



**HAL**  
open science

**Dépistage du cancer du col de l'utérus : étude qualitative appréciant l'effet de l'invitation à la vaccination contre les papillomavirus humains chez les filles sur la motivation des mères à assister au dépistage**

Delphine Coupry

► **To cite this version:**

Delphine Coupry. Dépistage du cancer du col de l'utérus : étude qualitative appréciant l'effet de l'invitation à la vaccination contre les papillomavirus humains chez les filles sur la motivation des mères à assister au dépistage. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03258818

**HAL Id: dumas-03258818**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03258818>**

Submitted on 11 Jun 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.

Thèse pour l'obtention du

# Diplôme d'État de Médecine Générale

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Par **Delphine COUPRY**

Dépistage du cancer du col de l'utérus :  
Étude qualitative appréciant l'effet de l'invitation à la vaccination  
contre les papillomavirus humains chez les filles sur la motivation  
des mères à assister au dépistage

Sous la direction de : **Dr Thomas ROBERT DE SAINT VINCENT**

Année 2021, thèse N°63  
Présentée et soutenue publiquement le 07 juin 2021

Membres du jury :

Pr Jean-Philippe JOSEPH	Président
Pr Claude HOCKE	Examineur
Pr Christophe ADAM	Examineur
Dr Gaëlle COUREAU	Examinatrice

# Abréviations

ALD	affection de longue durée
AMM	autorisation de mise sur le marché
ANAES	agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APU	auto-prélèvement urinaire
APV	auto-prélèvement vaginal
ARS	Agence régionale de santé
ASC-H	atypies de cellules malpighiennes ne pouvant exclure une lésion de haut grade
ASC-US	atypies de cellules malpighiennes de signification indéterminée
ASMR	amélioration du service médical rendu
CIN	cervical intraepithelial neoplasia / néoplasie cervicale intra-épithéliale
CSHPF	Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France
CT	commission de transparence
CCU	cancer du col de l'utérus
CRCDC	Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers
CV	couverture vaccinale
FCU	frottis cervico-utérin
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
HAS	haute autorité de santé
HCSP	haut conseil de santé publique
HPV	papillomavirus humain / HPV-HR : papillomavirus humain à haut risque
HSH	hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
HSIL	lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
INCa	institut national du cancer
LSIL	lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade
OMS	organisation mondiale de la santé
PNDO	programme national de dépistage organisé
SMR	service médical rendu
TSM	taux d'incidence standardisé monde
CEGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

# Remerciements

## Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph, président du jury ;  
Vous me faites l'honneur d'avoir accepté ma demande de présidence du jury et je vous en suis très reconnaissante. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Christophe Adam ;  
Je suis honorée d'avoir soumis ce travail à votre jugement en tant que rapporteur. Je vous suis reconnaissante pour votre enseignement universitaire et votre disponibilité pour les internes. Soyez assuré de ma profonde estime.

Madame le Docteur Gaëlle Coureau ;  
Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de juger mon travail. Recevez ici ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Claude Hocké ;  
Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de me faire l'honneur de juger ce travail.

Monsieur le Docteur Thomas Robert de Saint Vincent ;  
Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta disponibilité et pour tes conseils avisés, qui m'ont été d'une aide précieuse. Sans surprise, j'ai vraiment apprécié de travailler avec toi, c'est de bon augure pour la suite.

## Au cabinet médical de Seignosse

Au Docteur Michel Merly ;  
Merci pour tes nombreux enseignements, je n'oublierai pas ton implication en tant que MSU pendant mon semestre avec toi.  
Merci aussi pour tes encouragements et ta patience, ces derniers mois, qui m'ont permis de mener ce travail du mieux que j'ai pu.  
Mais surtout merci pour ta confiance, je tâcherai de prendre soin de tes patients comme tu l'as fait pendant toute ta carrière. Je te souhaite une retraite aussi heureuse qu'elle est méritée.

A toute l'équipe ;  
Au Docteur Marie Pedespan, merci pour ta bienveillance constante à mon égard.  
A l'équipe des infirmiers, que ferions-nous sans votre travail formidable.  
A Marie-Élise, pour ton dévouement sans faille, ta bonne humeur et ton professionnalisme.  
Merci à vous tous. Je suis fier de travailler avec vous. L'aventure ne fait que commencer !

## **Aux médecins qui m'ont fait découvrir la médecine**

A tous les médecins qui ont participé à ma formation pendant ces longues années. Une pensée très particulière pour mes maîtres de stage en médecine générale qui m'ont donné le goût de cette discipline.

## **A ma famille**

A mes parents, Pour votre amour et votre soutien inconditionnel pendant ces longues années. Papa, j'espère avoir hérité de ta grande ténacité et de ton courage. Maman, merci pour ton écoute de tous les instants. Merci d'être de si bons parents.

A toi, Nicolas, Pour tout ce que tu m'apportes. Pour ta présence à mes côtés et pour ton soutien à toute épreuve dont j'ai pleinement conscience. Merci de partager ma vie.

A mes frères et sœur, Damien Manon et Benjamin. Je suis très fier de faire partie d'une telle fratrie. Merci pour les débats qui animent nos interminables repas de famille lors de chacune de nos retrouvailles, qui m'ont rendue plus forte. Merci d'être des exemples pour moi.

Laure, Maxime, Léa, merci de ce que vous apportez à notre famille.

A mes grands-parents, une pensée très émue pour chacun d'entre eux.

## **A mes amis**

A Juliette, Merci pour nos fous rires et pour toutes ces soirées passées à refaire le monde. Au Malin Génie et au *Deus ex machina*. Notre amitié est très précieuse pour moi.

A Julie, Merci d'être là depuis la seconde où nous avons fait connaissance. Merci pour ta sincérité et ta joie de vivre, tu es incroyable.

A Sébastien et Sarah, Merci pour votre soutien et votre bienveillance dans toutes les épreuves, que l'on ne trouve qu'auprès de ses vrais amis. Vous comptez tant pour moi.

A Manon et Fabien, Merci pour votre présence qui m'a souvent été d'un très grand réconfort, et pour les bons moments à vos côtés.

A tous les amis qui rendent la vie plus belle.

## **À tous les autres...**

Aux pharmaciens et médecins qui m'ont aidé dans ce travail, merci pour votre disponibilité.

Aux patientes, pour m'avoir accordé de leur temps avec tant d'intérêt.

# Table des matières

<b>I</b>	<b>Introduction</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>Partie théorique sur le cancer du col de l'utérus</b>	<b>11</b>
1.1	Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus . . . . .	11
1.1.1	Pré requis concernant l'histologie du col utérin . . . . .	11
1.1.2	Pré requis concernant les HPV . . . . .	13
1.1.3	HPV et cancer du col de l'utérus . . . . .	13
1.2	Épidémiologie . . . . .	15
1.2.1	Contexte mondial et européen . . . . .	15
1.2.2	Au niveau national . . . . .	16
1.2.3	Au niveau infra national : disparités géographiques . . . . .	17
1.3	Lutte contre le cancer du col . . . . .	18
1.3.1	Un véritable enjeu de santé publique . . . . .	18
1.3.2	Prévention primaire : La vaccination . . . . .	18
1.3.3	Prévention secondaire : Le dépistage . . . . .	27
1.3.4	Prévention secondaire (suite) : Le traitement . . . . .	36
<b>2</b>	<b>Rappels théoriques au sujet des modèles explicatifs de l'adhérence</b>	<b>39</b>
2.1	Modèles socio-cognitifs classiques . . . . .	39
2.1.1	le modèle de la croyance relative à la santé . . . . .	39
2.1.2	la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié	41
2.1.3	la théorie socio-cognitive . . . . .	42
2.2	L'appel à la peur . . . . .	43
2.2.1	motivation à la réduction . . . . .	44
2.2.2	motivation à la protection . . . . .	44
2.2.3	modèle des réponses parallèles . . . . .	47
2.2.4	Le modèle des réponses parallèles, ou parallel process model (Leventhal, 1970 ; 1971) (95) . . . . .	47
2.3	Perpesective temporelle de l'autorégulation . . . . .	48
2.3.1	1 La théorie temporelle de l'autorégulation ou temporal self-regulation theory (Hall et Fong, 2007)(97) . . . . .	48
<b>3</b>	<b>Travaux ayant servi de référence au sujet des interactions entre vaccination et dépistage</b>	<b>51</b>
3.1	Effet « Mères sur mères » . . . . .	51
3.2	Effet « Mère sur fille » . . . . .	52
3.3	Effet « fille sur mère » . . . . .	52
3.3.1	Spencer et Al : Royaume Uni, 2015 : quantitatif (114) . . . . .	53
3.3.2	Spencer et Al : Royaume uni, 2015 (115) . . . . .	53
3.3.3	Venturelli et Al : Italie, 2017 (116) . . . . .	54

<b>4</b>	<b>Problématiques et objectifs de la thèse</b>	<b>55</b>
4.1	Justification de la recherche et rappel des objectifs . . . . .	55
4.2	Justification des modèles théoriques utilisés pour l'analyse . . . . .	56
<b>II</b>	<b>Matériel et Méthodes</b>	<b>58</b>
<b>5</b>	<b>Type d'étude</b>	<b>59</b>
<b>6</b>	<b>Population étudiée</b>	<b>60</b>
6.1	Critères d'inclusion . . . . .	60
6.2	Critères d'exclusion . . . . .	60
6.3	Echantillon . . . . .	60
<b>7</b>	<b>Recueil des données</b>	<b>61</b>
7.1	Guide d'entretien . . . . .	61
7.2	Recrutement . . . . .	61
7.3	Enregistrement . . . . .	62
<b>8</b>	<b>Analyse des résultats</b>	<b>63</b>
8.1	Retranscription . . . . .	63
8.2	Codage . . . . .	63
<b>9</b>	<b>Mentions légales</b>	<b>65</b>
<b>III</b>	<b>Résultats</b>	<b>66</b>
<b>10</b>	<b>Données générales des entretiens</b>	<b>67</b>
10.1	Caractéristique des entretiens . . . . .	67
10.2	Caractéristiques des patientes . . . . .	67
<b>11</b>	<b>Résultats du codage thématique</b>	<b>69</b>
11.1	Connaissances théoriques des mères . . . . .	69
11.1.1	La source de l'information . . . . .	69
11.1.2	Le contenu du message . . . . .	70
11.2	Application : des connaissances théoriques à la perception de leur propre cas	73
11.2.1	La perception de la menace : leur rapport au cancer . . . . .	73
11.2.2	La perception de leur capacité de contrôle : leur rapport au FCV .	74
11.2.3	Sentiment d'acquisition de connaissances dans le cadre du projet vaccinal . . . . .	74
11.3	Intentions vis-à-vis du comportement futur . . . . .	76
11.3.1	Pas de modification du comportement prévue : le statu quo . . . . .	76
11.3.2	Modification du comportement prévue : le changement . . . . .	77
11.3.3	N'a pas encore statué sur ses intentions : l'ambivalence . . . . .	78
11.4	Place des automatismes et des décisions instinctives . . . . .	78
11.5	Le « coût » perçu de la recommandation . . . . .	78
11.6	Éléments encourageant l'adoption de la recommandation . . . . .	79
11.6.1	La capacité à envisager les bénéfices à long terme . . . . .	79
11.6.2	Le rôle des renforcements . . . . .	79

11.6.3	Le rôle de l'implémentation et du soutien social . . . . .	79
11.7	A l'origine du projet de vaccination . . . . .	80
11.7.1	Éléments encourageant la motivation des mères pour la vaccination de leurs filles . . . . .	80
11.7.2	Éléments freinant la motivation des mères pour la vaccination de leurs filles . . . . .	81
11.8	Représentations maternelles du suivi post vaccinal de leurs filles . . . . .	83
11.8.1	Identique à son propre suivi . . . . .	83
11.8.2	Différent de son propre suivi . . . . .	83
11.9	Relation mère/fille et impact sur le suivi gynécologique de la mère . . . . .	84
11.10	Suggestions spontanées par les mères sur les caractéristiques du message à délivrer . . . . .	85
11.10.1	Concernant la source de l'information . . . . .	85
11.10.2	Concernant l'attitude de la source lorsqu'il s'agit du professionnel de santé . . . . .	86
11.10.3	Concernant le contenu . . . . .	86
<b>12</b>	<b>Schématisation des résultats du codage sous la forme d'un arbre de concepts et analyse interprétative des principaux résultats</b>	<b>88</b>
<b>IV</b>	<b>Discussion</b>	<b>90</b>
<b>13</b>	<b>Forces et faiblesses de l'étude</b>	<b>91</b>
13.1	Forces . . . . .	91
13.1.1	Le choix du sujet . . . . .	91
13.1.2	Le choix de la méthodologie qualitative . . . . .	91
13.1.3	Le choix d'une lecture au travers d'un modèle explicatif de l'adhé- rence validé . . . . .	92
13.2	Faiblesses . . . . .	92
13.2.1	Limites de l'étude . . . . .	92
13.2.2	Biais de l'étude . . . . .	94
<b>14</b>	<b>Discussion au sujet des principaux résultats</b>	<b>97</b>
14.1	Au sujet du traitement de l'information délivrée : du cas général au cas particulier de la mère . . . . .	97
14.2	Au sujet des conséquences de la satisfaction liée à l'information reçue sur les intentions de comportement des mères . . . . .	98
14.2.1	Le sentiment de prise de conscience : régulation innovante menant à une intention de changement . . . . .	99
14.2.2	Le sentiment de piqure de rappel : régulation innovante menant au statu quo conforme à la recommandation . . . . .	99
14.2.3	Les sentiments de confortation et de fatalisme : régulation consti- tutive menant au statu quo . . . . .	100
14.2.4	Le sentiment de désolation et l'ambivalence . . . . .	101
14.2.5	La fuite en avant et les mécanismes de distorsion et d'évitement . . . . .	102
14.3	Au sujet de la place des décisions instinctives . . . . .	103
14.4	Au sujet de la dimension temporelle . . . . .	103
14.5	Au sujet de la relation mère et fille : deux entités indissociables . . . . .	104



---

14.6	Au sujet de l'objectif secondaire . . . . .	105
<b>15</b>	<b>Perspectives</b>	<b>107</b>
15.1	Perspectives concernant le contenu de l'information . . . . .	107
15.2	Perspectives concernant les sources de l'information . . . . .	110
15.2.1	Perspectives d'amélioration à grande échelle . . . . .	110
15.2.2	Perspectives d'amélioration pour le médecin généraliste . . . . .	112
<b>V</b>	<b>Conclusion</b>	<b>114</b>
<b>VI</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>117</b>
	<b>Appendices</b>	<b>128</b>
<b>A</b>	<b>Guide d'entretien (dernière version)</b>	<b>129</b>
<b>B</b>	<b>Lettre explicative à l'attention des pharmaciens</b>	<b>131</b>
<b>C</b>	<b>Lettre informative à l'attention des patientes</b>	<b>133</b>
<b>D</b>	<b>Formulaire accord patientes</b>	<b>135</b>
<b>E</b>	<b>Formulaire CNIL</b>	<b>136</b>
<b>F</b>	<b>Grilles D'occurrences</b>	<b>137</b>

# Première partie

## Introduction

# Chapitre 1

## Partie théorique sur le cancer du col de l'utérus

### 1.1 Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

#### 1.1.1 Pré requis concernant l'histologie du col utérin

##### 1.1.1.1 Histologie normale du col utérin

Le col utérin comporte deux parties anatomiques : l'exocol et l'endocol.

- L'exocol est revêtu d'un épithélium malpighien (épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé)
- L'endocol est revêtu d'un épithélium glandulaire simple mucosécrétant.
- La zone de jonction est la zone de transition entre l'épithélium malpighien exocervical et l'épithélium glandulaire endocervical. (1) C'est une surface dynamique, de régénération active à partir des cellules de réserve sous forme d'une métaplasie malpighienne. Cette surface dynamique est appelée zone de transformation. Elle représente le terrain le plus propice à l'infection à papillomavirus humain (HPV) qui concerne les cellules basales et de réserve, auxquelles les virus accèdent grâce à des micro-brèches de l'épithélium de surface.(2)

##### 1.1.1.2 Nomenclature et classifications cytologique et histologique des anomalies et des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin

Il faut noter qu'il n'y a pas de correspondances strictes entre les classifications cytologique et histologique. L'histologie est cependant un examen plus fiable et est nécessaire pour poser un diagnostic de cancer.

##### 1.1.1.2.1 Cytologie cervicale : système de classification de Bethesda, version 2014

Le système de classification cytologique actuellement utilisé en France, comme dans les autres pays occidentaux, est le système de Bethesda, version 2014 (3).

Anomalies des cellules malpighiennes :

- ASC-US : atypies de cellules malpighiennes de signification indéterminée ;
- LSIL : lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (regroupant, selon la classification histologique CIN (cf ensuite), les condylomes acuminés (HPV) et les CIN1 qui correspondent à des dysplasies légères.)
- ASC-H : atypies de cellules malpighiennes ne pouvant exclure une lésion de haut grade ;
- HSIL : lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (regroupant, selon la classification CIN, les CIN2 et les CIN3, correspondant respectivement aux dysplasies moyennes et sévères ou carcinomes in situ)
- Carcinome malpighien.

Anomalies des cellules glandulaires :

- Atypies des cellules cylindriques
- Atypies des cellules cylindriques ne pouvant exclure un adénocarcinome ;
- Adénocarcinome in situ ;
- Adénocarcinome

La majorité ( $\sim 75\%$ ) des femmes infectées par un HPV à haut risque présentent une cytologie normale et la majorité des résultats de dépistage anormaux sont des ASC-US.

#### **1.1.1.2.2 Histologie cervicale : classification CIN**

La nomenclature CIN (cervical intraepithelial neoplasia) (4) est utilisée pour les lésions malpighiennes. Elle distingue en fonction de la fraction de l'épithélium atteint :

- CIN1 (dysplasie légère)
- CIN2 (dysplasie modérée)
- CIN3 (dysplasie sévère et carcinome in situ)

Cette classification est toujours largement utilisée car beaucoup d'études en cours ont commencé avant l'apparition de la classification de l'OMS, en 2014.

#### **1.1.1.2.3 Histologie cervicale : classification de l'OMS, 2014**

La classification utilisée en France pour les résultats de l'analyse histologique des biopsies et des pièces opératoires cervicales est la classification de l'OMS pour les tumeurs et lésions précurseurs du col de l'utérus, actualisée en 2014 (5).

Les lésions précurseurs des tumeurs épithéliales sont classées en :

- lésions précurseurs des carcinomes épidermoïdes
- lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (correspondant aux CIN1)
- lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (incluant les CIN2 et CIN3), considérées comme des pré-cancers.
- lésions précurseurs des adénocarcinomes
- adénocarcinome in situ.

La classification OMS 2014 préconise cependant de conserver la distinction entre CIN2 et CIN3 parmi les lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (5)

### 1.1.2 Pré requis concernant les HPV

Les papillomavirus humains appartiennent à la famille des Papillomaviridae. Les virions sont non enveloppés et contiennent un génome à ADN double brin. Le matériel génétique est enfermé dans une capsidie composée de protéines structurales majeure et mineure, L1 et L2 respectivement. Ces virus sont hautement spécifiques de certains tissus et infectent à la fois l'épithélium cutané et l'épithélium muqueux. À partir de la séquence génomique de L1, le gène codant pour la principale protéine de capsidie, plus de 200 types de HPV ont été identifiés et caractérisés.

Les isolaments de papillomavirus sont habituellement désignés selon leur «type». Les types de HPV peuvent être catégorisés de nombreuses manières, notamment selon la partie du corps qu'ils ont tendance à infecter (types cutanés ou muqueux) et selon leur capacité à induire un cancer (types à haut risque ou à faible risque). Le Centre international de recherche sur le cancer a défini 12 types de HPV à haut risque (HPV-HR) associés à des cancers chez l'être humain (types 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 et 59), ainsi que des types supplémentaires pour lesquels on dispose de preuves limitées de carcinogénicité (types 68 et 73). (6)

Outre le cancer du col de l'utérus (CCU), le papillomavirus humain est responsable d'une proportion importante de cancers et de lésions précancéreuses de la vulve, du vagin, de l'anus, du pénis, de la tête et du cou (voies aéro-digestives supérieures) (7)

### 1.1.3 HPV et cancer du col de l'utérus

#### 1.1.3.1 Infection à HPV à haut risque : une cause nécessaire

L'infection par un HPV est très fréquente et la majorité des hommes et des femmes sexuellement actifs rencontrent au moins une fois un papillomavirus au cours de leur vie. Le HPV est hautement transmissible et il est maintenant considéré comme l'infection sexuellement transmissible la plus courante dans la plupart des populations.(8) (9) Ainsi, on estime qu'environ 8 femmes sur 10 sont exposées à ces virus au cours de leur vie.

Dans 60% des cas, l'infection a lieu au début de la vie sexuelle. (Tous types d'HPV confondus, le risque cumulé d'infection est estimé entre 40 à 80% dans les 2 à 5 ans après le début de l'activité sexuelle, chez les femmes de moins de 20 ans) (10). L'infection est en général inapparente et transitoire, un système immunitaire compétent permettant le plus souvent de se débarrasser du virus en un à deux ans. Environ 70 à 90% des infections évoluent ainsi vers la clairance virale. Dans un faible pourcentage de cas (environ 10%) impliquant les HPV à haut risque oncogène, l'infection persiste.

### 1.1.3.2 Persistance de l'infection par HPV

Le cancer du col de l'utérus est attribuable dans près de 100% des cas à une infection persistante par un HPV à haut-risque. La persistance de l'infection par le HPV est donc nécessaire pour démarrer le processus oncogène (11).

Les génotypes les plus fréquemment associés au cancer du col de l'utérus sont les HPV 16 et 18 (10), ils sont à l'origine d'environ 70% de tous les cancers du col de l'utérus dans le monde (HPV 16 le plus fréquemment ( 60%), suivi du HPV18 ( 15%)) (11). L'infection par HPV 16 présente le plus fort taux de persistance. (12)

Une infection persistante par un HPV à haut-risque est une condition nécessaire mais non suffisante au développement du cancer du col. Le nombre de partenaires sexuels est le principal facteur de risque de l'infection HPV. D'autres facteurs de risque peuvent agir de concert avec le HPV : tabac, infection par le VIH, utilisation à long terme de contraceptifs oraux, multiparité (13)

### 1.1.3.3 Après : un continuum de lésions histologiques pré cancéreuses

**Concernant les lésions de l'épithélium malpighien** Lorsque l'infection HPV persiste, il peut y avoir intégration du génome viral au génome de la cellule hôte (épithélium métaplasique). L'expression des oncoprotéines E6/E7 du HPV (qui agissent en inhibant les suppresseurs de tumeurs p53 et pRB et en favorisant la survie prolongée des cellules hôtes) entraîne une instabilité génomique et peut alors interrompre le processus normal de différenciation et de maturation de l'épithélium métaplasique immature en épithélium métaplasique mature, entraînant ainsi le développement d'un épithélium dysplasique anormal (14)

**Concernant les lésions de l'épithélium glandulaire** L'histoire naturelle des adénocarcinomes a été peu étudiée. Les lésions précancéreuses glandulaires, appelées adénocarcinome in situ, sont rares, possiblement non dépistées par la cytologie (15). L'histoire naturelle du CCU se déroule donc selon un continuum de lésions histologiques précancéreuses qui font suite à la persistance de l'infection par un HPV oncogène à haut risque. Un cancer du col met en moyenne quinze à vingt ans à se développer après la persistance d'une infection HPV à haut risque (10). Le pic d'incidence des lésions précancéreuses se produit des années après l'infection, vers l'âge de 30 ans.

### 1.1.3.4 De la lésion pré cancéreuse au cancer invasif

Si rien ne vient interrompre le processus néoplasique, les lésions finissent par affecter l'épithélium sur toute son épaisseur. Par la suite, il se peut que la maladie traverse la

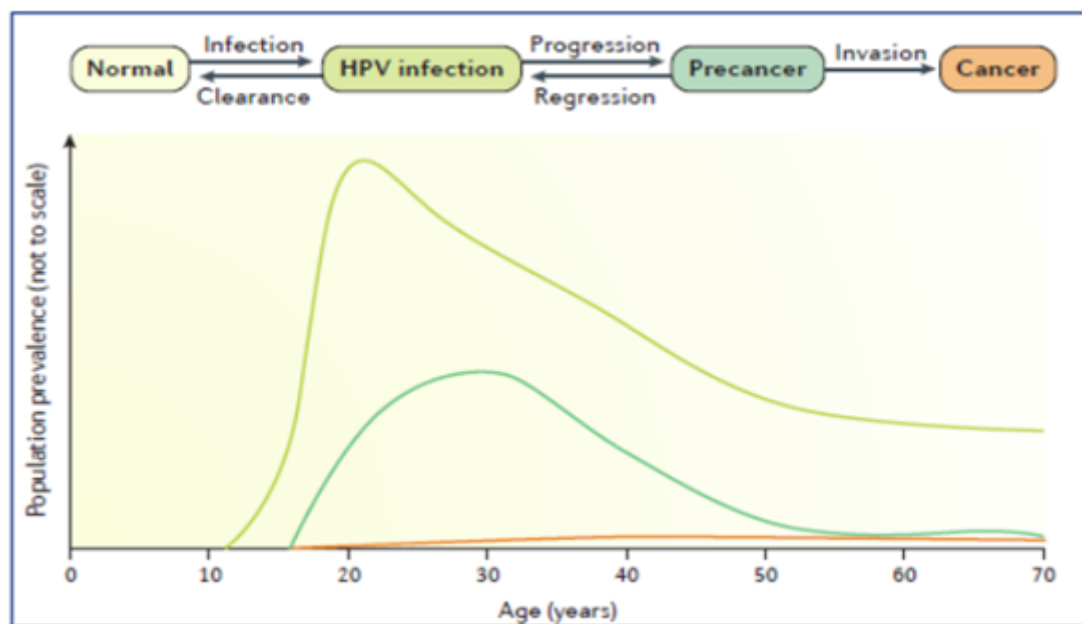
membrane basale et évolue vers un cancer invasif qui s'étendra aux organes et aux tissus environnants, avant d'affecter ensuite les vaisseaux sanguins et lymphatiques pour se propager dans les ganglions et les organes distants. (14) Le pic ou plateau de cancers invasifs se produit de 10 à 30 ans après l'infection.

Pour chaque grade de lésion cervicale précancéreuse (CIN 1, CIN 2 ou CIN 3), il existe une probabilité de régression vers un épithélium normal et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé

lésion	régression	persistance	progression vers une CIN supérieure	progression vers un cancer invasif
CIN 1	57%	32%	11%	1%
CIN 2	43%	35%	22%	5%
CIN 3	32%	<56%	-	>12%

TABLE 1.1 : Probabilité de régression, de persistance et d'évolution des CIN (Ostor, 1993) (16)

### 1.1.3.5 Histoire naturelle du cancer en résumé



© Schiffman M, *et al.* Nat Rev Dis Primers 2016.

FIGURE 1.1 : Modèle de l'histoire naturelle de l'infection à HPV menant au cancer du col de l'utérus en fonction de l'âge d'après Schiffman et al., 2016

## 1.2 Épidémiologie

### 1.2.1 Contexte mondial et européen

Avec environ 570 000 cas et 311 000 décès en 2018 dans le monde, le CCU est l'un des cancers féminins les plus fréquents, aussi bien en termes d'incidence que de mortalité (17).

Les pays où l'on trouve les taux d'incidence les plus élevés sont principalement situés en Afrique subsaharienne, mais aussi en Amérique latine, dans les Antilles et en Asie du Sud-Est (18). À l'exception des pays baltes, de la Roumanie et de la Bulgarie(19), l'Europe est une région du monde où le fardeau du CCU est faible.

La France se situe au 8e rang des pays de l'Union européenne avec les taux d'incidence les plus bas, et au 15e rang en termes de mortalité (20)

## 1.2.2 Au niveau national

Selon les données les plus récentes (2018), le CCU représente en France métropolitaine le 12e cancer le plus fréquent chez la femme avec près de 3000 nouveaux cas par an (2920 cas en 2018). Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est de 6,1 pour 100 000 personnes-années (PA).

Trois quarts de ces cas sont diagnostiqués chez des femmes âgées de 25 à 64 ans. En 2018, 40% des cas ont été diagnostiqués chez des femmes de moins de 50 ans, l'âge médian au diagnostic était de 53 ans et l'incidence la plus élevée était observée chez les femmes âgées de 45 à 49 ans.

Il est également la 12e cause de mortalité par cancer chez la femme avec 1100 décès par an.

L'incidence du CCU diminue depuis 1990 (en moyenne de -1,8% par an) avec un ralentissement de cette diminution sur la période récente 2010-2018 (-0,7% par an). Le ralentissement de l'évolution est observé depuis 2005. La diminution du taux d'incidence est plus marquée chez les femmes les plus âgées, notamment les femmes de 70 ans et moins importante chez celles de 50 ans. (21) (22)

La mortalité a suivi une évolution similaire à celle de l'incidence avec une diminution du taux de mortalité (TSM) de 2,1% en moyenne par an entre 1990 et 2018 (3,1 pour 100 000 en 1990 contre 1,7 en 2018) et un ralentissement de cette diminution depuis 2005

	incidence [IC95%]	Décès [IC95%]
nombre de cas	2920 [2667 - 3193]	1117 [1069 - 1166]
taux bruts	8.7 [8.0 - 9.5]	3.3 [3.2 - 3.5]
taux TSM	6.1 [5.5 - 6.7]	1.7 [1.6 - 1.8]

TABLE 1.2 : Cancer du col de l'utérus : nombre de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité (pour 100 000 personnes-années), estimations France métropolitaine, 2018. TSM : taux standardisés sur la population mondiale ; IC95% : intervalle de confiance à 95%. Source G. Defossez et coll.



### 1.2.3 Au niveau infra national : disparités géographiques

Les estimations d'incidence territoriales révèlent une hétérogénéité géographique importante. Comparé au taux d'incidence en France métropolitaine (TSM annuel moyen pour la période 2008-2016 : 6,6 pour 100000 PA), il existe une sur-incidence qui dépasse les 10% par rapport à la moyenne nationale sur le pourtour méditerranéen (Bouches-du-Rhône, Var, Gard, Hérault) et en Côte-d'Or. L'incidence est plutôt inférieure à la moyenne nationale dans les Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne) et en Auvergne-Rhône-Alpes (Haute-Savoie, Savoie, Ain, Isère). Au total, 10 départements ont une incidence estimée inférieure d'au moins 10% à la moyenne nationale.

Par région, on observe une sur-incidence en Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France et Occitanie et une sous-incidence en Auvergne-Rhône-Alpes et Pays de la Loire. Dans les DROM, le nombre de nouveaux cas annuel moyen est de 28 cas en Guadeloupe, 26 en Martinique et 25 en Guyane. En comparaison avec la France métropolitaine, l'incidence est supérieure en Guadeloupe (8,7 pour 100000PA) et très largement supérieure en Guyane (22,4) ; en Martinique, l'incidence (7,2) n'était pas statistiquement différente de celle de la France métropolitaine.

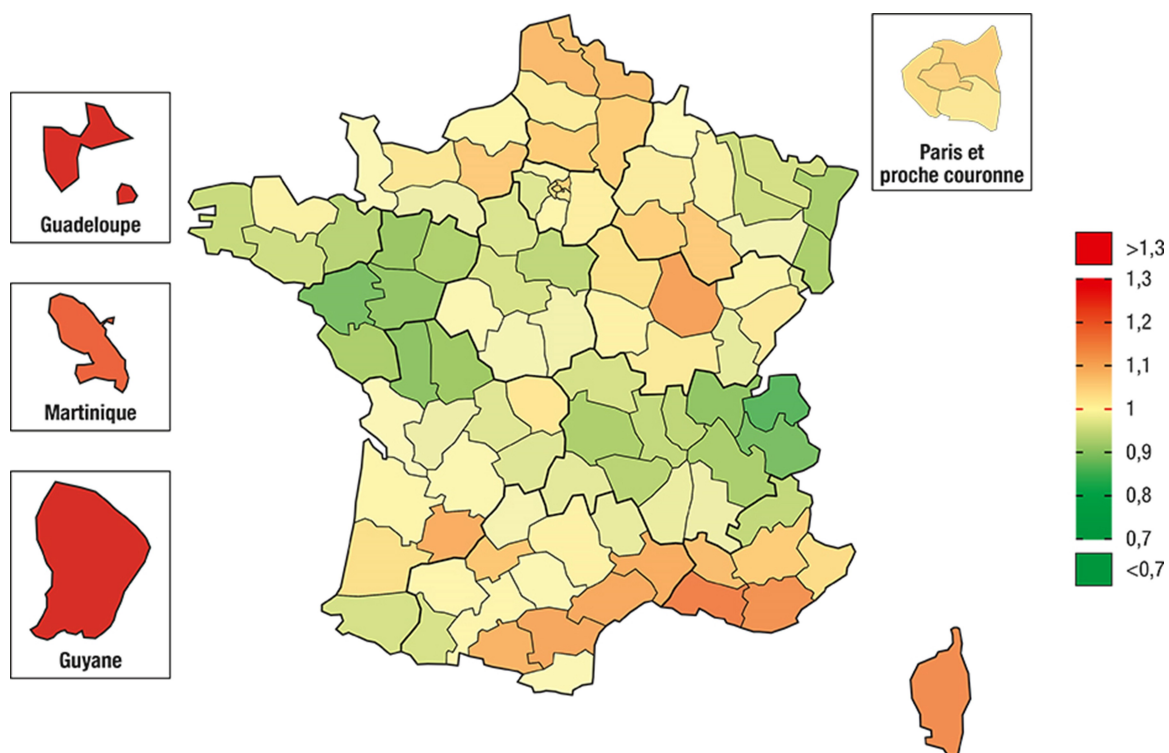


FIGURE 1.2 : : Rapports standardisés d'incidence (SIR) du cancer du col de l'utérus lissés par département de France métropolitaine (2007-2016), et d'incidence observée en Guadeloupe (2008-2014), Martinique (2007-2014) et Guyane (2010-2014) ; la référence est le taux pour la France métropolitaine (SIR=1)

## 1.3 Lutte contre le cancer du col

### 1.3.1 Un véritable enjeu de santé publique

#### 1.3.1.1 Un objectif phare du plan cancer 2014-2019

Deux Plans cancers ont déjà été mis en œuvre dans le passé (plan cancer 2003-2007 (23) et plan cancer 2009-2013 (24))

Le plan cancer 2014-2019 (25) est donc le troisième. Comme énoncé dans l'éditorial par la ministre des affaires sociales et de la santé en poste au moment de son élaboration, Marisol Touraine, la priorité va à la prévention et au dépistage, deux leviers d'action majeurs pour prévenir et faire reculer la maladie.

Ce plan comporte parmi ses objectifs celui de mettre en place un troisième programme de dépistage d'envergure nationale (après ceux du cancer du sein et du cancer colorectal) pour le cancer du col utérin. Ce programme national de dépistage organisé (PNDO) a lui-même pour objectifs d'augmenter le taux de couverture du dépistage dans la population cible (femme de 25 à 65 ans) de 50-60% à 80%, de permettre un dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé et de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30% à 10 ans.

De plus, le plan cancer prévoit d'améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus pour atteindre une couverture vaccinale de 60%, en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées

#### 1.3.1.2 Une priorité pour l'organisation mondiale de la santé (OMS)

En mai 2018, le directeur général de l'OMS, le Dr Tedros, déclarait l'élimination du cancer cervical dans le monde comme priorité de santé publique (26). Encore une fois, il mettait en avant le fait que le cancer du col utérin fait partie des pathologies contre lesquelles nous possédons des armes efficaces : la vaccination contre le HPV pour la prévention primaire et le dépistage organisé, associé à une confirmation diagnostique et à une prise en charge thérapeutique adéquate pour la prévention secondaire.

### 1.3.2 Prévention primaire : La vaccination

#### 1.3.2.1 Moyens disponibles

##### 1.3.2.1.1 Le vaccin GARDASIL®

**Obtention de l'AMM, commercialisation et indications** Commercialisé par le laboratoire Sanofi Pasteur MSD, a eu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en septembre 2006 et a été commercialisé en novembre 2006. C'est un vaccin quadrivalent, composé de protéines recombinantes des HPV 6-11-16-18, indiqué dans la prévention des lésions génitales précancéreuses (du col de l'utérus, de la vulve et du vagin) dus à certains types oncogènes de HPV, ainsi que des verrues génitales (condylomes acuminés) dues à des types de HPV spécifiques, indiqué à partir de l'âge de 9 ans (27) MSD Vaccins a informé en février 2020 par une lettre aux professionnels de santé qu'à compter du 31

décembre 2020 le vaccin quadrivalent GARDASIL® ne sera plus commercialisé, rappelant que le HCSP recommande désormais le GARDASIL® 9 pour toute nouvelle initiation de vaccination ( voir ensuite) (28)

**Élaboration des recommandations** En 2007, le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) recommandait une vaccination des jeunes filles de 14 ans, avec un rattrapage possible pour les jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle (29). En 2012, Les nouvelles recommandations du Haut conseil de santé publique (HCSP) élargissent la population cible de la vaccination aux jeunes filles de 11 à 14 ans et restreint cette population chez les jeunes femmes plus âgées en la limitant à l'âge 19 ans révolus. La limitation concernant l'exposition aux rapports sexuels a disparu des recommandations (30). En 2016, le HCSP recommande qu'un accès au vaccin HPV soit proposé aux hommes jusqu'à l'âge de 26 ans qui ont ou ont eu des relations sexuelles avec un homme (31)

**Évaluation par la commission de transparence** Avis CT du 18/04/2007 (32) : SMR important, ASMR III dans la stratégie de prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, des dysplasies de haut grade de la vulve et des verrues génitales externes dans les populations recommandées. Réévaluation et modification des conditions d'inscription : avis CT 01/01/2012 et du 20/03/2013(33) : SMR important, conserve une ASMR III dans la stratégie de prévention des lésions génitales précancéreuses (du col de l'utérus, de la vulve et du vagin) dues à certains types oncogènes de HPV et dans la prévention des verrues génitales dues à des types HPV spécifiques dans les populations recommandées

#### 1.3.2.1.2 Le vaccin CERVARIX®

**Obtention de l'AMM, commercialisation et indications** Commercialisé par le laboratoire GlaxoSmithKline (GSK), a eu l'AMM en septembre 2007 et a été commercialisé en mars 2008. C'est un vaccin bivalent, composé de protéines recombinantes des HPV 16 et 18. Il est indiqué dans la prévention des lésions précancéreuses du col de l'utérus dues aux HPV 16 et 18, indiqué à partir de l'âge de 9 ans (34).

**Élaboration des recommandations** Le HCSP a initialement recommandé préférentiellement le vaccin quadrivalent (GARDASIL® ) par rapport au vaccin bivalent (CERVARIX® ), compte tenu de l'absence de prévention par ce dernier des lésions dues aux HPV de génotypes 6 et 11 ainsi que de l'insuffisance des données concernant la tolérance à long terme d'un des adjuvants : le AS04 (35). Le HCSP n'a recommandé la vaccination par le CERVARIX® qu'à partir de 2010, avec un schéma vaccinal identique au GARDASIL® soit pour les jeunes filles de 14 ans avec rattrapage possible de 15 à 23 ans (36). En 2014, la vaccination est indiquée chez les jeunes filles de 11 à 14 ans, avec rattrapage possible chez les jeunes filles de 15 à 19 ans révolus (37). Comme pour le GARDASIL® , la limitation concernant l'exposition aux rapports sexuels a disparu des recommandations

**Évaluation par la commission de transparence** Avis CT du 05/03/2008 (38) : SMR important pour la prévention des néoplasies intra-épithéliales cervicales de haut grade (CIN de grades 2 et 3) et du cancer du col de l'utérus dus aux HPV de types 16 et 18 dans les populations recommandées. ASMR V par rapport à GARDASIL® . Réévaluation et

renouvellement (avis CT du 01/01/2012 et 20/03/2013) (39) : SMR reste important dans la prévention des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du cancer du col de l'utérus dus à certains types oncogènes de HPV dans les populations recommandées (population désormais élargie), ASMR III, comme GARDASIL®. Dernière réévaluation en février 2020 (avis CT du 05/02/2020) (40), la Commission considère que le service médical rendu par CERVARIX® reste important uniquement dans la prévention des infections et des lésions dues à certains types oncogènes de Papillomavirus Humains (HPV), chez les filles, selon les modalités définies par le calendrier vaccinal en vigueur. La Commission donne un avis favorable au maintien de l'inscription sur la liste des spécialités remboursables pour cette population, CERVARIX® ayant une plus grande capacité que GARDASIL® à induire une protection croisée vis-à-vis des HPV oncogènes autres que les HPV 16 et 18. En revanche, pour la prévention des lésions précancéreuses et cancers de l'anus chez les garçons, cette spécialité n'est ni remboursable, ni agréée aux collectivités.

### 1.3.2.1.3 Le vaccin GARDASIL9®

**Obtention de l'AMM, commercialisation et indications** Commercialisé par le laboratoire Sanofi Pasteur MSD, a eu l'AMM le 10 juin 2015 (date initiale, suivie un rectificatif le 4 avril 2016 concernant le schéma préconisé, initialement de trois puis de deux doses), C'est un vaccin nona-valent, composé de protéines recombinantes des HPV 6-11-16-18 (tout comme le GARDASIL®) + des HPV 31,33,45,52 et 58. Il est indiqué dans la prévention des lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus dus aux types d'HPV contenus dans le vaccin et des verrues génitales (condylomes acuminés) dues à des types d'HPV spécifiques, indiqué à partir de l'âge de 9 ans (41).

**Élaboration des recommandations** En février 2017, le HCSP recommande d'initier la vaccination par GARDASIL9® :

- Chez les filles âgées de 11 à 14 ans, et en rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans révolus (42)
- Chez les hommes ayant des rapports avec les hommes jusqu'à l'âge de 26 ans (HSH) (43) (3 doses)
- chez les personnes immunodéprimées (44)

Chez les filles ayant déjà initié un schéma vaccinal par GARDASIL® ou CERVARIX®, la vaccination doit être poursuivie avec le même vaccin. Chez celles ayant préalablement reçu un schéma complet avec GARDASIL® ou CERVARIX®, le HCSP ne recommande pas de vaccination avec GARDASIL 9®.

Révision des recommandations en décembre 2019 (45) : Avec un élargissement de la population cible pour la vaccination GARDASIL9®, désormais recommandé pour toutes les filles et tous les garçons selon un schéma identique à celui proposé en 02/2017. Cette recommandation est applicable depuis janvier 2021. Maintien d'une recommandation vaccinale spécifique par GARDASIL9® pour les HSH jusqu'à 26 ans révolus.

**Évaluation par la commission de transparence** Avis du CT du 13/09/2017 (46) : SMR Important pour la prévention des lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus dus aux types d'HPV contenus dans le vaccin et des

Verrues génitales (Condylomes acuminés) dues à des types d'HPV spécifiques pour les populations recommandées. ASMR : compte-tenu de l'efficacité de GARDASIL® dans la prévention des lésions précancéreuses de haut grade dues aux HPV 6, 11, 16 et 18, du faible surcroît d'efficacité de GARDASIL9® par rapport à GARDASIL®, limité aux HPV additionnels 31, 33, 45, 52 et 58, la Commission considère que GARDASIL9® n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) par rapport à GARDASIL® dans la stratégie de prévention des lésions ano-génitales précancéreuses et cancéreuses liées à certains HPV, dans les populations recommandées par le HCSP.

Réévaluation (avis du CT 19/02/2020) (47) SMR important pour la prévention des lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus dus aux types d'HPV oncogènes contenus dans le vaccin et des verrues génitales dues aux HPV additionnels dans les populations recommandées suite à l'avis de la HAS de 12/2019.

Compte tenu de l'efficacité de GARDASIL9®, comparable à celle de GARDASIL® en prévention des lésions de haut grade dues aux HPV 6, 11, 16, 18 et de 97,4% (IC 95% [85,0 ; 99,9]) en prévention des lésions de haut grade dues aux HPV additionnels 31, 33, 45, 52 et 58, GARDASIL9® obtient l'ASMR III (au même titre que GARDASIL®) dans la stratégie de prévention des lésions ano-génitales précancéreuses et cancéreuses liées à certains HPV dans les populations (filles et garçons) recommandées.

### 1.3.2.2 Recommandations actuellement en vigueur

#### Schéma vaccinal depuis février 2020 (48)

Chez les sujets (jeunes filles et jeunes garçons) non vaccinés antérieurement, initier la vaccination par GARDASIL 9® selon le schéma suivant :

- A deux doses chez ceux âgés de 11 ans à 14 ans révolus au moment de la première injection. (à 0 et 6 mois)
- A trois doses chez ceux âgés de 15 ans à 19 ans révolus au moment de la première injection. (à 0,2 et 6 mois)

Chez les sujets ayant déjà initié un schéma vaccinal par GARDASIL® ou CERVARIX® (1 dose ou 2 doses), la vaccination doit être poursuivie avec le même vaccin.

Chez les Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, initier la vaccination avec GARDASIL 9® jusqu'à l'âge de 26 ans selon un schéma à trois doses (à 0, 2 et 6 mois)

Chez ceux ayant déjà initié un schéma vaccinal par GARDASIL®, la vaccination doit être poursuivie avec ce même vaccin.

#### Mise au point sur l'utilisation préférentielle du GARDASIL9®

Bien que les lésions précancéreuses anales et autres affections HPV induites chez le garçon soient essentiellement associées à l'HPV 16, génotype inclus dans les trois vaccins disponibles en France, seul le vaccin GARDASIL9® est désormais recommandé pour débiter toute nouvelle vaccination dès lors qu'il confère à la fois une protection contre l'HPV 16 et contre les génotypes 6 et 11 responsables chez l'homme d'autant de condylomes

génétaux que chez la femme d'une part, et d'autre part qu'il a remplacé définitivement GARDASIL® qui n'est plus commercialisé. En outre, la CTV ne recommande pas le vaccin CERVARIX® compte tenu de la plus faible couverture génotypique du vaccin (absence de protection contre les génotypes 11 et 6) et de l'absence de données d'efficacité sur les lésions précancéreuses chez l'homme (données d'immunogénicité uniquement pour l'instant)

### **1.3.2.3 Couverture vaccinale**

Le taux de couverture vaccinale des jeunes filles en 2018 était de 29% pour une dose et de 24% pour le schéma complet. Ce taux a diminué depuis sa commercialisation en 2007 et il augmente à nouveau depuis 2015, mais de façon très progressive. La couverture vaccinale reste donc très inférieure à l'objectif de 60% qui était fixé à l'horizon 2019 dans le cadre du plan cancer 2014-2019. La vaccination des HSH contre les papillomavirus est recommandée depuis 2016. Selon des enquêtes réalisées en 2019 à partir de questionnaires en ligne auprès de HSH fréquentant des sites de rencontres et d'information gays, la couverture vaccinale des HSH en France serait comprise entre 15 et 18% parmi ceux en âge d'être vaccinés. En outre, en l'absence d'allocations de ressources financières pour accompagner la recommandation de 2016, l'activité de vaccination dans les CEGIDD apparaît très faible.

#### **1.3.2.3.1 Couverture vaccinale chez les jeunes filles**

L'étude nous rendant compte des résultats les plus récents a été publiée en 2019 au bulletin épidémiologique hebdomadaire de santé publique France, et présente un bilan sur 11ans de cette CV du vaccin contre le HPV chez les adolescentes.(49)

#### **Couverture vaccinale en fonction de l'année de mesure**

Les résultats montrent qu'après une forte diminution à partir de 2011 jusqu'en 2014 (29,1% pour une dose en 2010 vs 28.7% en 2011 jusqu'à 19,4% en 2014), la couverture vaccinale a réaugmenté entre 2015 et 2018, pour atteindre cette année-là 29,4% pour une dose à 15ans et 23,7% pour le schéma complet à 16ans. La couverture vaccinale en 2018 a donc retrouvé une valeur comparable à celle de 2010. Donc malgré une couverture vaccinale HPV très insuffisante (et restant très inférieure à l'objectif de 60% qui était fixé à l'horizon 2019 dans le cadre du plan cancer 2014-2019), une tendance à la hausse est observée ces 5 dernières années.

Année de naissance	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
n*	419 021	414 432	418 843	415 561	408 345	409 566	407 927	421 011	414 723	408 183	406 194
<i>Année de mesure</i>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Couverture 1 dose à 15 ans	17,8	28,8	29,1	28,7	20,9	19,8	19,4	20,6	23,6	26,2	29,4
<i>Année de mesure</i>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	
Couverture « Schéma complet »** à 16 ans	18,6	23,3	25,3	22,4	17,0	15,7	13,2	19,5	21,4	23,7	–
<i>Année de mesure</i>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>					
Couverture « Schéma complet » à 20 ans	31,9	33,3	33,0	29,8	24,9	22,8	–	–	–	–	–

\* Ces effectifs incluent les jeunes filles nées en France ainsi que celles de même âge nées hors de France.

\*\* Le schéma complet correspond à 3 doses pour les jeunes filles nées avant 2000 et 2 doses pour celles nées ensuite.

Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18.

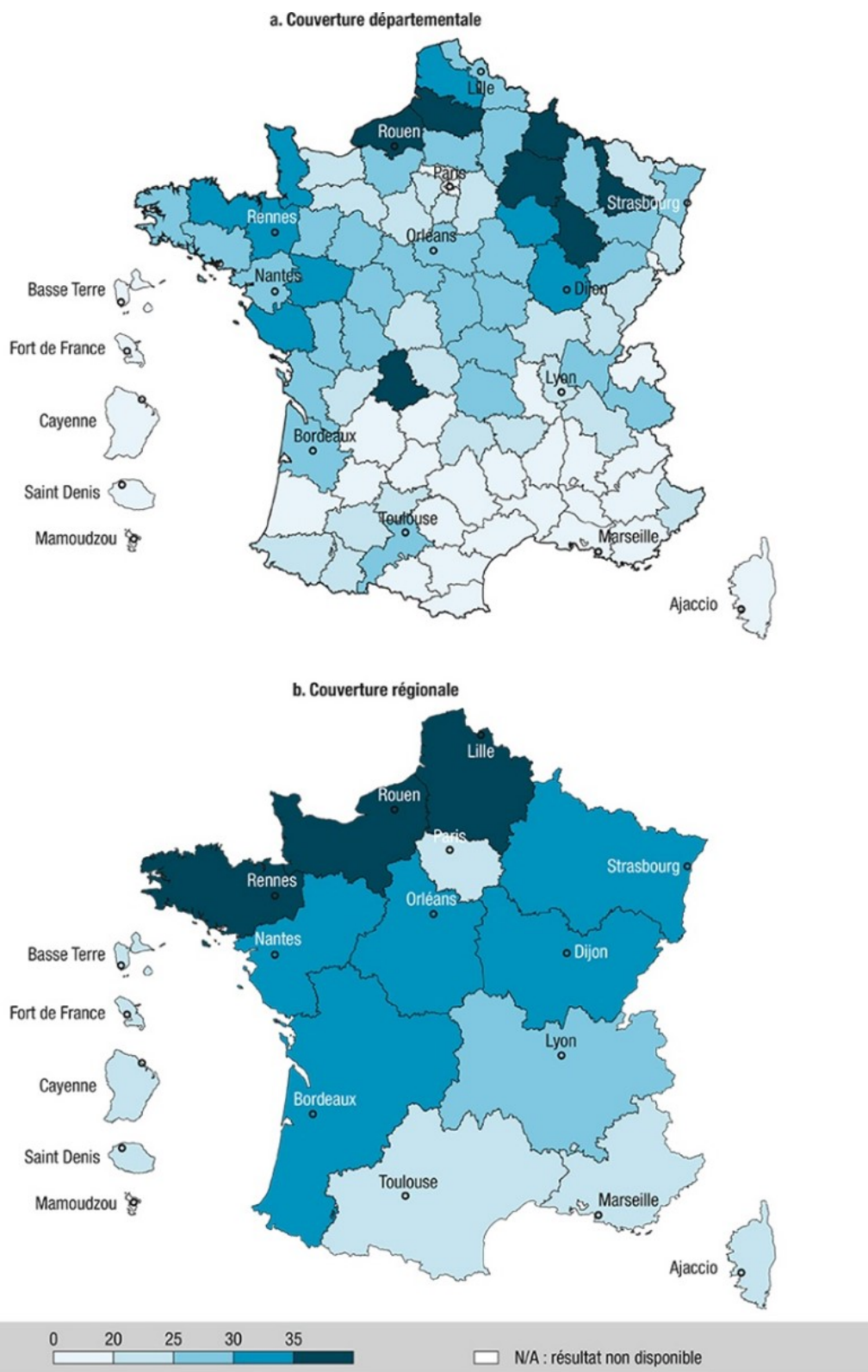
FIGURE 1.3 : Couverture vaccinale (%) du vaccin HPV chez les jeunes filles pour au moins une dose à 15ans et pour le schéma complet à 16 ans et à 20 ans, France, 2008-2018

Le rattrapage effectué entre 16 et 20ans reste lui, modéré : conformément aux recommandations du calendrier vaccinal, les jeunes filles se font vacciner de plus en plus tôt et les couvertures vaccinales des cohortes les plus jeunes sont plus élevées. Comme le suggèrent les résultats d'une étude française publiée en 2015, il est intéressant de noter que la diminution constatée à partir de 2011 pourrait être en partie expliquée par la publication d'articles dans la presse grand public mettant en cause la sécurité du vaccin HPV à cette même période (50)

### Couverture vaccinale en fonction du secteur géographique :

Il existe des variations selon les départements. Comme illustré dans la figure suivante, la CV était inférieure à 15% dans 11 départements (Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Aude, Lot, Pyrénées-Orientales, Vaucluse, Seine Saint-Denis, La Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane) et supérieure à 30% dans 15 départements (Les Ardennes, Aube, Côte-d'Or, Côtes-d'Armor, Ile-et-Vilaine, Maine-et-Loire, Manche, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Pas-de-Calais, Seine-Maritime, Somme, Vendée, Haute-Vienne). La couverture vaccinale est donc généralement plus élevée dans les départements du Nord de la France

Cette différence peut être mise en relation avec des différences régionales dans l'adhésion aux vaccinations en général. Le baromètre santé 2016 avait déjà suggéré que l'adhésion était plus faible dans les régions du Sud de la France (51) (Les Baromètres santé sont des enquêtes périodiques, menées depuis 1992, qui visent à mieux connaître les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements des Français en matière de santé)



Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18.

FIGURE 1.4 : Couverture vaccinale (%) départementale (a) et régionale (b) du vaccin HPV « schéma complet à 2 doses » à 16ans, France, cohorte de naissance 2002. 2018 (Source : SNDS-DCIR. Traitement : Santé publique France, mise à jour au 31 décembre 2018)



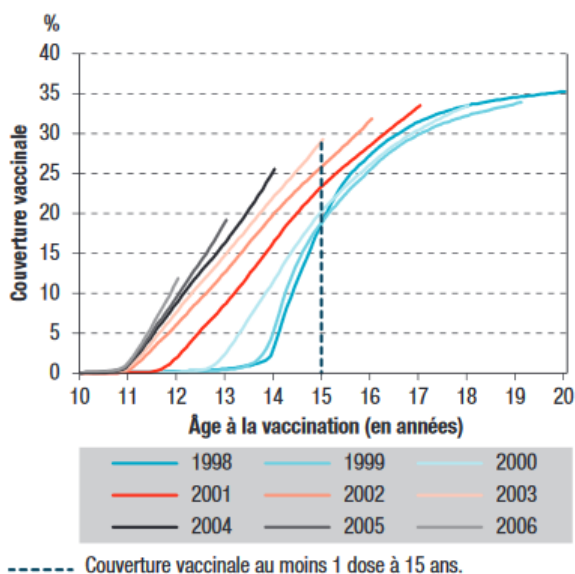


FIGURE 1.5 : Couverture vaccinale du vaccin HPV (au-moins 1 dose) cumulée selon l'âge à la vaccination et l'année de naissance, France. Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18

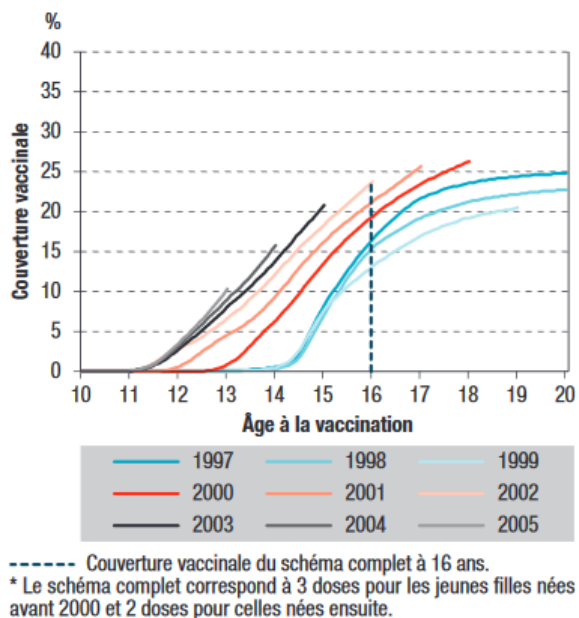


FIGURE 1.6 : Couverture vaccinale du vaccin HPV (schéma complet\*) cumulée selon l'âge à la vaccination et l'année de naissance, France. Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/18

## Couverture vaccinale en fonction de l'année de naissance

Il est également très intéressant de constater que conformément à l'évolution des recommandations du calendrier vaccinal en 2013, les jeunes filles se font vacciner de plus en plus tôt. En effet, si pour la cohorte 1998 la vaccination débutait en très grande majorité vers l'âge de 14 ans, à partir de la cohorte 2002, elle débutait autour de 11 ans. Pour les cohortes les plus récentes, la couverture vaccinale au moins une dose des jeunes filles a suivi la même tendance et s'est améliorée d'année en année. Ainsi, la couverture vaccinale à l'âge de 13 ans était de 14,9% pour les jeunes filles nées en 2002, de 16,5% pour celles nées en 2003 et de 19,2% pour celles nées en 2004

La couverture vaccinale pour au moins une dose à 15 ans a de nouveau progressé parmi les jeunes filles nées en 2000. Ces jeunes filles ont eu 13 ans en 2013 et constituent la première cohorte concernée par l'abaissement de l'âge à la vaccination avant 14 ans, ce qui pourrait expliquer ce changement de tendance.

### 1.3.2.3.2 Couverture vaccinale chez les HSH

La vaccination des HSH contre les papillomavirus est recommandée depuis 2016. Selon deux enquêtes réalisées en 2019 à partir de questionnaires en ligne auprès de HSH fréquentant des sites de rencontres et d'information gays, la couverture vaccinale des HSH en France serait comprise entre 15 et 18% parmi ceux en âge d'être vaccinés :

- L'étude ERAS, enquête Rapport au sexe, s'est déroulée en février-mars 2019 et a été réalisée par Santé publique France. Elle permis d'établir une estimation de la CV chez les HSH (52). Cette enquête visait à évaluer l'appropriation des différents outils de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les HSH par le biais d'un questionnaire en ligne. La proportion d'hommes déclarant en réponse au questionnaire diffusé avoir été vaccinés avec le vaccin HPV était de 15%, et 53% des répondants ne connaissaient pas leur statut vaccinal. La proportion de vaccinés diminuait avec l'âge, passant de 18% chez les hommes âgés de 18 ans à 13% chez les hommes âgés de 28 ans. La proportion de vaccinés était de 29% chez les HSH séropositifs pour le VIH versus 16% chez les séronégatifs.
- L'étude Papill-Hom est une autre enquête en ligne qui a été réalisée auprès de HSH entre les mois d'octobre 2018 et janvier 2019 (53). Parmi les hommes inclus 18% ont déclaré qu'ils étaient vaccinés contre le HPV. La proportion de vaccinés était plus élevée chez les HSH sous PrEP (52,5% versus 15%). Seuls 23% des HSH indiquaient que la vaccination leur avait été proposée par un médecin. Parmi les non vaccinés, 80% accepteraient la vaccination si elle leur était proposée.

### 1.3.2.3.3 Couverture vaccinale dans les autres pays

#### En Europe

En 2018, tous les pays d'Europe ont introduit la vaccination contre les HPV dans leurs programmes nationaux, soit dans le cadre de recommandations incluant filles et/ ou garçons soit uniquement chez les filles. Des couvertures vaccinales supérieures à 60% sont observées en Autriche, dans la région des Flandres en Belgique, en Espagne, au Portugal, en Finlande, en Hongrie, en Islande, à Malte, en Norvège, en Suède et au Royaume-Uni.

## QUELQUES EXEMPLES DE COUVERTURE VACCINALE DANS LE MONDE

	Chez les filles	Chez les garçons
<b>Belgique</b>	90 % dans la communauté flamande	-
<b>Royaume-Uni</b>	84 % (trois doses, chiffres de 2017-2018)	-
<b>Australie</b>	80 %	76 %
<b>Autriche</b>	60-65 %	-
<b>Etats-Unis</b>	43 %	31 %
<b>Allemagne</b>	43 % (chiffres de 2017)	-
<b>Danemark</b>	36 % (deux doses, chiffres de 2017)	-

FIGURE 1.7 : quelques exemples de couverture vaccinale dans le monde (INCa, 12/2020) (54)

(54) La couverture vaccinale en France reste donc nettement inférieure à celle observée dans d'autres pays européens. Par ailleurs et en tout état de cause, il n'est pas certain qu'un impact de la vaccination sur les lésions précancéreuses puisse être décelé en France pour l'instant étant donné cette faible couverture vaccinale.

### Un bon exemple de la répercussion d'une importante couverture vaccinale

En Australie, la recommandation de vacciner les filles date de 2007 et celle des garçons de 2013. La couverture vaccinale d'au moins 80% a permis une réduction de plus de 77% des génotypes responsables de 75% des cancers du col de l'utérus, et une diminution de plus de 50% de l'incidence des lésions précancéreuses cervicale de haut grade chez les jeunes filles de moins de 20 ans. Dans ce pays, le succès de la campagne de vaccination, associée au dépistage, ouvre la perspective d'une éradication du cancer du col de l'utérus d'ici une quinzaine d'année (55)

## 1.3.3 Prévention secondaire : Le dépistage

### 1.3.3.1 Moyens disponibles

#### 1.3.3.1.1 L'examen cytologique

Le FCU peut s'effectuer selon 2 techniques (56).

#### Technique conventionnelle, dite de Papanicolaou

- Le prélèvement de l'exocol et de la jonction exo-endocervicale : A l'aide de l'extrémité arrondie de la spatule d'Ayre on recueille par raclage les cellules de l'exocol et de la zone de jonction. A l'aide de l'extrémité effilée de la spatule d'Ayre on recueille par mouvement rotatif au contact de l'orifice cervical externe les cellules de la zone de jonction. Le matériel cellulaire recueilli à l'extrémité de la spatule est ensuite étalé sur une première lame de verre. La fixation se fait immédiatement à l'aide d'un spray.
- Le prélèvement de l'endocol : Un écouvillon est introduit dans le premier centimètre du canal endocervical et, par un mouvement de va-et-vient à l'intérieur de l'endocol, on recueille les cellules glandulaires et le mucus endocervical. L'étalement du prélèvement se fait sur une deuxième lame.

### **Frottis en milieu liquide**

Le frottis en milieu liquide est aussi appelé cytologie en couche mince ou en monocouche.

- La spatule de Ayre est ici remplacée par une brosse spéciale qui sera introduite dans l'orifice cervical afin de collecter simultanément, dans un geste de rotation, des cellules de l'endocol, de la zone de jonction et de l'exocol.
- L'extrémité de cette brosse sera ensuite plongée dans un flacon contenant une solution de conservation. La répartition sur lame des cellules qui proviennent de ce prélèvement sera effectuée au laboratoire.

### **Technique de Papanicolaou ou milieu liquide ?**

De nombreuses études ont été menées afin de déterminer laquelle de ces deux techniques était la plus performante. (57) (58) (59) L'ANAES précise que le frottis en milieu liquide réduit significativement le nombre de frottis non interprétables. De plus le frottis en milieu liquide permet l'utilisation du matériel résiduel pour d'autres méthodes diagnostiques telles que la recherche d'HPV HR (60). Par ailleurs le frottis en milieu liquide est plus coûteux que le frottis conventionnel et les aspects coût/efficacité sont inconnus mais les 2 techniques sont remboursées

### **L'interprétation**

Quelle que soit la technique utilisée, la HAS recommande depuis 2001 le système de Bethesda, actualisé en 2014 (cf précédemment) qui remplace la classification de Papanicolaou.(60) La terminologie consensuelle du système de Bethesda offre un compte rendu cytologique faisant tout d'abord état de la qualité du prélèvement puis de la classification des anomalies cytologiques (61)

<p><b>Nom de la structure ACP et le cas échéant n° FINESS</b>                  Identifiant du médecin pathologiste (n° RPPS - Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)                  N° du compte rendu                  Nom du signataire du compte rendu                  Date de validation du compte rendu                  Renseignements cliniques (si disponibles)</p> <p><b>La description technique</b>                  Etalements (préciser le nombre de lames)                  Milieu liquide (préciser le nom du fabricant)                  Coloration (préciser le type)</p> <p><b>La conclusion diagnostique</b></p> <p><b>Qualité du prélèvement</b>                  Satisfaisant pour l'évaluation                  Non satisfaisant pour l'évaluation (préciser la raison)</p> <p><b>Catégories</b>  <i>Négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne*</i>  <i>Autre: présence de cellules endométriales chez une femme ≥ 45 ans</i>  <i>Anomalies des cellules épithéliales (à préciser)</i></p> <p>Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée (ASC-US)                  Cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'éliminer une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (ASC-H)                  Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL)                  Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL)                  Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade avec des aspects faisant suspecter une invasion                  Carcinome épidermoïde                  Cellules cylindriques (glandulaires/endocervicales/endométriales) atypiques SAP                  Cellules cylindriques (glandulaires/endocervicales) atypiques en faveur d'une néoplasie                  Adénocarcinome in situ de l'endocol                  Adénocarcinome (préciser endocol/endomètre/extra-utérin/autre SAP)                  Autres tumeurs malignes</p> <p><b>Données optionnelles</b>                  Descriptif cytologique des :                  Cellules malpighiennes (basales, parabasales, intermédiaires, superficielles)                  Cellules endocervicales                  Cellules endométriales</p> <p><b>Recommandations</b>                  La terminologie de Bethesda inclut des recommandations sur la prise en charge des patientes et/ou le suivi. Ces recommandations doivent être fondées sur des données scientifiques validées ou des recommandations émanant de sociétés savantes.</p> <p><b>*Note</b>                  La présence ou non de cellules cylindriques/endocervicales doit obligatoirement être mentionnée dans le compte rendu.</p>
---

FIGURE 1.8 : Résultats du prélèvement cytologique tels qu'ils doivent être rendus. Système de Bethesda 2014 : compte rendu cytologique standardisé, d'après Nayar R, Wilbur DC. The Bethesda system for reporting cervical cytology. (3)

### 1.3.3.1.2 Le test HPV-HR

#### La technique

Le prélèvement est réalisé par le clinicien selon les mêmes modalités que pour le prélèvement cytologique en milieu liquide

L'auto-prélèvement est une alternative possible au prélèvement cervical par un clinicien, notamment pour les femmes éloignées du système de santé ou qui ne se font pas dépister régulièrement. Il peut se faire à domicile grâce à l'utilisation d'un kit d'auto-prélèvement. Il doit ensuite être transmis au laboratoire.

L'auto-prélèvement vaginal (APV) : consiste à récupérer, soi-même, quelques cellules au niveau du vagin par léger frottement à l'aide d'un écouvillon. Actuellement, en France, les APV sont proposés dans le cadre d'études et ne sont donc pas disponibles sur demande.

L'auto-prélèvement urinaire (APU) : consiste à recueillir le premier jet d'urine afin de prélever le mucus et les débris de cellules exfoliées du tractus génital. La plupart des études disponibles sont encore des études exploratoires précliniques. L'APU n'est à ce jour pas utilisé en France mais il pourrait présenter des avantages en raison de sa facilité d'utilisation, son caractère non invasif et non douloureux permettant un prélèvement facile et répétitif si nécessaire (62)

#### L'interprétation

Le test HPV est une méthode de détection moléculaire, qui permet la détection des acides nucléiques des génotypes d'HPV à haut risque seulement (63) : le test HPV a en effet pour objectif d'identifier les infections cliniquement pertinentes, c'est-à-dire associées au risque d'avoir ou de développer une lésion cervicale précancéreuse ou cancéreuse, et non les infections à HPV en elles-mêmes (60)

Deux méthodes de détection du génome existent :

- l'amplification du signal : par des techniques d'hybridation en phase liquide.
- l'amplification de la cible : par PCR de séquences spécifiques des différents HPV, cette cible pouvant être soit l'ADN viral, soit l'ARNm codant les protéines oncogènes (protéines oncogènes E6 et E7 par exemple). C'est le cas pour les tests les plus récents (64)

Des recommandations concernant les performances cliniques minimales d'un test HPV afin qu'il soit utilisable dans le cadre du dépistage du cancer col de l'utérus et des lésions précancéreuses ont été publiées par un comité d'experts (65), grâce auxquelles le centre national de référence des HPV dispose d'une liste de tests validés (66)

### 1.3.3.1.3 Place du double immuno-marquage p16/Ki67 dans la stratégie de dépistage du CCU

La protéine p16 est une protéine cellulaire impliquée dans la régulation du cycle cellulaire. Sa sur-expression est considérée comme un marqueur indirect de l'activité néoplasique des onco-protéines virales des HPV-HR. La protéine Ki67 est un marqueur de prolifération cellulaire.

Le double immuno-marquage p16/Ki67 est une technique d'immunocytochimie recherchant, à partir du prélèvement de l'examen cytologique réalisé en phase liquide, la présence de cellules présentant un co-marquage des deux protéines. Au regard des données disponibles, l'utilisation du double immuno-marquage p16/Ki67 en dépistage primaire ou comme test de triage après un test HPV positif n'est pas recommandée. (21)

### 1.3.3.2 Recommandations actuellement en vigueur

Conformément à l'action 1.1 du Plan cancer 2014-2019 (25) , le dépistage du cancer du col de l'utérus s'appuie sur un programme national de dépistage organisé dont le cahier des charges est détaillé par l'Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (67) , et réactualisé par l'arrêté du 30 juillet 2020 suite aux recommandations de juillet 2019 de la HAS (68)

#### 1.3.3.2.1 Invitation au dépistage

Le PNDO prévoit entre autres l'envoi d'invitation et de relance en direction des femmes n'ayant pas participé spontanément au dépistage dans les trois dernières années (69) :

**Invitation** Le programme prévoit un courrier d'invitation adressé par le centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) pour les femmes de la population cible n'ayant pas bénéficié d'un remboursement de test de dépistage du cancer du col de l'utérus (dont les codes actes sont précisés dans un référentiel national mis à disposition par l'INCa en lien avec les régimes d'assurance maladie) dans les délais recommandés.


**Relance** Une relance est adressée 12 mois après l'invitation aux femmes qui n'auraient pas encore réalisé le dépistage après l'invitation.

Les modèles nationaux de lettre d'invitation et de relance sont fournis par l'INCa. Ces courriers d'invitation et de relance comprennent :

- les nom, prénom, date de naissance, adresse de la personne
- un emplacement permettant au médecin (ou sage-femme) ou à la personne d'indiquer des motifs d'inéligibilité médicale ou le refus de participer au programme
- le dépliant national d'information sur le dépistage élaboré par l'INCa, permettant une décision éclairée de la personne
- des étiquettes autocollantes comportant le nom de naissance, le ou les prénom (s) et le numéro d'affiliation à un régime de sécurité sociale de la personne invitée, en clair et sous la forme de code barre à compléter par la date du prélèvement

et à apposer sur le flacon de prélèvement et sur la fiche de demande d'examen. (Un autre document élaboré par l'InCa précise les rubriques de cette feuille de demande d'examen. (70), qui comporte tous les renseignements nécessaires à la bonne exécution des analyses et à l'interprétation des résultats)





[N°] BCI \* (code barre en C39)  
[Nom Prénom]  
[Adresse 2]  
[Adresse 1]  
[CP] [Localité]

[Ville], le [DATE d'envoi de l'invit ou dépôt postal]

Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans. Il permet de repérer le plus tôt possible d'éventuelles lésions précancéreuses, de les surveiller ou les soigner et ainsi, de prévenir l'apparition d'un cancer du col de l'utérus.

**D'après nos informations, il semble que vous n'avez pas effectué ce dépistage depuis plus de 3 ans. C'est pourquoi, nous vous invitons à prendre rendez-vous avec le professionnel de santé de votre choix : gynécologue, médecin traitant ou sage-femme.**

Le test de dépistage (frottis) est pris en charge à 100 % sans avance de frais. La consultation vous sera remboursée par votre caisse d'assurance maladie et votre complémentaire santé aux conditions habituelles.

Comme tout acte médical, le dépistage a des bénéfices et des limites. Nous vous invitons à lire attentivement le dépliant joint. Si vous avez besoin d'autres informations, vous pouvez en discuter avec votre gynécologue, médecin traitant ou sage-femme, et évoquer, si vous le souhaitez, d'autres examens et actions de prévention. Si vous pensez ne pas être concernée par ce dépistage, merci de nous en informer en nous retournant le questionnaire figurant au verso. En répondant, vous éviterez une relance inutile.

**Le site de [DEPARTEMENT] est bien sûr à votre disposition pour répondre à vos questions au [N° TEL]**

Avec toute mon attention,

**Dr [Prénom NOM]  
Médecin coordonnateur  
[SIGNATURE]**

Si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas utiliser cette invitation, merci de compléter ce questionnaire à retourner daté et signé au médecin coordonnateur (adresse au verso). En cas de doute, parlez-en avec votre médecin. Vous avez des questions ? L'équipe du Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers vous répond. (coordonnées au verso)

Je ne suis pas concernée par ce courrier d'invitation, je complète le questionnaire (seule ou avec mon médecin/ma sage-femme) car :

J'ai fait ce dépistage il y a moins de 3 ans :

par prélevement cervico-utérin (frottis), le

par un autre test. Merci de préciser : \_\_\_\_\_

Je n'ai plus d'utérus (hystérectomie) depuis (année)

Autre raison. Merci de préciser : \_\_\_\_\_

Je ne souhaite pas faire ce dépistage  
Je peux revenir à tout moment sur ma décision en contactant le Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers (coordonnées au verso)

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_


Date naissance (jour/mois/année)

N° Sécurité Sociale

Date et signature (dans le cadre) \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Si vous le souhaitez, merci de nous indiquer les coordonnées (nom, prénom, adresse) :**  
De votre médecin traitant \_\_\_\_\_  
De votre gynécologue \_\_\_\_\_



[N°] BCI \* (code barre en C39)  
[Nom Prénom]  
[Adresse 2]  
[Adresse 1]  
[CP] [Localité]

[Ville], le [DATE d'envoi de l'invit ou dépôt postal]

Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans. Il permet de repérer le plus tôt possible d'éventuelles lésions précancéreuses, de les surveiller ou les soigner et ainsi, de prévenir l'apparition d'un cancer du col de l'utérus.

**D'après nos informations, il semble que vous n'avez pas effectué ce dépistage depuis plus de 3 ans. C'est pourquoi, nous vous invitons à prendre rendez-vous avec le professionnel de santé de votre choix : gynécologue, médecin traitant ou sage-femme.**

Le test de dépistage (frottis) est pris en charge à 100 % sans avance de frais. La consultation vous sera remboursée par votre caisse d'assurance maladie et votre complémentaire santé aux conditions habituelles.

Comme tout acte médical, le dépistage a des bénéfices et des limites. Nous vous invitons à lire attentivement le dépliant joint. Si vous avez besoin d'autres informations, vous pouvez en discuter avec votre gynécologue, médecin traitant ou sage-femme, et évoquer, si vous le souhaitez, d'autres examens et actions de prévention. Si vous pensez ne pas être concernée par ce dépistage, merci de nous en informer en nous retournant le questionnaire figurant au verso. En répondant, vous éviterez une relance inutile.

**Le site de [DEPARTEMENT] est bien sûr à votre disposition pour répondre à vos questions au [N° TEL]**

Avec toute mon attention,

**Dr [Prénom NOM]  
Médecin coordonnateur  
[SIGNATURE]**

MB : pour vérifier que vous êtes bien concernée, voir au dos.

**ÉTIQUETTE À COLLER SUR LA FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN**

[NOM (usage Prénom)] \_\_\_\_\_ [Date d'invit] \_\_\_\_\_  
N° de l'AF: [nom de naissance] \_\_\_\_\_  
N° de la date de naissance] \_\_\_\_\_  
**[N° SS]** \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
[Adresse 1] \_\_\_\_\_  
[Adresse 2] \_\_\_\_\_  
[Adresse 3] \_\_\_\_\_  
[CP] [Localité] \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**En savoir plus sur : www.le-cancer.fr**

**ÉTIQUETTE À COLLER SUR LE PRELEVEMENT**

[NOM (usage prénom)] \_\_\_\_\_  
N° de l'AF: [Date de naissance] \_\_\_\_\_  
[N° BCI] \_\_\_\_\_  
Frottis fait le \_\_\_\_\_  
**NUMÉRO D'INVITATION [N°]** \_\_\_\_\_

Le frottis de dépistage est recommandé tous les 3 ans

[Date de votre dernier examen ] [DATE]

S'agissant de l'information relative au traitement de vos données personnelles et à vos droits, voir la mention au verso de ce courrier.

FIGURE 1.9 : exemple de courrier d'invitation, INCa

### 1.3.3.2 Modalités du dépistage

Le PNDO reposait jusqu'en juillet 2019 sur les recommandations françaises, c'est-à-dire la réalisation d'un examen cytologique chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans tous les 3 ans, après deux examens consécutifs normaux à un an d'intervalle. (71) En actualisant ses recommandations de 2010 sur le dépistage du CCU, la HAS propose depuis le 10 juillet 2019 une stratégie nationale de dépistage incluant le test HPV. Ce test est recommandé en première intention chez les femmes de plus de 30 ans chez lesquelles il s'avère plus efficace que l'examen cytologique (21) La HAS maintient sa recommandation d'un dépistage chez toutes les femmes de 25 à 65 ans qu'elles soient vaccinées ou non, mais en fait évoluer les modalités pour les femmes de plus de 30 ans :

- Le dépistage repose sur la réalisation d'un examen cytologique (FCU) à un rythme triennal entre 25 et 30 ans
- Puis sur le test HPV chez les femmes à partir de 30 ans, pour lesquelles un premier test HPV sera réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal. Le rythme entre deux dépistages par test HPV est de 5 ans, dès lors que le résultat du test est négatif

Depuis le 1er avril 2020, la détection des HPV oncogènes est remboursée par l'Assurance maladie pour les femmes de 30 à 65 ans (72). Dans le cadre du dépistage organisé, l'Assurance Maladie prend en charge à 100%, sans avance de frais, le test de dépistage sur présentation au professionnel de santé du courrier d'invitation (73)

### 1.3.3.3 Couverture de dépistage

Plusieurs estimations du taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus sont disponibles à partir des données recueillies avant la mise en place du PNDO. Une de ces estimation, réalisée à partir des données de l'Assurance maladie, indique un taux de couverture du dépistage triennal de 58.2% pour la période 2015-2017.(74) Une autre estimation, issue d'une étude menée par santé publique France pour la même période, indique un taux de couverture quasi identique de 58.7% (75)

L'impact du PNDO sur la couverture du dépistage n'est malheureusement pas encore mesurable, mais ces données constituent une référence qui permettra aux Agences régionales de santé (ARS) et aux Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) de disposer d'un point de départ pour évaluer cet impact par rapport à l'objectif d'un taux de couverture de 80%

### Couverture du dépistage en fonction de l'âge

Parmi les 17,8 millions de femmes âgées de 25 à 65 ans sur la période 2015-2017, 10 422 916 ont réalisé au moins un FCU au cours de la période 2015-2017, soit un taux de couverture national standardisé du dépistage triennal du CCU de 58,7%. Le taux de couverture diminue de manière importante avec l'âge à partir de 50 ans pour tomber à 44,2% chez les femmes de 60-65 ans.

Le taux national global et les taux par âge sont relativement stables au cours des périodes successives examinées.

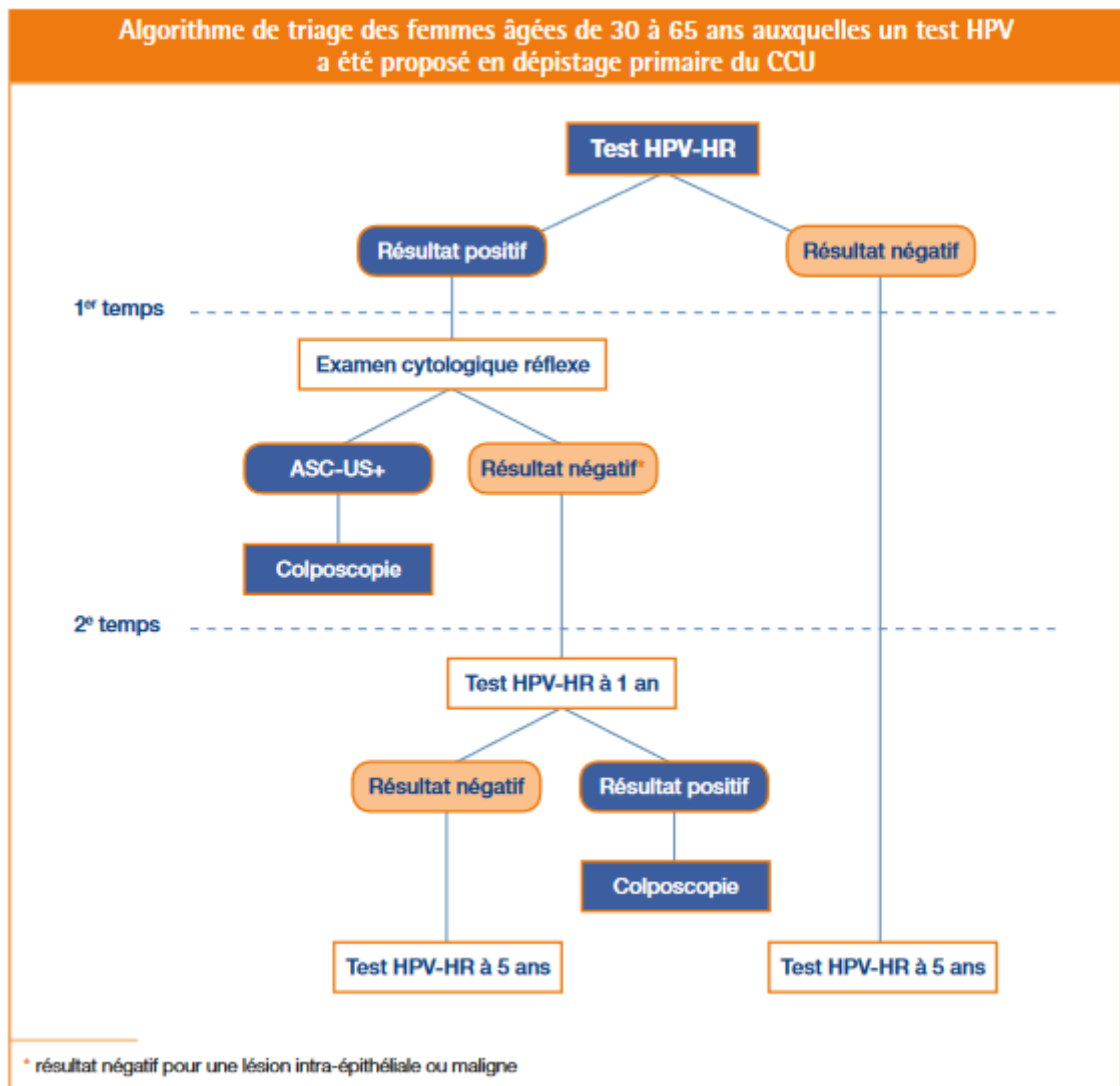


FIGURE 1.10 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU, synthèse de la recommandation de la HAS (juillet 2019)

Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus par groupe d'âge, par période glissante, France, 2012-2017

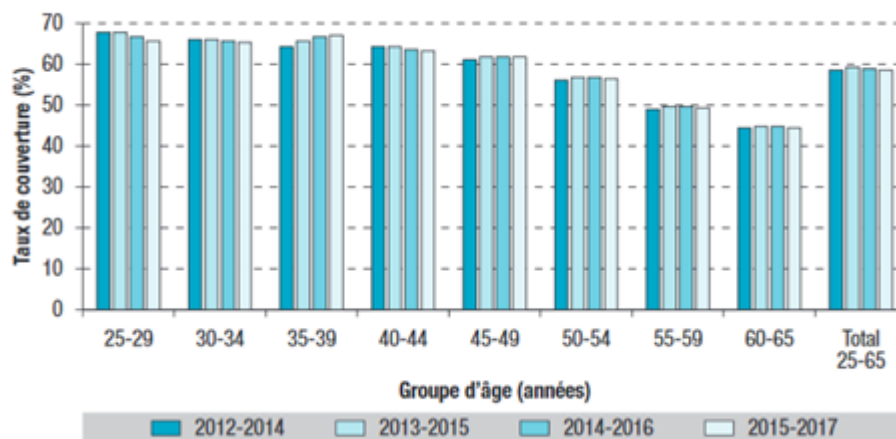


FIGURE 1.11 : taux de couverture du dépistage par groupe d'âge, santé publique France

## Couverture du dépistage en fonction du secteur géographique

Les données par territoire révèlent d'importantes disparités géographiques. Les taux de couverture régionaux les plus faibles étaient retrouvés en Guadeloupe, Guyane, Martinique et à Mayotte (<50%), ainsi que dans quatre régions métropolitaines adjacentes situés au nord (50% à <57%) : Hauts-de-France, Normandie, Île-de-France et Centre-Val de Loire. Les taux les plus élevés (>62%) étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les taux de couverture départementaux les plus élevés (65%) se situaient en Isère, Bas-Rhin, Haute-Garonne, Haut-Rhin et Gironde et les taux les plus faibles (<50%) en Seine-Saint-Denis, dans l'Aube et le Cher.

Globalement, le taux de couverture est resté stable entre 2012-2014 et 2015-2017 (taux moyen de variation entre les périodes triennales successives : 0%).

### 1.3.4 Prévention secondaire (suite) : Le traitement

#### 1.3.4.1 Traitement des lésions précancéreuses

La nécessité de traitement d'une lésion précancéreuse dépend de son grade. Il est recommandé de traiter systématiquement les lésions de haut grade. Il n'est pas recommandé de traiter systématiquement les lésions histologiques malpighiennes intra-épithéliales de bas grade ; la décision de traitement ne sera prise qu'après une période de surveillance d'au moins 24 mois (76).

L'objectif du traitement est de détruire ou de supprimer les zones du col de l'utérus où a été identifiée la présence d'une lésion précancéreuse. Cinq modalités thérapeutiques (résection à l'anse diathermique, cryothérapie, vaporisation laser, conisation au bistouri à froid ou au laser) peuvent être utilisées. Le risque de lésions précancéreuses (CIN2+) résiduelles ou récurrentes après traitement est significativement plus élevé si les marges de résection ne sont pas saines. Cependant, la détection d'HPV-HR post-traitement est un meilleur prédicteur d'échec du traitement que le statut des marges de résection (77)

Les traitements par conisation peuvent entraîner des complications telles que des hémorragies immédiates ou secondaires, tardives, des sténoses du col entraînant exceptionnellement des dysménorrhées, voire dans certains cas des aménorrhées et des béances de l'orifice interne du col et de l'isthme utérin (incompétence cervico-isthmique)(78) La réalisation d'une conisation nécessite de pratiquer une résection en marges saines, tout en réalisant une chirurgie minimalement invasive avec une exérèse au minimum afin de limiter la morbidité obstétricale et périnatale lors d'une grossesse ultérieure. Dans environ 20% des cas, on observe une augmentation du taux de persistance ou de récurrence des lésions. Une méta-analyse récente (79) a mis en évidence les complications obstétricales (après 24 semaines de grossesse) chez les femmes ayant eu des traitements locaux pour des lésions précancéreuses(CIN) ou des cancers au stade IA1. Les femmes ayant été traitées par conisation présentaient notamment un plus grand risque d'accouchement prématuré et de rupture prématurée de la poche des eaux, comparativement aux femmes n'ayant pas été traitées en particulier pour des traitements répétés et en fonction de la profondeur.

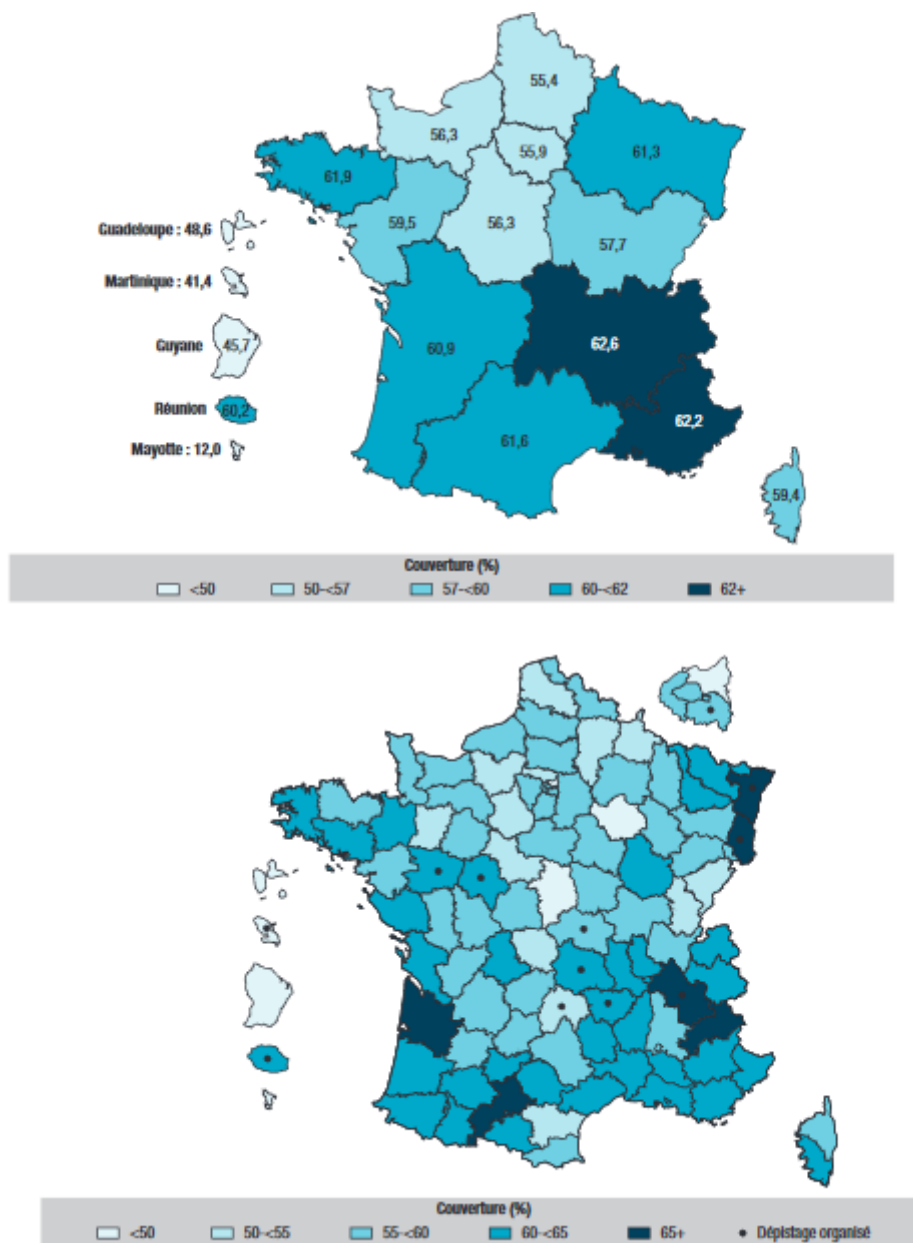


FIGURE 1.12 : Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans par région et par département, 2015-2017, santé publique France

#### **1.3.4.2 Traitement du cancer du col de l'utérus : Classification FIGO 2018**

Dès confirmation du diagnostic, la prise en charge du CCU suit les recommandations établies par la HAS dans son guide affection longue durée (ALD) pour l'ALD 30 : « Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer invasif du col utérin » de janvier 2010 (80)

Le traitement du CCU fait appel, selon l'étendue de la maladie (stades selon la classification FIGO-International Federation of Gynecology and Obstetrics), à la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie et la chimiothérapie, utilisées seules ou associées. Les indications thérapeutiques par stade sont détaillées dans ces recommandations

# Chapitre 2

## Rappels théoriques au sujet des modèles explicatifs de l'adhérence

### 2.1 Modèles socio-cognitifs classiques

#### 2.1.1 le modèle de la croyance relative à la santé

Le modèle de la croyance relative à la santé (Health Belief Model) (Rosenstock, 1960 (81)) décrit le rôle de la motivation dans le processus d'adoption des comportements. Pour agir, l'individu doit être prêt et être en mesure de déterminer une préférence d'action au sein d'un panel d'alternatives qui sera déterminé par son évaluation de la menace et sa croyance en l'efficacité de la mesure préventive, le contexte devant également se prêter à la mise en œuvre du changement.

#### L'évaluation de la menace

Selon Rosenstock, pour avoir la volonté d'adhérer, un individu doit avant tout percevoir la gravité d'un danger et la forte probabilité d'y être confronté. L'auteur parle de perception de sévérité et de susceptibilité. Plus le sentiment de menace est élevé, plus l'individu est motivé à l'adhérence. La perception de sévérité : repose sur l'anticipation de conséquences délétères (les répercussions médicales, sociales, familiales et professionnelles de la maladie) La perception de susceptibilité : il faut que l'individu se sente concerné par le danger (le sentiment oscille sur un continuum allant du déni à la certitude d'être en danger).

#### Croyance en l'efficacité de l'action préventive

L'individu évalue les bénéfices, les limites et les dangers de la recommandation : Bénéfices : l'action doit être perçue comme efficace (réduire la sévérité de la maladie et/ou la susceptibilité du sujet = circonscrire la menace) pour voir sa probabilité d'être adoptée Limites et danger : si l'action est perçue comme coûteuse dans sa mise en œuvre (temps, investissement, dépense d'énergie) ou à même de représenter une menace en soi (complications, inconvénients), elle verra sa probabilité d'adoption par le sujet réduite

#### Les indices de l'action

- La survenue d'un antécédent du risque dans l'entourage de l'individu influence l'évaluation que ce dernier porte sur la situation.
- D'autres indices peuvent permettre le déclic, comme l'encouragement d'un ami, le conseil d'un médecin, ou plus largement le contexte culturel du sujet.

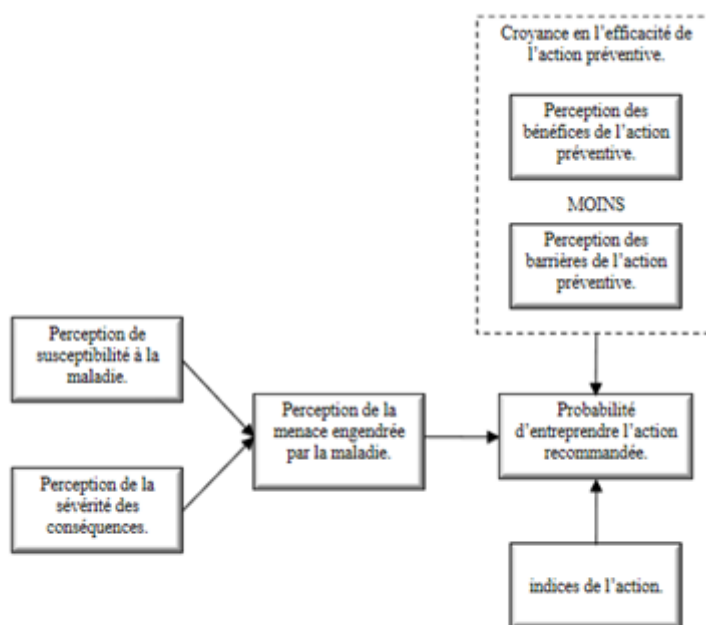


FIGURE 2.1 : le modèle des croyances relatives à la santé

### Validité et limites du modèle

- L'évaluation de la menace n'est prédictive d'un comportement que s'il s'agit de la première fois que le sujet envisage de l'adopter
- Le modèle ne permet pas d'expliquer les conduites échappant au contrôle de la volonté. Les conduites basées sur les habitudes plus que sur les décisions sont alors difficilement appréhendables
- Il est également difficile de quantifier clairement les variables; l'évaluation d'une menace restant avant tout subjective

Cependant la méta-analyse de Tanner-Smith et Brown (2010)(82) apporte un soutien majeur à la prédictivité des deux variables (susceptibilité et sévérité) dans la pratique du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. L'importance des indices de l'action (accès régulier aux soins, fréquence de consultation, conseils d'un proche) n'est en revanche prouvée de manière significative que pour la réalisation de la mammographie.



## 2.1.2 la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié

La théorie du comportement planifié (Ajzen et Madden, 1986 (83)), est elle-même issue de la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975 (84)) La théorie du comportement planifié décrit la centralité de l'attitude, et considère l'influence des normes subjectives et du contrôle perçu dans la prise de décision des individus

### L'attitude

Une perception positive des conséquences de l'action encouragera les intentions, tout comme une perception négative des actions relatives aux comportements néfastes.

### Les normes subjectives

Les normes sociales subjectives renvoient à la croyance du sujet sur la désirabilité du comportement, et exhortent un individu à se « conformer aux attentes positives de quelqu'un d'autre », quelqu'un dont l'avis compte pour lui

### La perception de contrôle comportemental

Les variables décrites dans la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) ne suffisent pas à cerner entièrement l'origine de la conduite. Conscients très tôt de cette limitation, Ajzen et Madden (1986) se sont questionnés sur le poids des variables modératrices, notamment sur l'influence de la perception du contrôle comportemental : pour réagir à une situation, l'individu doit avoir conscience de moyens concrets à mettre en œuvre pour produire les occurrences positives et éviter celles qui lui seraient préjudiciables. Il s'agit donc d'une tendance de l'individu à percevoir ou non une relation causale entre son propre comportement et la récompense obtenue.

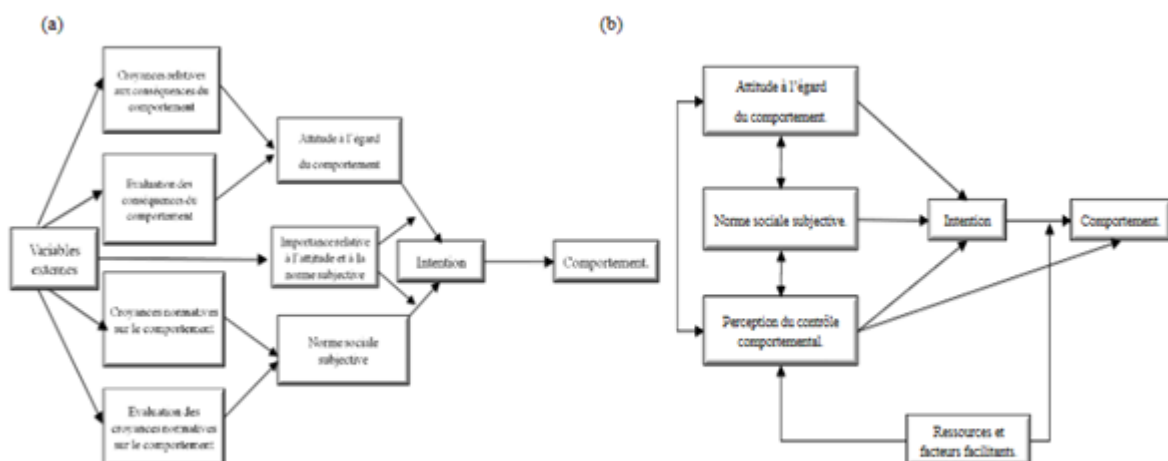


FIGURE 2.2 : a) Théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975), b) Théorie du comportement planifié (Ajzen et Madden, 1986)

## Validité et limites du modèle

L'attitude et les normes subjectives influencent bel et bien l'intention pour le dépistage des cancers (Sheeran et Orbell, 2000 (85)). Cependant, la méta-analyse de Webb et Sheeran (2006)(86) souligne qu'une intention moyenne à forte ne prédit en fait que faiblement à moyennement l'acte : il n'existe donc que peu de corrélation entre intention et comportement. Si le contrôle revêt donc un caractère central dans le processus de décision, il ne favorise pas toujours les conduites de prévention. Il existe ainsi une corrélation négative entre la perception de contrôle et la vulnérabilité perçue (Desrichard et al., 2001 (87)) : si un contrôle est possible et que l'individu sait pouvoir fournir des efforts pour dominer la situation, ce dernier peut s'estimer moins à risque que les autres, voire se sentir invulnérable (illusion de contrôle) et donc ne pas agir.

### 2.1.3 la théorie socio-cognitive

Le rôle de l'apprentissage est essentiel dans le processus de détermination de la conduite : c'est ce que postule la théorie sociocognitive de Bandura (1977 ; 2004) (88)

#### L'efficacité perçue

Renvoie au lien entre un comportement et un résultat. Cette notion renvoie sensiblement au contrôle perçu développé précédemment (Ajzen et Madden, 1986 )(83)

La théorie sociocognitive postule qu'un individu apprend des conséquences de ses actions. Chaque conduite réalisée entraîne un retour ou feedback. Ce sont ces données tirées de l'expérience passée qui permettent au sujet d'établir des buts (Convient-il de réitérer la conduite ? De la bannir ? De l'optimiser ?). Plus un individu estime qu'une conduite peut lui permettre de produire un résultat escompté et plus il devient motivé à la mettre en œuvre. Cela ne signifie pour autant pas qu'il l'adoptera de manière effective

#### Le sentiment d'auto-efficacité

Renvoie au lien entre l'évaluateur et le comportement. Autrement dit, il s'agit de la confiance qu'accorde une personne dans ses capacités à mettre en application la conduite souhaitée.

Lorsque les attentes sont trop grandes et que tout repose sur ses épaules, l'individu peut se sentir dépassé et craindre de ne pas y arriver. Pour optimiser ses chances d'action, il faut lui rendre plus commode l'entreprise de la recommandation, par exemple en l'accompagnant dans sa prise de rendez-vous avec le médecin (Senore et al., 2010) (89))

#### L'influence des renforcements

Bandura décrit quatre sources de renforcement de la probabilité d'action du sujet :

- Les succès répétés d'une performance : Augmentent le sentiment d'auto-efficacité et motivent la persévérance. A l'inverse, la répétition d'échecs produit un déclin du sentiment d'auto-efficacité qui entraîne le désengagement du sujet.

- L'expérience d'autrui : Bandura parle d'expérience vicariante ou de modeling. Il désigne le processus par lequel l'individu stimule sa confiance par la simple observation d'un modèle. Voir autrui réussir une action la désacralise
- Persuasion verbale. Elle s'apparente aux encouragements, à la valorisation et permet de dynamiser des bas sentiments d'auto-efficacité.
- L'éveil émotionnel. Il s'agit des émotions qu'un sujet anticipe ou ressent au moment de l'accomplissement de la conduite. Éprouver du stress nuit par exemple à la confiance que s'accorde l'individu à réussir.

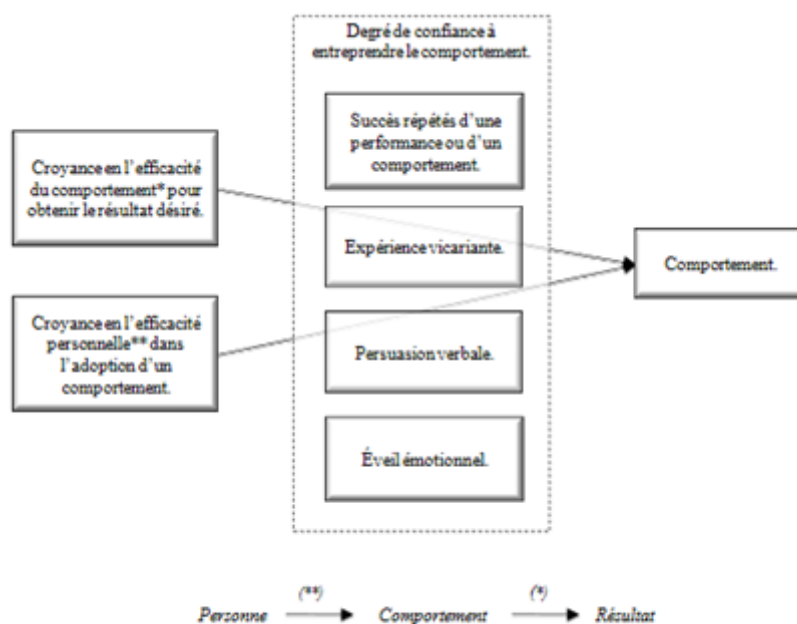


FIGURE 2.3 : modèle sociocognitif de Bandura (1977)

## Validité et limites du modèle

La théorie sociocognitive intègre les variables définies par les théories de Rosenstock (les renforcements renvoyant aux indices de l'action) ou encore d'Ajzen et Madden (l'efficacité perçue renvoyant au contrôle comportemental), mais s'en démarque toutefois par l'apport notable du sentiment d'auto-efficacité .

L'influence des renforcements trouve soutien dans la littérature, notamment les actes passés, qui prédisent moyennement à fortement l'adoption des conduites futures comme observé pour le dépistage du cancer du sein (McInerney-Leo et al., 2006 (90)) et du gros intestin (Senore et al., 2010 (89))

## 2.2 L'appel à la peur

Les modèles de persuasion par la peur ou « Fear appeals theory » s'intéressent aux effets occasionnés par la peur à chaque étape du processus d'évaluation.

## 2.2.1 motivation à la réduction

Le modèle de réduction de la pulsion motivante ou drive reduction model (Janis et Feshback, 1953 (91)) postule que la peur revêt une fonction motivante. Plus un message est menaçant, plus il génère d'inquiétude chez la personne, plus il motive le sujet à trouver une solution pour réduire cet inconfort.

L'intensité de l'anxiété dépend de deux facteurs ; la probabilité qu'une perte survienne et l'estimation de l'amplitude de cette perte. Les concepts renvoient aux perceptions de susceptibilité et de sévérité évoquées précédemment (Rosenstock, 1966 (81)). La détermination de la réponse dépend de l'intensité de l'anxiété : la variance d'effet décrit une courbe en U inversé qui souligne l'importance d'un dosage adéquat de l'appel à la peur :

- - Une menace trop faible ne suffit ainsi pas à impulser le changement : ne suscitant pas de prise de conscience du risque, elle ne suscite pas de motivation. La méta-analyse de Witte et Allen (2000) (92) rapporte même un effet délétère ou effet boomerang quand une menace basse est associée à une faible perception d'efficacité
- - A l'inverse, une trop forte menace stimule les stratégies de défense : l'individu détourne son attention du message anxigène (évitement défensif) et mobilise tous les efforts cognitifs vers le déni, et la minimisation de la menace

### Les effets de dosage et de cadrage

**Dosage** : Le seuil de tolérance à la peur varie d'un individu à l'autre : Les personnes anxieuses flirtent déjà à la limite de basculement de ce seuil. Elles ne supportent de fait qu'un faible dosage de menace. Les individus en recherche de sensation sont quant à eux moins sensibles à la peur.

**Cadrage** La conduite attendue peut elle-même receler différents niveaux d'angoisse : Lorsque la conduite attendue ne suscite que peu de crainte (comme les conduites relevant de l'anticipation, par exemple l'hygiène de vie), les stratégies reposant sur une induction élevée de menace sont donc plus appropriées. Il est également préférable d'opérer un cadrage positif de l'information, c'est à-dire d'axer la communication sur les gains de la pratique recommandée. Lorsque la conduite attendue suscite au contraire beaucoup de crainte (comme les conduites relevant du diagnostic, par exemple le dépistage qui fait miroiter à l'individu une perspective de devenir malade), une faible menace et un cadrage négatif sont plus indiqués. A l'inverse du cadrage positif, le cadrage négatif consiste à mettre l'emphase sur les dangers à ne pas adopter la recommandation

**limites du modèle** Ce modèle décrit l'impact direct de la peur sur le comportement et ne tient compte ni des processus cognitifs à l'œuvre dans le choix de la stratégie, ni de l'influence du contexte. A peur égale, deux individus guidés par leurs perceptions d'efficacité et d'auto-efficacité peuvent ainsi adopter deux alternatives d'actions différentes.

## 2.2.2 motivation à la protection

### 2.2.2.1 La théorie de Rogers (1975) (93) s'inspire des travaux de Rosenstock (81)

Le modèle de motivation à la protection de Rogers (1975) ne cautionne de fait plus un impact direct de la peur. Elle voit dans l'appel à la peur le groupement de trois facteurs

(nocivité, probabilité d'occurrence, efficacité de la mesure) eux-mêmes cognitivement médiés par les trois facteurs décrits par Rosenstock : respectivement l'évaluation de sévérité de la menace, de la susceptibilité d'en être impacté et la croyance dans la croyance en l'efficacité de l'action préventive.

Il s'agit cette fois d'une fonction « multiplicative » : l'interaction entre sévérité élevée, susceptibilité importante et croyance en l'efficacité de l'action préventive forte donne un produit final de motivation élevé. En revanche, si l'un des trois jugements est nul, ou bas, le produit final de motivation à la protection proche ou égal à zéro. L'évaluation se résout alors par un défaut d'intention du sujet à mettre en place la recommandation.

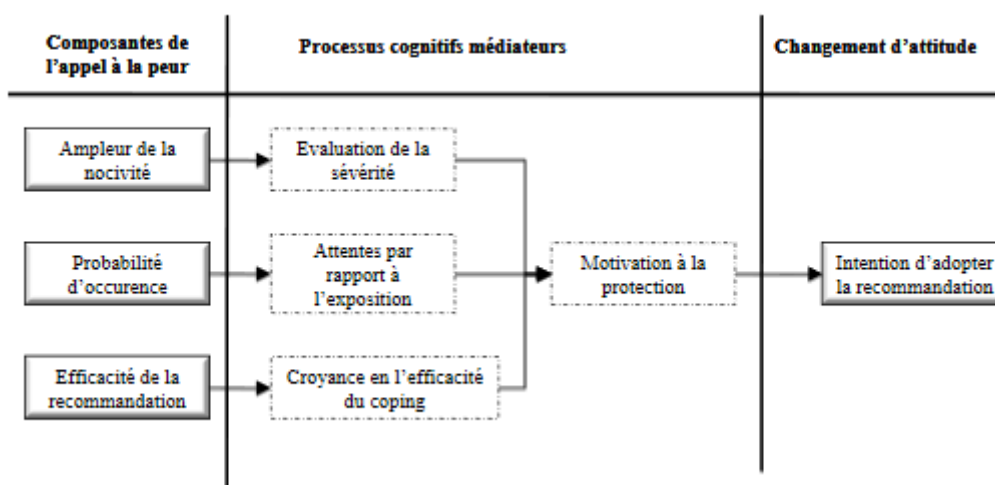


FIGURE 2.4 : Motivation à la protection (Rogers, 1975)

### Limites et validation du modèle

- La fonction multiplicative peine à trouver validation dans la littérature car l'interaction entre les jugements de probabilité et de nocivité ne permet en rien d'expliquer la motivation.
- Le modèle omet de considérer l'influence de la perception d'auto-efficacité. Rosenstock, dont la théorie guide Rogers, concède lui-même cette limitation, soulignant la nécessité d'intégrer la variable du contrôle personnel à son modèle de la croyance relative à la santé

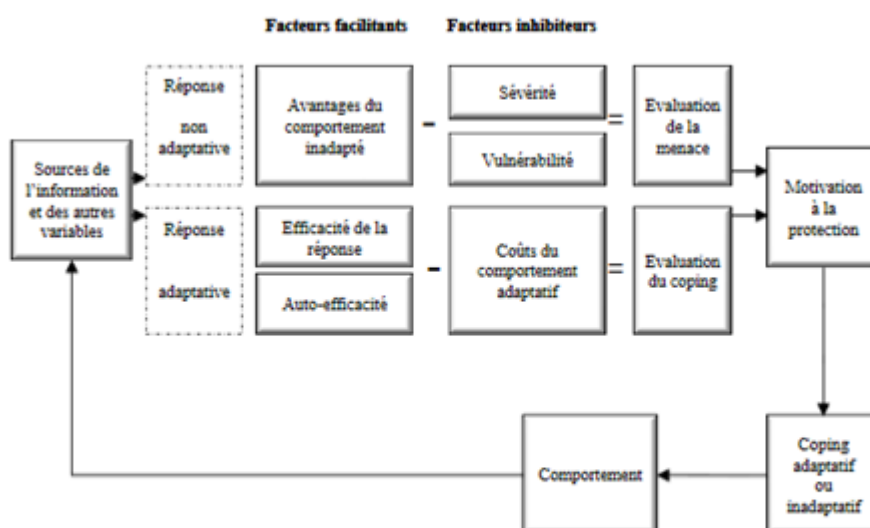
#### 2.2.2.2 La conceptualisation est donc ensuite révisée par Norman, Boer et Seydel (2005)

Rogers renonce au principe multiplicatif au profit d'une conception additive de l'influence (Boer et Seydel, 1995) (94). Pour pallier les manques du modèle de la motivation à la protection, l'auteur décide d'incorporer le sentiment d'auto-efficacité dont l'apport est directement puisé de la théorie sociocognitive de Bandura (1977) (88).

Dans cette nouvelle conceptualisation, l'individu est confronté à des facteurs qui peuvent générer une réponse adaptative ou bien au contraire inadaptative : le sujet est poussé à rejeter la réponse non pertinente (la réponse non adaptative) si l'évaluation de la menace (toujours issue des perceptions de sévérité et de vulnérabilité) est importante et si les bénéfices perçus du comportement inadapté sont faibles. Au contraire, si les bénéfices perçus de ce comportement inadapté sont élevés, ils atténuent la perception de menace et favorisent l'adoption de la conduite néfaste.

D'un autre côté, le sujet est poussé à adopter la réponse pertinente (la réponse adaptative) : il évalue ce qu'il perçoit du contrôle comportemental à disposition, c'est à dire la croyance qu'il voue à l'efficacité de l'action préventive et à sa capacité à la mettre en œuvre augmente sa probabilité d'action adaptative. Si ce contrôle comportemental est élevé, et qu'à l'inverse, sa perception des coûts et des barrières à l'action est faible, l'adoption d'une conduite adaptée est favorisée. Donc la motivation à la protection est déterminée par ces évaluations concomitantes qui elles-mêmes conditionnent la mise en place des stratégies adaptatives ou inadaptatives.

FIGURE 2.5 : Motivation à la protection, adaptée par Norman, Boer et Seydel (2005)



### Limites et validation du modèle

Les méta-analyses confèrent un modeste soutien au modèle de motivation à la protection (Sheeran et Orbell, 2000). La somme des jugements ne souligne pas le poids de leur interférence mutuelle. Or, nous savons qu'il existe par exemple une relation négative entre la sévérité et le ressenti de vulnérabilité (Desrichard (2001) (87) La principale limite résulte donc de l'aspect additif du modèle.

### 2.2.3 modèle des réponses parallèles

#### 2.2.4 Le modèle des réponses parallèles, ou parallel process model (Leventhal, 1970 ; 1971) (95)

Selon Leventhal, la menace crée une tension inconfortable qui motive l'individu à recouvrer un équilibre interne. Cette menace est évaluée via un encodeur cognitif, lequel peut générer deux types de régulations selon que la personne se sente submergée par la peur ou qu'il en transcende le ressenti :

- - Le coping focalisé sur le problème : le contrôle du danger Quand la crainte reste canalisée en deçà du seuil de tolérance de l'évaluateur, la stratégie consiste à intervenir concrètement sur le facteur qui génère la peur.
- - Le coping centré sur l'émotion : le contrôle de la peur Quand la crainte est au-dessus du seuil de tolérance, l'individu entravé par l'émotion, se retrouve démuné face au danger et ne parvient pas à produire d'action productive. Il se résout alors à mettre en place une stratégie visant à agir directement sur le ressenti de peur. Il peut s'agir d'un évitement défensif ou de mécanismes prompts à décrédibiliser le message (déli, distorsion perceptuelle). L'individu peut même alors émettre contre toute attente des conduites encore plus risquées

Une fois le coping exercé, l'encodeur cognitif procède à une réévaluation de la situation en tenant compte du feedback. En l'absence de tension, le traitement cesse d'opérer. Si la stratégie échoue à réduire pleinement l'inconfort, il subsiste une peur résiduelle et l'encodeur détermine à nouveau un coping à mettre en place. Le processus se réitère ainsi jusqu'à parvenir à une résolution entière ou tolérable de la tension.

##### 2.2.4.1 Le modèle étendu des réponses parallèles Le modèle de Witte (1992 ; 1994)(96)

La conceptualisation modélise les mêmes stratégies de contrôle générées par l'encodeur cognitif que celles décrites par Leventhal, mais affine le détail de leurs conditions prédictives d'activation. Conforme aux précédents modèles, l'individu estime la menace (donc la sévérité et la susceptibilité d'un évènement), et évalue parallèlement le contrôle (l'efficacité perçue et l'auto-efficacité)

Selon Witte (1992), la préférence pour le contrôle du danger est orientée par une évaluation d'efficacité et de menace élevée, laquelle optimise l'adhérence aux recommandations. A l'inverse, l'individu se désinvestit de l'action recommandée lorsqu'il ne l'estime pas suffisamment efficace pour faire face au danger. Il privilégie alors un contrôle de la peur, recourant à des stratégies de régulation défensives. Les messages de persuasion induisant une peur insurmontable sont en ce sens contreproductifs.

#### Limites et validation du modèle

Le modèle étendu des réponses parallèles reste encore de nos jours un pilier majeur des appels à la peur. La menace n'influence en fine que la quantification de l'intention. Elle peut laisser de marbre, motiver ou encore augmenter le sentiment d'impuissance du

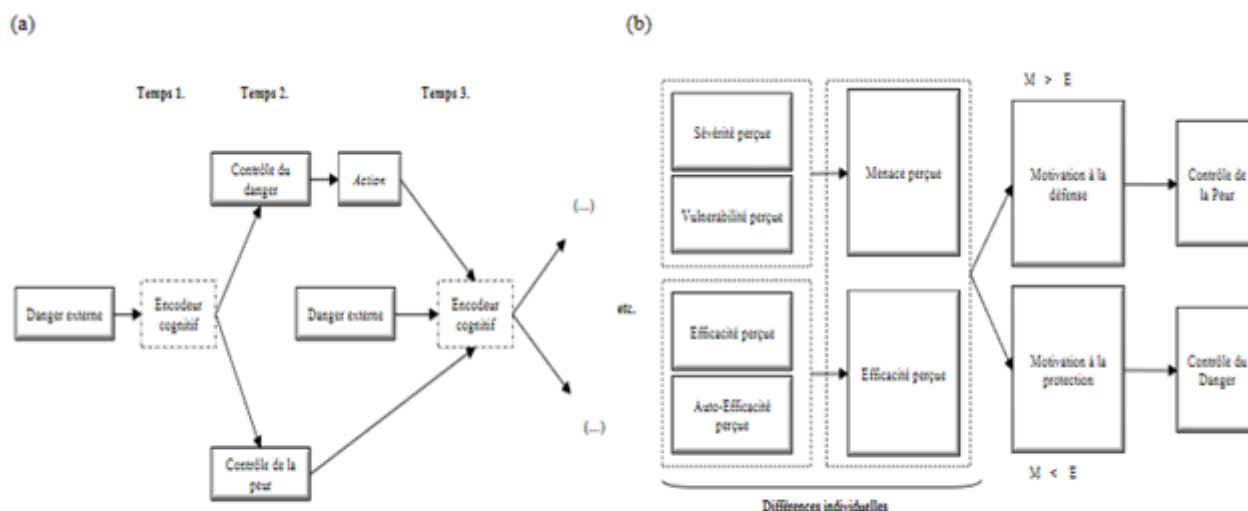


FIGURE 2.6 : 3a) Modèle des réponses parallèles (Leventhal, 1971), b) Modèle étendu des réponses parallèles (Witte, 1992)

sujet. Mais la menace n'explique pas suffisamment l'acte : ce dernier requière la coaction de médiateurs.

Le modèle étendu des processus parallèles articule pertinemment l'apport du modèle de protection à la motivation, précisant le rôle du contrôle comportemental et personnel perçu. Les recherches prouvent une fois encore la validité de la théorie intégrative. Elles montrent que la combinaison la plus prédictive de l'adhérence associe une perception de menace élevée avec une croyance importante dans l'efficacité de la recommandation et dans le sentiment d'auto-efficacité.

## 2.3 Perspectives temporelle de l'autorégulation

La temporalité des attentes impacte fortement la motivation d'un individu à mettre en œuvre le comportement.

### 2.3.1 1 La théorie temporelle de l'autorégulation ou temporal self-regulation theory (Hall et Fong, 2007)(97)

Cette théorie prend acte de la faculté de projection des individus.

#### 2.3.1.1 Le poids de l'orientation temporelle

La mise en œuvre du comportement dépend de la capacité d'autorégulation dont il dispose et de ce que l'évaluateur perçoit de sa contingence temporelle

#### La capacité d'autorégulation



Le concept s'inspire des neurosciences, décrivant la cohabitation dans notre cerveau de deux systèmes primitifs de protection :

- D'un côté, le cortex préfrontal : le siège de la prise de décision rationnelle et réfléchie (fonction d'anticipation, de projection et de planification à long terme) Son exécution requiert un niveau élevé d'élaboration.
- De l'autre, le système limbique : le siège des émotions et de l'urgence. Son exécution requiert des mécanismes automatiques et relève de l'instinct.

Confronté à une émotion, l'organisme se défend de manière impulsive : il privilégie la voie limbique, plus optimale et réactive, ce puisque gérée par des automatismes. Lorsque les conditions s'y prêtent et qu'elle arrive à tenir une distance affective avec la situation, l'entité peut alors recourir au lobe préfrontal pour réguler son stress. Il s'agit de la capacité d'autorégulation.

Pour Hall et Fong (2007 ; 2010) le contrôle (L'auto-efficacité et le contrôle perçu) s'établit via la capacité d'autorégulation. Laquelle permet à l'individu de faire fi des contingences proximales (coût de la recommandation, bénéfiques de la conduite néfaste), faisant le deuil d'un certain confort en gage d'un bien-être futur (évitement du risque, gain de ressources).

### Les contingences temporelles

Les individus établissent leurs buts en fonction de leur rapport au temps, certains étant plus à même d'envisager des buts apportant des bénéfices sur le long terme, d'autres recherchant plutôt des bénéfices à court terme. Pour Zimbardo et Boyd (1999 (98)), les individus peuvent être catégorisés en cinq catégories selon leur rapport au temps :

**centrations passées négatives** individus ayant vécu un traumatisme, éprouvant remords ou dégoût du passé

**centrations passées positives** individus nostalgiques d'une époque aujourd'hui révolue

**centrations présentes fatalistes** individus pour qui les actions présentes ne revêtent aucune incidence sur les conséquences futures. Les événements sont animés par des forces supérieures contre lesquelles la personne s'estime impuissante. Ils peinent à croire en l'efficacité de la recommandation et en leur propre efficacité à exercer un pouvoir sur les contingences futures

**centrations présentes hédonistes** valorisent la jouissance immédiate et l'absence de contrainte.

**centration sur une temporalité future** les individus se tiennent disposés à concéder quelques contraintes immédiates, cela dans l'optique de gains à venir ou pour éviter des préjudices futurs. Cette position les rend ainsi particulièrement adhérents aux recommandations de santé

### 2.3.1.2 Habitudes et actes passés : la prépondérance comportementale

La prépondérance comportementale est sous-tendue par des automatismes. La probabilité de réitération d'une action est d'autant plus élevée que son auteur s'attend à ce qu'elle produise les mêmes résultats qu'auparavant. Se confronter à une situation similaire (inchangée) dispense l'individu d'un traitement fastidieux. La prépondérance comportementale (habitudes, engagements passés) se trouve naturellement tributaire de l'existence d'un contexte stable.

A l'inverse, un contexte instable (sollicitations nouvelles, première confrontation) ne permet pas l'expression des habitudes. Dans un tel cas de figure la prépondérance comportementale n'a plus lieu d'exister, et l'individu mettra en œuvre ses capacités d'auto-régulation.

### 2.3.1.3 La planification de l'intention = l'implémentation

Une solution pour corriger les habitudes néfastes consiste à implémenter l'intention, autrement dit à la circonstancier.

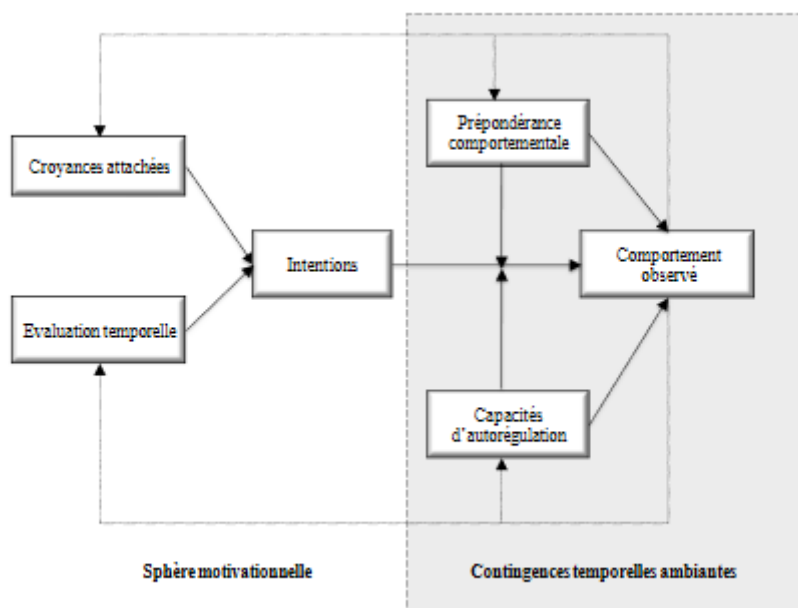


FIGURE 2.7 : Théorie temporelle de l'autorégulation (Hall et Fong, 2007)

# Chapitre 3

## Travaux ayant servi de référence au sujet des interactions entre vaccination et dépistage

De nombreuses études ont tenté de démêler les interactions complexes entre la vaccination et le dépistage, afin d'essayer de déterminer le comportement des femmes par rapport au dépistage, à la fois en tant qu'individus et en tant que mères de filles.

### 3.1 Effet « Mères sur mères »

Certaines de ces études ont recherché un impact positif entre la vaccination et les intentions futures de dépistage chez ces mêmes personnes vaccinées, et ont donc été menées à partir de l'hypothèse que la sensibilisation à la prévention était plus importante chez les filles vaccinées et donc que ces dernières seraient plus susceptibles de réaliser des dépistages réguliers. (Steens et Al : Pays Bas, 2013 (99), Ebhohimhen et Al, Ecosse, 2010 (100), Palmer et Al : Ecosse, 2016 (101), Herweijer et Al, Suède, 2015 (102), Beer et Al, Royaume uni, 2013 (103), Sauer et Al, USA, 2015 (104))

Dans ces six études, la vaccination contre le HPV était positivement corrélée au recours au dépistage cervical, par rapport aux cohortes non vaccinées, et ce de façon statistiquement significative. Les auteurs reconnaissent souvent la même faiblesse, ces études devront être répétées à un stade ultérieur :

- Soit parce que les projections de dépistage futur ont été établies à partir de modèles se basant sur d'autres paramètres que la participation au dépistage par les femmes vaccinées, (et en se basant par exemple sur le statut maternel vis-à-vis du dépistage, (Steens et Al : Pays Bas, 2013 (99)), ces dernières n'étant pas encore concernées par les recommandations de dépistage au moment de l'étude
- Soit parce que les cohortes étudiées n'étaient pas représentatives de la population vaccinée actuellement, car souvent vaccinées à un âge plus avancé que celui préconisé par les recommandations actuelles, entraînant obligatoirement un biais surestimant la compréhension des enjeux. (Herweijer et Al, Suède, 2015 (102))

Dans tous les cas, tous les auteurs soulèvent l'importance de surveiller la future fréquentation du dépistage par FCV des femmes vaccinées ces dernières années.

De même, dans toutes les études, l'association globale semblait principalement motivée par le statut socio-économique plus élevé de ceux qui ont été vaccinés

D'autres études, au contraire, ont recherché si l'impact pouvait être négatif, et redoutaient que la vaccination contre le HPV soit associée à une réduction de la fréquentation du dépistage (Henderson et Al : Royaume uni, 2011 (105), Budd et Al : Australie, 2014 (106))

Dans la première des deux, qualitative, les résultats suggéraient qu'il y avait un manque de compréhension chez les parents et les filles sur le fait que le dépistage cervical serait nécessaire indépendamment du statut vaccinal, et certaines décisions parentales d'accepter le vaccin ont été prises sur le malentendu que la vaccination fournirait une protection complète contre le cancer du col de l'utérus.

Dans la seconde, une étude quantitative menée par analyse transversale à partir des données des registres de cytologie cervicale et de vaccination nationale contre le HPV, les résultats suggèrent donc que les femmes vaccinées subissent un dépistage à des taux inférieurs aux femmes non vaccinées en Australie.

Enfin d'autres ont indifféremment recherché les facteurs limitants et favorisants pour le dépistage après la vaccination (Voisin Gallais et Le Goff : France, 2016 (107))

### **3.2 Effet « Mère sur fille »**

Ces études évaluent cette fois ci si les filles des mères réalisant des dépistages réguliers sont plus susceptibles de recevoir la vaccination (Chao et Al, Californie, 2009 (108), Markovitz et Al : Michigan, 2011 (109), Monnat et Al : USA, 2012 (110), Lefevre et Al : Belgique 2011 (111), Lutringer et Al : France, Rhône Alpes, 2013 (112), Egawa Takata et Al : Japon, 2016 (113))

Dans les six études, les filles de mères ayant subi un dépistage récent avaient été vaccinées contre le HPV plus souvent que celles de mères sans dépistage récent

Il est intéressant de noter que par rapport aux mères qui n'ont pas subi de dépistage, les mères qui en avaient subi avaient plus de connaissances sur le cancer du col de l'utérus et son dépistage (Egawa Takata et Al : Japon, 2016 (113)) , et étaient aussi plus sensibles aux mesures préventives d'une manière générale (Markovitz et Al : Michigan, 2011 (109)), ce qui peut expliquer en partie pourquoi leurs filles étaient plus vaccinées

### **3.3 Effet « fille sur mère »**

Peu d'études ont tenté d'évaluer si l'invitation à la vaccination des filles entraîne une réévaluation des intentions de dépistage chez leurs mères.

### 3.3.1 Spencer et Al : Royaume Uni, 2015 : quantitatif (114)

Cette étude quantitative a examiné de façon comparative deux groupes de femmes en âge de participer au dépistage par FCV considérées comme sous dépistées. Dans un des deux groupes, les femmes étaient des mères de filles qui se sont fait vacciner contre le HPV entre 2008 et 2010 dans le cadre du programme de vaccination, dans l'autre les femmes n'avaient pas de filles éligibles à la vaccination.

Le retour au dépistage était légèrement plus fréquent chez les mères dont les filles avaient été invitées à la vaccination que dans le groupe de comparaison : (OR) 1,04 (intervalles de confiance à 95% 1,021,07) pour les sous dépistées et 1,57 (1,481,67) pour les non dépistées.

La certes modeste augmentation de la fréquentation du dépistage indique tout de même que le programme de vaccination contre le HPV a le potentiel d'augmenter le taux de dépistage chez les mères

### 3.3.2 Spencer et Al : Royaume uni, 2015 (115)

Cette étude qualitative avait pour objectif d'étudier ce que les mères apprennent sur la prévention du cancer du col de l'utérus à partir de la documentation sur les vaccins de leurs filles et si la vaccination des filles influence la motivation des mères pour le dépistage du col de l'utérus.

La population étudiée était les mères des filles de 12 à 13 ans éligibles à la vaccination au cours de l'année scolaire 2010/2011, et le recueil des données avait été effectué en deux temps, et systématiquement après que la fille ait reçu une première dose de vaccin :

- tout d'abord un questionnaire recueillait : les antécédents de dépistage de la mère, son consentement à la vaccination contre le HPV et enfin les futures intentions de dépistage. Cela permettait de constituer deux groupes : changement dans les intentions de dépistage futur et pas de changement. (606 femmes ont répondu au questionnaire)
- puis un entretien semi-structuré évaluait les opinions des femmes qui ont indiqué et n'ont pas indiqué un changement dans les intentions de dépistage futur suite à un contact avec le programme de vaccination (23 femmes ont accepté de participer)

A l'issue de l'entrevue, les 23 femmes ayant participé ont été classées en 3 catégories :

- Pas de changement : ont toujours assisté à un dépistage du col utérin dans le passé et ont l'intention de continuer à l'avenir. (n=11)
- Changement positif : Avoir déjà abandonné le dépistage avec intentions exprimées d'assister plus fréquemment à l'avenir (n=10)
- Pas de changement : ont déjà abandonné le dépistage mais ne voient pas leur comportement de dépistage changer à l'avenir (n=2)

L'analyse s'est concentrée sur une comparaison des trois groupes de changement pour comprendre comment les attitudes avaient changé. La théorie du comportement planifié a servi de cadre.

Les résultats montrent que les mères qui ont déclaré une intention de changement de comportement positif ont reconnu le risque de cancer du col pour leurs filles, avec la nécessité d'un dépistage futur, et surtout l'importance de leur propre exemple. Ainsi l'invitation à la vaccination HPV chez la fille pouvait enclencher une réévaluation des intentions de dépistage chez les mères sous dépistées.

### **3.3.3 Venturelli et Al : Italie, 2017 (116)**

Etude quantitative qui avait pour objectif secondaire, d'évaluer l'effet de la campagne de vaccination contre le HPV ayant débuté en 2008 par invitation systématique des filles sur la participation au dépistage du cancer du col utérin par les mères, par comparaison aux mères de filles ayant elles été vaccinées de façon opportuniste avant le début de la campagne vaccinale.

Les mères sous-dépistées de la cohorte invitée ont montré une probabilité plus élevée de recevoir un FCV après la vaccination de leurs filles (RR 1,27 IC à 95% 1,04-1,56) par rapport aux mères dont les filles n'y avaient pas été invitées.

L'invitation active à la vaccination des filles est donc un meilleur levier que la vaccination opportuniste afin d'améliorer la couverture de dépistage des mères

# Chapitre 4

## Problématiques et objectifs de la thèse

### 4.1 Justification de la recherche et rappel des objectifs

En France, le cancer du col de l'utérus est le 12<sup>ème</sup> cancer féminin le plus fréquent. En 2018, le nombre de nouveaux diagnostics CCU était estimé à 2 920 et le nombre de décès à 1 117. Comme nous l'avons vu précédemment, si la diminution de l'incidence et de la mortalité observée depuis plusieurs décennies se poursuit, le rythme de cette diminution est décroissant. Depuis l'arrêté du 4 mai 2018, le PNDO en cours de déploiement sur l'ensemble du territoire, action phares du Plan Cancer 2014-2019, a pour objectif d'augmenter la couverture du dépistage pour atteindre 80%. Car si le dépistage du cancer du col de l'utérus est largement répandu en France, sa couverture apparaît insuffisante, avec un taux de couverture du dépistage triennal de 59% pour la période 2015-2017, bien inférieure aux objectifs fixés par le plan cancer.

Les analyses d'incidence par âge et cohorte de naissance indiquent que le ralentissement de la baisse de l'incidence est probablement dû à une augmentation de l'exposition aux HPV-HR, résultant de modifications dans les comportements sexuels(117). Les données suggèrent que l'impact de l'augmentation de la transmission du HPV-HR sur l'incidence et la mortalité du CCU a été contrebalancée par l'effet du dépistage mais que cet effet s'essouffle et qu'il existe un risque d'inversion des tendances (22). Cette insuffisance de dépistage, de surcroît dans un contexte de couverture vaccinale largement insuffisante (La France est l'un des pays occidentaux avec la plus faible couverture vaccinale) représente donc à un réel problème de santé publique.

Il existe de multiples raisons pour lesquelles les femmes ne se présentent pas au dépistage du col de l'utérus, la mauvaise connaissance de l'objectif du dépistage et de la cause du cancer en font partie, comme le suggèrent de nombreuses études. Pourtant, les femmes sont désormais plus susceptibles qu'auparavant d'entrer en contact avec des informations sur le rôle du HPV dans le cancer du col de l'utérus, compte tenu des nouvelles modalités de dépistage (intégration aux recommandations de la recherche des HPV-HR) offrant une opportunité de transfert d'informations pour les femmes éligibles. Par ailleurs, avec la vaccination HPV des filles, des informations sur le virus, son mode de transmission et son

lien avec le cancer du col de l'utérus sont généralement fournies, afin que les parents et les filles puissent ensemble prendre une décision éclairée.

Comme nous l'avons vu précédemment, des recherches ont suggéré que les antécédents de dépistage du col de l'utérus influencent la décision de vacciner les filles, les femmes dépistées étant plus susceptibles d'avoir des filles vaccinées.

Nous suggérons donc que les informations fournies dans le cadre de la vaccination des filles, qui bien qu'opportuniste est recommandée en France, pourraient, à leur tour, servir de rappel aux mères pour le dépistage.

Nous avons également précédemment vu qu'une étude quantitative menée au Royaume Uni en 2015 avait bien mis en évidence un taux de retour au dépistage significativement plus élevé au cours de l'année de vaccination pour les mères dont les filles avaient été invitées à la vaccination que dans le groupe de comparaison (femmes qui n'avaient pas de filles éligibles à la vaccination). Cette certes modeste augmentation de la fréquentation du dépistage suggérait tout de même que le programme de vaccination contre le HPV avait le potentiel d'augmenter le taux de dépistage chez les mères. Les informations associées au programme de vaccination étaient selon cette étude un facteur possible, mais d'autres influences pouvaient également avoir incité les femmes à décider de reprendre le programme de dépistage du col de l'utérus.

Une autre étude britannique menée en 2016 par les mêmes auteurs, a souhaité explorer cette hypothèse à l'aide d'une étude qualitative : la participation d'une fille au programme de vaccination contre le HPV semblait bien entraîner une réévaluation des motivations du dépistage du col utérin pour certaines mères. Cette étude est la seule dans son genre, et par conséquent aucune étude en France, à ce jour, n'a étudié le ressenti des mères dont les filles sont invitées à se faire vacciner contre le papillomavirus humain, et la capacité de ces invitations à la vaccination pour leurs filles, à modifier leurs propres intentions de dépistage. Il semble donc très intéressant d'étudier ce potentiel levier dans le but d'améliorer le taux de couverture du dépistage.

Le but de cette étude qualitative est donc d'étudier comment la vaccination des filles influence la motivation des mères pour le dépistage du col de l'utérus. L'étude est aussi l'occasion de comprendre ce que les mères apprennent sur le CCU et les outils de prévention, entre autres les objectifs de la vaccination, et les nouvelles modalités de dépistage par test HPV. L'étude des connaissances acquises par les mères constitue donc notre objectif secondaire.

## **4.2 Justification des modèles théoriques utilisés pour l'analyse**

Il est nécessaire d'insister sur le fait que l'étude s'est concentrée sur l'aspect motivationnel des mères vis à vis du comportement (dépistage du col utérin), et non pas sur la réalisation de l'acte lui-même. Etant donné que la mise en œuvre d'un comportement, après formulation de l'intention, sera d'autant plus probable que la motivation est forte, l'étude des paramètres influençant cette motivation est pertinente.



Il s'agissait de s'aider, pour l'analyse des résultats, d'un modèle explicatif de l'adhérence trouvant validation dans la littérature. L'étude de la validité des modèles sociocognitifs classiques (modèle de la croyance relative à la santé, théorie du comportement planifié, Théorie sociocognitive de Bandura) montre qu'il n'existe que peu de corrélation entre l'intention formulée et la réalisation de l'acte lui-même.

Les modèles d'appel à la peur ne sont que partiellement adaptés à l'étude. En effet, si la peur reste un déclencheur motivationnel implicite pour les thématiques par essence anxiogènes comme le dépistage du cancer, ces modèles posent le problème du manque de stabilité. Éloignés du contexte d'inoculation de l'information, les sujets ne sont plus en contact avec les indices motivateurs. Leur jugement s'en trouve de moins en moins impacté (effet d'assoupissement). L'approche permet donc à notre sens de bien saisir l'incidence représentationnelle du cancer, mais la dimension temporelle reste à appréhender.

La théorie temporelle de l'autorégulation (Hall et Fong), prend acte de la faculté de projection des individus dans le temps, tout en considérant le poids des routines et habitudes passées comme autant de déterminants des comportements futurs. Par ailleurs elle reprend les apports des précédents modèles tels que la perception de contrôle (auto efficacité et contrôle perçu) (Bandura) ou la boucle de rétroaction (Leventhal). Il était donc justifié de s'inspirer de cette théorie pour l'interprétation des résultats.

Deuxième partie  
Matériel et Méthodes

# Chapitre 5

## Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative menée en entretiens semi dirigés.

# Chapitre 6

## Population étudiée

### 6.1 Critères d'inclusion

La population interrogée était constituée de femmes dont les filles avaient bénéficié d'une première prescription du vaccin dans les six mois précédant l'entretien (durée correspondant au à l'étalement dans le temps des différentes injections selon le schéma le plus court recommandé), ou dont les filles ont déjà reçu au moins une dose (et donc considérées comme ayant eu accès à une information concernant l'intérêt de la vaccination)

- Ces femmes devaient avoir entre 25 et 65 ans car elles devaient être concernées par les recommandations de dépistage.
- Ces femmes devaient résider au sein de la MACS (communauté de commune Marenne Adour Côte-Sud - Landes)
- Elles devaient être francophones et avoir donné leur accord pour participer à l'étude.

### 6.2 Critères d'exclusion

Les patientes âgées de moins de 25 et de plus de 65 ans étaient exclues car ne répondant pas aux recommandations de dépistages et ayant donc un suivi au cas-par-cas.

### 6.3 Echantillon

La variabilité de l'échantillon étudié a été recherchée en termes : de catégorie socioprofessionnelle, de situation familiale. En toute logique au vu des critères d'inclusion, la variabilité de l'âge n'a pas été recherchée. La représentativité statistique de l'échantillon n'était pas recherchée.

# Chapitre 7

## Recueil des données

### 7.1 Guide d'entretien

Après une lecture de la littérature internationale des corrélations possibles entre vaccination contre le HPV et dépistage du CCU, une première version du guide d'entretien a été rédigée puis testée. Le guide d'entretien a été ensuite remanié afin d'adapter les questions semblant mal comprises ou n'apportant pas d'hypothèse à notre questionnement. Le guide d'entretien final a été ainsi élaboré et l'utilisation de ce dernier dans sa dernière version a débuté dès le 4ème entretien (annexe 1).

Après recueil des données sociodémographiques concernant la patiente et sa fille, le guide d'entretien était axé sur cinq grandes questions ouvertes :

- Une première question d'ouverture, explorant comment la décision de vaccination pour la fille avait été prise
- Un premier ensemble de questions au sujet du suivi gynécologique de la patiente
- Un deuxième ensemble de questions abordant, si cela n'avait pas été abordé précédemment, les facteurs facilitateurs pour la réalisation du FCU et donc la motivation de la patiente à réaliser cet examen
- Un troisième ensemble de questions au sujet du lien fait par la patiente entre vaccination contre le HPV et dépistage du CCU
- Une question de clôture, centrée sur la sensation d'acquisition de connaissances par la patiente au sujet du CCU à l'occasion du projet de vaccination de leur fille, les invitant à faire des suggestions.

### 7.2 Recrutement

Le recrutement des patientes était effectué de trois manières :

- Via les pharmacies dans lesquelles se rendaient les patientes pour se procurer le vaccin pour leurs filles. Un descriptif de l'étude à l'attention des pharmaciens ainsi qu'une fiche à destination des patientes (Annexes 2 et 3) étaient remis aux pharmaciens ayant répondu favorablement à la proposition de participer au recrutement. Les pharmaciens étaient à même de pouvoir renseigner les patientes sur l'étude dans

un premier temps. Les patientes recontactaient la chercheuse d'elles-mêmes par téléphone afin qu'elle puisse leur présenter l'étude plus en détail, et répondre à leurs éventuelles questions avant de fixer un rendez-vous.

- Via deux cabinets de médecine générale, où de la même façon les médecins généralistes étaient invités à parler de l'étude à leurs patientes qui répondaient aux critères d'inclusion. Lorsque les mères donnaient leur accord, leurs numéros de téléphone étaient fournis à la chercheuse qui entrait à son tour en contact avec la patiente, pour encore une fois répondre à leurs éventuelles questions avant de fixer un rendez-vous.
- L'effet « boule de neige » était utilisé chez les patientes : chaque patiente recrutée était, à son tour, invitée à parler de l'étude dans son entourage afin de recruter de nouvelles patientes.

Le nombre exact de patientes à recruter n'était pas été fixé à l'avance, mais était déterminé par l'obtention de la saturation des données.

### 7.3 Enregistrement

Chaque patiente était reçue en entretien individuel selon ses disponibilités d'horaires et ses possibilités de déplacement. Les entretiens présentiels étaient proposés systématiquement en premier lieu et la plupart du temps acceptés de bon gré par les patientes (à son domicile, au cabinet médical de Seignosse). Celles qui ne pouvaient ou ne souhaitaient pas ont accordé à la chercheuse un entretien téléphonique.

La plupart des entretiens se sont déroulés à huis-clos entre la patiente et la chercheuse, sauf pour deux mères qui ont souhaité que leurs filles soient présentes. Dans ce cas-là, elles étaient prévenues que les filles n'étaient pas invitées à réagir et qu'aucune donnée ne serait extraite de leurs éventuelles interventions pour l'étude.

Avant chaque enregistrement, la patiente était une nouvelle fois informée du déroulement de l'entretien, des conditions d'enregistrement et de la garantie de son anonymat. Elle était ensuite invitée à signer un formulaire de consentement en double exemplaire : l'un pour la patiente, l'autre pour l'investigateur (Annexe 4).

Les entretiens étaient enregistrés via une application dictaphone pour smartphone. Ils étaient ensuite rendus anonymes.

# Chapitre 8

## Analyse des résultats

### 8.1 Retranscription

Les enregistrements étaient retranscrits manuellement sur Word dans leur intégralité (mot à mot), de manière à respecter l'expression des patientes. L'utilisation du logiciel de retranscription Otranscribe permettait l'utilisation du ralentisseur de la vitesse de lecture ou l'arrêt régulier de l'enregistrement lorsque cela était nécessaire, afin de rester le plus fidèle possible dans la transcription.

Le maximum de nuances étaient soulignées par les didascalies, précisant si dit avec conviction, ironie, indignation, colère, ou encore hésitation, et le non verbal était également retranscrit : rire, soupires, pauses, silences ; indiqué entre parenthèses dans le texte.

Afin de préserver l'anonymat des patientes, ni leur nom, ni celui des filles, ni celui de leur médecin n'était cité lors de la retranscription des données : les noms des patientes n'étaient jamais mentionnés une fois l'enregistrement commencé, et lorsque ces dernières mentionnaient le nom d'un médecin, ou de leurs filles, ce dernier était remplacé par l'appréciation employée par la patiente (Docteur, Madame, Monsieur), suivi de la lettre X.

### 8.2 Codage

L'analyse commençait par codage descriptif. Chaque citation significative exprimée par la patiente s'était vue classée dans une catégorie à laquelle était attribué un code, représentant l'idée qu'elle véhiculait. Une même expression pouvait exprimer plusieurs idées et s'était donc vu attribuer plusieurs codes. Pareillement, une même idée (donc, une même catégorie, ou même code) pouvait être exprimée différemment selon les patientes. Ensuite était réalisé un codage axial : les catégories étaient ensuite regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées selon la particularité de l'idée émise, afin de les organiser. Ce travail de codage a été réalisé à l'aide du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo

De cette analyse descriptive résultait à la fin un arbre de concepts, qui représentait les résultats du travail. Les différents codes étaient également répertoriés dans des tableaux d'occurrence (Annexes 6) faisant ainsi l'objet d'une synthèse quantifiant leur fréquence dans la population étudiée.

Suivait une analyse interprétative des données, placée dans la discussion, enrichie d'une comparaison des données existantes dans la littérature et pouvant aboutir à la formulation d'hypothèses induites et / ou de recommandations éventuelles.



# Chapitre 9

## Mentions légales

Une déclaration de conformité aux méthodologies de référence a été transmise au Comité National Informatique et Liberté (CNIL), qui a accusé réception de cette déclaration. (Annexe 5)

# Troisième partie

## Résultats

# Chapitre 10

## Données générales des entretiens

### 10.1 Caractéristique des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre février 2021 et avril 2021.

La durée des entretiens était en moyenne de 31 minutes (De 20 à 43 minutes). Onze entretiens ont été réalisés. La suffisance théorique a été obtenue au neuvième entretien. Deux entretiens de sécurité ont été menés par la suite pour s'assurer de la saturation des données.

La trame d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens, la dernière version a été utilisée à partir du quatrième entretien.

### 10.2 Caractéristiques des patientes

Les caractéristiques sociodémographiques des patientes et de leurs filles sont résumées dans le tableau 10.1

caractéristiques de la mère			caractéristiques de la fille				caractéristiques de l'entretien	
âge	situation familiale	profession	lieu de vie	vaccin/ doses	âge début	vaccination	recrutement	mode de recueil
M1	42 ans mariée/ 1 fille, 1 fils	Aide-soignante	Capbreton	Gardasil9 x2	14 ans		Pharmacie 1	face à face, domicile
M2	42 ans séparée/ 1 fille, 1 fils	Esthéticienne	Capbreton	Gardasil9 x3	15 ans		Cabinet 1	Téléphone
M3	40 ans mariée/ 2 filles	Artisan, autoentrepreneur	Saubion	Gardasil9 X1 / fille	12 ans et 14 ans		Cabinet 1	face à face, domicile
M4	47 ans pacée/ 1 fille, 1 fils	Employée de stock	Saubion	Gardasil9 x3	18 ans		Cabinet 2	face à face, cabinet
M5	48 ans mariée/ 1 fille, 1 fils	Professeur d'anglais	Seignosse	Gardasil9 x3	16 ans		Cabinet 2	face à face, cabinet
M6	51 ans mariée/ 2 filles	Adjoint d'animation	Benesse Marenne	Gardasil9 x3	14 ans		Cabinet 2	face à face, domicile
M7	56 ans mariée/ 1 fille, 2 fils	Agent de support informatique	Tosse	Gardasil9 x2	15 ans		Parmacie 2	face à face, domicile
M8	41 ans mariée/ 2 filles, 1 fils	Enseignante	St Vincent de Tyrosse	Gardasil9 x3	15 ans		Cabinet 2	Téléphone
M9	55 ans union libre/ 1 fille, 1 fils	Programmeur informatique	Tosse	Gardasil9 x1	14 ans		Cabinet 2	Téléphone
M10	43 ans mariée/ 1 fille, 1 fils	Professeur d'anglais	Seignosse	Gardasil9 x2	15 ans		Cabinet 2	face à face, domicile
M11	43 ans mariée/ 2 filles	Préparatrice en pharmacie	Tosse	Gardasil9 x2	13 ans		Effet boule de neige	face à face, domicile

TABLE 10.1 : données sociodémographiques de la population de l'étude

# Chapitre 11

## Résultats du codage thématique

L'analyse a retrouvé 124 codes pertinents par rapport à l'objectif de l'étude, regroupés en quarante sous catégories, et onze catégories. Les tableaux d'occurrence sont présentés en annexe (Annexes 6).

### 11.1 Connaissances théoriques des mères

#### 11.1.1 La source de l'information

Le professionnel de santé était la source la plus souvent représentée, qu'il s'agisse du médecin généraliste « *oui, ben en fait mon médecin nous avait expliqué* » (M1), « *Jusqu'à la consultation avec le médecin traitant, et la praticienne nous a informé* » (M10), « *moi c'est le Dr X (médecin traitant), qui m'en avait parlé* » (M6), de la sage-femme « *j'en ai alors discuté avec ma sage-femme* » (M3), le gynécologue « *grâce à mon propre suivi et à ce que m'a appris la gynécologue.* » (M6), ou encore le pédiatre « *il y avait un pédiatre qui m'en avait parlé* » (M8). Les discussions avec les proches notamment avec les autres mamans de filles en âge de recevoir le vaccin contre le HPV arrivaient ensuite « *moi c'est des mamans qui ont eu des filles de 15 ou 16 ans qui me l'ont dit* » (M9), « *j'ai une amie qui est pharmacienne, une qui est vétérinaire, elles m'ont dit "moi j'ai fait vacciner mes filles, est ce que tu l'as fait?", et c'est à ce moment-là où on a commencé à en discuter* » (M3). Les amies ou membres de la famille ayant elles-mêmes un antécédent de lésion du col utérin ont également été un canal d'information pour certaines « *j'ai beaucoup discuté avec ma cousine et copine aussi de Seignosse qui a eu ça* » (M5) La place des médias était également très importante : la télévision « *j'en avais entendu parler à la télé dans des émissions comme les émissions de la santé sur France 5* » (M2), « *j'ai regardé une émission "tous à nu" sur TF1, et là une gynécologue a expliqué que ça concernait le papillomavirus* » (M1), comme la presse « *j'avais appris dans la presse car je m'intéresse un peu* » (M8), « *on regarde les magazines* » (M6) . Certaines ont recherché des précisions sur internet « *je suis allée voir sur internet pourquoi il serait plus efficace avant rapport sexuel qu'après* » (M1) En revanche, une seule femme avait eu accès à des dépliants d'information, auquel elle a avoué avoir prêté peu d'attention « *on avait eu un petit dépliant qu'on a dû prendre, mais c'est pas ça qui a marqué mon esprit.* » (M6) Plusieurs mères ont enfin rapporté que l'information leur était parvenue dans un premier temps de la bouche de leur fille : « *j'ai été agréablement surprise, je ne le savais pas, c'est ma fille dernièrement qui me l'a dit, ils en parlent en troisième* » (M9), « *Ma grande fille qui a 14 ans a toutes ses copines qui disent "ah, maman, t'as vu ma copine elle s'est fait*

*vacciner, c'est quoi? " et du coup on a commencé à parler » (M3).*

## 11.1.2 Le contenu du message

### 11.1.2.1 Connaissances au sujet de la vaccination

Pour toutes les patientes, l'objectif était clairement défini comme la prévention du cancer du col de l'utérus : *« elle avait eu un premier vaccin pour le cancer de l'utérus en prévention » (M1), « il protège plus ou moins du cancer du col de l'utérus » (M3), « pour éviter des cancers de l'utérus plus tard » (M9).* Certaines ont également évoqué une protection contre les IST *« également ça pouvait éviter les ... maladies transmissibles par un rapport, les maladies sexuellement transmissibles » (M9).*

Les femmes pour lesquelles le lien entre papillomavirus et cancer était clair : *« le papillomavirus je sais que c'est transmissible facilement, c'est un MST en fait. Donc quand j'ai vu un peu la façon dont on pouvait l'attraper et ce que ça pouvait engendrer, j'ai vu qu'on pouvait avoir un cancer du col de l'utérus, je me suis dit : bon ben il y a un vaccin » (M2), « Je pense que c'est un virus qui doit se poser au niveau du col, et qui après provoque une dégénérescence cellulaire quelque part » (M7), « le virus transforme les cellules, qui deviennent en fait mauvaises, et si on ne traite pas du tout après coup elles se transforment en cellules cancéreuses » (M8), savaient exprimer que le vaccin ciblait le HPV : « je lui ai expliqué que le vaccin c'était contre un virus qui pouvait le provoquer -je lui ai expliqué ce qu'était un col de l'utérus » (M7) « il y a beaucoup de papillomavirus, apparemment c'est vraiment varié il y a des types, mais je crois que ça en couvre plusieurs aussi, ça n'en couvre pas qu'un » (M8)*

D'autres, qui savaient que le HPV pouvait entraîner un cancer, n'était pas certaines que le virus soit pour autant systématiquement en cause : *« Un cancer de l'utérus peut avoir pour cause le papillomavirus, mais je ne sais pas si il peut avoir une autre cause ou pas. Donc le lien n'est pas si évident pour moi » (M10), « ça peut être la cause. Mais ce ne serait pas l'unique cause. Ça peut être entraîné par autre chose » (M11),* exprimaient aussi que le HPV était la cible du vaccin, mais conféraient de ce fait au vaccin une efficacité probablement plus limitée : *« Cette vaccination, vous en connaissez les objectifs? -alors oui : prévenir certains cancers de l'utérus d'une infection par le papillomavirus » (M10) « je pense que c'est un vaccin qui risque d'évoluer » (M11)*

Certains savaient que le cancer pouvait être provoqué par des virus *« Enfin je crois qu'il peut arriver suite à des maladies, suite à des virus » (M3)* ou par des infections en général *« je pense peut-être que le cancer du col de l'utérus s'attrape peut être par une infection? » (M1),* mais sans mentionner le HPV, alors qu'elles établissaient pourtant clairement que le vaccin protégeait du cancer du col. Dans ce cas là elles ne connaissaient pas précisément la cible du vaccin. Une seule ne faisait pas de différence entre les termes de cancer et HPV, mais avait donc compris qu'il s'agissait de la même pathologie : *« moi les termes employés, cancer ou virus, je ne vois pas la différence. Le cancer pour moi et le papillon (je ne sais même pas le dire) ça revient au même » (M9)*

Enfin certaines ignoraient totalement qu'il existait un lien entre HPV et cancer, et ne savaient pas non plus que le vaccin ciblait le HPV : *« est ce que vous faites un lien entre papillomavirus et cancer? - non... non » (M4)*

Deux grands types d'idées étaient exprimés pour expliquer le mécanisme d'action du vaccin : soit comme empêchant toute agression extérieure notamment par le HPV : « *c'est comme si il faisait une armure autour de l'utérus, pour le protéger, de tout ce qui peut arriver* » (M1), « *le vaccin va justement empêcher que certaines choses se posent sur le col de l'utérus. Faire comme une protection dessus* » (M6), soit comme ne permettant pas d'éviter l'infection mais empêchant la dégénérescence vers un cancer : « *le corps se protège bien mieux s'il rencontre par la suite le virus* » (M3), « *mais peut être que le vaccin intervient sur la première transformation des cellules, sur le premier stade ?* » (M8). Une patiente a évoqué les deux hypothèses « *Je ne sais pas si ça l'empêche complètement de se "déposer" ou bien si il peut quand même investir les lieu mais que ça l'empêche de dégénérer* » (M10)

Lorsqu'elles évoquaient la population ciblée par le vaccin, la notion de virginité préalable à la vaccination était très présente « *il était plus efficace sur une enfant vierge, que c'est pour ça qu'il était préférable de la faire avant 16 ans* » (M1), « *là elle a 15 ans, elle aurait pu avoir ses premiers rapports et ça aurait été dommage, mais ça n'est pas le cas* » (M8). Deux patientes ont évoqué la vaccination pour elles-mêmes : « *si on me proposait de le faire... pourquoi pas* » (M10), « *Mais on peut me proposer encore je suppose* » (M11). La plupart avaient entendu parler de la vaccination pour les garçons, ce qui sera détaillé ultérieurement.

### 11.1.2.2 Connaissances au sujet du FCV

Environ la moitié des patientes interrogées évoquaient la recherche de cellules cancéreuses « *décélérer des cellules qui pourraient être cancéreuses* » (M11), « *pour savoir si il n'y a pas un cancer du col de l'utérus, et voir si tout va bien* » (M2), « *je pensais que le frottis c'était vraiment basé sur le cancer* » (M6) « *pour vérifier si il y a des cellules qui seraient mauvaises, cancéreuses ou pré cancéreuses* » (M8), « *le prélèvement était ensuite mis dans une boîte, pour envoyer au laboratoire et vérifier que c'était sain non cancéreux* » (M10)

Il existait toutefois un défaut d'information sur le FCV et son objectif principal : certaines supposaient que l'examen recherchait une anomalie sans pouvoir préciser de quel ordre « *pour vérifier si il y a des cellules qui seraient mauvaises* » (M8), « *je pense que ça doit être pour voir si il n'y a pas une cochonnerie qui se met !* » (M9)

D'autres pensaient à une infection sans mentionner le HPV « *des maladies plutôt de quel ordre ? - infections je pense* » (M1), « *c'est pour voir si il y a des microbes, voilà des infections* » (M4) Une patiente pensait que l'examen avait un double intérêt et a évoqué à la fois la recherche de cellules cancéreuses et d'infections : « *pour voir toutes les bactéries déjà, et les cancers aussi* » (M5)

Les conséquences supposées d'un FCV pathologiques dépendaient clairement de l'idée que se faisaient les patientes des objectifs de ce dernier : celles qui avaient évoqué le cancer avaient des notions plutôt précises « *si c'est pris à temps il y a des choses en France qui peuvent être faites, d'où l'importance du suivi gynécologique* » (M8), « *j'imagine un second examen qui serait peut-être une biopsie, ou une échographie pelvienne ? Et puis potentiellement une opération, un retrait de l'utérus, une chimiothérapie, enfin tout le tralala de radiothérapie et de traitement d'un cancer* » (M10).

Tandis que pour les autres les conséquences restaient floues : « *ben que j'ai une infection, je pense que je partirais sur traiter l'infection* » (M4), « *ben je me suis jamais posé la question... jamais...* » (M9)

Seules quatre patientes avaient déjà entendu parler des nouvelles modalités de FCV et de la recherche du HPV en première intention, dont trois d'entre elles ne comprenaient pas pourquoi : « *c'est la première fois que je vois marqué en gros « papillomavirus », pour les autres frottis je n'avais jamais fait attention. J'ai pas compris à quoi correspondait le HPV* » (M1), « *ça je le savais, je l'avais lu aussi. Ça m'avait un peu étonné parce que je pensais que le frottis c'était vraiment basé sur le cancer* » (M6). « *vous le savez depuis longtemps ? - et bien non, je l'ai su avec le vaccin, mais ce n'est pas si clair dans mon esprit finalement...* » (M10), la quatrième ne se souvenait plus « *euh..; oui, on m'en avait parlé, il faut que je me concentre mais oui elle m'en a parlé je crois* » (M2). Une de ces mères ayant ainsi réalisé la transmission sexuelle du virus était offusquée que l'on puisse rechercher l'infection chez elle : « *Mais j'ai appris récemment pour cette histoire de papillomavirus, sexuellement transmissible, je me suis même dit : « pourquoi mon gynéco fait ça ? ça fait 22 ans que je suis avec mon époux », je peux comprendre qu'il peut y avoir tromperie...* », « *on s'en fout que vous soyez mariée ! Ca donne l'impression qu'on n'est pas considérées comme des personnes fidèles, propres sur soi, enfin je sais pas !!!* » (M1)

Les autres n'avaient pas du tout cette notion, et lorsque l'information leur a été délivrée au cours de l'entretien, seule deux d'entre elles ont trouvé une logique : une car elle avait déjà eu un FCV révélant la présence de HPV quelques années auparavant « *je ne le savais pas du tout, mais ça veut dire en fait que .... (hésitation), ça veut dire que c'est mieux en fait ? Parce que si les cellules n'ont pas encore été transformées mais qu'il y a une présence de virus qui pourrait faire que ça arrivera un jour, on peut déjà faire quelque chose ?* » (M8), et l'autre jugeant cette information utile pour s'expliquer le rôle de la vaccination : « *ben oui, c'est évident, si c'est la première chose qu'on recherche c'est qu'il y a doublement l'intérêt de faire vacciner !* » (M7). Les autres étaient déstabilisées par la nouvelle : « *Mais pourquoi venir chercher le virus si avant c'était le cancer ?* » (M10), « *ça m'embête, parce que on peut passer à côté ... L'absence de papillomavirus ne va pas signifier que tout va bien non plus, je suis un peu surprise...* » (M11)

### 11.1.2.3 Connaissance du lien vaccin / FCV

Cinq femmes seulement ont spontanément établi un lien entre le vaccin et le FCV, introduisant la notion de protection contre une même maladie, pour la plupart justement après avoir appris ou ré évoqué au cours de l'entretien qu'un FCV pouvait révéler la présence de HPV au niveau cervical : à titre d'exemple « *le vaccin fonctionne en amont, il ne va pas changer le résultat. Mais en revanche faire en sorte que le frottis soit bon et qu'il y ait moins de chance de trouver des mauvaises cellules oui !* » (M8), « *le vaccin c'est la prévention, le frottis c'est l'observation, le diagnostic, et le cancer c'est la dernière phase. C'est trois phases différentes* » (M3), « *Le frottis permet de déceler les anomalies, éventuellement la présence de souches de papillomavirus, et la prévention par le vaccin peut limiter la présence de ces souches* » (M11)

Une seule a pressenti que le vaccin pourrait être intéressant pour protéger d'autres localisations du HPV, sans pour autant le formuler clairement « *Mais le vaccin je pense que c'est encore un autre processus, un peu deux choses différentes. Le vaccin c'est pour*



*tout le corps, alors que le frottis c'est vraiment un endroit précis* » (M4) Les autres n'ont pas abordé le sujet.

#### 11.1.2.4 Evocation de la vaccination pour les garçons

Toutes les mères interrogées avaient bien connaissance du fait que le vaccin pouvait être proposé aux garçons, et ce qu'elles aient des fils ou non. La compréhension de l'objectif était variable en revanche. Pour certaines c'était une véritable interrogation : « *on en parlait avec ma collègue! on se disait pourquoi on vaccine les garçons!* » (M4), « *ben on m'en a parlé, et je comprends pas bien pourquoi* » (M7). D'autres ont supposé que l'objectif était la diminution de la circulation du virus afin de protéger la population féminine : « *il n'aura pas la maladie. Mais il peut la donner!* » (M3), « *j'imagine pour empêcher qu'ils contaminent? parce que eux ils ne risquent rien avec ça!* » (M8). Enfin certaines avaient bien la notion que le vaccin avait un rôle de protection pour les garçons également : « *Donc quand j'ai appris que le vaccin c'était aussi pour prévenir du cancer du pénis et de l'anus je crois, j'ai fait "ah ouaiiiiiis, donc faut qu'on prenne un rdv chez un urologue pour mon fils!"* » (M1), « *Là c'est pareil, on est dans une société où tout se passe, il faut les protéger ...* » (M11)

L'élargissement de la population cible était pour la plupart des mamans vécu positivement : « *Mais il me semblait en tout cas que ce n'était pas un problème uniquement féminin, et que je trouvais encore une fois que le poids porté sur les filles et les femmes, toujours le même poids judéo-chrétien et patriarcal (rires)* » (M10), « *je pense pas qu'il n'y ait que la fille qui soit concernée aussi, donc je pense que c'est bénéfique* » (M11), et ce vécu positif était d'ailleurs partagé par des mères ayant des idées divergentes sur les objectifs de la vaccination. Seules quelques mamans étaient un peu dubitatives sur l'acceptabilité d'une telle recommandation : « *Alors déjà que les garçons c'est pas facile, expliquer aux parents qu'il faut vacciner les garçons, alors qu'il ne peut rien leur arriver...* » (M9), ou évoquaient le manque de recul « *surtout parce qu'on m'a dit qu'il fallait attendre d'avoir un peu plus de recul pour les garçons* » (M2), mais ces dernières avaient la conviction que le vaccin ne bénéficiait qu'aux filles en terme de protection, ou alors n'en connaissaient pas réellement l'objectif.

## 11.2 Application : des connaissances théoriques à la perception de leur propre cas

### 11.2.1 La perception de la menace : leur rapport au cancer

L'ensemble des connaissances évoquées ci-dessus, notamment concernant le cancer du col de l'utérus, a pu impacter différemment les mères en fonction de ce qu'elles ont pu percevoir de la sévérité de la maladie, et de leur probabilité d'y être confrontée.

Ainsi, la majorité des mères a bien le sentiment que le danger représenté par le CCU est majeur : « *ça touche des femmes qui ont même déjà eu des enfants, et certaines décèdent!* » (M1), « *Le cancer du col de l'utérus c'est quand même super important* » (M3), « *elle s'en est rendue compte à 25 ans et là sa vie de femme est terminée quoi* » (M5), « *moi je me suis vue morte, je me suis dit je vais mourir* » (M8)

En revanche, toutes n'ont pas la même perception de leur sensibilité à la maladie, conférant à la menace un degré variable : de faible « *c'est un sentiment que moi maintenant j'ai eu des enfants, je suis en couple, je n'ai pas l'impression d'être à risque* » (M10), « *Après dans ma famille il n'y en a pas eu donc je ne m'alarme pas outre mesure* » (M6), à plus élevé : « *Parce que vous savez j'approche des 50 ans, donc faut vérifier tout ça quoi* » (M5), et parfois avec des ambivalences chez une même mère « *Quelque part, on n'a plus l'âge d'être maman, mais dans la tête, voilà, on part vers ... On va pas du bon côté!* » / « *je suis ménopausée et célibataire, donc je vais vous dire j'ai vraiment pas d'autres soucis. Je vais vieillir tranquillement!* » (M7)

### 11.2.2 La perception de leur capacité de contrôle : leur rapport au FCV

Les mères avaient différentes perceptions de leur propre capacité à mettre en œuvre cette mesure préventive (FCV), ce qui correspondait au sentiment d'« *auto-efficacité* » : Nombreuses ont vu leur sentiment d'auto-efficacité diminué par la situation sanitaire relative à la covid19, qui avait pu compliquer leur démarche voir entraîner du retard dans leur suivi : « *D'ailleurs vous voyez je ferai bien de prendre un rendez-vous, mais avec ces histoires de covid c'est tellement compliqué...* » (M7), « *on a été confinés, on devait le faire à la fin de l'année scolaire dernière, et avec le confinement ça ne s'est pas fait* » (M8). D'autres reconnaissaient au contraire la facilité de mise en œuvre de l'examen, et avaient un fort sentiment d'auto-efficacité : « *On s'en veut quand on n'a pas le choix, mais se découvrir quelque chose si on n'a pas été suivi, alors qu'on a la chance de pouvoir se faire suivre, en plus dans des conditions financières ou tout est pris en charge, ce serait très idiot de ne pas le faire* » (M9)

La croyance des mères en l'efficacité du FCV à détecter un cancer, que nous appellerons « *efficacité perçue* », était également variable : Là encore certaines femmes avouaient leur manque de confiance, surtout après réalisation des nouvelles recommandations (utilisation du test HPV pour l'analyse du FCV) : « *ça m'embête, parce que on peut passer à côté ... Donc est-ce que c'est une histoire de coût?* » (M11). D'autres au contraire étaient très confiantes : « *c'est un virus qui est lent, du coup on a le temps si on fait vraiment le frottis chaque année on peut pas passer à côté. C'est quelque chose que j'avais retenu et qui m'avait quand même beaucoup rassurée.* » (M8), « *le vaccin c'est la prévention, le frottis c'est l'observation, le diagnostic, et le cancer c'est la dernière phase. C'est trois phases différentes, si on peut s'arrêter à la deuxième grâce au frottis c'est bien* » (M3)

### 11.2.3 Sentiment d'acquisition de connaissances dans le cadre du projet vaccinal

#### 11.2.3.1 Pas de sentiment d'acquisition : mères ayant donc jugé que le « contexte » influençant leurs intentions était stable

##### Sentiment de confortation

Ce sentiment pouvait être justifié par l'impression que les informations avaient été acquises en amont du projet vaccinal de leurs filles : « *ça a pu engendrer une acquisition de connaissances pour vous? Tout ce contexte autour du vaccin? - Non / c'était des*

*choses que vous saviez plus ou moins ? Oui ! » (M3), « Malheureusement pour être tout à fait honnête je m'étais déjà informée de mon côté, j'en avais déjà parlé avec mon gynéco quand mon papillomavirus est arrivé, il m'avait tout bien expliqué » (M8), ou encore par l'impression de ne pas avoir reçu d'explications au moment de ce projet : « mais sans ça quand j'ai dit que j'allais faire vacciner ma fille, personne ne m'a expliqué le pourquoi du comment » (M8)*

### Sentiment de fatalisme

Pour justifier les raisons pour lesquelles elles n'avaient pas l'impression d'avoir enrichi leurs connaissances dans le cadre du projet de vaccination, certaines mères décrivaient simplement une absence de curiosité pour le sujet de leur part : « non là je vous avoue que je me suis pas penchée dessus » « oui voilà il a dit pourquoi c'était fait mais je suis pas rentrée dans les détails » (M4), « vous ne vous êtes pas posé de questions ? - aucune, elle m'a dit "voilà ça protège contre ça" j'ai pas cherché » « vous n'allait pas poser de nouvelles questions à votre gynéco ? - ah non en général on parle de tout sauf de ça ! (rires) » (M7) D'autres l'expliquaient par une confiance absolue en le médecin prescripteur, avec une complaisance évidente dans la relation paternaliste : « il m'a juste dit qu'il fallait le faire, j'ai demandé si c'était bien, il a dit oui, alors après je suis pas allée chercher » « le médecin, si lui il est pour je le fais » (M4), « Quand on me donne un médicament moi, jamais je ne regarde la notice, jamais je ne regarde les effets indésirables. Si mon médecin estime que je dois prendre ça je le prends » (M7)

#### 11.2.3.2 Sentiment d'acquisition de connaissances nouvelles : mère ayant donc jugé que le « contexte » influençant leurs intentions était déstabilisé

### Sentiment de désolation

Bien qu'elles aient eu la sensation d'acquérir des connaissances nouvelles, ces connaissances appelaient parfois des questionnements nouveaux. Certaines mères manifestaient à ce sujet un profond regret que leurs nombreuses questions soient restées en suspens : « le gynéco m'a pas expliqué, et les années précédentes, lors des autres frottis, on ne m'a jamais expliqué pourquoi on nous faisait un prélèvement » « moi je ne savais pas qu'il y avait d'autres choses qui se rejoignaient, je ne pouvais pas expliquer car je ne savais pas ! » « je n'ai pas eu du tout assez ! Je vais avoir 43 ans et je me suis sentie idiote » « Mais j'ai appris récemment pour cette histoire de papillomavirus, sexuellement transmissible, je me suis même dit : pourquoi mon gynéco fait ça ? ça fait 22 ans que je suis avec mon époux (...) j'aurais aimé qu'on me dise on fait ça parce que vous pouvez attraper telle maladie sexuellement transmissible ! » (M1), « C'est bien de laisser le choix, mais pas de laisser des doutes. Chacun fait ses propres choix, mais tant qu'on a des doutes, et bien ça ne marche pas » ou « je pense que quand même il y a un manque d'informations » (M11)

### La fuite en avant, ou « stratégie de l'autruche »

Une mère estimait qu'elle avait recueilli bien assez d'informations, et ne souhaitait absolument pas qu'une information plus exhaustive ne lui soit délivrée, cela par crainte de recueillir en excès des informations qui pourraient être anxiogènes : « je lui ai dit "écoute

*quand tu vas regarder sur internet tu vas voir des choses mauvaises" », « On écoute les infos, on regarde les magazines. Mais faut pas tout prendre pour argent comptant » (M6)*

### La piqûre de rappel

C'était le sentiment que décrivait les mères qui avaient ré acquis des connaissances qu'elles estimaient avoir eues dans le passé, mais qu'elles avaient peut-être :

- Tendance à oublier (sentiment de prendre à nouveau conscience) : *« ben je me dis qu'il faut faire attention et puis en fait ça a refait une prise de conscience comme quoi voilà, ça a fait piqûre de rappel comme quoi il faut toujours faire attention » (M2), « ça alerte quand même, c'est une piqûre de rappel, c'est le cas de le dire, de se dire "ah oui, il existe quand même ce cancer chez la femme, le cancer du col de l'utérus". Oui, oui, ça permet de prendre conscience à nouveau » (M10)*
- Tendance à schématiser (apport de précisions) : *« je me suis un peu plus précisément renseignée oui, quand je regardais ces émissions et que je m'y suis un peu plus penchée, j'étais un peu plus sensibilisée au cancer de la femme en général » (M2)*

### La prise de conscience

Elle était la plupart du temps selon les mères qui évoquaient ce sentiment le fruit d'une réflexion induite par un « élément déclencheur », avec un « avant » et un « après » : *« Autour de moi j'ai eu dans mon entourage une femme qui a eu un cancer du sein l'année dernière (...). Donc pourquoi aller tirer le diable par la queue dans la mesure où on peut anticiper » « ce projet de vaccination pour votre fille, ça a été l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances ? -Ah ben carrément, ah oui, déjà avant ça je ne savais pas que ça existait (...), et puis en plus le fait que vous fassiez votre thèse et qu'on en parle j'apprends évidemment des choses » (M9), « Ma cousine a eu un problème de papillomavirus, avec un curetage de l'utérus, elle a 25 ans, donc des suites pas possibles, elle serait stérile, donc on en a beaucoup parlé cet été avance ma cousine, et c'est ce qui m'a décidée à venir vous voir en septembre » (M5)*

## 11.3 Intentions vis-à-vis du comportement futur

### 11.3.1 Pas de modification du comportement prévue : le statu quo

#### Une sensation de discipline

Lorsqu'elles avaient l'impression que leur comportement n'était pas perfectible car déjà conforme à l'idée qu'elles se faisaient de la recommandation, les mères n'exprimaient aucune intention de changement : *« Après nous on fait attention, on a eu des cas de cancer dans la famille, on est préparés à comprendre. Quelqu'un qui n'a pas forcément les moyens ou l'éducation ça doit y faire beaucoup ! pourquoi aller se faire triturer le machin si on sait pas pourquoi, il y a pleins de personnes qui ne sont pas dans la même démarche que nous » (M3), « du coup vu que je suis sérieuse et que j'ai toujours été sérieuse, je continue d'y aller chaque année... » (M8), « non, parce que la prévention je la fais et je*

*continuerai. Au contraire je suis en demande d'informations, donc je le ferai pour moi » (M11)*

### **Une sensation d'impuissance**

D'autres mères justifiaient leurs intentions de statu quo par la sensation que leurs actes n'impacteraient en rien les conséquences, autrement dit avaient une faible efficacité perçue du FCV « *Il faut le faire c'est tout, et après comme je me dis, ben si je dois l'avoir le cancer, ben c'est que je devais l'avoir » « voilà, je me dirai c'est que ça devait m'arriver » (M4), « je le fais comme vous faites votre vidange de voiture ! voilà, il faut le faire et on verra ! » (M7).*

### **Une sensation de réévaluation congruente**

Les intentions étaient stables également lorsque l'information acquise dans le cadre du projet vaccinal était conforme aux informations antérieures : « *ça a complètement validé le projet initial » « vous n'envisagez pas de changer vos pratiques, vis à vis des frottis par exemple ? - non parce que j'ai l'impression d'être déjà très régulière dans l'examen du frottis. (...) donc non ça ne va pas générer de changement je ne pense pas » (M10), « je me suis pas dit il faut que j'y aille plus, parce que j'y vais régulièrement tous les deux (...) ça ne m'a pas mis la psychose au contraire ! » (M2)*

Parfois les patientes avaient bien ce sentiment de réévaluation congruente, alors que pourtant les connaissances antérieures n'étaient pas pertinentes. Deux mécanismes psychiques pouvaient être identifiés pour justifier le statu quo :

- L'évitement (n'a pas envie d'envisager la question) : « *vous vous êtes dit qu'il y avait quelque chose à changer dans votre suivi gynéco ? - Non, parce que je n'ai pas de problèmes, donc non. » « le fait que vous ne soyez pas vaccinée, qu'est-ce que ça vous inspire ? - Non, rien du tout. Je n'y pense absolument pas » (M6)*
- La distorsion (utilisation d'arguments spécieux pour ne pas se sentir menacée) : « *Après dans ma famille il n'y en a pas eu donc je ne m'alarme pas outre mesure » (M6)*

## **11.3.2 Modification du comportement prévue : le changement**

### **Prise de conscience d'un manque de régularité dans la réalisation des FCV**

« *je vais éviter de rater maintenant des rendez-vous, ne pas laisser passer une année » (M9), « Moi j'avais tendance à faire comme elle, à ne pas y aller puisque tout va bien, donc pourquoi y aller. Et là depuis j'y vais régulièrement » (M5)*

### **Prise de conscience d'un manque d'implication pour les mesures préventives en général**

« *oui maintenant je suis beaucoup plus stressée, alors que c'est idiot, parce que ça va pas changer grand-chose. Mais je veux faire des échographies pour vérifier » (M5), « ça va certainement entraîner une plus grande vigilance en général, pour moi déjà » (M9)*

Au-delà de prévoir de modifier leur comportement, une mère réalisait que les comportements antérieurs auraient pu être très délétères : « *ça aurait pu être dangereux, là il se trouve que je n'ai rien, mais je suis passée entre les mailles du filet... j'aurais pu...* » (M5)

### 11.3.3 N'a pas encore statué sur ses intentions : l'ambivalence

Une mère ne s'est pas prononcée sur ses intentions de comportement futur, estimant qu'elle chercherait les réponses à ses questions avant de juger, arguant qu'elle ne voulait pas agir en méconnaissance de cause : « *j'ai prévu de poser des questions au sujet de ce compte rendu que j'ai reçu, mon dossier est prêt, j'attends le 20 mai de rencontrer cette dame, et j'aimerais qu'elle puisse m'expliquer* » (M1), et qu'elle éprouvait un besoin d'implication (souhait d'être acteur de sa santé) « *c'est NOTRE santé quoi* » (M1).

## 11.4 Place des automatismes et des décisions instinctives

Un FCV qui s'est toujours révélé normal dans le passé semblait encourager les mères à poursuivre le dépistage de la même façon sans soulever de questionnements nouveaux : « *Elle me dit juste qu'elle reçoit les résultats tel jour et qu'elle me recontacte si jamais il y a quelque chose qui ne va pas* » (M2), « *Après je lis pas forcément le détail du compte rendu. Si on m'appelle pas je ne m'inquiète pas.* » (M3), « *Après je n'ai jamais eu de soucis je fais des contrôles réguliers, tous les ans, pour l'instant pas de soucis.* » (M6) « *ben je me suis jamais posé la question... jamais... Parce que les résultats pour moi ça revenait toujours bien comme d'habitude* » (M9), « *je ne sais même pas si je reçois ces résultats... mais je n'y pense pas du tout. Je pense que je reçois un courrier que je lis en diagonale, et puis je le range* » (M10)

## 11.5 Le « coût » perçu de la recommandation

Les conséquences immédiates de la mise en œuvre de la « *bonne conduite* » (réalisation du FCV) rimaient pour la plupart des mères avec le deuil d'un certain confort.

La douleur, l'inconfort de l'examen ont été évoqués : « *je sais que ça va me faire un petit peu mal, en tout cas un peu désagréable* » (M1), « *c'est juste l'examen en lui même qui me crispe un peu ...* » (M2), mais aussi la gêne, liée à une certaine pudeur : « *on est mal, on a les jambes ouvertes, le chirurgien ; euh gynécologue, qui est là, ça met encore plus mal à l'aise, ya même pas un petit drap ou quelque chose qui pourrait nous mettre plus à l'aise...* » (M1)

Le fait que le FCV ne soit pas considéré comme une priorité, la place des autres occupations était également un frein à la réalisation du FCV : « *Là il y a eu un peu de relâchement, mais j'ai eu tellement d'autres soucis et d'autres choses à régler* » (M7), « *et bien j'oublie, les années passent trop vite* » (M9), tout comme les problèmes d'accessibilité, la difficulté à obtenir un rendez-vous « *Depuis deux ans en fait je n'ai pas trouvé de gynécologue ici* » (M1)

Enfin, l'attitude du corps médical a parfois été jugée comme inadaptée « *j'ai rencontré un gynécologue à Bayonne, Mr. X, à la clinique, très récemment en janvier, et ben ça s'est pas bien passé non plus. Très brusque* » (M1), « *moi j'ai une amie qui est médecin, je l'avais appelée, elle m'avait dit "ça dépend du grade", mais moi je comprenais rien! quand on est pas du métier...* » (M8)

## 11.6 Eléments encourageant l'adoption de la recommandation

### 11.6.1 La capacité à envisager les bénéfices à long terme

Presque toutes les femmes interrogées ont spontanément exprimé de fortes convictions en termes de prévention : « *on se protège pour certaines maladies, on se protège pour le sida, on se protège, c'est de la prévention oui* » (M3), « *Donc avec ce genre de choses je me suis dit, il vaut mieux prévenir que guérir* » (M7), « *Et moi la prévention je trouve que c'est bien. Vaut mieux prévenir que guérir, comme on dit toujours. Le dicton est toujours valable* » (M9)

Enfin, au-delà de l'évitement du risque, quelques mères ont clairement exprimé le gain de ressources lié au fait de ne pas être malade, avec l'impératif d'être là pour ses enfants dans le futur : « *je me suis dit je vais mourir et je vais pas élever mes enfants!!* » (M8), « *la prévention je la fais et je continuerai. (...), donc je le ferai pour moi, je le ferai pour mes filles* » (M11)

### 11.6.2 Le rôle des renforcements

Plusieurs paramètres semblaient augmenter leur degré de confiance à réaliser le dépistage. C'était le cas pour une mère ayant un antécédent personnel d'infection par HPV « *moi en 2017 j'ai eu un papillomavirus, du coup ça m'a un peu fait peur* » « *du coup ça me sert hein, parce que je fais le suivi comme il faut* » (M8) De même dès lors qu'il y avait une histoire familiale de cancer « *quand on a eu un cas dans la famille, je pense qu'on est plus sensibilisés* » (M3), « *Ma mère a un cancer de l'utérus, un sarcome qui s'est mis sur les ganglions iliaques et qui prend la colonne vertébrale, donc c'est catastrophique, et ma mère n'a pas eu de suivi gynécologique* » (M5), « *j'ai un papa qui est mort d'un cancer, donc rien que ce mot...* » (M7)

Enfin, le fait d'entretenir de bonnes relations avec le professionnel de santé semblait souvent achever de convaincre les patientes « *et en plus c'est une maman, elle est comme nous, elle surfe, on a le même style de vie, donc elle sait à peu près comment on vit. C'est plus simple, plus accessible. Et je me permets plus de poser des questions "pratique"* » (M3), « *J'ai vraiment confiance en lui. Enormément. Et puis ce que j'aime chez lui c'est son côté calme, il n'est jamais affolant!* » (M8)

### 11.6.3 Le rôle de l'implémentation et du soutien social

Encouragement par les proches « *Par contre quand moi j'ai eu mon papillomavirus, j'en ai discuté avec une amie qui l'avait eu jeune, et là ça faisait plus de dix ans qu'elle avait*

*rien quoi » (M8), « j'ai une amie qui connaît énormément de choses, elle se renseigne sur tout. Alors quand je sais pas des fois je lui demande, parce qu'elle se renseigne sur tout ! » (M9)*

encouragements par le professionnel de santé *« La sage-femme m'a dit qu'au vu de mes pathologies elle ne pourrait pas me suivre et m'a orientée vers une gynécologue à Bayonne, Mme L., gynécologue chirurgienne, très bien réputée, bienveillante à priori » (M1), « C'est super parce que là vous m'en parlez il faut que je la rappelle pour prendre rdv » (M9)*

autres formes d'encouragement *« aujourd'hui on regarde un peu ça, les notations sur internet... » (M1)*

fixer une date : *« D'ailleurs faut que j'en refasse un cette année. Cet été ou au printemps » (M5), « Là pour tout vous dire on part vivre à la réunion pendant 2 ou 3 ans là, et j'ai déjà pris rdv pour début juin » (M8)*

## **11.7 A l'origine du projet de vaccination**

### **11.7.1 Éléments encourageant la motivation des mères pour la vaccination de leurs filles**

#### **11.7.1.1 La perception de menace pour leur fille**

Certaines mères évoquaient le comportement sexuel présumé comme un facteur de risque motivant une vaccination imminente : *« je vois que ma fille commençait à avoir des petits copains, tout ça, donc bon, voilà... j'en ai parlé avec elle, pour moi c'était le moment » (M2)*

Le fait d'avoir un antécédent familial de CCU ou d'infection à HPV semblait induire une perception du risque pour leurs filles plus important : *« Et puis moi en 2017 j'ai eu un papillomavirus, du coup ça m'a un peu fait peur, alors quand elle a été en âge de se faire vacciner je me suis dit que c'était la meilleure chose à faire pour pas qu'elle ait à vivre ce genre de choses » (M8)*

#### **11.7.1.2 Une efficacité perçue importante du vaccin**

La majorité des mères faisaient le rapprochement entre la vaccination et leurs fortes croyances en termes de prévention : *« je lui ai expliqué, je lui ai dit : écoute X, tu fais partie d'une autre génération, des choses se mettent en place en terme de prévention, c'est important » (M1), « j'ai voulu protéger ma fille au maximum » (M2), « On leur met un casque quand elles font du skate et pour moi c'est la même chose. Je leur mets des protections pour pas qu'elles se fassent mal pour après » (M3), « Je lui ai expliqué que pour trois malheureuses piqûres ça pouvait lui sauver la vie ! » (M7)*

Les mères semblaient également plus disposées à vacciner leurs filles lorsque le vaccin était vu comme une avancée scientifique : *« C'est l'évolution de la science, tant mieux pour eux » (M6), « Aujourd'hui, je peux me faire opérer en étant endormie, ce sont les*



*progrès de la science! la vaccination en fait partie » (M7), « c'est une avancée nécessaire et une chance pour mes filles, c'est positif » (M11)*

### 11.7.1.3 Un sentiment d'auto-efficacité important

Le fait d'avoir fait tous les autres vaccins semblait renforcer le sentiment d'auto-efficacité « *J'ai toujours été convaincue par les vaccins, mes filles sont vaccinées » (M3), « oui oui j'ai tout fait mes filles sont à jour de leurs vaccins elles ont tout. Je suis pas anti vaccin non » (M6), « dans notre fonctionnement général familial les enfants ont reçu tous les vaccins, de la même façon que leur père et moi avons reçu tous les vaccins » (M10)*

Quelques mères ont suggéré que la probabilité d'accepter un vaccin était plus importante si le vaccin était une obligation légale « *quand c'est une obligation, comme par exemple pour rentrer les enfants à l'école, nous sommes obligés de vacciner » (M1), « moi je pars du principe que si les vaccins sont obligatoires, si on nous les fait, c'est qu'il y a une raison » (M9)*

### 11.7.1.4 Soutien social

Toutes les mères avaient cherché à recueillir le consentement de la fille « *j'en ai parlé à ma fille, elle m'a dit "oui je veux bien me faire vacciner il n'y a pas de problèmes", donc voilà » (M2), « ma fille, d'elle-même, tout de suite elle voulait le faire » (M8)*

Les encouragements par les proches semblaient les aider dans leur démarche : « *C'est surtout les discussions avec des amies qui sont un peu dans le milieu... elles me disent qu'elles le font à leurs filles, c'est mes meilleures amies, alors je les suis » (M3), tout comme les encouragements par le professionnel de santé « j'en ai alors discuté avec ma sage-femme, et elle m'a dit "oui ce serait bien que tu le fasses pour tes filles" » (M3), « j'ai posé la question à Mr X (médecin traitant) de ce que lui ferait, alors quand il m'a dit qu'il avait vacciné sa fille, il m'a dit "il est bien, je vous le conseille » (M4)*

La confiance du père était également un élément important, bien que ce dernier n'ait jamais été décisionnaire chez les mères interrogées « *J'en ai parlé avec son papa, mais lui comme il me dit il me dit "je te laisse faire", aucune objection au contraire » (M9), « je lui ai dit que j'avais pris rendez-vous, mais on n'a pas débattu, il me fait confiance » (M10), « de ce point de vue-là il me fait confiance » (M11)*

Enfin, « *l'effet de mode »* paraissait les aider à considérer la vaccination comme quelque chose de socialement attendu et donc souhaitable : « *même si je suis pas un mouton je suis pas tout le temps, mais en en discutant on s'est dit que c'est ce qu'il faut faire » (M3), « si on vaccine des milliers de gens c'est qu'il y a une raison ! » (M9)*

## 11.7.2 Éléments freinant la motivation des mères pour la vaccination de leurs filles

### 11.7.2.1 Une balance bénéfice risque inquiétante

La crainte des effets secondaires était presque présente chez toutes les mères. Certaines faisaient référence à la polémique qui avait concerné le GARDASIL quelques années après

sa commercialisation : « *et bien ce qu'on entendait c'était les risques liés au fait de développer ensuite une sclérose en plaques, à l'époque c'était ce qui se disait* » (M8). D'autres ou réalisaient des parallèles avec d'autres scandales ou polémiques historiques : « *c'est encore injecter des médicaments, et ça pour tous les vaccins, même de l'hépatite* » (M1), « *Voilà j'espère que ce ne sera pas un scandale comme le Mediator, ou ce traitement qui empêchait les femmes d'avoir des fausses couches pour lequel les enfants naissaient avec de gros problèmes gynécologiques* » (M7)

L'expérience personnelle d'effets secondaires au décours d'une vaccination antérieure était également évoquée, qu'il s'agisse d'effets secondaires bénins « *Parce qu'après les effets secondaires bon, quand je me suis faite vacciner pour la grippe ça m'a déclenché un rhume monumental, bon* » (M6) ou d'effets secondaires très graves « *moi j'ai eu un accident cérébral suite à un vaccin en Angleterre. J'ai fait un syndrome méningé donc trois jours de coma* » (M5)

Systématiquement la question du recul survenait chez ces mères craintives vis-à-vis des ES, qui considéraient le vaccin contre le HPV comme relativement récent : « *Ce qui a pu me faire un petit peu hésiter c'est le fait de ne pas le connaître ce vaccin, du fait que ce soit assez récent* » (M2), enfin le manque d'informations sur les bénéfices escomptés était aussi un élément freinateur : « *il y a des vaccinations qui me laissent à réfléchir, mais encore une fois parce que nous n'avons pas d'informations, on ne nous donne rien* » (M1)

Même au-delà des effets secondaires, il existait dans un certain nombre de discours une certaine défiance vaccinale : liée au contexte Covid « *ça dépend si ils sont efficaces, c'est tout, comme là, pour le coronavirus* » (M4), au manque de confiance en les laboratoires avec craintes de conflits d'intérêt « *parce qu'il y a toujours du pognon en jeu il faut être honnête, avec les gros labos* » (M7) ou encore sans fondation « *je ne suis pas forcément partante pour toutes vaccinations, j'estime qu'il y a des vaccinations qui me laissent à réfléchir* » (M1)

### 11.7.2.2 Un faible sentiment d'auto efficacité

Certaines mères avouaient que l'opportunité de vacciner leur fille ne s'était pas présentée si facilement, étant donné leur faible fréquentation du cabinet « *dans la mesure où les enfants tombent très peu malades, on consulte rarement* » (M10), « *Après pour mon garçon on ne m'en a pas encore parlé, peut-être parce que je vais pas assez souvent chez le médecin...* » (M4)

Le fait qu'elles n'aient pas reçu d'invitation spontanée de la part de leur médecin était également évoqué comme un potentiel obstacle : « *tant qu'on n'attirait pas mon attention dessus, je ne refusais pas du tout de le faire, mais je n'y pensais pas* » (M10), « *de la part d'un médecin il faudrait que ce soit systématique de parler de cette vaccination et de fortement le conseiller* » (M11)

## 11.8 Représentations maternelles du suivi post vaccinal de leurs filles

### 11.8.1 Identique à son propre suivi

Certaines mères avaient une représentation partiellement négative de l'efficacité vaccinale, ne permettant pas de réévaluer le risque à la baisse pour leurs filles. Cette efficacité pouvait être considérée comme :

- Incomplète (pas tous les HPV) : « *je me dis, comme ils mettent en gros le 16 et le 18, peut être que du coup le vaccin protégerait moins contre le 21, le 22, etc* » (M1)
- Ponctuelle (apparition de variants, mutations) : « *je pense que les souches vont continuer à augmenter, et c'est ça qui reste un peu problématique. C'est ce qui coince un peu aussi dans ma réflexion, aujourd'hui on traite un certain type de virus, mais ils sont sans cesse en train de progresser* » (M11), « *un peu comme le Covid et ses variants, vous voyez, on peut pas savoir en fait de quoi on va être protégé* » (M1)
- Incertaine (peu de recul) : « *je pense que quelque part c'est peut-être avec le temps que ça prouvera réellement toute son efficacité ou son inefficacité* » (M1)

Sans forcément remettre en cause l'efficacité vaccinale, des mères ont suggéré qu'il persistait un risque de cancer malgré la vaccination : « *Je pense que ma fille sait que le vaccin qu'elle a fait lui amène une protection mais qu'elle n'est pas totale. C'est ce qu'on a essayé de lui expliquer : c'est pas parce qu'elle a été vaccinée qu'elle n'aura pas de cancer* » (M6), « *c'est pas parce qu'elle est vaccinée qu'elle soit se dire c'est bon je suis protégée* » (M5). D'autres ont évoqué le FCV comme mode de dépistage d'autres pathologies : « *en faisant le vaccin, on s'attarderait moins sur ces spécificités à rechercher mais il faudrait peut être plus sur quelque chose qui est moins apparent* » (M1)

### 11.8.2 Différent de son propre suivi

#### 11.8.2.1 Plus nécessaire

Parfois le suivi post vaccinal était considéré comme plus nécessaire qu'en l'absence de vaccination : du fait d'un risque plus important lié à la période actuelle : « *j'ai eu la chance, comme je le dis, de connaître l'avant sida, l'avant covid, l'avant tout ça. Donc de très belles années où tout allait bien. Donc c'est plus le cas maintenant* » (M7), ou encore à cause du comportement sexuel de la jeune génération considéré comme plus risqué du fait de la multiplication du nombre de partenaires : « *à moins de tomber sur le bon de suite... mais c'est assez rare, vu comment ça évolue chez les jeunes maintenant!* » (M4)

#### 11.8.2.2 Moins nécessaire

Au contraire chez d'autres, le suivi post vaccinal était considéré comme moins nécessaire, les mères pouvant évoquer un « *effet doublon* » entre FCV et vaccin : « *peut être que elles quand elles auront 18 20 ans elles iront peut être moins souvent, mais peut-être différemment de nous* » (M3), « *mais alors du coup c'est doublon là, si on fait pour nos*

*enfants le vaccin... » « Mais je me dis que peut être que du coup elles en feront moins que nous, vu qu'elles ont eu ce vaccin en amont » (M9)*

Certaines mères ont tout de même précisé que quelles que soient leurs convictions personnelles, elles n'imposeraient pas leur point de vue et qu'elles s'en remettraient aux décisions du professionnel de santé en charge du suivi « *quand elle demandera à aller voir la gynéco je l'amènerai, y aura dans le carnet de santé qu'elle est vaccinée et c'est la gynécologue qui décidera* » (M6), ou aux décisions de leur propre fille « *je ne sais pas je ne peux pas parler pour elles* » (M3)

## 11.9 Relation mère/fille et impact sur le suivi gynécologique de la mère

La plupart des mères considéraient qu'elles avaient une certaine aisance à la communication avec leur fille, qui leur avait permis d'aborder facilement le sujet de la vaccination et de la sexualité avec elles : « *oui toutes les trois on est vraiment en cohésion. si il y a un problème on va discuter et chercher des solutions, sans tabous* » (M3), « *je suis très proche de ma fille. Même de mes fils, on n'a aucun sujet tabou. Les seuls mensonges ont été le père Noël et la petite souris !* » (M7), « *je crois que dans notre discours, on discute de beaucoup de choses, il n'y a aucun sujet tabou à la maison* » (M10).

D'autres ont avoué que même si elles communiquaient aisément la plupart du temps, aborder ce type de sujet les confrontait à quelques obstacles « *Nous en tant que parents on sait pas s'y prendre, ça peut être tabou, ça peut être la religion* » (M1), « *Moi la mienne elle ne veut pas. Elle dit non maman je peux pas parler de ça avec toi, elle a honte. C'est un sujet tabou* » (M9), « *je n'ai pas tout abordé non plus. Il y a des choses effectivement, tout ce qui était transmission sexuelle ... C'est pas que je sois gênée, mais je sais pas ce qu'elles sont prêtes encore à entendre* » (M11)

Quelle que soit la difficulté éprouvée vis-à-vis de cette communication, beaucoup reconnaissaient que leur rôle de transmission des connaissances à leur fille était capital : « *j' me suis dit, allez, faut que je fasse le premier pas, c'est le rôle des parents de parler de ça.* » (M2), « *Et en plus pour ma fille, je serai là pour lui rappeler ce qu'il faut faire. Pour l'instant elle n'a pas besoin. Mais je l'accompagnerai tant qu'elle le voudra, et je serai là pour l'accompagner parce que j'estime que c'est nécessaire* » (M9). De même, la notion d'exemplarité de leur comportement semblait importante à leurs yeux : « *Mais dans tous les cas elles ont l'exemple que dès qu'il y a un problème on va chez le médecin, on n'attend pas* » (M3)

Les mères mentionnaient volontiers l'influence de la relation qu'elles entretenaient avec leur propre mère dans leur jeunesse sur leurs relations actuelles avec leur propre fille. Une minorité était fière de pouvoir s'inspirer de son vécu : « *moi encore mes parents m'ont dit dès que j'ai eu un copain ce qu'il fallait faire, j'ai bien été suivie par mes parents, et moi je suis bien mes enfants...* » (M8). La majorité des mères avouait le contraire à regret : « *c'est important, moi j'ai pas eu, je suis de famille comme ça où c'était tabou, on parlait pas. On se tait.* » (M1), « *mois quand j'étais jeune j'ai pas eu cette communication. J'étais avec 4 garçons, la seule fille, donc j'ai pas eu ce suivi. Donc j'estime que maintenant j'ai*

*une fille, c'est à moi de.... » (M4), « Moi c'est une attitude que j'avais pas avec ma mère, je suis née dans les années 70 donc j'étais jeune dans les années 90, et pour ma mère c'était encore tabou! » (M6)*

Enfin, parfois, les propos de leurs propres filles étaient en mesure d'induire une remise en question maternelle : *« Sauf quand je n'ai pas été très à l'écoute de ma fille quand elle m'a parlé du vaccin, parce que c'était en 4eme, je trouvais ça très jeune mais je ne savais pas qu'il fallait le faire avant les premiers rapports. Elle, elle le savait déjà, » (M5), « Souvent je lui dis "chérie tu peux tout me dire à ce niveau-là", et bien non, et parfois je me dis "qu'est-ce que j'ai raté, pourquoi elle se confie pas à moi? " » (M9)*

## 11.10 Suggestions spontanées par les mères sur les caractéristiques du message à délivrer

A l'issue de l'entretien, les patientes étaient invitées à ajouter toute information qui leur paraissait pertinente, ou à faire des suggestions. Toutes celles qui ont désiré faire part de leur avis ont émis des suggestions au sujet des caractéristiques de l'information qui, selon elles, aurait dû leur être délivrée. Elles ont ainsi spontanément proposé des pistes de réflexion.

### 11.10.1 Concernant la source de l'information

Plusieurs ont souhaité souligner le rôle déterminant du médecin traitant *« vous (généralistes), vous êtes les premiers qu'on va voir! donc il y a du boulot. » (M8), « Mais en consultation il faut que les médecins parlent plus de choses car on n'est pas au courant. » (M9)*

Nombreuses ont souligné l'intérêt d'une information issue de campagnes d'informations : *« Je dis à mon mari : « ils arrêtent pas de faire des pubs je sais plus sur quels trucs, mais pourquoi ils prennent pas cinq minutes de leur temps pour parler des vaccins? » » (M1), « Moi je trouve que tous les parents devraient en être informés, et je pense que, je ne sais pas, peut-être plus d'affiches dans les cabinets médicaux, quand on attend dans la salle d'attente. » (M2), « ça m'a évoqué le "aime tes dents", la sécurité sociale envoie un courrier tous les trois ans (...). Alors je me dis pourquoi pas, un petit courrier, qui pourrait être un sms ou un mail peu importe, mais qui rappelle pour le vaccin la nécessité de le faire ou du moins qui permette de l'envisager, ou pour le frottis, ce serait pas mal aussi » (M10)*

Enfin, le plus grand nombre de suggestions concernait la potentialité précieuse de sa propre fille comme vecteur d'information :

- Ainsi les mères ont formulé le souhait que leur fille puissent bénéficier d'une éducation scolaire sur le sujet : *« moi je pense que les cours de SVT, à l'école, ils devraient en parler. On est un pays très en retard, contrairement à la Suède, à ces pays-là, ils instaurent des cours de 4eme 3eme avec des modèles anatomiques plastifiés, une explication, et moi je trouve qu'ils devraient le faire » (M1), « Et pourquoi ils font pas passer ces informations dans les collèges? Faire une petite réunion pour expliquer*

*aux enfants, et après ils vont le répéter et amplifier avec leurs mots et ça va revenir aux parents ! » (M3), « Et aussi, à l'école c'est très bien, parce que j'imagine que tout le monde ne va pas chez le médecin. Donc ça veut dire que si les personnes ne sont jamais malades, ces personnes ne seront pas au courant » (M9)*

- Pour d'autres, au-delà de l'éducation des filles, l'école devrait également investir le rôle d'éducation parentale, ce qui permettrait l'information des deux générations en parallèle : *« je sais pas, peut-être les médecins scolaires, mettre un petit flyer dans le carnet de correspondance, enfin là ma fille est au lycée, on ne lui parle pas de ça... vous voyez ? » (M2), « ah ben oui ça devrait, en plus ils ont un peu de cours en bio et svt, là ils sont en train de faire la reproduction, donc voilà on en parle ! ça prend cinq minutes au prof, à ce moment-là, hop je donne le petit flyer pour les parents » (M3)*
- Enfin, plusieurs mères ont souligné l'importance de ne pas négliger l'impact des conversations entre les filles elles-mêmes, permettant de diffuser l'information au plus grand nombre comme une « tâche d'huile », ce que nous avons nommé « l'effet cours de récréation » : *« Ma grande fille qui a 14 ans a toutes ses copines qui disent "ah, maman, t'as vu ma copine elle s'est fait vacciner, c'est quoi ? " et du coup on a commencé à parler » (M3), « moi je pense que cette génération est beaucoup plus informée que la nôtre. Ça c'est sûr. Entre filles elles discutent » (M5), « Mais elles en parlent entre elles et ça c'est très bien par contre » (M9)*

### 11.10.2 Concernant l'attitude de la source lorsqu'il s'agit du professionnel de santé

Certaines mères ont suggéré qu'elles auraient probablement plus questionné le professionnel de santé au moment de la délivrance des informations si ce dernier avait fait preuve de moins de condescendance : *« mon gynéco à mont de marsan, une personne qui me prenait de haut, dès que je lui posais une question, il répondait "Ben enfiiiiiiiiin, vous connaissez pas çaaaaa ?", ok bon ben je vais me taire, je me rhabillais et je partais quoi... » (M1), « oui c'est juste du pratique, "est ce qu'il faut mettre un tampon ? est ce qu'elle peut aller à l'eau quand elle a ses règles ?", enfin voilà il en a rien à fiche le gynéco de ça ! enfin je sais pas, c'est pas qu'il en a rien à fiche mais c'est des questions pratiques » (M3)* D'autres déploraient qu'il n'ait pas fait preuve de plus de conviction : *« le médecin m'a apporté les informations, mais tout en me laissant le choix, et je n'ai pas senti vraiment de la certitude de sa part. Je pense que rien que le fait d'en parler un peu plus, ça suffirait. » (M11)*

Ou encore, les mères suggéraient que le médecin leur offre plus de temps afin d'améliorer la qualité et la quantité d'informations délivrée : *« en fait c'est en fonction de l'attitude de la personne. Déjà si elle est pressée par le temps, on sait que la question, on va pas la poser. » (M1), « ben écoutez moi j'en aurai un (conseil) à donner à tous les médecins, les médecins comme vous malheureusement, car vous n'avez pas le temps. » (M11)*

### 11.10.3 Concernant le contenu

Pour finir, plusieurs mères ont souligné l'urgence à dédramatiser la question de la gynécologie en général, sujet encore très tabou selon elles : *« y a personne qui lance le sujet,*

*parce que je pense que c'est un peu délicat aussi... je trouve qu'on devrait en parler plus » (M1), « donc en fin de compte, pour certaines mamans c'est même honteux, moi j'ai pas honte d'en parler, mais est ce qu'il y a d'autres mamans qui ont honte de dire... » (M9), et le besoin de rendre l'information accessible au plus grand nombre malgré ce côté tabou : « moi je pense que les femmes, on n'est pas super bien au courant en amont de pourquoi c'est important de faire ce suivi. Et je suis sûre, que moi encore mes parents m'ont dit ce qu'il fallait faire, (...)... Mais il y a quand même du boulot dans certaines familles je pense » (M8)*

# Chapitre 12

## Schématisation des résultats du codage sous la forme d'un arbre de concepts et analyse interprétative des principaux résultats

Le champ de la motivation est vaste et regroupe de très nombreuses modélisations. Ces théories s'entrecroisent néanmoins. La schématisation des résultats que nous proposons permet de comprendre comment les différents éléments rapportés par les mères s'articulent dans le processus motivationnel. Il s'inspire particulièrement des apports de la théorie de l'autorégulation (Hall et Fong, 2007) et de son principe de feedback, et du principe d'homéostasie.

Comme représenté dans cet arbre de concept, la motivation maternelle consécutive à l'obtention d'informations semble entraîner l'adhérence au comportement choisi en plusieurs étapes.

**l'analyse des stimulations (informations reçues)** La patiente capte des stimulations liées aux informations qu'elle reçoit, puis qu'elle traite. Ces stimulations se traduisent un stress qui peut déstabiliser l'homéostasie interne. Dès lors que la patiente a obtenu des informations inconnues jusqu'à présent ou contraires à celles qu'elle avait auparavant, l'homéostasie est déstabilisée, le contexte est instable.

**l'entreprise de la régulation** La régulation est donc le processus en charge de la recherche des solutions disponibles pour gérer l'inconfort provoqué par les nouvelles informations

Cette lecture des résultats permet de cibler les différentes perspectives qui s'offrent à nous pour améliorer la motivation des mères, ce que nous tenterons de détailler dans la discussion.



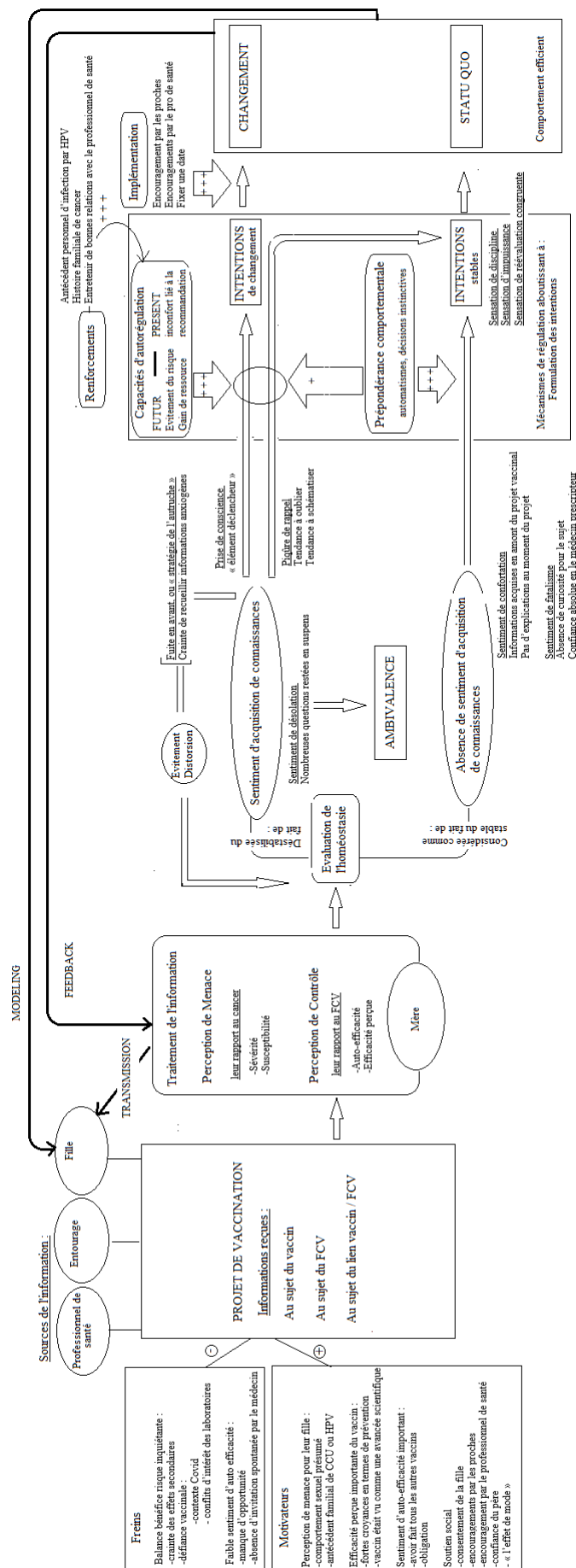


FIGURE 12.1 : Proposition de lecture des résultats sous la forme d'un arbre de concept, inspiré de la théorie de l'autorégulation et du principe d'homéostasie

# Quatrième partie

## Discussion

# Chapitre 13

## Forces et faiblesses de l'étude

### 13.1 Forces

#### 13.1.1 Le choix du sujet

La lecture la plus exhaustive possible de la Littérature internationale nous a appris que les différents travaux de recherche déjà effectués sur l'influence mutuelle de la vaccination contre le HPV et les intentions de dépistage cervical ont suggéré :

- Que les antécédents de dépistage du col de l'utérus des mères influencent la décision de vacciner les filles, les femmes dépistées étant plus susceptibles d'avoir des filles vaccinées. (108) (109) (110) (111) (112) (113)
- Qu'il existait une association positive entre la vaccination et les intentions futures de dépistage chez ces mêmes personnes vaccinées. (99) (100) (101) (102) (103) (104)
- Qu'il existait en revanche très peu d'études évaluant l'effet de l'invitation à la vaccination des filles sur les intentions de dépistage chez leurs mères (114) (116) Il était donc particulièrement intéressant d'évaluer cette dernière hypothèse.

#### 13.1.2 Le choix de la méthodologie qualitative

Les auteurs de toutes les études sus-citées ont fait le choix d'une méthodologie quantitative. Or, la méthode qualitative est une méthode exploratoire qui permet de ne pas induire de résultats issus des représentations des soignants. Une étude quantitative utilise un questionnaire avec des questions fermées. Sans étude qualitative antérieure explorant les représentations des patientes, les questions formulées correspondraient aux représentations des soignants et non à celles des patientes.

Une seule étude qualitative, britannique et menée en 2016 s'est penchée sur l'effet de l'invitation à la vaccination des filles sur les intentions de dépistage chez leurs mères : la participation d'une fille au programme de vaccination contre le HPV semblait bien entraîner une réévaluation des motivations du dépistage du col utérin pour certaines mères. (115) Cette étude est la seule dans son genre.

La forme classique de recherche qualitative, qui plonge ses racines dans l'anthropologie, cherche à déterminer les concepts et les règles de compréhension communes à un groupe, à travers lesquels celui-ci perçoit le monde dans lequel il évolue. La méthodologie qualitative était donc particulièrement intéressante dans un contexte où aucune étude à ce sujet n'a encore été menée en France. Compte tenu des particularités propres à chaque Pays, chacun ayant un bagage de croyances et de représentations différentes, dans des contextes de politique de santé très variables, on pouvait supposer que les points de vue de la population étudiée pourraient être autres que pour l'étude Britannique.

### **13.1.3 Le choix d'une lecture au travers d'un modèle explicatif de l'adhérence validé**

L'originalité de ce travail réside surtout dans son approche. La littérature des modèles explicatifs a permis de comprendre les mécanismes qui sous-tendent la motivation des individus et la capacité de cette motivation à induire chez eux des changements de comportement. Les différents modèles traitent donc de la façon d'optimiser la motivation à l'adhérence.

Parmi ces modèles, la théorie temporelle de l'autorégulation (Hall et Fong) (97), prend acte de la faculté de projection des individus dans le temps, tout en considérant le poids des routines et habitudes passées comme autant de déterminants des comportements futurs, introduisant la notion d'auto-régulation. Les campagnes classiques prônent le dépistage du cancer du col de l'utérus en vertu de bénéfices ultérieurs. Les messages séduisent donc tout particulièrement les individus ayant une forte capacité d'autorégulation. Il était donc justifié de s'inspirer de cette théorie pour l'interprétation des résultats, et la lecture des perspectives qui en découlent (présentées dans cette discussion)

Le choix de ce mode de lecture au travers d'un modèle approuvé dans la littérature constitue une des forces de notre travail, et un apport probable par rapport à l'étude qualitative menée par Spencer et ses collaborateurs, qui se sont inspirés de la théorie du comportement planifiée pour l'analyse de leurs résultats, théorie aujourd'hui considérée comme obsolète qui trouve un faible soutien dans la littérature.

## **13.2 Faiblesses**

### **13.2.1 Limites de l'étude**

#### **13.2.1.1 Taille de l'échantillon**

Nous pouvons nous interroger sur le nombre final de patientes incluses, qui peut paraître faible.

Le fait que le travail soit basé sur le volontariat des patientes avait pour but d'éviter à la chercheuse de paraître trop intrusive d'emblée mais avait l'inconvénient d'être chronophage. De plus, certaines patientes intéressées avouaient des réticences à accepter un entretien du fait de la situation sanitaire liée à la Covid 19 et ont finalement décidé de ne pas participer à l'étude. Ainsi, le recrutement était long, ce qui explique en partie la taille de l'échantillon. Cependant par définition, la méthodologie qualitative ne requiert

pas d'élaborer à l'avance une taille d'échantillon puisque ce dernier n'a pas à être représentatif. La recherche arrive à son terme à obtention de la saturation des données, ce qui était le cas pour le présent travail.

Par ailleurs, la taille de l'échantillon peut interroger sur un autre aspect : dans la population étudiée, seules deux femmes ont exprimé une intention de changement de comportement vis-à-vis de leur suivi futur, ce qui peut également paraître faible au vu des objectifs de l'étude.

Dans l'étude qualitative menée par Spencer et ses collaborateurs, les auteurs se sont affranchis de ce problème grâce à l'utilisation d'un questionnaire préalable à l'entretien, qui permettait de constituer deux groupes de femmes : celles ayant exprimé un changement pour leurs intentions de dépistage futur et celles qui n'exprimaient aucun changement. Là encore, parmi les 606 femmes ayant répondu au questionnaire, 16% seulement avaient annoncé avoir changé d'opinion (chiffre qui se recoupe avec les éléments de notre étude, dans laquelle 2/11 soit grossièrement 18% des femmes interrogées ont exprimé une intention de changement). Les auteurs ont ainsi par la suite pu recruter des patientes des deux groupes dans des proportions similaires, ce qui n'a pas été notre cas.

Fort de ces constatations, il est nécessaire d'insister sur le fait que notre étude s'est concentrée sur l'aspect motivationnel des mères vis à vis du dépistage du col utérin, et non pas sur la réalisation effective de l'acte lui-même. De la même manière, nous ne nous sommes pas concentrés sur les intentions avouées vis-à-vis du comportement prévu, étant donné que l'adoption réelle d'un comportement, bien que découlant de cette intention, n'est pas systématique comme nous l'apprend la littérature sur le sujet des modèles théoriques de l'adhérence. En revanche, la mise en œuvre de ce comportement après formulation de l'intention, sera d'autant plus probable que la motivation est forte.

Ainsi, même si peu de femmes ont indiqué prévoir de modifier leur comportement, l'étude est intéressante par le fait qu'en étudiant les paramètres motivants, elle étudie la probabilité que le comportement, bien que perçu comme nécessaire, soit effectivement adopté.

### **13.2.1.2 Age des participantes**

La moyenne d'âge dans la population étudiée était de 46 ans, avec une médiane de 43 ans. L'âge globalement jeune des patientes étudiées découlait logiquement des critères d'inclusion, qui exigeaient que les mères interrogées aient des filles en âge de recevoir la vaccination HPV.

Cependant, nous avons vu que les données épidémiologiques de couverture du dépistage soulèvent qu'à partir de 50 ans les femmes sont moins fréquemment dépistées, alors même qu'elles présentent un risque plus élevé de CCU que les femmes plus jeunes, le pic d'incidence de ce cancer se situant vers 50 ans et l'âge médian au diagnostic étant de 53 ans. Donc l'utilisation de la fille pour cibler la mère n'est pas pertinente pour ces populations plus à risque, dont les filles sont déjà souvent plus âgées et donc ne sont plus concernées par les recommandations vaccinales.

L'âge des participantes n'est donc pas une faiblesse en soi pour l'étude, mais il est intéressant de souligner que les hypothèses induites à l'issue de cette étude, et les perspectives d'amélioration de couverture du dépistage ne sont pas applicables à cette population plus âgée.

### **13.2.1.3 Situation géographique des participantes :**

Nous avons réalisé cette étude dans un territoire restreint pour des raisons pratiques. D'une part, les médecins généralistes et pharmacies du secteur étaient familiers de la chercheuse et ont aidé à recruter rapidement des patientes, d'autre part la proximité géographique a permis de planifier rapidement les entretiens avec les patientes.

### **13.2.1.4 Le choix de ne pas inclure les mères ayant un projet de vaccination pour leurs garçons**

Il est pertinent de s'interroger sur la raison pour laquelle nous n'avons pas inclus dans le présent travail les mères qui avaient initié la vaccination chez leurs fils, compte tenu des recommandations vaccinales récentes élargissant la population cible aux garçons de 11 à 19 ans. Il s'agit en réalité d'un parti pris volontaire.

Le contenu de l'information délivrée en consultation pré vaccinale (dont nous supposons qu'elle serait susceptible d'entraîner une réévaluation des motivations au dépistage chez la mère) se doit d'être adaptée aux besoins du destinataire et à sa compréhension. Par conséquent, pour saisir l'intérêt du récepteur (surtout d'un si jeune âge), l'information ne peut évidemment pas être strictement identique dans le cadre du projet vaccinal d'une fille ou d'un garçon.

Nous avons donc formulé l'hypothèse que la problématique du cancer du col de l'utérus et des moyens de prévention existants capterait probablement plus l'attention d'une jeune fille que d'un jeune garçon, et serait dans ce cas développée plus en détail au cours de la consultation, information qui serait à son tour à même de produire l'effet escompté sur la mère.

Cela explique également pourquoi ce travail s'intéresse aux interactions mère/fille, dans lesquelles l'effet miroir semble jouer immanquablement.

## **13.2.2 Biais de l'étude**

### **13.2.2.1 Biais de recrutement**

Comme nous l'avons précisé, le recrutement mis en œuvre pour ce travail était fixé sur la base du volontariat. De ce fait, les patientes interrogées avaient certainement un attrait pour le sujet traité, ce qui constitue un biais de recrutement.

Au final, les patientes ont été recrutées majoritairement au sein d'un cabinet médical. Chez ces patientes, on ne peut écarter une certaine similarité de suivi, ce qui a pu se traduire par des réponses assez uniformes.

### 13.2.2.2 Biais de « *bonne santé des travailleurs* »

Ce biais apparaît lorsque les participants à une étude sont choisis dans une population de travailleurs, ce qui a été le cas pour cette étude. Il est lié au fait qu'en milieu de travail, les individus sont capables d'exercer un travail régulier, et donc sont à priori en meilleure santé que la population générale dans laquelle on trouve des malades incapables de tenir un emploi. On ne peut donc écarter que les patientes recrutées étaient toutes en bonne santé et bénéficiaient probablement d'un suivi médical de bonne qualité.

### 13.2.2.3 Biais de similarité

L'effet « *boule de neige* » a pu être utilisé lors du recrutement dans la mesure où chaque patiente était invitée à faire participer d'autres mères de sa connaissance. Ainsi, deux des patientes nous ont permis d'en recruter deux autres. Même si l'utilisation de l'effet « *boule de neige* » ne constituait pas un biais en soi, dans la mesure où chaque individu aurait tendance à considérer inconsciemment de manière plus favorable les personnes qui lui ressemblent, on ne peut écarter une probable éducation médicale proche et un recours aux soins similaires entre ces patientes. On ne peut donc pas écarter le doute que leurs réponses se recoupaient.

### 13.2.2.4 Biais de contamination

Ce type de biais apparaît lorsque les individus interrogés apprennent à l'avance l'objet de l'étude et les réponses attendues. Le fait que les patientes reçoivent des informations sur le sujet de l'étude dans la lettre d'invitation qui leur avait été confiée par les médecins et pharmaciens pouvait avoir incité les patientes à se renseigner avant l'entretien. Afin de limiter ce biais, la lettre d'information omettait volontairement que l'étude portait sur l'influence de la vaccination contre le HPV sur les intentions de dépistage cervical, et présentait plutôt une étude des deux préventions sans connexion évidente.

Ce biais peut également apparaître lorsque les individus interrogés apprennent à l'avance par les autres (personnes interrogées avant) quelles sont les réponses attendues. On ne peut donc pas écarter que les patientes recrutées par « *effet boule de neige* » ne se soient pas mutuellement influencées dans leurs réponses.

### 13.2.2.5 Biais de désirabilité

Il s'agit du fait de modifier inconsciemment son comportement de manière à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé. Pour limiter ce biais, les entretiens se sont pour la majorité déroulés à huis clos, mais on ne peut éliminer le biais de désirabilité occasionné par la présence de la chercheuse, qui a pu conditionner les réponses de certaines.

### 13.2.2.6 Biais relatifs à la méthode qualitative et au déroulement des entretiens

L'étude était réalisée en entretiens semi-dirigés. Selon le sociologue William L. Neuman ref on peut retrouver six catégories de biais susceptibles d'apparaître au cours d'un entretien :

- Les erreurs du répondant relatives aux oublis, à la mauvaise compréhension des questions et à la gêne occasionnée, des mensonges liés à la présence d'autrui (biais de désirabilité)
- Les altérations intentionnelles du chercheur qui en reformulant les questions, peut modifier les réponses fournies
- Les erreurs non intentionnelles dues à la négligence du chercheur comme la mauvaise lecture d'une question, la modification non pertinente de l'ordre des questions, la prise en compte d'une réponse non pertinente ou incorrecte fournie à une question par l'informateur.
- Les influences directement liées au chercheur, telles que son apparence, le ton de sa voix, son attitude, ses réactions aux réponses
- Les influences dues aux attentes du chercheur en fonction de l'apparence du répondant, de sa situation de vie ou de ses réponses préalables
- Les erreurs dues à une exploitation insuffisante ou défectueuse des résultats de l'entretien



# Chapitre 14

## Discussion au sujet des principaux résultats

### 14.1 Au sujet du traitement de l'information délivrée : du cas général au cas particulier de la mère

L'ensemble des connaissances acquises concernant le cancer du col de l'utérus a pu impacter différemment les mères en fonction de ce qu'elles ont pu percevoir de la sévérité de la maladie, et de leur probabilité d'y être confrontée.

Malgré une perception adéquate du danger majeur représenté par le CCU, la perception de leur susceptibilité à contracter la maladie était, selon les mères, très variable. Un argument avancé fréquemment lorsqu'elles réalisaient le lien entre HPV et cancer était qu'elles estimaient que leurs comportements sexuels « *sages* » ne les exposaient pas aux IST. Un autre argument était qu'elles se considéraient trop âgées pour être à risque. Le risque découlant de cette attitude est que les mères confèrent à la menace un degré insuffisant, et la ré appréciation de leur propre risque à la baisse pourrait limiter la motivation à se faire dépister

De la même manière, la perception de contrôle que les mères avaient vis-à-vis de la maladie dépendait de la vision qu'elles avaient des tenants et aboutissants du FCV, et là encore l'efficacité perçue était très variable.

- Le risque de ré appréciation à la baisse de l'utilité du FCV n'était pas négligeable, lorsqu'elles réalisaient le contenu des nouvelles recommandations (utilisation du test HPV pour l'analyse du FCV) et qu'elles réalisaient en parallèle la transmission sexuelle du virus. On peut donc craindre que le fait de faire le lien entre HPV comme IST et la recherche de HPV comme nouvelle modalité de dépistage puisse entraîner un changement négatif dans les comportements de dépistage prévus. C'est-à-dire craindre que les femmes qui associent la transmission du HPV à des comportements sexuels à risque estiment qu'elles n'ont pas besoin de dépistage si elles sont monogames. On pourrait craindre aussi que dans ce contexte les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus soient blâmées d'avoir eu des comportements sexuels à risque

- A l'inverse, une confiance trop absolue en l'efficacité du FCV pouvait atténuer la vulnérabilité perçue. Selon Desrichard et al., 2001 (87), si un contrôle est possible et que l'individu sait pouvoir fournir des efforts pour dominer la situation, ce dernier peut s'estimer moins à risque que les autres, voire se sentir invulnérable (illusion de contrôle) et donc ne pas agir.

**Donc** Prodiger une information exhaustive sur le cancer du col de l'utérus permet bel et bien d'améliorer la qualité des connaissances des patientes. A l'instar de certaines observations de la littérature (Fenton, 2011 ; Rimer et al., 2004 ; Smith et al., 2010), le fait de délivrer une information permet une prise de décision éclairée et la démarche apparaît de sorte plus déontologique, plus objective. Elle intervient dans le processus d'information, améliorant la qualité des connaissances de l'individu

Mais le revers de la médaille est que les patientes mises au courant de l'ensemble des données entretiennent soit une plus grande méfiance vis-à-vis de la recommandation, soit un sentiment d'invulnérabilité. Il semblerait donc que cette approche puisse parfois entraîner des attitudes ambivalentes vis-à-vis du dépistage.

#### **Une perspective :**

- Expliquer la très lente évolution du virus.
- Expliquer l'âge au pic d'incidence

## **14.2 Au sujet des conséquences de la satisfaction liée à l'information reçue sur les intentions de comportement des mères**

Bien que toutes les mères aient incontestablement acquis des connaissances après s'être intéressées aux tenants et aboutissants de la vaccination pour leurs filles (cf objectif secondaire), il était très intéressant de constater que ce sentiment d'acquisition était extrêmement variable d'une mère à l'autre.

Ainsi, six types de « *sentiments* » ont pu être identifiés, nous les avons baptisés : sentiment de confortation, de fatalisme, de désolation, de piqure de rappel, de prise de conscience, de fuite en avant.

Fort de ces sentiments d'acquisition variables, les mères ont formulé des intentions vis-à-vis de leur dépistage futur. Bien que l'intention ne prédise pas forcément l'acte, elle reste comme nous l'avons vu précédemment un des déterminants majeurs de la motivation.

Nous savons que le rôle de l'apprentissage est essentiel dans le processus de détermination de la conduite, car cet apprentissage impacte fortement les intentions.

Il est très intéressant de souligner que, conformément aux différents modèles psychologiques de l'adhérence, dans notre étude, les intentions futures vis-à-vis du dépistage étaient fortement conditionnées par le sentiment d'acquisition de connaissance.

Le modèle Economique de Préservation de l'Homéostasie (EPH) (118) propose une lecture transverse des principaux modèles explicatifs de la conduite, plus particulièrement des apports de la théorie de l'autorégulation (Hall et Fong, 2007) (97), et définit plusieurs processus en charge de gérer l'inconfort suscité par l'acquisition de connaissance, afin de rétablir l'homéostasie. Il s'agit des différentes stratégies de régulation.

Dans cette analyse interprétative des résultats, nous avons tenté de comprendre comment ces stratégies de régulation avaient pu être vecteur des intentions des mères.

### **14.2.1 Le sentiment de prise de conscience : régulation innovante menant à une intention de changement**

Au contraire des décisions instinctives, motivées par des automatismes, les mères semblaient plus à même de remettre en question leurs comportements actuels lorsqu'elles réalisaient que leurs comportements n'avaient pas que des retombées immédiates : « *ça aurait pu être dangereux, là il se trouve que je n'ai rien, mais je suis passée entre les mailles du filet... j'aurais pu...* » (M5)

Lorsqu'elles percevaient cette notion de temporalité, elles semblaient mettre en œuvre des mécanismes d'autorégulation innovante, et étaient ainsi plus à même de faire le deuil d'un certain confort immédiat en se conformant à la recommandation de dépistage, au profit d'un évitement du risque futur et d'un gain de ressources pour l'avenir. C'était le cas pour les mères 5 et 9.

### **14.2.2 Le sentiment de piquêre de rappel : régulation innovante menant au statu quo conforme à la recommandation**

Cette même remise en question pouvait se produire sans mener nécessairement à un changement, chez les mères qui avaient déjà des comportements conformes aux recommandations de dépistage (que « *ça a complètement validé le projet initial* » (M10), mais la régulation était tout de même innovante en le sens que l'information renforçait leurs opinions préexistantes. C'était le cas pour les mères 2 et 10.

Cette stratégie de régulation innovante est donc indispensable pour induire une intention de changement. Cependant, même initiée, une telle régulation n'assure pas nécessairement l'achèvement de son but, et des encouragements semblaient nécessaires pour optimiser les chances de transformer l'intention en changement effectif : par exemple « *C'est super parce que là vous m'en parlez, donc il faut que je la rappelle pour prendre rdv* » (M9).

L'implémentation et le soutien social doivent alors être considérés par le professionnel de santé

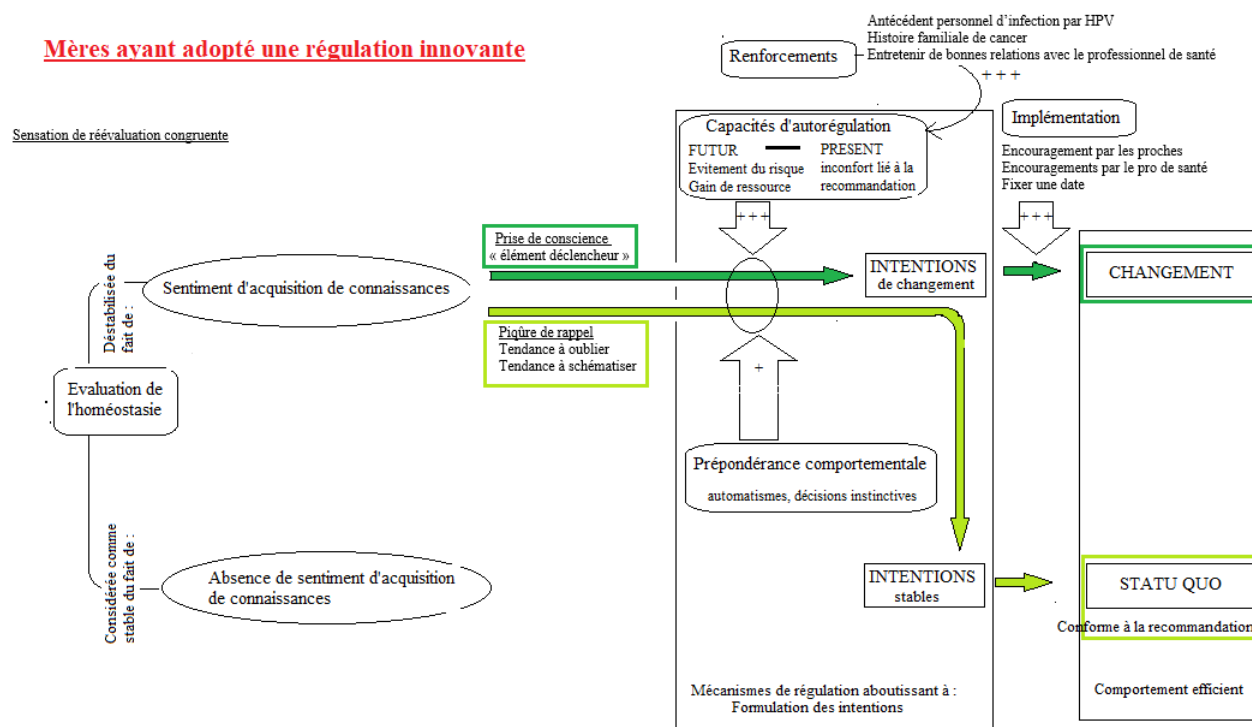


FIGURE 14.1 : mères ayant adopté une régulation dite innovante

### 14.2.3 Les sentiments de confortation et de fatalisme : régulation constitutive menant au statu quo

Lorsque le contexte n'est pas considéré comme déstabilisé par l'information, l'expression des automatismes tels que l'habitude ou les routines semble être favorisé et aboutit à l'adoption d'une stratégie de « *statu quo* ». Ce dernier peut revêtir un caractère conforme, indéfini ou antinomique avec la recommandation de santé. Les mères 3 et 8 avaient exprimé un sentiment de confortation, les mères 4 et 7 un sentiment de fatalisme, bien que pour des raisons différentes (sensation de discipline, sensation d'impuissance), ont adopté ce type de régulation pour des raisons différentes.

Bien que dans notre étude, cette situation de statu quo était la plupart du temps conforme aux recommandations, du fait que les patientes interrogées avaient un suivi de bonne qualité, ce type de régulation peut être dangereux s'il favorise l'expression de conduites néfastes.

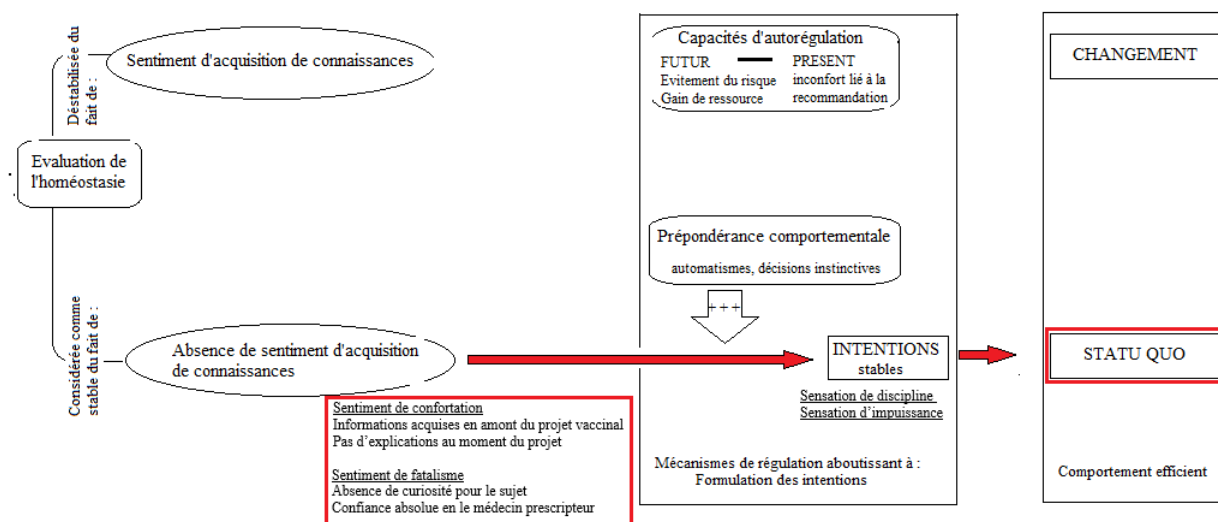
**Mères ayant adopté une régulation constitutive**

FIGURE 14.2 : mères ayant adopté une régulation dite constitutive

**14.2.4 Le sentiment de désolation et l'ambivalence**

Parfois, si elle estime que trop de questionnements sont restés en suspens, ou que les informations acquises ne sont pas satisfaisantes, la patiente semble demeurer hésitante, pèse le pour et le contre du changement ainsi que du statu quo sans toutefois arrêter de décision ni entreprendre l'activation d'une régulation

La mère 1 est restée dans l'ambivalence sous prétexte qu'elle ne voulait pas agir en méconnaissance de cause : « *j'ai prévu de poser des questions au sujet de ce compte rendu que j'ai reçu, mon dossier est prêt, j'attends le 20 mai de rencontrer cette dame, et j'aimerais qu'elle puisse m'expliquer* » (M1), et qu'elle éprouvait un besoin d'implication (souhait d'être acteur de sa santé) « *c'est NOTRE santé quoi* » (M1), tandis que la mère 11, après hésitation, avait fini par entreprendre une régulation défensive menant à une stratégie de statu quo.

Une information laissant les mères dans l'ambivalence est donc à bannir, car semble « *casser* » le processus motivationnel.

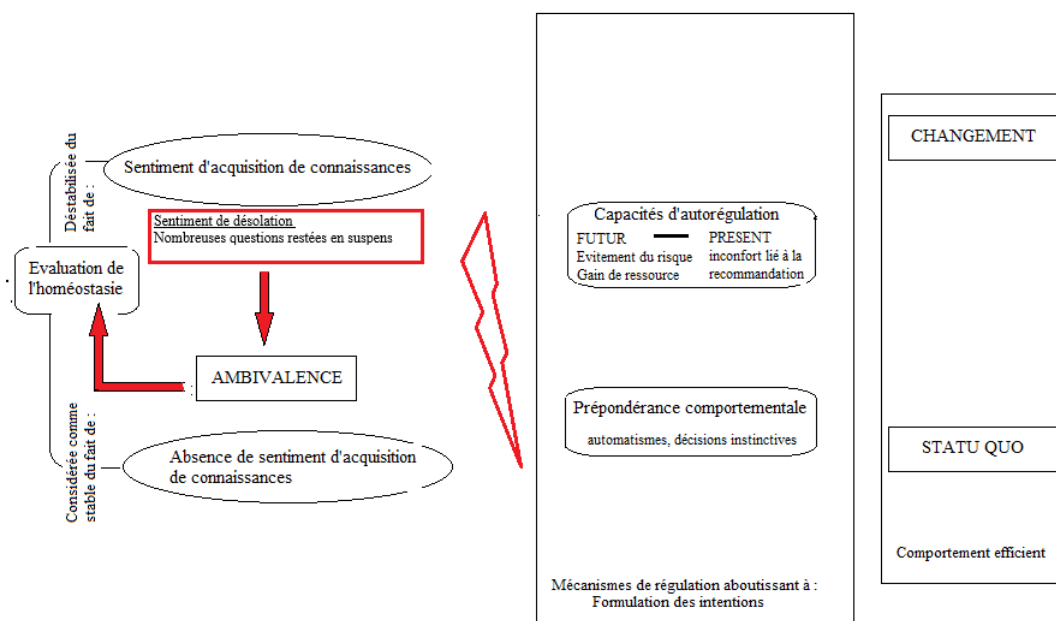
**Mères n'ayant pas adopté de stratégie de régulation**

FIGURE 14.3 : mères n'ayant pas adopté de stratégie de régulation

**14.2.5 La fuite en avant et les mécanismes de distorsion et d'évitement**

Lorsque les informations acquises sont vécues comme trop déstabilisantes et contraires aux notions antérieures, il semblerait qu'elles pourraient parfois être interprétées de façon inadaptée, pour redevenir congruentes aux connaissances antérieures justifiant ainsi le « *statu quo* ». Ce mécanisme de régulation vise à apaiser l'inconfort par des mécanismes d'évitement et de distorsion des informations.

C'était le cas de la mère 6, qui a pu user d'arguments spécieux pour justifier la stabilité de ses intentions : « *Après dans ma famille il n'y en a pas eu donc je ne m'alarme pas outre mesure* » (M6), ou qui évitait de se poser les bonnes questions « *le fait que vous ne soyez pas vaccinée, qu'est-ce que ça vous inspire ? - Non, rien du tout. Je n'y pense absolument pas* » (M6)

Ce mode de régulation dite défensive, prompt à décrédibiliser le message et donc la menace, est dangereux car pourrait mener à des conduites encore plus risquées chez ces patientes, suite à la réévaluation à la baisse de leur propre risque.

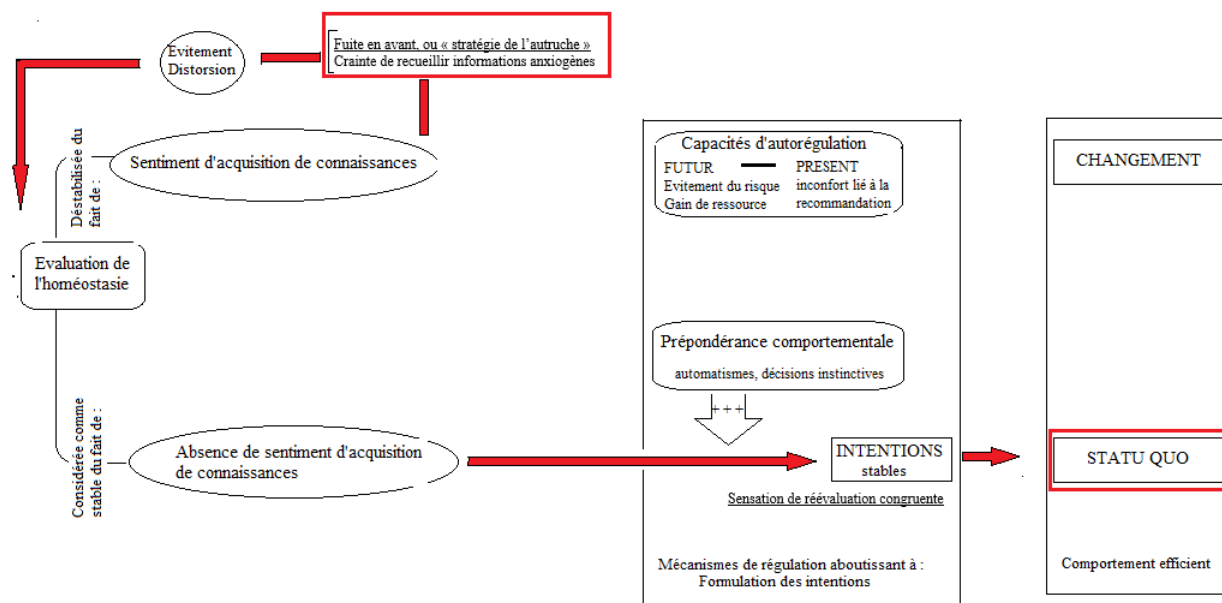
**Mères ayant adopté une régulation défensive**

FIGURE 14.4 : mères ayant adopté une régulation dite défensive

**14.3 Au sujet de la place des décisions instinctives**

Dans cette étude, nous avons pu constater que si les FCV s'étaient toujours révélés normaux dans le passé, les mères semblaient encouragées à poursuivre le dépistage de la même façon sans soulever de questionnements nouveaux ni inciter à la curiosité : « *ben je me suis jamais posé la question... jamais... Parce que les résultats pour moi ça revenait toujours bien comme d'habitude* » (M9).

McInerney-Leo et ses collaborateurs (2006) (90) illustrent ainsi dans une étude le poids des routines et des renforcements passés. Des femmes étaient ainsi suivies, suspectées d'être affectées par une mutation familiale du gène BRCA1/2 prédisposant au cancer du sein. Ces femmes suivaient régulièrement des mammographies de sécurité avant l'âge recommandé sans pour autant s'être encore assurées de leur prédisposition au moyen d'un test oncogénétique. Une fois ce résultat prononcé, les auteurs constatent une baisse du sentiment de vulnérabilité chez les patientes ayant reçu un test négatif, mais étonnement aucun effet sur la conduite. Les femmes rassurées de ne pas être issues d'une famille génétique de cancer persistant en effet par habitude à passer des mammographies pourtant rendues superflues.

Les habitudes semblent donc difficiles à court-circuiter, ce qui pose un problème à fortiori lorsqu'elles sont néfastes.

**14.4 Au sujet de la dimension temporelle**

Au contraire des décisions instinctives, motivées par des automatismes, les mères semblaient plus à même de remettre en question leurs comportements actuels lorsqu'elles

réalisaient que leurs comportements n'avaient pas que des retombées immédiates. Les conséquences immédiates de la mise en œuvre de la « *bonne conduite* » (réalisation du FCV) rimaient pour la plupart des mères avec le deuil d'un certain confort. Cependant, les mères semblaient pour la plupart considérer que le FCV était le prix à payer en gage d'un bien être futur. Leur capacité à contrebalancer les éléments perçus négativement semblait plus importante lorsqu'elles étaient conscientes de la gravité du cancer, et que leurs croyances générales en termes de prévention étaient fortes (« *Et moi la prévention je trouve que c'est bien. Vaut mieux prévenir que guérir, comme on dit toujours. Le dicton est toujours valable* » (M9))

Cette capacité à se projeter dans le temps et de faire fi des contingences proximales de la recommandation au profit d'un bénéfice ultérieur semblait encore plus fort lorsque les mères avaient déjà été confrontées à la maladie d'une manière générale, renforçant le sentiment de menace. (c'était le cas par exemple pour une mère ayant eu un antécédent personnel de HPV « *moi en 2017 j'ai eu un papillomavirus, du coup ça m'a un peu fait peur* » « *du coup ça me sert hein, parce que je fais le suivi comme il faut* » (M8), ou pour les mères qui avaient un antécédent familial de cancer « *quand on a eu un cas dans la famille, je pense qu'on est plus sensibilisés* » (M3))

## 14.5 Au sujet de la relation mère et fille : deux entités indissociables

La prise de conscience que le cancer du col utérin présentait un risque futur pour leurs filles a mis au défi les mères de montrer l'exemple à leurs filles. Ces dernières, étant désormais conscientes du risque de cancer du col de l'utérus, exigeaient également une action de la part de leurs mères.

Il existe donc une série de liens et de rétroactions entre mère et fille, qui participent de concert à co-motiver leurs comportements respectifs.

**Fille sur mère** D'une part les mères ont réalisé que l'omission du dépistage pourrait impacter leur famille si des anomalies cervicales n'étaient pas détectées « *moi je me suis vue morte, je me suis dit je vais mourir et je vais pas élever mes enfants !!* » (M8), et cette prise en considération semblait faciliter la réévaluation de leurs habitudes passées, entraînant le processus d'autorégulation nécessaire à la motivation au changement. Le fait de « *devoir être là à l'avenir* » pour ses enfants était le principal facteur permettant une centration des mères sur une temporalité future : elles se tenaient alors disposées à concéder quelques contraintes immédiates (FCV), cela dans l'optique de gains à venir ou pour éviter des préjudices futurs. Cette position a le mérite de rendre les individus particulièrement adhérents aux recommandations de santé (pour Zimbardo et Boyd (98))

Les filles sont des « *proches* » bien particuliers, qui peuvent jouer un rôle actif en influençant les mères en matière de dépistage du cancer du col : la fille peut elle-même délivrer des informations à la mère, enrichissant ainsi son bagage de connaissances. « *j'ai été agréablement surprise, je ne le savais pas, c'est ma fille dernièrement qui me l'a dit* » (M9). Comme nous l'avons vu, les mères portent d'autant plus de crédit aux informations délivrées qu'elles estiment que la source du message est digne de confiance.



**Mère sur fille** Les mères ont beaucoup évoqué le rôle d'apprentissage dont elles se sentaient investies vis à vis de leurs filles. On peut s'attendre à ce que les mères qui prennent en considération leur propre risque de cancer du col de l'utérus, prennent en considération également celui de leurs filles.

Ainsi en évaluant leur propre risque et leur capacité de contrôle, les mères ont également en parallèle évalué le risque post vaccinal pour leurs filles. C'est ainsi que les mères ont toutes évoqué l'idée qu'elles se faisaient du dépistage futur de leurs filles. Prenant leur rôle d'éducation à cœur, elles inculqueront probablement leur vision aux filles, ce qui conditionnera sans doute les futures intentions de dépistage des filles.

Une fois de plus, il faut souligner que l'information qu'elles avaient reçu n'était pas toujours adaptée, les mères pouvant évoquer un « *effet doublon* » entre FCV et vaccin : « *Mais je me dis que peut être que du coup elles en feront moins que nous, vu qu'elles ont eu ce vaccin en amont* » (M9), ce qui souligne la nécessité de prendre en compte l'impact des représentations maternelles sur le suivi futur des filles, potentiellement dangereux en cas d'incompréhension. Une information inadaptée pourrait alors, contrairement à ce qui est attendu, desservir l'enjeu de santé publique lié à la prévention du cancer du col de l'utérus.

Les mères ont aussi mentionné qu'elles avaient un rôle de modèle à jouer. Au-delà de la transmission volontaire de connaissance que nous venons d'évoquer, on peut supposer que par un processus de modeling le comportement d'une mère influencera sa fille pour ses comportements futurs. Il s'agit de l'apprentissage vicariant par imitation.

La mère est elle-même soumise aux influences de sa propre mère (qui peut être un modèle ou un contre-modèle), et la fille transmet à la mère elle aussi. La prise de conscience de cette réciprocité est donc fondamentale pour notre étude, et pointe du doigt la pertinence de se servir de la consultation vaccinale des filles pour influencer les mères.

## 14.6 Au sujet de l'objectif secondaire

Nous avons pour objectif secondaire d'étudier ce que les mères apprennent sur la prévention du cancer du col de l'utérus à partir de l'information délivrée à leurs filles concernant les objectifs de la vaccination, et concernant les nouvelles modalités de dépistage par test HPV. Nous avons tenté d'y répondre dans les paragraphes « *connaissances théoriques des mères* » et « *à l'origine du projet de vaccination* », placés dans les résultats. Selon nous, trois points méritent particulièrement notre attention :

### **Premièrement concernant la source de l'information**

Le médecin traitant était cité le plus souvent. Il était également perçu comme une source à la fois fiable, experte, mais aussi digne de confiance. En revanche, aucune brochure ou document explicatif mis à la disposition des mères n'avait semblé percutant. Il ne s'agit donc probablement pas du meilleur canal d'information, car semble peu susceptible de capter l'attention des mères ou de laisser un souvenir durable du contenu. Ce constat nous laisse penser qu'une campagne de sensibilisation, ou encore des invitations sous

forme de courrier, qu'il s'agisse de la vaccination ou même, par extension, du dépistage dans le cadre du PNDO, ne pourront être efficaces que de concert avec les encouragements et explications du médecin traitant.

### **Deuxièmement, concernant la vaccination pour les garçons**

Aucune mère n'ignorait la notion d'élargissement de la population cible du vaccin aux garçons. En revanche, seules trois mères avaient bien la notion que le vaccin avait un rôle de protection pour les garçons également. Cela pose un problème car les mères qui n'avaient pas cette notion étaient extrêmement dubitatives sur l'acceptabilité d'une telle recommandation. Certaines mères ayant fait vacciner leur fille et qui avaient également un fils n'envisageaient absolument pas la vaccination pour ces derniers. Il semble donc évident que le sujet n'avait pas été correctement abordé alors que l'occasion s'était pourtant présentée dans le cadre de la vaccination de la fille, ce que nous pouvons déplorer.

### **Troisièmement, concernant les nouvelles modalités de dépistage par test HPV**

Seules quatre patientes avaient déjà entendu parler des nouvelles modalités de FCV et de la recherche du HPV en première intention, dont trois d'entre elles ne comprenaient pas pourquoi. Une de ces mères ayant elle-même réalisé la transmission sexuelle du virus était offusquée que l'on puisse rechercher l'infection chez elle, ce qui, comme nous l'avons vu précédemment, peut représenter un danger en limitant la perception de leur susceptibilité au risque. Les autres patientes n'avaient pas du tout cette notion, et lorsque l'information leur a été délivrée au cours de l'entretien (seule information que la chercheuse s'est permis de fournir, en toute fin d'entretien afin de ne pas biaiser les réponses aux précédentes questions), seules deux d'entre elles ont trouvé une logique, les autres étaient déstabilisées par la nouvelle, voire estimaient que l'efficacité du FCV pour la recherche de cancer s'en trouverait atténuée. Une information plus axée sur l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus et de l'implication du HPV dans cette maladie devrait être fournie.

# Chapitre 15

## Perspectives

L'étude réalisée avait également pour finalité de pouvoir proposer des pistes d'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus en identifiant les éléments motivationnels issus de la consultation vaccinale des filles sur lesquels il était possible d'agir, en tant que médecin traitant ou à plus grande échelle. Parmi ces éléments, beaucoup sont intrinsèquement liés à la patiente et donc non accessibles par le médecin, comme l'éducation familiale, l'influence de l'entourage.

Le manque de connaissances du fait d'une information inadaptée ou insuffisante par rapport au cancer du col de l'utérus fait partie des entraves à l'adhérence repérées par l'étude sur lesquelles les soignants peuvent avoir un impact. Nous l'avons vu, l'information délivrée au cours de la consultation pour la vaccination des filles est selon la littérature à même d'améliorer la participation au dépistage des mères.

A partir des suggestions spontanées des patientes et de l'analyse des différents résultats, plusieurs pistes d'amélioration semblent s'offrir à nous pour optimiser la communication dans le cadre du projet de vaccination des filles.

### 15.1 Perspectives concernant le contenu de l'information

Comme représenté dans l'arbre de concept proposé dans les résultats, la motivation semble entraîner l'adhérence à un comportement en plusieurs étapes. Une information d'emblée adaptée impacterait probablement positivement chacune de ces étapes. Les pistes d'amélioration que nous souhaiterions proposer peuvent se résumer en une phrase : afin de promouvoir avec efficacité l'adhérence au dépistage, il est souhaitable de délivrer une information accessible (Hypothèse a), impliquante (Hypothèse b), vectrice de changement (Hypothèse c), et en même temps assez attentive aux motivations adverses pour les limiter (Hypothèse d) et les court-circuiter lorsqu'elles pré existaient (Hypothèse e)

**Hypothèse a : Une information accessible** Elle doit être disponible, adaptée aux besoins du destinataire et à sa compréhension. Elle doit pouvoir saisir l'intérêt et l'attention de la patiente afin qu'elle traite l'information, quelle que soit sa capacité d'autorégulation. Par ailleurs, il semblerait que la patiente porte d'autant plus crédit à l'information qu'elle considère que la source est experte, ou digne de confiance.

**Hypothèse b : Une information impliquante** Le message doit être impliquant, raisonnablement menaçant et adapté à la sensibilité de chacun, afin d'être vectrice de motivation. Cela permettrait une « *appropriation de la motivation* ». Dans la mesure du possible, un cadrage proximal des effets délétères à ne pas mettre en œuvre le comportement souhaité (réalisation du dépistage) pourrait être favorisé afin que les mères prennent le danger en considération quelle que soit leur capacité à se projeter dans le temps. Nous convenons cependant que la menace est très subjective, et prompte à la sensibilité de chacun. Sa perception est par conséquent complexe à stimuler.

**Hypothèse c : Une information vectrice de changement** L'information doit valoriser la confiance de la mère dans sa propre capacité à mettre en œuvre la recommandation (donc stimuler l'auto-efficacité), et rendre l'action pertinente (et stimuler l'efficacité perçue). Pour cela, un cadrage proximal des bénéfices découlant de la bonne pratique du dépistage pourrait être favorisé, pour les mêmes raisons qu'énoncé dans l'hypothèse b.

**Hypothèse d : Une information attentive aux motivations adverses pour les limiter** Donc l'information ne doit pas induire d'inconfort susceptible de causer une motivation adverse, tel que l'inconfort attendant à la recommandation par exemple, ce qui serait délétère à une régulation innovante.

**Hypothèse e : Une information capable de court-circuiter les motivations adverses** Le message doit être incompatible avec tout statu quo antinomique à la recommandation : il doit aider la patiente à prendre du recul sur la situation afin qu'elle cible et court-circuite d'elle-même ses engagements néfastes.

**Hypothèse f : Une information circonstanciée** A la place d'un but vague et indéfini (j'ai l'intention d'accomplir x), il s'agirait d'aider les mères à préciser des repères spatiaux et temporels à son objectif (j'ai l'intention d'accomplir x à un temps y et dans un lieu z). Hall et Fong, dans leur théorie temporelle de l'autorégulation, parlent d'implémentation (97). Plusieurs études rapportent une efficacité de l'implémentation à optimiser la transition entre la phase décisionnelle (intention) et la phase de l'action : (Sheeran et Orbell, 2000 (85), Gollwitzer et Brandstätter 1997 (119)) . Ainsi l'intention implémentée est plus prédictive de la mise en œuvre effective du comportement. Le simple fait d'aider la patiente dans la prise de rendez-vous, ou encore l'orienter vers un professionnel de santé en particulier pourrait ainsi augmenter les chances qu'elle bénéficie effectivement du dépistage.

Le schéma 15.1, qui reprend la structure de l'arbre de concepts présenté dans les résultats, synthétise comment les différentes hypothèses pourraient conditionner l'évolution d'une étape vers l'étape suivante dans le processus motivationnel des mères.



## 15.2 Perspectives concernant les sources de l'information

### 15.2.1 Perspectives d'amélioration à grande échelle

#### 15.2.1.1 La médecine en milieu scolaire

Nous le savons, la vaccination en milieu scolaire est de nature à augmenter la couverture vaccinale et à réduire les inégalités socio-économiques. Les expériences étrangères nous le confirment. Une étude menée auprès de 25 pays de l'union Européenne entre 2006 et 2017, rapportait que dans les dix pays considérés comme ayant une couverture vaccinale élevée (>71%), la vaccination était principalement dispensée par les services de santé scolaire (120)

En avril 2019, les régions Grand Est et Guyane ont été choisies par le Ministère de la santé pour mener une expérimentation visant à améliorer les pratiques des professionnels et des établissements de santé afin d'améliorer la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain (HPV) chez les jeunes filles de 11 à 14 ans (121) , confirmant l'importance des objectifs fixés par le plan cancer 2014-2019 « *Renforcer la communication vers les jeunes filles et les parents sur l'enjeu de la vaccination en mobilisant les relais locaux associatifs, les collectivités territoriales et les services de santé scolaire* » (25)

Pour cette expérimentation, d'une durée de 3 ans, deux stratégies de facilitation sont testées : d'une part, le rattrapage vaccinal en milieu scolaire, et, d'autre part, l'envoi d'un courrier aux parents des jeunes filles non vaccinées, les incitant à faire vacciner leur enfant.

Il est intéressant de constater que ces mesures en cours d'évaluation, ont fait partie des suggestions spontanément émises par les mères ayant participé à notre étude. C'était ainsi le cas pour la promotion de l'information en milieu scolaire : « *Et pourquoi ils font pas passer ces informations dans les collèges ? Faire une petite réunion pour expliquer aux enfants* » (M3). Nous verrons par la suite qu'il en est de même pour les campagnes de vaccination.

Mais au-delà des objectifs d'amélioration de couverture vaccinale, selon plusieurs mères dans notre étude, l'école devrait également investir le rôle d'éducation parentale, ce qui permettrait l'information des deux générations en parallèle : « *je sais pas, peut-être les médecins scolaires, mettre un petit flyer dans le carnet de correspondance, enfin là ma fille est au lycée, on ne lui parle pas de ça... vous voyez ?* » (M2), « *ah ben oui ça devrait, en plus ils ont un peu de cours en bio et svt, là ils sont en train de faire la reproduction, donc voilà on en parle ! ça prend cinq minutes au prof, à ce moment-là, hop je donne le petit flyer pour les parents* » (M3) . Plusieurs mères déploraient d'ailleurs d'être moins informées que leurs propres filles : « *moi je pense que cette génération est beaucoup plus informée que la nôtre. Ça c'est sûr. Entre filles elles discutent* » (M5)

Une piste d'investigation soulevée par notre étude serait donc de dispenser dans un même temps des informations sur le cancer du col de l'utérus à l'attention des parents. Cette information pourrait, chez les mères, entraîner un éclairage sur l'histoire naturelle de l'infection à HPV, et les aider à prendre du recul sur leur situation et la nécessité du

dépistage. Autrement dit, il serait contre-productif de limiter l'autonomie de la mère en la « *désimpliquant* » de la prise de décision de vacciner leur fille.

### 15.2.1.2 Le potentiel d'une campagne d'invitation active à la vaccination

Plusieurs mères ont souligné qu'un des freins à l'initiation de la vaccination chez leurs filles était lié au fait qu'elles ignoraient l'existence du vaccin : « *malheureusement, peut être que je suis la seule, mais malheureusement je ne savais pas trop qu'il existait ce vaccin* » (M9) ou encore que l'opportunité ne se fût pas présentée : « *tant qu'on n'attirait pas mon attention dessus, je ne refusais pas du tout de le faire, mais je n'y pensais pas* » (M10).

En Australie, la recommandation de vacciner les filles date de 2007 et celle des garçons de 2013. La couverture vaccinale d'au moins 80%. Dans ce pays, cette couverture vaccinale qui est une des plus élevées dans le monde se doit au succès de la campagne de vaccination en place depuis la recommandation, et, associée au dépistage, ouvre la perspective d'une éradication du cancer du col de l'utérus d'ici une quinzaine d'année (55). Comme nous venons de le voir, l'effet d'une telle campagne de vaccination en France en cours d'évaluation dans des départements pilotes.

Plusieurs mères ont suggéré cette solution d'elles-mêmes pour pallier aux obstacles énoncés précédemment : « *ça m'a évoqué le "aime tes dents", la sécurité sociale envoie un courrier tous les trois ans (...). Alors je me dis pourquoi pas, un petit courrier, qui pourrait être un sms ou un mail peu importe, mais qui rappelle pour le vaccin la nécessité de le faire ou du moins qui permette de l'envisager, ou pour le frottis, ce serait pas mal aussi* » (M10)

Cette possibilité mérite toute notre attention, et est pertinente par rapport à l'objectif de notre étude. En effet, au-delà d'améliorer la couverture vaccinale des filles, les campagnes de vaccination pourraient être un meilleur levier que la vaccination opportuniste pour améliorer la couverture de dépistage des mères, comme nous le suggèrent les résultats de l'étude menée par Venturelli et ses collaborateurs en 2017 (Italie) (116)

Leur travail évaluait l'effet de la campagne de vaccination contre le HPV ayant débuté en 2008 par invitation systématique des filles sur la participation au dépistage du cancer du col utérin par les mères, par comparaison aux mères de filles ayant elles été vaccinées de façon opportuniste avant le début de la campagne vaccinale. Les mères sous-dépistées de la cohorte invitée ont montré une probabilité plus élevée de recevoir un FCV après la vaccination de leurs filles (RR 1,27 IC à 95% 1,04-1,56) par rapport aux mères dont les filles n'y avaient pas été invitées. De plus, dans cette étude, l'invitation active a permis de réduire les inégalités sociodémographiques, ce qui est, nous le rappelons, un des objectifs phares du plan cancer 2014-2019 (25)

Une piste d'investigation possible serait donc d'évaluer si l'invitation active à la vaccination des filles, au-delà d'être probablement bien accueillie par les mères comme nous le suggère notre travail, pourrait être un meilleur moyen que la vaccination opportuniste pour améliorer la couverture de dépistage des mères.

## 15.2.2 Perspectives d'amélioration pour le médecin généraliste

L'adhérence semblait dans notre étude en grande partie tributaire de l'encouragement par le médecin traitant : « *vous (généralistes), vous êtes les premiers qu'on va voir! donc il y a du boulot.* » (M8), « *Mais en consultation il faut que les médecins parlent plus de choses car on n'est pas au courant.* » (M9), « *de la part d'un médecin il faudrait que ce soit systématique de parler de cette vaccination et de fortement le conseiller* » (M11). Cette donnée n'est pas inconnue des instances de santé publique, qui ont déjà mis l'accent sur l'importance du rôle du généraliste : « *Renforcer la communication vers les jeunes filles et les parents sur l'enjeu de la vaccination et son rapport bénéfices/risques* » fait partie des actions concrètes proposées par le plan cancer 2014-2019 (25).

Cependant, il semble exister trois types de problématiques qui ont pour conséquences une proposition insuffisante de la vaccination de la part des généralistes

**La première** serait tout simplement liée à un oubli du médecin traitant. Face à des mères qui souvent en bonne santé, ne consultent qu'en phase aigüe pour des problèmes de santé bien précis, ou à leurs filles se présentant assez rarement à des consultations, dédiées de fait à des motifs souvent déjà multiples, l'aspect préventif s'en trouverait occulté.

Pour pallier à l'oubli, on peut envisager de mettre en place un rappel automatique dans le dossier informatisé des patientes et de leurs filles. Par ailleurs, il est intéressant de rappeler que l'abaissement de l'âge de la vaccination contre les HPV à 11 ans avait initialement pour objectif d'élargir les opportunités d'initiation de la vaccination chez les adolescentes en permettant également une co-administration avec le rappel du vaccin DTPCoqueluche à 11-13 ans. Rappeler aux médecins traitants que cette co-administration est possible permettrait probablement de limiter les oublis, d'autant plus que ce dernier vaccin est lui, obligatoire.

Et même lorsqu'il ne s'agit pas d'un oubli, bien souvent, comme le suggère une étude Française datant de 2016 qui s'est intéressée à comprendre les barrages des médecins traitants à proposer la vaccination auprès de leur patientèle (122), la complexité liée à l'abord des questions intimes à un âge précoce peut être un facteur limitant. Le recours à la consultation de première contraception et prévention pour les jeunes filles ne doit pas être négligé, et une piste d'amélioration consisterait à former les généralistes à ce type de consultation.

**La deuxième** concerne plutôt l'approche du médecin traitant, pas toujours vectrice de motivation chez les mères. Rappelons que notre étude soulève de façon assez évidente que l'information délivrée par le médecin n'est pas toujours adaptée aux attentes des patientes : « *mon gynéco à mont de marsan, une personne qui me prenait de haut, dès que je lui posais une question, il répondait "Ben enfiiiiiiiiin, vous connaissez pas çaaaaaa ?", ok bon ben je vais me taire, je me rhabillais et je partais quoi...* » (M1), et peu vectrice de motivation : « *le médecin m'a apporté les informations, mais tout en me laissant le choix, et je n'ai pas senti vraiment de la certitude de sa part. Je pense que rien que le fait d'en parler un peu plus, ça suffirait.* » (M11)



Cela ouvre une autre perspective : il s'agirait non plus de sensibiliser directement la population cible, mais préférentiellement les médecins en tant que relais dans l'information sur le cancer du col de l'utérus et des outils de prévention. Les médecins prodigueraient en outre une information plus adaptée à la problématique personnelle de leurs patientes (sensibilisation, information pratique, préparation à l'action) et sauraient gérer au coup par coup les barrières rencontrées (difficultés de compréhension et d'interprétation, ambivalence, entraves au passage à l'acte).

Autrement dit, il pourrait être intéressant de promouvoir l'entreprise par les médecins traitants de consultations motivationnelles personnalisées pour les mères. Par ailleurs, l'information délivrée devrait à tout prix estomper toute forme de « *manipulation* », encore une fois afin de valoriser la liberté de décision des patientes. D'ailleurs, dans le cadre de l'expérimentation menée dans les régions Grand Est et Guyane, ayant pour but l'amélioration de la couverture vaccinale, une nouvelle formation est proposée aux médecins et sages-femmes, exerçant dans les territoires du 54, 55, 67, 68 et 88 sur « *l'entretien motivationnel et l'hésitation vaccinale* ». Les premières sessions de ces formations seront proposées en mai et juin 2021 (121)

**la troisième** problématique serait une défiance vis-à-vis de ce vaccin chez certains médecins généralistes. Des propositions sont déjà élaborées pour tenter d'y pallier : les recommandations de la HAS de 2019 sur l'élargissement de la population cible pour la vaccination contre les HPV aux garçons (123) prônent « *la mise en œuvre d'actions ayant pour objectif de restaurer la confiance vis-à-vis de cette vaccination auprès des professionnels de santé* ».

Au-delà de la nécessité d'améliorer les connaissances des médecins à ce sujet, il semble avant tout indispensable de comprendre les raisons de cette défiance. Une autre piste d'investigation possible consisterait donc à préciser les motivations et les difficultés chez les médecins généralistes à défendre le dispositif de santé publique, par exemple au travers d'une nouvelle étude qualitative.

# Cinquième partie

## Conclusion

---

En France, le programme national de dépistage organisé du cancer du col utérin est en cours de déploiement depuis 2018. Action phare du Plan Cancer 2014-2019, il a pour objectif d'augmenter la couverture du dépistage pour atteindre 80%. Les taux de couverture étaient de 59% pour la période 2015-2017, bien inférieurs aux objectifs fixés. Cette insuffisance de dépistage, de surcroît dans un contexte de couverture vaccinale largement insuffisante représente donc un réel problème de santé publique

Comme le suggèrent les résultats de notre étude qualitative, l'information délivrée dans le cadre du projet de vaccination de leurs filles a pu influencer les intentions des mères pour leurs dépistages futurs. En ce sens, notre travail conforte les conclusions des rares données de la littérature à ce sujet. (124) (115) (116)

Le recours à la théorie temporelle de l'autorégulation pour l'interprétation des résultats, nous a permis d'identifier plusieurs éléments clés du processus motivationnel. Ainsi, le sentiment de satisfaction vis-à-vis de l'information reçue, la perception de menace lié au cancer du col de l'utérus, et la capacité à se projeter à long terme semblent être les principaux éléments motivationnels renforçant l'adhérence au dépistage après que les mères aient recueilli des informations dans le cadre de la vaccination de leur fille.

Les habitudes, autrement dit les comportements de dépistage passés, semblent s'exprimer comme des automatismes, et paraissent particulièrement difficiles à court-circuiter, ce qui pose un problème à fortiori lorsqu'elles sont néfastes

Les points de vue confiés par les mères interrogées dans cette étude montrent qu'il existe une série de liens et de rétroactions entre mère et fille, ce qui accentue la pertinence de notre hypothèse au démarrage de ce travail. La prise en compte de la dimension relationnelle mère/fille dans l'information à délivrer paraît cruciale. Une diffusion coordonnée des informations, à la fois concernant la vaccination contre le HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus, serait profitable aux mères comme aux filles et maximiserait la participation au dépistage pour les deux générations

La motivation se trouvant systématiquement renforcée dès lors que les mères sont soutenues dans leurs intentions par leur médecin traitant, un autre concept semble central dans ce travail : celui de la confiance accordée au médecin traitant. La délivrance d'une information loyale est de fait essentielle à l'établissement de cette relation de confiance, elle-même maillon indispensable de la pratique éthique que se doit d'adopter le médecin.

Un travail sur ces différents aspects ouvre plusieurs perspectives :

Différents éléments motivateurs ont été décrits , et une organisation entre ces différents facteurs a pu être établie Une étude quantitative pourrait être menée afin de connaître le poids de ces différents facteurs sur la participation au dépistage par les mères après qu'elles aient reçu des informations dans le cadre de la vaccination.

Si les mères sont capables d'envisager un risque pour leur fille, notre étude a avéré une incompréhension de la part des mères au sujet de la vaccination chez les jeunes garçons. Compte tenu de l'enjeu de santé publique représenté par les infections à papillomavirus, et étant donné que les comportements préventifs semblent se regrouper

---

au sein des familles par rétroactions successives, une autre étude qualitative pourrait être menée afin de comprendre comment l'information délivrée dans le cadre de la vaccination des filles est susceptible d'influencer la motivation des mères à faire vacciner leurs fils.

Par ailleurs, une autre piste d'investigation possible serait d'évaluer si l'invitation active à la vaccination des filles, au-delà d'être probablement bien accueillie par les mères comme nous le suggère notre travail, pourrait être un meilleur moyen que la vaccination opportuniste pour améliorer la couverture de dépistage des mères. Par exemple en évaluant quantitativement si les mères dont les filles ont été vaccinées après invitation dans les départements de la région Grand Est sont plus susceptibles de recevoir un FCV que celles dont les filles ont pu bénéficier de vaccination dans les départements où elle reste opportuniste.

**Sixième partie**  
**Bibliographie**

- 
- 1 Cours [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : [http://campus.cerimes.fr/anatomie-pathologique/enseignement/anapath\\_28/site/html/1.html](http://campus.cerimes.fr/anatomie-pathologique/enseignement/anapath_28/site/html/1.html)
  - 2 [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/25-ch18-169-200-9782294715518-T-col.html>
  - 3 Nayar R, Wilbur DC. The Bethesda system for reporting cervical cytology. Definitions, criteria, and explanatory notes. 3rded. Cham : Springer International Publishing Switzerland. 2015.
  - 4 Lésions précancéreuses - Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Lesions-precancereuses>
  - 5 IARC Publications WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. Fourth Edition IARC [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.iarc.fr/news-events/iarc-publications-who-classification-of-tumours-of-female-reproductive-organs-fourth-edition/>
  - 6 OMS | Relevé épidémiologique hebdomadaire, 12 mai 2017, vol. 92, 19 (pp. 241-268) [Internet]. WHO. World Health Organization ; [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.who.int/wer/2017/wer9219/fr/>
  - 7 Hartwig S, St Guily JL, Dominiak-Felden G, Alemany L, de Sanjosé S. Estimation of the overall burden of cancers, precancerous lesions, and genital warts attributable to 9-valent HPV vaccine types in women and men in Europe. *Infect Agent Cancer*. 2017 ;12 :19.
  - 8 Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. sept 2008 ;110(3 Suppl 2) :S4-7.
  - 9 OMS, Genève. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2016 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
  - 10 Schiffman M, Doorbar J, Wentzensen N, de Sanjosé S, Fakhry C, Monk BJ, et al. Carcinogenic human papillomavirus infection. *Nat Rev Dis Primer*. 01 2016 ;2 :16086.
  - 11 de Sanjosé S, Brotons M, Pavón MA. The natural history of human papillomavirus infection. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. févr 2018 ;47 :213.
  - 12 Infections à papillomavirus [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : </maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus>
  - 13 Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
  - 14 Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : <https://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=2&lang=2>
  - 15 Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Screening and adenocarcinoma of the cervix. *Int J Cancer*. 1 août 2009 ;125(3) :5259.

- 
- 16 Ostör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia : a critical review. *Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol.* avr 1993 ;12(2) :18692.
  - 17 Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018 : GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018 ;68(6) :394424.
  - 18 de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer.* 15 2017 ;141(4) :66470.
  - 19 Arbyn M, Antoine J, Mägi M, Smailyte G, Stengrevics A, Suteu O, et al. Trends in cervical cancer incidence and mortality in the Baltic countries, Bulgaria and Romania. *Int J Cancer.* 15 avr 2011 ;128(8) :1899907.
  - 20 Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe : Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990.* 2018 ;103 :35687.
  - 21 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]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 juin 2020]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67](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)
  - 22 Hamers F, Woronoff A. Réseau français des registres de cancers Francim. Cancer du col de l'utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* [Internet]. 2019. Disponible sur : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019\\_22-23\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_1.html)
  - 23 Le Plan cancer 2003-2007 [Internet]. 2003 [cité 5 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
  - 24 Le Plan cancer 2009-2013- rapport final au président de la république [Internet]. 2013. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
  - 25 Plan Cancer 2014-2019 - Ref : PLANKPNRT14 [Internet]. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
  - 26 OMS | Le Dr Tedros ouvre la 71e Assemblée mondiale de la Santé [Internet]. WHO. World Health Organization ; [cité 17 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.who.int/dg/speeches/2018/opening-world-health-assembly/fr/>
  - 27 ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. GARDASIL [Internet]. 2006 [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/GARDASIL>

- 
- 28 Cécile Charroin Pharmacien Responsable laboratoire MSD, Jean Cimbidhi Directeur Médical laboratoire MSD. Arrêt définitif de commercialisation du vaccin quadrivalent GARDASIL<sup>o</sup> Vaccin Papillomavirus Humain [Types 6, 11, 16, 18] (Recombinant, adsorbé) suspension injectable en seringue préremplieau 31 décembre 2020, lettre aux professionnels de santé. 2020.
  - 29 Comité technique des vaccinations, Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18 [Internet]. 2007 [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : [https://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a\\_mt\\_090307\\_papillomavirus.pdf](https://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_090307_papillomavirus.pdf)
  - 30 Haut Conseil de Santé Publique. avis relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles. 2012.
  - 31 Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif aux recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes. 2016.
  - 32 Haute Autorité de Santé. Avis de la Commission de la Transparence Gardasil. 2007.
  - 33 Haute Autorité de Santé. Avis de la Commission de la Transparence Gardasil [Internet]. 2013 [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/gardasil\\_modif\\_population\\_cible\\_avis2\\_ct\\_12747.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/gardasil_modif_population_cible_avis2_ct_12747.pdf)
  - 34 ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. CERVARIX [Internet]. 2007 [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/CERVARIX>
  - 35 Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent. 2007.
  - 36 Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans [Internet]. 2010 [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : [https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20101217\\_ppmvjf1423.pdf](https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20101217_ppmvjf1423.pdf)
  - 37 HCSP. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Cervarix<sup>o</sup> [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique ; 2014 févr [cité 5 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=411>
  - 38 Haute Autorité de Santé. Avis de la commission de la transparence-CERVARIX. 2008.
  - 39 Haute Autorité de Santé. Avis de la commission de la transparence-CERVARIX. 2013.
  - 40 Haute Autorité de Santé. Avis de la commission de la transparence- vaccin papillomavirus humain bivalent, recombinant, adsorbé CERVARIX, suspension injectable en seringue pré-remplie. 2020.
  - 41 ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. GARDASIL9 [Internet]. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur : [https://ansm.sante.fr/searchengine/detail/\(cis\)/61429103](https://ansm.sante.fr/searchengine/detail/(cis)/61429103)



- 
- 42 Haut Conseil de la santé publique. avis relatif à la place du vaccin GARDASIL 9<sup>o</sup> dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains [Internet]. 2017. Disponible sur : [file:///C:/Users/coupr/AppData/Local/Temp/hcspa20170210\\_previnfecthvpplacegardasil9.pdf](file:///C:/Users/coupr/AppData/Local/Temp/hcspa20170210_previnfecthvpplacegardasil9.pdf)
  - 43 HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique ; 2016 févr [cité 7 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=553>
  - 44 HCSP. Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Recommandations actualisées. [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique ; 2014 nov [cité 7 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=504>
  - 45 Haute Autorité de Santé. Recommandation vaccinale relative à l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. 2019.
  - 46 Haute autorité de santé. avis de la commission de la transparence-vaccin papillomavirus humain 9-valent, 3<sup>ème</sup> avis [Internet]. 2017. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15867\\_GARDASIL\\_9\\_PIC\\_INS\\_Avis3\\_CT15867.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf)
  - 47 Haute Autorité de Santé. avis de la commission de la transparence-vaccin papillomavirus humain 9-valent, avis définitif [Internet]. 2020 [cité 15 juin 2020]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-17461\\_GARDASIL9\\_PIC\\_REEV\\_AvisDef\\_CT17461&17456.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-17461_GARDASIL9_PIC_REEV_AvisDef_CT17461&17456.pdf)
  - 48 DGS Anne.M, DICOM Jocelyne.M, Le calendrier des vaccinations [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
  - 49 Fonteneau L, Barret AS, Lévy-Bruhl D. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France 2008-2018. Bull Epidemiol Hebd. (22-23) :424-30. [Internet]. 2019. Disponible sur : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019\\_22-23\\_3.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_3.html)
  - 50 Fonteneau L, Ragot M, Parent du Châtelet I, Guthmann J-P, Lévy-Bruhl D. The use of reimbursement data for timely monitoring of vaccination coverage : the example of human papillomavirus vaccine following public concerns about vaccine safety. BMC Public Health. 12 déc 2015 ;15 :1233.
  - 51 Gautier A, Chemlal K, Jestin C. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(HS) :21-7 [Internet]. 2017. Disponible sur : [http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf\\_\\_\\_\\_\\_internet\\_recherche/INV13510](http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_____internet_recherche/INV13510)
  - 52 Velter A, Lydié N., Duchesne L. Fréquence des recours au dépistage VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : quelles implications pour la prévention ? Bull Epidemiol Hebd. 2019;(31-32) :648-56. 2019.
  - 53 Petit B. Faible couverture vaccinale contre les papillomavirus chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes : un manque de proposition du vaccin par les médecins. :56.

- 
- 54 10 arguments clés sur la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) - Le point sur [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Le-point-sur/10-arguments-sur-la-vaccination-contre-les-HPV>
- 55 Gertig DM, Brotherton JM, Budd AC, Drennan K, Chappell G, Saville AM. Impact of a population-based HPV vaccination program on cervical abnormalities : a data linkage study. *BMC Med.* 22 oct 2013 ;11(1) :227.
- 56 Cours [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur : [http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen\\_praclinique/site/html/4.html](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen_praclinique/site/html/4.html)
- 57 Masson E. Cytologie en phase liquide dans le cadre du dépistage primaire du cancer du col utérin : une étude multi-centrique [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 1 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/4624/cytologie-en-phase-liquide-dans-le-cadre-du-depist>
- 58 Monsonégo J, Autillo-Touati A, Bergeron C, Dachez R, Liaras J, Saurel J, et al. [Liquid phase cytology in the primary screening for cervical cancer : a multicenter study]. *Gynecol Obstet Fertil.* nov 2001 ;29(11) :799807.
- 59 Cox JT. Liquid-based cytology : evaluation of effectiveness, cost-effectiveness, and application to present practice. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN.* nov 2004 ;2(6) :597611.
- 60 ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal, Critères de qualité des tests réalisés- recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2002 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/frottis\\_final\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf)
- 61 Système Bethesda et ses correspondances pour la classification des frottis cervico-utérins [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur : [http://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/scores/systeme\\_bethesda.html](http://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/scores/systeme_bethesda.html)
- 62 Van Keer S, Pattyn J, Tjalma WAA, Van Ostade X, Ieven M, Van Damme P, et al. First-void urine : A potential biomarker source for triage of high-risk human papillomavirus infected women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* sept 2017 ;216 :111.
- 63 Organisation mondiale de la santé. La lutte contre le cancer du col de l'utérus. Guide des pratiques essentielles. Deuxième édition. Genève [Internet]. 2017. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254713/1/9789242548952-fre.pdf>
- 64 Ml E, H D. HPV detection methods and genotyping techniques in screening for cervical cancer. *Ann Pathol.* 22 nov 2012 ;32(6) :e15-23, 401.
- 65 Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women of 30 years and older [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2789446/>
- 66 Centre national de référence des papillomavirus humains. Centre national de référence des papillomavirus humains. Liste des trousse de détection et de génotypage des HPV validées par les fabricants de milieux de transport/cytologie en phase liquide. Paris : Institut Pasteur [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.cnr-hpv.fr/wp-content/uploads/2017/04/Liste-des-trousses-de-d%C3%A9tection-et-de-g%C3%A9notypage-des-HPV-valid%C3%A9es-par-les-fabricants-de-milieux.pdf>

- 
- 67 Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
- 68 Arrêté du 30 juillet 2020 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
- 69 clementroche. Institut National du Cancer - Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. INCA. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur : <https://depistagecoluterus.e-cancer.fr/>
- 70 INCA. Rubriques de la feuille de demande d'examen pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (référentiel national) [Internet]. 2018. Disponible sur : [https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2018/11/Ref\\_nat\\_demande\\_examen\\_depistage\\_du\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_l\\_uterus\\_mel\\_20181011.pdf](https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2018/11/Ref_nat_demande_examen_depistage_du_cancer_du_col_de_l_uterus_mel_20181011.pdf)
- 71 État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france)
- 72 Remboursement des tests HPV [Internet]. CNR HPV. 2020 [cité 17 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.cnr-hpv.fr/remboursement-des-tests-hpv/>
- 73 Dépistage du cancer du col de l'utérus : quoi de neuf? [Internet]. 2020 [cité 5 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/actualites/depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-quoi-de-neuf>
- 74 Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur : </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
- 75 Hamers FF, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(22-23) :417-23. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019\\_22-23\\_2.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_2.html).
- 76 INCa. Institut national du cancer. Traitements des lésions précancéreuses Boulogne-Billancourt [Internet]. 2018. Disponible sur : [https://www.e-cancer.fr/content/download/178347/2343328/file/Conduite\\_a\\_tenir\\_cytologie\\_cervico-uterine\\_anormale\\_Criteres\\_qualite\\_tests\\_decembre\\_2016\\_mel\\_20170123.pdf](https://www.e-cancer.fr/content/download/178347/2343328/file/Conduite_a_tenir_cytologie_cervico-uterine_anormale_Criteres_qualite_tests_decembre_2016_mel_20170123.pdf)
- 77 Arbyn M, Redman CWE, Verdoodt F, Kyrgiou M, Tzafetas M, Ghaem-Maghani S, et al. Incomplete excision of cervical precancer as a predictor of treatment failure : a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol. 2017;18(12) :166579.
- 78 Santesso N, Mustafa RA, Wiercioch W, Kehar R, Gandhi S, Chen Y, et al. Systematic reviews and meta-analyses of benefits and harms of cryotherapy, LEEP, and cold knife conization to treat cervical intraepithelial neoplasia. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. mars 2016;132(3) :26671.
- 79 Kyrgiou M, Martin-Hirsch PP, Athanasiou A, Kalliala IE, Paraskevaidi M, Mitra A. Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur : [/CD012847/GYNAECA\\_obstetric-outcomes-after-conservative-treatment-cervical-intraepithelial-lesions](/CD012847/GYNAECA_obstetric-outcomes-after-conservative-treatment-cervical-intraepithelial-lesions)

- 
- 80 Haute Autorité de Santé, Institut national du cancer. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer invasif du col utérin. Guide médecin. Guide Affection longue durée. [Internet]. 2010. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_922973/fr/ald-n-30-cancer-invasif-du-col-uterin](https://www.has-sante.fr/jcms/c_922973/fr/ald-n-30-cancer-invasif-du-col-uterin)
- 81 Rosenstock IM. What Research in Motivation Suggests for Public Health. *Am J Public Health Nations Health*. mars 1960 ;50(3 Pt 1) :295302.
- 82 Tanner-Smith EE, Brown TN. Evaluating the Health Belief Model : A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Soc Theory Health*. 2010 ;8(1) :95125.
- 83 Ajzen I, Madden T. Prediction of Goal-Directed Behavior : Attitudes, Intentions, and Perceived Behavioral Control. *J Exp Soc Psychol*. 1986 ;22-.
- 84 Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behaviour : An introduction to theory and research. Vol. 27. 1975.
- 85 Sheeran P, Orbell S. Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. mai 2000 ;19(3) :2839.
- 86 Webb TL, Sheeran P. Does changing behavioral intentions engender behavior change ? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychol Bull*. mars 2006 ;132(2) :24968.
- 87 Desrichard O, Verhac J-F, Milhabet I. Beliefs about average-risk, efficacy and effort as sources of comparative optimism. *Rev Int Psychol Soc*. 2001 ;14(4) :105.
- 88 Bandura A. Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977 ;84(2) :191215.
- 89 Senore C, Armaroli P, Silvani M, Andreoni B, Bisanti L, Marai L, et al. Comparing different strategies for colorectal cancer screening in italy : Predictors of patients participation. *Am J Gastroenterol*. janv 2010 ;105(1) :18898.
- 90 McInerneyLeo. BRCA1/2 testing in hereditary breast and ovarian cancer families III : Risk perception and screening- *American Journal of Medical Genetics Part A - Wiley Online Library* [Internet]. 2006 [cité 2 mai 2021]. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ajmg.a.31432>
- 91 Janis IL, Feshbach S. Effects of fear-arousing communications. *J Abnorm Soc Psychol*. 1953 ;48(1) :7892.
- 92 Witte kim, Allen M. A Meta-Analysis of Fear Appeals : Implications for Effective Public Health Campaigns [Internet]. 2000 [cité 2 mai 2021]. Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109019810002700506>
- 93 Rogers. A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change1 : *The Journal of Psychology* : Vol 91, No 1 [Internet]. 1975 [cité 2 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223980.1975.9915803>
- 94 Norman P, Boer H, Seydel ER. Protection motivation theory. *Predict Health Behav Res Pract Soc Cogn Models*. 2005 ;81126.

- 
- 95 Leventhal H. Fear appeals and persuasion : the differentiation of a motivational construct. *Am J Public Health*. juin 1971 ;61(6) :120824.
- 96 Witte K. Putting the fear back into fear appeals : The extended parallel process model. *Commun Monogr*. 1992 ;59(4) :32949.
- 97 Ph.D PAH, Fong GT. Temporal self-regulation theory : A model for individual health behavior. *Health Psychol Rev*. 1 mars 2007 ;1(1) :652.
- 98 Zimbardo PG, Boyd JN. Putting time in perspective : A valid, reliable individual-differences metric. *J Pers Soc Psychol*. 1999 ;77(6) :127188.
- 99 Steens A, Wielders CCH, Bogaards JA, Boshuizen HC, Greeff SC de, Melker HE de. Association between human papillomavirus vaccine uptake and cervical cancer screening in the Netherlands : Implications for future impact on prevention. *Int J Cancer*. 2013 ;132(4) :93243.
- 100 Paul-Ebhohimhen V, Huc S, Tissington H, Oates K, Stark C. HPV vaccination : vaccine acceptance, side effects and screening intentions. *Community Pract J Community Pract Health Visit Assoc*. 1 juin 2010 ;83 :303.
- 101 Palmer TJ, McFadden M, Pollock KGJ, Kavanagh K, Cuschieri K, Cruickshank M, et al. HPV immunisation and increased uptake of cervical screening in Scottish women ; observational study of routinely collected national data. *Br J Cancer*. 1 mars 2016 ;114(5) :57681.
- 102 Herweijer E, Feldman AL, Ploner A, Arnheim-Dahlström L, Uhnoo I, Netterlid E, et al. The Participation of HPV-Vaccinated Women in a National Cervical Screening Program : Population-Based Cohort Study. *PloS One*. 2015 ;10(7) :e0134185.
- 103 Beer H, Hibbitts S, Brophy S, Rahman MA, Waller J, Paranjothy S. Does the HPV vaccination programme have implications for cervical screening programmes in the UK ? *Vaccine*. 1 avr 2014 ;32(16) :182833.
- 104 Sauer AG, Jemal A, Simard EP, Fedewa SA. Differential uptake of recent Papanicolaou testing by HPV vaccination status among young women in the United States, 2008-2013. *Cancer Epidemiol*. août 2015 ;39(4) :6505.
- 105 Henderson L, Clements A, Damery S, Wilkinson C, Austoker J, Wilson S, et al. « *A false sense of security* » ? Understanding the role of the HPV vaccine on future cervical screening behaviour : a qualitative study of UK parents and girls of vaccination age. *J Med Screen*. 2011 ;18(1) :415.
- 106 Budd AC, Brotherton JML, Gertig DM, Chau T, Drennan KT, Saville M. Cervical screening rates for women vaccinated against human papillomavirus. *Med J Aust*. 2014 ;201(5) :27982.
- 107 Voisin Gallet G, Le Goff D. Frottis cervico-vaginal (FCV) et vaccination anti-papillomavirus : facteurs influençant la participation des femmes vaccinées : étude qualitative. France ; 2016.
- 108 Chao C, Slezak JM, Coleman KJ, Jacobsen SJ. Papanicolaou Screening Behavior in Mothers and Human Papillomavirus Vaccine Uptake in Adolescent Girls. *Am J Public Health*. 1 juin 2009 ;99(6) :113742.

- 
- 109 Markovitz AR, Song JY, Paustian ML, El Reda DK. Association between maternal preventive care utilization and adolescent vaccination : it's not just about Pap testing. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* févr 2014 ;27(1) :2936.
- 110 Monnat SM, Wallington SF. Is there an association between maternal pap test use and adolescent human papillomavirus vaccination? *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* févr 2013 ;52(2) :2128.
- 111 Lefevere E, Hens N, Theeten H, Van den Bosch K, Beutels P, De Smet F, et al. Like mother, like daughter? Mother's history of cervical cancer screening and daughter's Human Papillomavirus vaccine uptake in Flanders (Belgium). *Vaccine.* 26 oct 2011 ;29(46) :83906.
- 112 Lutringer-Magnin D, Cropet C, Barone G, Canat G, Kalecinski J, Leocmach Y, et al. HPV vaccination among French girls and women aged 14-23 years and the relationship with their mothers' uptake of Pap smear screening : A study in general practice. *Vaccine.* 25 oct 2013 ;31(45) :52439.
- 113 Egawa-Takata T, Ueda Y, Tanaka Y, Morimoto A, Kubota S, Yagi A, et al. Mothers' attitudes in Japan regarding cervical cancer screening correlates with intention to recommend cervical cancer screening for daughters. *Int J Clin Oncol.* 1 oct 2016 ;21(5) :9628.
- 114 Effect of Human Papillomavirus vaccination of daughters on the cervical screening uptake of their non-vaccinated mothers | *European Journal of Public Health* | Oxford Academic [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur : <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/6/1097/2467602>
- 115 Spencer AM, Brabin L, Roberts SA, Patnick J, Elton P, Verma A. A qualitative study to assess the potential of the human papillomavirus vaccination programme to encourage under-screened mothers to attend for cervical screening. *J Fam Plann Reprod Health Care.* avr 2016 ;42(2) :11926.
- 116 Venturelli F, Baldacchini F, Campari C, Perilli C, Pascucci MG, Finarelli AC, et al. Association between mothers' screening uptake and daughters' HPV vaccination : a quasi-experimental study on the effect of an active invitation campaign. *BMJ Open.* 25 sept 2017 ;7(9) :e016189.
- 117 Bajos N, Bozon M, Beltzer N, Laborde C, Andro A, Ferrand M, et al. Changes in sexual behaviours : from secular trends to public health policies. *AIDS Lond Engl.* 15 mai 2010 ;24(8) :118591.
- 118 Broc G. De la motivation à l'implication : application de l'entretien motivationnel et de la communication engageante au dépistage du cancer colorectal. *Études randomisées contrôlées.* :239.
- 119 Gollwitzer PM, Brandstätter V. Implementation intentions and effective goal pursuit. *J Pers Soc Psychol.* 1997 ;73(1) :18699.
- 120 Nguyen-Huu N-H, Thilly N, Derrough T, Sdona E, Claudot F, Pulcini C, et al. Human papillomavirus vaccination coverage, policies, and practical implementation across Europe. *Vaccine.* 5 févr 2020 ;38(6) :131531.

- 
- 121 Améliorer la couverture vaccinale contre le HPV : une expérimentation en région Grand Est [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur : <http://www.grand-est.ars.sante.fr/ameliorer-la-couverture-vaccinale-contre-le-hpv-une-experimentation-en-region-grand-est>
- 122 Sadki M. PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 OCTOBRE 2016. :97.
- 123 fiche synthese recommandation vaccinale / vaccination papillomavirus garcons [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.mesvaccins.net/textes/fiche\\_synthese\\_recommandation\\_vaccinale\\_vaccination\\_papillomavirus\\_garcons.pdf](https://www.mesvaccins.net/textes/fiche_synthese_recommandation_vaccinale_vaccination_papillomavirus_garcons.pdf)
- 124 Institut national du cancer. Traitements des lésions précancéreuses [En ligne]. Boulogne-Billancourt : INCa ; 2018. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Lesions-precancereuses/Traitements-des-lesions-precancereuses>

# Appendices



# Annexe A

## Guide d'entretien (dernière version)

- recueil des données socio-démographiques de la patiente
  - Vous concernant :
    - \* Quel âge avez-vous ?
    - \* Où habitez-vous ?
    - \* Quelle est votre situation familiale ?
    - \* Quelle est votre profession ?
  - Concernant votre fille
    - \* Quel âge a-t-elle ?
    - \* A-t-elle déjà reçu une ou plusieurs doses d'un vaccin contre le HPV ?
    - \* Si oui lequel ? combien de doses ? à quel âge ?
    - \* Si non, quel vaccin a été prescrit, quand, et quand comptez-vous faire réaliser la première injection ?
    - \* Avez-vous d'autres filles ? si oui quel âge ont-elles ? si elles sont plus âgées ont-elles été vaccinées ?
    - \* Votre (ou vos) filles ont-elles des frères ? quel âge ?
- au sujet de la recherche
  - Comment cette décision de vaccination pour votre fille a-t-elle été prise ?
    - \* Qui a pris la décision ?
    - \* Quel est l'objectif de la vaccination ? Si aborde le sujet de la protection, que contient le vaccin pour protéger ? de quel type de pathologie protège-t-il ?
    - \* Que savez-vous du papillomavirus ?
    - \* Comment avez-vous été informée au sujet de la vaccination et de ses objectifs ? : par qui ? quoi ? (Consultation médecine générale/ dépliants officiels/ propres recherches effectuées sur internet, discussions entre amis/ médias, télé)
    - \* Quel est l'avis : du professionnel ? de l'entourage familial ? personnel ? de votre fille ?
    - \* L'efficacité du vaccin : totale/partielle ?
    - \* Quels sont les pour ? (convictions en terme de santé publique , de prévention ?)

- \* Quels sont les contre ? (Idée générale de la vaccination)
- Comment se passe votre suivi gynécologique ?
  - \* Depuis quand ? par qui ? à quelle fréquence ?
  - \* Objectifs du suivi gynécologique ? (Dépistage ? contraception ? autre ?)
  - \* Que savez-vous au sujet du cancer du col de l'utérus ? (Et notamment concernant le lien avec dépistage par FCV) ?
- Au sujet du FCV, si non abordé dans les questions précédentes
  - \* A quoi sert le FCV ? Quel prélèvement est réalisé ? A quel rythme ? Quels sont les éléments dépistés ?
  - \* Qu'est-ce qui vous incite à réaliser cet examen, ou au contraire, quels sont les éléments qui pourraient vous freiner ? (Facilitateurs : croyances en termes de prévention/ encouragement des proches/ sensibilisation par antécédents de cancer dans la famille, les proches) (Facteurs limitants : accès/ déroulement de l'examen/ méconnaissance du cancer)
  - \* Quel est votre état d'esprit avant la réalisation du FCV (accès à l'examen, difficultés à prendre rdv...)
  - \* Quel est votre ressenti durant cet examen (douleur, inconfort, pudeur) ?
  - \* Quel est votre état d'esprit en attendant les résultats du frottis ?
  - \* Quelqu'un, dans votre entourage ou vous-même, a-t-il eu des anomalies à cet examen ? Qu'en pensez-vous ?
  - \* Qu'est-ce qu'engendre pour vous un frottis anormal ?
- Quel lien faites-vous entre le vaccin et le dépistage du CCU ?
  - \* Est-ce que vous pensez que la vaccination va faire changer le suivi gynécologique de votre fille ?
  - \* Est-ce que vous pensez que le vaccin peut changer le résultat d'un frottis ?
  - \* Est-ce que vous pensez qu'un frottis chez une femme vaccinée ou non vaccinée est différent ?
  - \* Que vous inspire le fait que vous ne soyez pas vaccinée ? Qu'est-ce que cela induit selon vous ?
  - \* Quel lien faites-vous entre l'existence du test HPV comme modalité récente de dépistage et la vaccination ?
- Avez-vous la sensation que le fait que votre fille bénéficie du vaccin a été l'occasion pour vous d'acquérir de nouvelles connaissances au sujet du CCU ?
  - \* Quelles informations ?
  - \* Que prévoyez-vous à ce jour vous concernant ?
  - \* Pensez-vous que ces informations sont susceptibles de modifier votre comportement futur ? ou appellent d'autres questions ? (Evocation de la vaccination pour elle-même ? du FCV ?)
- Si non abordé auparavant
  - \* Quel lien existe-t-il entre les rapports sexuels et la vaccination ?
  - \* Quelle est la place des parents dans la vaccination, la sexualité ?
  - \* Importance de la communication mère fille ?
  - \* Vaccination des garçons ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

# Annexe B

## Lettre explicative à l'attention des pharmaciens

Chers confrères, chères consœurs,

Je m'appelle Delphine Coupry, je suis médecin remplaçant et effectue depuis environ deux ans des remplacements de médecine générale sans le cabinet médical de Seignosse. Je réalise une thèse de médecine générale dont le titre est le suivant : Dépistage du cancer du col de l'utérus : étude qualitative appréciant l'effet sur le dépistage des mères de l'invitation à la vaccination contre le HPV chez leurs filles.

L'objectif principal est d'étudier d'un point de vue qualitatif si la vaccination des filles influence la motivation des mères pour le dépistage du cancer du col utérin. J'envisage comme mode de recrutement les pharmacies auprès desquelles les mères se sont rendent pour se fournir le vaccin de leurs filles.

Les patientes concernées sont les femmes dont les filles ont bénéficié d'une première prescription du vaccin dans les six mois précédant l'entretien (durée correspondant au à l'étalement dans le temps des différentes injections selon le schéma le plus court recommandé), ou dont les filles ont déjà reçu au moins une dose (et donc considérées comme ayant eu accès à une information concernant l'intérêt de la vaccination) Ces femmes devront avoir entre 25 et 65 ans car elles doivent être concernées par les recommandations de dépistage.

Pour mener mon travail de recherche, je recueillerai la vision des mères souhaitant participer au travers d'entretiens semi dirigés qui pourront être menés physiquement en tête à tête ou par téléphone.

Si vous acceptez de me venir en aide, je vous serai reconnaissante de délivrer aux patientes l'information écrite ci jointe concernant l'objectif de mon travail ainsi que mes coordonnées. Les patientes seront libres de revenir vers moi si elles souhaitent participer à l'étude. Si elles l'acceptent, vous pouvez également relever leurs coordonnées téléphoniques afin que je puisse les recontacter moi-même.

Enfin, si vous avez connaissance de patientes s'étant procuré le vaccin dans les six derniers mois et qu'il vous est possible de revenir vers elles sans que cela ne vous paraisse intrusif, je pourrais également les recontacter après leur accord bien entendu.

Encore merci pour votre collaboration qui me sera d'une aide précieuse pour mener à bien mes recherches...

Delphine Coupry

# Annexe C

## Lettre informative à l'attention des patientes

Madame,

Je m'appelle Delphine Coupry et je suis médecin remplaçant. J'effectue depuis deux ans des remplacements dans le cabinet médical de Seignosse. Si cette note d'information vous a été confiée aujourd'hui, c'est parce que je réalise en ce moment une thèse de médecine générale qui s'intéresse aux mères qui, comme vous, souhaitent que leurs filles bénéficient de la vaccination contre le papillomavirus.

L'objectif de mon travail est de m'intéresser à votre vision, en tant que patiente au sujet de ce vaccin et au sujet du cancer du col de l'utérus. Ce type d'étude n'a pas encore été mené en France. J'ai donc besoin de votre aide, si vous acceptez, pour obtenir le plus d'informations possible.

Dans les faits, je vous propose d'exprimer votre ressenti au cours d'un entretien avec moi. Le but est de laisser libre cours à la parole. Je vous poserai plusieurs questions très simples, principalement concernant votre suivi gynécologique et votre idée concernant la vaccination.

Il n'y aura bien sûr pas de mauvaise ni de bonne réponse, l'objectif étant de faire surgir le plus d'idées possibles sur le sujet. Bien qu'il n'y ait pas de durée fixe, l'entretien durerait autour de 30 minutes maximum.

Notre entretien pourrait être mené soit en face à face, dans un lieu choisi à votre convenance, soit en visioconférence, ou encore par téléphone selon votre souhait. J'ai bien conscience des difficultés que vous pourriez éprouver vis-à-vis d'un entretien « *physique* », compte tenu du contexte épidémique actuel (Covid 19). Le choix d'un entretien à distance vous appartient donc bien évidemment.

Sachez également que l'anonymat sera préservé, et si vous le voulez, je pourrais vous fournir à l'issue la transcription de l'entretien afin que vous puissiez relire. Pour ne pas perdre d'informations importantes, et pour vous permettre de vous exprimer plus librement, cet entretien serait enregistré par dictaphone.

Je serais très heureuse que cette notice ait su vous convaincre et me permette de vous rencontrer lors d'un entretien à votre convenance. Soyez assurée que si vous acceptez de me confier votre vision, cette dernière sera d'une aide précieuse pour atteindre mon objectif et enrichir les connaissances scientifiques à ce sujet. Dans cette perspective, je vous salue, Madame, d'accepter mes respectueuses salutations.

Delphine COUPRY, médecin remplaçant.

# Annexe D

## Formulaire accord patientes

Formulaire accord patientes

Le :

A :

Je soussignée, Madame / Mademoiselle .....

Née le .....

Atteste avoir été informée des conditions de réalisation, de la question de recherche et des objectifs du travail de thèse en Médecine Générale de Mademoiselle Delphine COUPRY.

J'atteste également être en accord avec les conditions d'enregistrement de l'entretien et avoir été assurée de la préservation d'anonymat pour la réalisation de ce travail de thèse.

Bon pour faire valoir ce que de droit,

Signature :

# Annexe E

## Formulaire CNIL



Référence CNIL :

2221931 v 0

### Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-001

reçue le 13 avril 2021

Madame Delphine COUPRY  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE  
BORDEAUX  
12 RUE DUBERNAT  
33400 TALENCE

#### ORGANISME DÉCLARANT

**Nom :** CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

**Service :** CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

**Adresse :** 12 RUE DUBERNAT

**CP :** 33400

**Ville :** TALENCE

**N° SIREN/SIRET :** 263305823 00019

**Code NAF ou APE :**

**Tél. :** 05 56 79 56 79

**Fax. :**

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 14 avril 2021

—RÉPUBLIQUE FRANÇAISE—

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.*

*Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>*



# **Annexe F**

## **Grilles D'occurrences**

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Total
Objectifs	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	11
Lien HPV/cancer du col		1		1	1		1	1		1	1	4
Au sujet de la vaccination	1		1						1			2
Cible du vaccin		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
Mécanisme d'action	1		1		1							4
Population féminine ciblée						1						2
objectifs	2	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	8
conséquences si pathologique	1			1				3	1	1	1	5
Lien HPV/FCV							1	1			1	3
Evocation d'un lien	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	6
Aucun lien spontané		1			1	1	1	1	1			5
compréhension objectifs	1		1	1	1	1	1	1	2			5
ressenti		2	1	1	1				2	3	7	7
le professionnel de santé	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	11
la source de l'information												1
	1	1	1	1	1	1	1	1				1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4
	1	2	1	1	2	2	1	1				6
	1	1	1	1	1	1			2	1	1	5

TABLE F.1 : Occurrences connaissances







# Serment Médical

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



## Dépistage du cancer du col de l'utérus : Étude qualitative appréciant l'effet de l'invitation à la vaccination contre les papillomavirus humains chez les filles sur la motivation des mères à assister au dépistage

Résumé :

**Introduction** En France le programme national de dépistage organisé du cancer du col utérin est en cours de déploiement depuis 2018. Action phare du Plan Cancer 2014-2019, il a pour objectif d'augmenter le taux de couverture du dépistage à 80%. Il était de 59% pour la période 2015-2017. Nous avons étudié comment l'information délivrée suite au projet de vaccination de leurs filles a influencé les intentions des mères pour leurs dépistages futurs, afin d'identifier de nouveaux leviers pour améliorer leur participation future.

**Méthodes** Étude qualitative par entretiens semi dirigés chez des femmes résidant au sein de la MACS dont les filles avaient débuté un schéma de vaccination contre le HPV dans les six mois précédents, ayant donc eu accès à une information concernant la vaccination. Le consentement a été recueilli, la saturation des données obtenue. Les thèmes ciblés par le guide d'entretien ont été identifiés grâce à l'analyse de la littérature.

**Résultats** 11 femmes ont participé. Les entretiens ont permis de discuter des informations reçues dans le cadre du projet vaccinal, de leur suivi gynécologique et des intentions de dépistage futur. Le recours à des modèles validés de l'explication de l'adhérence a permis d'identifier les principaux éléments motivateurs pour le dépistage : le sentiment de satisfaction vis-à-vis de l'information reçue, la perception de menace lié au cancer du col de l'utérus pour elles comme pour leurs filles, la capacité à se projeter à long terme, la dimension relationnelle mère/fille incluant le rôle de transmission et l'importance de leur propre exemple.

**Conclusions** L'information délivrée dans le cadre de la vaccination des filles renforce chez les mères la motivation vis-à-vis des intentions de dépistage futur. Elle encourage la communication mère/fille. La délivrance d'information dans le cadre du cancer du col utérin devrait porter sur les deux outils de prévention pour renforcer l'établissement de liens et maximiser la participation

---

Screening for cervical cancer: qualitative study assessing the effect of invitation to vaccination against human papillomavirus in girls on the motivation of mothers to attend screening.

Abstract :

**Background** In France, the national cervical cancer screening program has been rolled out since 2018 as the flagship action of the Cancer Plan 2014-2019. The stated objective is to increase screening coverage to 80%, up from 59% for the period 2015-2017. We studied how the information provided during the daughter's vaccination process influenced mothers' intentions for their own future screening, in order to identify possible new levers to improve the screening coverage rate.

**Methods** Qualitative study carried out in semi-structured interviews among women residing within the MACS (community of commune Marenne Adour Côte-Sud - Landes) whose daughters had started a vaccination scheme against HPV in the previous six months, considered to have had access to information concerning the benefits of vaccination. Their consent was obtained. Data saturation has been obtained. The key themes targeted by the interview guide were identified using the literature review.

**Results** 11 women participated in the study. The interviews made it possible to discuss: the information received during the vaccination process, their usual gynecological follow-up and their future screening intentions. The use of validated models of adherence made it possible to identify the relevant motivational elements for screening. These elements are: the feeling of satisfaction with the information received, the perception of cervical cancer threat for them and their daughters, the ability to project themselves in the long term, the mother-daughter relationship dimension including the role of transmission and the importance of their own example.

**Conclusions** The information given to mothers in the context of inviting girls to be vaccinated strengthens their motivation for future screening intentions. It encourages mother-daughter communication, and cervical cancer information delivery should focus on both prevention tools to strengthen linkages and maximize participation.

Unité de recherche

UFR des sciences médicales, 33000 Bordeaux, France.

---

**Mots-clés :** Motivation, dépistage organisé, vaccin anti-papillomavirus, cancer du col de l'utérus, relation mère/fille, étude qualitative

**Keywords:** Motivation, organized screening, papillomavirus vaccine, cervical cancer, mother / daughter relationship, qualitative study