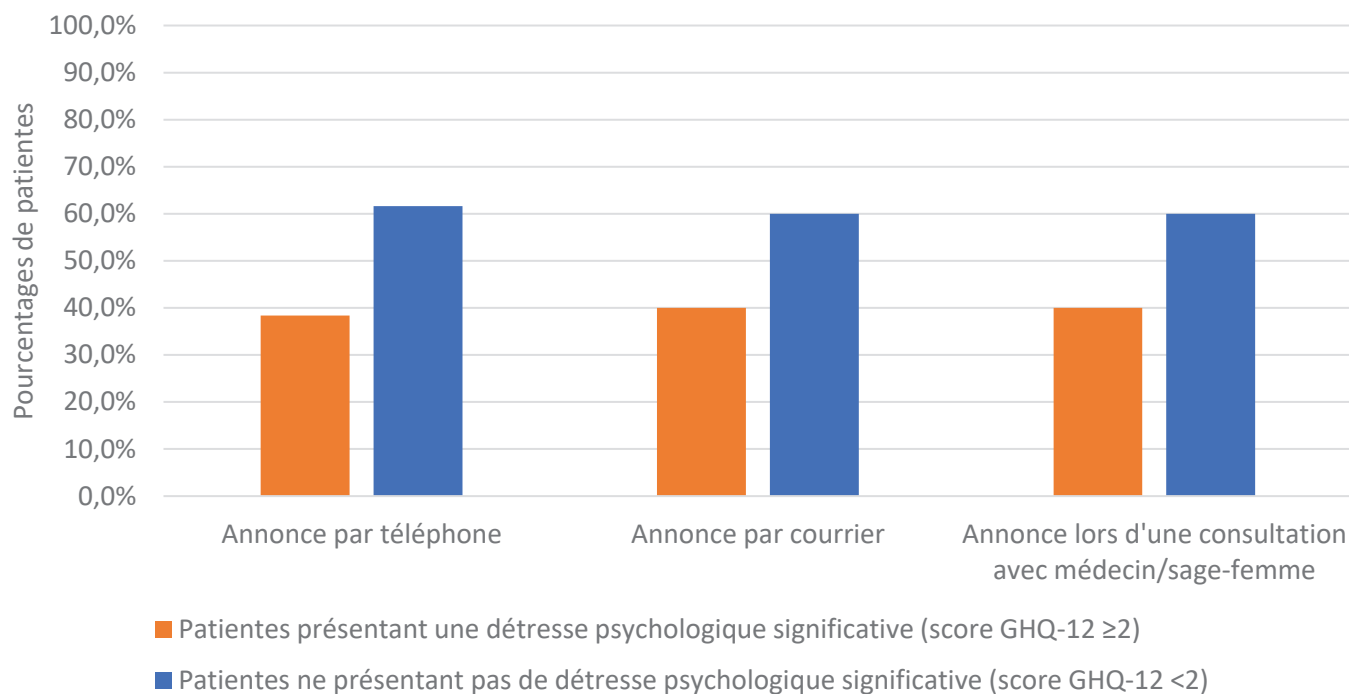
Le score GHQ-12 dichotomisé a également été comparé selon la modalité de l'annonce faite du résultat initial de frottis cervico-utérin (tableau 10 et graphique 9), sans retrouver de différence significative ($p=0,982$).

	Annonce par téléphone	Annonce par courrier	Annonce lors d'une consultation avec médecin/sage- femme	p-value
Score GHQ-12 dichotomisé				0.982*
N (NA)	73 (1)	20 (0)	35 (0)	
Absence de détresse psychologique (score GHQ-12 <2)	28 (38.4%)	8 (40.0%)	14 (40.0%)	
Présence de détresse psychologique (score GHQ-12 ≥2)	45 (61.6%)	12 (60.0%)	21 (60.0%)	

*test du Chi2 utilisé

Tableau 10 : Résultats du score GHQ-12 dichotomisé selon la modalité de l'annonce faite à la patiente du caractère anormal de son frottis cervico-utérin (N=128)

Comparaison du score GHQ-12 dichotomisé selon la modalité de l'annonce faite du résultat anormal de frottis cervico-utérin



Graphique 9 : Histogramme représentant les résultats du score GHQ-12 dichotomisé selon la modalité de l'annonce faite à la patiente du caractère anormal de son frottis cervico-utérin (N=128)

6- Etude de l'impact sur la qualité de vie sexuelle

a. Calcul du score de qualité de vie sexuelle ASEX

Le calcul du score ASEX, définissant selon l'échelle dichotomique la présence (score ASEX ≥ 18) ou l'absence (score ASEX < 18) d'une altération de la qualité de vie sexuelle, a été réalisé sur les 124 patientes ayant répondu à cette partie du questionnaire et les résultats sont présentés ci-après (tableau 11).

	Population ayant répondu au questionnaire ASEX N=124
Qualité de vie sexuelle (score ASEX de 0 à 30)	
moyenne (\pm écart-type)	16.7 (± 4.7)
médiane [q1;q3]	16.0 [14 ; 19]
min ; max	5 ; 30
Qualité de vie sexuelle (score ASEX dichotomisé)	
Altération de la vie sexuelle (score ASEX ≥ 18)	45 (36.3%)
Non altération de la vie sexuelle (score ASEX < 18)	79 (63.7%)

Tableau 11 : Résultats du score ASEX (N=124)

Dans la population étudiée, la **moyenne obtenue au score ASEX était de 16,7/30**.

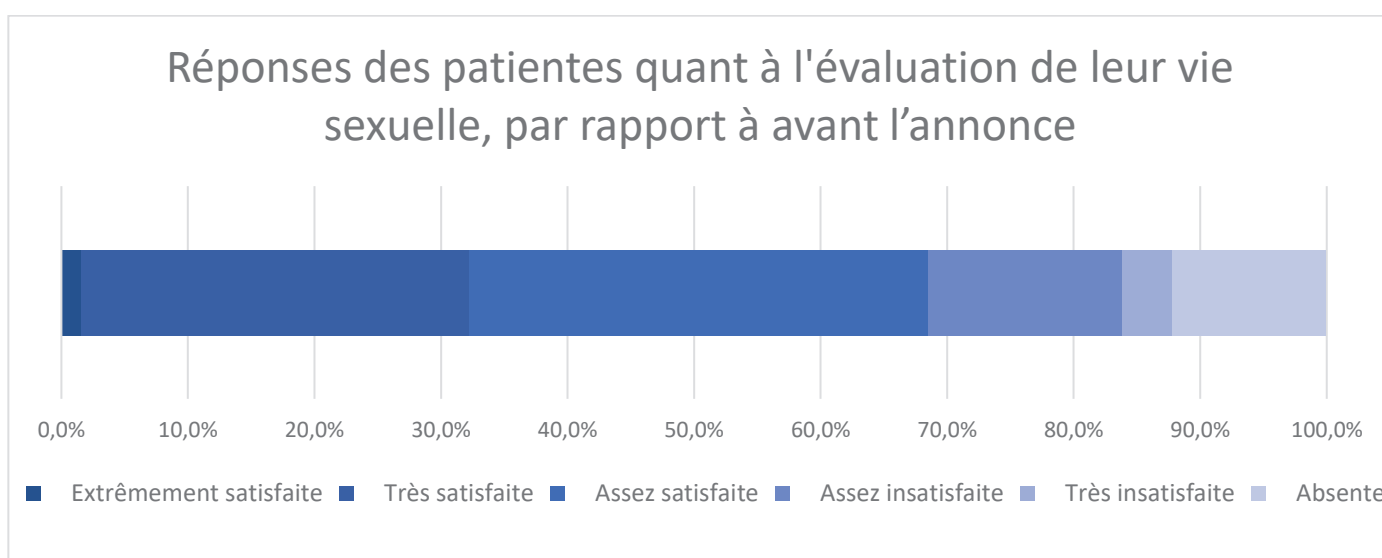
36,3% des patientes ayant complété ce questionnaire présentaient une **altération de la qualité de vie sexuelle avérée** (score ASEX ≥ 18).

b. Auto-évaluation de la vie sexuelle depuis l'annonce du résultat de frottis cervico-utérin anormal

Les réponses aux questions complémentaires sur la vie sexuelle des patientes sont consignées ci-après (tableaux 12, 13 et 14 et graphiques 10, 11 et 12).

Population ayant répondu au questionnaire de sexologie N=124	
Evaluation de la vie sexuelle, par rapport à avant	
Extrêmement satisfaite	2 (1.6%)
Très satisfaite	38 (30.6%)
Assez satisfaite	45 (36.3%)
Assez insatisfaite	19 (15.3%)
Très insatisfaite	5 (4.0%)
Absente	15 (12.1%)

Tableau 12 : Réponses à la question relative à la vie sexuelle actuelle comparée à avant l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124)



Graphique 10 : Réponses à la question relative à la vie sexuelle actuelle comparée à avant l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124)

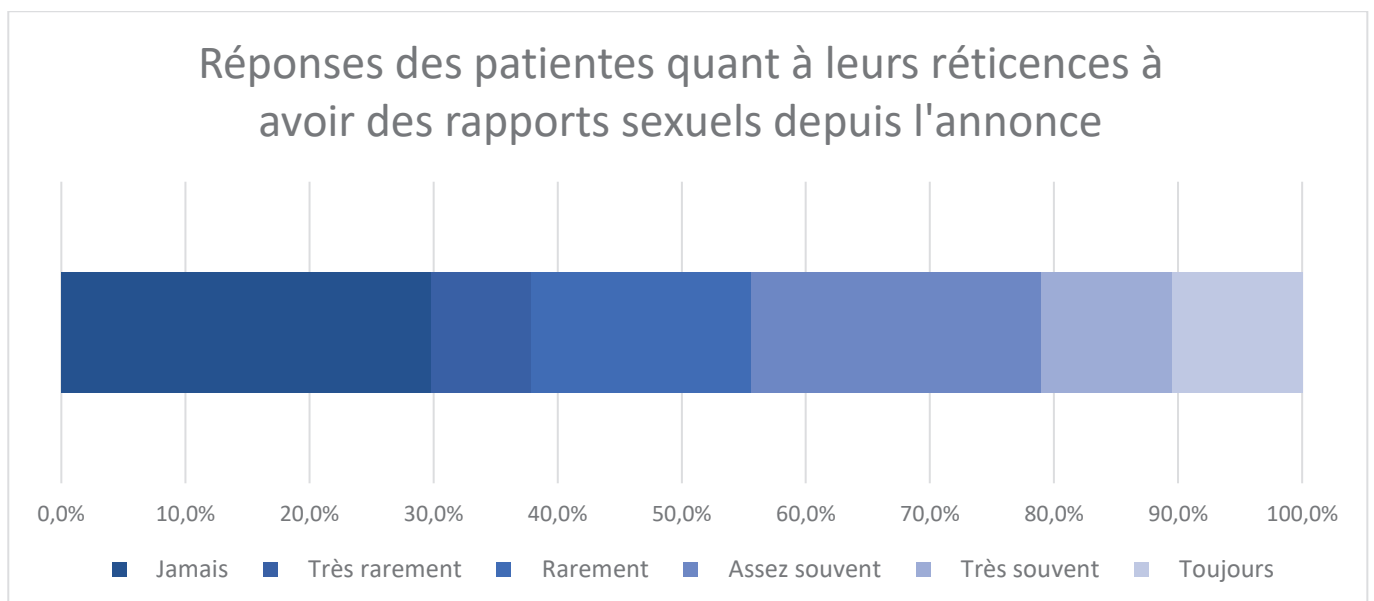
Population ayant répondu au questionnaire de sexologie

N=124

Réticences à avoir des rapports sexuels depuis l'annonce

Jamais	37 (29.8%)
Très rarement	10 (8.1%)
Rarement	22 (17.7%)
Assez souvent	29 (23.4%)
Très souvent	13 (10.5%)
Toujours	13 (10.5%)

Tableau 13 : Réponses à la question relative aux éventuelles réticences à avoir des rapports sexuels depuis l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124)



Graphique 11 : Réponses à la question relative aux éventuelles réticences à avoir des rapports sexuels depuis l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124)

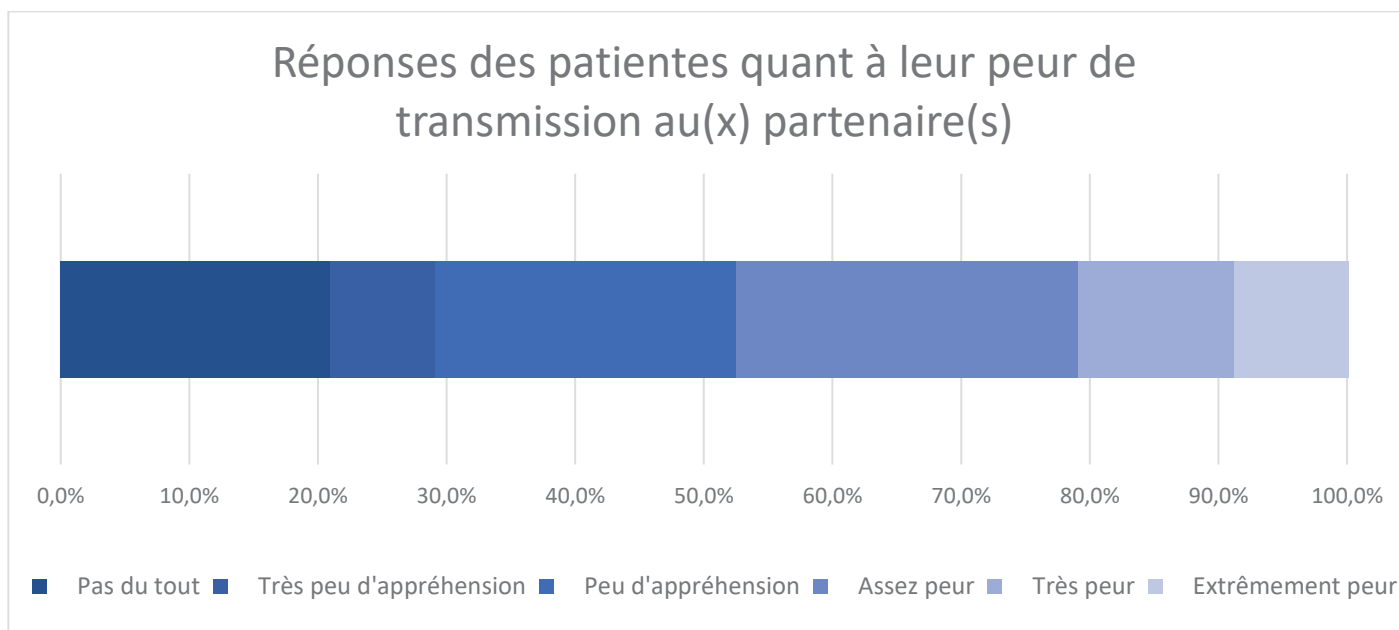
Population ayant répondu au questionnaire de sexologie

N=124

Peur de transmission au(x) partenaire(s)

Pas du tout	26 (21.0%)
Très peu d'appréhension	10 (8.1%)
Peu d'appréhension	29 (23.4%)
Assez peur	33 (26.6%)
Très peur	15 (12.1%)
Extrêmement peur	11 (8.9%)

Tableau 14 : Réponses à la question relative à la peur de transmission de sa pathologie à son (ou ses) partenaire(s) depuis l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124)



Graphique 12 : Réponses à la question relative à la peur de transmission de sa pathologie à son (ou ses) partenaire(s) depuis l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin (N=124)

c. Comparaison de la qualité de vie sexuelle selon le statut anxieux et selon le statut en couple ou non des patientes

Les résultats du score ASEX ont ensuite été comparés selon le résultat le score GHQ-12 dichotomisé (tableau 15).

	Absence de détresse psychologique (score GHQ-12 <2)	Présence de détresse psychologique (score GHQ-12 ≥2)	p-value
Qualité de vie sexuelle (score ASEX de 0 à 30)			0.011*
N (NA)	47 (3)	77 (3)	
moyenne (± écart-type)	15.6 (±4.1)	17.4 (±5.0)	
médiane [q1;q3]	15.0 [14 ; 17]	17.0 [14 ; 21]	
min ; max	7 ; 30	5 ; 30	
Qualité de vie sexuelle (score ASEX dichotomisé)			0.002**
N (NA)	47 (3)	77 (3)	
Altération de la vie sexuelle (score ASEX ≥18)	9 (19.1%)	36 (46.8%)	
Non altération de la vie sexuelle (score ASEX <18)	38 (80.9%)	41 (53.2%)	

*test non paramétrique de Wilcoxon utilisé

**test du Chi2 utilisé

Tableau 15 : Comparaison du score ASEX selon la présence ou non d'une détresse psychologique caractérisée objectivée par le score GHQ-12 dichotomisé (N=124)

Concernant la qualité de vie sexuelle définie par le score ASEX, une **différence significative** a été mise en évidence, quelle que soit la manière de considérer ce score (p=0,011 lorsque l'on considère le score ASEX comme une variable continue, p=0,002 lorsque l'on utilise l'échelle dichotomique), en fonction de la présence ou non d'une détresse psychologique selon le score GHQ-12 dichotomisé.

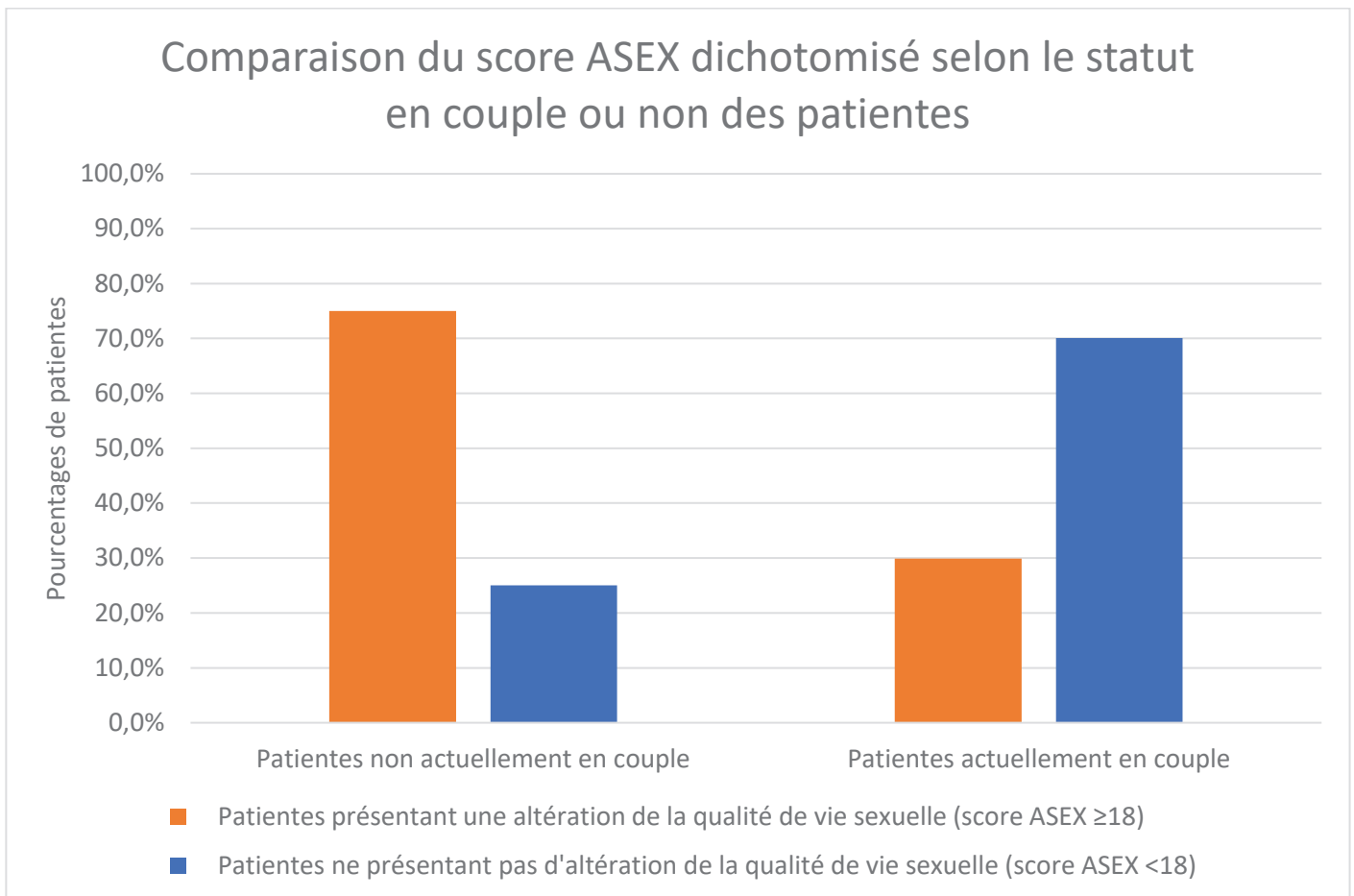
On retrouve une **altération de la qualité de vie sexuelle chez 46,8% des patientes présentant une détresse psychologique significative, contre 19,1% lorsque le score GHQ-12 ne retrouvait pas de détresse psychologique.**

Les résultats du score ASEX ont été comparés selon le statut en couple ou non des patientes, donnée recueillie en première partie du questionnaire (tableau 16 et graphique 13).

	Patientes non actuellement en couple	Patientes actuellement en couple	p-value
Qualité de vie sexuelle (score ASEX dichotomisé)			0.001*
N (NA)	16 (5)	107 (2)	
Altération de la vie sexuelle (score ASEX ≥18)	12 (75.0%)	32 (29.9%)	
Non altération de la vie sexuelle (score ASEX <18)	4 (25.0%)	75 (70.1%)	

*test du Chi2 utilisé

Tableau 16 : Comparaison du score ASEX selon le statut en couple ou non des patientes (N=123)



Graphique 13 : Histogramme représentant les résultats du score ASEX dichotomisé selon le statut en couple ou non des patientes (N=123)

Une **différence significative** a ainsi pu être mise en évidence concernant le score ASEX dichotomisé en fonction du statut en couple ou non des patientes ($p=0,001$).

Dans le groupe des patientes se déclarant comme étant « en couple actuellement », **29,9%** d'entre elles présentaient une altération de la qualité de vie sexuelle (score ASEX ≥ 18), alors que **75,0%** des patientes ne se déclarant pas dans une relation de couple, présentaient une altération de la qualité de vie sexuelle.

7- Remarques libres des patientes recueillies en fin de questionnaire

Parmi les 7 patientes qui n'ont pas répondu aux questions sur leur vie sexuelle, 3 ont spécifié qu'elles n'avaient « pas de rapport » actuellement, ou « pas de partenaire depuis l'annonce ».

Parmi les autres commentaires libres laissés par les patientes en fin de questionnaire il y avait : « L'explication à l'aide de **schémas** m'a beaucoup aidée. Je me suis informée plus facilement sur le virus. Des **informations supplémentaires** devraient être données aux jeunes femmes. » ;

« Donner **plus d'informations** lors du résultat du frottis et l'annonce du rendez-vous de colposcopie. » ;

« En savoir plus sur ce **virus**, avoir le moyen d'en connaître les raisons. Depuis quand ce virus est-il installé ? Provoque-t-il des symptômes ? » ;

« Des explications et hypothèses sur les résultats possibles seraient souhaitables. » ;

« Proposer **un document/un site** qui rassure les patientes. » ;

« Pour l'annonce j'aurais aimé qu'elle se passe autrement. » (faite lors d'une consultation avec son gynécologue) « Pour la colposcopie, c'était un moment pas très agréable mais la gynécologue explique très bien et est vraiment douce et à l'écoute. » ;

« Pour ma part, je ne connaissais ni l'examen ni les praticiens qui l'assuraient. La femme doit se « débrouiller » pour trouver l'information dans une situation stressante. Délivrer des **informations dès le frottis** serait une bonne chose. » ;

« Je trouve qu'on ne parle pas assez du **papillomavirus** et ni de l'importance des frottis de manière générale pour le côté préventif et de la régularité à tenir (tous les 3 ans). » ;

« Continuez à traduire le jargon médical. C'est très rassurant pour la patiente. » ;

« Je pense qu'il est nécessaire de se sentir à l'aise avec la gynécologue qui nous prend en charge. Après malheureusement ce qui complique la chose ce sont les **délais d'attente** (entre les rendez-vous et les résultats) qui augmentent le stress. » ;

« Mieux expliquer la **colposcopie** et les biopsies. » ;

« **Informé plus** pendant le suivi gynécologique. » ;

« Il faudrait un **délai plus court** entre l'appel et le rendez-vous et des **explications claires** de la part des sages-femmes. » ;

« Parler un peu plus du **papillomavirus** afin de mieux connaître les risques lorsqu'ils ne sont pas évacués naturellement par l'organisme. » ;

« Il faut essayer de surmonter le stress et surtout de ne pas lire les fausses informations sur internet. L'examen est facile et il n'est pas douloureux. » ;

« Personnellement j'en ai parlé à mon partenaire et rien n'a changé entre nous. Donc je vis très bien l'annonce et je vais faire le nécessaire pour stopper la contagion. » ;

« Obtenir des informations détaillées sur le **papillomavirus** et ses conséquences. » ;

« A l'issue de la colposcopie, je suis plus rassurée sur le plan sexuel. » ;

« Le docteur a été suffisamment rassurante. » ;

« Le fait de ne pas recevoir les résultats par courrier est très stressant. Gynécologue très rassurante, très professionnelle. » ;

« Prendre le temps de recevoir les patientes pour pouvoir bien **expliquer** les choses et ainsi éviter du stress inutile. » ;

« Ne pas regarder sur internet, être entourée pour ne pas paniquer. » ;

« Je médite beaucoup matin et soir et après quand je le sens l'après-midi, ça me fait du bien. » ;

« Plus **d'informations pour le partenaire** et pour les rapports sexuels. » ;

« Je regrette de n'avoir eu aucune information sur le **papillomavirus** au moment de l'envoi de mes résultats de frottis HPV positif. » ;

« L'annonce par téléphone par ma gynécologue s'est faite dans la simplicité et beaucoup de douceur, ce fut très rassurant. » ;

« On est toutes différentes alors je me dis que chacune le traverse à sa façon. » ;

« Avoir une bonne gynécologue ce qui est le cas. ».

V- Discussion

1- Que montrent les résultats de l'étude COLANX ?

a. Un impact psychologique indéniable

- Nous avons retrouvé un impact psychologique notable de l'annonce d'un résultat anormal de frottis cervico-utérin puisque selon le questionnaire GHQ-12 calculé, **61,5%** des patientes dans notre étude présentaient un score supérieur ou égal à 2, signe d'une **détresse psychologique** (tableau 6). L'impression clinique très partagée selon laquelle les patientes sont très anxieuses à la suite de l'annonce d'un résultat anormal de frottis du col de l'utérus se vérifie donc dans notre étude.
- Lors de la comparaison de ce score GHQ-12 selon la classification initiale de la cytologie cervico-utérine (tableau 7), on observe que même en cas de frottis ASC-US, qui a priori n'alarme pas d'emblée les praticiens, il y a tout de même 50,0% des femmes qui présentent une détresse psychologique notable. Cette détresse grandit, de manière significative, lorsque les résultats du frottis initial évoquent des lésions précancéreuses plus sévères. A noter que sur les deux seules patientes ayant participé à l'étude et qui présentaient un frottis de type AGC, aucune ne présentait de détresse psychologique significative mais ce constat peut probablement être mis en relation avec le très faible effectif de ce groupe.
- **La réalisation de biopsie(s) lors de la colposcopie ne semble quant à elle pas avoir d'influence significative sur l'anxiété des patientes** (tableau 8). En effet, lors de la colposcopie, la réalisation de ce prélèvement est souvent indolore et bien comprise quand bien expliquée aux femmes, et ne semble pas rajouter de charge anxieuse supplémentaire.

- Les patientes présentaient dans notre étude significativement **moins de détresse psychologique lorsque le délai entre l'annonce du frottis cervico-utérin anormal et la réalisation de la colposcopie était compris entre 3 et 4 semaines** (47,9% de détresse psychologique contre 64,5% lorsque ce délai était supérieur à 4 semaines) (tableau 9). Ces résultats suggèrent un effet bénéfique à convoquer les patientes à moins de 5 semaines de l'annonce. En revanche, les patientes convoquées très rapidement, en 2 semaines ou moins, présentaient un taux d'anxiété plus important (72,5%). On peut supposer que les patientes sont inquiètes lorsque le praticien les convoque rapidement, ayant peut-être le sentiment que la prise en charge est urgente. **Le délai idéal pour convoquer les patientes en colposcopie semble donc être situé entre 3 et 4 semaines selon cette étude.**
- Concernant la modalité de l'annonce du résultat anormal du frottis cervico-utérin, les patientes étaient significativement **plus satisfaites lorsque l'annonce avait été faite par téléphone (à 79,7%) ou lors d'une consultation dédiée (à 88,6%),** que lorsqu'elle était faite par courrier (à 50,0%) (tableau 3). En revanche, l'analyse comparative du score GHQ-12 selon la modalité de cette annonce ne retrouve pas de différence significative (tableau 10). **La modalité d'annonce a donc un impact sur la satisfaction de la patiente mais ne semble pas influencer sur la présence ou non d'une détresse psychologique.**

b. Un impact modéré sur la qualité de vie sexuelle

Notre étude a retrouvé un **impact modéré de l'annonce d'un premier frottis cervico-utérin anormal sur la qualité de vie sexuelle**. En effet, 36,3% des patientes dans notre étude présentaient une altération de leur qualité de vie sexuelle selon le score ASEX dichotomisé (tableau 11).

En revanche, **cette altération de la qualité de vie sexuelle était statistiquement corrélée à la présence ou non d'une détresse psychologique** détectée par le score GHQ-12 (tableau 15), puisque 46,8% des patientes ayant une détresse psychologique notable présentaient une altération de la qualité de vie sexuelle, contre 19,1% lorsque le score GHQ-12 ne retrouvait pas de détresse psychologique notable.

La **peur de transmission du papillomavirus lors des rapports sexuels** semble être une préoccupation importante chez les patientes puisque dans notre étude, 47,6% des patientes disaient avoir « assez peur », « très peur » ou « extrêmement peur » de transmettre leur pathologie à leur partenaire (tableau 14 et graphique 12).

Par ailleurs, **le fait d'être engagée dans une relation de couple semble être un facteur protecteur quant à l'altération de la vie sexuelle dans cette situation**. En effet, dans notre étude, 75,0% des patientes célibataires présentaient une altération de leur qualité de vie sexuelle, contre 29,9% chez les patientes se déclarant dans une relation de couple (tableau 16).

c. Une consultation de colposcopie souvent bien vécue par les patientes

La consultation de colposcopie semble être globalement satisfaisante pour les patientes, puisque dans notre étude 96,9% des femmes se disaient satisfaites des informations délivrées lors de la consultation de colposcopie et 78,5% se disaient rassurées au décours de cette consultation (graphique 3).

L'attitude des praticiens, les informations délivrées lors de cette colposcopie et l'examen clinique en lui-même ne semblent donc pas être la cause d'une souffrance psychologique. C'est donc plutôt la période avant cette consultation de colposcopie qui semble cruciale.

d. Une demande forte d'informations complémentaires

Dans notre étude, on retrouve une **demande majoritaire d'informations complémentaires** (52,3% des patientes). Les patientes demandeuses de ce support informatif, souhaitaient en grande majorité (74,2% des femmes répondeuses) un **support informatif écrit validé** (graphique 4).

Les principaux sujets que les patientes souhaiteraient y voir abordés (tableau 4) sont :

- Le papillomavirus et son mode de transmission (pour 72,1% des patientes),
- Les éventuels traitements envisageables (pour 67,6% des patientes),
- Le déroulement de la colposcopie (pour 54,4% des patientes),
- Les risques pour le(s) partenaire(s) sexuel(s) (pour 66,2% des patientes).

76,5% des patientes demandeuses d'une information complémentaire dans cette étude, auraient souhaité que cette information leur soit délivrée **au moment de l'annonce du résultat de frottis cervico-utérin anormal** (tableau 5).

2- Forces et faiblesses de ce travail

Les forces de notre étude étaient son caractère **multicentrique**, de **grande ampleur**, réalisée auprès de praticiens en établissements publics et privés, ainsi qu'en libéral, dans l'ensemble du département de la Seine-Maritime. Le nombre de 100 questionnaires attendus dans cette étude a été atteint et bon nombre de nos résultats étaient significatifs. L'objectif principal de l'étude, qui devait évaluer la présence ou non d'une détresse psychologique, a été évalué au moyen d'un **questionnaire largement validé**, le questionnaire GHQ-12, ce qui est une des forces de ce travail.

Des biais sont néanmoins présents. En effet, nous pouvons supposer la présence d'un **biais de sélection**, les patientes ayant accepté de participer à l'étude étant probablement les patientes les plus touchées par la problématique, ayant potentiellement le plus souffert d'anxiété suite à l'annonce de leurs résultats et motivées pour nous aider à améliorer leur prise en charge. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que si la population de l'étude avait été plus conséquente, certaines différences significatives auraient peut-être davantage pu apparaître dans les résultats.

De plus, même si cette étude était multicentrique, elle **n'a concerné que le département de la Seine-Maritime**. Cela peut constituer un biais en vue de l'extrapolation de ces résultats à l'ensemble de la population française.

Concernant le souhait d'informations complémentaires de la part des patientes, notre question était peut-être insuffisamment claire. En effet, cette question pouvait sembler ne suggérer une délivrance d'informations uniquement le jour de la colposcopie. Ce point a pu sous-estimer le nombre de patientes demandeuses d'une information complémentaire. En effet, certaines patientes avaient répondu « non » à la question du souhait d'informations

supplémentaires, mais ont tout de même complété les questions suivantes sur les points à aborder dans un éventuel support informatif, ainsi que sur le moment désiré de délivrance d'une information. Leurs réponses n'ont alors pas été comptabilisées puisqu'elles n'étaient pas sensées répondre à ces questions lorsqu'elles n'avaient pas exprimé le souhait d'une information complémentaire.

Par ailleurs, notre volonté de proposer un questionnaire simple, court et peu intrusif aux patientes concernant la qualité de vie sexuelle, a conduit à choisir le **questionnaire ASEX, qui est validé uniquement en cas de troubles dépressifs**, ainsi que le seuil de significativité utilisé, ce qui a éventuellement pu conduire à une évaluation moins précise de cet item.

3- Comparaison des résultats à la littérature existante

- Quand on compare les résultats de l'étude COLANX à celle menée en 2011 par J. Monsonogo et al., on retrouve de nombreuses similitudes.(42) Cette étude était également menée en France et les résultats étaient comparés à des données recueillies auprès de femmes espagnoles et portugaises ; un grand nombre de questionnaires avait été recueilli (765 questionnaires en France). Dans cette étude de 2011, 74% des femmes exprimaient une anxiété à la suite de l'annonce de leur résultat anormal de frottis cervico-utérin, 39% exprimaient un stress. Ces chiffres correspondent aux femmes ayant simplement coché « anxiété » ou « stress » lorsqu'on leur demandait leur réaction face à l'annonce. Dans notre étude, on retrouve 61,5% de femmes présentant une détresse psychologique selon le score validé du GHQ-12, ce qui semble concordant.

Par ailleurs, dans l'étude de J. Monsonogo et al., presque 80% des patientes interrogées étaient demandeuses d'informations supplémentaires, contre 52,3% dans notre étude. Les patientes étaient également plus satisfaites lorsque l'annonce du résultat anormal de dépistage était faite par téléphone par rapport au courrier, comme dans notre étude COLANX.

- Dans l'étude de McBride et al. de 2020, il s'agissait d'une méta-analyse réunissant 33 études, qui évaluait la réponse émotionnelle à un test HPV-HR positif dans le cadre du dépistage.(43) L'anxiété à court terme, la détresse au sujet des résultats des tests, la détresse au sujet des relations sexuelles, les sentiments de dégoût et de honte, la surprise et la peur du cancer y étaient les réponses émotionnelles les plus courantes. Ces réactions sont similaires à celles retrouvées dans notre étude. Ces réactions étaient surtout présentes à court terme et se dissipaient en plusieurs mois.

- L'étude de Rask et al. en 2019 était une étude interventionnelle comparative, qui avait pour objectif d'évaluer l'impact de la modalité d'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin sur l'anxiété.(62) Pour cela 2 groupes avaient été formés : un groupe interventionnel dans lequel l'annonce se faisait par téléphone (113 femmes) et un groupe témoin dans lequel l'annonce se faisait dans un courrier standard (122 femmes). Aucune différence significative en termes de qualité de vie n'était mise en évidence, paramètre évalué à l'aide du questionnaire HRQoL. Concernant l'anxiété, paramètre étudié à l'aide du questionnaire HADS, 48,3% des femmes interrogées étaient anxieuses lorsque l'annonce était faite par courrier, contre 42,5% lorsque l'annonce était faite par téléphone, mais cette différence n'était pas significative ($p=0,474$). Les patientes étaient plus satisfaites lorsque l'annonce était faite par téléphone (92,0% des patientes contre 67,2% de celles dont l'annonce avait été faite par courrier, $p < 0,001$) et appelaient moins les praticiens par la suite pour poser des questions. Ces résultats concordent avec ceux de notre étude.
- L'étude de Drolet et al. en 2012 avait cherché à évaluer l'anxiété générée par un résultat anormal de frottis cervico-utérin, à l'aide du questionnaire STAI.(63) Elle retrouvait une anxiété générée par l'annonce chez 46% de femmes (contre 61,5% dans l'étude COLANX), contre 33% des femmes avec un frottis normal ($p<0,0001$). Cette anxiété diminuait significativement après 12 semaines ($p<0,001$). Les facteurs de risque de persistance de cette anxiété à distance étaient un bas niveau socio-économique et une mauvaise compréhension des résultats.

- **L'annonce du résultat anormal de dépistage** semble devoir se faire préférentiellement **par téléphone ou en consultation** plutôt que par courrier, avec une satisfaction des patientes statistiquement meilleure selon notre étude. Cela avait déjà été retrouvé dans des études antérieures et semble être conforté par nos résultats.(64,65)
- Aucune donnée comparative n'a pu être retrouvée dans la littérature concernant l'impact sur l'anxiété des patientes selon la réalisation ou non de biopsie(s) lors de la colposcopie, ni sur l'impact du délai de convocation en colposcopie sur ce paramètre.
- Concernant l'impact de l'anomalie de cytologie cervico-utérine sur la qualité de vie sexuelle des patientes, dans la littérature on retrouve principalement un impact important lorsque le test HPV-HR est positif.

C'est le cas dans l'étude de Mercan et al. de 2019, qui a constaté que les femmes ayant un test HPV-HR positif avaient des scores ASEX significativement plus élevés que le groupe témoin (ayant un test HPV-HR négatif) dans les domaines du désir sexuel, de l'excitation, de la réponse génitale, de l'expérience orgasmique et de leur satisfaction à l'orgasme ($p \leq 0,05$).⁽⁴⁹⁾ Ces résultats vont dans le même sens que ceux de notre étude mais n'étudiaient pas exactement les mêmes paramètres et les résultats ne sont donc pas strictement comparables.

4- Signification de ces résultats et pistes de recherches à venir

Ces résultats suggèrent des pistes d'amélioration pour tenter de diminuer l'impact anxieux sur les patientes qui doivent subir ce type de **parcours diagnostique très anxiogène**.

Un point crucial semble être **l'annonce du portage d'un papillomavirus potentiellement oncogène**, asymptomatique dans la plupart des cas. Cette infection chronique, indolente, imperceptible, susceptible de provoquer une pathologie cancéreuse engageant le pronostic vital, semble être une source d'anxiété majeure chez les patientes. Avec le **changement récent de dépistage**, l'annonce d'un portage de papillomavirus à haut risque, même sans lésion cervicale, est en train de devenir une préoccupation quotidienne des praticiens effectuant ce dépistage. En conséquence, le discours des praticiens ainsi que l'information des patientes vont devoir être adaptés. Il serait en effet intéressant de prolonger cette étude pour évaluer l'impact psychologique, voire psycho-sexuel de l'annonce d'un portage de papillomavirus dépisté chez les patientes françaises alors même que les examens complémentaires, cytologiques voire colposcopiques, sont rassurants.(66–68)

La **peur de transmission au(x) partenaire(s) sexuel(s)** semble également être une préoccupation importante des patientes, et notre discours doit y être préparé.

Ces situations de parcours diagnostiques chez les patientes peuvent également servir de levier afin de **promouvoir la vaccination** pour leur descendance, moyen très efficace pour diminuer l'incidence des cancers du col de l'utérus et dont le succès n'est pas encore celui espéré en France.

De manière plus générale, une **meilleure information des patientes** en cas d'examen de dépistage anormal apparaît comme indispensable dans ce travail et pourrait permettre d'améliorer également l'adhérence des patientes à leur suivi.

Il apparaît désormais intéressant de développer et d'évaluer un support d'informations à destination des patientes, à distribuer au moment de l'annonce du résultat anormal de frottis cervico-utérin, afin de voir si cela aurait une incidence significative sur le taux de détresse psychologique.

L'étude de l'impact sur la qualité de vie sexuelle de l'annonce d'un frottis cervico-utérin, et a fortiori HPV-HR positif, mérite d'être approfondie. En effet, l'utilisation d'un questionnaire plus complet tel que le score FSFI, paraît judicieux. Néanmoins, ce paramètre paraît très difficile à étudier de manière fiable car comme dans notre étude, le taux de réponse est souvent médiocre sur les questions relatives à la sexualité et les réponses, même si récoltées anonymement, ne sont pas toujours totalement transparentes, les médecins et les patientes étant souvent hésitants à s'épancher sur ces sujets intimes.

VI- Conclusion : pistes suggérées par l'étude COLANX

- L'étude COLANX a permis de mettre en évidence un **retentissement psychologique marqué** sur la population étudiée, attestant d'un impact non négligeable de l'annonce d'un frottis anormal. Compte tenu des nouvelles modalités du dépistage organisé, les professionnels de santé sont de plus en plus confrontés à ce type de problématique. Le retentissement sur la qualité de vie sexuelle des patientes ne doit pas non plus être négligé lors de l'annonce.
- L'étude COLANX suggère d'ailleurs fortement la **distribution d'un support informatif**, sous format papier, au moment de l'annonce du résultat anormal de dépistage, abordant les thèmes suivants :
 - Le papillomavirus et son mode de transmission,
 - Les risques pour le(s) partenaire(s) sexuel(s),
 - Les éventuels traitements envisageables,
 - Le déroulement de la colposcopie.

Les sites validés d'informations fiables concernant le papillomavirus et les pathologies susceptibles d'en découler devraient y être suggérés, afin que les patientes ne cherchent pas d'elles-mêmes sur internet des informations qui pourraient être erronées.

Nous proposons donc en annexe un support écrit qui pourrait être utilisé à cet effet (annexe 5), reprenant les principaux thèmes mentionnés par les patientes de l'étude COLANX et qu'il conviendrait de valider par une éventuelle étude ultérieure.

- **L'annonce du résultat anormal du frottis** indiquant une colposcopie pourrait être faite préférentiellement **par téléphone ou lors d'une consultation**, plutôt que par courrier.
- Le **délai de convocation des patientes**, entre l'annonce de l'anomalie et le rendez-vous de colposcopie, semble devoir être compris idéalement entre **3 et 4 semaines**. Ce délai semble laisser le temps aux patientes de digérer les informations délivrées, de se renseigner plus amplement si elles le souhaitent, sans attendre trop longtemps les réponses que vont apporter la colposcopie et les éventuels prélèvements. Un délai plus court, de 1 à 2 semaines, semble inquiéter davantage les patientes, car ce rendez-vous donné « en urgence » suggère probablement une gravité importante de la pathologie suspectée.
- Dans notre étude, l'attitude des praticiens et les informations délivrées lors de la consultation de colposcopie semblent être satisfaisantes. L'utilisation d'outils visuels tels que les schémas semble être bénéfique et appréciée par les patientes. La réalisation de biopsie(s) ne semble pas altérer davantage le vécu psychologique des patientes et doit être réalisée sans réticence si nécessaire.
- La consultation de colposcopie peut-être un moment privilégié pour évoquer et **promouvoir la vaccination contre le papillomavirus** auprès des patientes, pour leurs enfants ou petits-enfants.

VII- Bibliographie

1. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. Cancer du col de l'utérus. 2020 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus
2. Dépistage du cancer du col de l'utérus : Repérer un cancer à un stade précoce et augmenter les chances de guérison - Dossiers et communiqués de presse [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiques-de-presse/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-Reperer-un-cancer-a-un-stade-precoce-et-augmenter-les-chances-de-guerison>
3. Haute Autorité de Santé HAS. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
4. e-cancer. Vaccination contre les HPV et cancers - Infections [Internet]. 2020 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancers>
5. Cancer du col de l'utérus et Papillomavirus [Internet]. Institut Pasteur. 2015 [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-col-uterus-papillomavirus>
6. Rask M, Swahnberg K, Oscarsson M. Swedish women's awareness of human papillomavirus, and health-related quality of life, anxiety, and depression after a notification of an abnormal Pap smear result: a cross-sectional study. *Eur J Cancer Prev.* mars 2019;28(2):96-101.
7. Les infections à Papillomavirus humains [Internet]. Papillomavirus.fr. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.papillomavirus.fr/les-infections-a-papillomavirus-humain/>
8. Infections à HPV | Cancer et environnement [Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/610-Infections-a-HPV.ce.aspx>
9. CT-17461_GARDASIL9_PIC_REEV_AvisDef_CT17461&17456.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-17461_GARDASIL9_PIC_REEV_AvisDef_CT17461&17456.pdf
10. CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf
11. Vaccination contre les papillomavirus : arrêt de commercialisation de GARDASIL fin 2020 [Internet]. VIDAL. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/24380-vaccination-contre-les-papillomavirus-arret-de-commercialisation-de-gardasil-fin-2020.html>
12. HCSP. Prévention des infections à HPV : place du vaccin Gardasil 9® [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 févr [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=602>

13. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
14. Tota JE, Bentley J, Blake J, Coutlée F, Duggan MA, Ferenczy A, et al. Introduction of molecular HPV testing as the primary technology in cervical cancer screening: Acting on evidence to change the current paradigm. *Prev Med.* mai 2017;98:5-14.
15. Haute Autorité de Santé HAS. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002 [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2002. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272243/fr/conduite-a-tenir-devant-une-patiente-ayant-un-frottis-cervico-uterin-anormal-actualisation-2002
16. SPF. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: </import/couverture-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france>
17. Circonstances de découverte du cancer invasif du col de l'utérus [Internet]. Gynécologie Obstétrique Pratique. 2011 [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/circonstances-de-decouverte-du-cancer-invasif-du-col-de-l-uterus>
18. Cuzick J, Szarewski A, Cubie H, Hulman G, Kitchener H, Luesley D, et al. Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: the HART study. *Lancet.* 6 déc 2003;362(9399):1871-6.
19. Murphy J, Kennedy EB, Dunn S, McLachlin CM, Kee Fung MF, Gzik D, et al. HPV testing in primary cervical screening: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* mai 2012;34(5):443-52.
20. Ogilvie GS, van Niekerk D, Krajden M, Smith LW, Cook D, Gondara L, et al. Effect of Screening With Primary Cervical HPV Testing vs Cytology Testing on High-grade Cervical Intraepithelial Neoplasia at 48 Months: The HPV FOCAL Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 3 juill 2018;320(1):43-52.
21. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, Verhoef VMJ, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol.* févr 2014;15(2):172-83.
22. INCa. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique. 2020. (Outils pour la pratique).
23. Accueil | Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.societe-colposcopie.com/>
24. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;55.
25. Programme-2021-sfcpcv.pdf [Internet]. [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.societe-colposcopie.com/sites/default/files/Programme-2021-sfcpcv.pdf>
26. Korfage IJ, van Ballegooijen M, Wauben B, Looman CWN, Habbema JDF, Essink-Bot M-L. Having a Pap smear, quality of life before and after cervical screening: a questionnaire study. *BJOG.* juill 2012;119(8):936-44.

27. Institut National du Cancer. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale - Thésaurus - Ref : RECOCCUTHESES2016 [Internet]. 2016 [cité 17 janv 2021]. 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>
28. Foire aux Questions | Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale [Internet]. [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.societe-colposcopie.com/grand-public/foire-aux-questions>
29. Guennec ML. Évaluation des connaissances des patientes de consultation de gynécologie au CHRU de Brest concernant le frottis cervico-utérin et le papillomavirus par auto-questionnaire. :94.
30. Rogstad KE. The psychological impact of abnormal cytology and colposcopy. *BJOG*. avr 2002;109(4):364-8.
31. Tribe KL, Knight V, Pell C. A prospective descriptive study of women attending a colposcopy clinic. *Contemp Nurse*. déc 2008;31(1):80-5.
32. Korfage IJ, van Ballegooijen M, Huveneers H, Essink-Bot M-L. Anxiety and borderline PAP smear results. *Eur J Cancer*. janv 2010;46(1):134-41.
33. Phd JW, Msc AP, Mrcgp DS. Psychological consequences of positive results in cervical cancer screening. *Psychology & Health*. 1 avr 1995;10(3):185-94.
34. Markovic-Denic L, Popovac S, Djuric O, Perisic Z, Rakic S. Psychological effects of concurrent cytology and colposcopy testing in women referred to cancer counseling outpatient clinic in Belgrade. *J BUON*. févr 2017;22(1):214-23.
35. Isaka Y, Inada H, Hiranuma Y, Ichikawa M. Psychological impact of positive cervical cancer screening results among Japanese women. *Int J Clin Oncol*. févr 2017;22(1):102-6.
36. McCaffery K, Waller J, Forrest S, Cadman L, Szarewski A, Wardle J. Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. *BJOG*. déc 2004;111(12):1437-43.
37. Lerman C, Miller SM, Scarborough R, Hanjani P, Nolte S, Smith D. Adverse psychological consequences of positive cytologic cervical screening. *Am J Obstet Gynecol*. sept 1991;165(3):658-62.
38. Jentschke M, Lehmann R, Drews N, Hansel A, Schmitz M, Hillemanns P. Psychological distress in cervical cancer screening: results from a German online survey. *Arch Gynecol Obstet*. sept 2020;302(3):699-705.
39. Bertram CC, Magnussen L. Informational needs and the experiences of women with abnormal Papanicolaou smears. *J Am Acad Nurse Pract*. sept 2008;20(9):455-62.
40. Rask M, Oscarsson M, Lindell G, Swahnberg K. Women with abnormal Pap smear result: a qualitative study of Swedish healthcare professionals' experiences. *Eur J Cancer Care (Engl)*. nov 2016;25(6):980-91.

41. Rask M, Swahnberg K, Lindell G, Oscarsson M. Women's experiences of abnormal Pap smear results - A qualitative study. *Sex Reprod Healthc.* juin 2017;12:3-8.
42. Monsonego J, Cortés J, Pereira da Silva D, Jorge A-F, Klein P. [Perception and psychological impact of an abnormal Pap smear. Results of a comparative European survey]. *Gynecol Obstet Fertil.* avr 2012;40(4):213-8.
43. McBride E, Tatar O, Rosberger Z, Rockliffe L, Marlow LM, Moss-Morris R, et al. Emotional response to testing positive for human papillomavirus at cervical cancer screening: a mixed method systematic review with meta-analysis. *Health Psychol Rev.* 24 mai 2020;1-35.
44. Sakin Ö, Uzun SB, Koyuncu K, Giray B, Akalin EE, Anđın AD. Cervix human papilloma virus positivity: Does it cause sexual dysfunction? *Turk J Obstet Gynecol.* déc 2019;16(4):235-41.
45. Graziottin A, Serafini A. HPV infection in women: psychosexual impact of genital warts and intraepithelial lesions. *J Sex Med.* mars 2009;6(3):633-45.
46. FORNAGE S. Impact de lésions associées au Papillomavirus Humain sur la sexualité féminine [Mémoire pour validation d'un diplôme universitaire de sexologie]. [Pully, Suisse]: Genève; 2014.
47. Parmentier A. Impact psychosexuel d'un premier frottis cervico-utérin anormal de bas grade [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2019.
48. LEVASSEUR C. Impact sexologique des frottis anormaux [Mémoire pour l'obtention d'un diplôme universitaire de sexologie]. [Lille, France]: Lille II; 2016.
49. Mercan R, Mercan S, Durmaz B, Sur H, Kilciksiz CM, Kacar AS, et al. Sexual dysfunction in women with human papilloma virus infection in the Turkish population. *J Obstet Gynaecol.* juill 2019;39(5):659-63.
50. Alay I, Kaya C, Karaca I, Yildiz S, Baghaki S, Cengiz H, et al. The effect of being diagnosed with human papillomavirus infection on women's sexual lives. *J Med Virol.* août 2020;92(8):1290-7.
51. Ferenidou F, Salakos N, Vaidakis N, Paltoglou G, Bakalianou K, Papadimitriou G, et al. The impact of HPV diagnosis on women's sexual and mental health: preliminary findings. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2012;39(1):79-82.
52. Questions-Réponses sur l'infection à papillomavirus humains (HPV), cause de cancer du col de l'utérus, et le dépistage. Haute Autorité de Santé.
53. Kwan TTC, Cheung ANY, Lo SST, Lee PWH, Tam K-F, Chan KKL, et al. Psychological burden of testing positive for high-risk human papillomavirus on women with atypical cervical cytology: a prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* mai 2011;90(5):445-51.
54. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric Illness in General Practice: A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. *Br Med J.* 23 mai 1970;2(5707):439-43.
55. Salama-Younes M, Montazeri A, Ismaïl A, Roncin C. Factor structure and internal consistency of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Subjective Vitality Scale (VS), and the relationship between them: a study from France. *Health Qual Life Outcomes.* 5 mars 2009;7:22.

56. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* janv 1997;27(1):191-7.
57. Goldberg D. *General Health Questionnaire (GHQ)* - INRS. 2011.
58. Briki M, Haffen E, Monnin J, Tio G, Nicolier M, Sechter D, et al. [Sexual dysfunction and depression: Validity of a French version of the ASEX scale]. *Encephale.* avr 2014;40(2):114-22.
59. Géonet M, Sutter PD, Zech E. Quelles mesures pour évaluer la baisse du désir sexuel chez la femme ? 10 mai 2017;
60. Gray NM, Sharp L, Cotton SC, Avis M, Philips Z, Russell I, et al. Developing a questionnaire to measure the psychosocial impact of an abnormal cervical smear result and its subsequent management: the TOMBOLA (Trial of Management of Borderline and Other Low-grade Abnormal Smears) trial. *Qual Life Res.* août 2005;14(6):1553-62.
61. Mast TC, Zhu X, Demuro-Mercon C, Cummings HW, Singhs HL, Ferris DG. Development and psychometric properties of the HPV Impact Profile (HIP) to assess the psychosocial burden of HPV. *Curr Med Res Opin.* nov 2009;25(11):2609-19.
62. Rask M, Swahnberg K, Oscarsson M. Notification of an abnormal Pap smear result: An intervention study. *Eur J Cancer Care (Engl).* mars 2019;28(2):e12969.
63. Drolet M, Brisson M, Maunsell E, Franco EL, Coutlée F, Ferenczy A, et al. The psychosocial impact of an abnormal cervical smear result. *Psychooncology.* oct 2012;21(10):1071-81.
64. Musa J, Achenbach CJ, O'Dwyer LC, Evans CT, McHugh M, Hou L, et al. Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(9):e0183924.
65. Pritham UA, Brigdon A, Jones M. Understanding factors related to women's adherence to colposcopy. *Nurs Womens Health.* nov 2014;18(5):402-12.
66. Burger EA, Nygård M, Gyrd-Hansen D, Moger TA, Kristiansen IS. Does the primary screening test influence women's anxiety and intention to screen for cervical cancer? A randomized survey of Norwegian women. *BMC Public Health.* 15 avr 2014;14:360.
67. Daley EM, Perrin KMK, McDermott RJ, Vamos CA, Rayko HL, Packing-Ebuen JL, et al. The psychosocial burden of HPV: a mixed-method study of knowledge, attitudes and behaviors among HPV+ women. *J Health Psychol.* mars 2010;15(2):279-90.
68. Kitchener HC, Fletcher I, Roberts C, Wheeler P, Almonte M, Maguire P. The psychosocial impact of human papillomavirus testing in primary cervical screening-a study within a randomized trial. *Int J Gynecol Cancer.* août 2008;18(4):743-8.

VIII- Annexes

Annexe 1 : Fiche d'information à destination des médecins participants à l'étude

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement interne en 7^e semestre de gynécologie médicale. Dans le cadre de mon projet de thèse, je souhaiterais évaluer **l'impact psychologique d'un résultat anormal de frottis cervico-utérin.**

L'objectif secondaire serait de proposer des améliorations dans la prise en charge de ces patientes lors de ce parcours que nous savons très anxiogène (élaborer un support écrit d'information à destination des patientes concernant le papillomavirus, sa transmission et les lésions cervicales qu'il peut potentiellement engendrer, leur traitement, ...).

Si ce travail vous intéresse, merci de faire remplir aux patientes ayant subi une colposcopie, le questionnaire ci-joint, de manière anonyme. Le questionnaire doit être **rempli sur place par la patiente le jour de la colposcopie au décours de la consultation** puis vous être remis (la patiente ne doit pas remplir le questionnaire à domicile).

Les critères d'inclusion sont :

- Les femmes de plus de 25ans et non ménopausées
- Il doit s'agir du premier frottis analysé comme anormal chez cette patiente
- Résultat anormal d'un frottis cervico-utérin interprété comme : **ASC-US HPV HR+, LIEBG, LIEHG, ASC-H ou AGC**

Les critères d'exclusion sont :

- Les femmes enceintes
- Les femmes ménopausées
- Les antécédents de frottis anormal, de colposcopie ou de conisation
- Frottis interprété ASC-US, test HPV HR -
- Frottis classé carcinome invasif
- Mauvaise maîtrise de la langue française

Par avance, je vous remercie pour votre aide et votre contribution à cette étude. N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions concernant ce travail.

Bien confraternellement,

Jeanne HULLOT LUC, interne de gynécologie médicale, 8^e semestre

06 86 61 46 62, jeanne.hullot@laposte.net

NB : avant de remettre le questionnaire à la patiente en fin de consultation de colposcopie, merci de **remplir vous-même l'encadré au tout début du questionnaire** avec le résultat du frottis de la patiente.

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude COLANX

Encadré à remplir par le médecin colposcopiste :

1- Résultat du frottis initial :

- ASC-US, test HPV-haut risque positif
- LIEBG (= LSIL ou lésion de bas grade ou CIN1)
- LIEHG (= HSIL ou lésion de haut grade ou CIN2-3)
- ASC-H
- AGC

2- Avez-vous réalisé une ou des biopsie(s) lors de la colposcopie ce jour?

- Oui
- Non

Madame,

Vous venez d'avoir une consultation pour réalisation d'une colposcopie, faisant suite à un résultat anormal de votre frottis du col de l'utérus.

Merci de prendre quelques minutes pour répondre le plus sincèrement possible à ce questionnaire, destiné à évaluer l'impact de ce résultat anormal sur votre vie personnelle et psychologique.

Ce travail s'inscrit dans le cadre de mon projet de thèse de gynécologie médicale, dont le but est de tenter d'améliorer la prise en charge et l'information des patientes devant suivre le même parcours de soins que vous.

Ce questionnaire est **totalement anonyme**. Une fois rempli, je vous invite à le remettre à votre médecin.

Je vous remercie pour votre contribution à cette étude,

Cordialement,

Jeanne HULLOT LUC, interne en gynécologie médicale

1- Vous concernant :

- a. Quel âge avez-vous ?
- b. Avez-vous déjà eu des condylomes (« verrues génitales »)
- Oui
 - Non
- c. Avez-vous une contraception ?
- Oui, un stérilet au cuivre
 - Oui, un stérilet hormonal (MIRENA®, JAYDESS®, KYLEENA®)
 - Oui, une pilule
 - Oui, j'utilise des préservatifs
 - Oui, un implant contraceptif (NEXPLANON®)
 - Oui, autre moyen de contraception non cité :
 - Non
- d. Etes-vous vaccinée contre le papillomavirus (GARDASIL®, CERVARIX®) ?
- Oui
 - Non
- e. Fumez-vous ?
- Oui
 - Non
- f. Prenez-vous des traitements tous les jours ?
- Oui, lesquels ?.....
 - Non
- g. Etes-vous actuellement dans une relation de couple ?
- Oui
 - Non

2- Concernant l'annonce de l'anomalie présente sur votre frottis cervico-utérin :

- a. Comment l'annonce vous a-t-elle été faite ?
- Par téléphone
 - Par courrier
 - Lors d'une consultation avec votre médecin/sage-femme
 - Autre :
- b. Cette modalité d'annonce (téléphone, courrier, consultation ou autre), vous a-t-elle parue adaptée ?
- Oui
 - Non, pourquoi ?.....

3- Concernant la consultation d'aujourd'hui (colposcopie) :

- a. Les informations qui vous ont été délivrées ce jour vous ont-elles parues suffisantes ?
- Oui
 - Non
- b. Suite à cette consultation, vous sentez-vous ?
- Rassurée
 - Toujours aussi inquiète
 - Plus inquiète qu'avant
- c. Pensez-vous qu'une information écrite serait utile ?
- Oui
 - Non
- d. Si oui, sous quelle forme ?
- Un site web validé
 - Un support écrit (fiche informative ou plaquette)
 - Autre : vos suggestions :
- e. Si vous considérez qu'une information écrite vous aurait été bénéfique, sur quels points auriez-vous souhaité que celle-ci soit axée :
- Le papillomavirus, son mode de transmission
 - Les risques pour votre (vos) partenaire(s) sexuel(s)
 - L'anatomie gynécologique
 - Les traitements possibles (chirurgie, laser, surveillance)
 - Le déroulement de la colposcopie
 - L'utilité du frottis du col de l'utérus
 - Autre : vos suggestions :
- f. Si vous auriez souhaité une information écrite, quand pensez-vous qu'il faudrait qu'elle soit délivrée ?
- Au moment de l'annonce du frottis anormal
 - Le jour de la colposcopie (aujourd'hui)
 - Autre : précisez :

4- Concernant la période entre l'annonce du résultat anormal de votre frottis et le jour de la colposcopie (aujourd'hui) :

a. Quel délai s'est écoulé entre l'annonce de l'anomalie sur votre frottis et ce jour ?

- Une semaine
- 2 semaines
- 3 semaines
- 4 semaines
- Plus de 4 semaines, précisez :

b. Sur le plan psychologique, concernant votre état en général depuis l'annonce de ce frottis anormal, (entourez vos réponses) :

1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?

- | | | | |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Mieux que d'habitude | 2. Comme d'habitude | 3. Moins que d'habitude | 4. Beaucoup moins que d'habitude |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------------------|

2. Vos soucis vous ont-ils empêchée de dormir ?

- | | | | |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. Pas du tout | 2. Pas plus que d'habitude | 3. Plutôt plus que d'habitude | 4. Beaucoup plus que d'habitude |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------|
| 1. Plutôt plus que d'habitude | 2. Comme d'habitude | 3. Moins utile que d'habitude | 4. Beaucoup moins utile |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------|

4. Vous êtes-vous sentie capable de prendre des décisions ?

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 1. Plutôt plus que d'habitude | 2. Comme d'habitude | 3. Plutôt moins que d'habitude | 4. Beaucoup moins capable |
|-------------------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------------|

5. Vous êtes-vous sentie constamment sous pression ?

- | | | | |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. Pas du tout | 2. Pas plus que d'habitude | 3. Un peu plus que d'habitude | 4. Beaucoup plus que d'habitude |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?

- | | | | |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. Pas du tout | 2. Pas plus que d'habitude | 3. Un peu plus que d'habitude | 4. Beaucoup plus que d'habitude |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. Plutôt plus que d'habitude | 2. Comme d'habitude | 3. Plutôt moins que d'habitude | 4. Beaucoup moins que d'habitude |
|-------------------------------|---------------------|--------------------------------|----------------------------------|

8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------|
| 1. Plutôt plus que d'habitude | 2. Comme d'habitude | 3. Moins capable que d'habitude | 4. Beaucoup moins capable |
|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------|

9. Vous êtes-vous sentie malheureuse, déprimée ?

- | | | | |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. Pas du tout | 2. Pas plus que d'habitude | 3. Un peu plus que d'habitude | 4. Beaucoup plus que d'habitude |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

10. Avez-vous perdu confiance en vous ?

- | | | | |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. Pas du tout | 2. Pas plus que d'habitude | 3. Un peu plus que d'habitude | 4. Beaucoup plus que d'habitude |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?

- | | | | |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. Pas du tout | 2. Pas plus que d'habitude | 3. Un peu plus que d'habitude | 4. Beaucoup plus que d'habitude |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

12. Vous êtes-vous sentie relativement heureuse dans l'ensemble ?

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. Plutôt plus que d'habitude | 2. A peu près comme d'habitude | 3. Plutôt moins que d'habitude | 4. Beaucoup moins que d'habitude |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

c. Sur le plan sexuel, de manière générale, depuis l'annonce de l'anomalie présente sur votre frottis (entourez vos réponses) :

1. Comment sont vos « pulsions » sexuelles (désir sexuel) ?

1. Extrêmement fortes 2. Très fortes 3. Assez fortes 4. Assez faibles 5. Très faibles 6. Absentes

2. Avec quelle facilité êtes-vous excitée sexuellement ?

1. Extrêmement facilement 2. Très facilement 3. Assez facilement 4. Assez difficilement 5. Très difficilement 6. Jamais

3. Avec quelle facilité se fait la lubrification vaginale durant l'excitation sexuelle ?

1. Extrêmement facilement 2. Très facilement 3. Assez facilement 4. Assez difficilement 5. Très difficilement 6. Jamais

4. Avec quelle facilité pouvez-vous avoir un orgasme ?

1. Extrêmement facilement 2. Très facilement 3. Assez facilement 4. Assez difficilement 5. Très difficilement 6. Jamais

5. Vos orgasmes sont-ils satisfaisants ?

1. Extrêmement satisfaisants 2. Très satisfaisants 3. Assez satisfaisants 4. Assez insatisfaisants 5. Très insatisfaisants 6. Absents

6. Comment évaluez-vous votre vie sexuelle, par rapport à avant ?

1. Extrêmement satisfaisante 2. Très satisfaisante 3. Assez satisfaisante 4. Assez insatisfaisante 5. Très insatisfaisante 6. Absente

7. Avez-vous des réticences à avoir des rapports sexuels, depuis l'annonce ?

1. Jamais 2. Très rarement 3. Rarement 4. Assez souvent 5. Très souvent 6. Toujours

8. Avez-vous peur de transmettre votre pathologie gynécologique à votre (vos) partenaire(s) ?

1. Pas du tout 2. Très peu d'appréhension 3. Peu d'appréhension 4. Assez peur 5. Très peur 6. Extrêmement peur

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour améliorer le vécu et l'information des patientes qui doivent suivre le même parcours de prise en charge que vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Annexe 3 : Questionnaire GHQ-12 version française

Comment vous-êtes vous senti(e) sur le plan général ces dernières semaines ? (entourez les réponses exactes)

- 1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**
1. Mieux que d'habitude 2. Comme d'habitude 3. Moins que d'habitude 4. Beaucoup moins que d'habitude
- 2. Vos soucis vous ont-ils empêchée de dormir ?**
1. Pas du tout 2. Pas plus que d'habitude 3. Plutôt plus que d'habitude 4. Beaucoup plus que d'habitude
- 3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**
1. Plutôt plus que d'habitude 2. Comme d'habitude 3. Moins utile que d'habitude 4. Beaucoup moins utile
- 4. Vous êtes-vous sentie capable de prendre des décisions ?**
1. Plutôt plus que d'habitude 2. Comme d'habitude 3. Plutôt moins que d'habitude 4. Beaucoup moins capable
- 5. Vous êtes-vous sentie constamment sous pression ?**
1. Pas du tout 2. Pas plus que d'habitude 3. Un peu plus que d'habitude 4. Beaucoup plus que d'habitude
- 6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**
1. Pas du tout 2. Pas plus que d'habitude 3. Un peu plus que d'habitude 4. Beaucoup plus que d'habitude
- 7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**
1. Plutôt plus que d'habitude 2. Comme d'habitude 3. Plutôt moins que d'habitude 4. Beaucoup moins que d'habitude
- 8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**
1. Plutôt plus que d'habitude 2. Comme d'habitude 3. Moins capable que d'habitude 4. Beaucoup moins capable
- 9. Vous êtes-vous sentie malheureuse, déprimée ?**
1. Pas du tout 2. Pas plus que d'habitude 3. Un peu plus que d'habitude 4. Beaucoup plus que d'habitude
- 10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**
1. Pas du tout 2. Pas plus que d'habitude 3. Un peu plus que d'habitude 4. Beaucoup plus que d'habitude
- 11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**
1. Pas du tout 2. Pas plus que d'habitude 3. Un peu plus que d'habitude 4. Beaucoup plus que d'habitude
- 12. Vous êtes-vous sentie relativement heureuse dans l'ensemble ?**
1. Plutôt plus que d'habitude 2. A peu près comme d'habitude 3. Plutôt moins que d'habitude 4. Beaucoup moins que d'habitude

Annexe 4 : Questionnaire ASEX version française

Pour chaque question, entourer la réponse correspondant à votre état général pour la semaine précédente, y compris aujourd'hui.

1- Comment sont vos « pulsions » sexuelles (désir sexuel) ?					
1	2	3	4	5	6
Extrêmement fortes	Très fortes	Assez fortes	Assez faibles	Très faibles	Absentes
2- Avec quelle facilité êtes vous excité(e) sexuellement ?					
1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez facilement	Très difficilement	Jamais
VERSION HOMME					
3- Pouvez-vous facilement avoir et garder une érection durant l'excitation sexuelle ?					
1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez facilement	Très difficilement	Jamais
VERSION FEMME					
3- Avec quelle facilité se fait la lubrification vaginale durant l'excitation sexuelle ?					
1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez facilement	Très difficilement	Jamais
4- Avec quelle facilité pouvez-vous avoir un orgasme ?					
1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez facilement	Très difficilement	Jamais
5- Vos orgasmes sont-ils satisfaisants ?					
1	2	3	4	5	6
Extrêmement satisfaisants	Très satisfaisants	Assez satisfaisants	Assez insatisfaisants	Très insatisfaisants	Jamais

Annexe 5 : Suggestion de support informatif écrit à délivrer aux patientes au moment de l'annonce du dépistage évoquant une lésion pré-cancéreuse du col de l'utérus

Madame,

Votre médecin ou votre sage-femme vous a adressée en consultation de colposcopie.

Il a été réalisé chez vous un **examen de dépistage des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus** qui révèle des anomalies.

Afin de répondre à vos éventuelles questions, vous trouverez ci-après des informations concernant le dépistage par frottis du col de l'utérus, les papillomavirus, et la colposcopie.

En vous souhaitant une bonne lecture,

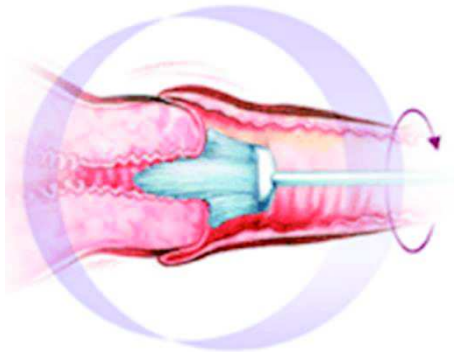
Cordialement,

Votre équipe médicale

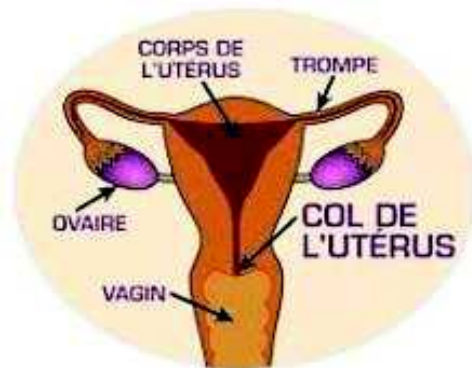
1- Dépistage du cancer du col de l'utérus en France

Il s'adresse à toutes les patientes de 25 à 65 ans dans le but de dépister les lésions précancéreuses du col de l'utérus :

- 1^{er} frottis à 25 ans – 2^{ème} à 26 ans ;
- Si les deux sont normaux : contrôle à 29 ans ;
- A partir de 30 ans : test HPV (sur un frottis) tous les 5 ans jusqu'à 65 ans.



Frottis du col de l'utérus



Anatomie de l'appareil reproducteur féminin

En l'absence de dépistage et de traitement adapté, ces lésions peuvent évoluer vers un **cancer du col de l'utérus**.

Pour plus d'informations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, vous pouvez consulter en toute confiance les sites web suivants :

- <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiqués-de-presse/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-Reperer-un-cancer-a-un-stade-precoce-et-augmenter-les-chances-de-guérison> ;
- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus> ;
- https://www.has-sante.fr/jcms/c_998815/fr/cancer-du-col-de-l-uterus ;
- <https://www.societe-colposcopie.com/grand-public/foire-aux-questions> .

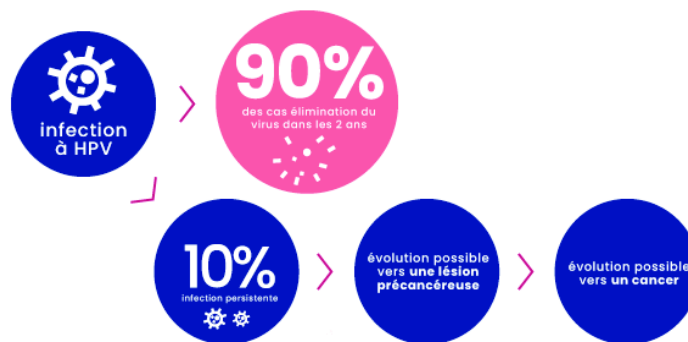
2- Les papillomavirus « oncogènes » ou « à haut risque »

Les virus en cause dans ces lésions sont appelés les papillomavirus, communément appelés « HPV » (Human PapillomaVirus). Il en existe environ 200 chez l'humain, et seuls **13 sont considérés à risque**.

Le cancer du col de l'utérus n'a **aucun facteur de risque génétique**. Il est lié dans 99,9% des cas à une des 13 souches dites « à haut risque » du papillomavirus (= susceptibles de donner un cancer).

Ce virus se transmet par **contacts sexuels** et on estime que **80% de la population générale** (hommes et femmes) y sera exposée au moins une fois dans sa vie. Il n'existe pas de moyen de s'en prémunir puisque le préservatif ne protège que très partiellement contre la transmission de ce virus, qui se transmet par contact des muqueuses (lors des préliminaires par exemple).

Lorsque l'on entre en contact avec l'HPV, notre immunité l'élimine dans 90% des cas dans les 2 ans.



Nous pouvons désormais nous protéger contre la majorité de ces papillomavirus « à haut risque » par la **vaccination**, qui est proposée à toutes les filles et tous les garçons, de 11 à 19 ans inclus.

Cette vaccination diminue considérablement le risque de cancer du col puisqu'elle protège désormais contre **9 souches de papillomavirus** : 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, notamment en cause dans 90 % des cancers du col de l'utérus, 80 % des cancers de l'anus et 90 % des verrues ano-génitales (condylomes).

Vous concernant et suite à ce résultat de frottis anormal, **il n'y a pas de nécessité de vous protéger avec votre partenaire habituel** : ce virus est transmis dès les premiers contacts sexuels et peut perdurer de nombreuses années, sans symptômes. Il n'est donc **pas possible de dater l'infection**.

Pour plus d'informations sur le papillomavirus, vous pouvez consulter en toute confiance les sites web suivants :

- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3146343/fr/questions-reponses-sur-l-infection-a-papillomavirus-humains-hpv-cause-de-cancer-du-col-de-l-uterus-et-le-depistage ;
- <https://www.papillomavirus.fr/> ;
- <http://toutsavoir-hpv.org/> ;
- <https://www.cancer-environnement.fr/610-Infections-a-HPV.ce.aspx>
- <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV> ;
- <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancers> .

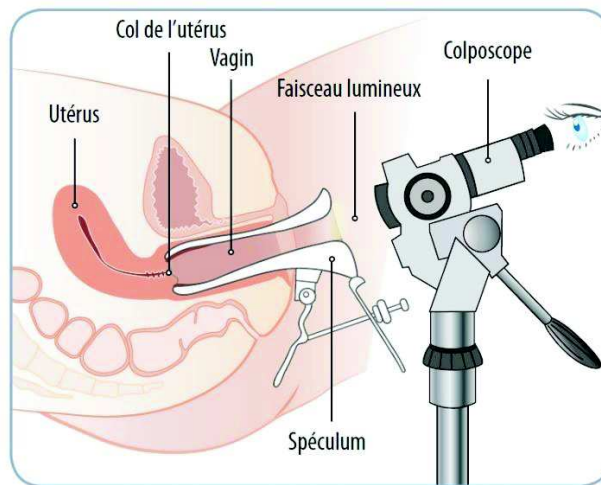
3- La consultation de colposcopie et les éventuels traitements

La **colposcopie** est un examen réalisé par un médecin gynécologue diplômé.

Elle est réalisée **en consultation** : le médecin va poser un spéculum, comme lors de la réalisation du frottis, puis regarder votre col de l'utérus à l'aide d'un gros **microscope** (une loupe binoculaire appelée colposcope).

A l'aide d'un coton, il appliquera ensuite successivement 2 colorants sur votre col : de l'acide acétique puis du Lugol.

En cas d'anomalie visualisée, le médecin pourra être amené à réaliser **une ou plusieurs biopsie(s)** de votre col. C'est un examen inconfortable car le spéculum reste en place au minimum 10 minutes mais il n'est **pas douloureux** et est généralement bien vécu par les patientes.

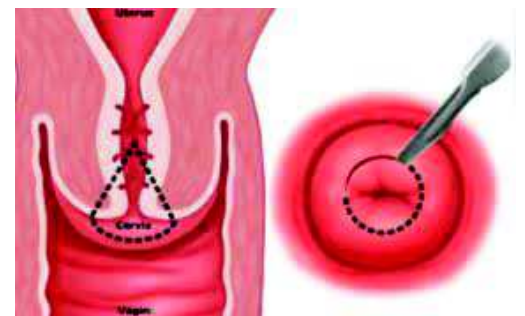


Déroulement d'une colposcopie

Après la colposcopie, vous pouvez avoir des petites **pertes marrons**, liées au 2^e colorant utilisé par le médecin lors de l'examen et éventuellement des petites **pertes de sang**, qui peuvent persister pendant quelques jours. Prévoyez donc d'apporter une protection périodique si besoin.

A l'issue de cette consultation et éventuellement après la réception des résultats de(s) biopsie(s), le médecin vous expliquera la conduite à tenir :

- En l'absence d'anomalie ou en présence d'anomalies de bas grade : une **surveillance** peut alors vous être proposée,
- Si des lésions plus sévères sont détectées ou si l'infection persiste plus longtemps qu'espéré, il pourra vous être proposé de réaliser des **traitements** :
 - o du **laser** sur le col de l'utérus, pour brûler les lésions et aider votre corps à en guérir,
 - o ou une chirurgie pour retirer la partie malade de votre col de l'utérus, appelée **conisation** :



Conisation

Pour plus d'informations sur la colposcopie, vous pouvez consulter en toute confiance le site web suivant :

<https://www.societe-colposcopie.com/grand-public/foire-aux-questions> .

Impact psychologique de l'annonce d'un frottis cervico-utérin anormal :

Comment améliorer le vécu et l'information des patientes ?

COLANX : une étude multicentrique en Seine-Maritime

Introduction

En cas d'anomalie du dépistage par frottis cervico-utérin ou par test HPV-HR, les femmes sont convoquées pour une colposcopie. L'attente de la colposcopie est une situation bien souvent anxiogène pour les femmes, probablement en lien avec une large méconnaissance de l'intérêt du dépistage et de la physiopathologie de l'infection à HPV.

Méthodes

L'étude COLANX était multicentrique, en Seine-Maritime, menée auprès de 8 praticiens colposcopistes. Des auto-questionnaires étaient distribués aux femmes volontaires, convoquées pour un premier résultat anormal de frottis, à la sortie de la colposcopie et remplis immédiatement sur place. Ce questionnaire évaluait : l'impact psychologique de l'annonce du frottis cervico-utérin anormal, son impact sur la qualité de vie sexuelle, les caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée, les modalités de l'annonce faite du résultat anormal, la satisfaction des femmes et leur souhait de délivrance d'informations supplémentaires. 131 questionnaires ont été inclus, du 1^{er} Juin 2020 au 18 Janvier 2021.

Résultats

61,5% des femmes répondeuses présentaient une détresse psychologique avérée, objectivée par un score GHQ-12 ≥ 2 . L'état de détresse psychologique était significativement différent selon le délai laissé par le praticien entre l'annonce du résultat anormal de cytologie et le rendez-vous de colposcopie. Le score GHQ-12 était significativement différent selon la classification initiale du frottis cervico-utérin, élevé en cas de suspicion de lésions de haut grade notamment.

36,3% des patientes présentaient une altération significative de la qualité de vie sexuelle, mise en évidence par un score ASEX ≥ 18 .

Les femmes étaient statistiquement plus satisfaites lorsque l'annonce de leur résultat anormal de dépistage avait été faite par téléphone ou lors d'une consultation, plutôt que par courrier mais il n'a pas été retrouvé de différence significative sur la présence ou non de détresse psychologique en fonction de cette modalité d'annonce.

52,3% des femmes dans cette étude exprimaient une demande de support d'information supplémentaire, de préférence un support écrit (pour 89,4% de ces femmes), à délivrer au moment de l'annonce du dépistage anormal (pour 76,5% de ces femmes).

Discussion

Les principaux résultats de l'étude COLANX rejoignent ceux de la littérature, notamment concernant l'impact psychologique négatif de l'annonce d'un résultat anormal de frottis.

Conclusion

Les nouvelles modalités du dépistage organisé vont augmenter le recours à la colposcopie pour de nombreuses patientes. Il existe un retentissement non négligeable sur leur psychisme et leur vie intime. La délivrance d'informations supplémentaires lors de cette annonce permettrait probablement de diminuer cette anxiété.

Mots clés : Dépistage / Col utérin / Anxiété / ASEX / GHQ-12 / Papillomavirus

Nombre de pages : 117