



**HAL**  
open science

# Vaccination HPV et perceptions par les sages-femmes

Léa Marchal

► **To cite this version:**

Léa Marchal. Vaccination HPV et perceptions par les sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01636078

**HAL Id: dumas-01636078**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01636078v1>**

Submitted on 16 Nov 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.



# **Vaccination HPV et perceptions par les sages-femmes**

**MARCHAL Léa**

Née le 9 octobre 1994

Mémoire présenté et publiquement soutenu le 26 avril 2017

pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2016-2017

Membres du jury

- NINA Cécile, sage-femme enseignante (directrice de mémoire)
  - DESCAMPS Mylène, sage-femme enseignante
  - MICHEL Justine, sage-femme

**Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée**  
**Université Aix Marseille**

**Vaccination HPV**  
**et perceptions par les sages-femmes**

**MARCHAL Léa**

Née le 9 octobre 1994

**Mémoire présenté et publiquement soutenu le 26 avril 2017**

**pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme**

**Année universitaire 2016-2017**

<b>Validation 1<sup>ère</sup> session 2017 :</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
Mention :	Félicitations du Jury	<input type="checkbox"/>
	Très bien	<input type="checkbox"/>
	Bien	<input type="checkbox"/>
	Assez bien	<input type="checkbox"/>
	Passable	<input type="checkbox"/>
<b>Validation 2<sup>ème</sup> session 2017 :</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>

## **Remerciements**

Un GRAND merci à Cécile Nina pour son accompagnement et ses précieux conseils tout au long de ce travail.

A toutes les sages-femmes enseignantes de l'EU3M et également toutes les sages-femmes que j'ai pu rencontrer sur le terrain pour leur patience, leur pédagogie et l'apprentissage de notre si beau métier.

Aux sages-femmes qui ont accepté de répondre à mes questions sans qui ce mémoire n'aurait pu exister.

A mes amis de promotion pour ces belles rencontres, qui ont rendu ces 4 années d'études très agréables.

A Mathilde, Tanguy, Pauline, Caroline, Maud, Laurie et Marianne pour nos fous rires.

A Marine ma meilleure amie depuis toujours pour son soutien et son écoute dans les moments difficiles.

A mes parents qui sont là depuis le début, qui n'ont jamais cessé de croire en moi, qui se sont dépassés pour ma réussite et sans qui tout cela ne serait possible.

## Sommaire

Introduction	1
Matériel et méthode	5
Résultats	7
Représentations	7
Consultation gynécologique	10
Connaissances des sages-femmes	12
Analyse et discussion	14
Représentations de la vaccination	14
Représentations du vaccin HPV	17
Représentations du frottis cervico-utérin	20
Représentations de la sexualité	22
Consultation gynécologique	23
Connaissances des sages-femmes	27
Conclusion	30

## Table des illustrations

Tableau 1 : Présentation des sages-femmes	6
Tableau 2 : Résultats des représentations de la vaccination générale et HPV, du frottis cervico-utérin et de la sexualité	8
Tableau 3 : Résultats de l'organisation et du contenu de la consultation gynécologique de prévention	11
Tableau 4 : Résultats du manque et actualisation des connaissances des sages-femmes	13

## Introduction

Le cancer du col de l'utérus représente la 11<sup>ème</sup> cause de cancer chez la femme en France (Site [www.papillomavirus.fr](http://www.papillomavirus.fr)). D'après le Centre International de Recherche sur le Cancer il est responsable d'environ 250 000 à 300 000 décès dans le monde avec 500 000 nouveaux cas par an (80% dans les pays en développement) (Site [www.pasteur.fr](http://www.pasteur.fr)). En France, les dernières données épidémiologiques concernant ce cancer date de 2015 et étaient estimés à 2757 nouveaux cas par an, 1092 décès cette année-là (Institut National du Cancer, 2016).

Le principal facteur de risque reconnu par l'OMS est l'infection à Papilloma virus humain ou HPV (Site [www.pasteur.fr](http://www.pasteur.fr)).

L'infection à HPV est une maladie sexuellement transmissible. Il existe plus d'une centaine de types d'HPV dont une quarantaine impliqués dans le cancer du col de l'utérus et divisés en deux groupes principaux :

- HPV à bas risque, à l'origine de condylomes acuminés et de lésions cervicales de bas grade : 6, 11, 40, 42, 43, 44 ...
- HPV à haut risque ou oncogènes, à l'origine de lésions cervicales de haut grade et de cancers : 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 ... (Revue sage-femme, 2007)

Les papillomavirus 16 et 18 sont responsables de 70% des cancers du col, 55% des cas pour l'HPV 16 et 12% des cas pour l'HPV 18 (Site [www.pasteur.fr](http://www.pasteur.fr)). Ils peuvent également toucher d'autres muqueuses tels que l'anus, la vulve, le vagin, l'appareil oropharyngé et la peau. La prévalence des lésions précancéreuses vulvaires et vaginales est peu documentée en France. Elle représente respectivement 3% et moins de 2% des cancers gynécologiques, en sachant que la progression vers un carcinome est extrêmement rare (HAS, 2013).

La prévalence des condylomes ou aussi appelés « verrues génitales » est estimée à 1% de la population. Il s'agit de tumeurs bénignes de l'épithélium malpighien. Elles peuvent atteindre la région ano-vulvaire, le col de l'utérus, le périnée et également l'urètre autant chez l'homme que chez la femme. Elles sont induites dans 90% des cas par les HPV 6 et 11. Ces lésions bien que ne mettant pas en jeu le pronostic vital est « un vrai fardeau » pour la qualité de vie des personnes qui en sont porteuses (CNGOF, 2007).

La contamination se fait dans les premières années de vie sexuelle par simple contact muqueux avec la zone infectée. Elle augmente avec le nombre de partenaires sexuels et la précocité des rapports. Plus de 50% de la population homme et femme confondus seront infectés par ce virus au cours de leur vie. Dans 90% des cas, cette infection s'élimine naturellement de l'organisme et ne donne aucune lésion, mais dans 10% des cas elle provoque des anomalies au niveau de la muqueuse cervicale, ce qu'on appelle

lésions précancéreuses. Ces lésions peuvent évoluer vers un cancer 10 à 15 ans après l'infection (Site [www.papillomavirus.fr](http://www.papillomavirus.fr)).

La stratégie de prévention globale de cette infection à HPV repose sur deux méthodes complémentaires qui sont la vaccination dans un premier temps et sur le dépistage par frottis cervico-utérin dans un deuxième temps.

En effet, deux vaccins ont été développés et sont commercialisés en France depuis 2006 :

- Cervarix® par la société Glaxo Smith Kline qui est un vaccin bivalent contre les 2 types principaux d'HPV potentiellement oncogènes, le 16 et le 18,
- Gardasil® par Sanofi Pasteur SMD qui est un vaccin quadrivalent agissant contre les HPV 16 et 18 et les principaux HPV à bas risque 6 et 11 responsables de condylomes acuminés (Revue sage-femme, 2007).

Initialement, d'après les recommandations de 2007 de la Haute Autorité de Santé, la vaccination concernait toutes les jeunes filles âgées de 14 ans ainsi que les jeunes filles et jeunes femmes âgées de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle (HAS, 2013).

Mais depuis le 28 septembre 2012, d'après le Haut Conseil de Santé Publique, la vaccination contre les HPV est désormais étendue aux jeunes filles âgées de 11 à 14 ans. Il y a également un rattrapage possible pour les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans révolus qui n'auraient pas bénéficié de la vaccination. Désormais on ne tient plus compte de l'âge des premiers rapports sexuels mais la vaccination sera d'autant plus efficace si la jeune fille n'a jamais été en contact avec le HPV (HAS, 2013).

En France, la vaccination ne concerne pas les garçons car elle ne fait pas partie de l'AMM du vaccin et aucune étude n'y a été consacrée jusqu'à présent.

Concernant le schéma vaccinal, il est identique pour les deux vaccins et dépend de l'âge de la jeune fille :

- Entre 11 et 14 ans révolus : administration de deux doses du vaccin à 6 mois d'intervalle,
- Entre 15 et 19 ans révolus : administration de 3 doses à 0, 1 et 6 mois (HCSP, 2014).

La vaccination ne protégeant que contre quelques souches d'HPV oncogènes, il ne remplace en aucun cas la surveillance par frottis cervico-utérin de dépistage de lésions cancéreuses et pré cancéreuses du col de l'utérus qui doit être effectuée chez toutes les femmes, entre 25 et 65 ans. Il est réalisé tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle.

En France, le taux de couverture vaccinale (schéma vaccinal complet) a été estimé, au 31 décembre 2011, à 36,9% en moyenne chez les jeunes filles nées en 1993 (18 ans) et de 39,0% pour celles nées en 1994 (17 ans), de 31,2% chez les jeunes filles nées en

1995 (16 ans) et de 20,2% pour celles nées en 1996 (15 ans). Le suivi des taux de couverture selon l'âge des jeunes filles indique une tendance à la baisse de la couverture vaccinale pour une dose entre 2010 et 2011 dans les cohortes de jeunes filles ayant eu 16 ans dans l'année considérée (49,9% versus 46,8% respectivement), ayant eu 15 ans dans l'année considérée (39,4% versus 35,8% respectivement) et 14 ans dans l'année considérée (22,5% versus 15,8% respectivement). La majorité des jeunes filles débutent la vaccination à l'âge de 15 ans ou plus tard. La couverture vaccinale des jeunes filles de 14 ans reste donc très insuffisante à ce jour (HAS, 2013).

Et pourtant, dans d'autres pays où la couverture vaccinale est plus grande, l'efficacité du vaccin est démontrée. Par exemple, aux Etats-Unis, avec une couverture vaccinale de 30 % environ dans la population des jeunes filles de 14-19 ans, une diminution de 11,5 à 5,1 % de la prévalence des infections HPV ciblées par Gardasil® a été observée entre la période 2003-2006 et la période 2007-2010. Au Royaume-Uni, où la couverture vaccinale est de 65%, la prévalence de l'infection HPV a chuté de 19 % à 6,5 % chez des jeunes filles (Site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

D'après la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la réduction de l'incidence du cancer du col constitue un besoin de santé publique avec pour but une diminution de l'incidence de 2.5% par an (HAS, 2013).

Cette faible couverture vaccinale concernant la vaccination HPV peut expliquer l'élargissement du champ de compétences des sages-femmes.

En effet, les SF exercent une profession médicale à compétence définie c'est-à-dire que le Code de la Santé Publique a déterminé leur champ d'intervention (Articles L.4151-1, L. 4151-3 du CSP). Actuellement, la profession est en pleine évolution notamment au niveau des compétences, du programme de la formation initiale et de l'offre de formation continue.

La loi HPST « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 a modifié l'article L.4151-1 du CSP en ajoutant que « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». Les sages-femmes sont dorénavant en mesure d'assurer les consultations de gynécologie préventive auprès de toute femme en bonne santé avec réalisation de frottis cervico-utérin de dépistage, prescriptions des examens complémentaires utiles au bon suivi de leur patiente et aide au choix d'une méthode contraceptive (Loi HPST, 2009).

De plus, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la santé. L'arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer autorise la vaccination :



- Chez les personnes de l'entourage de l'enfant ou de l'entourage de la femme enceinte contre : la rubéole, la rougeole et les oreillons, le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche par le vaccin acellulaire, l'hépatite B, la grippe, le **papillomavirus humain**, le méningocoque C et la varicelle,
- Chez les nouveau-nés selon les recommandations du calendrier vaccinal : la vaccination par le BCG, l'hépatite B chez le nouveau-né de mère porteuse de l'antigène anti-HBs et immunoglobulines (Arrêté du 08/08/2016).

La sage-femme est donc un acteur essentiel dans la prévention contre le cancer du col. Mais malgré cette nouvelle compétence, le nombre de jeunes filles vaccinées reste faible d'où la question de recherche ainsi soulevée :

**Quelles sont les représentations et les perceptions des sages-femmes sur la vaccination HPV et en quoi influencent-elles la prescription et la pratique de la prévention sur l'HPV ?**

Les objectifs de l'étude sont :

- Identifier les perceptions et les représentations des sages-femmes sur la vaccination HPV.
- Déterminer les éléments de prévention sur l'HPV véhiculés auprès de leurs patientes.

## Matériel et méthode

Rappel des objectifs de l'étude :

- Identifier les perceptions et les représentations des sages-femmes sur la vaccination HPV,
- Déterminer les éléments de prévention sur l'HPV véhiculés auprès de leurs patientes.

L'étude menée est une étude qualitative et descriptive. Elle s'est déroulée d'Avril à Septembre 2016 dans le département des Bouches-du-Rhône. La population étudiée concernait des sages-femmes libérales et hospitalières pratiquant du suivi gynécologique de prévention.

La méthode qualitative a été choisie car elle est adaptée et pertinente pour comprendre et étudier les perceptions, les représentations et les sentiments des personnes.

Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs compréhensifs enregistrés d'une durée de 15 à 38 minutes.

L'outil utilisé est une grille d'entretien construite sous la forme d'un tableau à double entrées, qui étudiait les connaissances des sages-femmes, leurs perceptions de la vaccination, ainsi que les moyens de prévention véhiculés, concernant la vaccination en général et la vaccination HPV plus spécifiquement (Annexe 1). Les questions ainsi posées sous forme de thèmes laissaient la possibilité à l'interlocuteur de répondre de façon ouverte et d'exprimer librement ses opinions, ses idées, ses pensées et également de faire apparaître d'autres interrogations. L'interview était réalisé sans ordre prédéfini et suivait le fil de la conversation selon la méthode d'entretien compréhensif de type Kaufmann.

Des données générales initiales étaient également recueillies, elles concernaient l'âge de la sage-femme, son lieu d'exercice et le nombre d'années de pratique (Tableau 1).

La grille a tout d'abord été testée sur une étudiante sage-femme M2 pratiquant ou ayant pratiqué du suivi gynécologique, puis validée par le directeur du mémoire en mars 2016.

L'étude porte sur 11 sages-femmes sélectionnées par un tirage au sort parmi toutes les sages-femmes libérales et hospitalières pratiquant du suivi gynécologique de prévention dans le département des Bouches-du-Rhône. Ceci a permis d'éviter un biais de sélection. Les critères de non-inclusion étaient les sages-femmes ne pratiquant pas de suivi gynécologique de prévention.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable Samsung Galaxy A4 et ont été effectués sur le lieu de travail des sages-femmes interviewées. Ils ont été retranscrits intégralement sur Microsoft Word, pour être analysés dans leur ensemble.

Durant cette étape, tous les entretiens ont été anonymisés en utilisant des prénoms fictifs. Les questions posées ont été retranscrites en italique afin de faciliter la lecture des entretiens.

Les entretiens ont été analysés, en suivant la méthode de l'analyse de contenu de Laurence Bardin (2013).

**Tableau 1 : Présentation des sages-femmes**

<b>N° entretien</b>	<b>Prénom et âge</b>	<b>Lieu d'exercice</b>	<b>Nombre d'années d'exercice</b>
<b>1</b>	<b>Célia 28 ans</b>	<b>Libéral</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Christine 59 ans</b>	<b>Libéral</b>	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>Lisa 37 ans</b>	<b>Libéral</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Laura 39 ans</b>	<b>Libéral</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>Corinne 43 ans</b>	<b>Libéral</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>Catherine 32 ans</b>	<b>Libéral</b>	<b>7</b>
<b>7</b>	<b>Marion 39 ans</b>	<b>Libéral</b>	<b>14</b>
<b>8</b>	<b>Flora 51 ans</b>	<b>Mixte</b>	<b>30</b>
<b>9</b>	<b>Caroline 48 ans</b>	<b>Libéral</b>	<b>25</b>
<b>10</b>	<b>Mathilde 41 ans</b>	<b>Hospitalier</b>	<b>18</b>
<b>11</b>	<b>Audrey 38 ans</b>	<b>Hospitalier</b>	<b>10</b>

## Résultats

Les sujets, thèmes et problématiques retrouvés dans plusieurs entretiens ont été classés en différentes catégories. Il est retrouvé :

- Les représentations concernant la vaccination, la sexualité et le frottis cervico-utérin
- La consultation gynécologique de prévention : son organisation et sa forme
- Les connaissances des sages-femmes

## Représentations

Dans cette première partie, les résultats ont été résumés dans le tableau ci-dessous :

- D'une part, sur la gauche du tableau on retrouve les représentations des sages-femmes concernant la vaccination en général, selon qu'elles l'imaginent comme un progrès médical, une problématique due aux incertitudes laissées par les laboratoires ou bien un schéma vaccinal en général qui peut être controversé. Et d'autre part, la vaccination HPV qu'elles se représentent comme étant bénéfique, incomplète, donnant l'illusion d'être protégée ou encore portant un intérêt chez l'homme.
- Puis, la droite du tableau répertorie les représentations du frottis cervico-utérin par les patientes et par les professionnels, et enfin les représentations de la sexualité comme étant un sujet tabou, une certaine évolution des pratiques chez les jeunes et la place de l'éducation à la sexualité dans la prévention contre l'HPV.

	Vaccination Générale			Vaccination HPV				Frottis cervico-utérin		Sexualité		
	Progrès médical	Incertitudes laboratoires	Schéma vaccinal discuté	Bénéfique	Incomplet	Illusion d'être protégé	Intérêt chez l'homme	Patientes	Professionnels	Sujet tabou	Evolution des pratiques	Education à la sexualité
<b>Célia</b>	×	×		×					×	×	×	
<b>Christine</b>	×	×	×		×		×		×			
<b>Lisa</b>	×		×	×	×			×	×			
<b>Laura</b>	×			×		×	×	×			×	×
<b>Corinne</b>	×	×		×	×	×	×				×	
<b>Catherine</b>	×		×	×	×	×	×	×	×	×		
<b>Marion</b>	×			×	×		×	×	×			×
<b>Flora</b>	×	×		×			×					×
<b>Caroline</b>	×	×	×		×	×	×	×	×			×
<b>Mathilde</b>	×		×	×			×	×				×
<b>Audrey</b>	×	×		×			×		×			

**Tableau 2 : Représentations de la vaccination générale et HPV, du frottis cervico-utérin et de la sexualité**

Toutes les sages-femmes avaient une représentation positive de la vaccination comme étant un progrès médical et une énorme avancée de la médecine. Cependant, 6 d'entre elles n'ont pas confiance en les laboratoires et trouvent qu'il y a un manque d'informations de leur part, comme le stipule Célia : « *on a vraiment l'impression que ... que la théorie du complot des labos, qui font des vaccins qu'ils vendent hyper cher et qu'après ... et qui servent à rien en fait et qu'ils peuvent vendre, comme on sait pas ce que font les labos, pourquoi ils le font et qu'on a un manque de lisibilité sur tout ça, ça devient crédible en fait* » (L. 140 à 143).

5 sages-femmes sur 11 pensent que le schéma vaccinal instauré en France est excessif : « *Je trouve que surcharger le système immunitaire d'un enfant de 2 mois alors qu'il ne va pas en collectivités et que je ne vois pas de quelle façon il pourrait se piquer, l'attraper* » (Lisa L. 45 à 46).

Concernant le vaccin HPV, 9 sages-femmes interviewées pensent qu'il est bénéfique et constitue une prévention essentielle contre l'HPV, et 6 sages-femmes trouvent qu'il est incomplet vu qu'il ne protège pas à 100%.

4 sages-femmes ont évoqué comme inconvénient chez ce vaccin qu'il pouvait donner l'illusion aux jeunes filles d'être protégées et donc de nuire à l'observance du dépistage par frottis cervico-utérin.

6 sages-femmes sur 11 ont abordé les représentations des patientes sur le frottis cervico-utérin et 7 d'entre elles ont mentionné leurs propres représentations sur le sujet ainsi que les représentations que peuvent avoir d'autres professionnels, comme Caroline « *Par contre les patientes pour elles c'est toutes les années et ça c'est dur de leur dire* » (L. 338 à 339) et Laura « *Des fois ça fait un peu tard... c'est la question que je me pose actuellement dans ma pratique, pour certaines jeunes filles on aimerait bien l'avancer un peu* » (L. 205 à 207).

La sexualité est perçue comme un sujet tabou et difficile à aborder en consultation par 2 sages-femmes.

3 d'entre elles constatent une évolution des pratiques sexuelles chez les jeunes et 5 sages-femmes expriment l'importance de donner des cours d'éducation à la sexualité dans les collèges et les lycées.

## **Consultation gynécologique de prévention**

Cette seconde rubrique concerne la consultation gynécologique de prévention et se divise en deux parties :

- A gauche du tableau, est exposé l'organisation de cette consultation, c'est-à-dire si la consultation est adaptée et personnalisée à chaque patiente, ou au contraire globale et complète englobant plusieurs thèmes ainsi que les outils pédagogiques utilisés.
- Sur la partie de droite, est représenté le contenu de la consultation comprenant plusieurs notions telles que l'hygiène, la contraception, les IST et les rappels anatomique

	Organisation			Contenu			
	Adaptée et personnalisée	Outils pédagogiques	Globale et complète	Hygiène	IST	Contraception	Rappels anatomiques
<b>Célia</b>	×	×			×		
<b>Christine</b>	×			×	×		
<b>Lisa</b>	×			×	×		
<b>Laura</b>	×	×			×		
<b>Corinne</b>	×				×		
<b>Catherine</b>	×	×	×		×	×	
<b>Marion</b>	×	×	×		×		
<b>Flora</b>		×	×		×	×	×
<b>Caroline</b>	×	×			×	×	×
<b>Mathilde</b>	×	×	×		×	×	×
<b>Audrey</b>	×		×		×	×	

**Tableau 4 : Organisation et contenu de la consultation gynécologique de prévention**



Ainsi, 10 sages-femmes sur 11 effectuent une consultation gynécologique de prévention adaptée et personnalisée en fonction des connaissances de la patiente. 7 sages-femmes s'aident d'outils pédagogiques lors de leurs consultations « *J'ai un petit tableau là anatomie gynécologie tout ça, donc j'explique un peu l'utérus, les cycles, tout ça parce que des fois elles ne savent pas trop ... j'ai une petite barrette avec tous les moyens de contraception à taille réelle donc je leur montre un peu* » (Flora L. 237 à 241). Tandis que 5 sages-femmes préfèrent effectuer une consultation gynécologique globale et complète en regroupant plusieurs thèmes même si la patiente vient pour une raison précise, en fonction du « profil de la patiente ».

Concernant le contenu de la consultation gynécologique, 2 sages-femmes abordent les notions d'hygiène en matière de prévention contre l'HPV. Toutes les sages-femmes font une information sur les infections sexuellement transmissibles et l'importance du port du préservatif. 5 sages-femmes sur 11 parlent également de la contraception et 3 effectuent des rappels anatomiques.

### **Connaissances des sages-femmes**

Cette dernière partie concerne les connaissances des sages-femmes. Elle est présentée sous forme d'un tableau divisé en deux parties :

- A gauche une partie qui concernait le manque de connaissance des sages-femmes sur l'infection et le vaccin HPV
- A droite, une partie qui concerne les connaissances actualisés des sages-femmes sur le Papilloma virus en général.

	Manque		Actualisées
	Infection HPV	Vaccin HPV	
<b>Célia</b>	×	×	×
<b>Christine</b>	×	×	
<b>Lisa</b>			×
<b>Laura</b>	×		×
<b>Corinne</b>			×
<b>Catherine</b>	×		×
<b>Marion</b>			×
<b>Flora</b>	×	×	×
<b>Caroline</b>	×	×	×
<b>Mathilde</b>	×	×	×
<b>Audrey</b>	×	×	×

**Tableau 5 : Manque et actualisation des connaissances des sages-femmes**

8 sages-femmes sur 11 manquaient de connaissances sur l'infection HPV et ce manque porte pour la majorité sur la transmission du virus et les risques de l'HPV chez les hommes. 6 sages-femmes avaient quelques manques de connaissances concernant le vaccin HPV et plus particulièrement sur le schéma vaccinal.

Toutefois, 10 sages-femmes sur 11 avaient des connaissances solides et actualisées sur l'HPV en général.

## Analyse et discussion

Cette étude est limitée par la présence de certains biais :

- Biais de sélection, lié à la sélection par tirage au sort des sages-femmes participant à l'étude. Les sages-femmes n'ayant pas répondu ou ne souhaitant pas participer à l'étude ont été exclues de l'étude, entraînant un nouveau tirage au sort.
- Biais de confusion lié à l'interprétation par les sages-femmes des questions posées et par l'enquêteur des réponses fournies par les sages-femmes.

En raison du faible nombre de sages-femmes inclus dans l'étude, les résultats ne sont pas représentatifs de la population générale et offre uniquement une première analyse de la perception de la vaccination HPV par les sages-femmes et son influence sur la pratique et la prévention de l'HPV.

Les éléments non verbaux n'ont pas été étudiés du fait de la multiplicité des réponses non verbales.

## Représentations de la vaccination

A la question : « *Que pensez-vous de la vaccination en général ?* », la réponse des sages-femmes a été unanime : « *Franchement quelque chose de bien, de même franchement nécessaire limite obligatoire quand on voit les conséquences sur la santé publique* » (Célia L 18-20) ; « *C'est super c'est très bien que ça existe* » (Lisa L 43) ; « *C'est un progrès pour la santé* » (Corinne L 12). La vaccination est donc vue comme une belle avancée de la médecine avec toutefois quelques inconvénients : « *Un énorme manque de transparence des labos* » selon Célia L. 138 ; « *En France on a tellement été aussi pris pour des nouilles avec les vaccins que c'est difficile que les Français reprennent confiance* » stipule Corinne L. 191-193.

En effet d'après une étude de l'INVS de 2014, la couverture vaccinale en France est extrêmement faible. La vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'*Haemophilus influenzae* et la coqueluche s'élève à 91% chez les enfants de 24 mois contre 71% pour le tétanos, 42% pour la poliomyélite et 34% pour la diphtérie chez l'adulte. De même pour l'Hépatite B, le taux d'enfants de 24 mois vaccinés est de 78% et de 43% chez les adolescents de 15 ans. Pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, le taux d'enfants de 24 mois vaccinés en 2012 est de 72% et de 70% chez les adolescents

De plus, plusieurs sages-femmes ont évoqué le problème des patientes qui ne veulent plus vacciner leurs nouveau-nés. C'est le cas de Flora : « *J'en ai une là elle a tout étudié le truc, alors le DTP ça existe plus mais le je sais plus quoi là euh ... celui qui a remplacé mais les adjuvants c'est de l'aluminium donc je ne veux pas que mon bébé soit*

vacciné. Bon moi tu vois là je sais plus quoi leur répondre » L. 160-162 ; de même pour Caroline : « Moi j'ai un gros souci avec mes patientes c'est qu'elles ne veulent plus vacciner leurs petits, parce qu'on ne trouve pas les vaccins simples avec juste diphtérie, il y a aussi les autres avec notamment les sels d'aluminium et compagnie donc elles préfèrent ne pas vacciner. Moi je leur dis non il faut vacciner. On n'a pas le choix de trouver autre chose mais c'est important de vacciner. Même si au fond de moi, heureusement que j'ai pas d'enfants à vacciner au jour d'aujourd'hui, parce que je serai très embêtée » L.26-31.

En effet, depuis le 17 avril 2013 le laboratoire Sanofi Pasteur MSD a obtenu une autorisation de mise sur le marché pour le vaccin HEXYON® utilisé pour la primo-vaccination et la vaccination de rappel des nourrissons contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'hépatite B et les infections invasives à *Haemophilus influenzae* b à partir de l'âge de 6 semaines et jusqu'à 24 mois. Ce vaccin remplace le PENTAVAC®, produit par le même laboratoire auquel a été rajoutée la valence de l'hépatite B. Or les vaccins obligatoires en France sont ceux contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la fièvre jaune, les autres sont simplement recommandés (Site [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)), ce qui ne laisse donc pas le choix aux parents de vacciner leurs enfants contre certaines pathologies et pas d'autres.

Une autre problématique concernant la vaccination abordée par plusieurs sages-femmes est la « lourdeur » du calendrier et du schéma vaccinal. « La vaccination en général ça c'est un très grand progrès ça sauve des vies après y a des pathologies notamment sur les petits pour lesquels je suis pas très enchantée de vacciner. Par exemple, je ne vaccinerai pas un enfant contre la varicelle tu vois. Si c'est un enfant en bonne santé sans problème immunitaire particulier je pense qu'il n'y a pas lieu de vacciner pour tout voilà » (Mathilde L. 13-17) ; « Je suis pas forcément d'accord avec le calendrier vaccinal, en général je trouve qu'on les fait trop tôt » (Catherine L. 16-18).

# Vaccination : êtes-vous à jour ?

2016  
calendrier simplifié  
des vaccinations

Âge approprié	Naissance	2 mois	4 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
BCG												
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite												Tous les 10 ans
Coqueluche												
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)												
Hépatite B												
Pneumocoque												
Méningocoque C												
Rougeole-Oreillons-Rubéole												
Papillomavirus humain (HPV)												
Grippe												Tous les ans
Zona												

D'après le calendrier vaccinal, un enfant de 18 mois serait donc vacciné contre 12 pathologies différentes en ayant reçu au total 19 injections. Comme le signale Lisa cela peut être vu comme « surcharger le système immunitaire » L. 45.

En effet, des parents se sont interrogés sur l'efficacité de la vaccination sur leurs nourrissons dont le système immunitaire est encore faible. La vaccination est justifiée chez les tout petits de façon précoce par les risques que représentent pour eux la diphtérie, la coqueluche et la rougeole par exemple. Il est nécessaire de recevoir plusieurs injections du vaccin pour qu'il soit efficace, ce qui justifie de commencer la vaccination très tôt.

D'après le Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination, la crainte fréquemment rencontrée par rapport à la surcharge du système immunitaire est à l'égard des vaccins combinés. Il a été démontré que ces vaccins combinés ont la même efficacité et sécurité que les vaccins monovalents. D'ailleurs les vaccins non vivants administrés aujourd'hui aux jeunes enfants comportent environ 170 molécules antigéniques contre 3000 dans les vaccins utilisés dans les années 1970-1980 alors que le nombre de vaccins et de maladies évitables était moindre.

De plus, ce nombre d'antigènes est bien inférieur au nombre de molécules antigéniques d'origine microbienne auxquelles est exposé le nourrisson dès la naissance au niveau de la peau, du tube digestif et de l'arbre respiratoire. Environ 30 milliards de bactéries vont venir coloniser l'intestin et ces bactéries contiennent au moins une centaine de molécules antigéniques. Ainsi, il est estimé que les réponses immunitaires induites par les vaccins ne mobilisent pas plus d'un lymphocyte sur 10 000<sup>18</sup>. La vaccination

représente donc une faible stimulation par rapport à l'immunisation précoce et physiologique du nourrisson nécessaire à son développement dans le milieu naturel.

## Représentations du vaccin HPV

L'intérêt de la vaccination HPV dans la prévention contre l'HPV est reconnu au sein des sages-femmes interrogées dans l'étude : « *Pour avoir eu une copine qui a un cancer du col je pense te poser la question d'enlever ton utérus et d'enlever une partie de ton vagin à 32 ans je pense que c'est une bonne justification de vacciner* » affirme Célia L. 111-113. De même pour Lisa : « *Vu contre quoi protège le vaccin je pense qu'il vaut mieux le faire* » L. 218-219.

Les vaccins Gardasil® et Cervarix® disponibles depuis 2007 sont les seuls moyens de prévention contre le Papilloma virus. Ils se réalisent chez les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans avec possibilité de rattrapage chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, de manière indifférenciée si la jeune femme a une vie sexuelle ou non. Ils ne se substituent pas au dépistage par frottis cervico-utérin qui s'effectue chez toutes les femmes de 25 à 65 ans tous les trois ans après deux frottis normaux à 1 an d'intervalle (Direction Générale de la Santé, 2016).

Cependant, depuis 2010 la couverture vaccinale concernant ces deux vaccins est en diminution. En 2012, 23% des jeunes filles de 15 ans avaient reçu une dose vaccinale et 27% d'entre elles avaient reçu un schéma vaccinal complet à trois doses à 16 ans. En 2012, 20% avaient reçu une dose à 15 ans et un schéma complet à 16 ans (INVS, 2014).

Cette date correspond à l'apparition de préoccupations par le public concernant ces vaccins et notamment par la notification par l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de Santé d'effets indésirables survenue chez des jeunes filles suite à l'administration du vaccin Gardasil® ou Cervarix®, comme le signale Célia : « *Quand on brandit l'arme sclérose en plaques, les labos nous mentent et compagnie bah ça motive moyennement pour faire vacciner sa petite sur le sujet* » L. 149-151. Selon les sages-femmes, la mauvaise publicité faite au vaccin et le rapport d'effets indésirables semblent être les causes les plus probables de la diminution du nombre de jeunes filles vaccinées. Caroline affirme que « *ça c'est comme pour n'importe quel vaccin même si ça doit tuer un nourrisson ou faire un effet indésirable chez les jeunes filles, c'est déjà trop à mon sens* » L. 258-259 ; elle rajoute « *Les laboratoires pharmaceutiques c'est eux qui engendrent le plus de bénéfices. 1000 milliards par année* » L. 159-160.

D'après le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique sur la vaccination contre les infections à papillomavirus humains de 2014, il a été délivré dans le monde 170 millions de doses et il est rapporté des cas de toutes gravités confondues (2 à 5/10 000 doses) et des cas graves (0.7 à 0.8/ 10 000). Les effets indésirables le plus souvent rapportés sont des douleurs au site d'injection, des céphalées, vertiges, nausée ou fièvre

qui sont communs à d'autres vaccins et bénins. Concernant les cas graves, il est rapporté des syncopes vaso-vagales d'évolution favorable mais également des manifestations auto-immunes mises en avant par les médias sur le plan national. En France, il correspond à 160 cas pour plus de 5.8 millions de doses délivrées parmi lesquelles on compte 24 cas de scléroses en plaques survenus chez des patientes âgées de 18 ans en moyenne. Les deux vaccins font l'objet d'une surveillance rapprochée mise en place par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) et par l'Agence européenne des médicaments (EMA).

A l'aide des données de pharmacovigilance disponibles, le Haut Conseil de Santé publique (2014) en a conclu qu'il n'existait pas de lien de causalité entre la vaccination HPV et l'apparition des effets indésirables et surtout des maladies auto-immunes. De plus, il rappelle que les maladies auto-immunes se révèlent le plus souvent à l'adolescence, période où la vaccination est également recommandée.

Il n'existe actuellement pas d'études disponibles en France sur l'efficacité du vaccin contre l'HPV car il faudrait attendre quelques décennies après l'introduction du vaccin pour voir s'il y a un impact de la vaccination sur l'incidence des cancers du col et autres cancers liés à l'HPV. La clairance d'une infection à HPV étant en moyenne de 10 ans, il est nécessaire d'attendre un intervalle aussi long pour avoir des études fiables.

Toutefois, des études concernant l'efficacité du vaccin ont été réalisées dans d'autres pays. C'est le cas de l'Australie, les Etats-Unis, le Royaume-Uni et l'Allemagne. En Australie par exemple, la couverture vaccinale du vaccin quadrivalent avec 3 doses chez les jeunes filles vaccinées à 12-13 ans en milieu scolaire est supérieure à 70% et de plus de 30% chez les femmes entre 18 et 26 ans a montré une réduction de la prévalence des HPV vaccinaux (6, 11, 16 et 18) de 28.7% à 6.7% pour des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans après l'introduction de la vaccination. L'efficacité vaccinale contre l'infection par les HPV vaccinaux a été estimée à 73% (HCSP, 2014).

Malgré les études réalisées à l'étranger concernant l'efficacité de ce vaccin, quelques sages-femmes émettent une réserve concernant son efficacité qui n'est pas de 100% : « *On sait que le vaccin qu'on fait aujourd'hui le Gardasil ne protège que pour 30% des souches. On n'a pas un effet sur à 100%, à partir de là ...* » affirme Christine L. 52-54 ; de même pour Corinne : « *Les avantages c'est d'être protégé bien qu'il ne protège pas à 100%, l'inconvénient faudrait pas que les dames se sentent protégés trop et qu'elles ne fassent pas le suivi frottis etc* » L. 133-134 ; Catherine est du même avis : « *Sauf que c'est contre 4 souches et qu'il y en a beaucoup des oncogènes, c'est un peu dommage qu'on soit limité parce que du coup les gens se sentent protégés alors qu'ils le sont pas complètement et qu'il faut quand même continuer à faire les frottis et je pense que certaines jeunes filles vaccinées ne font pas le frottis* » L. 153-156.

Evidemment, il existe d'autres HPV oncogènes que le 16 et le 18, il y également le 31, 33, 35, 39, 45, 51. Les sous-types 16 et 18 étant les plus fréquemment rencontrés, le vaccin a une efficacité estimée à 65% pour les lésions précancéreuses et de 70% pour les

lésions cancéreuses. Le dépistage est donc complémentaire de la vaccination, et même indispensable (Site [www.eurogin.com](http://www.eurogin.com)).

Comme Catherine, d'autres sages-femmes se représentent la vaccination contre l'HPV comme pouvant donner l'illusion d'être protégé d'un cancer du col et donc de nuire à l'observance du dépistage par frottis cervico-utérin. C'est le cas de Laura : « *L'inconvénient c'est les jeunes filles il faut qu'elles soient vraiment bien informées ... penser du coup ça les protège de choses et pas forcément ... et puis ça n'empêche qu'il faut continuer les frottis enfin voilà c'est ça il faut bien les informer là-dessus* » L. 75-80. Caroline affirme la même idée : « *ça brouille un peu les choses sur le fait qu'après elles se sentent protégées et du coup y a pas de préservatif, déjà qu'elles sont pas très fans des préservatifs, ma fille a 17 ans donc je parle avec ses copines et je sais pleins de choses et voilà. Et voilà ce qu'il en ressort, c'est que du coup elles se sentent protégées. C'est comme avec la pilule, une fois que je la prends hop je peux pas être enceinte* » L. 104-108.

Le vaccin contre le papillomavirus humain est réalisé uniquement sur les jeunes filles en France, or l'infection HPV a également des conséquences sur les hommes : verrues génitales, cancer de l'anus et du pénis (Site [www.biologiepathologie.chru-lille.fr](http://www.biologiepathologie.chru-lille.fr)). De plus, une revue médicale suisse a mis en évidence un lien de causalité entre cancer de la sphère ORL et infection HPV. Les cancers de la sphère ORL sont généralement attribués à des personnes âgées, fumeur et consommant régulièrement de l'alcool. Or la consommation de tabac et d'alcool ayant diminué dans les pays occidentaux, une diminution de l'incidence des cancers oro-pharyngés devrait être observés. A l'inverse, il est constaté une augmentation des cancers de l'amygdale et de la base de la langue. L'implication de l'HPV dans la carcinogénèse ORL date du début des années 80 mais sa compréhension ne cesse d'augmenter. Une étude Suédoise a montré que l'incidence du carcinome de l'amygdale HPV positif a doublé tous les dix ans à Stockholm entre 1970 et 2007, faisant passer la part des carcinomes HPV positifs dans l'ensemble des carcinomes de l'amygdale de 23% dans les années 70 à 79% dans les années 2000. De même pour les Etats-Unis où l'incidence du carcinome de l'amygdale HPV positif a doublé tous les 15 ans entre 1973 et 2001. Dans la grande majorité des cas, c'était le sérotype 16 qui était impliqué. On retrouve également d'autres sérotypes de HPV (18, 33, 35, 45, 59) (Site [www.revmed.ch](http://www.revmed.ch)).

Faces aux conséquences de l'HPV sur les hommes, les sages-femmes ont été quasiment unanimes sur la pertinence de la vaccination des hommes contre l'HPV : « *D'abord ils peuvent être homosexuels, et puis ça éviterait une très grosse transmission* » Corinne L. 98-99 ; elle rajoute « *J'ai fait part de mon agacement que les garçons n'étaient pas vaccinés* » L. 306 ; de même pour Marion : « *Le bénéfices/risques est en faveur de la vaccination mais y a néanmoins un risque. Je crois qu'il faut pas se mentir là-dessus. Et je vois pas pourquoi ce serait les femmes qui supporteraient le risque. si le garçon est vacciné aussi ça veut dire aussi que les filles ont quand même moins de chance de croiser le HPV. Donc pour moi c'est clair, y a pas de raisons de pas vacciner les garçons* » L. 471-475. Seulement deux sages-femmes n'étaient pas pour la vaccination



chez les hommes, Lisa affirme : « *Il y a tellement d'autres modes de transmission que le mode sexuel que là pour le coup la balance bénéfices/risques penche plus au sens de la non vaccination pour les garçons* » L. 180-182. Célia aussi pense que la vaccination ne serait pas très « logique » : « *A partir du moment où les hommes ne développent pas de cancers sur l'HPV et qu'à priori ça ne protège pas de l'infection juste des effets secondaires, je ne vois pas pourquoi je vois pas pourquoi on ferait courir à quelqu'un qui n'est pas concerné par les effets dangereux le risque d'avoir des effets secondaires liés au vaccin* » L. 154-157.

D'après le résumé des caractéristiques du vaccin Gardasil®, ce vaccin a été testé sur des femmes de tranche d'âge allant de 9 à 26 ans mais également sur des hommes. Or dans les recommandations actuelles, la vaccination ne s'effectue que sur les jeunes filles de 11 à 19 ans et pas sur les hommes (Site [www.europa.ema.eu](http://www.europa.ema.eu)). Marion remarque : « *Par exemple en centre de planification, j'ai des femmes qui arrive à 30 ans vierges et celles-là ça vaut encore le coup de les vacciner* » L. 120-121. Effectivement, la vaccination serait d'autant plus efficace sur les femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels et également profitable aux hommes, mais le manque d'études sur les femmes de plus de 26 ans ne permet pas d'envisager une vaccination de ces femmes car ce serait vacciner hors AMM. La vaccination chez l'homme est seulement mise en place dans 3 autres pays : depuis 2013 en Australie, en 2011 aux Etats-Unis et dans une province du Canada depuis 2007 (HCSP, 2014).

## **Représentations du frottis cervico-utérin**

Dans la partie précédente, il a été rappelé la nécessité absolue de combiner la vaccination HPV et le dépistage systématique par frottis cervico-utérin pour assurer une prévention optimale contre l'infection HPV. Les sages-femmes ont spontanément abordé les représentations que peuvent avoir les patientes sur cet « examen », qu'elles confondent généralement avec un simple prélèvement vaginal, que l'on réalise en cas de suspicion d'une infection vaginale.

Comme le dit Célia : « *Je pense qu'il y a entre 75 et 80% des femmes qui ne savent pas pourquoi elles font un frottis* » L. 252-253. Lisa raconte : « *ça m'est arrivé plusieurs fois d'avoir des jeunes filles envoyées par leurs mamans pour faire un frottis* » L. 254-255 ; « *La plupart pense que c'est pour une infection et que ça n'a rien à voir avec les cancers* » affirme Marion L. 540-541. Pourtant les recommandations sont très claires, le frottis cervico-utérin constitue le test de référence pour le dépistage des lésions pré-invasives et cancer du col à un stade précoce. Il est réalisé à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans tous les 3 ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle. Les professionnels impliqués dans le parcours de soin de la femme sont les gynécologues médicaux qui sont de plus en rares, les médecins généralistes et les sages-femmes (Institut National du cancer, 2016). Le dépistage commence à l'âge de 25 ans pour une raison simple : la prévalence de l'infection HPV est estimée à 30% chez les femmes de moins de 30 ans.

La clairance de cette infection est en moyenne de 9 à 12 ans, dans 90% des cas elle s'élimine naturellement de l'organisme et dans les 10% autres elle évolue en lésions précancéreuses ou cancers. Il est donc important de ne pas commencer le dépistage dès le début de la vie sexuelle car les frottis serait en majorité positif à l'HPV et entraînerait des gestes invasifs qui n'auraient pas lieu d'être (Site [www.oncoprof.net](http://www.oncoprof.net)). Une information complète au préalable sur l'utilité du frottis cervico-utérin est nécessaire pour que les femmes prennent conscience de l'importance de ce dépistage. Il est important que chaque geste soit compris et consenti pour autonomiser les femmes dans leur suivi gynécologique.

Catherine rencontre régulièrement ce type de situation : *« Je vois régulièrement des patientes pour une grossesse où je pose la question : « le dernier frottis date de quand ? elles me disent : « oh j'en ai tous les ans depuis que j'ai 18 ans ». Y en a encore beaucoup aussi »* L. 118-120. Caroline raconte également : *« Dans la salle d'attente j'ai marqué tous les deux ans [...] quand je mets tous les trois ans, avant c'était tous les trois ans, ça a choqué mes patientes, du coup je me suis dit bon je vais dire tous les deux ans, mais déjà tous les deux ans ça choque. Elles me disent mais c'est toutes les années le frottis. Je dis non c'est bien tous les trois ans maintenant mais ça m'arrivera peut-être un jour de marquer tous les trois ans [...] Parce que sinon c'était dès la salle d'attente, où là elle y connaît rien elle. Tous les trois ans n'importe quoi, moi mon gynéco il le fait toutes les années »*. L. 345-368.

Les femmes ont donc des « fausses » croyances sur le frottis cervico-utérin, mais ces a priori sont probablement liés aux représentations qu'ont eux-mêmes les professionnels de santé sur cet examen et sur les informations qui ne sont pas clairement données. Laura se demande : *« Des fois ça fait un petit peu tard c'est la question que je me pose actuellement dans ma pratique pour certaines jeunes filles on aimerait bien l'avancer un peu »* L. 205-207. Catherine quant à elle trouve que les discours faits aux patientes sont très « effrayants » et que la tendance est d'être trop invasif : *« On est très effrayants je trouve dans le discours aussi, quand on retrouve un frottis qui n'est pas normal on est très effrayants dans le discours et la prise en charge. Moi j'ai vu des conisations sur des CIN 2 alors que les recos c'est peut être dire on recontrôle à 6 mois après pour voir comment ça évolue avant de sauter dessus pour faire une conisation »* L. 145-148. Pour Marion : *« Moi en tout cas je fais partie des sages-femmes qui maintenant qu'elles ont compris que la femme prenait pas un risque, je vais d'autant moins aller froter que j'ai souvenir des conséquences que ça peut avoir »* L. 271-273.

A l'inverse, Caroline tient ce discours à ces patientes : *« Je dis qu'il faut commencer à les faire après le premier rapport sexuel, premier ou deuxième en tout cas dès qu'on a commencé une vie sexuelle il faut commencer à faire les frottis »* L. 312-313. Elle rajoute : *« Je reste à la fois dans cette prévention et dans cette responsabilisation de la patiente pour que, pour qu'elle comprenne l'intérêt de faire ce frottis. Donc moi j'aurais pas peur du résultat. On n'est pas forcément, enfin moi ça m'est jamais arrivée d'être plus interventionniste parce que c'était une jeune fille »* L. 332-336.

Les représentations des professionnels sur le frottis cervico-utérin et surtout le discours tenu aux patientes concernant son intérêt et son utilisation sont donc des éléments essentiels dans la prise en charge du dépistage du cancer du col de l'utérus.

## **Représentations de la sexualité**

Comment ne pas parler de sexualité lors d'une consultation gynécologique de l'adolescente, l'infection à HPV étant sexuellement transmissible, il est quasiment impossible de ne pas aborder la sexualité lors de ces consultations. Les sages-femmes ne se sont pas toutes prononcées sur le sujet.

Célia avoue ne pas être à l'aise pour aborder le sujet : « *Le truc c'est que c'est un sujet ... elles te diront pas tout devant leurs mères* » L. 216-218 ; elle rajoute : « *Je trouve ça extrêmement difficile quand le sujet de vient pas de lui-même* » L. 260-262. En effet, la majorité des jeunes filles concernées par la vaccination sont le plus souvent mineures et lors de ces consultations elles peuvent être accompagnées d'un parent, ce qui peut être délicat à aborder. « *D'autant plus que je pense que la majorité des mères sous estiment la précocité du début de la vie sexuelle de leur fille* » Célia L. 151-152.

Catherine elle aussi, se sent gênée d'aborder le sujet de la vaccination HPV avec les mères qu'elle reçoit en consultation : « *Parce qu'après c'est un sujet un peu toujours compliqué à aborder vu que c'est transmissible euh...* » L. 302 ; elle s'explique : « *Par les muqueuses ça veut dire qu'on envisage que potentiellement sa fille pourrait commencer à avoir des rapports euh ... des choses comme ça* » L. 304-305.

L'idéal serait donc de recevoir la jeune fille seule en consultation sans sa mère pour pouvoir parler de sexualité librement. Le professionnel sera ainsi plus à l'aise et la jeune fille de même pour poser ses questions.

Laura, quant à elle n'hésite pas à poser des questions sur la sexualité de ses patientes : « *Par contre je les interroge si elles ont un partenaire fixe, depuis combien de temps, combien de partenaires elles ont eu dans l'année, enfin je pose ce genre de question par contre En fonction de ça, plus ou moins j'étaye* » L. 241-244. Son discours est donc adapté en fonction de la vie sexuelle de la jeune fille. Toutefois, elle est « embêtée » face aux évolutions des pratiques sexuelles et notamment de la place prépondérante des rapports oro-buccaux pour faire de la prévention : « *Moi surtout sur les rapports buccaux quoi et c'est là où ça m'embête plus parce qu'on n'a pas assez de matières pour informer* » L. 265-267. Pour elle, il est difficile d'informer correctement sur la vaccination HPV car elle trouve qu'il manque des études pour appuyer son discours sur la prévention contre l'HPV : « *Voilà donc on se pose souvent l'intérêt de faire ce vaccin ... peut être voir pour le truc d'oro-pharyngé et ça y a pas vraiment ... sur les pratiques sexuelles qui évoluent ... c'est pas tout de prévenir au niveau sexuel mais y a pleins d'autres cancers aussi ... pour informer les personnes correctement* » L. 115-120 ; elle pense : « *C'est peut-être là-dessus sur les pratiques sexuelles et justement avec l'âge*

*pouvant évoluer différemment ... on n'a pas d'études en cours donc c'est compliqué quoi » L. 175-177.*

Corinne constate également qu'il y a une évolution des pratiques sexuelles : « *Les rapports oraux y en a beaucoup et de plus en jeune » L. 57.* Lorsque se pose la question de l'intérêt du port du préservatif pour la prévention de l'HPV elle rajoute : « *Après les petites jeunes de 18 ans qui font des fellations aux collègues là dans le couloir elles n'utilisent pas le préservatif non plus » L. 241-242.* Elle aussi, se retrouve confrontée à des difficultés pour faire de la prévention contre l'HPV lors des rapports oro-buccaux.

Pour d'autres sages-femmes, le meilleur moyen de faire de la prévention contre l'HPV et de façon générale sur les infections sexuellement transmissibles sont les séances d'éducation à la sexualité réalisées en milieu scolaire. Marion est de cet avis : « *Les infos en collège et lycée qui sont à mon avis un très gros outil de prévention » L.537.* Pour affirmer son idée, elle s'explique : « *Et je pense que la gamine de 4<sup>ème</sup> qui va voir sa mère en lui disant maman moi j'ai envie de me faire vacciner, ou tiens y a ça, qui en parle à son médecin généraliste, fin voilà. Souvent en 4<sup>ème</sup> on voit bien que personne ne leur a jamais parlé alors qu'elles ont déjà 14 ans. Je me dis si la demande peut venir d'elle aussi, et puis c'est une prévention à long terme. Elles auront un enfant un jour, elles en auront-elles-mêmes entendues parler et que du coup même si elles n'ont pas été vaccinées, leurs enfants le seront peut-être ».* L.541-546.

Depuis la Loi Aubry du 4 juillet 2001 une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène (Article L 312-16 du code de l'éducation). Les objectifs de ces séances sont d'aborder des questions de santé publiques telles que les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmissibles, le rapport à l'autre, une relation d'égalité fille/garçon, le respect mutuel, les problématiques relatives aux violences sexuelles, à la pornographie ou encore la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes. Les séances sont animées par des maîtres d'école à l'école primaire. Au collège et au lycée, elles sont effectuées par des enseignants volontaires ou par des intervenants extérieurs agréés tels que les professionnels de santé. La sage-femme est donc au cœur de cette problématique (Circulaire n°2003-027 du 17/02/2003).

Caroline est de cet avis et estime que la sage-femme occupe une place prépondérante dans l'éducation à la sexualité : « *Je trouve pas normal que ce soit une infirmière qui fasse ça. J'ai rien contre les infirmières chacun son job, mais je pense qu'une sage-femme devrait faire de la sexualité de 0 à 112 ans dans toutes les écoles, dans tous les lycées voilà » L. 477-480.* Elle insiste sur le fait que l'éducation à la sexualité devrait être commencée plus tôt encore, c'est-à-dire à l'école maternelle : « *Autant je suis très déçue qu'on parle pas de sexualité dès la maternelle et que même pour le savoir que ma fille elle a eu des réunions sur la sexualité en 3<sup>ème</sup> c'était lamentable ce qui y a était fait » L. 240-242.*

Pour Flora et Mathilde, l'information et la prévention contre l'infection HPV doit passer par ces séances d'éducation à la sexualité : « *Je pense qu'il y a des formations dans les lycées et les collèges, j'en sais rien, est-ce qu'il y en a, ouai je pense qu'elles ont des cours et que peut être on leur en parle à ce moment-là, enfin j'espère* » Flora L. 248-250.

## **La consultation gynécologique de prévention**

Il a été rappelé dans l'introduction, les nouvelles compétences des sages-femmes depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 : « Les sages-femmes sont dorénavant autorisées à pratiquer des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ».

La prévention et la vaccination HPV font partie des thèmes à aborder lors d'une consultation gynécologique de prévention, les sages-femmes ont donc décrit quel type de consultation elles réalisent face à une adolescente, comment s'organise la consultation, son contenu et les outils utilisés pour renforcer les informations données à la jeune fille.

Laura, par exemple, fait partie des sages-femmes qui adaptent le contenu de leur consultation en fonction de ce que sait la patiente : « *En fait souvent je leur demande ce qu'elles savent et en fonction de ce qu'elles savent j'enrichie* » L. 183-184 ; « *Après y a des gens qui sont déjà informés donc tu ne rajoutes pas une couche, tu dis juste, t'essayes juste de savoir un petit peu sa vie sexuelle, tu fais en fonction parce qu'il y a des gens tu peux pas leur sauter dessus non plus* » L. 196-199 ; elle le justifie de cette façon : « *Je trouve qu'il faut garder le juste milieu quoi entre trop donner d'info parce qu'on veut se protéger médico-légalement ...mais après euh on va pas non plus livrer tout si elles sont vaccinées. Je suppose que si elles sont vaccinées c'est qu'on les a déjà informé, logiquement* » L.251-254. Audrey aussi adapte son discours en fonction des connaissances de la jeune fille : « *Je verrai si c'est pas sa première contraception et que c'est inutile mais si c'est sa première contraception je pense que je ferai une anamnèse globale* » L. 246-248.

A l'inverse, quand Flora réalise une consultation gynécologique à une jeune fille, elle en profite pour faire une information globale et complète, et pas ciblée uniquement sur le motif principal de la consultation : « *Quand elles viennent juste pour leur pilule mais qu'en fait tu veux leur parler de tout parce que tu les as sous la main, tu sais pas trop si elles vont revenir ... après ça dure trois quart d'heure, mais c'est super intéressant comme consultation par contre* » L. 233-235. Pareil pour Caroline, qui commence sa consultation par des rappels anatomiques : « *J'en ai aussi qui viennent pour de la contraception ça part déjà de l'anatomie. Toujours. Et après j'explique aussi les règles, parce qu'alors elles ne comprennent rien, enfin ... c'est hallucinant. Donc voilà tout ça, j'explique le cycle* » L. 452-455. Mathilde est du même avis : « *Je pense que la très jeune fille, l'adolescente on va dire, quand on la reçoit ... on sait qu'elle va pas revenir*

*tous les 2 mois quoi. Donc je pense que quand on l'a c'est bien de balayer un peu tout ce qui peut être la contraception, les diverses IST, la vaccination, je pense que c'est bien de balayer un petit peu tout [...] ça fait rien je pense que c'est bien de faire une information plus générale quand on l'a sous la main parce que je pense que l'adolescente elle va pas chez le gynéco ou chez la sage-femme très souvent » L. 176-183.*

Concernant le contenu et les thèmes abordés lors de la consultation, la contraception n'est pas systématiquement abordée si ce n'est pas une demande précise de la jeune fille. Par contre, toutes les sages-femmes interrogées font une information sur les infections sexuellement transmissibles et l'importance du port du préservatif pour s'en protéger.

Le préservatif comme moyen de prévention contre l'HPV n'a pas fait l'unanimité chez les sages-femmes. En effet, il n'est qu'une protection partielle car l'HPV se transmet par contact avec les muqueuses et peut se trouver sur tout l'ensemble des organes génitaux (exemple des testicules chez l'homme qui ne sont pas protégées par le préservatif) : *« Préservatif mais parfois le contact des muqueuses suffit, c'est pas top ou alors vraiment le préservatif féminin mais euh c'est quand même pas très glamour et pas facile à utiliser »* Lisa L. 148-151. A la question *« Le préservatif est-ce que vous le proposez comme moyen de prévention contre l'HPV ? »* Catherine répond : *« Non pas forcément, j'y pense comme moyen de contraception mais j'y pense pas forcément contre le HPV, j'y pense contre les autres choses. Je leur parle du chlamydia, de l'herpès, des choses comme ça, pas pour leur faire peur mais pour leur expliquer que quand même il faut réfléchir avant d'avoir des rapports mais c'est vrai que non j'ai pas pensé au HPV »* L. 220-224. Pour la prévention contre l'HPV, Marion ne propose absolument pas le préservatif, elle le justifie par : *« Je trouve ça malhonnête de dire mettez un préservatif contre l'HPV dans la mesure où on sait très bien que ça ne l'évitera pas. Voilà moi je présente le préservatif comme un truc qui va préserver d'un certains nombres d'IST mortelle qui peut éventuellement diminuer d'autres IST »* L.510-513.

Audrey pense que le préservatif est le moyen de base pour la prévention chez les jeunes : *« C'est toujours un moyen de prévention ... Une globalité alors c'est sûr que ... même pas contre l'HPV. Le préservatif chez les jeunes c'est le premier... c'est quand même le premier mode de protection »*. L. 246-248.

Deux sages-femmes présentent l'hygiène comme faisant partie de la prévention contre l'HPV : *« Je pense que beaucoup d'hygiène de vie, c'est le meilleur moyen de prévention plutôt que la vaccination »* Christine L. 296-297 ; Lisa partage également cette opinion : *« Après la prévention c'est bien de se laver les mains avant d'avoir des rapports, avant d'aller aux toilettes, avant de toucher ses muqueuses »* L. 153-154 ; *« Principalement des notions d'hygiène, de se laver les mains avant d'aller aux toilettes, avant de se toucher la vulve, avant de demander à monsieur de se laver les mains également »* L. 233-235.

Pour permettre une bonne compréhension des informations délivrées à l'oral, les sages-femmes s'appuient sur des « outils » de plusieurs types. Célia, Laura et Catherine s'aident de brochures détaillées : « *De la documentation ou d'information en tout cas de ... de truc à quoi ça sert, pourquoi c'est fait* » Célia L. 225 ; « *J'ai un petit fascicule de l'INPES mais c'est un peu plus global euh là je l'ai mis dans la salle d'attente sur la santé sexuelle* » Laura L. 185-186 ; « *Enfin moi je pense qu'il faudrait une brochure mais une brochure bien, mais j'en connais pas [...] je trouve qu'elles sont ... elles font peur ces brochures, elles sont trop détaillées trop dans la ... dans le risque et je trouve qu'il faudrait leur expliquer de façon un peu plus succinctes, un peu plus ludiques aux jeunes filles parce qu'à 11 ans on n'a pas les mêmes préoccupations qu'à 19 et qu'il en faudrait pour un peu tous les âges* » Catherine L.227-234.

Catherine pense que les « outils » doivent être adaptés aux jeunes de nos jours, que l'information sur l'infection HPV devrait passer par les réseaux sociaux pour inciter les jeunes filles à se faire vacciner et que la demande vienne d'elles-mêmes : « *Peut-être sur des réseaux sociaux vu que maintenant ils sont tous sur les réseaux sociaux à fond ça pourrait être une idée. Mettre un message sur Facebook, sur Twitter vaccin contre HPV ashtag je sais pas quoi, mais non il faut s'adapter aux outils de communication des plus jeunes je pense. On l'a pas fait encore* » L.290-293.

Les derniers outils proposés par les sages-femmes sont les plaquettes d'information et les schémas anatomiques : « *J'ai des plaquettes et j'ai des ... j'explique toujours je donne jamais une plaquette sans explication. Par contre si j'ai le sentiment que les gens doivent y réfléchir qui veulent se poser, je donne souvent une plaquette en complément. Souvent la plaquette, je la donne pas quand je sens que la femme est déjà renseignée. Si je sens que y a une notion de découverte ou de besoin de réflexion de machin je donne la plaquette avec parce qu'ils oublient souvent des couacs, on dit souvent trop de trucs. Après j'en donne en langue étrangère aussi. Parce que j'ai des femmes qui ont besoin de, qui ont pas le niveau de français génialissime et qui du coup vont soit le lire à tête reposée dans leur langue, soit en discuter avec leur mari qui sait lire* » Marion L.521-532.

Caroline et Mathilde qui, dès qu'elles ont une jeune fille en consultation n'hésitent pas à lui faire des rappels sur son anatomie, les cycles, les règles, s'aident de schémas : « *D'abord très souvent elles ne connaissent pas du tout comment elles sont faites, donc je pars toujours sur des schémas* » Caroline L. 449-450 ; « *Des schémas oui, oui des schémas c'est indispensable parce qu'elles connaissent pas forcément leurs corps enfin pas toujours. Après y a pas la nécessité de l'examiner c'est sûr, de la mettre à l'aise de ce côté-là, mais effectivement l'idée de schéma ça permet de comprendre et après de transférer sur elles-mêmes* » Mathilde L. 186-189.

Malgré tous ces outils riches en information et les connaissances apportées par les sages-femmes sur l'infection HPV, le meilleur moyen de prévention contre cette infection reste la vaccination. Les sages-femmes, pour la majorité, proposent systématiquement la vaccination quelques soit leurs représentations. C'est le cas de

Catherine : « *Oui je lui propose. Après comme je disais, je l'impose pas je lui propose, je lui explique pourquoi c'est fait euh comment ça marche, je relis les effets indésirables avant de le proposer ou je les ai sous les yeux pour les citer quand même et euh voilà je leur explique que c'est leur choix de se faire vacciner ou non, et qu'elles peuvent ... elles ont quand même un peu de temps pour réfléchir, que c'est pas parce qu'on vaccine pas à 11 ans ou 14 ans qu'on peut plus le faire et qu'elles ont jusqu'à l'âge de 19 ans pour le faire* » L. 201-206.

Mathilde souligne aussi l'importance de proposer la vaccination en deux temps. En effet la vaccination se pratiquant sur des jeunes filles mineures, c'est aux parents de prendre la décision de vacciner leurs enfants. Il est donc important de pouvoir laisser un temps de réflexion que ce soit pour le parent accompagnant et également pour la jeune fille qui va se faire vacciner. « *Après euh je pense que c'est plus les mamans enfin comme c'est des mineures c'est plus les mamans qu'il faut persuader donc c'est bien que ça se fasse en deux temps quoi* » L.156-157.

Pour Caroline, le frottis cervico-utérin reste la meilleure prévention et malgré sa réticence par rapport à la vaccination, elle affirme : « *J'ai un discours professionnel hein, je dis qu'il existe, pourquoi il est là, et après je dis pas il faut le faire il faut pas le faire, ça c'est elle qui choisit. Mais j'informe oui. [...] Je trouve que ça c'est mon rôle de professionnel de santé et à fortiori de sage-femme. Je ne donnerai jamais mon avis personnel* » L. 284-290.

Christine était la seule sage-femme à ne pas proposer systématiquement la vaccination. A la question : « Est-ce que par exemple vous le proposeriez à une jeune étudiante qui vient, une jeune fille ... ? », elle répond : « *Ah non ! Sûrement pas. A moins qu'elle me le demande, qu'on en parle, qu'on explique, qu'elle me demande conseil, là bien sur je vais lui donner et je vais pas lui dire faut faire ou pas, je lui donnerai les deux* » L. 165-169.

## **Connaissances des sages-femmes**

A chaque début d'entretien, des questions générales sur l'infection et le vaccin HPV étaient posées pour évaluer les connaissances des sages-femmes sur le sujet. Les sages-femmes ont fait preuve de connaissances solides avec parfois quelques oublis.

La principale confusion remarquée chez les sages-femmes concernait la transmission du virus. La grande majorité des sages-femmes répondaient « transmission sexuelle », hors par transmission sexuelle on entend qu'il y ait une « pénétration sexuelle » pour que le virus se transmette. Sauf que le virus se transmet par simple contact avec les muqueuses, ce qui confère une transmission plus facilitée.

Le deuxième manque de connaissances portait sur le schéma vaccinal. Les sages-femmes savaient toutes pour la plupart qu'il y avait deux vaccins, la différence entre les



deux mais confondaient régulièrement quand il était possible de faire deux doses ou trois doses.

Ce « manque » de connaissances peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes ont peu de patientes pour le suivi gynécologique de prévention et surtout très peu d'adolescentes. La majorité des patientes qu'elles ont pour un suivi gynécologique de prévention étaient des femmes qu'elles avaient suivies pendant la grossesse et à qui elles ont proposé de continuer avec leur suivi gynécologique de prévention.

Elles témoignent : « *J'en vois pas beaucoup. C'est pour ça qu'on est un peu faussées, on fait pas encore beaucoup de gynéco* » (Laura L. 233-234) ; « *J'ai très peu ... en suivi gynéco, j'ai très peu de très jeunes filles donc on est souvent au-delà des moments possibles de prescription* » (Marion L. 26-27).

Flora pense que les sages-femmes doivent être les praticiens de premier recours concernant le suivi gynécologique : « *Et je pense que ça relève de nos compétences. Le seul soucis c'est qu'on draine pas énormément de petites jeunes quoi. Il faudrait que ça s'ébruite un peu, justement parce qu'on leur explique vachement mieux que les gynécos, sans porter la pierre aux gynécos mais ils ont pas le temps non plus* » L. 268-271.

La démographie des sages-femmes s'accroît par rapport à celle des gynécologues médicaux (estimé à 600 praticiens autour de 2020). Depuis 2001, les sages-femmes libérales sont en constante augmentation : + 7.1% par an en moyenne depuis 2001 (+9.8% entre 2011 et 2012). En 2012, il y avait exactement 3842 sages-femmes en exercice et 4990 en 2014 selon le Conseil national de l'ordre des sages-femmes (Site [www.ansfl.org](http://www.ansfl.org)). Il serait donc intéressant de laisser cette consultation de suivi gynécologique aux sages-femmes et d'orienter les jeunes filles vers les gynécologues médicaux en cas de pathologie.

Le dernier manque de connaissances portait sur les risques que peuvent encourir les hommes avec l'HPV. Plusieurs sages-femmes ont répondu la même chose qu'Audrey : « *ça c'est une bonne question. Ça ne doit rien donner sinon on le saurait* » L. 91-92. La publicité faite au vaccin prône la prévention du cancer du col de l'utérus chez la femme, mais jamais les risques chez l'homme ne sont cités. Pourtant les informations sur le web ne cachent pas que les hommes encourrent un vrai risque eux aussi avec l'HPV : ils peuvent avoir des condylomes également, des cancers du pénis, de l'anus et les cancers oro-pharyngés.

Une constatation a été faite par de nombreuses sages-femmes sur le remboursement du vaccin. Il est pris en charge à 65% par la sécurité sociale et le reste par les complémentaires santé. Or il est rappelé que la diminution de l'incidence des cancers du col de l'utérus est un objectif de santé publique, et naturellement certaines sages-femmes étaient persuadées qu'il était remboursé à 100%. C'est le cas de Flora : « *Ouai j'aurais pensé que c'était 100% comme une grosse campagne* » L. 105 ; de même pour Mathilde : « *Je dirais que c'est pris en charge en totalité pour cette indication-là* » L.82.

De plus, Caroline a fait remarquer lors de son entretien le coût de ce vaccin, sachant qu'il y a au moins deux voire trois doses, que c'était très cher et que ce n'était pas logique, pour elle, que ce ne soit pas remboursé à 100%. En effet, le vaccin Gardasil® coûte 123.44€ par injection et le Cervarix® coûte 111.52€ par injection (Site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)). Caroline est donc confortée dans son idée que ce vaccin est rentable pour le laboratoire qui l'a conçu et que les histoires de prévention ne sont qu'une excuse pour pouvoir vendre le vaccin.

Marion a mentionné dans son entretien une étude faite en Australie et prouvant qu'il existe une immunité croisée grâce à la vaccination contre l'HPV : « *Là où je trouve l'expérience Australienne intéressante c'est dans la mesure où ils pensent qu'il y a des protections croisées, eux comme ils vaccinent tout le monde on peut dire que ça fait de toute façon baisser aussi de façon générale les autres types d'HPV dans la population générale [...] Je me dis la fille qui est vaccinée en France elle va de toute façon croisées beaucoup plus de HPV que l'Australienne quoi. Elle a peu de chance puisque finalement elle va coucher avec un gars ou une fille qui aura beaucoup moins de chances d'avoir de l'HPV quoi* » L. 459-465.

En effet, en Australie une étude de Tabrizi et al. (2014) suggère une immunité de groupe puisque le risque d'être infectées par les HPV vaccinaux était plus faible chez les jeunes femmes non vaccinées après l'introduction de la vaccination HPV en 2007 que celui des jeunes femmes en période pré-vaccinale et ceci avec un taux de couverture vaccinale auto-déclaré à trois doses de 70.6%. Il a été montré une diminution de la proportion de condylomes entre 2007 et 2011 chez les hommes hétérosexuels âgés de 30 ans ou moins, plus marquée chez les hommes âgés de moins de 21 ans où elle est passée de 12.1% à 2.2% (la vaccination des garçons date de 2013). Cette baisse est attribuée à un effet d'immunité de groupe (HCSP, 2014).

Une autre étude réalisée en France en 2012 a mis en évidence des protections croisées observées dans les essais vaccinaux chez les femmes « naïves » avec les vaccins quadrivalent et bivalent. Il apparaît que le vaccin quadrivalent confère une immunité contre les lésions dues à l'HPV 31. Le vaccin bivalent, quant à lui, confère une immunité contre les lésions dues aux HPV 31, 33 et 45. L'analyse des résultats des essais vaccinaux pour des populations comparables montre que la protection contre les infections persistantes et les lésions associées à HPV 31, 33 et 45 est généralement plus élevée pour le vaccin bivalent que pour le vaccin quadrivalent. L'efficacité du vaccin bivalent était plus élevée que celle du vaccin quadrivalent contre les infections à HPV 31 à 77.1% pour le vaccin bivalent versus 46.2% pour le vaccin quadrivalent, à 79% pour HPV 45 versus 7.8%. Egalement contre les CIN de grade 2 ou plus associés aux HPV 33 à 82.3% pour le bivalent versus 24% pour le quadrivalent et à 100% pour HPV 45 versus 51.9% (HCSP, 2014).

## Conclusion

Les représentations des sages-femmes sont très ambivalentes face à la vaccination HPV. Elles reconnaissent pleinement l'intérêt et l'importance du vaccin HPV dans la prévention contre les lésions précancéreuses et le cancer du col de l'utérus.

Mais face à cette image très controversée de la vaccination dans notre pays, il est difficile de prendre part et de se positionner dans du pour ou contre la vaccination. La publicité faite à l'ensemble des vaccins est très effrayante et prône la méfiance plutôt que la confiance face à cette belle avancée médicale.

Malgré leurs propres convictions personnelles, les sages-femmes font preuve de professionnalisme et effectue pleinement leur rôle premier dans la prévention en informant correctement sur la possibilité de la vaccination contre l'HPV.

D'autres moyens de prévention ont été également proposés et ce, par l'intermédiaire d'une consultation gynécologique de prévention riche en outils et en contenu. Les sages-femmes font partie intégrante des praticiens de premier recours dans le parcours de santé de la femme et ont leur place dans la réalisation de ces consultations de suivi gynécologique de prévention.

Il reste cependant de nombreuses améliorations à faire étant donné le faible taux de jeunes filles vaccinées à ce jour. Une proposition systématique par l'ensemble des professionnels de santé de la vaccination HPV à toutes les jeunes filles augmenterait peut être leur chance d'être vaccinées et également proposer la vaccination aux garçons qui sont tout autant exposés à des risques de cancers.

Faire la promotion des sages-femmes dans le suivi gynécologique de prévention permettrait à des jeunes filles ou des femmes un suivi plus régulier mais également aux sages-femmes d'explorer l'ensemble de leurs compétences.

Une ouverture pertinente pour clore ce mémoire est proposée par une des sages-femmes interrogée, Laura : « *ça serait intéressant de faire une évaluation des pratiques sexuelles en rapport avec l'apparition des cancers oro-pharyngés* » L. 320-321.

## **Bibliographie**

**Arrêté du 8 août 2016** modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes

**Bardin L.** (Octobre 2013) « *L'analyse de contenu* », 2<sup>ème</sup> édition Quadrige Manuels

**Bory J-P, Graesslin O., Quereux C.**, « *Condylomes génitaux* », CNGOF, Volume 2007, p 27-42, publié le 12 décembre 2007

**Boulanger J-Ch.** « *Vaccination anti-HPV* » La revue sage-femme, Volume 6, n°4, p 188-191, 2007

**Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003** relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées

**Code de l'éducation – Article L312-16** relatif à l'information et l'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées

**Code de la Santé Publique- Article L4151-1** relatif aux conditions d'exercice des sages-femmes

**Code de la Santé Publique- Article L4151-3** relatif aux compétences des sages-femmes

**Comité d'orientation et de la concertation citoyenne sur la vaccination** « *Rapport sur la vaccination* », p.9-10, 30 novembre 2016

**Direction Générale de la Santé**, « *Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016* », p 21, Mars 2016

**Fonteneau Laure., Guthmann Jean-Paul, Lévy-Bruhl Daniel** « *Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles* » Institut de veille sanitaire, 2014

**Haute Autorité de Santé**, « *Commission de transparence* », Direction de l'évaluation Médicale, économique et de santé publique, Avis 2, 20 mars 2013

**Haute Autorité de Santé**, « *Rappel d'informations sur la vaccination contre les papillomavirus humains par le Gardasil* », Communiqué de presse, 6 décembre 2013

**Haut Conseil de la Santé Publique**, « *Vaccination contre les infections à papillomavirus humains* », Avis et Rapports, 10 juillet 2014

**Haut Conseil de la Santé Publique**, « *Utilisation du vaccin hexavalent HEXYON® destiné à la primo-vaccination et à la vaccination de rappel des nourrissons contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et les infections invasives à Haemophilus influenzae* », Avis et rapports, 20 février 2015

**Institut National du Cancer**, « *Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale* », Recommandations et référentiels, Décembre 2016

**Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Site internet de l'Assurance Maladie : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) consulté le 1<sup>er</sup> mars 2017

Site internet de l'Association nationale des sages-femmes libérales : [www.ansfl.org](http://www.ansfl.org) consulté le 4 mars 2017

Site internet du Centre hospitalier régional universitaire de Lille : [www.biologiepathologie.chru-lille.fr](http://www.biologiepathologie.chru-lille.fr) consulté le 20 décembre 2016

Site internet de l'European Research Organisation on Genital Infection and Neoplasia : [www.eurogin.com](http://www.eurogin.com) consulté le 27 février 2017

Site internet de l'Agence européenne du médicament : [www.europa.ema.eu](http://www.europa.ema.eu) consulté le 27 février 2017

Site internet de la Haute Autorité de Santé : [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr) consulté le 16 septembre 2016

Site internet de l'Université de Caen : [www.oncoprof.net](http://www.oncoprof.net) consulté le 26 avril 2016

Site internet d'informations sur l'HPV : [www.papillomavirus.fr](http://www.papillomavirus.fr) consulté le 20 mars 2016

Site internet de l'Institut Pasteur : [www.pasteur.fr](http://www.pasteur.fr) consulté le 20 mars 2016

Site internet de la Revue médicale suisse : [www.revmed.ch](http://www.revmed.ch) consulté le 1<sup>er</sup> mars 2017

Site internet officiel de l'Administration Française : [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr) consulté le 28 février 2017

# **Annexes**

**I** : Grille d'entretien

**II** : Résultats de l'étude : Représentations de la vaccination en général, du vaccin HPV, du frottis cervico-utérin et de la sexualité

**III** : Résultats de l'étude : Consultation de suivi gynécologique de prévention

**IV** : Résultats de l'étude : Connaissances des sages-femmes

**Annexes sur CD** : Entretiens retranscrits

## ANNEXE I

	Vaccination en général	Vaccination HPV
Connaissance des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compétences sur la prescription et la réalisation de la vaccination</li> <li>- Pratique de la vaccination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection HPV : mode transmission, symptômes, risques, prévention</li> <li>- Vaccin HPV : schéma vaccinal, 2 vaccins, prise en charge sécurité sociale, efficacité, formation initiale et continue</li> </ul>
Perception du vaccin HPV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentation et définition du vaccin en général</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intérêt du vaccin</li> <li>- Avantage/inconvénients</li> <li>- Controverse HPV</li> <li>- Nouvelles opinions ?</li> <li>- Et chez l'homme ?</li> </ul>
Moyens de préventions véhiculés		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informations fournies/Documentation</li> <li>- FCU</li> <li>- Préservatif</li> <li>- Proposition vaccin :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lequel ?</li> <li>- A qui ?</li> <li>- A quel moment ?</li> </ul> </li> <li>- Autres ?</li> </ul>

Données générales : âge, secteur d'activité (libéral ou hospitalier), nombre d'années d'exercice

## Représentations

	Représentations											
	Vaccination générale			Vaccination HPV				Frottis cervico-utérin		Sexualité		
	Progrès médical	Incertitude laboratoires	Schéma vaccinal discuté	Bénéfique	Incomplète	Illusion d'être protégé	Intérêt chez l'homme	Patiente	Professionnel	Sujet tabou	Evolution des pratiques	Education à la sexualité
Célia	L. 18-20 L. 23-27	L. 138 ; L. 140-143 ; L. 149-151		L. 111-113 ; L. 117-118					L. 252-253	L. 216-218 ; L. 260-262	L. 151-152	
Christine	L. 21-22	L. 124-127 ; L. 134-135	L. 138-152 ; L. 212-213		L. 52-54 ; L. 165-166 ; L.168-169		L. 205-206		L. 85-86 L. 175			
Lisa	L. 43-44		L. 45-46 ; L. 48-49	L. 218-219	L. 177-178		L. 180-182	L. 254-255	L. 257-260			
Laura	L. 12			L. 74-75		L. 75-80 ; L. 311-313	L. 124-125	L. 205-207			L. 115-120 ; L. 175-177 ; L.265-267 ; L. 320-321	L. 242-244
Corinne	L. 12	L. 172-173 ; L.191-193		L. 133	L. 129 ; L. 157-159	L. 134	L. 98-99 L. 306				L. 57 ; L. 241-242	
Catherine	L. 14		L. 16 ; L.18 ; L.20-23	L.33 ; L. 165-167	L. 153-156	L. 153-156	L. 194-196	L. 118-120	L. 122-123 ; L. 145-148	L302 ; L. 304-305		
Marion	L. 18-19			L. 56-64 ; L. 410-415 ; L. 459-465 ; L. 441-443			L. 468-469 ; L. 471-475	L. 540-541	L. 254-256 L. 271-273 L. 298-300			L. 85-88 L. 537 L. 541-546
Flora	L. 11	L. 157-158 L. 160-162		L. 119-121 ; L. 136-137 ; L. 143-145 ; L. 182-183			L. 187					L. 248-250
Caroline	L. 19-20	L. 26-31 L. 148 ; L.156-157 ; L. 159-160	L. 22-24		L. 97-100 L. 238-240	L. 104-108 ; L. 110-113	L. 269-271	L. 338-339 ; L.343-346 ; L348-349 ; L357-360 ; L. 367-368	L. 312-313 L. 332-336			L. 240-242 ; L. 447-480 ; L. 487-489
Mathilde	L. 13-15		L. 15-17	L. 92-94 L. 96-98 ; L. 101-102 ; L. 125-126			L. 129-131	L.171				L. 197
Audrey	L. 13	L. 15-18		L. 140-141 ; L. 160-162			L. 171-178		L. 280-282			



## ANNEXE III

### Consultation gynécologique de prévention

Organisation				Contenu			
	Consultation adaptée et personnalisée	Outils pédagogiques	Globale et complète	Hygiène	IST	Contraception	Rappels anatomiques
<b>Célia</b>	L. 190	L. 244-247 L. 255			L. 217-218		
<b>Christine</b>	L. 168-169 L. 173			L. 188-189 L. 220-221 L. 222-225 L. 296-297	L. 50		
<b>Lisa</b>	L. 274-275			L. 153-154 L. 233-235	L. 148 L. 150-151		
<b>Laura</b>	L. 183-184, L. 190-191 L. 196-199, L. 251-254 L. 242-244	L. 185-186			L. 242-244 L. 165-166		
<b>Corinne</b>	L. 266-271				L. 226-227		
<b>Catherine</b>	L. 256-263	L. 227, L. 230-234 L. 290-293	L. 201-206		L. 220-224 L. 216	L. 220-224	
<b>Marion</b>	L. 525-526	L. 521-523, L. 527-528 L. 530-532	L. 85-88		L. 510-513		
<b>Flora</b>		L. 237-241	L. 96-98 ; L. 205 L. 233-235		L. 225-227	L. 92-93 ; L. 237-241	L. 237-241
<b>Caroline</b>	L. 209-211 ; L. 284-285	L. 449-450			L. 307-308	L. 452-455	L. 449-450 ; L. 452-455
<b>Mathilde</b>	L. 156-157	L. 186-189, L. 197	L. 176-183		L. 176-183	L. 176-183	L. 176-183
<b>Audrey</b>	L. 260-261		L. 212		L. 246-248	L. 260-261	

## ANNEXE IV

Connaissances			
	Manque		Actualisées
	Infection HPV	Vaccin HPV	
<b>Célia</b>	L. 50 L. 60	L. 157-160	L. 50-51 L. 83-84
<b>Christine</b>	L.42	L. 55-56 ; L. 60-61	
<b>Lisa</b>			L. 82-89 ; L. 103 ; L. 156-158
<b>Laura</b>	L. 20 ; L. 22 ; L. 30-31		L. 24
<b>Corinne</b>			L. 44-45 ; L. 47-48 ; L. 59-61 ; L. 64-66 ; L. 75-76 ; L. 332-335
<b>Catherine</b>	L. 41 ; L. 55-56		L. 41-46 ; L. 70-72
<b>Marion</b>			L. 30-32 ; L. 34-35 ; L. 46 ; L. 72-73 ; L. 105-106 ; L. 225-233
<b>Flora</b>	L. 57	L. 105 ; L. 209-210 ; L. 214-215	L. 32-34 ; L. 36-37 ; L. 44-47
<b>Caroline</b>	L. 59 L. 78-79	L. 116-117 L. 165-166 L. 169-170 ; L.175	L. 115
<b>Mathilde</b>	L. 39-40 L. 49	L. 72-74 L. 80-82	L. 35-38 ; L. 43-46 ; L. 59-63 ; L. 65-67 ; L. 69
<b>Audrey</b>	L. 91-92	L. 116-117	L. 62-65 ; L. 73-74 ; L. 83-85

## Résumé

**Introduction** : Le vaccin contre l'infection à papillomavirus humains (HPV) fait partie de la prévention contre les lésions cancéreuses et précancéreuses du col de l'utérus, couplé au frottis cervico-utérin. Depuis 2009, les sages-femmes ont la possibilité de pratiquer cette vaccination dans le cadre de la consultation de suivi gynécologique de prévention. La problématique est d'étudier les représentations des sages-femmes concernant la vaccination contre l'HPV et d'étudier l'influence sur la pratique et la prévention faite contre l'HPV.

**Matériel et méthode** : L'étude repose sur onze entretiens semi-directifs de quinze à quarante minutes sur des sages-femmes pratiquant du suivi gynécologique de prévention. Différents paramètres ont été évalués comme les connaissances des sages-femmes, les perceptions de la vaccination en général et de la vaccination HPV ainsi que les moyens de préventions véhiculés aux patientes. Les entretiens ont été intégralement retranscrits et les données dégagées à l'aide de grands thèmes abordés par les sages-femmes.

**Résultats** : Les représentations des sages-femmes face à la vaccination HPV restent très ambivalentes, identiques à l'image de la vaccination en général en France. L'intérêt de ce vaccin est reconnu par l'ensemble des sages-femmes avec toutefois quelques inconvénients.

**Conclusion** : Peu importe leurs représentations personnelles, les sages-femmes font preuve de professionnalisme et respecte leur devoir principal qui est celui d'une information de cette vaccination pour la prévention du cancer du col de l'utérus.

***Mots clés*** : Papillomavirus, vaccin HPV, suivi gynécologique de prévention

**Introduction** : The human papillomavirus vaccine is a part of prevention of cervix cancerous and precancerous lesions, together with cervical smear. Since 2009, midwives have been able to practice this vaccination during the preventative gynecological care. The study's issue is to determine midwives' HPV vaccination representation and to study the influence on practice and prevention against HPV.

**Methods** : The study is based on eleven 15 minutes to 40 minutes interviews with midwives who practice preventative gynecological care. Different parameters were assessed such as midwives' knowledge, general and specific to HPV vaccination perception, and means of prevention given to patients. These interviews were fully transcribed, and the data were identified with gender words and expressions, and with themes mentioned by midwives.

**Results** : Midwives' HPV vaccination representations are very ambivalent, just like vaccination representation in general in France. The interest of this vaccine is recognized by all midwives, however they see some inconveniences.

**Conclusion** : Whatever their personal representations, midwives are professional and respect their main duty which is giving information about this vaccination for cervix cancerous prevention.

***Keywords*** : Papillomavirus, HPV vaccine, preventative gynecological care