

Vaccination anti-papillomavirus : perception du vaccin par les médecins généralistes et attitudes adoptées face aux réticences qu'il suscite

Mounir Sadki

▶ **To cite this version:**

Mounir Sadki. Vaccination anti-papillomavirus : perception du vaccin par les médecins généralistes et attitudes adoptées face aux réticences qu'il suscite. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01461397

HAL Id: dumas-01461397

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01461397

Submitted on 5 Apr 2017

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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2016 N° 2016 - 149

VACCINATION ANTI-PAPILLOMAVIRUS : PERCEPTION DU VACCIN PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET ATTITUDES ADOPTÉES FACE AUX RÉTICENCES QU'IL SUSCITE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Spécialité : MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 OCTOBRE 2016

Par

Mounir SADKI

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Jean-Yves BILBAULT

REMERCIEMENTS

À mon Maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

Vous avez accepté avec enthousiasme de présider le jury de ma thèse après avoir été l'un de mes professeurs en amphithéâtre et j'en suis très honoré. Veuillez trouver ici, ma sincère reconnaissance et l'expression de mon plus grand respect.

À mes juges,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du Service de Rhumatologie

Pôle " Autonomie "

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury.

Recevez ici tous mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Histologie - Embryologie - Cytogénétique)

Vice-Doyen et Assesseur du Premier Cycle des études médicales

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de Cytogénétique

Pôle " Femme - Couple - Enfant "

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie pour l'enseignement que vous m'avez prodigué durant mon cursus universitaire. Vous me faites le grand honneur de juger cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et mon admiration.

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Épidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du Service d'Épidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle " Biologie, pharmacie et santé des populations "

Votre participation au jury de thèse est pour moi un très grand honneur.

Veuillez croire en ma profonde et sincère reconnaissance.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Yves BILBAULT

Docteur en médecine (Médecin généraliste)

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger mon travail, je vous en suis infiniment reconnaissant. Vous m'avez conforté dans mon choix d'exercer la médecine générale et j'ai été très honoré de travailler avec vous.

Je vous remercie pour votre bienveillance, votre sympathie, votre disponibilité et vos précieux conseils.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect et mon admiration.

À mes parents, *que je ne saurais remercier assez pour tout leur amour, leur profond soutien et leurs encouragements sans égal, qui m'ont permis de devenir ce que je suis aujourd'hui, tant sur le plan personnel que professionnel. Avec toute ma considération et mon amour, je tâcherai de conduire ma carrière en m'inspirant de vos nobles valeurs et votre profonde humanité. J'espère vous rendre fier à chaque instant. Mes chers parents, je vous aime.*

À mon frère Nordine, *que je remercie grandement pour sa présence, sa réflexion inspirante, sa vivacité d'esprit et son soutien qui n'a eu de cesse de me guider durant toutes ces années. Toute ma considération et mon amour, grand frère.*

À ma sœur Assia, *que je remercie pour son soutien infaillible et ses conseils avisés tout au long de mon travail. Je te souhaite une excellente carrière dans ta future profession. Je suis très fier de toi et je t'aime très fort.*

À ma sœur Dounia, *que je remercie pour ses encouragements et sa fraîcheur d'esprit. Je te souhaite de poursuivre avec brio tes études de médecine … Tu deviendras un grand docteur. Je suis si fier de toi et je t'aime très fort.*

Aux familles SADKI et KATTAT, *que je remercie d'avoir toujours cru en moi.*

À mes grands-parents, *pour leur soutien depuis mon enfance. Je vous remercie.*

À Ilyass et Zulaid, *mes meilleurs amis, pour ces années d'amitié et de soutien mutuel. Merci pour tous les bons moments passés ensemble durant ces belles années d'études. Votre amitié m'est très précieuse.*

Aux Dr Mouez EL AKRICH et Dr Yamine SAANOUN, *pour leur soutien, leurs précieux conseils et pour tous les moments que j'ai eu la chance de partager avec eux. Un grand merci à vous et vos familles.*

À mes amis et anciens co-internes Alexandre, Anne, Anaïs, Hayat, Hadi, Mohammed, Sooheib, Ghizlaine, Kader, Yassine… *pour tous les moments confraternels que nous avons eu la chance de passer ensemble durant notre formation. Merci infiniment pour votre belle humeur et vos sourires.*

À mes amis d'enfance, Damien, Tarik, Bilal, Fatih, Abdellah… *que je remercie pour tous les souvenirs que nous avons créés ensemble. Soyez assuré de ma sincère amitié.*

À Karima et ses enfants Adnane et Othman, *des petits princes à qui je souhaite de belles victoires.*

Aux familles SIAM et ASKAR, *pour les moments partagés durant ma tendre enfance. Je vous remercie profondément.*

Au Dr Abdelhakim CHIAH, son épouse et ses enfants, *à qui j'adresse un grand merci pour leur soutien et leur sympathie. J'ai été ravi de travailler avec vous et d'avoir bénéficié de vos précieux enseignements.*

Au Dr Christian HUGUET*, que je remercie pour son soutien et ses encouragements tout au long de ces années d'études.*

Aux médecins généralistes *qui ont accepté de participer à l'élaboration de ma thèse. Mes sincères remerciements pour votre temps et votre patience.*

À mes maîtres de stage *qui ont su forger ma pratique et m'ont conforté dans mon choix pour la médecine générale. Je vous remercie beaucoup.*

À tous les médecins et à toutes les équipes soignantes que j'ai rencontrés*. Je vous remercie d'avoir contribué de près ou de loin à ma formation médicale durant ces années d'études.*

À toutes les personnes qui m'ont fait l'honneur d'être présentes le jour de ma soutenance, merci.

À la mémoire de mes grands-parents paternels, de madame Lelong, de mon tendre cousin Abdelatif et de ma chère tante Samira. Qu'ils reposent en paix.

TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS 11
INTRODUCTION 12
PREMIÈRE PARTIE : ÉTAT DES CONNAISSANCES 14
I. HPV : Human Papillomavirus 14
1. Le Papillomavirus humain 14
2. Épidémiologie des infections génitales à HPV 15
3. Modalités de transmission des virus HPV 16
4. Histoire naturelle de l'infection à HPV 17
II. Le cancer du col de l'utérus 18
1. Épidémiologie 18
2. Facteurs de risque de cancer du col de l'utérus 19
3. Anatomopathologie - lésions histologiques cervicales 20
III. Le dépistage du cancer du col de l'utérus 22
1. Le frottis cervico-utérin (FCU) 22
2. Recommandations 22
3. Pratique du dépistage 23
IV. La vaccination anti-papillomavirus 23
1. Les vaccins disponibles 23
2. Nouveau vaccin anti-HPV nonavalent : vers une meilleure protection 24
3. Historique des recommandations vaccinales anti-HPV 24
4. Actualités en 2016 26
5. La couverture vaccinale en France 26
6. Sécurité des vaccins anti-HPV 27
DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE 28
I. MATÉRIEL ET MÉTHODES 28
1. Type d'étude 28
2. Population étudiée 28
3. Choix de l'entretien semi-directif 28
4. Élaboration du guide d'entretien 29
5. Déroulement des entretiens 29
6. Transcription des entretiens 29
7. Analyse des données 30
II. RÉSULTATS 31
1. Caractéristiques des entretiens 31

2. Caractéristiques de l'échantillon 31
3. Couverture vaccinale anti-papillomavirus en France 32
4. Perception et pratique de la vaccination anti-HPV 35
5. Abord de la vaccination et de la sexualité 39
6. Réticences des patientes vis-à-vis du vaccin anti-papillomavirus 42
7. Propositions pour améliorer la couverture vaccinale 49
III. DISCUSSION 53
1. Discussion de la méthodologie 53
2. Discussion des résultats 56
CONCLUSION 68
BIBLIOGRAPHIE 70
ANNEXES 74
Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN 74
Annexe 2 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGÉS 76

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AIN : Anal Intraepithelial Neoplasia (néoplasie intra-épithéliale anale)

AIS : Adénocarcinome *in situ*

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (actuellement HAS)

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

CCU : Cancer du col utérin

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

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

dTPca : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche

EGB : Échantillon généraliste des bénéficiaires

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HPV : Human papillomavirus (Papillomavirus humain)

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

JPC : Jonction pavimento-cylindrique

LCR : Long control region

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PGR : Plan de gestion des risques

SEP : Sclérose en plaques

VIN : Vulvar Intraepithelial Neoplasia (néoplasie intra-épithéliale de la vulve)

INTRODUCTION

Le cancer du col utérin (CCU) est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes à l'échelle mondiale, avec 528 000 nouveaux cas et 266 000 décès estimés en 2012.

Le rôle des "*Human papillomavirus*" ou "*Papillomavirus humains*" (connu sous l'acronyme « HPV ») dans la pathogenèse du cancer du col de l'utérus a été mis en évidence par le virologue allemand Harald zur Hausen durant les années 1980.

Parmi tous les génotypes d'HPV qui ont été séquencés à l'heure actuelle, les HPV16 et 18 à haut risque oncogène sont responsables de 70 % des cancers du col de l'utérus (CCU) dans le monde. C'est la raison pour laquelle ils ont été choisis comme cibles pour la recherche et le développement des vaccins anti-papillomavirus.

Dans la plupart des pays industrialisés, l'introduction du dépistage des lésions précancéreuses par frottis cervico-utérin (FCU) dans les années 1970 a permis de diminuer considérablement l'incidence et la mortalité liées à ce cancer. Cependant, cette pathologie constitue encore en France un problème de santé publique, avec 2 797 nouveaux cas et 1 092 décès estimés pour l'année 2015.

Dans ces circonstances, deux vaccins prophylactiques anti-HPV ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France au cours des années 2006 et 2007. Dans un premier temps, le Gardasil® est apparu comme vaccin quadrivalent dirigé contre les HPV de génotypes 6, 11, 16 et 18, et dans un second temps le vaccin bivalent Cervarix® dirigé contre les HPV de génotypes 16 et 18. Ces vaccins représentent une avancée majeure en termes de prévention primaire dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus, réalisés conjointement au frottis cervico-utérins (FCU). Néanmoins, la couverture vaccinale que l'on observe en France contre les infections à HPV reste largement insuffisante par rapport à l'objectif de 80 % recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS).

Le médecin généraliste tient un rôle central dans la réussite d'un programme vaccinal. En effet, il est le professionnel de santé en première ligne concernant la proposition vaccinale, la prescription et l'administration du vaccin anti-HPV. En raison de la relation de confiance qu'il entretient avec ses patients, le médecin généraliste se place comme l'interlocuteur privilégié concernant la délivrance d'une information d'ordre médical. Pourtant, au cours de

sa pratique de prévention, le médecin généraliste se trouve régulièrement confronté à des réticences, notamment des parents à qui revient la décision finale de vacciner ou non leur fille.

Dans ces circonstances, la réalisation d'une étude qualitative a permis de relever les opinions et les pratiques adoptées par les médecins généralistes au sujet de la vaccination anti-papillomavirus. Cette dernière occasionne certaines réticences exprimées par les patientes et leurs parents, auxquelles les médecins sont tenus d'adapter leurs réponses. Dans ce contexte, il est aussi intéressant de déterminer quelles ont été les principales solutions avancées par les médecins généralistes interrogés, afin de contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale en France.

PREMIÈRE PARTIE : ÉTAT DES CONNAISSANCES

I. HPV : Human Papillomavirus

1. Le Papillomavirus humain

Les papillomavirus humains constituent un groupe de virus appartenant à la famille des *Papillomaviridae* responsables de proliférations cutanéo-muqueuses, le plus souvent bénignes, mais parfois malignes. Ce sont des virus nus (sans enveloppe), très résistants, de petite taille (45 à 55 nm de diamètre) et dont le génome est constitué d'une molécule circulaire d'ADN double brin contenant environ 8 000 paires de bases dont un seul brin est codant.

L'organisation génomique distingue trois régions (figure 1) :

- La région E (Early) qui code pour des protéines non structurales E1-E7.
- La région L (Late) qui code pour les protéines de structures L1 et L2 composant la capside.
- La région non codante appelée LCR (Long control Region) qui contient les promoteurs des gènes précoces et des séquences de régulation de la réplication et de la transcription.

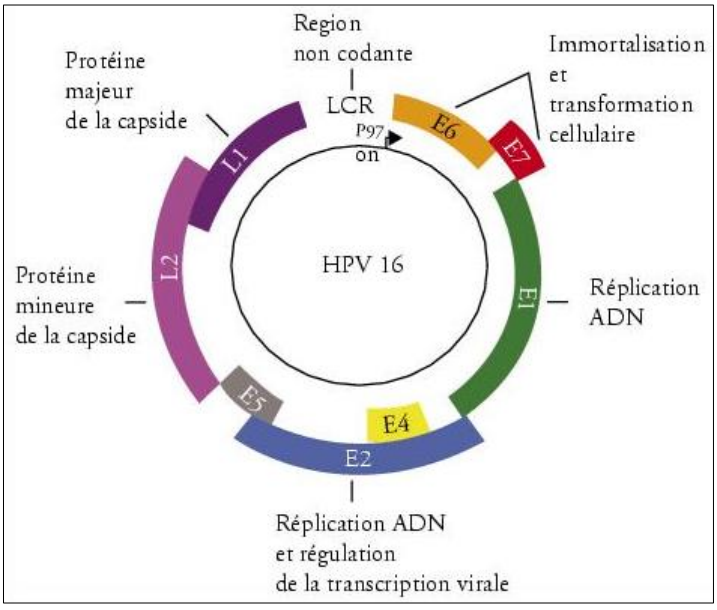


Figure 1 - Organisation du génome d'un papillomavirus humain (génotype 16)

À l'heure actuelle, 118 génotypes de papillomavirus ont été totalement séquencés sur un peu plus de 200 identifiés, parmi lesquels on compte 96 papillomavirus humains (HPV 1 à HPV 96).

Les papillomavirus se distinguent en fonction de leur tropisme (cutané ou muqueux), de leurs propriétés biologiques et leur potentiel oncogénique (bas risque ou haut risque).

Parmi les 45 génotypes de papillomavirus humains à tropisme muqueux qui peuvent infecter la sphère anogénitale, 18 sont considérés à haut risque oncogène pour le col utérin dont 12 de façon bien établie (1). Près de 90 % des cancers du col de l'utérus impliqueraient 8 génotypes de HPV qui sont par ordre de fréquence : les HPV de types 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35.

Selon le pouvoir oncogène des HPV muqueux on distingue :

- Les HPV à faible risque oncogène (LR-HPV) parmi lesquels HPV 6 et 11 responsables de lésions anogénitales bénignes telles que les condylomes ou végétations vénériennes.
- Les HPV à haut risque oncogène (HR-HPV) parmi lesquels HPV 16 et 18 impliqués dans les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Potentiel oncogène	**Types de virus HPV**
Haut risque oncogène	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59
Haut risque probable	26, 53, 66, 68, 73, 82,
Faible risque oncogène	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108

Tableau 1 : Classification des génotypes d'HPV selon leur potentiel oncogène (d'après Munoz 2006)

2. Épidémiologie des infections génitales à HPV

L'infection génitale par un HPV est l'une des trois principales infections sexuellement transmissibles (IST) concernant la population générale, avec les infections à *Chlamydiae trachomatis* et à *Trichomonas vaginalis*. Elle est également la première IST d'origine virale avant l'herpès génital.

Le nombre de nouvelles infections génitales chez la femme par un HPV dans le monde est estimé à 30 millions par an. Il est estimé que 50 à 75 % des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées au HPV (2).

L'infection persistante par un HPV à haut risque oncogène est considérée comme la principale cause du cancer du col de l'utérus (3). La prévalence de l'infection à HPV à haut risque oncogène est très dépendante de l'âge : élevée avant 30 ans, elle diminue ensuite progressivement avec l'âge avec parfois un pic vers 45-49 ans.

D'après l'étude de Boulanger et al. à Amiens, le pic de fréquence du portage d'HPV se situait entre 25 et 29 ans (19 %) (4). En France en 2009, la prévalence globale de l'infection pour les génotypes d'HPV oncogènes était de 19,3 % et variait de 32 % chez les femmes âgées de moins de 20 ans à 10 % chez celles âgées de 40 à 44 ans (5,6).

3. Modalités de transmission des virus HPV

Les virus HPV sont transmis préférentiellement par contact direct entre les muqueuses génitales, souvent lors des premiers rapports sexuels (7). La prévention de la transmission est très difficile. En effet, les méthodes de contraception dites de barrière ne sont que partiellement efficaces, car le virus peut être présent sur la plupart de la zone anogénitale (y compris sur des zones non protégées par le préservatif) et il peut demeurer infectieux pendant des années. Cependant, l'utilisation du préservatif diminue de façon significative la fréquence des infections cervicales et vulvo-vaginales par les HPV(8).

Il existe un mode de transmission materno-fœtale verticale lors d'un accouchement par voie naturelle chez une femme présentant des lésions génitales à HPV, pouvant être responsable d'une papillomatose laryngée juvénile (9,10).

Une voie de transmission par contact de surface infectée ou de sous-vêtements a été évoquée dans certains travaux (11). Cette possibilité de transmission par contact avec surface infectée ou autres fomites souligne l'importance des règles d'hygiène strictes en particulier pour l'usage de matériel médical pour la pathologie cervicale, et l'utilisation de gants et matériel à usage unique. La transmission des virus HPV ne se fait pas par voie sanguine.

L'une des caractéristiques fondamentales de l'infection à HPV expliquant sa forte proportion dans le monde est une forte contagiosité puisque 60 à 66 % des partenaires sexuels de personnes infectées par le virus développent des lésions cellulaires HPV induites (11).

Les principaux facteurs favorisant le risque d'infection à HPV sont liés aux caractéristiques de la vie sexuelle : le nombre de partenaires sexuels élevé, une activité sexuelle précoce, les antécédents d'IST…

4. Histoire naturelle de l'infection à HPV

Environ 70 % des femmes sexuellement actives rencontreront un HPV au cours de leur vie et seront susceptibles de développer une pathologie viro-induite.

Dans la plupart des cas, en particulier chez la femme de moins de 30 ans, les infections à HPV sont transitoires et s'accompagnent de la disparition des anomalies cytologiques et histologiques qu'elles avaient pu induire. En effet, la clairance virale des HPV est assez rapide et fréquente, en moyenne 70 % des infections disparaissent en 12 mois et 90 % en 24 mois.

L'infection persistante à HPV oncogène est un facteur nécessaire mais non suffisant : moins de 5 % des femmes infectées par HPV 16 développeront un cancer du col de l'utérus au cours de leur vie. La persistance de l'infection à HPV est en général définie par deux prélèvements positifs entre 12 et 18 mois d'intervalle, mais cette définition n'est pas consensuelle.

Certains facteurs favoriseraient la persistance de l'infection et/ou agiraient comme des cofacteurs de la carcinogenèse de façon modérée en comparaison de l'infection persistante à HR-HPV. Ils peuvent être subdivisés en trois catégories :

- **Les facteurs environnementaux ou exogènes :** l'utilisation au long cours de contraceptifs oraux (≥ 5 ans), le tabagisme actif (>15 cigarettes par jour) ou passif, l'existence d'autres IST, un déficit immunitaire acquis, des facteurs nutritionnels (12).
- **Les facteurs viraux :** infection par un HPV de génotype 16 ou 18, une charge virale élevée, une infection par certains variants viraux à plus haut risque au sein d'un même génotype (13,14)
- **Les facteurs endogènes :** facteurs génétiques en rapport avec le groupe des gènes du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH), nombre de grossesses, statut ménopausique, capacités de réponse immunitaire propre à l'individu (déficits immunitaires constitutionnels).

II. Le cancer du col de l'utérus

1. Épidémiologie

1.1 Dans le monde

Au niveau mondial, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez la femme avec près de 528 000 nouveaux cas en 2012. Il existe une grande inégalité de répartition de l'incidence selon les pays, au bénéfice des pays industrialisés, environ 85 % des nouveaux cas de cancer survenant dans les pays en voie de développement (15).

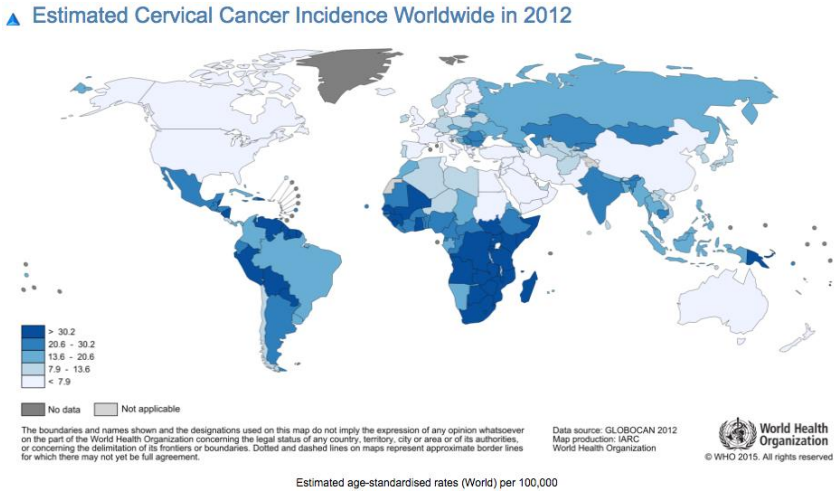


Figure 2 - Incidence estimée du cancer du col de l'utérus dans le monde en 2012, GLOBOCAN 2012

En ce qui concerne la mortalité, le cancer du col de l'utérus a provoqué près de 266 000 décès dans le monde en 2012, dont près de 87 % dans les pays en développement, pays dans lesquels ce cancer est la première cause de mortalité par cancer chez la femme (15).

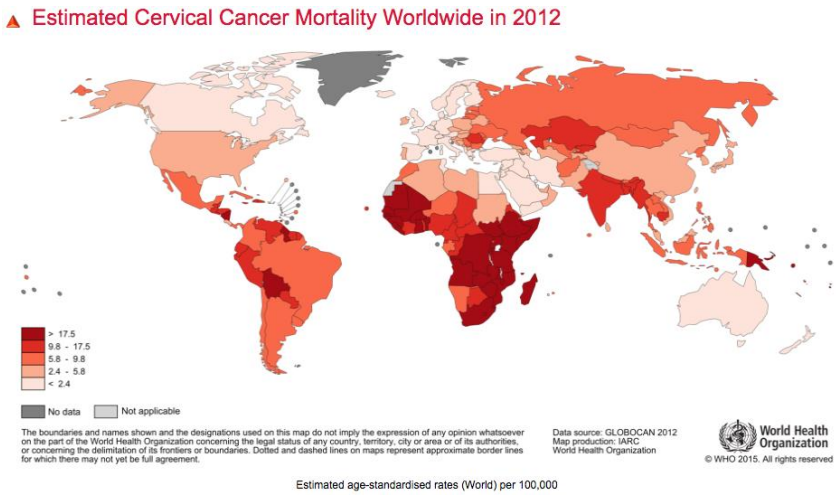


Figure 3 – Estimation de la mortalité du cancer du col de l'utérus dans le monde en 2012, GLOBOCAN 2012

1.2 En France

L'incidence du cancer invasif du col de l'utérus est en baisse régulière depuis le début des années 1980. Elle a été estimée à 2 797 nouveaux cas pour l'année 2015, ce qui correspond à un taux d'incidence annuelle standardisé à la population mondiale de 5,9 cas pour 100 000 femmes. L'âge moyen au diagnostic est de 51 ans et l'âge moyen au décès de 64 ans en 2012.

Le nombre de décès par cancer du col de l'utérus a été estimé à 1 092 pour l'année 2015, ce qui correspond à un taux annuel de mortalité standardisé à la population mondiale de 1,7 décès pour 100 000 femmes (16).

	Année					
	1980	1990	2000	2005	2010	2012
Incidence	5 161	3 878	3 336	3 208	3 081	3 028
Mortalité	2 060	1 522	1 256	1 181	1 123	1 102

Figure 4 - Nombre de cas et de décès en France selon l'année - Cancer du col de l'utérus

	Année						Taux annuel moyen d'évolution (%)	
	1980	1990	2000	2005	2010	2012	De 1980 à 2012	De 2005 à 2012
Incidence	15,0	9,9	7,8	7,3	6,8	6,7	-2,5	-1,2
Mortalité	5,0	3,2	2,3	2,1	1,9	1,8	-3,2	-2,0

Figure 5 - Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année (Taux standardisés monde pour 100 000 personnes-années) - Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est un cancer de relativement bon pronostic avec une survie nette à 5 et 10 ans respectivement de 66 % et 59 %. C'est un cancer de la femme jeune : 67 % des cancers du col de l'utérus ont été diagnostiqués chez des femmes de moins de 65 ans (2).

La survie par stade souligne le très bon pronostic des cancers du col détectés à un stade précoce : la survie à 5 ans est de l'ordre de 91,5 % à un stade local. Ceci renforce l'intérêt d'une détection précoce des lésions précancéreuses ou cancéreuses du col (16).

2. Facteurs de risque de cancer du col de l'utérus

La persistance d'une infection génitale par un papillomavirus humain à haut risque oncogène est le facteur de risque majeur de cancer du col de l'utérus.

Les données de la littérature concernant les principaux génotypes d'HPV à haut risque oncogène montrent que : les génotypes HPV 16 et 18 sont responsables de 70,7 % des cancers du col de l'utérus dans le monde (17). Une étude française EDITH s'est intéressée à la distribution nationale des génotypes d'HPV responsables de cancers invasifs du col de l'utérus et de CIN2/3 (18–20). Elle montre que la proportion de cancers invasifs du col de l'utérus attribuables au génotypes HPV 16 et 18 est de 81,8 %, ce qui explique qu'ils aient été choisis comme cible pour les vaccins HPV.

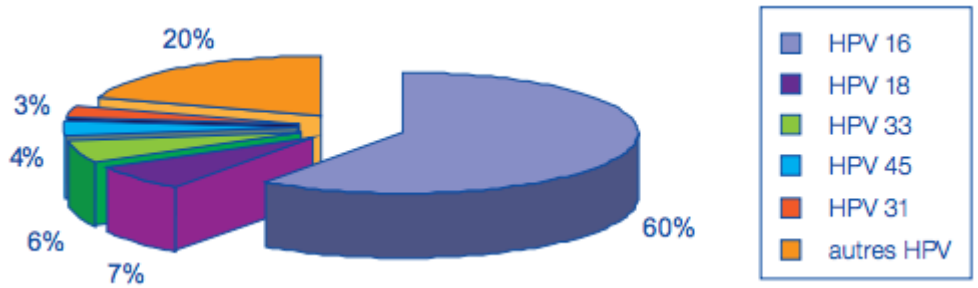


Figure 6 - Distribution des génotypes d'HPV dans les cancers du col de l'utérus

3. Anatomopathologie - lésions histologiques cervicales

Sur le plan anatomopathologique, c'est au niveau de la zone de jonction pavimento-cylindrique (JPC), qui constitue un véritable point d'entrée pour les infections à HPV, que débutent la majorité des cancers du col de l'utérus. Le cancer invasif du col utérin a pour type histologique :

- Le carcinome épidermoïde dans 80 à 90 % des cas, qui se développe à partir de l'épithélium malpighien au niveau de l'exocol.
- L'adénocarcinome dans 10 à 20 % des cas, qui se développe à partir de l'épithélium glandulaire au niveau de l'endocol.

Il existe également d'autres formes histologiques très rares : sarcomes, mélanomes, lymphomes, tumeurs secondaires.

Le cancer invasif du col utérin met en moyenne plus de 15 ans à se développer après une infection persistante par un HPV oncogène. On parle de cancer invasif quand les cellules atypiques envahissent l'épaisseur du tissu conjonctif fibreux sous-jacent à la membrane basale.

L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus comporte plusieurs lésions histologiques précancéreuses : les néoplasies cervicales intra-épithéliales ou CIN. Ces lésions faisant suite à la persistance de l'infection génitale par un HPV à haut risque oncogène, dont certaines sont des stades facultatifs (CIN1 et CIN2) et d'autres des étapes nécessaires à l'apparition d'un cancer invasif (CIN3) (21). Pour chaque grade de lésion cervicale précancéreuse, il existe une probabilité de régression vers un épithélium normal (de 32 à 57 % en fonction de la gravité de la lésion), accompagnant la clairance virale, et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé y compris pour les CIN3.

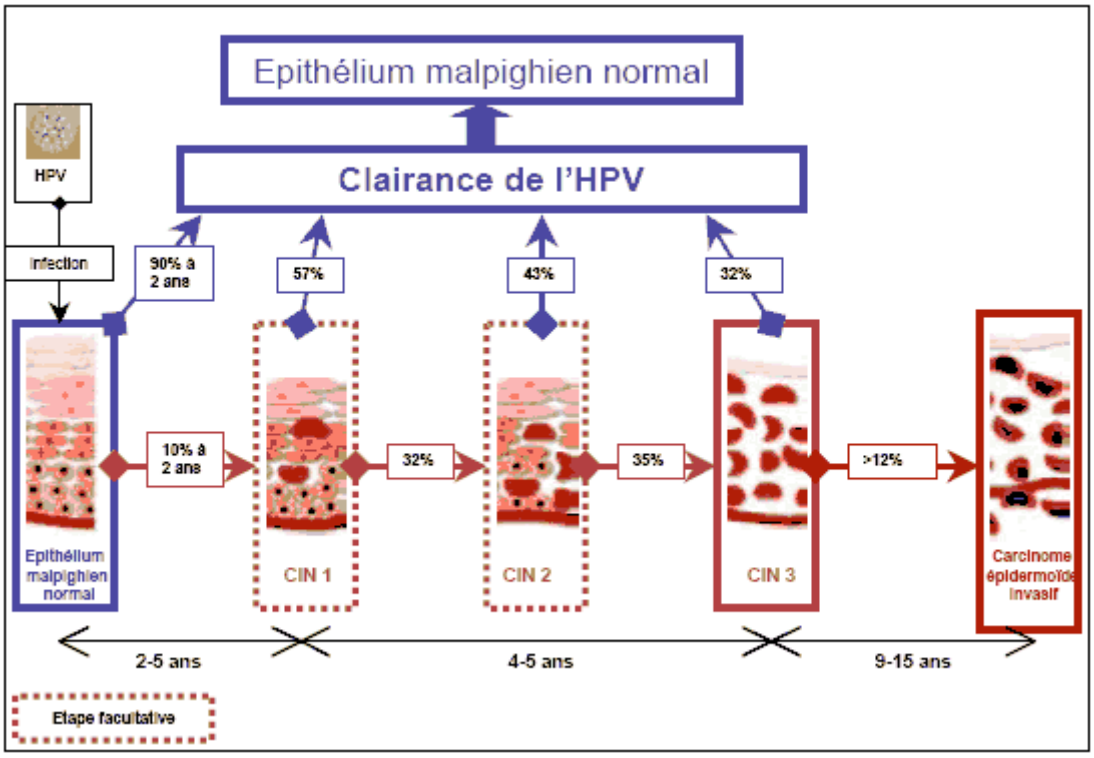


Figure 7- Histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus

L'adénocarcinome du col de l'utérus en revanche, ne comporte qu'une seule lésion qui précède l'envahissement : l'adénocarcinome *in situ* (AIS). Cette lésion, déjà cancéreuse, fait également suite à la persistance de l'infection par un HPV-HR mais l'histoire naturelle est moins connue.

III. Le dépistage du cancer du col de l'utérus

1. Le frottis cervico-utérin (FCU)

Le cancer du col de l'utérus est un bon candidat à la mise en place d'un programme de dépistage d'après les critères définis par l'OMS en 1968 : il constitue un véritable problème de santé publique évitable, son histoire de la maladie est bien connue et passe par plusieurs phases précancéreuses dépistables, il existe des tests de dépistages et de diagnostic acceptables par la population, et différentes stratégies de traitement sont disponibles (22).

Le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus repose sur un examen cytologique : le frottis cervico-utérin (FCU). La procédure décrite en 1943 par le docteur Georgios Papanicolaou consiste à prélever des cellules du col de l'utérus (endocol-exocol-JPC). Le matériel prélevé est ensuite étalé et fixé sur une lame dans le cas d'un frottis dit conventionnel ou mis en suspension dans un flacon contenant un liquide de conservation dans le cas d'un frottis en phase liquide (appelé frottis en couche mince). L'interprétation des prélèvements est effectuée par des anatomo-cytopathologistes qui déterminent le type et le degré de gravité d'une anomalie cytologique éventuelle selon le système Bethesda 2001 (23).

En cas de frottis anormal (présence d'anomalies cytologiques), il est nécessaire d'effectuer des tests diagnostiques (frottis cervico-utérin de contrôle, colposcopie-biopsie, curetage de l'endocol, conisation diagnostique, test HPV) souvent accompagnés d'un examen histologique selon les recommandations qui ont été publiées en 2002 par la HAS (24).

2. Recommandations

En France, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande d'effectuer un frottis cervico-utérin (FCU) tous les 3 ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans. Ces recommandations s'appuient sur la conférence de consensus de Lille de 1990 et les publications successives de l'Agence nationale de l'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) de 2002 et 2004.

3. Pratique du dépistage

Le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus est une pratique majoritairement développée en France. Une analyse réalisée par la HAS en 2010 à partir des données issues de l'échantillon général des bénéficiaires de l'assurance maladie montre que le taux de couverture moyen par le FCU des femmes concernées sur 3 ans (2006-2008) est estimé à 56,7%.

En France, plus de 6 millions de FCU sont réalisés chaque année ce qui permettrait, s'ils étaient mieux répartis, un suivi satisfaisant de l'ensemble de la population cible. En effet, la couverture est sous-optimale avec 50 % des femmes pas ou trop peu souvent dépistées, et environ 40 % dépistées trop fréquemment. Seulement 10 % des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé.

Depuis les années 1990 des programmes expérimentaux de dépistage organisé ont été mise en place dans 13 départements : le Doubs (jusqu'en 2004), l'Isère, l'Alsace, la Martinique, puis depuis 2009, l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme, le Cher, l'Indre-et-Loire, le Maine-et-Loire, la Réunion et le Val-de-Marne.

Une première évaluation épidémiologique de ces programmes de dépistage organisé réalisée par l'InVS en 2007, a montré une progression de la couverture de la population de l'ordre de 10 à 15 % par la sollicitation de femmes peu ou pas dépistées.

La HAS recommande depuis 2010 la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus au niveau national qui a fait preuve de sa supériorité par rapport au dépistage individuel en termes d'efficacité, d'efficience, ainsi que d'équité et d'égalité d'accès à la prévention. Cette recommandation s'inscrit dans le cadre d'un objectif du plan cancer 2014-2019 qui vise à favoriser les diagnostics plus précoces (25).

IV. La vaccination anti-papillomavirus

1. Les vaccins disponibles

En France, deux vaccins prophylactiques recombinants dirigés contre certains génotypes de papillomavirus humains ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) :

- **Gardasil®** : un vaccin recombinant quadrivalent dirigé contre les HPV de génotypes 6, 11, 16 et 18 (développé par le laboratoire Merck, commercialisé et distribué en Europe par le laboratoire Sanofi-Pasteur MSD) ayant obtenu son AMM en septembre 2006. Il est indiqué dans la prévention des lésions génitales précancéreuses (du col de l'utérus, de la vulve et du vagin), des lésions anales précancéreuses, du cancer du col de l'utérus et du cancer anal dus à certains génotypes oncogènes d'HPV ainsi que des verrues génitales (condylomes acuminés).

- **Cervarix®** : un vaccin recombinant bivalent dirigé contre les HPV de génotypes 16 et 18 (développé par le laboratoire Glaxo-Smith-Kline) ayant obtenu son AMM en septembre 2007. Il est indiqué dans la prévention des lésions génitales précancéreuses (du col de l'utérus, de la vulve et du vagin) et du cancer du col de l'utérus dus à certains types oncogènes d'HPV.

2. Nouveau vaccin anti-HPV nonavalent : vers une meilleure protection

Très récemment, un vaccin à 9 valences (Gardasil 9 ®) a été développé majorant l'efficacité du vaccin quadrivalent Gardasil® (HPV 6, 11, 16, 18) grâce à une protection contre 5 génotypes d'HPV oncogéniques supplémentaire (HPV 31, 33, 45, 52 et 58). Dans une étude parue dans le *New England Journal of Medecine*, menée chez 14 215 femmes âgées de 16 à 26 ans, la preuve a été apportée de la non-infériorité de ce nouveau vaccin par rapport au vaccin quadrivalent déjà sur le marché. L'efficacité vaccinale a été mesurée sur la protection contre les lésions de haut grade liées à une infection HPV au cours d'un suivi de presque 5 ans (26). Ce nouveau vaccin anti-HPV pourrait ainsi prévenir jusqu'à 90% des cancers du col de l'utérus. À ce jour, l'Agence européenne du médicament a délivré une AMM valide au sein de l'Union européenne pour ce vaccin, qui nécessite une évaluation par les autorités sanitaires françaises pour faire l'objet de recommandations.

3. Historique des recommandations vaccinales anti-HPV

Initialement, dans son avis du 9 mars 2007 le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommandait la vaccination des jeunes filles de 14 ans, avant qu'elles ne soient exposées au risque de l'infection HPV. Une vaccination de rattrapage est également recommandée aux

jeunes filles et 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.

Le 14 décembre 2007, le HCSP rappelle la nécessité d'organiser le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus sur l'ensemble du territoire, la vaccination contre les papillomavirus 16 et 18 ne pouvant s'y substituer. Il rappelle également la nécessité de faire obligation aux firmes produisant ou amenées à produire un vaccin HPV, de promouvoir simultanément dans leur communication l'utilisation de ce vaccin et le dépistage des lésions du col de l'utérus, mais aussi de mentionner l'absence d'efficacité sur la prévention d'environ 30% des cancers.

D'autre part, les recommandations initiales incitaient à l'utilisation préférentielle du vaccin quadrivalent par rapport au bivalent en raison :

- de l'absence de prévention, par le vaccin bivalent, des lésions dues aux HPV de génotypes 6 et 11 (notamment condylomes génitaux et CIN1),

- de l'absence de démonstration d'efficacité du vaccin bivalent sur les lésions vulvaires précancéreuses de grade 2 ou plus (VIN2 ou plus),

- d'une efficacité non formellement démontrée, du vaccin bivalent sur les lésions CIN2 ou de plus haut grade liés au génotype 18,

- de l'insuffisance des données concernant la tolérance à long terme de l'adjuvant ASO4 contenu dans le vaccin bivalent.

L'acquisition de nouvelles données sur les deux vaccins a conduit à l'avis du HCSP du 17 décembre 2010 qui considère qu'il n'y a plus lieu de recommander de façon préférentielle l'un des deux vaccins. Il rappelle que les deux vaccins anti-HPV disponibles ne sont pas interchangeables, et que toute vaccination initiée avec l'un deux doit être menée à son terme avec le même vaccin.

Le suivi des taux de couverture vaccinale au 31 décembre 2011 est en faveur d'un infléchissement de l'adhésion à la vaccination entre 2010 et 2011, amenant le HCSP le 28 septembre 2012 à rédiger un avis relatif à la révision de l'âge de la vaccination anti-HPV des jeunes filles. Il recommande la vaccination des jeunes filles entre 11 et 14 ans avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans révolus. Cette vaccination n'est plus sous-tendue par la notion de l'âge de début de l'activité sexuelle, même si le vaccin sera d'autant plus efficace

que les jeunes filles n'auront pas encore été infectées par les papillomavirus ciblés par la vaccination (27).

4. Actualités en 2016

Le nouveau calendrier vaccinal en France a été édité en mars 2016 selon les recommandations du Haut Conseil de santé publique concernant la révision de l'âge de la vaccination anti-HPV du 28 septembre 2012 (28). Il précise que l'une des doses du vaccin anti-HPV peut être coadministrée notamment avec le rappel diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite prévu entre 11 et 13 ans ou avec le vaccin contre l'hépatite B, dans le cadre du rattrapage vaccinal.

Les deux vaccins anti-HPV ont obtenus une modification de l'AMM (le 18 décembre 2013 pour le Cervarix® et le 24 mars 2014 pour le Gardasil®) leur permettant : l'administration du vaccin en deux doses espacées de 6 mois chez les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans révolus pour le Gardasil® et de 9 à 14 ans révolus pour le Cervarix®. Le schéma vaccinal actuel est le suivant :

Vaccin quadrivalent (Gardasil®) :

- Entre 11 et 13 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois.
- Entre 14 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Vaccin bivalent (Cervarix®) :

- Entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois.
- Entre 15 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois.

5. La couverture vaccinale en France

Selon une enquête menée par l'InVS (Institut de veille sanitaire), la couverture vaccinale complète contre les papillomavirus humains reste faible. Ce suivi montre que les taux de couverture vaccinale au 31 décembre 2011, calculés sur l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) pour les jeunes filles nées en 1993 (18 ans), 1994 (17 ans), 1995 (16 ans), et 1996 (15 ans), sont pour une dose respectivement de 53 %, 53.8 %, 46.8 % et 35.8 % et pour trois doses respectivement de 36.9 %, 39 %, 31.2 % et 20.2 %. Les résultats de cette enquête montrent que 45,3 % des adolescentes de 15 à 17 ans avaient reçu au moins une dose de vaccin et que seulement 29,9 % avaient bénéficié des trois doses recommandées (29).

Le HCSP rappelle que l'obtention d'une couverture vaccinale élevée représente un objectif prioritaire tant pour la protection des jeunes filles que pour l'induction d'une immunité de groupe. Il souligne par ailleurs que ces niveaux de couverture vaccinale élevés sont obtenus dans les pays (Royaume-Uni, Australie) qui vaccinent dans les structures de soins publiques ou en milieu scolaire (27).

6. Sécurité des vaccins anti-HPV

Depuis leur commercialisation, les deux vaccins font l'objet d'un suivi national renforcé de pharmacovigilance dans le cadre d'un plan de gestion de risque (PGR) national qui complète un PGR européen. L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié les données de sécurité actualisées du vaccin Gardasil®. À ce jour, aucun signal particulier n'a été identifié pour plus de 127 millions de doses du vaccin délivrées dans le monde (dont environ 5,5 millions en France). Les données de la littérature internationale et française ne montrent pas d'augmentation de l'incidence des maladies auto-immunes ni plus particulièrement de sclérose en plaques (SEP) après une vaccination par Gardasil®. Au regard de l'ensemble des données d'efficacité et de sécurité disponibles à ce jour, le rapport bénéfices/risques du vaccin reste favorable.

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE

I. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes du département de l'Aisne.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les opinions et les pratiques des médecins généralistes concernant la vaccination anti-papillomavirus ainsi que leurs attitudes face aux réticences à la vaccination.

2. Population étudiée

Nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes du département de l'Aisne qui ont été recrutés pour la constitution de l'échantillon selon les variables suivantes : l'âge, le sexe, le mode et le milieu d'exercice. C'est ainsi que 28 médecins généralistes ont été contactés par téléphone, 17 ont accepté les entretiens. Les motifs de refus étaient le manque de temps et le filtrage des appels réalisés par le secrétariat. Plusieurs relances ont été faites sans retour de la part de certains médecins.

En recherche qualitative, la taille de l'échantillon est déterminée par l'étude elle-même. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à ce qu'ils n'apportent plus d'informations nouvelles : c'est ce que l'on appelle le principe de saturation des données. Dans notre étude, la saturation a été atteinte au bout de 13 entretiens, puis a été confirmée par quelques entretiens supplémentaires.

3. Choix de l'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif est une technique de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Ce type d'entretien permet à l'interviewé de développer et orienter son propos, de parler de soi, de son éthique et de son expérience personnelle sur le sujet.

L'entretien semi-directif permet de recueillir des informations de différents types : des opinions et points de vue, des faits et vérifications de faits, des propositions, des analyses, des réactions aux premières hypothèses et conclusions des évaluateurs (30).

4. Élaboration du guide d'entretien

L'entretien semi-directif a pour but de rester ouvert, c'est-à-dire de laisser libre cours aux associations d'idées de l'interviewé, ce qui passe nécessairement par l'élaboration de questions relativement ouvertes, avec la possibilité de relances, de reformulation si toutes les thématiques ne sont pas abordées. Dans ce cadre, le guide d'entretien constitue un support pour l'enquêteur qui consigne les différents thèmes à aborder, même si ceux-ci ne le sont pas dans un ordre précis. Dans cette étude, le guide d'entretien ***(annexe 1)*** était évolutif en intégrant les résultats obtenus lors des premiers échanges, et il visait à faire développer les thèmes suivants :

- Le recueil des données concernant le médecin généraliste : l'âge, le mode et le milieu d'exercice, le nombre d'années d'installation, la pratique gynécologique ainsi que les modalités d'exercice particulier de la médecine.
- La perception du médecin concernant le vaccin anti-papillomavirus et l'évaluation de la couverture vaccinale anti-HPV en France.
- La pratique médicale de la vaccination anti-HPV.
- Les principales causes de refus à la vaccination anti-HPV observées par le médecin.
- L'attitude adoptée par le médecin face aux réticences exprimées par les patientes et leurs parents.
- Les propositions exprimées par les médecins en vue de l'amélioration de la couverture vaccinale contre les infections à HPV.

5. Déroulement des entretiens

Dans un premier temps, les médecins généralistes ont tous été contactés par téléphone, de manière à leur expliquer le sujet, l'objectif et les modalités de l'étude, puis dans le but de fixer un rendez-vous à la convenance du médecin.

Tous les entretiens ont été enregistrés, au moyen d'un dictaphone OLYMPUS® LS-10 après avoir obtenu l'accord préalable des interviewés.

6. Transcription des entretiens

L'objectif de l'enregistrement est principalement de permettre la retranscription la plus fidèle de l'interview. Les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits ***(annexe 2)*** à l'aide du

logiciel de traitement de texte Microsoft Word® 2016 tout en respectant l'anonymat des médecins interrogés. Les expressions non verbales (silence, rire, geste, attitude) ont également été retranscrites.

7. Analyse des données

Le contenu des entretiens retranscrits, appelé également verbatim, a été analysé de façon rigoureuse par la méthode d'analyse thématique. L'analyse de contenu thématique (ACT) est une méthode d'analyse consistant « à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (31).

Les verbatim *ad integrum* ont été encodés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo10®. Ce logiciel ne réalise aucune interprétation des données, mais il apporte une aide technique lors du codage des entretiens. Ce codage des entretiens consistait à extraire des phrases ou groupes de mots afin de les analyser et les regrouper dans un thème formant un code. Au fur et à mesure de l'analyse, les données des entretiens étaient fractionnées en une série de codes qui ont pu être secondairement regroupés et hiérarchisés en thèmes plus généraux et sous-thèmes. L'objectif était de mettre en évidence les principales idées concernant la perception du vaccin anti-HPV par les médecins généralistes et leur attitude face aux patientes réticentes à la vaccination.

Afin de renforcer la validité interne de cette étude, il m'a paru nécessaire de faire appel à un chercheur indépendant pour effectuer une analyse complémentaire. Plusieurs entrevues ont eu lieu entre l'investigateur et le chercheur pour s'assurer de l'homogénéité du codage. Les résultats des deux analyses ont finalement été confrontés afin de rechercher une certaine convergence dans les thèmes retrouvés.

II. RÉSULTATS

1. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes installés dans le département de l'Aisne au cours d'une période allant du 13 janvier au 19 avril 2016. La durée moyenne des entretiens était de 10 minutes (le plus court était de 5 minutes et le plus long était de 18 minutes). Tous ces entretiens ont eu lieu dans le cabinet de chaque médecin présent au cours de l'étude.

2. Caractéristiques de l'échantillon

L'étude a été menée auprès de 17 médecins comprenant 11 hommes (64 %) et 6 femmes (35%). L'âge des médecins participants s'inscrit entre 29 et 65 ans, avec un âge moyen de 53 ans. Les caractéristiques propres aux médecins interrogés sont résumées dans les éléments suivants :

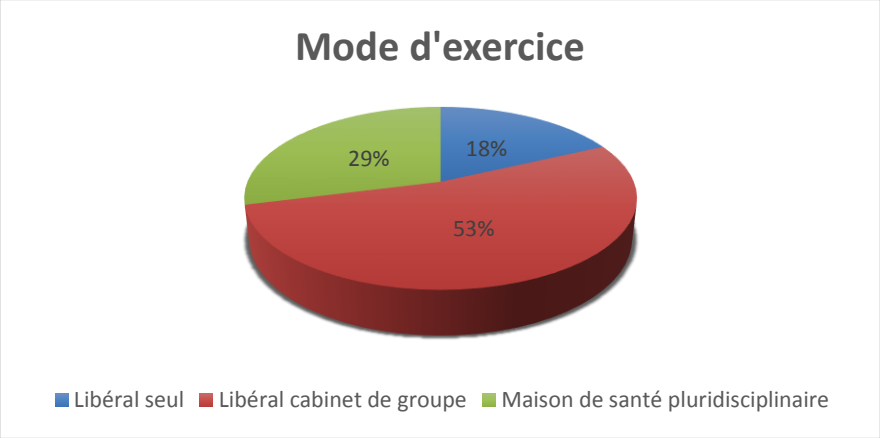


Figure 8- Mode d'exercice des médecins généralistes

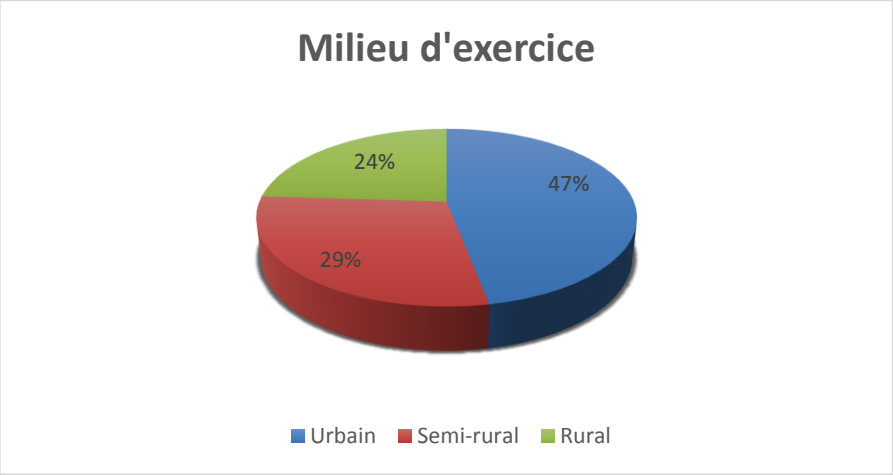


Figure 9- Milieu d'exercice des médecins généralistes

Médecins	Âge	Sexe	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Ancienneté d'installation	MEP	Pratique gynécologique
M1	55	F	Semi-rural	Groupe	20 ans	Non	Aucune
M2	52	F	Semi-rural	Groupe	23 ans	Non	Aucune
M3	29	H	Rural	MSP	1 an	Non	Faible
M4	58	H	Rural	MSP	30 ans	Non	Aucune
M5	60	H	Rural	MSP	34 ans	Non	Aucune
M6	63	H	Rural	MSP	36 ans	Non	Fréquente
M7	42	F	Semi-rural	Groupe	9 ans	Non	Fréquente
M8	57	F	Semi-rural	Groupe	29 ans	Non	Faible
M9	55	H	Urbain	Groupe	26 ans	Médecin du sport	Fréquente
M10	64	H	Semi-rural	MSP	36 ans	Non	Faible
M11	47	F	Urbain	Groupe	6 ans	Non	Fréquente
M12	33	H	Urbain	Individuel	1 an	Non	Aucune
M13	56	H	Urbain	Groupe	21 ans	Non	Aucune
M14	49	F	Urbain	Groupe	17 ans	Non	Faible
M15	65	H	Urbain	Groupe	36 ans	Non	Faible
M16	52	H	Urbain	Individuel	20 ans	Acupuncture, Homéopathie	Aucune
M17	64	H	Urbain	Individuel	31 ans	Nutrition, Mésothérapie	Aucune

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes participant à l'étude

3. Couverture vaccinale anti-papillomavirus en France

3.1 Connaissances des médecins concernant les données de couverture vaccinale

La majorité des médecins interrogés n'ont peu voire aucune connaissance précise concernant le taux de couverture vaccinale anti-HPV actuel en France. Cette position est exprimée à plusieurs reprises par les médecins :

M3 *: « Non, je ne le connais pas, peut-être de 50-60 %. » ; M17 : « Je ne sais pas. »*

Néanmoins, il convient d'indiquer que plusieurs médecins ont une opinion convergeant vers l'expression d'un faible taux de couverture :

M8 : « Pas précisément, mais je sais qu'il est très faible. »

M12 : « Je ne sais pas exactement, mais je pense qu'il est très faible. »

3.2 Raisons avancées par les médecins qui justifient le taux de couverture vaccinale actuel

Selon l'opinion majoritaire des médecins, la raison justifiant principalement ce faible taux de couverture vaccinale, se rapporte à la peur exprimée par les patientes à l'égard de l'ensemble des vaccins :

M1 : « De façon générale, la peur des parents face aux vaccins. »

M3 : « Il y a des gens qui sont toujours contre la vaccination, ils sont contre tous les vaccins, donc ils sont contre celui-là aussi. »

M13 : « La défiance par rapport aux vaccins en général qui est très importante en France comparée aux pays voisins. »

On constate d'ailleurs que cette réticence se concentre particulièrement sur les conséquences potentielles liées au vaccin anti-HPV :

M4 : « Les réticences en rapport avec la dangerosité du vaccin, les effets indésirables, les effets secondaires. »

Il résulte par ailleurs des observations recueillies par les médecins auprès de leurs patients, que les polémiques construites autour des vaccins contre la grippe A (H1N1) et l'hépatite B ont aussi concouru à accentuer l'opinion négative qu'ont les patients à l'égard des vaccins en général :

M7 : « Les réticences face aux vaccins, la polémique sur le vaccin de la grippe H1N1. »

M10 : « Je pense que les gens ont eu peur avec l'histoire de la vaccination de l'hépatite B, […] je pense qu'ils font un transfert, un amalgame avec le vaccin de l'hépatite B. »

M13 : « Il y a eu deux effets négatifs qui ont été d'abord, l'effet de la campagne de vaccination ratée contre la grippe H1N1 en 2010, puis anciennement celle qui a concerné l'hépatite B. »

Une raison majoritairement admise par les médecins interrogés au cours de cette étude (plus de dix médecins ont exprimé cette position) montre l'état d'une couverture médiatique négative autour de la vaccination anti-HPV. Celle-ci ayant en effet accentué la crainte des patients à l'égard de ce vaccin :

M1 : « […] mais aussi les fausses informations véhiculées par les médias. »

M5 : « Ensuite, toute la couverture médiatique faite sur la vaccination a fait prendre peur au public, notamment concernant le vaccin Gardasil®. »

M6 : « Les parents se montraient un peu réticents en disant : "on a entendu à la télé, à la radio que cela pouvait être dangereux". »

M16 : « La raison principale, c'est la couverture médiatique néfaste contre les vaccinations en général. »

Certains médecins ont par ailleurs souligné l'absence manifeste de moyens d'informations et de communication permettant aux jeunes filles concernées d'être averties de l'intérêt de la vaccination anti-HPV :

M2 : « Je pense par le fait que les médecins ne communiquent pas assez avec leurs jeunes patientes sur la nécessité de ce vaccin. »

M5 : « Je pense d'abord que cela est dû au fait que les médecins n'en parlent pas assez. »

M12 : « Un manque d'information, de prévention, de temps du médecin généraliste pour expliquer l'intérêt du vaccin aux jeunes patientes. »

Cette insuffisance en moyens d'informations est corrélée par le constat d'un manquement notoire de campagne de sensibilisation et de prévention tel qu'il a été rapporté par trois médecins cités comme suit :

M11 : « À mon avis, il n'y a pas eu suffisamment de campagnes sur la vaccination anti-HPV.»

M12 : « Je vois très peu de campagnes de prévention contre l'HPV. »

M14 : « Je pense que les pouvoirs publics n'appuient pas assez fort sur la prévention. »

Selon l'avis partagé par deux médecins, la vaccination anti-HPV implique inévitablement un dialogue avec les patientes concernant leur vie sexuelle. Or, comme il est précisé, ces interrogations semblent parfois délicates à initier auprès de ces jeunes patientes, surtout lorsqu'elles sont accompagnées par leurs parents :

M6 : « Et puis l'autre raison, concerne la difficulté d'en parler aux jeunes filles. Puisque quand c'était à partir de 15-16 ans, elles arrivaient très souvent avec leurs parents et lorsqu'il faut aborder la question d'un premier rapport ou pas, c'est évident que la question ne peut pas être posée en présence de la mère ou du père. »

M14 : Puis il y a la connotation sexuelle aussi, […] c'est un peu difficile à aborder parfois. »

Bien qu'ils ne représentent qu'une minorité (seuls trois médecins ont exprimé un avis en ce sens), il a été signalé que certains médecins expriment leur opposition face au vaccin anti-HPV. Dans ces circonstances, cette prise de position en défaveur du vaccin accentue inévitablement la réticence des patients face au vaccin :

M5 : « L'attitude de certains gynécologues qui longtemps ont été très réticents vis-à-vis de ce vaccin a provoqué une certaine réticence concernant ce vaccin. »

M7 : « […] et puis les médecins qui ne veulent pas le faire ou qui ne le proposent pas assez […] des gynécologues qui sont contre. Enfin, une gynécologue qui est contre. »

M17 : « […] il y a beaucoup d'associations qui comportent certains médecins qui font de la promotion contre la vaccination. »

4. Perception et pratique de la vaccination anti-HPV

4.1 Opinion des médecins généralistes concernant le vaccin anti-papillomavirus

La majorité des médecins interrogés dans cette étude ont exprimé une opinion favorable concernant ce vaccin anti-HPV :

M4 : « Je suis totalement convaincu par ce vaccin. »

M5 : « Totalement pour ce vaccin que je propose à toutes les jeunes filles. »

M14 : « Je suis très favorable à cette vaccination. »

Parmi eux, certains médecins ont justifié l'intérêt préventif de cette vaccination, notamment grâce à la protection non négligeable qu'elle confère face au risque de cancer du col de l'utérus :

M2 : « C'est une très bonne chose dans la prévention des cancers du col de l'utérus. »

M3 : « Je pense que le vaccin anti-HPV est plus que nécessaire, parce que si on peut diminuer le taux d'incidence d'un cancer. »

M8 : « Je pense que c'est une nécessité de le faire, car ce vaccin a quand même été conçu pour se protéger d'une maladie cancéreuse. »

Cependant, deux médecins ont nuancé leur position en exprimant une certaine crainte vis-à-vis d'éventuelles complications susceptibles d'intervenir suite à l'administration du vaccin :

M7 : « Juste là, j'ai un petit bémol, j'ai lu un article récemment sur le syndrome de Guillain-Barré. Il y en a un peu plus avec le "Gardasil®". Donc c'est quelque chose qui me freine un peu. »

M11 : « Je le fais, je le conseille, mais j'ai eu quelques réactions chez des jeunes filles à type de malaise dans les jours qui ont suivi ce vaccin, alors que je n'en ai jamais eu avec d'autres. »

4.2 La vaccination anti-papillomavirus en pratique

Choix du vaccin prescrit

Le « Gardasil® » est manifestement le vaccin le plus souvent prescrit par les médecins. Selon l'avis majoritaire recueilli auprès de quatorze médecins, ils justifient cette habitude de prescription par le fait qu'il a été le vaccin mis sur le marché en premier. Il porte un intérêt double, puisque le vaccin Gardasil® garantit un large spectre de protection par sa quadrivalence, notamment vis-à-vis des verrues génitales :

M2 : « Je n'utilise que le vaccin quadrivalent, précisément le Gardasil®. »

M3 : « Personnellement jusque-là, j'ai toujours eu l'habitude de prescrire le Gardasil®, parce qu'il est quadrivalent, et qu'il agit sur les verrues génitales. »

M6 : « Par habitude, le Gardasil® parce que c'est le premier qui était sur le marché. »

M15 : « J'utilise le Gardasil® car c'est celui qui propose le plus de couverture vis-à-vis du virus. »

En ce qui concerne le vaccin Cervarix®, l'un des prescripteurs a justifié son choix par le fait que l'immunité induite anti-HPV persisterait plus longtemps :

M8 : « A priori, maintenant je fais plutôt le Cervarix® car la persistance des anticorps serait plus prolongée. »

Un constat encourageant a été par ailleurs observé. En effet, selon les déclarations de certains médecins, l'importance réside dans l'acceptation et l'administration du vaccin aux patientes, et ce quel que soit le choix du vaccin prescrit :

M6 : « Je n'ai pas de préférence entre les deux vaccins, l'intérêt c'est que le vaccin soit fait. »

Recommandations d'âge de proposition de la vaccination

La majorité des médecins interrogés dans cette étude suivent les recommandations officielles du HCSP. Conformément à ces instructions, le vaccin anti-HPV est proposé aux patientes à partir de l'âge de 11 ans. En effet, cela permet non seulement au médecin de combiner le vaccin anti-HPV avec le rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche, mais également de pouvoir administrer le vaccin selon un schéma à deux injections :

M7 : « Je propose le vaccin à l'âge de 11 ans en même temps que le rappel DT-polio-coqueluche. »

Selon l'avis de nombreux médecins, ce protocole vaccinal à deux injections, possible entre 11 et 13 ans, constitue un argument incitatif, permettant une acceptation plus facile par les patientes ainsi que par leurs familles :

M5 : « Je leur explique que "plus tôt ce sera fait, mieux ce sera", en précisant évidemment que dans ce cas, le vaccin ne se fera que par 2 injections au lieu de 3. C'est un argument qui porte quand même un sacré poids. »

M8 : « Je le propose dès l'âge de 10 ans pour qu'à 11 ans on puisse faire les deux injections simplement. C'est surtout ça qui est intéressant. »

Quelques médecins ne suivent pas encore les nouvelles recommandations dans leur pratique et continuent de proposer le vaccin uniquement à partir de l'âge de 14 ans. Enfin, un médecin a estimé qu'il n'existait pas d'intérêt à proposer le vaccin aux jeunes patientes âgées de 11 à 13 ans car le vaccin n'a qu'une visée préventive.

Circonstances permettant la discussion et la prescription du vaccin anti-HPV

Pour la plupart des médecins, le sujet de la vaccination anti-HPV est abordé systématiquement dès lors que la patiente est en âge de se faire vacciner, et ce quel que soit le motif de consultation :

M2 : « N'importe laquelle, dès qu'elles ont 11 ans. »

M8 : « Je propose le vaccin relativement systématiquement au cours d'une consultation banale où la patiente vient pour autre chose. »

Une occasion très fréquemment décrite par les médecins consiste en la mise à jour des vaccinations obligatoires. Dans ces circonstances, les médecins profitent du rappel DTPolio-coqueluche prévu à l'âge de 11 ans pour coupler à celui-ci la vaccination anti-papillomavirus :

M9 : « Quand elles viennent pour les vaccins obligatoires, le rappel des 11 ans. »

M10 : « En général c'est en vérifiant le carnet de santé pour voir si les vaccinations sont à jour ou sinon quand on fait le rappel DT polio. »

M13 : « Je le propose systématiquement à l'âge de 11-13 ans lors du rappel DT polio. »

Il convient également d'indiquer que certains médecins préfèrent aborder le sujet de cette vaccination en présence des parents lors d'une consultation pour la jeune fille :

M4 : « En consultation, j'essaie d'en parler quand les mères sont présentes, afin de sensibiliser les parents. »

La consultation portant sur la prescription d'un moyen contraceptif constitue un contexte favorable pour le médecin afin qu'il puisse aborder le sujet de la vaccination anti-HPV :

M1 : « Souvent, au moment de la prescription de la pilule. »

Enfin, un médecin a signalé la difficulté liée au manque de contacts médicaux réguliers avec les adolescentes concernées par cette vaccination à l'âge ou celle-ci est conseillée :

M11 : « C'est un âge où on les voit peu. On les voit parfois pour un renouvellement de certificat, je saisis donc l'occasion où je les vois parce qu'on ne les voit pas assez pour faire du systématique. »

5. Abord de la vaccination et de la sexualité

5.1 Évaluation des connaissances des patientes

Une grande partie des médecins interrogés dans cette étude tentent d'évaluer préalablement les informations détenues par les patientes et leurs parents concernant le vaccin anti-papillomavirus :

M3 : « Oui, j'essaie de leur demander s'ils connaissent le vaccin, s'ils savent sur quoi le vaccin agit. »

M4 : « J'essaie d'évaluer systématiquement ce qu'ils en savent avant de leur expliquer. »

Pour certains médecins l'intérêt de cette évaluation est justifié par la nécessité d'un suivi gynécologique post-vaccination. En effet, il est nécessaire que la patiente fasse l'objet d'une surveillance complémentaire par le biais de frottis cervico-utérin (FCU) pratiqués à intervalles réguliers dans le cadre de la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus :

M11 : « Oui, j'essaie de savoir ce qu'elles savent parce qu'il y a la question du frottis ensuite qui sera à faire. »

Si la majorité des médecins ont pensé qu'il était nécessaire de déterminer les connaissances des patientes concernant le vaccin anti-HPV, d'autres médecins ont considéré que cette évaluation n'était pas utile estimant de prime abord qu'ils ont une mauvaise connaissance du sujet :

M1 : « Souvent, ils en ont une très mauvaise connaissance. »

M10 : « Non, car je pense qu'ils ne connaissent pas grand-chose à cette vaccination. »

Par ailleurs, un médecin a mentionné qu'il préférait évaluer le risque d'exposition au virus de ces jeunes patientes, afin de les avertir sur l'intérêt de cette vaccination :

M6 : « Non, j'évalue uniquement le risque que je suis censé à peu près connaître, connaissant à peu près bien mes patientes. Je veux dire que c'est vraiment sur un risque de rapport ou pas. »

5.2 Informations délivrées par les médecins aux patientes

La principale information délivrée aux patientes concerne l'intérêt du vaccin comme étant le moyen de prévention primaire d'une pathologie cancéreuse affectant le col de l'utérus. Les médecins ont insisté sur le fait que le vaccin permet de lutter contre une affection létale, avec comme intention d'éveiller les consciences des patientes afin qu'elles puissent mesurer l'importance de cette vaccination :

M3 : « Que c'est un moyen efficace pour lutter contre le cancer du col de l'utérus. »

M8 : « Je leur dis que c'est le seul outil que l'on ait pour protéger contre le cancer du col de l'utérus, qui est responsable de je ne sais plus combien de morts en France chaque année. »

M13 : « Si en revanche vous leur dites que ça peut donner un cancer du col, ils vont être motivés pour faire vacciner leurs enfants. »

Il a semblé toutefois nécessaire pour certains médecins, d'avertir les patientes que le vaccin anti-HPV ne garantit pas une protection contre toutes les souches virales responsables du cancer du col de l'utérus. Il paraît donc indispensable pour les patientes de poursuivre et respecter la surveillance gynécologique par frottis cervico-utérin après la vaccination :

M3 : « Je les informe aussi sur le fait que cette vaccination anti-HPV ne couvre pas à 100%, mais protège contre les souches les plus cancérigènes responsables du cancer du col de l'utérus. »

M15 : « Dans 30% des cas, on ne peut pas garantir une protection efficace ce qui implique que la patiente devra continuer à faire des dépistages par frottis même si elle est vaccinée. »

M16 : « Tout en précisant que si le vaccin couvre pour une part importante des génotypes responsables du cancer du col, il n'en couvre pas la totalité. Cela dit, ça n'exclut en rien la nécessité d'avoir un suivi gynécologique. »

Outre l'intérêt qu'ils expriment à l'égard de ce vaccin, les médecins n'hésitent pas à rassurer les patientes manifestant une certaine inquiétude générée par une médiatisation dissuasive :

M12 : « Les médias sont les champions pour lancer des rumeurs sans qu'il n'y ait d'enquête derrière. Toutefois, je les rassure toujours, parce qu'en France on a assez d'organismes de protection comme l'AFSSAPS, etc pour protéger nos patients. »

Il ressort du discours tenu par trois médecins que les données concernant la sécurité d'utilisation des vaccins anti-HPV sont exposées au cours des consultations afin de faire face à certaines idées reçues et de prouver son innocuité :

M5 :« J'explique que ces vaccins sont utilisés depuis déjà de nombreuses années dans plusieurs pays dans le monde. Il y a eu des millions de vaccins administrés et il n'y a jamais eu le moindre problème avec ces vaccins. »

M12 : « Je leur précise que l'on ne ferait pas vacciner des patients si l'on avait un seul doute sur une pathologie grave secondaire au vaccin. »

D'autres médecins préfèrent délivrer une documentation écrite, afin que les patientes puissent fonder leurs opinions sur des informations objectives. Cela permet d'éviter également les oublis occasionnés par la transmission d'une information verbale :

M14 : « Je leur remets une plaquette d'information systématiquement à l'issue de l'entretien. Je leur conseille de la relire, d'en parler ensemble toutes les deux, car souvent les informations verbales ça passe puis ça part. »

5.3 Questionnement à propos de la vie sexuelle

Parmi tous les médecins interrogés dans cette étude, neuf ont déclaré qu'ils abordent habituellement le thème de la sexualité avec leurs patientes dans le cadre de cette vaccination:

M12 : « Toujours, je pose forcément la question. »

M14 : « Oui cela arrive, surtout pour cette vaccination anti-HPV. »

M17 : « Oui bien sûr, j'essaye de savoir si elles ont et des rapports. »

Certains médecins ont signalé que cette discussion est initiée auprès des patientes en fonction de leur âge ainsi que d'autres circonstances pouvant être embarrassantes, notamment lors de la présence des parents :

M10 : « À l'âge de 12-14 ans non, je ne pose pas la question. Quand elles sont plus âgées oui, en posant la question un peu plus délicatement. »

M13 : « Si je m'adresse à une adolescente, elle est souvent accompagnée par la maman, et il n'y a pas tellement de discussion par rapport à leur vie intime. »

M16 : « Oui, alors cela dépend aussi des circonstances. Si vous posez la question à une adolescente de 13 ans à côté de ses parents, ça peut être mal venu. »

Il est évoqué par ailleurs selon certains médecins (deux médecins), que des stratégies sont parfois mises en place afin que le dialogue sur le thème de la sexualité ne soit abordé qu'en présence de la jeune patiente :

M6 : « Quelquefois quand j'ai les deux, je fais sortir la mère, je l'invite à repartir en salle d'attente en lui disant : j'ai quelques questions à poser à votre fille. »

Certains médecins ont cependant soulevé quelques difficultés à aborder les questions portant sur la vie intime des patientes compte tenu de leur jeune âge :

M7 : « Non, car ce sont des enfants... accompagnés de leurs parents le plus souvent. »

M11 : « C'est vraiment difficile d'aborder ce sujet car ils sont assez jeunes. »

6. Réticences des patientes vis-à-vis du vaccin anti-papillomavirus

6.1 Raisons de refus à la vaccination anti-HPV

Il ressort de l'avis majoritaire des médecins interrogés au cours de cette étude que la crainte des effets indésirables liés au vaccin anti-HPV constitue la principale cause de son refus par les patientes. Plus particulièrement, cette crainte a été motivée par les différentes polémiques portant sur la vaccination et le risque de développer des maladies démyélinisantes telles que la Sclérose en plaques :

M1 : « Le refus est justifié par la peur des effets indésirables. »

M5 : « C'est le fait qu'ils aient entendu dire que le vaccin pouvait provoquer des accidents ou entraîner des maladies neurologiques. »

M11 : « La peur du vaccin, la peur des effets secondaires, la peur qu'elles développent une maladie démyélinisante. »

M15 : « Ce que les gens retiennent des vaccins ce sont tous les effets secondaires possibles. »

M16 : « Les parents, c'est plutôt : "mais est-ce-que vous êtes sûr qu'il n'y a pas de soucis ? Ou qu'il n'y en aura pas ?" Donc une réelle crainte d'effets secondaires au vaccin. »

L'information négative véhiculée par les réseaux d'information a entraîné une certaine méfiance à l'égard du vaccin anti-HPV ainsi que pour la vaccination en général, de telle sorte que cela a aggravé incontestablement le nombre de refus à la vaccination :

M2 : « L'influence des médias sur la vaccinologie en général. »

M4 : « Il y a quelque temps, certains forums sur Internet diffusaient beaucoup de fausses informations. C'est la raison pour laquelle il y a eu des refus contre cette vaccination. »

M6 : « […] les problèmes qui se sont manifestés l'année dernière au niveau des médias ont particulièrement provoqué une remise en cause de la vaccination. »

M11 : « Il y a beaucoup de notions de ce genre qui sont colportées par certains médias qui visent uniquement à faire peur aux gens à mon sens, et qu'il faut bien entendu combattre. »

Les médecins sont également confrontés à une réticence des parents qui considèrent que ce vaccin risque d'induire une vie sexuelle précoce :

M2 : « Ils ont l'impression que si on leur propose le vaccin, c'est parce que leur fille va avoir une première relation sexuelle très vite. »

M8 : « Aussi, il y a les parents qui n'ont pas fait le pas de comprendre que le vaccin est prévu pour lutter contre le cancer du col, qu'on essaye de combattre, et que cela n'a rien à voir avec la sexualité. »

M12 : « […] une espèce de mal être de la maman qui n'acceptait pas que sa fille ait des rapports sexuels à son âge, très jeune et qui se dit que si je la vaccine cela pourrait lui donner une certaine liberté. »

En raison de la confusion existante entre vaccination anti-HPV et sexualité certains parents estiment qu'il sera préférable de réfléchir à l'opportunité de cette vaccination au moment où leurs filles auront un âge plus avancé :

M5 : « Écoutez, ma fille n'a que 11 ans, on aura le temps de reparler de ça plus tard […], donc on en reparlera quand elle sera en âge plus avancé d'avoir une vie sexuelle. »

M6 : « On verra plus tard, pour l'instant cela ne la concerne pas. »

Le manque de recul concernant ce vaccin est également un argument avancé, qui amplifie en conséquence la méfiance vis-à-vis de celui-ci :

M5 : « (…) "et puis il y'aura plus de recul sur le vaccin aussi". »

M7 : « La réticence face au vaccin dit "nouveau" . Ils attendent de voir ce que ça donne. »

Une autre raison responsable de cette réticence exprimée par les patientes provient de l'analogie souvent faite entre le vaccin anti-papillomavirus et le vaccin anti-hépatite B, notamment en faisant référence à la polémique portant sur les risques de sclérose en plaques :

M8 : « C'est une conséquence de tout ce que l'on a entendu sur le vaccin contre l'hépatite B. »

M10 : « L'amalgame avec le vaccin contre l'hépatite B je pense que c'est la principale raison. »

M12 : « […] on me sort toujours cette histoire du vaccin de l'hépatite B et de la sclérose en plaques. »

M17 : « Pour les refus, j'ai beaucoup de parents qui me disent : "Il y a eu un gros problème avec le vaccin de l'hépatite B et la sclérose en plaques. Là, j'ai entendu pareil avec l'HPV, donc on ne fait pas le vaccin". »

On note également que le caractère non obligatoire du vaccin se classe parmi les facteurs freinant l'adhésion au vaccin. En effet, en raison de son caractère non obligatoire, les patients ont tendance à ne pas considérer l'intérêt ni le bénéfice de ce vaccin. Cela justifie en partie le refus exprimé par certains parents :

M5 : « Un autre argument qu'on peut également entendre c'est : "ma fille n'aime pas les vaccins, donc on ne fait que ceux qui sont obligatoires, mais les autres non". »

M9 : « Souvent, c'est parce qu'il ne s'agit pas d'un vaccin obligatoire. Les réticences proviennent plutôt des parents. »

M15 : « Souvent ils ne retiennent que les inconvénients et aussi que le vaccin n'est pas obligatoire. »

Selon l'avis rapporté par certains médecins, la réticence au vaccin exprimée par les jeunes filles provient notamment de la crainte de la douleur éventuelle liée à son injection. Cette donnée est par ailleurs le plus souvent colportée par l'entourage de l'adolescente :

M5 : « Les jeunes filles en parlent entre elles, donc il y a la réticence pour la douleur que représente le vaccin. »

M8 : « Une autre cause de refus c'est quand même la douleur à l'injection. »

6.2 Attitude des médecins face aux réticences des patientes à l'égard du vaccin anti-HPV

La principale conduite adoptée par les médecins face au refus des patientes consiste à réexpliquer les principaux intérêts de la vaccination anti-HPV en abordant le sujet au cours de consultations ultérieures. Les médecins généralistes proposent un temps de réflexion et restent à la disposition des patientes pour discuter de cette vaccination et leurs apporter le cas échéant des informations complémentaires. L'objectif principal des médecins consiste à établir une relation de confiance avec le patient afin qu'il adhère de son plein gré au vaccin, et ce en ayant une plus grande conviction quant à son efficacité :

M1 : « J'essaye de les convaincre […] quitte à reproposer plus tard. »

M4 : « Je propose d'en reparler, et quand je les revois on en rediscute afin de les sensibiliser. »

M7 : « Je leur reparle du vaccin au cours d'autres consultations. »

M10 : « Je leur dis : "vous réfléchissez puis on en reparle à l'occasion". »

M13 : « Je n'insiste pas sur la première consultation, je fais passer l'information, je laisse mûrir la chose et j'en parle lors d'une autre consultation. »

M14 : « J'en reparle, je le repropose. En général, je fais trois propositions étalées dans le temps jusqu'à 16-18 ans. »

Il est majoritairement admis par les médecins interrogés dans cette étude que la décision prise par les patients doit toujours être respectée, et ce même s'ils expriment un refus. Dans cette dernière hypothèse, les médecins rappellent aux patients les conséquences potentielles liées à l'absence de vaccination dans le but de les responsabiliser face à leur décision :

M1 : « Dans le cas où ils refusent toujours, je respecte leur choix. »

M6 : « De toute manière, je n'ai pas à les forcer. Je leur explique le risque qu'il peut y avoir derrière, que c'est un peu dommage, et qu'il faudrait qu'ils réévaluent un peu leurs pensées derrière. »

M8 : « […] tout le monde est libre de faire ce qu'il veut mais en les prévenant des risques qu'ils encourent. »

M11 : « Je prends acte de leur décision, mais je n'oblige pas les familles à le faire. »

Certains médecins insistent sur l'intérêt majeur du vaccin, à savoir qu'il permet de prévenir dans une certaine proportion une pathologie cancéreuse potentiellement grave. Les médecins n'hésitent pas de surcroît à exprimer auprès de leurs patients leur avis personnel en faveur de cette vaccination anti-papillomavirus :

M3 : « Je leur explique que c'est dommage de passer à côté d'un vaccin qui peut éviter l'apparition d'un cancer qui peut être grave et découvert souvent tardivement. »

M11 : « Ensuite, je leur dis clairement que ma position est pour la vaccination, de manière générale d'ailleurs. »

En complément des méthodes incitatives adoptées par les médecins, certains invitent leurs patients à s'informer au sujet de cette vaccination :

M4 : « Je leur demande […] d'aller regarder sur le site du ministère de la Santé, pour essayer de se rassurer. »

Plusieurs médecins ont rapporté qu'ils faisaient mention dans le dossier médical de leur proposition du vaccin et d'un éventuel refus. Soucieux de leur protection juridique, cette pratique est motivée par la crainte de récriminations sur le plan médico-légal :

M2 : « Je note dans le dossier que j'ai proposé la vaccination. »

M15 : « Je le marque sur le carnet de santé en notifiant le refus de la maman ou autre. C'est d'ailleurs ce que l'on devrait faire puisque après tout sur le plan médico-légal il pourrait y avoir éventuellement des récriminations. »

M16 : « De toute façon, si c'est proposé c'est noté dans le dossier, si c'est refusé par la patiente c'est aussi noté dans le dossier. »

Dans cet esprit incitatif, certains médecins conseillent parfois à leurs patientes de solliciter l'avis d'un spécialiste en gynécologie afin que ce dernier puisse leur exposer l'intérêt qu'il porte au vaccin anti-HPV. Dans ces circonstances, le médecin spécialiste pourra *a minima* conforter l'avis du médecin généraliste ou aux mieux apporter de nouvelles données permettant au patient d'exprimer un choix éclairé :

M12 : « Je renvoie toujours au spécialiste qui sait mieux que moi le sujet, précisément le gynécologue […] je dis aux patientes : "Ben tiens, posez lui la question à lui qui est plus spécialisé que moi, qu'il vous renseigne plus ou qu'il vous explique un peu plus l'HPV".

Peut-être effectivement que le gynécologue saura les convaincre ou leur donner d'autres informations que je n'ai pas. »

M17 : « Souvent s'il y a un refus de vaccination, je transmets l'info à son gynécologue qui essayera à son tour d'en reparler avec la patiente. Des fois pour ce vaccin, elles ont peut-être plus confiance en leur gynécologue qu'en leur médecin généraliste. »

Toujours dans le but de rassurer les patientes réticentes à ce vaccin, il a été rapporté que certains médecins n'hésitent pas à faire part aux patientes de leur expérience personnelle :

M4 : « Personnellement, je leur dis : "Vous faites ce que vous voulez, mais moi, j'ai vacciné mes filles". Souvent, cet argument déclenche chez les patients un peu de réflexion quand même, et ça permet de les rassurer, ça les motive. »

M11 : « Je leur dis en outre, que j'ai vacciné ma fille et donc là… ils y réfléchissent. »

6.3 Arguments potentiellement déterminants dans le choix des patientes

La prévention du cancer du col de l'utérus s'inscrit parmi les arguments principalement évoqués par les médecins, contribuant ainsi à favoriser de façon positive l'adhésion des patientes à cette vaccination anti-HPV :

M1 : « L'argument principal porte sur le risque potentiel de cancer du col de l'utérus dont la prévention primaire repose sur cette vaccination. »

M2 : « L'essence même d'un vaccin anti-HPV, c'est-à-dire la prévention d'un cancer. »

M4 : « Le vaccin anti-HPV est quand même l'un des seuls vaccins qui permet de protéger dans une certaine proportion d'un cancer, cela me paraît important. »

M13 : « Le fait que le vaccin protège contre les papillomavirus à haut pouvoir oncogène, un vaccin qui protège d'un cancer. »

M14 : « Bon déjà la cancérologie, à savoir l'intérêt majeur du vaccin. C'est surtout cela qui les motive. Aujourd'hui, vous avez un vaccin contre un cancer, c'est exceptionnel. C'est l'argument principal médicalement parlant. »

Dans le cadre de la prévention du cancer du col, l'efficacité du vaccin a également été mise en évidence par certains médecins :

M15 : « Les chiffres de prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus […], une protection de 70 %, c'est toujours bon à prendre. »

M17 : « L'efficacité du vaccin avec la protection contre des types de papillomavirus responsable de 70 % des cancers du col. »

Il a été constaté que de nombreux médecins généralistes n'hésitent pas à marquer l'esprit des patients en employant le terme de *« cancer »*. En effet, ils insistent sur la gravité de la pathologie, et sur les répercussions de celle-ci dans la vie d'une femme.

M2 : « Moi j'utilise le terme de cancer, c'est un terme qui marque. J'insiste sur le cancer de la femme bien évidemment, mais de la femme jeune. J'insiste sur le fait que ce sont des femmes jeunes, mères de famille, qui ont une maladie grave, alors qu'elles ont des enfants en bas âge, et que cela provoque des conséquences terribles sur leur vie, celle de leurs enfants futurs, etc. »

M5 : « Je pense que quand on prononce le mot cancer, ça sensibilise quand même […] je pense qu'il faut vraiment prononcer le mot de risque de cancer du col de l'utérus. »

M11 : « Je ne suis pas toujours sûr que les gens soient conscients de ce que c'est, que le vaccin protège quand même d'une maladie grave. En général, quand on veut convaincre les gens, il ne faut pas y aller par quatre chemins. »

Les conséquences des différents traitements mis en œuvre dans la prise en charge des lésions génitales secondaires aux infections à papillomavirus sont également mises en avant. Un médecin a suggéré d'ailleurs qu'il serait parfois utile d'exposer les images de ces thérapeutiques afin de stimuler la réflexion des patientes réticentes :

M7 : « La difficulté des traitements des lésions génitales. Il faut leur montrer des vidéos de conisations. Souvent, ce sont des arguments qui frappent. »

M8 : « D'autre part, si l'on dépiste quelque chose sur les frottis et qui aurait pu être évité par le vaccin, au mieux on fait une conisation. Mais il s'agit d'un geste dont les conséquences sont importantes pour les grossesses à venir, avec une augmentation du risque d'accouchement prématuré, etc. »

Certains médecins ont signalé que les patientes issues de familles aux antécédents de cancers gynécologiques sont généralement beaucoup plus sensibles à la prévention du cancer et acceptent plus facilement le vaccin :

M6 : « Il y en a un déjà, dans les familles à cancers, c'est l'avantage de connaître où il y a des mamans, des grand-mères qui ont eu des cancers du sein, de l'utérus. Ces patientes prennent tout ce qui est à leur portée quand on leur dit que c'est pour prévenir le risque de cancer. »

M16 : « Il faudrait de mon point de vue qu'il y ait eu dans la famille un problème de cancer, même sans rapport, un cancer du sein, du col, des ovaires… D'abord, ils ont un suivi gynécologique, et ils sont davantage sensibilisés là-dessus. »

Certains médecins préfèrent argumenter leur position en faveur du vaccin en exposant des données chiffrées relatives aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus :

M7 : « Je donne l'information concernant le nombre de cancers du col, le nombre de lésions CIN1 CIN2 CIN3, la fréquence, […] des statistiques, 30000 lésions par an, les 2000 à 3000 cancers. »

M12 : « Le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus. »

Quelques médecins (trois médecins) ont mentionné que la protection supplémentaire apportée par le vaccin quadrivalent, notamment grâce à son efficacité sur la prévention des condylomes génitaux, constitue aussi un argument pouvant influencer les patientes dans leur choix de vaccination :

M12 : « On ne protège pas seulement du cancer du col, mais aussi des infections virales à HPV, des condylomes… Donc quand on leur montre des photos ou qu'on leur dit de regarder sur Internet ce que sont les condylomes, elles ont peur et s'intéressent un peu plus au sujet. »

7. <u>Propositions pour améliorer la couverture vaccinale</u>

Il ressort de l'avis exprimé par les médecins que le principal axe pouvant permettre d'améliorer la couverture vaccinale dépend essentiellement de la quantité et du contenu de l'information délivrée aux patients. Cette proposition passe notamment par :

- Un effort d'information et de sensibilisation déployé par les médecins :

M2 : « La solution … que les médecins en parlent. »

M4 : « Il faut que les médecins en parlent régulièrement pour pouvoir sensibiliser les patients. »

M7 : « Aussi, les gynécologues et les médecins généralistes devraient davantage sensibiliser les mamans. »

M14 : « On a quand même un fort pouvoir de faire évoluer les choses, en tant que médecins généralistes, on est sans doute les mieux placés pour les informer. »

- Une meilleure information médiatique concernant le vaccin :

M8 : « C'est surtout l'information médiatique qu'il faudrait contrôler, car nous on leur dit quelque chose, mais bon, ce qu'ils entendent à la télé ou à la radio… »

M10 : « Surtout par l'intermédiaire des médias, […] les jeunes et leur entourage sont touchés par les médias surtout. »

M17 : « Je pense qu'il faudrait plus d'informations sur les grands médias car je trouve qu'on n'en parle pas assez […] je pense que l'on devrait utiliser les médias pour faire passer ce genre de message. »

- L'organisation de campagnes d'informations initiées par les organismes de santé publique :

M1 : « […] par le biais d'une campagne d'information organisée par la CPAM ou d'autres organismes. Je pense que cela permettrait de dédramatiser la vaccination de façon générale. »

M7 : « Effectuer des messages de prévention […] notamment par des organismes habilités à faire de la prévention. »

M14 : « Je pense que c'est un problème de santé publique. Il faudrait qu'il y ait plus de sensibilisation au niveau du ministère de la Santé. Il y a eu des petites campagnes il y a quelque temps, mais là, cela fait au moins deux voire trois ans que l'on en parle plus. »

- L'utilisation des réseaux sociaux et d'Internet pour diffuser d'avantage d'information :

M11 : « Si l'on veut toucher les jeunes, il faut passer par Internet, c'est leur mode de communication. Tout ce qui est papier ils ne lisent pas. Si l'on veut les toucher, il faut des campagnes de sensibilisation sur Internet. »

M17 : « Je pense également que sur les grands sites médicaux ils devraient plus parler des effets bénéfiques de ce vaccin. »

- Une documentation écrite à remettre aux patientes à l'issue d'une consultation :

M6 : « Qu'on ait des documents et des chiffres […], si j'ai un papier officiel montrant la diminution du risque, c'est vrai que cela faciliterait les choses. »

M9 : « Je pense que l'on devrait avoir des plaquettes d'informations avec des chiffres, des données d'efficacité du vaccin qui complèteraient nos informations verbales. »

Certains médecins pensent qu'il serait souhaitable qu'une information soit diffusée en milieu scolaire afin de sensibiliser les jeunes filles :

M3 : « Distribuer dans les lycées des tracts avec toutes les informations relatives à la vaccination, je pense que cela pourrait être une bonne chose. Ou alors une sensibilisation par les infirmières scolaires. »

M7 : « Effectuer des messages de prévention, en parler dans les collèges dès l'âge de 11 ans. »

M14 : « Également de l'information en milieu scolaire ou par le biais de la médecine scolaire. »

Une solution qui a été suggérée par un médecin serait d'inciter les jeunes patientes ayant accepté de se faire vacciner d'initier un dialogue avec les jeunes filles de leur entourage. Selon l'avis du médecin, cela permettrait de sensibiliser ces dernières à cette vaccination :

M4 : « Souvent lorsque les patientes se font vacciner, il faut essayer d'inciter ces jeunes filles à ce qu'elles en parlent avec leurs copines, cela peut en motiver d'autres. »

Afin de regagner la confiance des patients et de surcroît améliorer la couverture vaccinale, il est indispensable que la conviction des médecins généralistes soit totale. Pour y parvenir, certains médecins ont proposé que soient mises en place des formations adaptées aux professionnels, leur permettant d'acquérir les connaissances nécessaires sur le vaccin :

M11 : « Je pense qu'il faudrait faire beaucoup plus de réunions avec les médecins traitants, fournir beaucoup plus d'informations aux médecins traitants. »

M13 : « Ce qui est important, c'est la capacité de persuasion, mais aussi le fait que le médecin soit convaincu que le vaccin est utile. Quand le médecin est convaincu de l'efficacité et de l'intérêt du vaccin, il est plus déterminé à le proposer. »

M16 : « Je pense que si les médecins sont sensibilisés à cela et expliquent aux patients, en principe la majorité d'entre eux y adhère. Je crois que la conviction du médecin accompagne aussi celle du patient. »

Enfin, un médecin a remis en cause la politique vaccinale ségrégationniste, en comparant la France à certains pays nordiques dans lesquels les garçons sont également vaccinés :

M9 : « Moi je trouve personnellement que l'on devrait vacciner les filles et les garçons. J'ai eu des patients suédois et en Suède on vaccine les garçons aussi. À mon avis, on y gagnerait en couverture. »

III. DISCUSSION

1. Discussion de la méthodologie

1.1 Limites et biais de l'étude

Dans toutes les étapes de ce travail, nous avons gardé à l'esprit la nécessité d'adapter au mieux la méthode pour éviter au maximum la survenue de biais. Malgré nos efforts, certains biais se sont présentés.

Pour évaluer la qualité de ce travail, il est nécessaire d'identifier et d'expliquer ces différents biais. Ainsi, comme le précisait Blanchet dans un ouvrage sur les entretiens : « la reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique ».

La méthode des entretiens individuels semi-dirigés

La méthode des entretiens individuels est une méthode d'investigation scientifique utilisée afin de recueillir oralement des informations sur un sujet de recherche préétabli. Parmi les différentes formes d'entretiens individuels proposées par cette méthode, il a été choisi de réaliser des entretiens de type semi-dirigés.

En effet, le choix de ce format d'entretiens est justifié par les apports de la méthode. Ainsi à travers l'organisation d'un entretien semi-dirigé, il est possible de guider la personne interrogée à travers des questions relativement ouvertes portant sur les thèmes de l'étude, tout en lui laissant une liberté dans l'expression de son opinion, ses connaissances et son expérience personnelle sur le sujet.

Bien que cette méthode nécessite la mobilisation d'un effort temporaire plus soutenu, les entretiens individuels semi-dirigés ont l'avantage de permettre plus confortablement l'abord de sujets parfois sensibles. En effet, certaines thématiques parmi lesquelles figurent les questions relatives à la sexualité restent parfois plus sensibles à poser en présence d'une assemblée notamment dans le cadre d'un *focus group* (groupe de discussion). Toutefois, les entretiens réalisés auprès d'un groupe de médecins ont l'avantage de créer naturellement l'interaction des intervenants et donc un réel débat d'opinions.

Concernant la méthode par entretiens individuels, il existe une limite portant sur la taille de l'échantillon. Dans le cadre de cette étude, 17 médecins ont été interrogés. Ces résultats n'ont pas vocation à être généralisés à l'ensemble des médecins généralistes, le but étant d'établir des hypothèses et des théories permettant d'expliquer un phénomène ou un comportement. Cependant, la saturation des données a été obtenue après 13 entretiens, et a été confirmée par 4 entretiens supplémentaires. Dans ces circonstances, il semblait donc peu nécessaire d'augmenter l'effectif des médecins interrogés.

Biais de sélection de l'échantillon

L'échantillonnage orienté a favorisé la diversité des réponses relevées dans le cadre de cette étude. En effet, la sélection des intervenants a été établie en considération des paramètres suivants : choix du médecin en fonction du sexe (homme/femme), du milieu d'exercice (urbain/semi-rural/rural) et du mode d'exercice (individuel/cabinet de groupe/maison de santé pluridisciplinaire).

Une difficulté se manifeste toutefois au moment de la prise de contact auprès des médecins en vue de leur proposer la participation à l'étude. En effet, plusieurs fois, l'enquêteur se heurte à la difficulté de devoir présenter l'objet de son appel auprès du service de secrétariat et non directement au médecin lui-même. Dans ces circonstances, le service de secrétariat peut potentiellement transmettre un message incomplet, voire erroné, dissuadant les médecins de prêter leur concours à cette étude. Un autre biais de sélection se manifeste par le fait que les médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude sont probablement les médecins les plus sensibilisés et intéressés par le sujet.

Biais de recueil - biais d'investigation

L'une des principales limites de la recherche qualitative s'attache à la difficulté pour l'enquêteur de mener des entretiens de façon à recueillir une information complète et pertinente, sans influencer l'avis des personnes interrogées. Dans cette méthode, il est en effet impératif que l'enquêteur maîtrise la technique de conduite d'un entretien par la reformulation ou la clarification des questions posées et l'écoute active de l'interrogé afin de limiter ce biais. En raison d'une faible expérience en qualité d'enquêteur, il a été parfois difficile de respecter une totale neutralité notamment lorsque le médecin interrogé demande à l'enquêteur son

propre avis sur la question. Dans ces circonstances, l'avis de l'enquêteur influence probablement l'avis du médecin enquêté.

De plus, lorsque l'enquêteur exerce la même profession que les personnes enquêtées, un dialogue s'établit plus facilement entre les interlocuteurs. Seulement, cela peut également provoquer une certaine réserve à se confier par peur d'être jugé.

Par ailleurs, l'enregistrement des entretiens a pu provoquer une certaine retenue dans l'opinion exprimée par les médecins, et ce quand bien même il leur a été signalé le caractère anonyme de l'entretien. Pour autant, ce paramètre a été limité par un positionnement du dictaphone, permettant ainsi de capter l'attention du médecin interrogé sans que ce dernier ne soit perturbé durant l'entretien.

Biais externes

Dans un souci d'organisation et de commodité pour les médecins, mais aussi afin de faciliter l'inclusion, il a été choisi d'effectuer les entretiens sur leur lieu de travail habituel. Ce choix a eu pour conséquence des interruptions prévisibles (téléphone personnel, secrétariat…) occasionnant une perte dans le discours entamé par certains médecins. Pour certains médecins, le manque de temps accordé pour l'entretien a eu pour conséquence un empressement dans la réalisation de celui-ci. La fatigue et le surmenage liés à l'activité professionnelle ont pu également influencer la qualité des réponses, notamment lorsque l'entretien avait lieu en fin de journée.

1.2 Validité interne de l'étude

En recherche qualitative, la validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Plusieurs critères de qualité ont été définis en méthode qualitative, permettant d'assurer la validité de l'étude. Concernant, la triangulation des sources et des méthodes, celle-ci n'a pas pu être obtenue en raison de la difficulté à l'établir au sein d'un seul travail. La rigueur dans la retranscription, la saturation des données et la recherche d'objectivité ont été assurées, ce qui constitue de bons indicateurs de la valeur scientifique de l'étude. Dans le cadre de l'analyse, la triangulation des chercheurs a pu être mise en œuvre grâce à la collaboration d'un autre chercheur. La confrontation des résultats d'analyse qui ont

été effectuées indépendamment, a montré une cohérence, ce qui renforce la scientificité de l'étude.

1.3 Validité externe de l'étude

La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes. Pour cela, l'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de la problématique. D'autre part, les données fournies par les médecins interrogés dans cette étude ont été confrontées à celles issues de la littérature, et sont globalement superposables.

2. Discussion des résultats

2.1 Une couverture vaccinale faible

Le premier constat relevé dans cette étude marque une mauvaise connaissance du taux de couverture vaccinale par les médecins. Il apparaît cependant que l'opinion majoritaire converge vers l'expression d'un faible taux. Le département de l'Aisne s'inscrit dans une région où le taux de couverture vaccinale est relativement faible. Dans l'étude de Bernin-Mereau (32), la couverture vaccinale anti-HPV en Picardie marque une certaine insuffisance. En effet, seulement 16,8 % des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans ont reçu au moins une dose vaccinale et 6,5 % un schéma vaccinal complet. Dans une perspective d'amélioration de ce faible taux, une meilleure information des médecins généralistes serait souhaitable dans la mesure où ils sont les principaux promoteurs de ce vaccin.

2.2 Opinions des médecins généralistes sur le vaccin anti-papillomavirus.

Dans notre étude, l'opinion majoritaire des médecins généralistes de l'Aisne était très favorable au vaccin. Cette position concorde avec des études antérieurement menées mettant en exergue une bonne adhésion à la vaccination anti-HPV. Citons tout d'abord le programme REMPAR (Recherche-Évaluation des moyens de prévention anti-HPV en Rhône-Alpes), dont les résultats publiés par l'INPES en 2011 montrent une opinion favorable à 83 % chez les médecins libéraux (33). L'acceptabilité de cette vaccination est bien meilleure si les sociétés savantes la recommandent. De plus, les connaissances préalables du médecin sur le papillomavirus et ses conséquences sont corrélées à une meilleure acceptabilité du vaccin. On

peut citer également l'étude de Piana (réalisée dans la région PACA en 2009) qui montre que 89 % des médecins généralistes sont favorables à la vaccination anti-HPV (34). L'étude de Devaux (35) a montré que dans la Somme, 98% des médecins généralistes étaient favorables à ce vaccin.

Les médecins généralistes ont souligné l'intérêt majeur de ce vaccin dans le cadre de la prévention primaire. Ils insistent en effet sur le bénéfice de ce vaccin conférant non seulement une protection contre un certain nombre de cancers du col de l'utérus, mais également contre les conséquences graves que ces pathologies HPV-induites peuvent provoquer sur la vie d'une femme qui plus est souvent jeune.

Il est relevé toutefois qu'un médecin interrogé au cours de cette étude exprime un avis nuancé. En effet, ce médecin manifeste une certaine méfiance à l'égard du vaccin « Gardasil® », car d'après une information récente, ce vaccin exposerait les patientes à un léger sur-risque de développer un Syndrome de Guillain-Barré. C'est d'ailleurs en ce sens, qu'une étude récente menée conjointement par l'ANSM et l'Assurance maladie, portant sur une cohorte de 2,2 millions de jeunes filles âgées de 13 à 16 ans, a révélé que la vaccination contre les infections à papillomavirus humains par « Gardasil® » ou « Cervarix® » n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes, confirmant ainsi les données de la littérature française et internationale. Néanmoins, il est précisé qu'une augmentation du risque de Syndrome de Guillain-Barré après vaccination contre les infections à HPV apparaît toutefois probable.

Ce syndrome qui a été identifié dans l'AMM du Gardasil®, est fréquemment précédé d'une infection et a été rapporté après d'autres vaccins. Il évolue favorablement sans séquelles neurologiques dans la grande majorité des cas (90 à 100 % des cas chez l'enfant et l'adolescent). De surcroît, ses conséquences sont limitées (1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées) compte tenu de la rareté de la maladie. Les deux institutions estiment que les résultats de cette étude ne remettent pas en cause la balance bénéfices/risques pour les vaccins concernés (36).

2.3 La vaccination anti-HPV en pratique

Concernant la pratique des médecins généralistes de l'Aisne, cette étude montre que celle-ci est en accord avec les dernières recommandations du Haut Conseil de santé publique (HCSP) datant du 28 septembre 2012 (27). En effet, les médecins proposent majoritairement le vaccin

anti-HPV à leurs jeunes patientes à partir de l'âge 11 ans, et ce jusqu'à 14 ans, puis la vaccination de rattrapage jusqu'à 19 ans révolus.

Dans cette perspective, les médecins mettent en avant deux intérêts principaux se rapportant à cette révision de l'âge vaccinal décidé par les autorités de santé compétentes. Tout d'abord, ce vaccin peut être administré avec le rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche (dTPca) prévu entre l'âge de 11 et 13 ans dans le cadre des vaccinations obligatoires. Ainsi, cet épisode de vaccination obligatoire affiche l'opportunité pour le médecin de reprendre contact avec les jeunes patientes concernées à un âge où elles consultent peu. D'autre part, le second argument positif avancé par les médecins réside dans le fait de pouvoir administrer le vaccin selon un schéma à deux injections espacées de 6 mois.

Conformément aux mentions indiquées dans l'AMM des produits, ce protocole de vaccination est autorisé entre l'âge de 11 ans et 13 ans révolus pour le Gardasil® et entre 11 ans et 14 ans révolus pour le Cervarix® (37,38). Ces indications forment un argument incitatif vers une prise de décision rapide de la part des adolescentes et de leur famille, ce qui *a fortiori* permet une meilleure acceptation du vaccin.

Néanmoins, on constate d'après l'étude qu'en dépit d'une majorité de médecins manifestant un avis favorable pour cet acte vaccinal, certains n'appliquent toujours pas les nouvelles recommandations. En effet, un certain nombre de médecins continuent de vacciner à partir de l'âge de 14 ans. Ce constat reflète un certain paradoxe entre l'avis favorable exprimé par les médecins et le manque de suivi des recommandations de la part de certains qui préfèrent adapter leur pratique à leur convenance. Cela laisse sous-entendre une certaine difficulté qui peut être expliquée au regard de la complexité de la relation médecin-patient. En effet, une difficulté se traduit dans l'opinion exprimée par les médecins et concerne l'abord de la sexualité auprès des adolescentes âgées de 11 ans, surtout lorsque celles-ci sont accompagnées de leurs parents. Considérant la difficulté à dissocier vaccin anti-HPV et sexualité, les médecins se restreignent dans la proposition vaccinale et n'appliquent donc pas les recommandations admises scientifiquement. Dans les travaux soutenus par Picard-Melini (39) et Viey (40), il est confirmé que l'abord de la sexualité était une des principales difficultés dans la proposition du vaccin anti-HPV, et ce principalement pour les médecins hommes. On peut alors penser que dans un souci de préservation d'une bonne relation médecin-malade, le médecin généraliste s'assure de ne pas rompre la confiance accordée par son patient. C'est la raison pour laquelle le médecin ne souhaite pas aborder la sexualité à un âge précoce tel qu'il est relevé dans cette étude.

En ce qui concerne le choix du vaccin, on constate que les médecins généralistes de l'Aisne prescrivent majoritairement le Gardasil®. Ce choix se justifie d'abord par son ancienneté, car il a été le premier à obtenir son AMM, précisément en septembre 2006 avec une commercialisation ayant débuté en novembre 2006. La seconde raison justifiant cette prescription par les médecins concerne sa tétravalence, permettant à ce vaccin une action sur les condylomes acuminés. Cette préférence a été retrouvée dans une étude au Royaume-Uni avec 69 % des médecins jugeant le vaccin quadrivalent supérieur (41). Il semble tout de même important de rappeler que depuis le 17 décembre 2010, le HCSP considère que le Gardasil® et le Cervarix® sont équivalents en termes de protection contre les lésions précancéreuses du col de l'utérus. Par conséquent, il n'y a plus lieu de recommander de façon préférentielle l'un ou l'autre des vaccins (42). Le HCSP souligne par ailleurs que le vaccin quadrivalent a montré une efficacité supplémentaire dans la prévention des lésions dues au HPV de génotypes 6 et 11 (condylomes génitaux et CIN). Concernant le vaccin bivalent, les données actuelles de la science sont en faveur d'une plus grande capacité à induire une protection croisée vis-à-vis d'autres génotypes d'HPV oncogènes que HPV16 et HPV18 (42). Un constat encourageant est rapporté à travers l'opinion de certains médecins pour lesquels le principal intérêt dans leur pratique médicale préventive réside dans l'acceptation et l'administration du vaccin anti-papillomavirus, et ce quel qu'en soit le type. Ce comportement montre l'implication des médecins généralistes dans cette politique de prévention du cancer du col de l'utérus.

2.4 Les réticences à la vaccination anti-papillomavirus

Concernant la pratique de cette vaccination anti-papillomavirus, les praticiens sont régulièrement confrontés aux réticences affirmées par les patients. Dans une étude réalisée par Tawil en 2014 (43), on a relevé que 61 % des parents ne souhaitent pas vacciner leur fille par le vaccin anti-HPV.

Selon l'avis exprimé par les médecins au cours de cette étude, la raison pour laquelle on constate une réticence significative dans l'acceptation du vaccin est justifiée par la peur de la survenance d'effets secondaires.

Dans une enquête réalisée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) 55 % des personnes interrogées manifestent l'idée « *qu'il est angoissant de se faire vacciner avec un nouveau vaccin, même s'il a été soigneusement testé* ». En effet, la peur des

effets secondaires apparaît en tête de liste dans la majorité des enquêtes d'acceptabilité. Une étude américaine publiée en 2013 constate d'ailleurs une progression de cette préoccupation puisqu'en 2008 seuls 4,5 % des parents s'inquiétaient des effets secondaires contre 16,4 % en 2010 (44).

Dans cette étude on constate que l'opposition à la vaccination anti-HPV par les patients est justifiée également par la crainte de développer une maladie démyélinisante de type sclérose en plaques. Cet argument est souvent avancé par les patients en faisant référence aux polémiques portant sur le vaccin contre l'hépatite B. Pourtant, une étude de cohorte réalisée au Danemark et en Suède avec près de 4 millions de jeunes femmes, parmi lesquelles on compte des patientes vaccinées et d'autres non vaccinées, a montré que la vaccination anti-HPV n'augmente pas le risque de ces maladies (RR=1,00 IC95% :0,78-1,28) (45).

Il est à noter par ailleurs que depuis la commercialisation des vaccins anti-HPV, un plan de gestion des risques (PGR) a été mis en œuvre au niveau national et européen. Ce plan permet de détecter et d'analyser tout nouvel effet indésirable observé par les professionnels de santé, dans les conditions réelles d'utilisation. On ajoute par ailleurs que l'ANSM a mis en place en complément de ces PGR une surveillance nationale renforcée au niveau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) de Bordeaux et de Lyon pour le vaccin quadrivalent, et celui de Bordeaux pour le vaccin bivalent.

L'ANSM a publié en juillet 2011 le troisième bilan du PGR européen et national pour le Gardasil® et le premier bilan pour le Cervarix®. Ces rapports indiquent que l'analyse des données de surveillance disponibles ne remet pas en cause le rapport bénéfices/risques des vaccins. Le rapport du suivi national des effets indésirables des deux vaccins montre qu'ils ne font l'objet d'aucun signalement particulier. En effet, la majorité des effets indésirables sont considérés comme bénins et transitoires (fièvre, céphalées, urticaire, douleur au point d'injection).

Une question reste toutefois en suspens : malgré le constat d'effets secondaires mineurs et des conditions strictes de sécurité, pourquoi la vaccination suscite-t-elle une méfiance grandissante chez certains patients ? On peut d'abord comprendre que l'administration volontaire d'un corps étranger dans l'organisme d'une personne saine en vue de la protéger puisse être source d'inquiétude. « *La défiance envers les vaccins est aussi vieille que la vaccination* » rapporte le Pr Zylberman (Professeur d'Histoire de la santé et chercheur

INSERM à l'université Paris-Descartes) (46). En France, cette inquiétude face à ce vaccin a pris des proportions croissantes, au lendemain de nombreuses controverses.

Parmi les plus répandues, on relève principalement dans cette étude la polémique liée à la vaccination contre l'hépatite B, celle-ci ayant laissé de nombreuses traces dans l'esprit de la population française. Bien qu'aucune étude n'ait établi de lien de causalité entre cette vaccination et la sclérose en plaques, cette controverse a largement été relayée dans les médias (47). Ce phénomène a eu non seulement pour conséquence l'arrêt de la politique de vaccination systématique, mais il a aussi créé le doute remettant en cause l'innocuité de ce vaccin.

Une autre cause responsable de réticence de la part des parents est largement rapportée dans cette étude. Celle-ci concerne la médiatisation négative produite autour de la vaccination.

Les médias occupent une place considérable chez les patients dans le cadre de l'information médicale. En effet, d'après l'étude de Gontard (48), Internet était l'une des principales sources d'information médicale utilisées par les patients en raison de sa facilité d'accès, de l'exhaustivité de l'information recherchée et notamment dans l'accès à des témoignages. Même si les médias jouent un rôle important dans l'information médicale, les patients ont nettement plus confiance en l'information délivrée par leur médecin traitant. Cela est d'ailleurs confirmé par une enquête menée par le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) et l'Ipsos en 2010 montrant que les patients accordent une confiance plus importante à l'information délivrée par leurs médecins (90 %) que celle qui est véhiculée par les médias (15 %).

Cette étude met également en exergue un autre frein à l'acceptation du vaccin, à savoir la crainte chez les parents d'inciter indirectement leur fille à une vie sexuelle précoce en acceptant leur vaccination. Cette notion a été retrouvée dans la littérature française et internationale (39,49,50). Dans le cadre du nouveau calendrier vaccinal basé sur l'avis du 28 septembre 2012 publié par le HCSP, relatif à l'avancée de l'âge vaccinal à 11 ans, la vaccination n'est plus sous-tendue par la notion de l'âge de début de la vie sexuelle. L'intérêt pratique consiste à pouvoir vacciner les adolescentes avant qu'elles ne soient contaminées par le virus HPV et en théorie, établir une dissociation entre vaccination et sexualité. Cette confusion reste cependant ancrée dans la pensée et le discours des parents et de certains médecins. Il faudra alors probablement encore quelques années pour parvenir définitivement à éliminer cet amalgame.

Il a été par ailleurs retenu dans l'étude que le caractère non obligatoire du vaccin anti-HPV constitue une autre raison de refus de la part de certains patients. En France, la dualité obligation/recommandation vaccinale laisserait entendre qu'un vaccin recommandé est perçu comme étant plutôt facultatif que nécessaire. Cette idée a pour conséquence inévitable d'entraver la compréhension de la politique vaccinale. Le terme « recommandé » a au contraire, un sens très incitatif chez les Anglo-Saxons (notamment à travers le terme « *mandatory* »).

Quelles que soient les circonstances, le fait que les pouvoirs publics et les organismes de santé laissent une certaine liberté aux patients concernant la vaccination, paraît *a priori* raisonnable sur le plan éthique. Néanmoins, sur le plan de la santé publique il faut garder à l'esprit que pour que les vaccins soient efficaces, ils doivent être réalisés par le plus grand nombre, afin de conférer une immunité de groupe.

La politique vaccinale doit donc continuer à prendre en considération les libertés individuelles, tout en assurant les besoins de santé publique. La question du maintien ou de la surpression de l'obligation vaccinale est actuellement à l'étude et sera bientôt en débat. On peut penser dès lors qu'il sera probablement nécessaire de mettre tous les vaccins au même niveau. Ces vaccins pourraient être qualifiés de vaccins « indispensables » afin d'enrayer la confusion existante dans l'esprit du public et d'aboutir à une réelle efficacité en termes de santé publique.

L'unique crainte rapportée par des jeunes filles concernées par la vaccination dans cette étude concernait la peur liée à la douleur occasionnée par l'injection du vaccin.

2.5 Attitudes adoptées par les médecins face au refus du vaccin anti-papillomavirus

Tout d'abord, il est admis par l'ensemble des médecins interrogés que de toute évidence, le choix du patient doit être respecté, qu'il s'agisse d'une adhésion ou d'un refus au vaccin.

Conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, introduite dans le Code de la santé publique, il est prévu à l'article L 1111-4 alinéa 1 que : « *Toute personne prend avec le personnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit les décisions concernant sa santé* ». Il est également mentionné à l'alinéa 3 de ce même article que « *Le médecin doit respecter la volonté de la*

personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ». Il relève donc de ces textes de loi que le patient doit bénéficier d'un consentement libre et éclairé ayant pour corollaire un droit au refus.

Dans cet esprit, il est observé que les médecins interrogés dans cette étude, prennent soin d'expliquer à leurs patients les risques pouvant survenir en cas d'absence de vaccination, et insistent en conséquence sur la protection que le vaccin confère.

Dans le but de convaincre les patients réticents, un médecin a même suggéré d'exposer des images de lésions secondaires aux infections à HPV (verrues génitales…) et des images des traitements auxquels on doit alors recourir (conisation, laser…).

Craignant que ne leur soit reproché un manquement à leur devoir d'information et de vigilance auxquels ils sont légalement tenus, les médecins communiquent l'information la plus claire et la plus complète au cours des consultations. D'ailleurs, en pratique ces entretiens médicaux sont souvent ponctués par la délivrance d'une documentation récapitulative sur le sujet, mais aussi d'une mention figurant sur le dossier médical du patient par laquelle le médecin notifie l'acceptation ou le refus du patient concernant la vaccination.

Dans le but d'entretenir la relation de confiance établie avec les patients, les médecins généralistes entament une discussion sur la vaccination anti-HPV tout en veillant à ne pas provoquer de crispations chez les patients. De cette manière, les médecins proposent généralement un temps de réflexion pour les sujets les plus réticents. Il n'hésitent pas à aborder de nouveau le sujet au cours de consultations ultérieures afin d'éclairer les patients et de tenter de les convaincre du bien-fondé de cette vaccination.

Par ailleurs, certains médecins généralistes invitent les patients à s'entretenir auprès de médecins spécialistes afin que ces derniers puissent leur livrer des informations complémentaires.

La démarche adoptée par les médecins dans cette étude, correspond étroitement aux recommandations de l'INPES dans son guide de vaccination publié en 2012. Cette documentation recense précisément les conseils permettant aux médecins de mieux appréhender les situations de refus exprimées à l'égard des vaccins (51). D'après ce guide, il est conseillé aux médecins d'analyser préalablement les connaissances du patient, d'évaluer ses éventuelles préoccupations, et notamment de repérer des signes de réticences au travers de ses propos ou ses attitudes. À l'aide des informations relevées, le médecin pourra ainsi fournir

des informations, des explications ayant pour finalité de promouvoir l'intérêt du vaccin tant en ce qui concerne son aspect préventif que le rapport bénéfices/risques en faveur de celui-ci. Enfin, il est recommandé de s'assurer de la compréhension des éléments fournis au patient et de l'absence de questionnement persistant.

On remarque d'ailleurs que cette évaluation des connaissances du patient, avant toute proposition vaccinale, s'inscrit également dans la pratique adoptée par 11 médecins interrogés dans cette étude. Certains médecins justifient cette enquête par la nécessité de s'assurer qu'une surveillance ultérieure par FCU viendra compléter le volet de la prévention primaire du CCU.

En cas de refus du vaccin anti-HPV, les médecins insistent sur l'intérêt principal du vaccin qui réside dans la prévention d'un « cancer ». Ils n'hésitent pas à affirmer aux patients leur position en faveur du vaccin et de la vaccination en général. L'objectif des médecins étant de rassurer les patients les plus réticents. Pour appuyer cette opinion, certains médecins font même référence à leur expérience personnelle concernant la vaccination de leurs filles.

Le médecin généraliste tient un rôle décisif à l'égard de son patient. En effet, on considère qu'il est essentiel que le médecin rassure le patient, qu'il soit attentif à ses craintes, qu'il réponde à ses questions, en lui laissant un libre choix dans sa prise de décision. Dans cette perspective, il paraît indispensable que le médecin généraliste contribue à faciliter le parcours aboutissant à une vaccination (prescription, délivrance, administration).

Alors qu'il ne figure dans aucunes études déjà réalisées, une autre facon de faire face aux refus de certaines patientes est proposé par certains médecins interrogés. En effet, l'orientation des patientes réticentes vers un confrère gynécologue serait une alternative contribuant à rassurer les patientes au sujet de la vaccination. Cette solution proposée par les médecins pourrait encourager davantage les patientes réticentes à ce vaccin, notamment par l'apport de nouveaux conseils, d'un avis supplémentaire provenant d'un spécialiste concerné par la prise en charge des pathologies liées aux infections HPV.

2.6 Perspectives en vue de l'amélioration de la couverture vaccinale contre les infections à HPV

Les refus de vaccination qui vont de la simple hésitation à l'opposition totale, associées aux négligences et aux oublis des patients, ont pour conséquence l'insuffisance de la couverture vaccinale. La réussite d'un programme vaccinal va dépendre de facteurs multiples, conditionnés par des actions à différents niveaux (adolescentes, parents, médecins). Ainsi, l'obtention d'un meilleur taux de couverture vaccinale, nécessite une politique vaccinale mettant en œuvre des stratégies diverses où le médecin généraliste dispose d'un rôle central.

Il ressort des propositions exposées par les médecins interrogés dans cette étude qu'il est nécessaire d'améliorer l'information délivrée aux patients. Comme le relèvent en substance de nombreuses enquêtes, il apparaît que les parents d'enfants non ou mal vaccinés ne profitent pas d'une information complète et rigoureuse.

L'optimisation du taux de couverture vaccinale nécessite d'améliorer la communication des médecins généralistes dans le cadre du programme vaccinal. En effet, le médecin traitant est le principal référent médical en contact avec le patient et la confiance que lui accordent les parents lui confère un rôle majeur dans l'application des recommandations vaccinales. De ce fait, les informations délivrées par les médecins doivent non seulement mettre en lumière l'efficacité et la sécurité du vaccin, mais aussi permettre de répondre de manière complète et claire aux éventuelles craintes exprimées par les patients. Afin de promouvoir l'intérêt préventif de ce vaccin, il faut s'assurer en pratique de l'exhaustivité de l'information qui doit être disponible en permanence. Ainsi, dans le cas des infections à HPV et du cancer du col de l'utérus, il paraît essentiel de promouvoir le vaccin anti-HPV, mais également de mettre l'accent sur le dépistage par frottis qui reste indispensable malgré la vaccination. Ce n'est qu'à ces conditions que l'on peut espérer obtenir un impact significatif sur la santé publique.

L'abord de la vaccination auprès des patients nécessite toutefois que le médecin y consacre un temps adapté. Ainsi en pratique, il est courant que le médecin poursuive la discussion au cours de consultations ultérieures. Néanmoins, le médecin se heurte à une autre difficulté liée à la fréquence relativement faible des consultations durant l'adolescence. Ainsi, l'organisation d'une consultation dédiée à la prévention serait sans doute l'opportunité d'améliorer les connaissances des patients sur cette vaccination. Cela permettrait de rétablir la véracité des informations erronées délivrées par les polémiques médiatisées.

Afin d'être soutenus dans leur pratique de prévention, les médecins sollicitent des pouvoirs publics et des autorités de santé que soient établies des campagnes d'informations sur la vaccination anti-HPV. En France, l'éducation pour la santé est prise en charge par l'INPES. Ainsi, le public et les professionnels de santé peuvent bénéficier sur son site d'une large documentation portant sur la vaccination. Cependant, les campagnes de sensibilisation mises en œuvre par cette institution restent très peu visibles auprès des médecins et surtout du public.

Selon l'opinion exprimée par certains médecins, il paraît nécessaire que l'information sur le vaccin soit également diffusée par l'intermédiaire des médias, d'Internet ou encore les réseaux sociaux. Ces derniers constituent les moyens de communications et d'informations les plus utilisés par les adolescentes. Toutefois, l'influence actuelle des médias et d'Internet justifie une réflexion internationale pour lutter contre la nuisance des informations non scientifiques et erronées. Même s'il semble difficile d'empêcher la propagande anti-vaccinale, il est nécessaire de mettre à disposition du public des sites dont la qualité scientifique est préalablement contrôlée. Pour remédier aux fausses informations sur les vaccins, il est souhaitable et urgent que le public dispose de sites ayant un label qualifiant leur fiabilité.

Une autre solution consisterait à réaliser une documentation écrite dédiée aux patients, que le médecin traitant serait tenu de leur délivrer. Ces brochures informatives auraient pour but de sensibiliser et d'informer le public au sujet de la vaccination et devraient être éditées par les autorités de santé compétentes afin de ne créer aucun conflit d'intérêt. Actuellement, et comme précisé par certains médecins dans cette étude, la majorité des supports écrits mis à la disposition des patients proviennent des laboratoires pharmaceutiques, ce qui ne permet pas d'attribuer une réelle neutralité à l'information communiquée.

Plusieurs praticiens sont d'avis de renforcer l'information apportée aux adolescentes, par le biais du milieu scolaire. Certains pensent également qu'il serait nécessaire d'inciter les patientes ayant accepté de se faire vacciner à promouvoir le vaccin auprès de leur entourage. Ces mesures pourraient susciter des interrogations de la part des familles auprès de leur médecin et ainsi faciliter l'acceptation du vaccin.

Si l'idée selon laquelle il serait utile de mettre en place une vaccination en milieu scolaire a été rapporté par certains médecins, c'est dans la mesure où cette proposition a été mise en œuvre dans certains pays et a contribué à améliorer considérablement le taux de couverture vaccinale. En effet, de nombreux pays ont réussi à atteindre un taux de couverture vaccinale

approchant les 80 % (Australie, Portugal, Royaume-Uni) en instaurant la vaccination dans les structures de soins publiques et en milieu scolaire.

En France, cette proposition semble cependant difficilement réalisable, notamment suite à la suspension en octobre 1998 de la campagne de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire. En outre, il convient de souligner que dans un tel contexte, l'obtention du consentement éclairé des parents pour la vaccination de leurs enfants pose problème en l'absence de consultation médicale préalable. Le médecin traitant ne serait plus l'auteur de la proposition vaccinale puisque celle-ci serait institutionnalisée. La vaccination serait vécue comme imposée et par conséquent source d'angoisse et d'une méfiance importante de la part des parents.

Plusieurs médecins ont déclaré ne recevoir des informations sur le vaccin anti-HPV que par le biais des délégués pharmaceutiques. Il semble difficile pour un médecin généraliste d'être constamment au courant des résultats des nombreuses études portant sur l'efficacité, l'immunogénicité et la tolérance des vaccins. C'est la raison pour laquelle ils sont demandeurs d'une meilleure formation en vaccinologie, leur permettant ainsi un accès à des sources scientifiques valides et sans conflit d'intérêts.

L'instauration d'une vaccination anti-papillomavirus chez les garçons a été avancée par un médecin dans cette étude.

Sur le plan international, le vaccin tétravalent est indiqué chez les sujets masculins de 9 à 26 ans aux États-Unis et au Canada. L'Australie a également étendu son programme national de vaccination aux garçons en février 2013. Cette pratique fait suite à une étude internationale incluant 4 055 sujets masculins concluant à une très bonne efficacité du vaccin sur la prévention des lésions anales précancéreuses de haut grade (AIN2+) et les verrues génitales externes (52).

En France, l'intérêt d'inclure les garçons dans les recommandations vaccinales anti-HPV n'est pas établi en raison notamment de l'aspect médico-économique. Par ailleurs, le HCSP a publié récemment un avis qui ne recommande pas la vaccination anti-papillomavirus chez les hommes (53). Il rappelle également que l'augmentation de la couverture vaccinale chez les jeunes filles reste la priorité pour la prévention des maladies liées à l'infection par les papillomavirus. En effet, une couverture vaccinale significative chez les femmes pourrait procurer une protection indirecte chez les hommes par l'immunité de groupe. Ces données ont été confirmées par une étude australienne publiée dans « *The Lancet* » en janvier 2011 (54).

CONCLUSION

Le rôle des infections à papillomavirus dans la genèse des lésions dysplasiques du col utérin est depuis longtemps clairement établi. La prévention des cancers constitue une priorité de santé publique, puisqu'ils représentent la première cause de mortalité prématurée en France. Malgré la mise en place du dépistage individuel par frottis cervico-utérin, les campagnes de prévention et les progrès de la prise en charge, plus de 1 000 décès par ans sont attribués au cancer du col de l'utérus. Depuis maintenant une dizaine d'années, la mise à disposition en France de vaccins anti-papillomavirus constitue une véritable avancée scientifique dans la prévention de ce cancer. Toutefois, le taux de couverture vaccinale anti-HPV reste relativement insuffisant par rapport à l'objectif recommandé, de telle sorte qu'il est encore difficile de percevoir une efficacité sur la population.

Il paraissait alors nécessaire d'étudier l'opinion et les pratiques des médecins généralistes confrontés régulièrement à des refus concernant ce vaccin, qui vont de la simple hésitation à l'opposition totale du patient. Ainsi, l'analyse des causes justifiant le refus des patientes, a permis d'établir des propositions pouvant contribuer à optimiser la couverture vaccinale en France.

Dans cette étude, il a été révélé tout d'abord que les médecins généralistes de l'Aisne sont majoritairement favorables à cette vaccination. Cependant, les pratiques de certains médecins ne sont pas entièrement conformes aux recommandations actuelles. Cela s'explique en partie par la difficulté liée à l'abord des questions intimes à un âge précoce.

Les réticences liées au vaccin anti-HPV s'expliquent principalement par la crainte des effets secondaires. Les informations négatives diffusées par les médias concernant les effets indésirables et les polémiques secondaires aux campagnes de vaccination contre l'hépatite B et la grippe H1N1, ont jeté un discrédit sur la sécurité de ces produits pharmaceutiques. Les patients adoptent alors une certaine méfiance vis-à-vis de ce vaccin, mais également de la vaccination en général. De plus, certains parents y sont opposés en raison du caractère non obligatoire et craignent que le vaccin entraîne une sexualité permissive chez leur fille.

Les principales stratégies mises en place dans le cadre de la relation médecin-malade consistent à clarifier l'information portant sur l'intérêt principal du vaccin et le rapport bénéfices/risques en faveur de celui-ci. Souvent, un temps de réflexion est proposé aux patientes, afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée. Dans le but de réassurer les

patientes et leurs parents, les médecins généralistes n'hésitent pas à faire part de leur expérience personnelle concernant le vaccin, mais également à solliciter un second avis de la part des médecins spécialistes.

L'ensemble des médecins interrogés se montrent respectueux du choix des patients, et ce même lorsque ces derniers expriment un refus. Par ailleurs, les médecins notifient dans le dossier médical le choix exprimé et l'information délivrée, afin d'être protégés sur le plan médico-légal.

Il ressort de cette étude qu'il est nécessaire d'améliorer l'information apportée aux parents et aux jeunes patientes afin de les sensibiliser à l'intérêt de la vaccination. Il paraît également essentiel de renforcer la formation des médecins au sujet de cette vaccination, car ils jouent un rôle prépondérant dans la prise de décision. L'information en milieu scolaire et la mise en place d'une consultation de prévention sont également des propositions qui permettraient de sensibiliser les jeunes filles concernées par le vaccin.

Dans cette perspective, le plan cancer 2014-2019 préconise de renforcer la communication vaccinale auprès du public, de mobiliser les professionnels de santé et de diversifier les structures de vaccination afin d'en faciliter l'accès. Sur la durée du plan, la France se donne pour objectif d'atteindre une couverture vaccinale de 60 % et d'expérimenter l'acceptabilité d'une vaccination en milieu scolaire. À l'avenir, il serait intéressant d'etablir de nouvelles études qui évalueraient l'acceptation de ces mesures par les patients, ainsi que leur impact sur la couverture vaccinale. Une perspective encourageante dans la prévention du cancer du col de l'utérus concerne un nouveau vaccin nonovalent. Ce vaccin pourrait permettre à l'avenir une protection contre des types d'HPV oncogènes responsables des 90 % des cancers du col de l'utérus. À ce jour, il n'a fait l'objet que d'une AMM européenne, mais n'est pas encore commercialisé en France.

Bien que l'exercice de la médecine générale comporte une dimension de santé publique, cette compétence de soins primaires n'est pas toujours évidente à mettre en œuvre dans l'exercice quotidien de la discipline.

La réalisation de ce travail, a renforcé ma conviction sur l'intérêt de la prévention en médecine générale, à laquelle je m'efforcerai d'accorder la place nécessaire dans mon futur exercice de la médecine. Car, ainsi que l'affirmait le cardinal de Richelieu : *« Un médecin qui peut prévenir les maladies est plus estimé que celui qui travaille à les guérir* » Maximes d'État (1623).

BIBLIOGRAPHIE

1. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med. 6 févr 2003;348(6):518‑27.

2. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances-Actualisation 2008.

3. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol. sept 1999;189(1):12‑9.

4. Boulanger J-C, Sevestre H, Bauville E, Ghighi C, Harlicot J-P, Gondry J. [Epidemiology of HPV infection]. Gynécologie Obstétrique Fertil. mars 2004;32(3):218‑23.

5. Heard I, Gallay A, Fihman V, Duport N, Levy-Bruhl D, Favre M. Caractéristiques de l'infection par les papillomavirus humains dans des frottis cervicaux normaux en France en 2009. 2011. p 314-316.

6. Monsonego J, Zerat L, Syrjänen K, Zerat JC, Smith JS, Halfon P. Prévalence des génotypes d'HPV chez les femmes en France : implications pour le dépistage et la vaccination. Gynécologie Obstétrique Fertil. mai 2013;41(5):305‑13.

7. Burchell AN, Winer RL, de Sanjosé S, Franco EL. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. Vaccine. 31 août 2006;24 Suppl 3:S3/52-61.

8. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. N Engl J Med. 22 juin 2006;354(25):2645‑54.

9. Smith EM, Parker MA, Rubenstein LM, Haugen TH, Hamsikova E, Turek LP, et al. Evidence for Vertical Transmission of HPV from Mothers to Infants,. Infect Dis Obstet Gynecol. 14 mars 2010;2010, 2010:e326369.

10. Lee SM, Park JS, Norwitz ER, Koo JN, Oh IH, Park JW, et al. Risk of Vertical Transmission of Human Papillomavirus throughout Pregnancy: A Prospective Study. 8(6). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681772/

11. Gavillon N, Vervaet H, Derniaux E, Terrosi P, Graesslin O, Quereux C. Papillomavirus humain (HPV) : comment ai-je attrapé ça ? Gynécologie Obstétrique Fertil. mars 2010;38(3):199‑204.

12. Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N. Environmental co-factors in HPV carcinogenesis. Virus Res. nov 2002;89(2):191‑9.

13. Grodzki M, Besson G, Clavel C, Arslan A, Franceschi S, Birembaut P, et al. Increased risk for cervical disease progression of French women infected with the human papillomavirus type 16 E6-350G variant. Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol. avr 2006;15(4):820‑2.

14. Dalstein V, Riethmuller D, Prétet J-L, Le Bail Carval K, Sautière J-L, Carbillet J-P, et al. Persistence and load of high-risk HPV are predictors for development of high-grade cervical lesions: a longitudinal French cohort study. Int J Cancer. 1 sept 2003;106(3):396‑403.

15. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 1 mars 2015;136(5):E359-386.

16. Les cancers en France - Edition 2015 - Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2015

17. Clifford G, Franceschi S, Diaz M, Muñoz N, Villa LL. Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. Vaccine. 31 août 2006;24 Suppl 3:S3/26-34.

18. Prétet J-L, Jacquard A-C, Carcopino X, Charlot J-F, Bouhour D, Kantelip B, et al. Human papillomavirus (HPV) genotype distribution in invasive cervical cancers in France: EDITH study. Int J Cancer. 15 janv 2008;122(2):428‑32.

19. Prétet J-L, Jacquard A-C, Carcopino X, Monnier-Benoit S, Averous G, Soubeyrand B, et al. Human papillomavirus genotype distribution in high grade cervical lesions (CIN 2/3) in France: EDITH study. Int J Cancer. 15 janv 2008;122(2):424‑7.

20. Jacquard A-C, Denis F, Prétet J-L, Aubin F, Pradat P, Riethmuller D. Distribution des génotypes de papillomavirus humain (HPV) dans les lésions génitales en France: études EDiTH. BEH. 2009;29:313–317.

21. Monsonégo J. Prévention du cancer du col utérin : enjeux et perspectives de la vaccination antipapillomavirus. Gynécologie Obstétrique Fertil. mars 2006;34(3):189‑201.

22. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Pap. 1968;World Health Organization.

23. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 24 avr 2002;287(16):2114‑9.

24. Haute Autorité de Santé - Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002 [Internet]. [cité 19 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272243/fr/conduite-a-tenir-devant-une-patiente-ayant-un-frottis-cervico-uterin-anormal-actualisation-2002

25. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 20 mai 2016]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs

26. Joura EA, Giuliano AR, Iversen O-E, Bouchard C, Mao C, Mehlsen J, et al. A 9-valent HPV vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. N Engl J Med. 19 févr 2015;372(8):711‑23.

27. HCSP. Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2012 sept [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302

28. Calendrier_vaccinal_2016.pdf [Internet]. [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2016.pdf

29. Papillomavirus humains / Données / Couverture vaccinale / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 11 mai 2016]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains

30. Ketele J-MD, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations: Fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. De Boeck Supérieur; 2009. 212 p.

31. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - BNFA, Bibliothèque Numérique Francophone Accessible.

32. Bernin Mereau A-S. Vaccination anti-HPV en Picardie : couverture vaccinale en 2009-2010 et déterminants socio-économiques. [Thèse]. [Amiens]; 2012.

33. Magnin D, Gonnon G, Jacquard A-C, Regnier V, Kalecinski J, Soubeyrand B, et al. Perception et pratiques du vaccin HPV en prévention du cancer du col de l'utérus chez les médecins en Rhône-Alpes. Étude HPV-MED–PROJET REMPAR. Rev Épidémiologie Santé Publique. 2008;56(5):308–309.

34. Piana L, Noel G, Uters M, Laporte R, Minodier P. Opinions et pratiques des médecins généralistes face à la vaccination anti-Papillomavirus. Médecine Mal Infect. oct 2009;39(10):789‑97.

35. Devaux J. Perception du vaccin contre le papillomavirus humain en médecine générale dans la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2011.

36. Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information

37. GARDASIL : nouveau schéma vaccinal à 2 doses pour les filles de 11 à 13 ans [Internet]. [cité 18 août 2016]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/13740/gardasil_nouveau_schema_vaccinal_a_2_doses_pour_les_filles_de_11_a_13_ans/

38. Vaccination par CERVARIX : les nouvelles recommandations du HCSP [Internet]. [cité 18 août 2016]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/13662/vaccination_par_cervarix_les_nouvelles_recommandations_du_hcsp/

39. Picard-Meliani C. Les freins à la vaccination anti-papillomavirus en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2010.

40. Viey A. Quels sont les freins rencontrés par les médecins généralistes auvergnats pour vacciner les adolescentes contre l'HPV (Human Papillomavirus) ? [Thèse d'exercice]. Université de Clermont Ferrand 1; 2011.

41. Hopkins TG, Wood NJ, West RM, Darling JC. UK health professionals' attitudes and knowledge regarding Human Papillomavirus (HPV) vaccination: a West Yorkshire Study. J Paediatr Child Health. nov 2009;45(11):652‑5.

42. HCSP. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles de 14 à 23 ans [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2010 déc [cité 19 août 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=183

43. Tawil S. Les freins à la vaccination contre les papillomavirus: enquête chez les parents de jeunes filles de 11 à 19 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.

44. Ogilvie GS, Remple VP, Marra F, McNeil SA, Naus M, Pielak KL, et al. Parental intention to have daughters receive the human papillomavirus vaccine. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 4 déc 2007;177(12):1506‑12.

45. Scheller NM, Svanström H, Pasternak B, Arnheim-Dahlström L, Sundström K, Fink K, et al. Quadrivalent HPV vaccination and risk of multiple sclerosis and other demyelinating diseases of the central nervous system. JAMA. 6 janv 2015;313(1):54‑61.

46. Inserm. Vaccins : Pourquoi font-ils peur ? [Internet]. [cité 19 août 2016]. Disponible sur: http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/vaccins-pourquoi-font-ils-peur

47. Fourrier A, Bégaud B, Alpérovitch A, Verdier-Taillefer M-H, Touzé E, Decker N, et al. Hepatitis B vaccine and first episodes of central nervous system demyelinating disorders: a comparison between reported and expected number of cases. Br J Clin Pharmacol. mai 2001;51(5):489‑90.

48. Gontard S. Les médias, les médicaments et les patients: étude qualitative à partir de 15 entretiens semi dirigés [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.

49. De Visser R, McDonnell E. Correlates of parents' reports of acceptability of human papilloma virus vaccination for their school-aged children. Sex Health. déc 2008;5(4):331‑8.

50. Wiesner C, Piñeros M, Trujillo LM, Cortés C, Ardila J. [Human papillomavirus (HPV) vaccine acceptability amongst parents of adolescents in four Colombian areas]. Rev Salud Pública Bogotá Colomb. déc 2010;12(6):961‑73.

51. INPES - Guide des vaccinations 2012 [Internet]. [cité 21 août 2016]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/nouveautes-editoriales/2012/guide-vaccination-2012.asp

52. Judlin P. Vaccination HPV : les hommes aussi ? Gynécologie Obstétrique Fertil. déc 2010;38(12): 721‑2.

53. HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 22 août 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=552

54. Donovan B, Franklin N, Guy R, Grulich AE, Regan DG, Ali H, et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccination and trends in genital warts in Australia: analysis of national sentinel surveillance data. Lancet Infect Dis. janv 2011;11(1):39‑44.

ANNEXES

***Annexe 1* : GUIDE D'ENTRETIEN**

Présentation de l'objectif du travail et du déroulement des entretiens auprès des médecins généralistes.

Les données personnelles du médecin :

- Âge / Sexe :
  - Quel est votre âge ?
- Conditions d'exercice :
  - Quel est votre milieu d'exercice ?
  - Depuis combien de temps êtes-vous installé ?
- Exercice particulier de la médecine :
  - Avez-vous un exercice particulier de la médecine ?
- Pratique courante gynécologique :
  - Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ?
    (Relance : en qualité ? en quantité ?)

Perception du médecin concernant le vaccin anti-papillomavirus et évaluation de la couverture vaccinale anti-HPV en France :

- Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? Qu'en pensez-vous à titre personnel ?
- Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale anti-HPV actuel en France ?
- Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ?

Pratique médicale vis-à-vis de la vaccination anti-HPV :

- Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ?
  - Quel vaccin anti-HPV proposez-vous à vos patientes ?
  - À quel âge proposez-vous le vaccin anti-papillomavirus ?
  - À quelle occasion proposez-vous le vaccin ? (Demande de contraception, certificat médical, consultation du carnet de santé …)
- Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer ?
- Est-ce que vous évaluez les connaissances des patientes ou des parents par rapport au vaccin anti-HPV avant de leur proposer ?
- Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination avant de leur proposer ?

Principaux freins rencontrés par le médecin pour vacciner contre l'HPV les patientes concernées :

- Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ?
- Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes et leurs familles, de ces freins à la vaccination ? Si oui, pourquoi ?

L'attitude du médecin face au refus ou à la réticence de la patiente ou de ses parents concernant la vaccination anti-HPV :

- Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant le vaccin ?
- Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ?

Propositions des médecins généralistes en vue de l'amélioration de la couverture vaccinale en France :

- Au regard de votre expérience, auriez-vous des propositions à faire, pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ?
  - Quelles seraient, selon vous les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ?
- Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré pour la participation à cette étude.

Annexe 2 : **RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGÉS**

Entretien n° 1 (5 minutes 15 sec)
Enquêteur : « Quel est votre âge ? »
Médecin 1 : 55 ans.
Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »
Médecin 1 : Milieu semi-rural. Il s'agit d'un cabinet de groupe, précisément une SCM.
Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »
Médecin 1 : 20 ans.
Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »
Médecin 1 : Non.
Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »
Médecin 1 : Je n'en fais pas.
Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? »
Médecin 1 : Il est très bien indiqué.
Enquêteur : « Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 1 : Non, je ne le connais pas.
Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »
Médecin 1 : De façon générale, la peur des parents face aux vaccins… mais aussi les fausses informations véhiculées par les médias qui mettent un frein à la prescription.
Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »
Médecin 1 : Le Gardasil®. Je le propose souvent vers 13 ans.
Enquêteur : « À quelle occasion proposez-vous le vaccin ? »
Médecin 1 : Souvent, au moment de la prescription de la pilule.
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »
Médecin 1 : Cela arrive en effet.
Enquêteur : « Est-ce que vous évaluez les connaissances des patientes ou des parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »
Médecin 1 : Souvent, ils en ont une très mauvaise connaissance.
Enquêteur : « Selon vous, à quoi serait due cette mauvaise connaissance ? »
Médecin 1 : Surtout ce que l'on en dit au niveau des médias, ou notamment sur les mauvais sites Internet.
Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »
Médecin 1 : Que le vaccin est très recommandé et qu'il évite des décès provoqués par le cancer du col de l'utérus.
Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »
Médecin 1 : Le plus souvent, le refus est justifié par la peur des effets indésirables.
Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »
Médecin 1 : Non.
Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »
Médecin 1 : J'essaye de les convaincre. Dans le cas où ils refusent toujours, je respecte leur choix quitte à reproposer plus tard.
Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »
Médecin 1 : L'argument principal porte sur le risque potentiel de cancer du col de l'utérus dont la prévention primaire repose sur cette vaccination.
Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient, selon vous les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 1 : Il faudrait peut-être sensibiliser le public par le biais d'une campagne d'information organisée par la CPAM ou d'autres organismes. Je pense que cela permettrait de dédramatiser la vaccination de façon générale.
Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordée durant cet entretien ? »
Médecin 1 : Non.

Entretien n° 2 (9 minutes 1 sec)
Enquêteur : « Quel est votre âge ?»
Médecin 2 : 52 ans.
Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ?»
Médecin 2 : Semi-rural, en cabinet de groupe.
Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ?»
Médecin 2 : 23 ans.
Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »
Médecin 2 : Non.

Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »

Médecin 2 : Aucune.

Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ?»

Médecin 2 : C'est une très bonne chose dans la prévention des cancers du col de l'utérus.

Enquêteur : « Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 2 : Je dirai 40%.

Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »

Médecin 2 : Je pense par le fait que les médecins ne communiquent pas assez avec leurs jeunes patientes sur la nécessité de ce vaccin.

Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante concernant la vaccination anti-HPV ? »

Médecin 2 : Je n'utilise que le vaccin quadrivalent, précisément le Gardasil®. En essayant de vacciner très tôt, c'est-à-dire dès l'âge de 11 ans, avec un schéma à deux injections classique. Bon, après on a le rattrapage entre 14 et 19 ans révolus avec un schéma à trois injections, selon les recommandations officielles.

Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 2 : N'importe laquelle, dès qu'elles ont 11 ans. Même disons que, je commence à en parler avant pour que les gens se fassent leurs propres opinions, sur Internet … même si on va à la pêche de pas mal de fausses informations.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ?»

Médecin 2 : Non.

Enquêteur : « Est-ce que vous évaluez les connaissances des patientes ou des parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »

Médecin 2 : Toujours.

Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »

Médecin 2 : J'explique que le cancer du col de l'utérus est quasiment une maladie infectieuse, puisqu'il s'agit de la dégénérescence de lésions induites par une infection à papillomavirus. Et qu'à ce titre, comme toute infection pour laquelle on dispose d'un vaccin, c'est quand même un petit peu dommage de ne pas l'utiliser. Tout en respectant quand même la surveillance gynécologique et les frottis réalisés à intervalles normaux puisqu'on ne couvre pas toutes les souches de papillomavirus.

Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »

Médecin 2 : L'influence des médias sur la vaccinologie en général. La confusion quelques fois chez les très jeunes filles que le fait de faire le vaccin induit une vie sexuelle, ce qui n'est pas le cas. Ils ont l'impression que si on leur propose le vaccin, c'est parce que leur fille va avoir une première relation sexuelle très vite. C'est pour cela que je ne les interroge pas sur leur vie sexuelle. C'est la position des parents la plupart du temps.

Enquêteur : « Quelles différences peut-on percevoir entre le point de vue des parents et celui des adolescentes vis-à-vis de la vaccination ? »

Médecin 2 : Les parents sont souvent réticents par rapport aux histoires d'effets indésirables, de maladies induites par la vaccinologie en général. Les filles elles ne savent pas… elles sont réticentes par ignorance, d'où la nécessité de l'information.

Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 2 : Aucune. À vrai dire, je dresse le tableau d'une jeune femme, mère de famille, trentenaire, non vaccinée, qui développe un cancer du col. J'explique, les conséquences dramatiques que cela peut avoir, la gravité du cancer, son pronostic sombre, sa découverte tardive puisqu'il se développe entre deux cavités, donc il est peu symptomatique et par conséquent on le découvre très tard, à des stades métastatiques. Le col de l'utérus est très vascularisé donc les « mauvaises cellules »… j'emploie ce terme-là pour elles… les mauvaises cellules se diffusent très vite. Je leur dresse un tableau apocalyptique du cancer du col de l'utérus, et de ses conséquences jusqu'au décès, et en général ça les fait un peu réfléchir.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »

Médecin 2 : Je note dans le dossier que j'ai proposé la vaccination. S'il y a un refus absolu, je me tiens à leur disposition pour en reparler dès qu'elles le désirent. Le proposant tôt dans la vie, quelquefois à 11 ans, les parents jugent que la vaccination n'est pas utile parce qu'il n'y a pas de vie sexuelle. D'ailleurs, ils n'ont pas forcément tort de penser cela. On se tient à leur disposition un an ou deux ans après, quand les jeunes filles prennent un peu d'âge et que la question commence à se poser.

Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin anti-HPV et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »

Médecin 2 : L'essence même d'un vaccin anti-HPV, c'est-à-dire la prévention d'un cancer. Moi j'utilise le terme de cancer, c'est un terme qui marque. J'insiste sur le cancer de la femme bien évidemment, mais de la femme jeune. J'insiste sur le fait que ce sont des femmes jeunes, mères de famille, qui ont une maladie grave, alors qu'elles ont des enfants en bas âge, et que cela provoque des conséquences terribles sur leur vie, celle de leurs enfants futurs, etc.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 2 : La solution… que les médecins en parlent dès que les jeunes filles ont l'âge de onze ans. Parce qu'après il est plus difficile de convaincre des parents d'une jeune fille de onze ans que de quatorze ans. L'intérêt aussi et je leur dis, parce que les gens n'aiment pas les piqûres, quand on démarre le schéma à onze ans ce n'est que deux injections au lieu de trois. Quelquefois c'est un argument qui peut les convaincre. On peut aussi le proposer quand elles ont onze ans avec le rappel du vaccin diphtérie-tétanos-polio.

Enquêteur : « *Avez-vous des choses à rajouter sur le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordé durant cet entretien ?* »

Médecin 2 : Non, mais il faut réagir sur les médias, qu'ils arrêtent des nous faire …(*rires*).

Enquêteur : « Merci »

<u>Entretien n° 3</u> (8 minutes 58 sec)

Enquêteur : « Quel est votre âge ? »

Médecin 3 : 29 ans.

Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »

Médecin 3 : J'exerce dans une maison de santé pluridisciplinaire, en milieu rural.

Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »

Médecin 3 : Depuis le 16 novembre 2015.

Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »

Médecin 3 : Non.

Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »

Médecin 3 : C'est minimal ... j'oriente plutôt vers la sage-femme ou les gynécologues.

Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? Qu'en pensez-vous à titre personnel ? »

Médecin 3 : Je pense que le vaccin anti-HPV est plus que nécessaire, parce que si on peut diminuer le taux d'incidence d'un cancer, mais aussi des verrues génitales par un des deux vaccins, c'est toujours intéressant. Je pense que c'est une très bonne chose.

Enquêteur : « Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 3 : Non je ne le connais pas… peut-être de 50-60%.

Enquêteur : « En fait, ce taux de couverture vaccinale ne dépasse pas les 30%. »

Enquêteur : « D'après vous, quelles sont les raisons qui expliquent le faible taux de couverture vaccinale en France ? »

Médecin 3 : Je pense que cela est dû au manque d'informations de la part de certains médecins. Je vois qu'il y a certaines patientes ainsi que leurs mères qui n'ont jamais entendu parler du vaccin anti-HPV, ce qui m'étonne, mais bon… Apparemment, c'est fréquent. Après il y a des gens qui sont toujours contre la vaccination, ils sont contre tous les vaccins, donc ils sont contre celui-là aussi. D'autres se montrent réticents à la vaccination, car ils ont toujours peur d'avoir la sclérose en plaques, alors qu'*a priori* il n'y a pas de risque. Voilà, je pense que c'est cela les principales causes.

Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante concernant la vaccination anti-HPV ? »

Médecin 3 : Personnellement jusque-là, j'ai toujours eu l'habitude de prescrire le Gardasil®, parce qu'il est quadrivalent, et qu'il agit sur les verrues génitales.

Enquêteur : « À quel âge proposez-vous le vaccin anti HPV ? »

Médecin 3 : À tout âges qui correspondent aux recommandations HAS. J'essaye de le proposer systématiquement dès que je vois une jeune fille en âge d'être concernée. Je demande si elle a déjà été vaccinée, si elle est d'accord. Si elle n'est pas d'accord, je lui propose de se documenter, de réfléchir avec sa mère, pour voir un peu ce qu'elles en pensent. De toute manière, compte tenu des bénéfices de ce vaccin je ne peux que le conseiller.

Enquêteur : « A quelles occasions en général proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 3 : Demande de contraception, pathologies infectieuses… J'essaye de profiter de toutes occasions pour faire le point sur les vaccins, et d'ailleurs pas que sur le vaccin anti HPV.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »

Médecin 3 : J'avoue que pour l'instant cela ne m'est pas encore arrivé, mais peut-être que cela m'arrivera prochainement vu que pour l'instant je n'ai pas encore beaucoup d'expérience installé tout seul.

Enquêteur : « Est-ce que vous évaluez les connaissances des patientes ou des parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »

Médecin 3 : Oui, j'essaye de leur demander s'ils connaissent le vaccin, s'ils savent sur quoi le vaccin agit, et sur quoi l'HPV peut être cancérigène.

Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »

Médecin 3 : Que c'est un moyen efficace pour lutter contre le cancer du col de l'utérus. Que c'est un cancer qui est "viro-induit". Je les informe aussi sur le fait que cette vaccination anti-HPV ne couvre pas à 100%, mais protège contre les souches les plus cancérigènes responsables du cancer du col de l'utérus.

Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »

Médecin 3 : Pour l'instant, j'ai eu juste un seul refus. La mère m'a dit qu'elle s'était documentée et qu'elle a lu que le vaccin pouvait provoquer le cancer du col. Je lui ai dit que je pense qu'elle doit faire erreur. Elle m'a dit « *non non ! c'est marqué, je l'ai lu noir sur blanc* ». Je n'ai donc pas insisté plus.

Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 3 : Non. Après, c'est vrai que lorsqu'on voit que le dialogue n'est pas possible, on ne va pas perdre son temps à parler à un mur. Par contre, j'essaye quand même de leur dire de se documenter, de lire tout ce qu'ils peuvent sur la vaccination. Après si elles refusent à 100% je ne peux pas faire autrement.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »

Médecin 3 : Je leur explique que c'est dommage de passer à côté d'un vaccin qui peut éviter l'apparition d'un cancer qui peut être grave et découvert souvent tardivement.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 3 : Faire un peu plus de publicité, peut-être en parler à la radio ou à la télévision. Comme en ce moment on entend parler du vaccin contre le zona, pourquoi pas ré-insister sur le vaccin contre le papillomavirus. Ou alors distribuer dans les lycées des tracts avec toutes les informations relatives à la vaccination, je pense que cela pourrait être une bonne chose. Ou alors une sensibilisation par les infirmières scolaires.

Enquêteur : « Est-ce que vous-avez d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »

Médecin 3 : Non.

Enquêteur : « Très bien, je vous remercie. »

<u>Entretien n° 4</u> (7 minutes 9 sec)

Enquêteur : « Quel est votre âge ? »

Médecin 4 : 58 ans.

Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »

Médecin 4 : Milieu rural, en maison de santé pluridisciplinaire.

Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »

Médecin 4 : 30 ans.

Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »

Médecin 4 : Non, médecine générale tout simplement.

Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »

Médecin 4 : Aucun acte de gynécologie.

Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ?

Médecin 4 : Je suis totalement convaincu par ce vaccin.

Enquêteur : « Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 4 : Non.

Enquêteur : « Il est à peine de 30%. »

Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »

Médecin 4 : Les réticences en rapport avec la dangerosité du vaccin, les effets indésirables, les effets secondaires …, qui n'existent pas d'ailleurs, mais c'est ce que l'on avance.

Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »

Médecin 4 : Le plus souvent, j'utilise le Cervarix®, mais notamment le Gardasil®. Je le propose avant l'âge de 14 ans, pour ne faire que deux injections.

Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 4 : En consultation, j'essaye d'en parler quand les mères sont présentes, afin de sensibiliser les parents. Parfois, dès que l'on parle de vaccins, les gamines sont plutôt contre. Dans ce cas, je leur demande d'en discuter un peu entre elles, d'aller regarder sur le site du ministère de la Santé, pour essayer de se rassurer. J'essaye surtout d'en profiter quand la mère est là pour aborder le sujet.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »
Médecin 4 : Oui quand même, mais pas chez les filles très jeunes de 11-12 ans.
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou de leurs parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »
Médecin 4 : J'essaye d'évaluer systématiquement ce qu'ils en savent avant de leur expliquer.
Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »
Médecin 4 : Déjà, qu'à partir du premier rapport on peut être contaminé par le virus HPV et qu'après il n'y a pas de traitement. Ensuite, on ne peut que surveiller par des frottis, et traiter lorsque l'on a des signes d'inflammation. Ce sont des infections chroniques avec lesquelles on est embêté longtemps, et qui ont des conséquences très gênantes comme des conisations…
Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »
Médecin 4 : Il y a quelque temps, certains forums sur Internet diffusaient beaucoup de fausses informations. C'est la raison pour laquelle il y a eu des refus contre cette vaccination. Personnellement, je leur dis : « *vous faites ce que vous voulez, mais moi, j'ai vacciné mes filles* ». Souvent, cet argument déclenche chez les patients un peu de réflexion quand même, et ça permet de les rassurer, ça les motive.
Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »
Médecin 4 : Non, aucune difficulté. Après je leur précise que ce n'est pas obligatoire. Je crois qu'il faut qu'elles arrivent à comprendre le bénéfice que l'on peut retirer de ce vaccin. La France est un pays qui propose de nombreux vaccins, c'est quand même dommage qu'on se refuse ces vaccins alors que partout dans le monde on serait d'accord. C'est énervant… il n'y a que chez nous que l'on voit cela.
Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »
Médecin 4 : On en rediscute un peu, et puis je leur demande de bien y réfléchir. Il est toujours temps de le faire après, même s'il faut faire 3 injections. Je propose d'en reparler, et quand je les revois on en rediscute afin de les sensibiliser.
Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »
Médecin 4 : Le vaccin anti-HPV, est quand même l'un des seuls vaccins qui permet de protéger dans une certaine proportion d'un cancer, cela me paraît important. Personnellement, je fais confiance à la science, aux études… on est parfois manipulés mais il y a des choses qui sont importantes quand même.
Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 4 : Il faut que les médecins en parlent régulièrement pour pouvoir sensibiliser les patients. Souvent lorsque les patientes se font vacciner, il faut essayer d'inciter ces jeunes filles à ce qu'elles en parlent avec leurs copines, cela peut en motiver d'autres.
Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »
Médecin 4 : Personnellement, c'est vrai que je suis convaincu par ce vaccin. La vaccination anti-HPV, c'est une chose qui me paraît très importante. C'est tellement dommage de voir les conséquences de ces infections à papillomavirus. On a des jeunes femmes qui sont traitées par du laser, subissent des conisations… alors que la vaccination aurait sans doute pu permettre de l'éviter. C'est vrai que c'est un vaccin qui n'est pas dangereux. Finalement, on n'en tire que du bénéfice et personnellement je n'ai, jusque-là, jamais entendu de problème avec le vaccin.

Entretien n° 5 (8 minutes 10 sec)
Enquêteur : « Quel est votre âge ? »
Médecin 5 : 60 ans.
Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »
Médecin 5 : Exercice de type semi-rural en maison de santé pluridisciplinaire.
Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »
Médecin 5 : Depuis 34 ans.
Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »
Médecin 5 : Non.
Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »
Médecin 5 : Aucun.
Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? Qu'en pensez-vous à titre personnel ? »
Médecin 5 : Je suis pour, à 100 %.
Enquêteur : « Selon vous, quel est le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 5 : Il doit être largement en dessous de 50%, je dirais 35%.

Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »

Médecin 5 : Je pense d'abord que cela est dû au fait que les médecins n'en parlent pas assez. Ensuite, toute la couverture médiatique faite sur la vaccination a fait prendre peur au public, notamment concernant le vaccin Gardasil®. L'attitude de certains gynécologues qui longtemps ont été très réticents vis-à-vis de ce vaccin a provoqué une certaine réticence concernant ce vaccin. Cela a ancré dans la tête des gens un avis négatif dessus.

Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »

Médecin 5 : Maintenant, j'essaye de profiter du rappel de vaccination de 11 ans chez les jeunes filles pour en parler à ce moment-là afin de les convaincre de le faire assez rapidement. Je leur explique que : « *plus tôt ce sera fait, mieux ce sera* », en précisant évidemment que dans ce cas, le vaccin ne se fera que par 2 injections au lieu de 3. C'est un argument qui porte quand même un sacré poids.

Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 5 : Systématiquement.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »

Médecin 5 : Non, pas à cet âge-là.

Enquêteur : « Est-ce que vous évaluez les connaissances des patientes ou des parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »

Médecin 5 : Alors, soit j'en parle, et en cas d'accord … pas de problème. Soit en revanche, il y a des réticences, et dans ce cas, je rentre dans une discussion pour essayer de leur demander pourquoi ils sont réticents et aussi pour leur donner les arguments qui vont dans l'autre sens.

Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »

Médecin 5 : Moi, je donne les données qui sont maintenant bien établies. J'explique que ces vaccins sont utilisés depuis déjà de nombreuses années dans plusieurs pays dans le monde. Il y a eu des millions de vaccins d'administrés et il n'y a jamais eu le moindre problème avec ces vaccins.

Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »

Médecin 5 : Je pense que la principale cause c'est la peur du vaccin, d'un vaccin qui ne serait pas trop connu. Pour certains, c'est le fait qu'ils aient entendu dire que ce vaccin pouvait provoquer des accidents ou entraîner des maladies neurologiques.
Puis il y a des personnes qui disent : « Écoutez, *ma fille n'a que 11 ans, on aura le temps de reparler de ça plus tard … et puis il y'aura plus de recul sur le vaccin aussi, donc on en reparlera quand elle sera en âge plus avancé d'avoir une vie sexuelle.* »
Je pense que ce sont les deux principaux arguments… Un autre argument qu'on peut également entendre c'est : « *ma fille n'aime pas les vaccins, donc on ne fait que ceux qui sont obligatoires, mais les autres non* ». Souvent, cela veut dire que c'est la maman qui n'aime pas les vaccins et qui reporte cela sur sa fille.

Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 5 : Non.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »

Médecin 5 : En cas de refus, je leur explique bien que de toute façon ce n'est pas un vaccin obligatoire. Mais je termine toujours en leurs disant : *« On en reparlera. Réfléchissez-y, parlez en entre-vous ».* Une autre chose que je n'ai pas dite avant c'est que des fois on a des familles où les mères sont d'accord, et c'est des fois les pères qui ne sont pas d'accord pour le vaccin. J'ai eu cela pour ce vaccin, mais pour d'autres vaccins aussi d'ailleurs, l'hépatite par exemple. J'ai eu des mères qui avaient le rôle d'essayer de convaincre le père que ça serait peut-être bien de le faire quand même. Je pense que les mères sont plus sensibilisées étant elles-mêmes une femme. Les pères, c'est leurs petites filles, il ne faut pas qu'on leurs arrache leurs petites filles, faut pas qu'elles grandissent trop vite…

Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »

Médecin 5 : Je pense que quand on prononce le mot cancer, ça sensibilise quand même. Si on leur dit papillomavirus… bon. Je pense qu'il faut vraiment prononcer le mot de risque de cancer du col de l'utérus. Malgré tout, cela fait réfléchir les gens.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, auriez-vous les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 5 : Oui, ce serait que les médias agissent dans le bon sens. Parce que les médias ont un impact très important. Les lobbies anti-vaccins aussi ont pris trop d'ampleur. Comme cela plaît car

c'est polémique, les médias écoutent trop les tenants du « *non au vaccin* ». Ce sont des gens qui n'y connaissent rien, qui n'ont pas la formation, les capacités pour venir donner des arguments contre.
Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »
Médecin 5 : Un autre argument que j'ai oublié tout à l'heure c'est le côté un peu douloureux du vaccin. Les jeunes filles parlent entre elles, donc il y a la réticence pour la douleur que représente le vaccin. Pour cela ce n'est pas si mal d'avoir cette période avec 2 injections du vaccin au lieu de 3. Cela oblige à prendre une décision plus vite avant que la jeune fille n'atteigne 14 ans. Finalement, ce n'est pas le but recherché, mais c'est un argument positif.
Enquêteur : « Très bien, je vous remercie »

<u>Entretien n° 6</u> (12 minutes 29 sec)
Enquêteur : « Quel est votre âge ? »
Médecin 6 : 63 ans.
Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »
Médecin 6 : Rural, en maison de santé pluridisciplinaire.
Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »
Médecin 6 : Depuis 36 ans.
Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »
Médecin 6 : Non.
Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »
Médecin 6 : Suivi de grossesse, infections gynécologiques, et vaccination préventive.
Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? Qu'en pensez-vous à titre personnel ? »
Médecin 6 : Totalement pour ce vaccin que je propose à toutes les jeunes filles.
Enquêteur : « Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 6 : Non.
Enquêteur : « Il ne dépasse pas 30% pour une couverture vaccinale complète. »
Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »
Médecin 6 : Deux raisons : il y en a une plus récente qui a été la controverse qu'il y a eu sur l'intérêt ou le risque de la vaccination l'année dernière. Les parents se montraient un peu réticents en disant : « *on a entendu à la télé, à la radio que cela pouvait être dangereux* ». Cette première cause est due aux médias. Et puis l'autre raison, concerne la difficulté d'en parler aux jeunes filles. Puisque quand c'était à partir de 15-16 ans, elles arrivaient très souvent avec leurs parents et lorsqu'il faut aborder la question d'un premier rapport ou pas, c'est évident que la question ne peut pas être posée en présence de la mère ou du père. Maintenant que le vaccin peut être réalisé à partir de 11-13 ans, le questionnement est comme pour n'importe quel vaccin, et la proposition peut être faite, plus facilement. Mais avant, c'était le gros problème.
Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »
Médecin 6 : Par habitude, le Gardasil® parce que c'est le premier qui était sur le marché et c'est souvent le nom qui vient à l'esprit immédiatement. Je n'ai pas de préférence entre les deux vaccins, l'intérêt c'est que le vaccin soit fait. J'en parle lorsque les jeunes filles sont âgées de 14 ans généralement, mais pour celles entre 11 et 13 ans j'en parle spontanément si les parents m'en parlent. Personnellement, je n'en vois pas trop l'utilité à 11-13 ans, puisque c'est du préventif. En général, je parle du vaccin à l'occasion d'une consultation pour une autre vaccination ou bien à n'importe quelle consultation à partir du moment où l'on voit que l'on connaît quand même assez bien nos patientes et que l'on sait bien où se situe la notion de risque je dirais.
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »
Médecin 6 : Effectivement, c'est évident que si j'ai la chance de voir la jeune fille qui vient pour une angine ou un truc toute seule envoyée par les parents, je me débrouille pour faire immédiatement mes questions, comme ça, c'est fait. Quelquefois quand j'ai les deux, je fais sortir la mère, je l'invite à repartir en salle d'attente en lui disant : « *J'ai quelques questions à poser à votre fille* ».
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou notamment de leurs parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »
Médecin 6 : Non, j'évalue uniquement le risque que je suis censé à peu près connaître, connaissant à peu près bien mes patientes. Je veux dire que c'est vraiment sur un risque de rapport ou pas.
Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »
Médecin 6 : Le côté préventif uniquement.
Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »
Médecin 6 : Un, je n'en ai pas besoin. Deux, comme il y a une difficulté à en parler s'il y a

toujours la présence des parents, c'est un peu compliqué de faire comprendre que c'est intéressant avant le premier rapport. La réponse de la mère : « *on verra cela plus tard, pour l'instant cela ne la concerne pas* ». Il y a un blocage parental qui existe. Il y a les parents qui n'imaginent pas que leur gamine va avoir besoin d'un préventif premier rapport. Puis les problèmes qui se sont manifestés l'année dernière au niveau des médias ont particulièrement provoqué une remise en cause de la vaccination.

Enquêteur : « Rencontrez-vous avez des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 6 : Non.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant le vaccin ? »

Médecin 6 : De toute manière, je n'ai pas à les forcer. Je leur explique le risque qu'il peut y avoir derrière, que c'est un peu dommage, et qu'il faudrait qu'ils réévaluent un peu leurs pensées derrière. Qu'ils lisent un peu, puisque tout le monde va sur Internet. Je leur dis : « *puisque vous aimez Internet allez voir dessus l'intérêt qu'il y a derrière et puis on reparle plus tard*». Je repropose le vaccin à une autre occasion.

Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »

Médecin 6 : Il y en a un déjà, dans les familles à cancers, c'est l'avantage de connaître où il y a des mamans, des grand-mères qui ont eu des cancers du sein, de l'utérus. Ces patientes prennent tout ce qui est à leur portée quand on leur dit que c'est pour prévenir le risque de cancer.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 6 : Qu'on ait des documents et des chiffres. Si j'avais un document récent qui traînerait sur mon bureau, je pourrais leur montrer les chiffres. Parce qu'après tout ce que je dis, si j'ai un papier officiel montrant la diminution du risque, c'est vrai que cela faciliterait un peu les choses.

Enquêteur : Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ?

Médecin 6 : Je ne pense pas.

<u>Entretien n° 7</u> (11 minutes 5 sec)

Enquêteur : « Quel est votre âge ? »

Médecin 7 : 42 ans.

Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »

Médecin 7 : Milieu semi-rural, maison médicale.

Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »

Médecin 7 : Cela fait 9 ans.

Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »

Médecin 7 : Non.

Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »

Médecin 7 : Frottis cervico-vaginal, examen sénologique que je réalise en moyenne deux à trois fois par mois.

Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? Qu'en pensez-vous à titre personnel ? »

Médecin 7 : C'est un vaccin que je trouve très intéressant. Juste là, j'ai un petit bémol, j'ai lu un article récemment sur le syndrome de Guillain-Barré. Il y en a un peu plus avec le Gardasil®. Donc c'est quelque chose qui me freine un peu. Je le fais toujours, mais on se pose des questions après.

Enquêteur : « Selon vous, quel est le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 7 : Il doit être dans les 30 %.

Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »

Médecin 7 : La réticence face aux vaccins, la polémique sur le vaccin de la grippe H1N1, et puis les médecins qui ne veulent pas le faire ou qui ne le proposent pas assez peut-être.

Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »

Médecin 7 : Je fais les deux, car les deux ont leurs arguments. Je propose le vaccin à l'âge de 11 ans en même temps que le rappel DT-polio-coqueluche.

Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 7 : Systématiquement à partir de l'âge de 11 ans.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »

Médecin 7 : Non, car ce sont des enfants… accompagnés de leurs parents le plus souvent.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou des parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »

Médecin 7 : Oui, et puis j'adapte en fonction du niveau intellectuel et d'instruction de mes patientes.

Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »

Médecin 7 : Je donne l'information concernant le nombre de cancers du col, le nombre de lésions CIN1 CIN2 CIN3, la fréquence, les verrues génitales, la transmissibilité. Des statistiques, 30000 lésions par an, les 2 000 à 3 000 cancers. Je donne des arguments, mais toujours en fonction du niveau intellectuel des gens. Des fois, cela peut être simple. Il peut n'y avoir pas d'arguments à donner du tout. Je leur dis qu'il y a le vaccin et s'ils ne cherchent pas je leur fais. Certains patients plus on leur donne d'informations, moins ils le feront.

Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »

Médecin 7 : Des gynécologues qui sont contre. Enfin, une gynécologue qui est contre. La réticence face au vaccin dit « nouveau ». Ils attendent de voir ce que ça donne. Les patients qui sont vraiment contre ne savent pas dire pourquoi de manière cohérente.

Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 7 : Non.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »

Médecin 7 : C'est comme ils veulent, ils ne sont pas obligés. Par contre, j'insiste sur la nécessité de faire des frottis à l'âge adulte. Je leur reparle du vaccin au cours d'autres consultations.

Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »

Médecin 7 : Les statistiques du nombre de lésions du col, car c'est très fréquent. La difficulté des traitements des lésions génitales. Il faut leur montrer des photos, des vidéos de conisations. Souvent, ce sont des arguments qui frappent.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 7 : Effectuer des messages de prévention, en parler dans les collèges dès l'âge de 11 ans notamment par des organismes habilités à faire de la prévention. Aussi, les gynécologues et les médecins généralistes devraient davantage sensibiliser les mamans.

Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »

Médecin 7 : Non, sauf que j'y suis plutôt favorable.

<u>Entretien n° 8</u> (12 minutes 50 sec)

Enquêteur : « Quel est votre âge ? »

Médecin 8 : 57 ans.

Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »

Médecin 8 : Semi-rural, dans une maison médicale avec quatre médecins généralistes.

Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »

Médecin 8 : Depuis 1987.

Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »

Médecin 8 : Non, de la médecine générale.

Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »

Médecin 8 : Je fais très peu de gynécologie. Je ne fais pas de frottis. C'est surtout des pathologies infectieuses gynécologiques que l'on rencontre.

Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? Qu'en pensez-vous à titre personnel ? »

Médecin 8 : Je pense que c'est une nécessité de le faire, car ce vaccin a quand même été conçu pour se protéger d'une maladie cancéreuse, donc il faut mettre tous les moyens de son côté. Pour moi, c'est important de le faire.

Enquêteur : « Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 8 : Pas précisément, mais je sais qu'il est très faible.

Enquêteur : « Oui, il est à peine à 30 %. »

Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »

Médecin 8 : En fait, je pense qu'il y a plusieurs raisons. Ça a évolué sur plusieurs temps. Dans un premier temps quand on a commencé à administrer le vaccin, il y avait une certaine méfiance des patientes parce qu'on le comparait avec le vaccin de l'hépatite B. La deuxième méfiance provenait de la méconnaissance du vaccin, donc là, c'était à nous de prévenir les gens, de bien leur faire comprendre que c'était pour se battre contre quelque chose de grave et mortel, et que ce vaccin avait un taux d'efficacité prouvé dans d'autres pays qui était évident. On a commencé à revacciner un peu plus, notamment grâce à l'effet positif de l'information véhiculée par les médias, même si plus tard il y a eu une contre-information, qui a en revanche fait beaucoup de mal. Dans une deuxième phase, il y a eu une diminution de la prescription du vaccin, qui a eu pour cause le fait que les gamines qui en parlaient entre elles avertissaient les autres que le vaccin faisait mal… et puis c'est vrai en plus (*rires*). Je pense que cette raison a été une cause de refus de vaccination, à savoir le fait que le vaccin fasse mal et qu'il pouvait générer quelques malaises vagaux. Personnellement, j'ai eu quand même deux ou trois malaises vagaux, mais qui ne surviennent

pas au moment de la piqûre. Cela est arrivé 10 minutes après l'injection. Actuellement, on a une autre phase où les gens hésitent énormément. Je ne comprends pas trop pourquoi, mais je pense que c'est de la faute des médias dans le sens négatif, du danger des vaccinations des solvants, etc. Alors là, les gens n'y comprennent plus rien.

Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »

Médecin 8 : *A priori*, maintenant je fais plutôt le Cervarix®, car il y aurait plus d'antigènes. J'ai l'impression qu'il fait un peu moins mal, mais c'est tout à fait subjectif. Sinon, que ce soit l'un ou l'autre, pas de différence, mais plutôt le Cervarix®. Je le propose dès l'âge de 10 ans pour qu'à 11 ans on puisse faire les deux injections simplement. C'est surtout ça qui est intéressant. Une autre chose aussi, c'est la réaction des mamans qui considèrent que lorsque l'on fait le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, elles voient directement la sexualité de leur fille qui se met en route. C'était un frein des mamans ça, il a fallu leur expliquer que ça n'avait strictement rien à voir, mais c'est un frein aussi.

Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 8 : Je propose le vaccin relativement systématiquement au cours d'une consultation banale, où la patiente vient pour autre chose.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »

Médecin 8 : Oui bien sûr, quand elles sont un peu plus âgées.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou de leurs parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »

Médecin 8 : Oui bien sûr, de toute façon la première question c'est : « *Vous êtes au courant qu'il y a un vaccin contre le cancer du col de l'utérus ?* ». Je pense qu'il y a une information qui a été faite correctement, mais bon après ça a été…

Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »

Médecin 8 : Je leur dis que c'est le seul outil que l'on ait pour protéger contre le cancer du col de l'utérus, qui est responsable de je ne sais plus combien de morts en France chaque année. Je crois qu'il faut être direct.

Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »

Médecin 8 : Le principal refus, c'est la peur du vaccin lui-même, mais surtout des vaccins en général. C'est une conséquence de tout ce que l'on a entendu sur le vaccin contre l'hépatite B, même encore maintenant. Là, depuis peu de temps, c'est le remue-ménage médiatique sur la vaccination en général. J'en ai même qui commencent à me demander s'il faut vacciner contre la rougeole… On en arrive là. En fait, c'est par incompréhension et par « mal fait » des médias. Une autre cause de refus c'est quand même la douleur à l'injection. Notamment quand elles s'en parlent entre elles surtout. Aussi, il y a les parents qui n'ont pas fait le pas de comprendre que le vaccin est prévu pour lutter contre le cancer du col, qu'on essaye de combattre, et que cela n'a rien à voir avec la sexualité.

Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 8 : Non, pas spécialement.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »

Médecin 8 : Je leur explique que ce n'est pas un vaccin obligatoire donc que tout le monde est libre de faire ce qu'il veut, mais en les prévenant des risques qu'ils encourent. Après, je ne vais pas obliger les patientes à le faire à partir du moment où je sens qu'il y a une réticence qui est importante. Si c'est une réticence par méconnaissance, on explique puis ça passe, mais si c'est une réelle réticence je respecte le refus.

Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »

Médecin 8 : L'argument c'est que ce vaccin protège contre le cancer et que le cancer c'est quelque chose qui est grave, qui est mortel. D'autre part, si l'on dépiste quelque chose sur les frottis et qui aurait pu être évité par le vaccin, au mieux on fait une conisation. Mais il s'agit d'un geste dont les conséquences sont importantes pour les grossesses à venir, notamment par une augmentation du risque d'accouchement prématuré, etc. Je pense qu'il faut surtout insister sur le fait que ce vaccin permet de combattre un cancer.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 8 : C'est surtout l'information médiatique qu'il faudrait contrôler, car nous on leur dit quelque chose, mais bon, ce qu'ils entendent à la télé ou à la radio… et ce qu'ils entendent aussi chez le coiffeur (*rires*).

Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »
Médecin 8 : Non.

Entretien n° 9 (8 min 7 sec)
Enquêteur : « Quel est votre âge ? »
Médecin 9 : 55 ans.
Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »
Médecin 9 : Urbain, dans une maison médicale composée de trois médecins généralistes associés.
Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »
Médecin 9 : Depuis 1990.
Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »
Médecin 9 : Non. J'ai un diplôme de médecine du sport, mais je ne fais plus de vacation au Palais des sports. Je n'exerce que de la médecine générale.
Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »
Médecin 9 : On fait de moins en moins de gynécologie. Quand je me suis installé, il y a 26 ans, je faisais le suivi de grossesse normale jusqu'au 6e mois, maintenant je n'en fais plus. Je fais quelques frottis, au minimum un par mois.
Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? Qu'en pensez-vous à titre personnel ? »
Médecin 9 : Moi je le conseille, je suis favorable à ce vaccin.
Enquêteur : « Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 9 : Non, mais il ne doit pas être très élevé.
Enquêteur : « Il est à peine de 30 %. »
Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »
Médecin 9 : Je pense que cela est dû aux médias, les gens en ont entendu parler dans les médias, mais ils ne savent pas trop quoi, ni pourquoi. Les patients parlent des vaccins en général, mais surtout de l'hépatite B comme quoi cela aurait provoqué des cas de sclérose en plaques. Nous, on leur explique que c'est faux, mais bon…
Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »
Médecin 9 : En général, j'utilise le Gardasil®, mais le Cervarix® aussi. À partir de l'âge de 11 ans, j'en parle systématiquement aux parents et à l'adolescente. Je leur en parle, puis à force d'en parler une fois, deux fois, trois fois, je dis à la fille d'en discuter avec ses copines, avec ses parents, et on y arrive.
Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »
Médecin 9 : Quand elles viennent pour les vaccins obligatoires, le rappel des 11 ans.
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »
Médecin 9 : Quand elles ont 11-14 ans, non. À 16 ans, oui.
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou des parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »
Médecin 9 : Oui, je leur demande si elles en ont déjà entendu parler.
Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »
Médecin 9 : Je leur explique que le vaccin protège du cancer du col de l'utérus. Ce n'est pas toujours facile, quand les parents sont là. Pouvoir parler seul avec l'adolescente c'est bien quand c'est possible.
Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »
Médecin 9 : Souvent, c'est parce qu'il ne s'agit pas d'un vaccin obligatoire. Les réticences proviennent plutôt des parents.
Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »
Médecin 9 : Non
Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce du vaccin ? »
Médecin 9 : Je respecte leur choix et puis on en reparle sur d'autres consultations.
Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »
Médecin 9 : Leur expliquer la protection vis-à-vis du cancer du col de l'utérus, des condylomes.
Enquêteur : « Quelles seraient, selon vous les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 9 : Je pense que l'on devrait avoir des plaquettes d'informations avec des chiffres, des données d'efficacité du vaccin qui compléteraient nos informations verbales. Et puis moi, je trouve personnellement que l'on devrait vacciner les filles et les garçons. J'ai eu des patients suédois et en Suède on vaccine les garçons aussi. À mon avis, on y gagnerait en couverture.
Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »

Médecin 9 : Non

Entretien n° 10 (6 minutes 40 sec)
Enquêteur : « Quel est votre âge ? »
Médecin 10 : 64 ans.
Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »
Médecin 10 : Semi-rural, en maison de santé pluridisciplinaire.
Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »
Médecin 10 : Depuis le 1er janvier 1979, cela va faire 36 ans à la fin d'année.
Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »
Médecin 10 : Je suis aussi médecin coordonnateur d'une maison de retraite.
Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »
Médecin 10 : Je ne fais pas de frottis. Le suivi de grossesse je le faisais régulièrement à une certaine époque, mais maintenant on en fait plus.
Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? Qu'en pensez-vous à titre personnel ? »
Médecin 10 : Moi, je suis pour à 100 %.
Enquêteur : « Selon vous, quel est le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 10 : Je ne sais pas, mais il ne doit pas être énorme.
Enquêteur : « Oui, il est à peine de 30 %. »
Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »
Médecin 10 : Les inquiétudes je pense. Je pense que les gens ont eu peur avec l'histoire de la vaccination pour l'hépatite B. Moi, je pense qu'ils font un transfert, un amalgame avec le vaccin de l'hépatite B, c'est souvent la raison que les gens me donnent.
Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »
Médecin 10 : Je prescris plus le Gardasil® parce qu'il y a plus de valences. Je propose le vaccin à l'âge de 12-14 ans.
Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »
Médecin 10 : En général, c'est en vérifiant le carnet de santé pour voir si les vaccinations sont à jour ou sinon quand on fait le rappel DT polio.
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »
Médecin 10 : À l'âge de 12- 14 ans non, je ne pose pas la question. Quand elles sont plus âgées oui, en posant la question un peu plus délicatement.
Enquêteur : « Est-ce que vous évaluez les connaissances des patientes ou des parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »
Médecin 10 : Non, car je pense qu'ils ne connaissent pas grand-chose à cette vaccination.
Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »
Médecin 10 : Je leur parle du risque de cancer et de l'infection virale à l'origine de lésions précancéreuses gravissimes sur le long terme. Bon, c'est vrai que lorsqu'on commence à parler de tout ça, elles sont d'autant plus motivées, ça les fait réfléchir.
Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »
Médecin 10 : L'amalgame avec le vaccin contre l'hépatite B je pense que c'est la principale raison, puis la peur des effets secondaires aussi. Il n'y a pas d'autre raison, majoritairement ce sont celles-là.
Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »
Médecin 10 : J'en parle oui, peut-être avec un peu plus d'insistance maintenant.
Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »
Médecin 10 : Je leur dis : « *vous réfléchissez puis on en reparle à l'occasion* ». Je remets un petit peu ça (*rires*) sur le feu régulièrement. Les gens réfléchissent, ils entendent autour d'eux et puis les filles entre elles en parlent maintenant quand même. Elles en parlent de plus en plus, bon il y en a quand même qui spontanément en parlent. Avec tous les réseaux sociaux Facebook, etc, ça circule tout ça, donc je pense qu'elles sont un peu plus motivées.
Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »
Médecin 10 : Cancer ! Mais c'est vrai qu'une jeune fille de 14-18 ans, lui parler d'un cancer ça paraît quand même lointain.
Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient, selon vous les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 10 : Je pense qu'il faudrait les motiver et revenir régulièrement leur expliquer. Surtout par l'intermédiaire des médias, avec une campagne qui est quand même bien faite. Les jeunes et leur entourage sont touchés par les médias surtout.

Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »
Médecin 10 : Non, tout a été dit. C'est intéressant comme thèse.
Enquêteur : « Je vous remercie. »

Entretien n° 11 (10 minutes 49 sec)
Enquêteur : « Quel est votre âge ? »
Médecin 11 : 47 ans.
Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »
Médecin 11 : Urbain dans une maison médicale.
Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »
Médecin 11 : Depuis 2009, donc 6 ans d'installation.
Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »
Médecin 11 : Non.
Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »
Médecin 11 : Le plus fréquent c'est la surveillance sénologique. Je prescris couramment des frottis, car les patientes du quartier n'ont pas toujours envie d'aller voir les gynécologues, donc je les fais faire par le laboratoire directement. Il m'arrive parfois de faire un examen gynécologique pour des pertes, des douleurs.
Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? »
Médecin 11 : Je le fais, je le conseille, mais j'ai eu quelques réactions chez des jeunes filles à type de malaise dans les jours qui ont suivis ce vaccin, alors que je n'en ai jamais eu avec d'autres.
Enquêteur : « Selon vous, quel est le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 11 : Il est faible, je dirais 15-20%.
Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »
Médecin 11 : Je ne suis pas sûr que la population ait compris l'importance de la protection. Peut-être aussi que les médecins n'ont pas été suffisamment informés… À mon avis, il n'y a pas eu suffisamment de campagnes sur la vaccination anti-HPV. Je compare avec d'autres types de préventions comme par exemple : les statines, le tabac où là il y a des grosses campagnes d'information. Concernant le vaccin anti-HPV, il n'y a pas eu grand-chose.
Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »
Médecin 11 : Je prescris le Gardasil® mais également le Cervarix®, je n'ai pas de préférence. Lorsque les jeunes filles atteignent 13-14 ans, je commence à en parler à la famille en leur précisant que ce n'est pas le vaccin contre le cancer du col, c'est simplement une protection supplémentaire. Parce qu'en effet les gens appellent ce vaccin communément « *le vaccin contre le cancer du col du l'utérus* ».
Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »
Médecin 11 : C'est un âge où on les voit peu. On les voit parfois pour un renouvellement de certificat, je saisis donc l'occasion où je les vois parce qu'on ne les voit pas assez pour faire du systématique. Si je vois les parents, je leur demande : « *est-ce que l'on a pensé à ce vaccin pour leur fille ?* ».
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »
Médecin 11 : C'est vraiment difficile d'aborder ce sujet, car elles sont assez jeunes.
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou de leurs parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »
Médecin 11 : Oui, j'essaye de savoir ce qu'elles savent parce qu'il y a la question du frottis ensuite qui sera à faire. D'ailleurs, bien souvent, les gens ne savent pas que le vaccin n'est pas suffisant et qu'il faut quand même une surveillance derrière. Pour eux, il s'agit du vaccin contre le cancer.
Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »
Médecin 11 : Je leur donne l'information qu'il existe différents types de virus, qu'il y en a certains qui ne sont pas compris dans la vaccination, donc qu'elles peuvent quand même attraper parfois des condylomes, et que ce n'est pas grave. Par contre, les souches dangereuses sont comprises dans le vaccin, ce sont ces virus-là qui peuvent conduire à des lésions précancéreuses voire cancéreuses, et que donc la jeune fille sera protégée par la suite.
Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »
Médecin 11 : La peur du vaccin, la peur des effets secondaires, la peur qu'elles développent une maladie démyélinisante. Enfin voilà, ils ont parfois entendu des choses sur Internet, à la télé. Il y a beaucoup de notions de ce genre qui sont colportées par certains médias qui visent uniquement à faire peur aux gens à mon sens, et qu'il faut bien entendu combattre. Je trouve d'ailleurs que notre parole est assez forte là-dessus. Quand je leur dis, « *C'est des bêtises vraiment, votre fille a plus de risque d'avoir*

des soucis avec un cancer du col que de faire une maladie démyélinisante » ils m'écoutent. Je leur dis en outre que j'ai vacciné ma fille et donc là… ils y réfléchissent.

Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 11 : Non, on aborde cela tranquillement. Quand ils ne sont pas d'accord, ils me disent pourquoi et on en discute.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »

Médecin 11 : Je n'insiste pas, je le note dans le dossier pour me couvrir moi, parce que bon voilà. Ensuite, je leur dis clairement que ma position est pour la vaccination, de manière générale d'ailleurs. Je prends acte de leur décision, mais je n'oblige pas les familles à le faire. De toute façon, cela ne sert à rien si je fais la prescription et qu'ils ne sont pas d'accord, ils ne viendront pas. J'en reparle en leur demandant s'ils y ont réfléchi au cours d'autres consultations.

Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »

Médecin 11 : Le fait qu'elles contracteront moins de cancers. Je ne suis pas toujours sûr que les gens soient conscients de ce que c'est, que le vaccin protège quand même d'une maladie grave. En général, quand on veut convaincre les gens, il ne faut pas y aller par quatre chemins.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 11 : Je pense qu'il faudrait faire beaucoup plus de réunions avec les médecins traitants, fournir beaucoup plus d'informations aux médecins traitants. Au final, ce sont les médecins traitants qui vaccinent, ce ne sont plus les pédiatres à cet âge-là. C'est une tranche d'âge 8-18 ans, que l'on ne voit pas beaucoup. Il y a des informations qui sont faites dans les lycées, parce que j'ai des enfants lycéens, mais cela reste cantonné à l'infirmerie. Si l'on veut toucher les jeunes, il faut passer par Internet, c'est leur mode de communication. Tout ce qui est papier, ils ne le lisent pas. Si l'on veut les toucher, il faut des campagnes de sensibilisation sur Internet, il faut vraiment suivre leur manière de communiquer sinon on ne les touchera jamais.

Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »

Médecin 11 : Juste que j'ai eu des petits effets secondaires, mais pour l'instant rien de grave. J'ai eu des réactions très graves avec certains vaccins de grippe. J'ai d'ailleurs perdu un patient d'une démyélinisation, j'ai fait un dossier de pharmacovigilance. Avec les vaccins anti-HPV, j'ai eu des petites réactions à type de malaise, des jeunes filles qui n'étaient franchement pas bien dans les deux semaines qui ont suivi les injections.

<u>Entretien n° 12</u> (18 minutes 21 sec)

Enquêteur : « Quel est votre âge ? »

Médecin 12 : 33 ans.

Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »

Médecin 12 : Urbain en cabinet individuel.

Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »

Médecin 12 : Depuis 1 an.

Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »

Médecin 12 : Non, j'exerce de la médecine générale, mon activité comporte beaucoup de pédiatrie.

Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »

Médecin 12 : Je ne fais pas de prélèvements, je ne fais pas de frottis. Non, je préfère laisser cela car il y a de nombreux gynécologues ici à Saint-Quentin. Nous avons accès facilement et rapidement aux gynécologues.

Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? Qu'en pensez-vous à titre personnel ? »

Médecin 12 : À titre personnel, je suis plutôt d'accord. On n'a pas mal de recul sur ces vaccins-là, surtout sur le premier. Si cela nous sert à protéger des cancers du col, oui je suis d'accord. Je suis plutôt pour les vaccinations en général.

Enquêteur : « Selon vous, quel est le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 12 : Je ne sais pas exactement, je ne connais pas les chiffres, mais je pense qu'il est très faible.

Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »

Médecin 12 : Un manque d'information, de prévention, de temps du médecin généraliste pour expliquer l'intérêt du vaccin aux jeunes patientes. Il faut savoir que les mamans aussi sont très réticentes pour leurs filles. À la télévision c'est très rare. Je vois très peu de campagnes de prévention contre l'HPV, dans la vie de tous les jours, les affiches dans les salles d'attente... Moi personnellement, j'ai du mal à trouver une affiche pour le vaccin anti-HPV pour ma propre salle d'attente, j'ai mis 6 mois à en trouver une. Quand j'ai fait appel à l'assurance-maladie, on a mis 6 mois à me filer un

poster. Je ne sais pas où l'on peut se faire délivrer ce type d'affichage par exemple.

Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »

Médecin 12 : Moi, j'utilise le plus fréquemment le Gardasil®. Alors certaines patientes viennent déjà avec leurs vaccins parce qu'elles ont vu leurs gynécologues avant. Ce que j'initie d'emblée, je leur prescris le Gardasil® parce qu'il y a un avantage on va dire par rapport au Cervarix® grâce au spectre beaucoup plus large qui peut couvrir aussi les condylomes. Je le propose à partir de 11-13 ans.

Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 12 : Pour les 11-13 ans, je propose systématiquement le vaccin pour les filles lors du rappel de vaccination obligatoire DTPolio-coqueluche. Quand elles viennent aussi pour leurs douleurs prémenstruelles, on commence à leur parler des règles, des menstruations, des rapports sexuels, des infections sexuellement transmissibles et de l'HPV. J'ai une documentation que je donne à leurs parents quand ils les accompagnent pour qu'ils lisent tranquillement chez eux et ils reviennent me voir, ou après avoir vu un gynécologue pour avoir un deuxième avis. Personnellement, je leur laisse libre choix.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »

Médecin 12 : Toujours. Je pose forcément la question. Même si je ne pratique pas par exemple le toucher vaginal dans mon cabinet, je demande à la fille si elle est vierge ou pas. Je ne vais pas lui proposer de faire un frottis dans un laboratoire ou chez un gynécologue si la fille n'a pas de rapports sexuels.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou des parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »

Médecin 12 : Oui, je le fais.

Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »

Médecin 12 : D'abord de ne pas croire ce que l'on dit à la télé forcément. On a eu la grosse campagne sur la vaccination contre l'hépatite B avec la peur de la sclérose en plaques qui n'a jamais été prouvée jusqu'à aujourd'hui. Mais bon, ça reste dans les mœurs et puis les gens ont très peur. Maintenant, il y a des petites rumeurs qui tournent à la télévision, dans les médias, sur la vaccination anti-HPV. Les médias sont les champions pour lancer des rumeurs sans qu'il n'y ait d'enquête derrière. Toutefois, je les rassure toujours, parce qu'en France on a assez d'organismes de protection comme l'AFSSAPS,etc pour protéger nos patients. Je leur précise que l'on ne ferait pas vacciner des patients si l'on avait un seul doute sur une pathologie grave qui serait secondaire au vaccin. Le ministère de la Santé en France ne va pas prendre le risque de prendre comme cobayes des patientes sur des doutes éventuels qui existeraientt sur les vaccins. Pour résumer, si les vaccins sont toujours disponibles en France et que l'on peut toujours vacciner, c'est qu'on a une sécurité de l'emploi qui en est fait, et que l'on est bien protégé.

Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »

Médecin 12 : La peur… Et c'est bizarre, mais on me sort toujours cette histoire du vaccin de l'hépatite B et de la sclérose en plaques. Donc, il y a eu pendant des années une peur bleue en France de la sclérose en plaques qui aurait été donnée par le vaccin de l'hépatite B. Donc la principale cause, c'est une peur de déclencher une maladie suite à l'injection du vaccin. Après, j'ai eu deux ou trois fois une espèce de mal-être de la maman qui n'acceptait pas que sa fille ait des rapports sexuels à son âge, très jeune et qui se dit que si je la vaccine cela pourrait lui donner une certaine liberté.

Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 12 : Pas du tout.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »

Médecin 12 : Je respecte leur choix mais je renvoie toujours au spécialiste qui sait mieux que moi le sujet, précisément le gynécologue. Par exemple, pour l'occasion d'un frottis cervical, d'un renouvellement de pilule ou d'effets secondaires à une pilule, je renvoie vers le gynécologue et je dis aux patientes : « *ben tiens, posez lui la question à lui qui est plus spécialisé que moi, qu'il vous renseigne plus ou qu'il vous explique un peu plus l'HPV*». Peut-être effectivement que le gynécologue saura les convaincre ou leur donner d'autres informations que je n'ai pas.

Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »

Médecin 12 : Le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus, le cancer du col de l'utérus en lui-même et ses conséquences, le désir d'avoir des enfants, de vivre plus longtemps, etc. Donc forcément, si l'on a un vaccin qui peut protéger… et puis autre chose,

j'ai eu un cas depuis que je suis installée d'un cancer du cavum d'un homme qui était dû à l'HPV. C'est très rare, mais ça arrive. J'ai eu plusieurs cas de condylomes aussi, donc ça permet de donner des exemples aux nouvelles patientes. C'est-à-dire que l'on ne protège pas seulement du cancer du col, mais aussi des infections virales à HPV, des condylomes… Donc quand on leur montre des photos ou qu'on leur dit de regarder sur Internet ce que sont les condylomes, elles ont peur et s'intéressent un peu plus au sujet.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient selon vous les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 12 : Plus de moyens de prévention. Le principal moyen que j'ai d'informations personnelles concernant ces vaccins provient des visiteurs médicaux qui viennent me présenter les vaccins. Ils viennent me présenter le vaccin, me font un rappel sur le vaccin, sur le taux de protection, etc. C'est même une visiteuse médicale qui m'a amené la grande affiche que j'ai dans la salle d'attente. Je ne comprends pas d'ailleurs pourquoi l'assurance-maladie n'a pas un secteur, un bureau habilité à nous fournir des affiches de prévention à mettre dans nos salles d'attente. Ils ont très bien « SOPHIA » pour le diabète, mais pour l'HPV il n'y a rien. Cela fait un an que je suis là, j'ai demandé trois fois à la sécurité sociale, et je n'ai rien reçu. Ces brochures que je donne aux mamans des patientes m'ont été délivrées par la visiteuse médicale du laboratoire. Je trouve cela dommage que l'on passe un peu par un système de marketing. C'est l'assurance-maladie qui devrait nous donner des affiches comme celles-là… des choses pour informer nos patientes.

Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »

Médecin 12 : Non. Par contre concernant les vaccins l'on constate que tous les 2-3 ans la stratégie de vaccination change souvent, donc il faut toujours se mettre à jour. Pour le vaccin anti-HPV, ça commence à le faire aussi, il y a un schéma entre 11 et 13 ans et un autre pour le rattrapage. Si dans quelques années ils nous disent qu'il faut revenir au schéma précédent… enfin, on s'embrouille aussi nous les généralistes. C'est tout.

Enquêteur : « Je vous remercie. »

<u>Entretien n° 13</u> (10 minutes 33 sec)

Enquêteur : « Quel est votre âge ? »

Médecin 13 : 56 ans.

Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »

Médecin 13 : En milieu urbain, dans un cabinet médical de groupe.

Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »

Médecin 13 : 21 ans.

Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »

Médecin 13 : Non.

Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »

Médecin 13 : Je ne fais pas d'actes de gynécologie.

Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? »

Médecin 13 : À titre personnel, je pense qu'il est indispensable.

Enquêteur : « Selon vous, quel est le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 13 : Il est très faible, je pense aux alentours de 14 %.

Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »

Médecin 13 : La défiance par rapport aux vaccins en général qui est très importante en France comparée aux pays voisins. Il y a eu deux effets négatifs qui ont été d'abord l'effet de la campagne de vaccination ratée contre la grippe aviaire H1N1 en 2010 et plus anciennement celle qui a concerné l'hépatite B. Il y a eu le « risque » qui a été surgonflé de la sclérose en plaques. Tout cela a fait que l'on a en France une mauvaise image de la vaccination en général.

Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »

Médecin 13 : Le Cervarix®. Avant le vaccin n'était proposé qu'à l'âge de 14 ans, maintenant on le regroupe avec le rappel DT Polio à l'âge de 11 ans, et ça passe beaucoup plus.

Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 13 : Je le propose systématiquement à l'âge de 11-13 ans lors du rappel DT Polio.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »

Médecin 13 : Cela dépend à qui je m'adresse. Si je m'adresse à une adolescente, elle est souvent accompagnée par la maman, et il n'y a pas tellement de discussion par rapport à leur vie intime. Par contre, je les avertis par rapport au risque lors d'un premier rapport sexuel de pouvoir être contaminée, et le risque de développer ensuite un cancer du col, etc.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou notamment de leurs

parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »
Médecin 13 : Franchement non.
Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »
Médecin 13 : Bon, déjà au niveau anatomique les jeunes filles de 14-15 ans, vous leur dites le col elles ne savent pas trop ce que c'est. Concernant les parents pour les motiver vraiment, il faut qu'on leur parle de maladie grave. Si vous leur dites que le vaccin protège juste d'une maladie virale qui n'a pas de conséquences, ils ne vont pas le faire. Si en revanche vous leur dites que ça peut donner un cancer du col, ils vont être motivés pour faire vacciner leurs enfants.
Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »
Médecin 13 : C'est la défiance par rapport aux vaccins. Très souvent, il n'y a aucun argument scientifique logique. Ce sont des croyances tout simplement par rapport à ce qu'ils ont écouté, ce qu'ils ont lu, ce que leurs copines leur ont dit.
Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »
Médecin 13 : Non, je n'ai aucune difficulté à en parler.
Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »
Médecin 13 : Je n'insiste pas sur la première consultation, je fais passer l'information, je laisse mûrir la chose et j'en reparle lors d'une autre consultation. J'essaye de sensibiliser beaucoup les mères lorsque les jeunes filles sont accompagnées.
Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »
Médecin 13 : Le fait que le vaccin protège contre des papillomavirus à haut pouvoir oncogène, un vaccin qui protège d'un cancer.
Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 13 : Il faut que la population française reprenne confiance par rapport aux vaccins en général. Ce qui est important, c'est la capacité de persuasion, mais aussi le fait que le médecin soit convaincu que le vaccin est utile. Quand le médecin est convaincu de l'efficacité et de l'intérêt du vaccin, il est plus déterminé à le proposer. Il ne le propose pas comme cela au décours d'une consultation rapidement, et puis après on passe à autre chose. Il faut vraiment que les médecins généralistes soient très impliqués dans la vaccination en général et notamment dans la vaccination anti-HPV.
Enquêteur : « Avez- vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »
Médecin 13 : Non.

Entretien n° 14 (11 minutes 58 sec)
Enquêteur : « Quel est votre âge ? »
Médecin 14 : 49 ans.
Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »
Médecin 14 : Urbain, en cabinet de groupe.
Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »
Médecin 14 : Je me suis installé en 1999.
Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »
Médecin 14 : Non, médecine générale.
Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »
Médecin 14 : Je ne fais pas de frottis, je les fais réaliser au laboratoire. Les examens gynécologiques, cela m'arrive de temps en temps, mais on a beaucoup de gynécologues sur la ville, donc un accès aux soins assez facile.
Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? »
Médecin 14 : Je suis très favorable à cette vaccination.
Enquêteur : « Selon vous, quel est le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 14 : Il est de 30 % à peine.
Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »
Médecin 14 : Je pense que les pouvoirs publics n'appuient pas assez fort sur la prévention. Il y a des pays européens en Europe du Nord où ils vaccinent les filles et les garçons. Alors que nous, on ne vaccine que 50 % de la population, c'est un peu ségrégationniste par rapport à ça. Puis, il y a la connotation sexuelle aussi, le fait que ce soit une maladie sexuellement transmissible à la base, c'est un peu difficile à aborder parfois. Il faut faire évoluer les mentalités en fait. Mais je pense que l'on n'est pas assez aidé pour promouvoir le vaccin. Moi, j'en parle fréquemment à partir de l'âge de 9 ans, et puis je le redis, mais finalement je n'en convaincs qu'une sur deux.
Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »
Médecin 14 : Je n'utilise que le Gardasil®. J'en parle à l'âge de 9 ans, j'essaye de vacciner à 11 ans.

Sinon après je le rappelle régulièrement. Au bout de trois à quatre fois, je ne note dans le dossier et puis si la jeune fille et la maman ne veulent pas, je n'insiste pas. Après, je dis à la jeune fille toujours : « *à partir du moment où vous commencez à avoir des rapports, la première année essayez de venir me voir on reparlera du vaccin* ».

Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 14 : C'est systématiquement à l'âge de la puberté. Vers 9-10 ans, je commence à dire aux parents : « *on en est où dans les vaccins ?* », on vérifie et à 11 ans c'est bien car il y a le rappel DT Polio donc c'est le moment de parler des vaccins.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »

Médecin 14 : Oui, cela arrive surtout pour cette vaccination anti-HPV. On sait qu'au bout d'un an supposé de relations sexuelles, l'exposition au virus a été faite. Donc à partir de là, cela ne sert plus à rien de vacciner. L'intérêt c'est de le faire avant.

Enquêteur : « Est-ce que vous évaluez les connaissances des patientes ou des parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »

Médecin 14 : Je leur remets une plaquette d'information systématiquement à l'issue de l'entretien. Je leur conseille de la relire, d'en parler ensemble toutes les deux, car souvent les informations verbales ça passe puis ça part.

Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »

Médecin 14 : J'ai plusieurs types de plaquettes que je leur fournis à l'issue de la consultation où l'on aborde le sujet de cette vaccination.

Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »

Médecin 14 : Il y a une défiance vis-à-vis du vaccin déjà et de la vaccination en général. Les patientes pensent que ça n'arrive que chez les autres et puis ce vaccin on en parle finalement assez peu. Donc on insiste sur la cancérogenèse mais les gens ne se rendent pas compte qu'il y a un vaccin contre un cancer, donc il faut leur expliquer. Après, ils ont peur des effets secondaires c'est assez classique : « *j'ai entendu que, on a vu que…* ». Ce risque d'effets secondaires qui est complètement infondé. Il y a une défiance en France sur les vaccins qui est assez incroyable.

Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 14 : Quand je le propose, il y a toujours un peu de réticence. Il y en a très peu qui acceptent avec enthousiasme au départ. Après, quand on a bien expliqué la couverture, l'intérêt, le risque, la nécessité quand même de faire des frottis après, il y a quand même des personnes qui sont sensibles à cela.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant la prescription du vaccin ? »

Médecin 14 : J'en reparle, je le repropose. En général, je fais trois propositions étalées dans le temps jusqu'à l'âge de 16-18 ans. Je leur dis toujours qu'à 11 ans c'est l'idéal, car l'on n'a que deux injections à faire jusqu'à 13 ans, donc une injection en moins.

Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »

Médecin 14 : Bon déjà, la cancérologie, à savoir l'intérêt majeur du vaccin. C'est surtout cela qui les motive. Aujourd'hui, vous avez un vaccin contre un cancer, c'est exceptionnel. C'est l'argument principal médicalement parlant. On leur parle des condylomes, mais ça reste une notion plus floue pour les patientes.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 14 : Je pense que c'est un problème de santé publique. Il faudrait qu'il y ait plus de sensibilisation au niveau du ministère de la Santé. Il y a eu des petites campagnes il y a quelque temps, mais là, cela fait au moins deux voire trois ans que l'on n'en parle plus. Également de l'information en milieu scolaire, ou par le biais de la médecine scolaire. De toute manière, si tout le monde va dans le même sens, ça fonctionnera. S'il n'y a que les médecins généralistes qui en parlent ou bien les gynécologues de temps en temps, ça va limiter forcément l'impact. On a quand même un fort pouvoir de faire évoluer les choses, en tant que médecins généralistes, on est sans doute les mieux placés pour les informer, mais il faut qu'il y ait une volonté globale d'avancer en ce sens. Je ne sais pas, comment ils font dans les pays nordiques pour arriver à un taux de couverture vaccinale de 80 % ?

Enquêteur : « Ils vaccinent en milieu scolaire et dans des centres de vaccinations. »

Médecin 14 : Donc c'est vraiment de la santé publique pure. Nous en France, on a du mal à faire cela parce que lorsqu'on parle de vaccin dans des centres, les gens ont peur, ils ont une mauvaise expérience du H1N1, ça reste donc phobique dans la population. Ils ont mal vécu cet épisode où on

leur avait imposé un vaccin, sans que les médecins y prennent part finalement… enfin pas dans le décisionnel, du moins dans l'acte technique oui. Mais il faut dire que ce n'était pas le plus intéressant pour nous (*rires*).
Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »
Médecin 14 : Je suis très favorable au vaccin, j'essaye de le conseiller, de le proposer le plus souvent possible aux demoiselles vu que l'on a l'AMM uniquement pour les jeunes filles. Ce que j'essaye aussi de faire quand je vois que ça freine dans le choix des patientes et qu'elles n'ont pas vraiment d'arguments contre, mais qu'elles ont du mal à se décider : je leur fais l'ordonnance et je leur dis : « *vous réfléchissez* ». Cela permet d'aller dans le bon sens parce que parfois elles seraient peut-être d'accord et si on ne fait pas l'ordonnance, on ne les reverra pas spécialement pour cela. En général, c'est exceptionnel qu'une patiente vienne exclusivement pour le vaccin, ça ne m'est jamais arrivé en fait. Je n'ai jamais vu une jeune fille venir me voir spontanément pour lui prescrire le vaccin sans que je ne l'aie sollicitée avant.
Enquêteur : « Très bien, je vous remercie. »

<u>Entretien n° 15</u> (14 minutes 21 sec)
Enquêteur : « Quel est votre âge ? »
Médecin 15 : 65 ans.
Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »
Médecin 15 : Cabinet de groupe en milieu urbain.
Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »
Médecin 15 : Je suis installé depuis septembre 1980.
Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »
Médecin 15 : Non.
Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »
Médecin 15 : C'est très réduit parce qu'en ville les femmes vont chez le gynécologue quand elles veulent se faire suivre. En fait, nous on les voit que lorsqu'il y a un problème intercurrent et qu'elles ne peuvent pas aller chez le gynécologue tout de suite. Donc c'est très limité en fait.
Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? »
Médecin 15 : Moi je le conseille. Bon, de toute façon c'est toujours un petit peu pareil, ça relève beaucoup de la décision des parents puisqu'on commence tôt à le préconiser : entre 11 et 13 ans. Comme il ne fait pas partie des vaccins obligatoires, il est très souvent rejeté au départ en tout cas. Sur le nombre de familles auxquelles j'en parle, il y en a peut-être un quart qui suit la recommandation.
Enquêteur : « Quel est le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France selon-vous ? »
Médecin 15 : Il est faible, je ne sais pas… peut-être de 30 %
Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »
Médecin 15 : C'est tout ce qui touche les vaccins. La méfiance de plus en plus répandue qu'ont les gens vis-à-vis des vaccins. Il n'y a pas que celui-ci. Depuis l'histoire de la grippe A, cela a été géré tellement bizarrement que les gens se mettent à avoir peur des vaccins en fait. La façon dont ça s'est passé, les obligeait pratiquement à y aller, ne pas passer par le médecin, donc ne pas avoir l'avis du médecin qui les suit. Je trouve que tout cela a été géré en dépit du bon sens. Déjà avant, il y avait des réticences, mais je pense que cela a vraiment mis le feu aux poudres. Cela a suffi à décourager un bon nombre de gens de se faire vacciner d'abord contre la grippe et même vis-à-vis d'autres vaccins. Sans parler des histoires que l'on a pu entendre sur l'hépatite B, sur la rougeole, et même sur celui-ci qui pouvait déclencher je ne sais plus quels soucis.
Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »
Médecin 15 : J'utilise le Gardasil® car c'est celui qui propose le plus de couverture vis-à-vis du virus. Je commence à en parler vers 12-13 ans. D'une manière générale, je le propose avant que les filles commencent à avoir une activité sexuelle.
Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »
Médecin 15 : En règle générale, c'est lors de la consultation du carnet de santé. Quand on vient me demander la mise à jour, j'en profite pour le rappeler.
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »
Médecin 15 : Alors quand ce sont des gamines, non. Quand elles sont âgées de 17-18-19 ans j'essaye au moins de savoir s'il y a déjà eu des rapports, une prise de contraception, en savoir un peu plus.
Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou de leurs parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »
Médecin 15 : Disons que la plupart du temps les gens en ont entendu parler. Maintenant, de là à dire qu'ils savent exactement ce que ça donne comme protection, etc… c'est plutôt moi qui leur dis.

Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »
Médecin 15 : Déjà, qu'il n'est pas obligatoire, donc c'est une décision qui leur est propre. Ensuite, qu'il y a quand même beaucoup de cancers du col de l'utérus, et que l'on peut s'en prémunir au moins à 70% par ce vaccin. Dans 30% des cas, on ne peut pas garantir une protection efficace ce qui implique que la patiente devra continuer à faire des dépistages par frottis même si elle est vaccinée. Je leur dis également *qu'a priori* il n'y a pas de soucis avec ce vaccin mais que c'est un vaccin qui peut avoir des inconvénients, et entraîner des réactions d'intolérances.
Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »
Médecin 15 : C'est la peur des vaccins. Tout ce qui s'est dit autour des vaccins. Ce que les gens retiennent des vaccins ce sont tous les effets secondaires possibles. Quand on leur dit : « *il peut y avoir un problème avec un vaccin* », souvent ils ont tendance à ne retenir que cela. Alors on a beau leur expliquer qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients sur la balance, souvent ils ne retiennent que les inconvénients et aussi que le vaccin n'est pas obligatoire.
Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes de ces freins à la vaccination ? »
Médecin 15 : Non, je donne mon avis.
Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »
Médecin 15 : Je le marque sur le carnet de santé en notifiant le refus de la maman ou autre. C'est d'ailleurs ce que l'on devrait faire puisque après tout sur le plan médico-légal il pourrait y avoir éventuellement des récriminations.
Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »
Médecin 15 : Disons que ça reste quand même les chiffres de prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus. Je veux dire par là qu'une protection de 70% c'est toujours bon à prendre. Je n'ai pas en tête les chiffres du nombre de décès des femmes par cancer du col de l'utérus, mais enfin ça reste toujours trop. Cela reste l'argument choc je pense, un vaccin qui peut éviter la survenue d'un cancer.
Enquêteur : « Quelles seraient, selon vous les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 15 : Je pense que c'est au niveau de l'information qu'il faut agir. Alors principalement de l'information au niveau des jeunes. Ça leur permettrait peut-être au moins de poser des questions à leurs parents en se disant : « *tiens, pourquoi moi on ne me l'a pas fait alors qu'à l'école on nous dit que c'est utile ?* ». Je pense qu'il faut que cela vienne d'une demande des premiers concernés, c'est-à-dire des jeunes. Une campagne d'information pour les parents… peut-être, mais les parents qui savent déjà qu'ils ne le feront pas faire, ça ne les fera pas changer d'avis. À mon avis, c'est plus au niveau des jeunes qu'il faut intervenir, les sensibiliser à cela et faire en sorte qu'ils en parlent à leurs parents pour avoir au moins des explications et provoquer peut-être de la part des parents des questions à leur médecin traitant.
Enquêteur : « Est-ce que vous avez des choses à rajouter sur le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »
Médecin 15 : Non, on a dit l'essentiel.

Entretien n° 16 (9 minutes 15 sec)
Enquêteur : « Quel est votre âge ? »
Médecin 16 : 52 ans.
Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »
Médecin 16 : J'exerce seul en milieu urbain.
Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »
Médecin 16 : Depuis 20 ans.
Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »
Médecin 16 : Oui, je suis coordinateur en maison d'accueil spécialisée par ailleurs et en EHPAD. Après, je fais aussi de l'homéopathie et de l'acupuncture.
Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »
Médecin 16 : Quasiment nulle.
Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? Qu'en pensez-vous à titre personnel ? »
Médecin 16 : À titre personnel, j'y suis plutôt favorable.
Enquêteur : « Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »
Médecin 16 : Non.
Enquêteur : « *Il est à peine de 30 % en France pour une vaccination complète.* »
Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »
Médecin 16 : La raison principale, c'est la couverture médiatique néfaste contre les vaccinations en général.
Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »

Médecin 16 : J'ai tendance à le proposer aux familles, j'utilise le Gardasil®. Le vaccin peut être fait avant, mais je le propose très souvent vers l'âge de 13 ans.

Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 16 : Je le propose en général quand l'adolescente accompagnée ou non de ses parents consulte pour autre chose.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »

Médecin 16 : Oui, alors cela dépend aussi des circonstances. De toute façon, à cet âge-là, il faut être très prudent, il faut que les circonstances soient favorables. Si vous posez la question à une adolescente de 13 ans à côté de ses parents, ça peut être mal venu.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou notamment de leurs parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »

Médecin 16 : Oui, mais très souvent ils sont réticents parce qu'ils ont entendu dire qu'il y avait des problèmes.

Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »

Médecin 16 : Tout d'abord, les raisons pour lesquelles on propose le vaccin : cancer du col, condylomes, cancer de la vulve, etc. Tout en précisant que si le vaccin couvre pour une part importante des génotypes responsables du cancer du col, il n'en couvre pas la totalité. Cela dit, ça n'exclut en rien la nécessité d'avoir un suivi gynécologique. Mais en tout cas, je leur explique que ce vaccin est une possibilité fiable qui existe, et que de mon point de vue, il vaudrait mieux le faire.

Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »

Médecin 16 : Pour les jeunes filles très souvent la copine l'a fait. Parfois elles disent : « *ma copine l'a fait et elle a eu mal* ». Bon … ça, c'est les jeunes filles. Les parents, c'est plutôt : *« mais est-ce-que vous êtes sûr qu'il n'y a pas de soucis ? Ou qu'il n'y en aura pas ? Êtes-vous sûr que l'on sait tout sur ce vaccin ?* ». Donc une réelle crainte d'effets secondaires au vaccin finalement.

Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 16 : Ah non. Je crois qu'en médecine le médecin propose, il explique, après le patient dispose.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant ce vaccin ? »

Médecin 16 : Je respecte son choix. De toute façon, si c'est proposé c'est noté dans le dossier, si c'est refusé par la patiente c'est aussi noté dans le dossier… puis on en reparle. Mais vous savez, quand le patient dit non au médecin en général, il ne revient pas dessus.

Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »

Médecin 16 : Il faudrait de mon point de vue qu'il y ait eu dans la famille un problème de cancer, même sans un rapport, un cancer du sein, du col, des ovaires… D'abord, ils ont un suivi gynécologique, et ils sont davantage sensibilisés là-dessus.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 16 : Les réticences sont médiatiques en général. C'est-à-dire que dès qu'il existe « *un effet indésirable* » potentiellement attribuable à un vaccin, la presse s'en saisit et fait pendant une bonne semaine un tapage médiatique contre toutes les vaccinations. Les gens écoutent cela et après il faut ramer derrière pour persuader les patients que c'est utile. Alors pour moi, le meilleur argument c'est de montrer qu'un certain nombre de pathologies ont totalement disparu grâce à la vaccination. Chez une personne donnée, si en la vaccinant vous la protégez à hauteur de 70% d'une infection potentiellement grave, ce n'est quand même pas rien.

Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter sur le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »

Médecin 16 : Je pense que si les médecins sont sensibilisés à cela et expliquent aux patients, en principe une majorité d'entre eux y adhère. Je crois que la conviction du médecin accompagne aussi celle du patient. Après pour le reste, si malgré cette conviction, si malgré les explications le patient reste réticent, il faut respecter son choix.

Enquêteur : « Je vous remercie. »

<u>Entretien n° 17</u> (8 minutes 32 sec)

Enquêteur : « Quel est votre âge ? »

Médecin 17 : 64 ans.

Enquêteur : « Quel est votre milieu d'exercice ? »

Médecin 17 : Urbain en cabinet individuel.

Enquêteur : « Depuis combien de temps êtes-vous installé ? »

Médecin 17 : 31 ans.

Enquêteur : « Avez-vous un exercice particulier de la médecine ? »

Médecin 17 : Oui, je fais de la nutrition et de la mésothérapie pour la douleur.

Enquêteur : « Quelle est votre pratique courante d'actes de gynécologie ? »

Médecin 17 : Je n'en fais pas, je les envoie chez le gynécologue.

Enquêteur : « Quelle est votre opinion concernant le vaccin anti-HPV ? »

Médecin 17 : Je suis totalement pour.

Enquêteur : « Selon vous, quel est le taux de couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 17 : Je ne sais pas.

Enquêteur : « Il est à peine de 30 % pour une vaccination complète. »

Enquêteur : « Quelles sont les raisons qui expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France ? »

Médecin 17 : La médiatisation des lobbies anti-vaccins. Parce qu'il y a beaucoup d'associations qui comportent certains médecins qui font de la promotion contre la vaccination en général.

Enquêteur : « Pourriez-vous me décrire quelles sont vos habitudes de pratique courante quant à la vaccination anti-HPV ? »

Médecin 17 : J'utilise le Gardasil® par habitude, car c'est le premier qui est apparu. En général, je le propose après la puberté.

Enquêteur : « Au cours de quel type de consultation proposez-vous le vaccin ? »

Médecin 17 : Systématiquement lorsque je vois une adolescente en consultation qui est en âge d'être vaccinée. Parfois, j'ai des mères qui demandent : « *que pensez-vous du vaccin ?* ».

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'interroger les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer le vaccin ? »

Médecin 17 : Oui bien sûr, j'essaye de savoir si elles ont eu des rapports.

Enquêteur : « Vous arrive-t-il d'évaluer les connaissances des patientes ou notamment de leurs parents concernant le vaccin anti-HPV avant de leur proposer ? »

Médecin 17 : Oui.

Enquêteur : « Quelles informations donnez-vous à la jeune fille ou à ses parents concernant cette vaccination ? »

Médecin 17 : Je leur explique que c'est une protection vis-à-vis du papillomavirus qui est un vecteur de beaucoup de problèmes dans la vie d'une femme. Donc que la vaccination est le seul moyen de se protéger.

Enquêteur : « Quelles sont les principales raisons de refus de la part des parents ou des jeunes filles vis-à-vis de cette vaccination que vous avez pu identifier ? »

Médecin 17 : Pour les refus, j'ai beaucoup de parents qui me disent : « *Il y a eu un gros problème avec le vaccin de l'hépatite B et la sclérose en plaques. Là, j'ai entendu pareil avec l'HPV, donc on ne fait pas le vaccin* ».

Enquêteur : « Rencontrez-vous des difficultés à en parler avec les patientes, de ces freins à la vaccination ? »

Médecin 17 : Non, je n'ai aucune difficulté à en parler. Je leur dis ce que je pense et ils me disent ce qu'ils pensent et puis après c'est tout, ils font ce qu'ils veulent. On ne peut pas forcer les parents à vacciner leurs enfants.

Enquêteur : « Que faites-vous en cas de refus de la patiente ou des parents concernant la prescription du vaccin ? »

Médecin 17 : Souvent s'il y a un refus de vaccination, je transmets l'info à son gynécologue qui essayera à son tour d'en reparler avec la patiente. Des fois pour ce vaccin, elles ont peut-être plus confiance en leur gynécologue qu'en leur médecin généraliste.

Enquêteur : « Quels sont les arguments qui justifient de l'intérêt du vaccin, et qui pourraient être déterminants dans le choix de vos patientes ? »

Médecin 17 : L'efficacité du vaccin avec la protection contre des types de papillomavirus responsable de 70% des cancers du col.

Enquêteur : « Au regard de votre expérience, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer la couverture vaccinale anti-HPV en France ? »

Médecin 17 : Je pense qu'il faudrait plus d'informations sur les grands médias, car je trouve qu'on n'en parle pas assez. Pour les gens, quand c'est dit à la télé c'est parole d'évangile, donc je pense que l'on devrait utiliser les médias pour faire passer ce genre de message. Je pense également que sur les grands sites médicaux ils devraient plus parler des effets bénéfiques de ce vaccin.

Enquêteur : « Avez-vous d'autres choses à rajouter sur le vaccin anti-papillomavirus que l'on n'aurait pas abordées durant cet entretien ? »

Médecin 17 : Non.

Enquêteur : « Je vous remercie. »