



HAL
open science

Pratiques et opinions des médecins généralistes face à la vaccination contre le papillomavirus : une étude transversale descriptive dans les Alpes-Maritimes, Var et Corse

Alexiane Kremeurt

► To cite this version:

Alexiane Kremeurt. Pratiques et opinions des médecins généralistes face à la vaccination contre le papillomavirus : une étude transversale descriptive dans les Alpes-Maritimes, Var et Corse. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01976053

HAL Id: dumas-01976053

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01976053>

Submitted on 9 Jan 2019

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

**Pratiques et opinions des médecins généralistes face à la vaccination
contre le papillomavirus
Une étude transversale descriptive dans les Alpes-Maritimes, Var et Corse**

Soutenue et présentée publiquement à la faculté de médecine de Nice

Le 19 Octobre 2018

Par

KREMEURT Alexiane
Née le 3 Mai 1990 à Marseille (13)
Interne de D.E.S. de Médecine Générale

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE, Président du jury

Monsieur le Docteur David DARMON, Assesseur

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI, Assesseur

Madame le Docteur Mélanie FRIGENZA, directrice de thèse

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA Jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jérôme DELOTTE,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury et pour votre enseignement car j'ai beaucoup appris à vos côtés. Votre dévouement et votre gentillesse envers vos patientes forcent le respect. Trouvez ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Au Professeur Pascal STACCINI,

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Trouvez ici le témoignage de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur David DARMON,

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Trouvez ici le témoignage de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Mélanie FRIGENZA,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour ton aide et tes précieux conseils au cours de ce travail. Merci pour tout ce que tu m'as appris au cours de mon stage et pour ta gentillesse. Merci de m'avoir transmis ta passion pour la gynécologie et pour les pathologies du col. Tu es une gynécologue talentueuse que j'admire profondément mais également une chef incroyable, juste et très pédagogue qui sait dire ce qui ne va pas mais également ce qui est bien.

Je ne te dirai jamais assez merci pour m'avoir pris sous ton aile.

A ma famille...

A mes parents... Je suis consciente que sans votre soutien, votre amour, votre patience je n'en serai pas là aujourd'hui. Je sais que tant que vous serez là, je ne serai jamais seule. Merci de m'avoir inculqué ces valeurs et ces principes qui font de moi la femme et le (futur) docteur que je suis. J'espère un jour arriver à votre hauteur, vous êtes mon exemple. Merci de me soutenir dans tout ce que j'entreprends. Cette thèse, elle est pour vous. Je vous aime.

A mon frère et ma sœur, la prunelle de mes yeux. Merci d'être dans ma vie, vous me rendez fière chaque jour un peu plus.

A toi Stéphane, par ton calme, ta gentillesse, ton intelligence, ta loyauté et ton courage. Il est loin le temps où je venais à ta rescousse dans la cour de l'école parce qu'on te volait ton ballon !

A toi Caroline, mon « bébé », par ta détermination, ta volonté, ta vivacité d'esprit, ta force et ta gentillesse. Tu as grandi tellement vite...

Je suis tellement fière d'être votre grande sœur. Je veillerai toujours sur vous. Je vous aime infiniment.

A mon papi bien aimé à qui je pense souvent et qui, j'en suis sûre, veille sur moi de là haut.

A mon oncle Dany, toujours présent. Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance.

A la famille Castro, vous êtes l'exemple prouvant que parfois les liens du cœur sont aussi forts que les liens du sang. Vous êtes la famille que l'on a choisie.

A Annick et Jean, qui avez toujours été chaleureux, accueillants et gentils avec moi, à Maelle qui ira loin dans sa vie, que ce soit professionnellement ou personnellement car tu es une fille incroyablement déterminée et à Audrick.

A mes Amis Marseillais...

A ma fougère que j'aime tant, depuis toutes ces années. Aucune soirée médecine de loupée et on n'en est pas peu fière !! Notre amitié a débuté autour d'un verre de Vodka et se poursuit aujourd'hui encore autour de pintes de bières (à bitcher lol). Tous ces souvenirs en commun qui me viennent en tête mais qui sont tellement nombreux que je ne pourrai pas les citer !! On en a vécu des tas de choses ensemble...

D'aussi loin que je me souviens, malgré nos hauts et nos bas, tu as toujours été présente pour moi. Tu es un pilier de ma vie. Sans toi, elle serait d'ailleurs bien triste !!

A notre amitié que je ne changerais pour rien au monde.

A ma Anne so qui est comme ma sœur. Tu es une femme tellement belle de l'intérieur comme de l'extérieur. Tu es une personne bienveillante, toujours présente pour les autres. Je ne pourrai jamais imaginer ma vie sans toi.

Je t'ai vu grandir ces dernières années, tu me surprends toujours un peu plus. La première fois est quand je me suis rendue compte que malgré ton petit gabarit fallait clairement pas se frotter à toi parce que « ASB c'est une p***** de femme de caractère » !! Je sais que notre amitié est inébranlable et j'y compte bien parce que t'es clairement pas prête de te débarrasser de moi !

A Camille. Malgré cette année de « rupture », je dois quand même avouer que ton amitié m'est précieuse. Et puis, il faut le dire, tu es quand même la personne avec laquelle j'ai eu mes plus gros fous rires (innombrables !!!) et tu es quand même la fille que je connais à laquelle il arrive le plus de choses improbables ! Garde ta folie, ton sourire et ton insouciance, cela te rend unique.

A ma Julie, passionnée de shopping comme moi ! L'exemple de la « vraie fille » par excellence, brillante, gentille. Merci pour tous les bons moments passés ensemble !!

A ma Duclette, à la gwada lol à nos années de folie, de rigolade (la mythique Stéphanie AS pro de la bétadine) et de travail acharné. Prends confiance en toi parce que si tu te voyais à travers mes yeux, tu verrais à quel point tu es une fille incroyable !

A Sarah, petit bout de femme, personnage surprenant, mais tellement attachante et toujours présente pour les autres.

A ma Gaby, la vraie marseillaise au grand coeur, chilleuse de l'extrême lol que de bons souvenirs à tes côtés également !

A Lola, première maman de notre groupe... Folles de potins et des tentatives meetic de l'échec mais surtout une Amie chère à mon coeur... Tu seras une maman au top j'en suis certaine.

A Chloé, que j'ai hâte de retrouver à Nice très bientôt ! Merci pour ces nombreuses heures de cours ensemble et tous ces moments de rires qu'on a partagé. Tu m'as manqué.

A mes boys de ma team Marseillaise. A carbobo (carbobo c'est le plus bôôô !), Zabern (pose ton champ' au son à 4heures du mat'), Bénich (le juif mangeur de bacon), Axel (nettoyééééé, balayééééééééé, astiquééééé), à Paneuf (premier papa de la bande, ce n'est pas rien !!), à Amin (le 100% à Nice) et à mon Aziz à qui je pense très fort ce soir car tu deviens Docteur en même temps que moi.

A mes compères Ventre et Quentin, à leur coloc de fou furieux dans laquelle j'ai souvent trouvé refuge. Vous me manquez.

A mon Chick Chick, repère Marseillais au milieu de cette tempête niçoise. T'es un mec au top. Le seul qui finalement comprend quand je dis « payotte », la famille quoi !

A mes Amis Niçois...

A Tiphaine... Quand la Corse rencontre Marseille... Et quelle rencontre !! Mon internat n'aurait pas été le même sans toi. J'ai trouvé une Amie sincère en toi, j'ai beaucoup de chance d'avoir croisé ta route et crois-moi que peu importe l'endroit, je ne compte pas te lâcher !

Cet internat, on l'aura bravé ensemble avec de nombreuses joies et bons moments à tes côtés, on aura souffert ensemble pour cette préparation de thèse... Je sais à quel point tu es avec moi ce soir, rendez-vous dans quelques jours pour le deuxième round pour lequel je serai à fond avec toi à mon tour (passer sa thèse une fois c'est déjà beaucoup, mais deux fois n'en parlons pas !!).

Je te souhaite beaucoup de bonheur et d'aventures, notamment Australiennes. Je n'ai absolument aucun doute sur le fait que tu seras une urgentiste formidable et que tes patients auront beaucoup de chance de tomber sur toi.

A ma Jen adorée. Maman exemplaire, urgentiste brillante, amie incroyable. Tu as tout pour toi. A nos séances d'aquabike, à tes histoires improbables, toujours positive, toujours le sourire, ta compagnie est un véritable plaisir !

Un bisou à ta magnifique fille et à Andy.

A Nico, complètement barré mais tellement attachant et drôle, adopté Marseillais, la famille aussi quoi !

A Marie, neurochir à l'hôpital, femme fatale dans la vie, à Nathalie ma co-survivante, une rencontre en OR, il manque le temps des pauses « maytea », à la belle Anouchka également une superbe rencontre avec qui je passe toujours de bons moments, à Bérénice et Henri une des premières rencontres Niçoises que j'apprécie toujours de retrouver autour d'un verre et à mon Pierrot, ma première rencontre niçoise qui aurait dû recevoir une médaille pour avoir su me supporter pendant 6 mois lol.

A mes orthopédistes préférés avec qui j'ai passé de nombreuses heures au CCOA dans la bonne humeur grâce à vous, à Coincoin femme chirurgien au milieu des orthopédistes mais plus couillue que certains hommes, à Hugo qui m'a beaucoup appris et à Tristan toujours de bonne humeur.

A ma team de Pasteur, mes co-internes warrior, à Lyson la ch'tite du Nord, à Diane la passionnée, au Pr Lepine du CCOA, à Will le tombeur de ces dames, à la paire petit et grand toto, à Sam la force tranquille, à Axel (merci pour le listing ;)) et bien sur à Céline ma directrice de vie !!

Au service de gynéco de Clavary ; merci à Raimond, Marie touffe et Kéké qui ont eu le courage de me supporter pendant cette préparation de thèse mais avec qui j'ai partagé de bons moments, merci à Nanou, Coco et Isa qui sont les deuxièmes mamans des internes, merci pour votre gentillesse, merci à Paula, Steph, Leila, Céline et toute la bande pour votre bonne humeur quotidienne, merci à Alexandra, tu es un véritable rayon de soleil (« tu t'ennuies ? ») et un immense merci à Anne Sophie Azuar que j'admire véritablement, vous êtes une chef en or et une femme d'une gentillesse exemplaire, j'espère vraiment avoir de nouveau l'occasion de travailler avec vous dans le futur. Merci au Dr Vergnet, Reboul, Tiberghien, Fontanarosa, Achor pour votre enseignement et votre gentillesse.

A Caroline, Aurore et Noémie qui auront contribué à ma survie on ne dira pas où ;)

A Yann...

Et bien sur, merci à toi... Mon doudou, mon jackie doudou love, mon tout... Sans qui ma vie ne serait pas aussi merveilleuse que ce qu'elle est.

Merci d'embellir mon quotidien par ta simple présence à mes côtés.

Merci de m'avoir soutenu, relu, aidé à l'écriture de cette thèse.

Merci de croire en moi.

Merci pour ces années et surtout celles à venir... A toutes ces choses qui nous restent à vivre ensemble !

A notre plus grande aventure qui aura finalement consisté à partir à 200 km de chez nous en direction de la Côte d'Azur... Et quelle aventure !

Tu seras un chirurgien incroyable je n'en ai aucun doute, je suis tellement fière de toi.

Rendez-vous dans quelques mois pour te voir devenir Docteur à ton tour (la sacro-illiaque c'est l'avenir !).

Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	9
ABREVIATIONS	16
INTRODUCTION	17
MATERIEL ET METHODE	22
A. Objectifs	22
B. Recueil des données	22
C. Méthodes d'analyses	24
RESULTATS	25
A. Détail des effectifs	25
B. Caractéristiques de la population étudié	25
C. Application des recommandations vaccinales concernant le vaccin contre le papillomavirus	27
D. Habitudes de dépistage par frottis cervico-utérin	29
E. Connaissances des patientes au sujet du papillomavirus selon leurs praticiens	31
F. Opinions des médecins généralistes	31
G. Analyses statistiques	34
DISCUSSION	38
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	55
SERMENT D'HIPPOCRATE	61
RESUME	62

ABREVIATIONS

AIS : Adénocarcinome In Situ

CIN : Néoplasie Intra-épithéliale Cervicale

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DTPolio : Diphtérie Tétanos Poliomyélite

FCU : Frottis Cervico Utérin

FMC : Formation Médicale Continue

HPV : Human Papilloma Virus

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MSU : Maitre de Stage Universitaire

ROR : Rougeole Oreillon Rubéole

VHB : Vaccin contre l'Hépatite B

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin le plus fréquent dans le monde et le dixième cancer de la femme en France (1). On compte environ 3 000 nouveaux cas par an et 1080 décès par an en France en 2017 (2). Il fait partie des types de cancers évitables pouvant être prévenus et dépistés à un stade précoce grâce au frottis cervico-utérin (FCU) et représente de ce fait, un enjeu majeur de santé publique.

A l'heure actuelle, on sait que plus de 99% des cancers du col de l'utérus sont dus à une infection par le papillomavirus (Human Papilloma Virus, HPV) (3) dont la persistance dans le temps représente le facteur de risque majeur de ces cancers (4).

On distingue environ 120 types d'HPV différents. Une quarantaine de ces virus peut infecter les organes génitaux et parmi eux, on distingue douze types d'HPV dits oncogènes ou à haut risque : HPV de type 16 /18 /31 /33 /35 /39 /45 /51 /52 /56 /58 /59 qui sont responsables de 90% des cancers du col de l'utérus (4,5).

Les types 16 et 18 se distinguent par leur plus grande capacité cancérogène (4) ; en effet, 71% des cas de cancers du col de l'utérus leurs seraient attribuables (5,6). Parmi les types dits à bas risque, les types 6 et 11 sont responsables de près de 90% des condylomes (4,5).

De manière générale, l'infection par HPV se fait par voie sexuelle ; elle est le plus souvent transitoire et sans conséquence clinique. Dans certains cas, cette infection persiste et occasionne des lésions au niveau du col de l'utérus (lésions intraépithéliales de bas ou haut grade) qui peuvent, évoluer vers un cancer du col de l'utérus en dix à treize ans (7).

Outre le col de l'utérus, les HPV oncogènes peuvent également infecter d'autres organes, comme le vagin, la vulve chez la femme, le pénis chez l'homme, l'anus et la sphère oropharyngée (oropharynx, cavité buccale et larynx) dans les deux sexes.

Il est établi que les HPV de type 16 et 18 contribuent largement au développement des cancers dans ces sites pour 84,5% des cancers anaux, 63,7% des cancers du vagin, 72,6% pour la vulve, 70,1% pour le pénis (4) et 85% (5) des cancers de la tête et du cou parmi les 30% causés par HPV.

On estime que les HPV de type 16 et 18 seraient responsables à eux seuls de 460 000 cancers et que les 12 types oncogènes ou à haut risques seraient responsables de 570 000 cancers soit respectivement 72% et 90% de tous les cas de cancers attribuables au papillomavirus dans le monde, tous sites confondus (5).

Initialement, le dépistage contre le cancer du col de l'utérus était individuel et consistait à réaliser un FCU chez toutes les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans, tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle.

L'adhésion de la population au dépistage cervico-utérin individuel est insuffisante. On estime que seulement 60% des femmes se font dépister à un rythme suffisant. Le plan Cancer 2014-2019 a pour but d'inscrire le dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU dans le cadre d'un dépistage organisé pour toutes les femmes de 25 à 65 ans en ciblant les populations les plus vulnérables dans le but d'obtenir un taux de couverture du dépistage dans la population cible de 80% à terme (8).

Dans le cadre d'une démarche de prévention primaire, deux vaccins ont été commercialisés en France : le Gardasil (2006), et le Cervarix (2007). Le Gardasil est un vaccin quadrivalent permettant une protection contre les HPV de 16 /18 /6 /11 et le Cervarix est un vaccin bivalent permettant une protection contre les types HPV 16 /18.

Depuis Septembre 2018, un nouveau **vaccin nonavalent** « Gardasil 9 » est commercialisé en France. Ce dernier protégera contre les HPV de type 6 /11 /16 /18 /31 /33 /45 /52 /58.

On estime que 460 000 cancers liés à l'HPV dans le monde pourraient être évités grâce à la vaccination préventive dont 370 000 cas de cancers du col de l'utérus (4).

Sur une base d'efficacité supposée et une couverture vaccinale de 100%, un programme de vaccination complet pourrait entraîner une réduction de 76% des décès liés au cancer du col de l'utérus (9).

On estime qu'une couverture vaccinale de 80% permettrait d'éviter 60% des cancers du col de l'utérus (9), sans tenir compte des avantages potentiels d'une immunité collective (5,10–12).

A ce jour, il est établi que la protection contre les HPV de type 16 et 18 seuls, correspondant à la protection du vaccin Cervarix, amène une diminution de 70% du risque de cancer du col de l'utérus (1).

De plus, il est admis que les vaccins apportent une protection croisée par mimétisme moléculaire contre d'autres types d'HPV, comme les types 45 et 31 phylogénétiquement proche des types 18 et 16 respectivement (13)(1).

La **vaccination bivalente** permet de réduire de 99% les lésions de néoplasie intra-épithéliale cervicale (CIN) 2+, de 100% les lésions CIN 3+ et les adénocarcinomes in situ (AIS) causées par les HPV de type 16 et 18 et de 64,9% les lésions CIN2+, de 93,2% les lésions CIN3+ et 100% des AIS causés par tous types d'HPV chez des patientes naïves de toute infection (14,15).

Une étude a mis en évidence une protection par ce vaccin contre des types d'HPV oncogènes non ciblés par le vaccin Cervarix (types 31 /33 /35 /52 /58) qui causent 15% des cancers du col de l'utérus.

Son efficacité en prévention des lésions causées par ces types d'HPV a été évalué à 56,2% pour les CIN 2+ et à 91,4% pour les CIN3+ chez des patientes naïves (15).

Le vaccin Cervarix permet de prévenir 87,9% des cancers du col de l'utérus mais également 83,6% des cancers anaux liés aux HPV de type 16 et 18 (16).

L'efficacité de la **vaccination quadrivalente** en prévention des lésions précancéreuses CIN 2/3 ou AIS associés aux HPV de type 16 /18 a été évalué à 98,2% dans la population naïve et à 97,4% dans la population infectée ou non (17).

Pour les autres sites, son efficacité est évaluée à 96% pour les lésions précancéreuses vulvaires (VIN 2/3), 100% pour les lésions précancéreuses vaginales (VaIN 2/3) et 96% pour les condylomes associés aux HPV de type 6 /11 /16 /18 (18)(17).

Il diminue de 98% les néoplasies de haut grade liés aux HPV de type 16 et 18 (19).

L'efficacité du vaccin Gardasil sur tous les types d'HPV dans une population de femmes naïves est estimé à 29,9% sur les CIN 2/3, 74,6% sur les VIN 2/3, 49,2% sur les VaIN 2/3 et de 82,2% sur les condylomes (20).

Les **vaccins bi et quadrivalent** ont en revanche une influence modeste sur les lésions déjà présentes (1). En effet, des études ont montré que sur des patientes non naïves, l'efficacité du vaccin est moindre (44%) contre 98% chez des patientes naïves de toute infection (19). Entre 70 et 90% des cancers attribuables au papillomavirus pourraient être évités grâce à la vaccination universelle contre HPV (5).

A l'heure actuelle, la **couverture vaccinale en France est une des plus faible en Europe et dans le monde** (21,22). L'adoption vaccinale reste très décevante avec un taux de vaccination n'atteignant pas les 20% en 2017 tandis qu'elle atteignait 86% au Royaume Unis et 87% au Portugal, un taux de 42% aux Etats-Unis, 78% en Australie et 80% en Suède (9).

La vaccination contre le papillomavirus en France ne concerne actuellement que les filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus (23). On constate que dans la plupart des pays où la couverture vaccinale est élevée, comme les Etats-Unis, le Canada, l'Australie et l'Autriche, la vaccination contre le papillomavirus concerne également les garçons.

Les préoccupations communes françaises sont centrées sur l'innocuité des vaccins, leur sécurité à long terme, les interactions potentielles et sont marquées par un scepticisme sur les avantages sur la santé. Cette méfiance générale est renforcée par une mauvaise médiatisation de ces potentiels effets secondaires notamment en ce qui concerne le risque de maladies auto-immunes générant une véritable réticence à la vaccination de la part de la population Française (9,11,24,25).

On retrouve une corrélation entre les publications dans les médias et la baisse d'adhésion à la vaccination avec une diminution des doses de vaccins distribuées entre 2011 et 2012 ; date des premières publications dans les médias non professionnels (26).

De nombreuses études ont également évalué les risques d'effets secondaires à court et long terme de ces vaccins. Il n'a pas été retrouvé d'associations significatives avec des événements neurologiques, thromboemboliques, lupique ou de maladies auto-immunes (24,27–29).

Les médecins généralistes sont les principaux acteurs en matière de prescription de vaccins. Des études ont mis en évidence que les médecins traitants restaient la principale source d'informations pour les patientes (9,21,30). Les médecins généralistes ont un rôle crucial dans l'acceptation du vaccin contre le papillomavirus car ce sont eux qui prescrivent 90% des doses de ce vaccin (30).

La faible adhésion de la population au vaccin nous amène donc à nous demander s'il n'existerait pas un scepticisme des médecins généralistes en ce qui concerne la vaccination contre le papillomavirus (31).

Une étude réalisée en 2008 montrait une méfiance de la part des médecins généralistes envers le vaccin contre le papillomavirus du fait de son introduction trop récente et du manque de recul des effets du vaccin malgré un avis favorable sur les vaccins en général (32).

Une étude réalisée en 2015 retrouvait que 72,4% des médecins généralistes disaient recommander « toujours » ou « parfois » le vaccin contre HPV contre 19% en 2007 et 49% en 2010 (30,33)(9).

En revanche, 27% des médecins généralistes interrogés partageaient l'opinion selon laquelle certains vaccins sont inutiles ; fait inquiétant mais cohérent avec des études antérieures en France rapportant des taux de prévalence des doutes sur l'utilité des vaccins compris entre 22 et 37% chez les médecins (30).

Ces résultats, dans un contexte d'hésitation vaccinale majeure en France, nous amènent à nous interroger sur les pratiques et opinions des médecins généralistes face à la vaccination contre le papillomavirus.

MATERIEL ET METHODE

A. Objectifs

Notre étude a pour objectifs principaux :

- 1- Evaluer le taux de prescription du vaccin contre le papillomavirus par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires sont :

- 1- Evaluer les modalités de prescription du vaccin contre le papillomavirus : à quelles occasions, quel type de vaccin et justification du choix de prescription ;
- 2- Evaluer les connaissances des médecins généralistes en matière de prévention secondaire du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin ;
- 3- Evaluer les modalités de prescription du vaccin contre le papillomavirus en fonction de leurs caractéristiques démographiques et de leurs paramètres de formation ;
- 4- Evaluer l'état des connaissances des patientes d'après les médecins généralistes ;
- 5- L'opinion et les freins ressentis par les médecins généralistes à la vaccination contre le papillomavirus.

B. Recueil des données

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive.

L'étude est réalisée à partir d'un questionnaire en ligne qui recueille des données déclaratives et quantifiables.

La population d'étude concerne les médecins généralistes des Alpes-Maritimes (06), Var (83) et Corse (2A/2B).

La méthode de collecte des données s'est faite en ligne via un site internet dédié au questionnaire sur une période allant d'Avril à Juillet 2018.

Il a été réalisé en trois relances à un mois d'intervalle auprès de listing de courriels de médecins généralistes établis par des confrères et par recueil de courriels lors des envois de demandes de remplacements par les médecins généralistes.

Ont été inclus : les médecins généralistes installés, exerçant dans les Alpes-Maritimes (06), Var (83) et Corse (2A/2B).

Ont été exclus : interne de médecine générale et autres spécialités, médecins hospitalier, médecins exerçant hors du secteur.

Nous avons réalisé intégralement l'enquête : mise en place du projet d'enquête, élaboration du questionnaire, conception et mise en ligne, collecte des réponses, traitement des données, analyse et mise en page des résultats.

Le questionnaire comporte 29 questions dont deux ne concernent que les médecins généralistes réalisant eux même les frottis de dépistage de leurs patientes (Annexe 1).

Il se divise en huit sections :

1. Evaluation des caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et modalités d'exercice pour chaque médecin ;
2. Exploration des habitudes vaccinales de façon globale : Diphtérie Tétanos Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus influenza B, pneumocoque, méningocoque C, hépatite B, papillomavirus, grippe ;
3. Recommandations vaccinales concernant spécifiquement le vaccin contre le papillomavirus : fréquence de prescription et vaccination des hommes homosexuels ;
4. Evaluation des habitudes de dépistage par frottis cervico-utérin des médecins généralistes ;
5. Modalités de dépistage : section supplémentaire concernant la fréquence de réalisation des FCU et l'âge de début du dépistage pour les médecins réalisant eux même les frottis de leurs patientes ;
6. Habitudes vaccinales pour le vaccin contre le papillomavirus : vaccin prescrit et pourquoi, à quelles occasions, opinions et freins ressentis à la vaccination contre le papillomavirus ;
7. Connaissances des patientes sur le papillomavirus selon les médecins généralistes : connaissances jugées suffisantes, analogie avec le vaccin contre l'hépatite B ;

8. Arguments des médecins généralistes concernant la vaccination envers leurs patients et suggestions d'amélioration de la couverture vaccinale.

La conception mise en ligne et la collecte des réponses au questionnaire ont été effectuées à partir du logiciel de création de questionnaire en ligne Google Forms.

Les médecins généralistes ont rempli le questionnaire sur internet. Le lien était noté sur le mail d'invitation à répondre au questionnaire. Il y était également précisé que la réponse au questionnaire est anonyme.

A la fin de l'enquête, les réponses au questionnaire ont été exportées dans un tableau Excel afin d'être traitées à partir d'un logiciel de traitement statistique en ligne « biostat TGV ».

C. Méthodes d'analyses

Les variables qualitatives ont été décrites par les fréquences absolues (N) et relatives (%). Les résultats sont présentés en pourcentage dans des graphiques, ainsi qu'en fréquence et pourcentage dans des tableaux.

Une analyse univariée a été réalisée pour déterminer les facteurs associés à la prescription systématique ou non systématique du vaccin contre le papillomavirus en utilisant le test du Chi^2 ou de Fisher selon les conditions de validité.

Une valeur de $p \leq 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

RESULTATS

A. Détail des effectifs

Nous avons obtenu 121 réponses en fin de collecte.

Dix réponses ont été exclues car les médecins étaient hors du secteur (trois à Rabat, quatre à Marseille, un à Paris, un à Livourne, un à Bordeaux).

Notre échantillon final comprend donc 111 réponses à notre questionnaire provenant de médecins généralistes des Alpes-Maritimes, Var et Corse.

B. Caractéristiques de la population étudié

Concernant la population étudiée, il s'agit à 56,8% d'hommes, entre 30 et 50 ans (40,5%), exerçant depuis au moins 20 ans pour 52,2% d'entre eux.

75% de ces médecins travaillent en milieu urbain et 67% d'entre eux travaillent en groupe.

18% d'entre eux sont en possession d'un Diplôme Inter Universitaire (DIU) de gynécologie et ils sont 82% à se servir comme support de formation des Formations Médicales Continues (FMC) (82%) puis des revues médicales (76,6%), des congrès (40,5%) et des visiteurs médicaux (32,4%).

60,4% des médecins interrogés sont Maître de Stage Universitaire (MSU) ; c'est à dire qu'ils reçoivent des étudiants en stage dans leur cabinet.

Ces caractéristiques sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Caractéristiques	Catégories	N (%)
Sexe	Homme	63 (56,8)
	Femme	48 (43,2)
Age	< 30 ans	5 (4,5)
	30-50 ans	45 (40,5)
	50-60 ans	39 (35,1)
	>60 ans	22 (19,8)
Lieu d'exercice	Alpes-Maritimes	86 (77,5)
	Var	18 (16,2)
	Corse	7 (6,3)
Milieu d'exercice	Rural	36 (32,4)
	Urbain	75 (67,6)
Années d'exercice	<10 ans	34 (30,6)
	10-20 ans	19 (17,1)
	20-30 ans	29 (26,1)
	>30 ans	29 (26,1)
Pratique	Groupe	67 (60,4)
	Seul	44 (39,6)
MSU	Oui	67 (60,4)
	Non	44 (39,6)
Formation complémentaire	DIU de gynécologie	18 (14,9)
	Médecine alternative	12 (9,9)
	Autres	40 (33,1)
	Aucun	51 (42,1)
Mode de formation continue	FMC	91 (82)
	Congrès	45 (40,5)
	Revue médicale	85 (76,6)
	Visiteurs médicaux	36 (32,4)
	Autres : Internet	6 (5,4)
	Groupe de pairs	4 (3,6)
	Autres	5 (4,5)

N = nombre de médecins généralistes (N total = 111)

Les médecins interrogés prescrivent tous sans exception le vaccin contre la Diphtérie Tétanos et Poliomyélite (DTPolio), initialement le seul vaccin obligatoire jusqu'à la réforme du 1^{er} Janvier 2018.

Concernant les autres vaccins, on remarque que 92,8% prescrivent systématiquement le vaccin contre la coqueluche et contre la rougeole, oreillons et rubéole (ROR).

Les trois quarts des médecins prescrivent systématiquement le vaccin contre l'Haemophilus Influenza B (73%), contre l'hépatite B (74,8%) malgré sa controverse dans les années 1990 et le vaccin contre le papillomavirus à 71,2%.

Les vaccins contre le pneumocoque et le méningocoque C font partie des vaccins les moins prescrits par les médecins généralistes interrogés (65,8% pour les deux vaccins).

Le vaccin contre la grippe n'est prescrit systématiquement par les médecins qu'à 36,9% (Tableau 2).

Tableau 2. Vaccins systématiquement recommandés par les médecins généralistes

Caractéristiques	Catégories	N(%)
Vaccins recommandés systématiquement chez toutes les patientes	Diphtérie Tétanos Poliomyélite	111 (100)
	Coqueluche	103 (92,8)
	Haemophilus Influenza B	81 (73)
	Hépatite B	83 (74,8)
	Pneumocoque	73 (65,8)
	Méningocoque C	73 (65,8)
	Rougeole Oreillon Rubéole	103 (92,8)
	Papillomavirus	79 (71,2)
	Grippe	41 (36,9)

N = nombre de médecins généralistes (N total = 111)

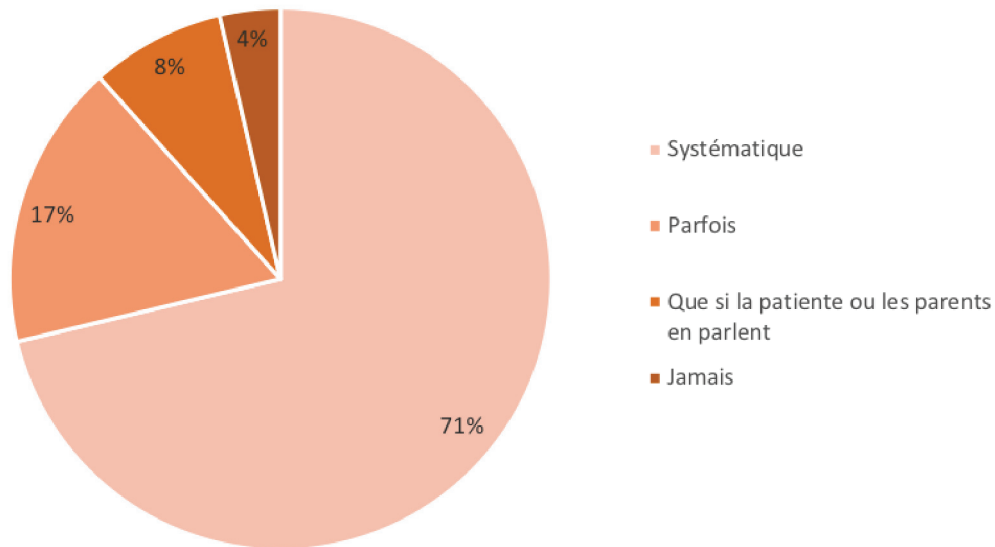
C. Application des recommandations vaccinales concernant le vaccin contre le papillomavirus

Les médecins généralistes sondés ont répondu prescrire de manière « systématique » le vaccin contre le papillomavirus à 71,2%.

4% ne prescrivent « jamais » le vaccin contre le papillomavirus.

Les résultats sont résumés dans la figure 1.

Figure 1. Prescription du vaccin contre le papillomavirus (%)



Seulement 12,6% des médecins généralistes affirment vacciner les hommes homosexuels.

93,7% des médecins sondés préfèrent prescrire le vaccin Gardasil à leur patiente.

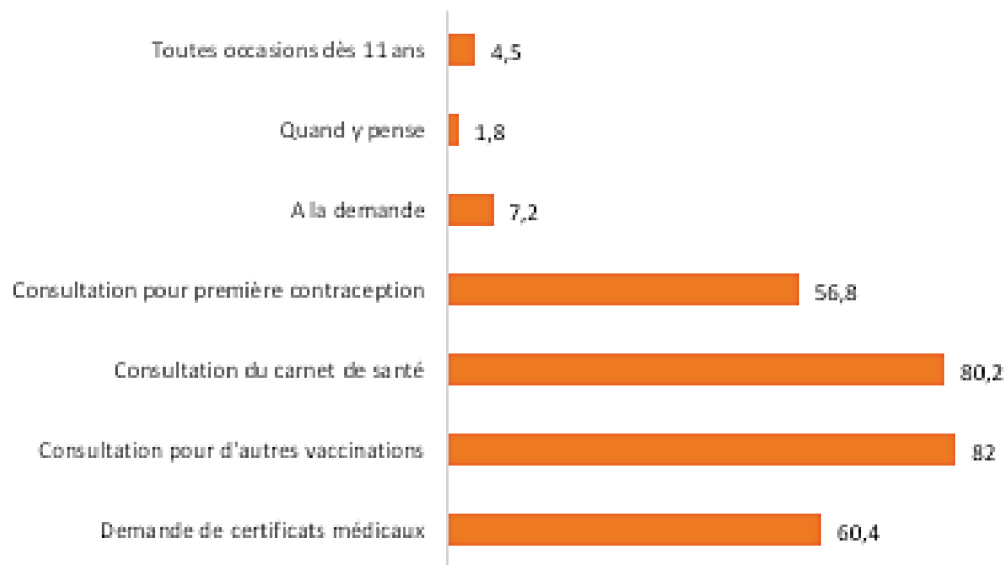
A la question sur les motivations du choix du type de vaccin, la majorité évoque la tétravalence du Gardasil en premier lieu (39,6%).

30% répondent qu'il s'agit d'une habitude, 7,2% évoquent son antériorité, 6,3% parce qu'il s'agit du vaccin le plus documenté et 4,5% affirment prescrire de manière indifférente le vaccin Gardasil ou Cervarix.

Parmi les sept médecins généralistes ayant répondu prescrire préférentiellement le vaccin Cervarix (6,3%), quatre ont répondu le prescrire par habitude, deux affirment prescrire indifféremment ce vaccin ou le Gardasil et un répond le prescrire car étant moins connu, il est donc moins refusé.

Les médecins généralistes ont majoritairement tendance à le prescrire lors d'une consultation pour d'autres vaccinations (82%) ou lors de la consultation du carnet de santé (80,2%) (figure 2).

Figure 2. Occasions de prescription du vaccin contre le papillomavirus (%) (Plusieurs réponses possibles)



D. Habitudes de dépistage par frottis cervico-utérin

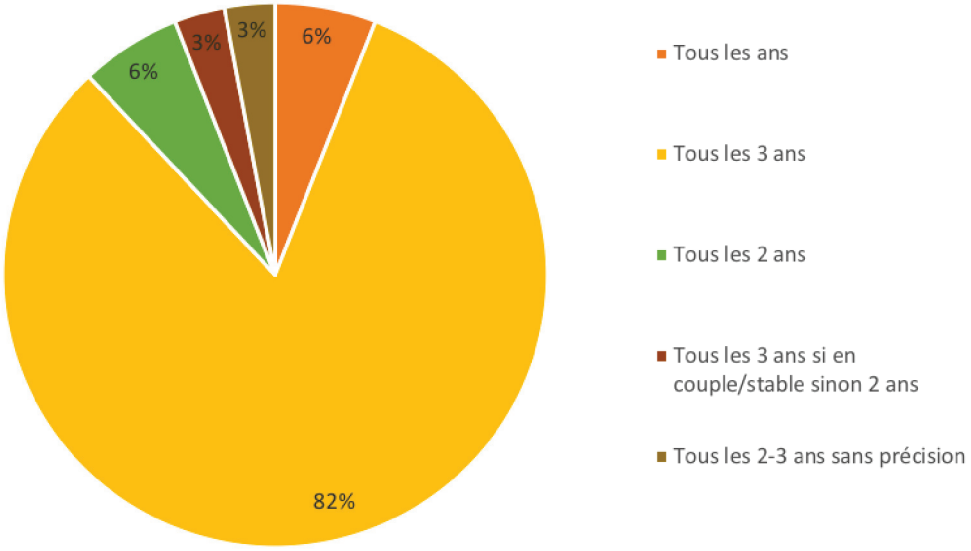
94,6% des médecins généralistes s'assurent que leurs patientes soient à jour concernant leur FCU de dépistage.

61,3% des médecins sondés proposent aux patientes de réaliser leur frottis de dépistage au décours de leur consultation.

Ces 68 médecins ont eu à répondre à deux questions supplémentaires sur la fréquence de réalisation des frottis et sur l'âge de début de réalisation des FCU.

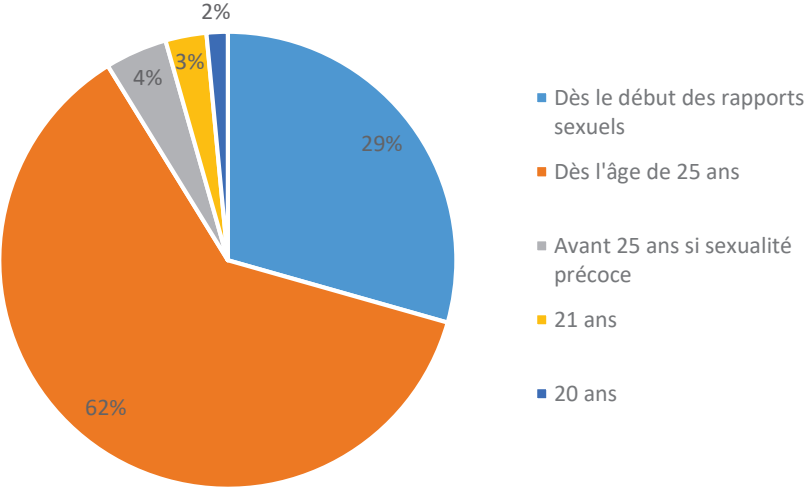
82% des médecins suivent les recommandations et affirment réaliser les frottis tous les 3 ans (figure 3).

Figure 3. Fréquence de réalisation des FCU (%)



61,8% des médecins respectent les recommandations et débutent les frottis de dépistage de leurs patientes à partir de l'âge de 25 ans (figure 4).

Figure 4. Age de début de réalisation des FCU (%)



E. Connaissances des patientes au sujet du papillomavirus selon leurs praticiens

75,7% des médecins généralistes sondés répondent évaluer les connaissances de leurs patientes au sujet du papillomavirus et du vaccin et 92,8% affirment que les connaissances des patientes ne sont pas suffisantes.

Pour expliquer ces lacunes, un tiers des médecins généralistes pensent qu'il y a un manque d'information des patientes qui se documentent par les médias.

Les autres médecins pensent que la désinformation par les médias (10,8%) et la méfiance générale des patients envers les vaccins (4,5%) jouent un rôle dans ce manque de connaissance.

54,1% des médecins n'ont pas répondu à cette question.

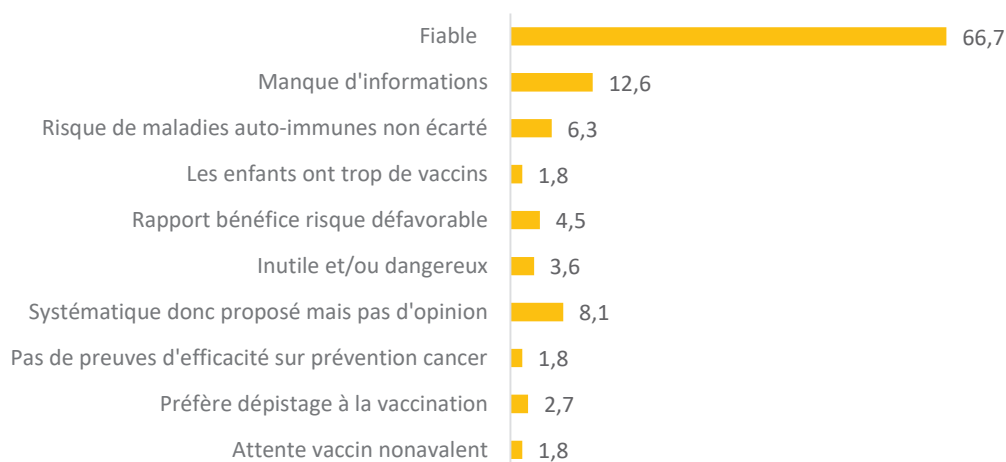
73% affirment parler librement de sexualité avec leurs patientes, quel que soit leur âge.

Ils sont 47,7% à avoir le sentiment qu'une analogie est faite par les patientes entre le vaccin contre l'hépatite B et le vaccin contre le papillomavirus.

F. Opinions des médecins généralistes

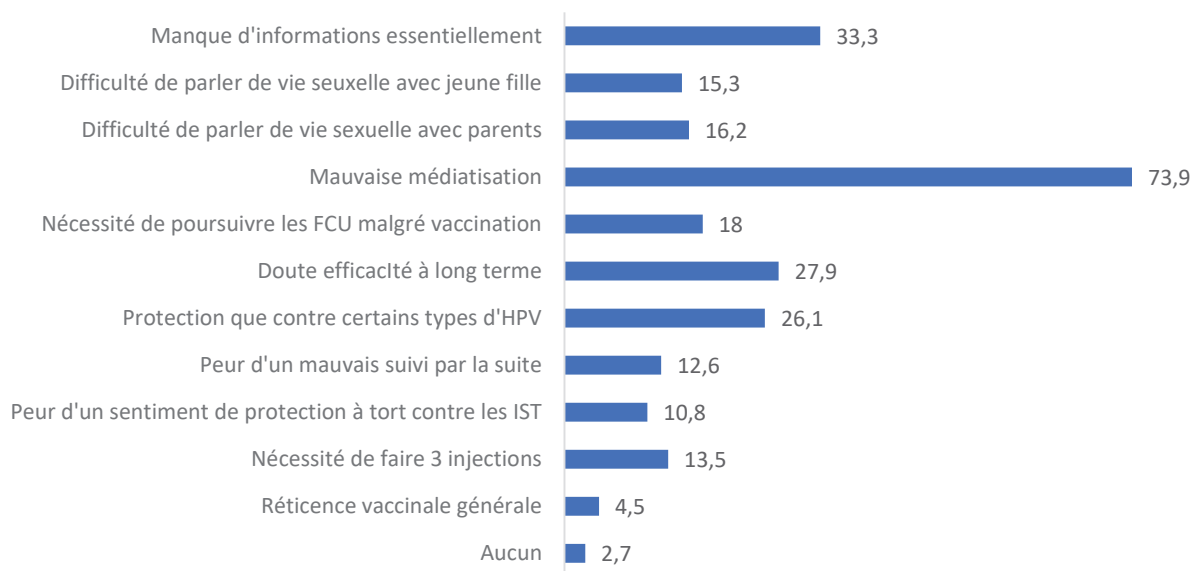
On constate que la majorité des médecins généralistes interrogés (66,7%) pensent que le vaccin contre le papillomavirus est fiable (figure 5).

Figure 5. Opinions des médecins généralistes concernant le vaccin contre le papillomavirus (%) (Plusieurs réponses possibles)



Les médecins interrogés pensent majoritairement que les freins à la prescription du vaccin contre le papillomavirus sont essentiellement la mauvaise médiatisation à 73,9%, le manque d'informations (33,3%), le doute sur l'efficacité du vaccin à long terme (27,9%) et le fait que le vaccin ne protège pas contre tous les types de papillomavirus (26,1%) (figure 6).

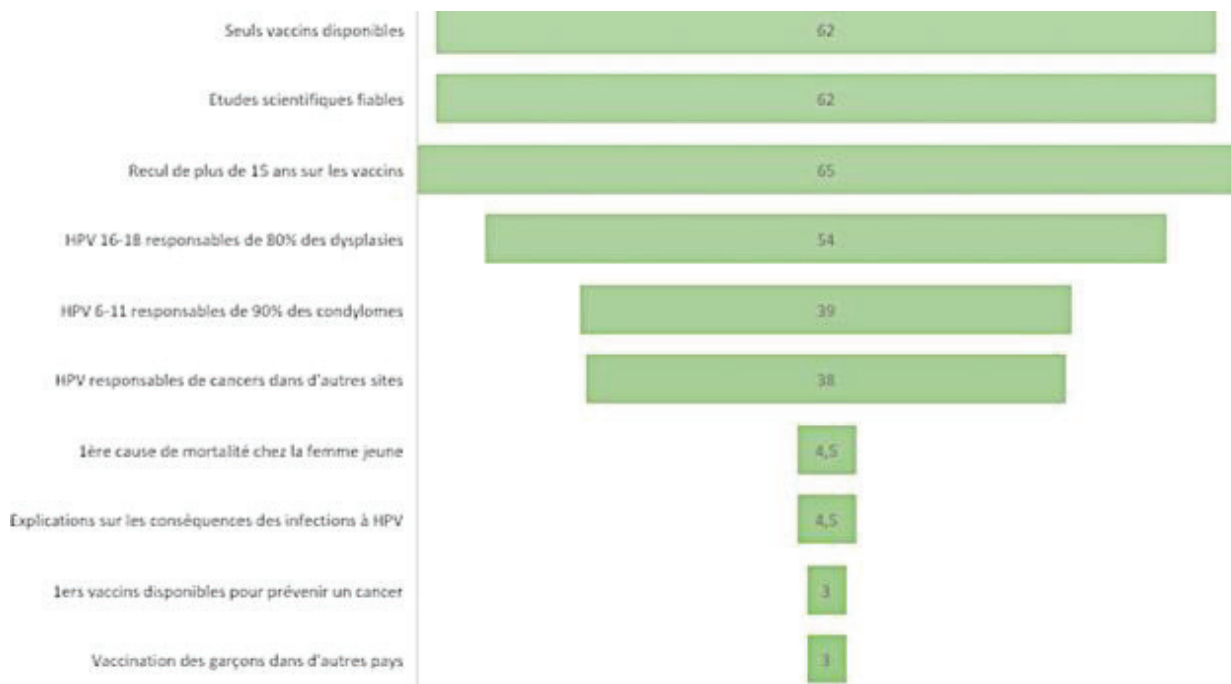
Figure 6. Freins à la prescription systématique du vaccin (%)



Nous remarquons que face à une patiente réticente, les arguments utilisés par les médecins interrogés sont nombreux.

La majorité met en avant le fait d'avoir un recul de plus de 15 ans sur les vaccins (64,9%), que ce sont les seuls vaccins disponibles pour éradiquer le papillomavirus (62,2%), que de nombreuses études scientifiques ont étudié ces vaccins et prouvé leur innocuité (62,2%) et que 80% des dysplasies sont induites par les HPV de type 16 et 18 qui sont protégés par les deux types de vaccin (54,1%) (figure 7).

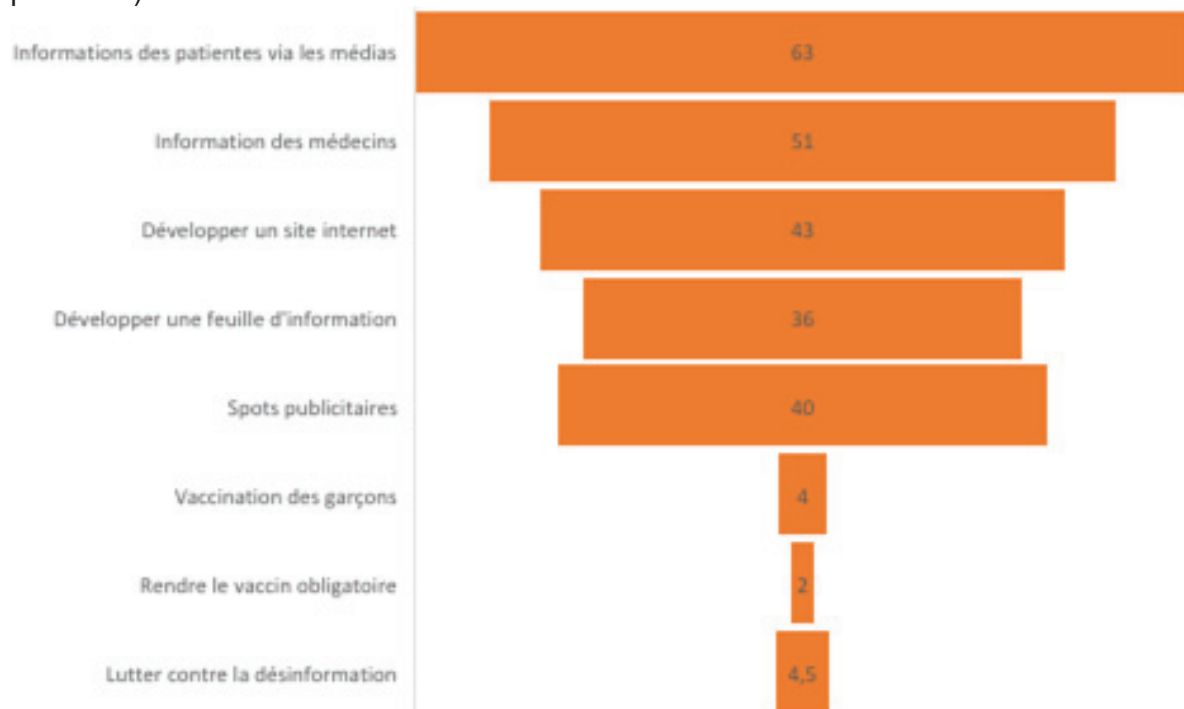
Figure 7. Arguments utilisés face à une patiente réticente (%)



Nous avons conclu ce questionnaire en demandant aux médecins généralistes s'ils avaient des suggestions afin de développer la couverture vaccinale.

L'information, qu'elle soit des patientes (63,1%) ou bien des médecins (51,4%) ressort comme étant le principal axe d'amélioration préconisé par les médecins généralistes interrogés (figure 8).

Figure 8. Suggestions pour développer la couverture vaccinale (%) (Plusieurs réponses possibles)



G. Analyses statistiques

Nous avons réalisé une analyse statistique de nos données afin d'évaluer les facteurs associés à la prescription systématique du vaccin contre le papillomavirus.

Afin d'augmenter la puissance de notre analyse, nous avons choisi de regrouper les catégories « prescription seulement si les parents ou la patiente en parlent », « prescription parfois » ou « prescription jamais » en « prescription non systématique » et de le confronter à la « prescription systématique » du vaccin contre le papillomavirus.

Les résultats sont résumés dans le tableau 3.

Tableau 3. Analyses statistiques des caractéristiques socio-démographiques influant la prescription du vaccin contre le papillomavirus (N total = 111)

	Prescription systématique du vaccin HPV N (%)	Prescription non systématique du vaccin HPV N (%)	OR (IC 95%)	p
Sexe				
Homme	41 (65)	22 (35)	0,490 (0,205-1,168)	0,104
Femme	38 (79)	10 (21)	Ref	
Age				
< 30 ans	5 (100)	0 (0)	Ref	0,178
30 – 50 ans	33 (73)	12 (27)	0,243 (0,012-4,735)	
50 – 60 ans	29 (74)	10 (26)	0,255 (0,013-5,026)	
>60 ans	12 (55)	10(45)	0,108 (0,005-2,193)	
Département				
Alpes-Maritimes	67 (78)	19 (22)	2,644 (0,544-12,85)	0,0094
Var	8 (44)	10 (56)	0,600 (0,103-3,495)	
Corse	4 (57)	3 (43)	Ref	
Exercice				
Rural	19 (53)	17 (47)	0,279 (0,117-0,663)	0,0030
Urbain	60 (80)	15 (20)	Ref	
Années d'exercice				
< 10 ans	28 (82)	6 (18)	Ref	0,277
10 – 20 ans	12 (63)	7 (37)	0,367 (0,101-1,325)	
20 – 30 ans	21 (72)	8 (28)	0,562 (0,169-1,868)	
>30 ans	18 (62)	11 (38)	0,350 (0,110-1,115)	
Pratique				
Groupe	47 (70)	20 (30)	0,881 (0,378-2,051)	0,769
Seul	32 (73)	12 (27)	Ref	
MSU				
Oui	46 (69)	21 (31)	0,703 (0,310-1,718)	0,470
Non	33 (75)	11 (25)	Ref	
DIU de gynécologie				
Oui	14 (78)	4 (22)	1,507 (0,455-4,987)	0,499
Non	65 (70)	28 (30)	Ref	

Nous constatons que seules les données concernant le département d'exercice et le type d'exercice des médecins généralistes sont statistiquement associées à une prescription systématique du vaccin contre le papillomavirus.

Il apparaît que le fait d'exercer dans les Alpes-Maritimes est deux fois et demi plus associé au fait de prescrire systématiquement le vaccin contre le papillomavirus (OR = 2,644, IC 95% (0,544-12,85) $p = 0,0094$).

De la même façon, le fait d'exercer en zone urbaine est également statistiquement associé à une prescription systématique du vaccin contre le papillomavirus (OR = 0,279, IC 95% (0,117-0,663), $p < 0,0030$).

Nous avons analysé quels vaccins étaient statistiquement liés à la prescription systématique du vaccin contre le papillomavirus.

Il apparaît que les médecins qui prescrivent le vaccin contre l'hépatite B ont quatre fois plus tendance à prescrire systématiquement le vaccin contre le papillomavirus (OR = 4,479, IC 95 (1,795 – 11,17), $p = 0,00083$).

De la même manière, les médecins prescrivant le vaccin contre le méningocoque ont environ trois fois plus tendance à prescrire le vaccin anti-HPV (OR = 3,130, IC 95 (1,331-7,361), $p = 0,0075$).

Les résultats sont résumés dans le tableau 4.

Tableau 4. Analyses statistiques de la prescription des vaccins en général par rapport à la prescription systématique du vaccin contre le papillomavirus (N total = 111).

Prescription autres vaccins	Prescription systématique du vaccin HPV N(%)	Prescription non systématique du vaccin HPV N(%)	OR (IC 95%)	p
Vaccin VHB Oui Non	66 (80) 13 (46)	17 (20) 15 (54)	4,479 (1,795-11,17) Ref	0,00083
Vaccin Pneumocoque Oui Non	55 (75) 24 (63)	18 (25) 14 (37)	1,782 (0,764-4,158) Ref	0,1787
Vaccin méningocoque Oui Non	58 (79) 21 (55)	15 (21) 17 (45)	3,130 (1,331-7,361) Ref	0,0075
Vaccin grippe Oui Non	33 (80) 46 (66)	8 (20) 24 (34)	2,152 (0,860-5,382) Ref	0,0972
Vaccin Haemophilus B Oui Non	60 (74) 19 (63)	21 (26) 11 (37)	1,65 (0,676-4,042) Ref	0,2672
Vaccin ROR Oui Non	74 (73) 5 (50)	27 (27) 5 (50)	2,740 (0,735-10,21) Ref	0,1482

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer le taux de prescription du vaccin contre le papillomavirus par les médecins généralistes.

Les résultats de notre enquête montrent une bonne adhésion à la vaccination contre le papillomavirus. En effet, 71,2% des médecins généralistes recommandent et prescrivent « systématiquement » le vaccin anti HPV à leurs patientes, alors que 4% ne le prescrivent « jamais ».

Ces données sont comparables aux résultats d'une étude française réalisée en 2014 qui mettait en évidence que 72,4% des 1712 des médecins généralistes interrogés prescrivent « toujours » le vaccin anti HPV contre 10% qui ne le prescrivent « jamais » (30).

Deux études américaines réalisées en 2009 et 2011 retrouvent des taux plus faibles (aux alentours de 35%) pour la prescription systématique du vaccin contre le papillomavirus (9,33).

A cette période là, les taux de vaccination anti-HPV atteignaient entre 40 et 50% pour au moins une dose de vaccin et entre 25 et 30% pour les trois doses (34).

Ces différences peuvent être imputables au fait que ces deux études sont réalisées aux Etats Unis, dans un système de santé différent et sont plus anciennes.

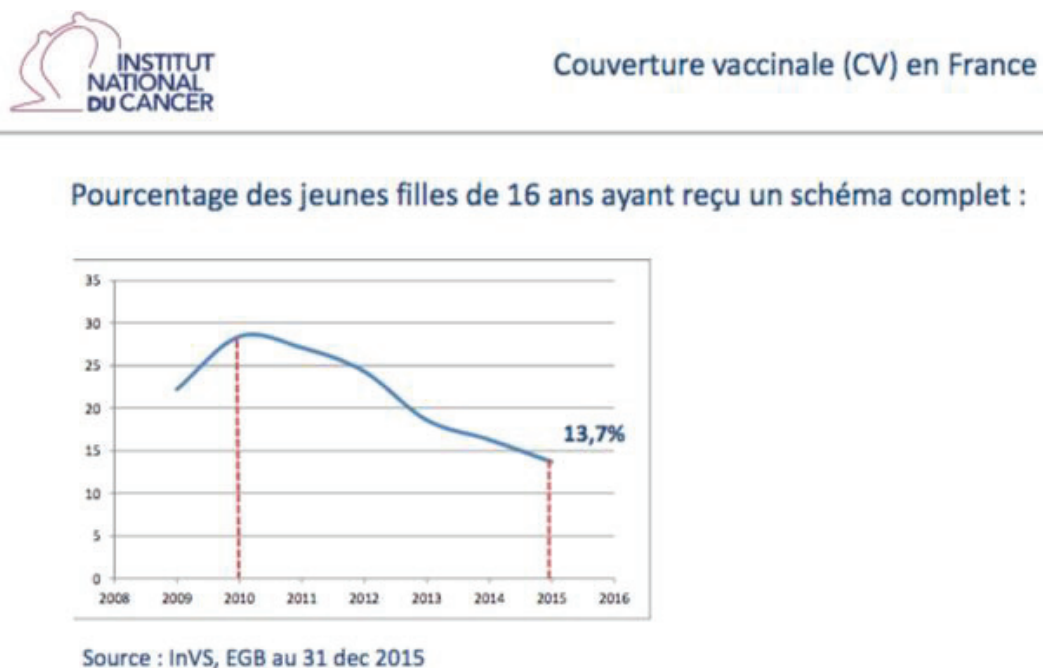
Devant l'abaissement de la couverture vaccinale contre le papillomavirus observé en France entre 2010 et 2011 (22,35), une révision des recommandations pour l'âge cible de la vaccination a été ordonné en 2013 (36).

Cet abaissement de 14 ans à 11 ans permet donc non seulement d'initier ce vaccin tôt (avant les premiers rapports sexuels) mais permet également de le co-administrer avec le rappel pour le DTPolio (35).

Ce dernier objectif semble atteint puisque les médecins prescrivent majoritairement le vaccin contre le papillomavirus lors d'une consultation pour d'autres vaccinations (82%).

En revanche malgré ces modifications, la couverture vaccinale depuis 2013 n'a pas augmenté et a au contraire diminué (figure 9).

Figure 9. Couverture vaccinale en France entre 2009 et 2015 pour un schéma complet.



De plus, depuis 2017, la vaccination contre le papillomavirus est recommandée pour les hommes homosexuels jusqu'à l'âge de 26 ans (52). Or, nous constatons dans notre enquête que seulement 14 médecins généralistes (12,6%) affirment vacciner cette population.

On retrouve peu de données dans la littérature évaluant les taux de prescription du vaccin contre le papillomavirus par les médecins généralistes en ce qui concerne hommes homosexuels.

Dans une étude réalisée en Irlande en 2017, 25% des médecins généralistes le prescrivaient chez ces patients (37). Il faut noter qu'au moment de leur enquête, le vaccin anti HPV n'était remboursé pour les hommes homosexuels que par le biais de « clinique de santé sexuelle » sans financement disponible pour les soins primaires.

Malgré cette contrainte, on remarque que leur taux de prescription, bien que faible, est deux fois plus élevé que dans notre étude et que le taux de vaccination globale en France.

Ces résultats peuvent être imputables à un défaut de connaissance mais également à une probable difficulté à aborder la question de la sexualité avec les hommes.

73% des médecins affirment parler librement de sexualité avec leurs patientes tout âge confondus. Mais il est à noter que nous ne les avons pas interrogés sur d'éventuelles difficultés à aborder les questions de sexualité avec les hommes homosexuels.

93,7% des médecins généralistes de notre étude privilégient la prescription du vaccin Gardasil.

Lorsque nous les questionnons sur les raisons de ce choix, ils sont une majorité à mettre en avant la tétravalence du vaccin (39,6%) ainsi que le fait qu'il s'agisse d'une habitude (30,6%).

A ce jour, aucune étude clinique n'a comparé l'efficacité du vaccin Gardasil à celle du vaccin Cervarix (38). Les recommandations nationales ne sont pas plus en faveur de la vaccination par le vaccin Gardasil.

Le fait que ce dernier protège également des condylomes justifie la prescription de ce vaccin pour la majorité des médecins et nous paraît être un choix judicieux étant donné le caractère contagieux, inesthétique et surtout récidivant (dans 20 à 70% des cas) de ces lésions.

Une réponse concernant la justification du choix de prescription nous a cependant interpellé. Un des médecins a répondu prescrire préférentiellement le vaccin Cervarix car étant moins connu que le Gardasil, il est moins refusé.

Cette réponse est intéressante et laisse penser que pour ce médecin, c'est le nom du vaccin Gardasil qui est associé à des réticences dans l'opinion publique mais pas l'idée de la vaccination contre le papillomavirus.

L'approbation de la vaccination contre le papillomavirus reste tout de même modeste dans notre échantillon, avec 66% des médecins qui pensent que ces vaccins sont « fiables ». En effet, les résultats d'autres enquêtes réalisées en France mettaient plutôt en évidence un pourcentage de 70 à 90% de médecins généralistes ayant une opinion favorable en ce qui concerne la vaccination anti HPV sur des populations allant de 96 à 354 répondants (32,35,39,40).

Cette notion est importante car des études ont montré l'importance de l'opinion des médecins généralistes dans la décision vaccinale (9,41).

En effet, une des études réalisées en Rhône Alpes en 2009 a montré que les médecins généralistes sont responsables de la décision de vaccination dans 77% des cas alors que les parents dans seulement 23% des cas (21).

Respectivement quatorze et sept médecins pensent tout de même manquer d'informations sur le sujet et que le risque de maladie auto-immunes n'est pas écarté malgré les nombreuses études cliniques ayant prouvé l'innocuité et la sécurité de ces vaccins (11,25,26,28,29,39).

L'ensemble de ces données nous amènent à nous questionner sur le mode de formation des médecins généralistes. En effet, il apparaît clairement qu'une partie des médecins interrogés semblent manquer d'informations ou ont des connaissances erronées.

La majorité répond se former grâce aux FMC à 91%, aux revues médicales à 85% et aux congrès à 40,5%.

Il semble donc nécessaire de renforcer l'information des médecins généralistes par ces biais afin de solidifier leurs connaissances.

Différentes études menées aux Etats Unis (42) ou en Australie (43) avaient mis en évidence que les médecins se référaient en priorité aux recommandations nationales ainsi qu'à internet sans précision sur les sites consultés tandis que dans notre étude seuls six médecins se référaient aux médias tels qu'internet.

Il est également pertinent de noter que les médecins ayant une formation complémentaire en gynécologie obstétrique ne sont pas plus susceptibles que les autres de prescrire de manière systématique le vaccin contre le papillomavirus ($p= 0,499$). Ces données sont concordantes avec les résultats d'une étude menée à Besançon en 2015 (39).

Fait inquiétant de notre enquête, près de 93% des médecins de notre étude affirment que les connaissances des patientes ne sont pas suffisantes.

Pour expliquer ces lacunes la majorité expose la mauvaise médiatisation de ces vaccins par les médias non professionnels.

Or, il a été démontré que des connaissances sur le papillomavirus et sur les vaccins sont des facteurs prédictifs de l'initiation à la vaccination (44)(35,45) et sont significativement associés au fait d'être vacciné (46).

Une revue systématique de la littérature concernant les préoccupations publiques en Europe concernant la vaccination avait déjà permis d'exposer le problème de la perception par le public d'un manque d'information adéquate et adaptée sur la vaccination en général (24).

Le développement de l'information donnée aux médecins généralistes est capital afin de transmettre ces connaissances aux patientes et mères de patientes et permettre leur réassurance (41).

Il apparaît donc indispensable de renforcer l'information des médecins généralistes qui sont la principale source d'information pour les patientes (9).

En analysant nos résultats, il apparaît que seules les données démographiques (fait de travailler dans les Alpes-Maritimes et en zone urbaine) sont statistiquement associées à la prescription systématique du vaccin.

Ces résultats ne sont pas concordants avec les données retrouvées dans d'autres études également réalisées en France qui ne trouvaient pas de lien statistiquement significatif entre la prescription du vaccin et la zone de pratique ou le département (32,35).

Nos résultats peuvent s'expliquer par le faible échantillon de notre population.

Même si nous n'avons pas expressément demandé aux médecins interrogés s'ils étaient favorables à la vaccination de manière générale, on peut se rendre compte que la plupart prescrivent de manière générale la plupart des vaccins, notamment le DTPolio qui est prescrit par 100% des médecins interrogés.

Plusieurs études ont analysé le lien entre la vaccination contre le papillomavirus et les antécédents de vaccination en général.

On remarque que certaines d'entre elles avaient mis en évidence des corrélations positives entre la vaccination contre le papillomavirus et la vaccination contre le méningocoque (47), ROR (48) et grippe (21). En revanche, elles ne trouvaient pas de relation entre la vaccination anti-HPV et celle contre l'hépatite B (21,49).

Cela reflète probablement un état d'esprit généralement positif en matière de vaccination.

Nos résultats ne sont que partiellement concordants avec les résultats de ces études. En effet, nos analyses statistiques mettent en évidence une relation statistiquement significative avec la vaccination contre l'hépatite B ($p = 0,00083$) et contre le méningocoque ($p = 0,0075$) mais pas avec celles contre le ROR ($p = 0,1482$) et la grippe ($p = 0,0972$).

Les résultats de notre enquête sont en accord avec le fait que les médecins sondés sont 53 (47,7%) à penser qu'une analogie entre le vaccin contre le papillomavirus et le vaccin contre l'hépatite B est faite par les patientes mais pas avec les données de la littérature.

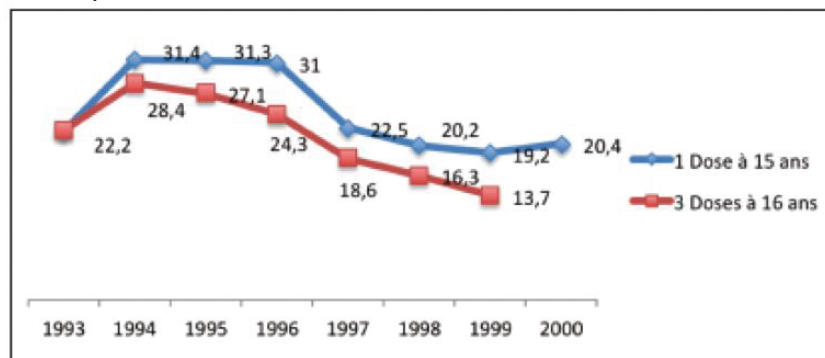
L'ensemble de nos résultats laisse donc à penser que les patientes qui sont réticentes à la vaccination contre l'hépatite B le sont probablement également à celle contre le papillomavirus car les controverses envers cette dernière font échos à celles du vaccin contre l'hépatite B.

En effet, dans les années 1990, le vaccin contre l'hépatite B a été victime d'un scandale basé sur l'idée d'une relation entre vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaque (35). Le vaccin contre le papillomavirus est soumis aux mêmes questionnement en ce qui concerne l'apparition de maladies auto-immunes survenues après vaccination (28).

En France, on note un public grandissant réfractaire à la vaccination, notamment par crainte des effets secondaires suite aux nombreux scandales évoqués ci-dessus.

Cette peur massive des effets secondaires a des effets néfastes sur la couverture vaccinale du vaccin en France (figure 10) (9,35).

Figure 10. Couverture vaccinale (%) par le vaccin anti HPV chez les jeunes filles selon leur année de naissance pour 1 et 3 doses le 31 Décembre 2015 en France.



Pourtant, les études ayant conduit à l'obtention de l'Autorisation de Mise sur le Marché en France ont étudié 30 000 patientes pour le vaccin bivalent Cervarix et 20 000 patientes pour le vaccin quadrivalent Gardasil (50)(17).

De nombreuses études ont également été menées dans le monde afin d'étudier la sécurité des vaccins anti HPV (11,25,26,28,29,39).

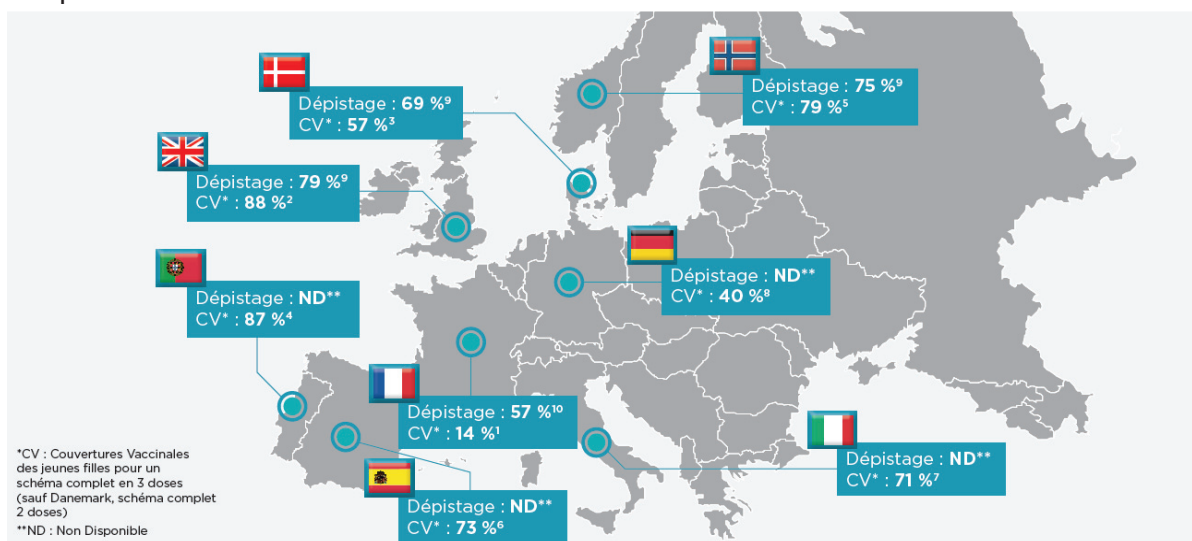
Notamment, une vaste étude menée aux Etats-Unis par la Vaccine Safety Datalink (28) avait comparé l'apparition d'effets secondaires survenant après la vaccination contre le papillomavirus par rapport à un groupe contrôle : 600 000 doses de vaccin quadrivalent avaient été administrées.

Les résultats de cette enquête ne mettaient pas évidence d'augmentation significative d'effets secondaires de type syndrome de Guillain Barré, Accident Vasculaire Cérébraux, convulsions, réactions allergiques, choc anaphylactiques, syncope, évènements thromboemboliques veineux ou appendicite.

Une étude d'aussi grande envergure a été menée en Suède et au Danemark avec presque 700 000 doses de vaccin quadrivalent distribuées et retrouvait les mêmes conclusions (29).

Malgré le résultat de ces études de grande ampleur, la couverture vaccinale Française est toujours l'une des plus faible en Europe (figure 10) (22,26,35)(31).

Figure 10. Prévention du cancer du col de l'utérus : état des lieux dans certains pays Européens en 2014-2015.



Cette constatation va dans le sens d'un problème de connaissance et d'information du grand public évoqués plus haut.

Ce bilan établi est également celui fait par la grande majorité des médecins généralistes que nous avons interrogés dans notre enquête.

En effet, ils évoquent la mauvaise médiatisation à 74% et le manque d'informations (33,3%) pour expliquer les freins ressentis à la vaccination contre le papillomavirus.

Les considérations sur les difficultés à parler de vie sexuelle avec une jeune fille ou avec les parents des jeunes patientes ne font pas parti des principaux freins ressentis par les médecins (15,3% et 16,2% respectivement).

Nos résultats ne concordent pas avec les données de la littérature. Ces dernières mettent effectivement en avant le manque d'information (54%) (45) mais les préoccupations sur la difficulté à parler de vie sexuelle avec les patientes et leurs parents (42%) ainsi que la peur des effets secondaires (41%) (39) ont une part plus importante dans ces études.

Les inquiétudes en ce qui concerne le suivi et la poursuite des FCU sont du même ordre que les données retrouvées dans la littérature (39).

Les médecins généralistes semblent attachés au dépistage du cancer du col de l'utérus car 68 des médecins interrogés (61,3%) proposent à leurs patientes de réaliser leurs FCU de dépistage.

Une étude réalisée en région Provence Alpes Côte d'Azur en 2008 avait retrouvé des résultats similaires (72,6%) (51).

36 de ces médecins (53%) respectent les recommandations en ce qui concerne la réalisation du FCU de dépistage (début du dépistage à 25 ans ET réalisation du frottis tous les 3 ans).

On constate donc que de nombreux médecins choisissent de débiter le dépistage par FCU plus précocement ou bien de le réaliser de manière plus rapprochée.

Cela met en évidence une mauvaise connaissance des recommandations par les médecins généralistes car de nombreuses études ont permis de déterminer le juste équilibre entre les

bénéfices de ce dépistage et ses risques (détection de lésions qui disparaîtraient spontanément, sur-traitement des lésions, cout important etc...) (52)(53).

La suggestion principale faite par les médecins interrogés afin de développer la couverture vaccinale contre le papillomavirus est bien entendu de favoriser l'information des patientes via les médias.

Cette suggestion nous semble la plus pertinente au vu des conclusions de notre enquête où le manque d'information est l'élément clé qui en ressort.

L'information des médecins est le deuxième argument suggéré.

Cette notion est également extrêmement importante du fait de l'importance de l'opinion des médecins généralistes sur l'incitation et l'initiation vaccinale des patientes et également sur le fait que cela répond à une importante demande des médecins que nous avons interrogés.

Le fait de développer un site internet que pourraient consulter médecins et patientes librement est suggéré par 48 médecins (43,2%). Il s'avère que plusieurs sites existent déjà (papillomavirus.fr, vaccination-info-service.fr entre autres).

De toute évidence, ces derniers n'ont pas convaincu ces médecins généralistes ou alors, ils leur sont méconnus.

Deux autres suggestions proposées par deux médecins semblent capitales : rendre le vaccin obligatoire d'une part et vacciner les garçons d'autre part.

A ce jour, 82 pays ont introduit la vaccination contre le papillomavirus dans leurs calendrier vaccinal représentant tout autant de programmes de vaccination différents (53).

On remarque que l'intégration des vaccins dans des programmes de vaccination scolaire offre de très bons résultats tels qu'en Australie (78% pour les femmes et 67% pour les hommes en 2015), au Portugal (87% en 2014) ou au Royaume-Unis (85% en 2016) (9,53).

Malgré les excellents résultats de ces programmes de vaccination scolaires, la mise en place en France semble tout de même compliquée étant donné que le dernier programme de vaccination scolaire en France concernait le vaccin contre l'hépatite B en 1994 qui a subi de nombreuses controverses à cette époque (35).

Compte tenu des résultats mitigés, mais meilleurs qu'en France, dans les pays vaccinant les garçons contre le papillomavirus, cette alternative semble intéressante (Australie 78% en 2015, 42% en 2015 aux Etats Unis, 73% en 2016 au Canada et 54% en 2014 en Autriche) (52).

Enfin, de nombreux espoirs se portent sur la commercialisation très récente en France (Septembre 2018) du vaccin nonavalent « Gardasil 9 ».

Ce dernier permettrait la couverture contre les HPV de type 6 /11 /16 /18 /31 /33 /45 /52 /58 soit neufs des douze HPV oncogènes.

Il devra être administré selon un schéma à deux doses (six à douze mois d'intervalle) pour les jeunes filles de 11 à 14 ans révolus et selon un schéma à trois doses chez les filles de 15 à 19 ans révolus (première et deuxième dose à un mois, d'intervalle et troisième dose six mois après).

Il est également recommandé chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à l'âge de 26 ans selon le même schéma à trois doses.

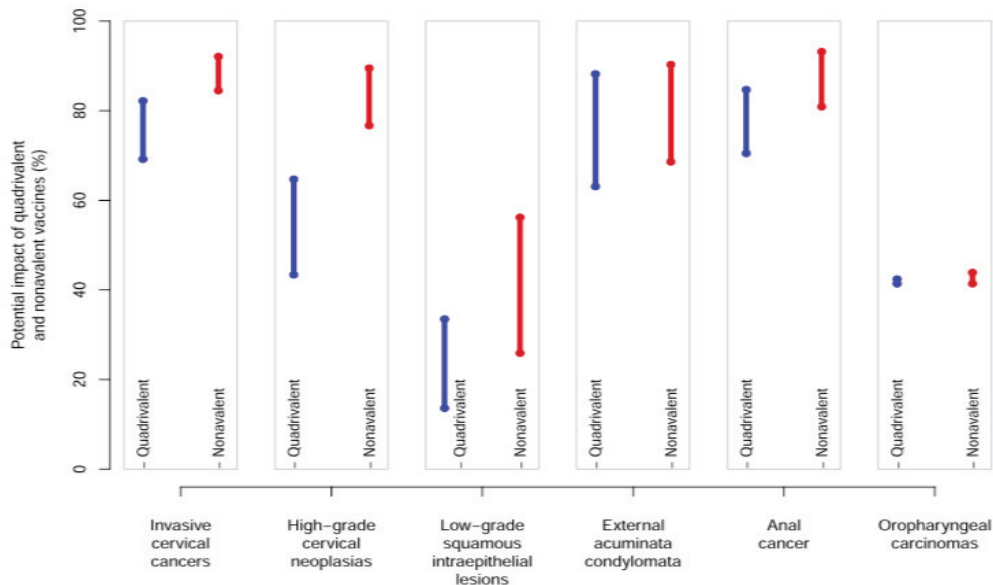
Le prix du vaccin Gardasil 9 s'élèvera à 135,68€ et le prix du vaccin quadrivalent Gardasil sera abaissé à 108,63€ au lieu de 120,39€ actuellement.

Il sera remboursé à 65% par la sécurité sociale.

Une étude menée en 2015 a évalué l'impact potentiel de ce vaccin sur les maladies anogénitales et oropharyngées liées aux différents HPV en comparaison avec le vaccin quadrivalent.

Ce nouveau vaccin permettrait une efficacité accrue sur les cancers du col de l'utérus (9,9 à 15,3%), sur les néoplasies de haut grade (24,7% à 33,3%) et sur les lésions de bas grade (12,3% à 22,7%).

Figure 10. Impact potentiel du vaccin quadrivalent et nonavalent sur les cancers cervico-utérin invasifs, néoplasies de bas et haut grade, condylomes, cancers oropharyngés et anaux en France.



En revanche, l'efficacité serait comparable à celle du vaccin Gardasil quadrivalent en ce qui concerne les condylomes ou carcinomes oropharyngés (Voir figure 10) (54).

Ces résultats sont à pondérer car ils n'ont pas encore été évalués.

Toutefois, ce vaccin comme tout autre, nécessite une couverture vaccinale de 80% pour être efficace.

Dans le contexte actuel Français, on peut se demander comment va être accueilli ce vaccin par l'opinion publique.

Limites et biais de l'étude

La limite principale de notre étude repose sur le faible échantillon de médecins généralistes.

La non significativité de nos résultats semble en être une des conséquences.

Le principal biais est un biais de sélection. On peut supposer que les médecins généralistes ayant répondu à notre étude sont intéressés et favorables à la vaccination anti HPV.

De plus, le taux de non réponse à notre questionnaire est de plus très élevé (environ 50%).

Une autre des limitations de notre étude est liée aux réponses des médecins qui peuvent ne pas avoir voulu exposer une opinion défavorable à la vaccination en ménageant leur propos.

Nous avons cherché à limiter ce phénomène en rendant les réponses au questionnaire anonymes.

CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le taux de prescription du vaccin contre le papillomavirus par les médecins généralistes.

On constate que les résultats de notre enquête rejoignent les résultats d'autres études qui vont dans le sens d'une bonne adhésion par les médecins généralistes en ce qui concerne la vaccination anti HPV.

En revanche, il existe un manque criant d'information des médecins généralistes et des patientes qui constitue la principale limitation dans l'acceptation de ce vaccin et qui explique probablement le faible taux de couverture vaccinale en France.

Il semble indispensable de renforcer les connaissances de ces médecins, qui sont les acteurs principaux de la vaccination contre le papillomavirus, avec des informations indépendantes et de qualités pour mieux les aider à lutter contre la défiance vaccinale Française.

La commercialisation récente du vaccin « Gardasil 9 » relance le débat sur la vaccination contre le papillomavirus. Son acceptation par les médecins et le grand public est fondamentale afin de lutter contre l'hésitation vaccinale en France.

Dans ce souci d'information, nous avons imaginé et conçu une fiche d'information sur la vaccination contre le papillomavirus qui pourrait être affiché dans les cabinets des médecins généralistes afin d'informer leurs patientes (Annexe 2).

BIBLIOGRAPHIE

1. Brun J-L, Riethmuller D. Vaccination prophylactique et thérapeutique contre le papillomavirus humain. /data/revues/03682315/00360007/631/ [Internet]. 29 mars 2008 [cité 14 juin 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/132994>
2. Cancer du col de l'utérus / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 24 sept 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
3. 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.
4. Serrano B, Brotons M, Bosch FX, Bruni L. Epidemiology and burden of HPV-related disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. févr 2018;47:14- 26.
5. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer*. 15 2017;141(4):664- 70.
6. Monsonego J, Zerat L, Syrjänen K, Zerat JC, Smith JS, Halfon P. [Prevalence of genotype-specific HPV infection among women in France: implications for screening and vaccination]. *Gynecol Obstet Fertil*. mai 2013;41(5):305- 13.
7. zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat Rev Cancer*. mai 2002;2(5):342- 50.
8. Barré S. Évaluation médico-économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France. :11.
9. Hopkins TG, Wood N. Female human papillomavirus (HPV) vaccination: global uptake and the impact of attitudes. *Vaccine*. 25 mars 2013;31(13):1673- 9.
10. Ding L, Widdice LE, Kahn JA. Differences between vaccinated and unvaccinated women explain increase in non-vaccine-type human papillomavirus in unvaccinated women after vaccine introduction. *Vaccine*. 19 2017;35(52):7217- 21.
11. Kahn JA. HPV vaccination for the prevention of cervical intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med*. 16 juill 2009;361(3):271- 8.
12. Paavonen J, Naud P, Salmerón J, Wheeler CM, Chow S-N, Apter D, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet Lond Engl*. 25 juill 2009;374(9686):301- 14.
13. Vaccination contre les infections à Papillomavirus humains. *J Pédiatrie Puériculture*. déc 2014;27(6):314- 27.
14. Lehtinen M, Paavonen J, Wheeler CM, Jaisamrarn U, Garland SM, Castellsagué X, et al. Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater

cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol.* janv 2012;13(1):89- 99.

15. Wheeler CM, Castellsagué X, Garland SM, Szarewski A, Paavonen J, Naud P, et al. Cross-protective efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by non-vaccine oncogenic HPV types: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol.* janv 2012;13(1):100- 10.

16. Kreimer AR, González P, Katki HA, Porras C, Schiffman M, Rodriguez AC, et al. Efficacy of a bivalent HPV 16/18 vaccine against anal HPV 16/18 infection among young women: a nested analysis within the Costa Rica Vaccine Trial. *Lancet Oncol.* sept 2011;12(9):862- 70.

17. gardasil_01022012_avis_ct10759.pdf [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/gardasil_01022012_avis_ct10759.pdf

18. Gertig DM, Brotherton JML, Budd AC, Drennan K, Chappell G, Saville AM. Impact of a population-based HPV vaccination program on cervical abnormalities: a data linkage study. *BMC Med.* 22 oct 2013;11:227.

19. FUTURE II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *N Engl J Med.* 10 mai 2007;356(19):1915- 27.

20. FUTURE I/II Study Group, Dillner J, Kjaer SK, Wheeler CM, Sigurdsson K, Iversen O-E, et al. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial. *BMJ.* 20 juill 2010;341:c3493.

21. Lutringer-Magnin D, Cropet C, Barone G, Canat G, Kalecinski J, Leocmach Y, et al. HPV vaccination among French girls and women aged 14-23 years and the relationship with their mothers' uptake of Pap smear screening: a study in general practice. *Vaccine.* 25 oct 2013;31(45):5243- 9.

22. Fagot J-P, Boutrelle A, Ricordeau P, Weill A, Allemand H. HPV vaccination in France: uptake, costs and issues for the National Health Insurance. *Vaccine.* 27 avr 2011;29(19):3610- 6.

23. Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>

24. Karafillakis E, Larson HJ, ADVANCE consortium. The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccines in European populations. *Vaccine.* 05 2017;35(37):4840- 50.

25. Gee J, Naleway A, Shui I, Baggs J, Yin R, Li R, et al. Monitoring the safety of quadrivalent human papillomavirus vaccine: findings from the Vaccine Safety Datalink. *Vaccine.* 26 oct 2011;29(46):8279- 84.

26. Fonteneau L, Ragot M, Parent du Châtelet I, Guthmann J-P, Lévy-Bruhl D. The use of reimbursement data for timely monitoring of vaccination coverage: the example of human papillomavirus vaccine following public concerns about vaccine safety. *BMC Public Health.* 12 déc 2015;15:1233.

27. Grimaldi-Bensouda L, Rossignol M, Koné-Paut I, Krivitzky A, Lebrun-Frenay C, Clet J, et al. Risk of autoimmune diseases and human papilloma virus (HPV) vaccines: Six years of case-referent surveillance. *J Autoimmun.* mai 2017;79:84- 90.
28. Vichnin M, Bonanni P, Klein NP, Garland SM, Block SL, Kjaer SK, et al. An Overview of Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine Safety: 2006 to 2015. *Pediatr Infect Dis J.* sept 2015;34(9):983- 91.
29. Arnheim-Dahlström L, Pasternak B, Svanström H, Sparén P, Hviid A. Autoimmune, neurological, and venous thromboembolic adverse events after immunisation of adolescent girls with quadrivalent human papillomavirus vaccine in Denmark and Sweden: cohort study. *BMJ.* 9 oct 2013;347:f5906.
30. Collange F, Fressard L, Pulcini C, Sebbah R, Peretti-Watel P, Verger P. General practitioners' attitudes and behaviors toward HPV vaccination: A French national survey. *Vaccine.* 3 févr 2016;34(6):762- 8.
31. Sabiani L, Bremond A, Mortier I, Lecuyer M, Boubli L, Carcopino X. Évaluation de la couverture vaccinale du vaccin anti-hpv : résultats d'une enquête auprès des lycéennes et étudiantes de la région PACA. /data/revues/03682315/v41i2/S0368231511002729/ [Internet]. 31 mars 2012 [cité 24 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/703518>
32. Lutringer-Magnin D, Kalecinski J, Barone G, Leocmach Y, Regnier V, Jacquard AC, et al. Human papillomavirus (HPV) vaccination: perception and practice among French general practitioners in the year since licensing. *Vaccine.* 18 juill 2011;29(32):5322- 8.
33. Vadaparampil ST, Kahn JA, Salmon D, Lee J-H, Quinn GP, Roetzheim R, et al. Missed clinical opportunities: provider recommendations for HPV vaccination for 11-12 year old girls are limited. *Vaccine.* 3 nov 2011;29(47):8634- 41.
34. Walker TY. National, Regional, State, and Selected Local Area Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13–17 Years — United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2017 [cité 27 sept 2018];66. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6633a2.htm>
35. Lasset C, Kalecinski J, Régnier V, Barone G, Leocmach Y, Vanhems P, et al. Practices and opinions regarding HPV vaccination among French general practitioners: evaluation through two cross-sectional studies in 2007 and 2010. *Int J Public Health.* juin 2014;59(3):519- 28.
36. [gardasil_modif_population_cible_avis2_ct_12747.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/gardasil_modif_population_cible_avis2_ct_12747.pdf) [Internet]. [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/gardasil_modif_population_cible_avis2_ct_12747.pdf
37. Scully D, Irving N, Daly M, Ní Shúilleabháin A. HPV vaccination among men who have sex with men in Ireland: GPs' awareness and vaccination rates. *Sex Transm Infect.* 2018;94(2):157.
38. [gardasil_cervarix_synthse.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/gardasil_cervarix_synthse.pdf) [Internet]. [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/gardasil_cervarix_synthse.pdf
39. Bouvret P, Mougin C, Prétet J-L, Meurisse A, Bonnetain F, Fiteni F. [Practices and

attitudes regarding HPV vaccination among general practitioners from Besançon]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. oct 2016;45(8):972- 8.

40. Piana L, Noel G, Uters M, Laporte R, Minodier P. [Standpoint and practice concerning the human Papillomavirus vaccine among French family physicians]. *Med Mal Infect*. oct 2009;39(10):789- 97.

41. La Torre G, De Vito E, Ficarra MG, Firenze A, Gregorio P, Boccia A, et al. Is there a lack of information on HPV vaccination given by health professionals to young women? *Vaccine*. 1 oct 2013;31(42):4710- 3.

42. Bynum SA, Malo TL, Lee J-H, Guiliano AR, Vadaparampil ST. HPV vaccine information-seeking behaviors among US physicians: government, media, or colleagues? *Vaccine*. 18 juill 2011;29(32):5090- 3.

43. Brotherton JML, Leask J, Jackson C, McCaffery K, Trevena LJ. National survey of general practitioners' experience of delivering the National Human Papillomavirus Vaccination Program. *Sex Health*. sept 2010;7(3):291- 8.

44. Baudoin A, Sabiani L, Oundjian F, Tabouret E, Agostini A, Courbière B, et al. [HPV prophylactic vaccine coverage and factors impacting its practice among students and high school students in Marseilles' area]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. févr 2015;44(2):126- 35.

45. Rutten LJF, St Sauver JL, Beebe TJ, Wilson PM, Jacobson DJ, Fan C, et al. Clinician knowledge, clinician barriers, and perceived parental barriers regarding human papillomavirus vaccination: Association with initiation and completion rates. *Vaccine*. 03 2017;35(1):164- 9.

46. InVS | BEH n°11 (23 mars). Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens autour des Human Papilloma Virus (HPV), France, Alpes-Maritimes, 2009 [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2010/11/index.htm>

47. Reiter PL, Cates JR, McRee A-L, Gottlieb SL, Shafer A, Smith JS, et al. Statewide HPV vaccine initiation among adolescent females in North Carolina. *Sex Transm Dis*. sept 2010;37(9):549- 56.

48. Roberts SA, Brabin L, Stretch R, Baxter D, Elton P, Kitchener H, et al. Human papillomavirus vaccination and social inequality: results from a prospective cohort study. *Epidemiol Infect*. mars 2011;139(3):400- 5.

49. Kessels SJM, Marshall HS, Watson M, Braunack-Mayer AJ, Reuzel R, Tooher RL. Factors associated with HPV vaccine uptake in teenage girls: a systematic review. *Vaccine*. 21 mai 2012;30(24):3546- 56.

50. [cervarix_01022012_avis_ct6893.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/cervarix_01022012_avis_ct6893.pdf) [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/cervarix_01022012_avis_ct6893.pdf

51. 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*. 1 oct 2009;39(10):789- 97.

52. Bergeron C, Breugelmans J-G, Bouée S, Lorans C, Bénard S, Rémy V. Coût du

dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin en France. /data/revues/12979589/00340011/06003134/ [Internet]. 18 déc 2006 [cité 25 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/55652>

53. Brotherton JML, Bloem PN. Population-based HPV vaccination programmes are safe and effective: 2017 update and the impetus for achieving better global coverage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* févr 2018;47:42- 58.

54. Riethmuller D, Jacquard A-C, Lacau St Guily J, Aubin F, Carcopino X, Pradat P, et al. Potential impact of a nonavalent HPV vaccine on the occurrence of HPV-related diseases in France. *BMC Public Health.* 2 mai 2015;15:453.

55. HSPC (19 Février 2016). Vaccination des garçons contre les infections à papillomavirus. Disponible sur internet.

56. InVS (24 Janvier 2017). Dépistage du cancer du col de l'utérus et actes associés chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013 en France : une étude sur les bases de données médico-administratives françaises. Disponible sur : invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/pdf/2017_2-3_2.pdf

1. Annexe 1. Questionnaire Google Forms envoyé aux médecins généralistes

Présentation :

Je suis actuellement interne en dernière année de médecine générale à Nice.
Je réalise ma thèse sur le sujet suivant : « pratiques et opinion des médecins généralistes face à la vaccination contre le papillomavirus ».

Les médecins généralistes sont au centre du conseil et de la prescription des vaccins. Néanmoins, la crainte d'hypothétiques effets indésirables liés à la vaccination, entretenue par des polémiques très médiatisées auxquelles ont peu répondu les autorités de santé, est en France une des causes essentielles de la défiance du public et des médecins. L'hésitation vaccinale est donc un problème majeur en France.

A l'heure actuelle, la couverture vaccinale contre le papillomavirus en France est l'une des plus faible d'Europe : environ 14% en 2017 alors qu'elle atteignait 86% au Royaume Unis et 87% au Portugal.

Dans le monde également, la couverture vaccinale contre le papillomavirus est plus élevée qu'en France, comme par exemple aux Etats-Unis où elle atteignait les 42% ainsi que 78% en Australie et 80% en Suède.

Le but de cette enquête est de connaître vos habitudes en terme de vaccination et plus précisément concernant le vaccin contre le papillomavirus ainsi qu'en terme de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin.

Ce questionnaire est anonyme, il ne vous prendra que quelques minutes pour y répondre.

Section n°1 :

Question 1 : Vous êtes :

1. Un homme
2. Une femme

Question 2 : Votre âge :

1. < 30 ans
2. 30-50 ans
3. 50-60 ans
4. > 60 ans

Question 3 : Dans quelle ville exercez-vous ?

Réponse courte libre

Question 4 : Milieu d'exercice :

1. Rural
2. Urbain

Question 5 : Depuis combien d'années exercez-vous ?

1. Moins de 1 à ans
2. Entre 10 et 20 ans
3. Entre 20 et 30 ans
4. Plus de 30 ans

Question 6 : Pratique médicale :

1. En groupe
2. Cabinet seul

Question 7 : Recevez-vous des internes en stage ? (MSU)

1. Oui
2. Non

Question 8 : Exercice particulier ? (Homéopathie, acupuncture, DIU/DU ou capacités... etc).
Si oui, précisez :

Réponse courte

Question 9 : Quel est votre mode de formation continue ?

1. FMC
2. Congrès
3. Revues médicales
4. Visiteurs médicaux
5. Autre...

Section n°2 :

Question 10 : Quels sont les vaccins que vous recommandez systématiquement chez toutes vos patientes ?

1. Diphtérie Tétanos Poliomyélite
2. Coqueluche
3. Haemophilus influenza b
4. Hépatite B
5. Pneumocoque
6. Méningocoque C
7. Rougeole – Oreillons _ Rubéole
8. Papillomavirus
9. Grippe

Section n°3 :

Question 11 : En ce qui concerne le vaccin contre HPV, vous le recommandez :

1. Systématiquement à toutes les patientes entre 11 et 14 ans, jusqu'à 19 ans révolu si rattrapage possible
2. Parfois
3. Seulement si la patiente ou les parents me parlent du vaccin
4. Rarement
5. Jamais

Question 12 : Vaccinez-vous les hommes homosexuels contre le papillomavirus ?

1. Oui
2. Non

Section n°4 :

Question 13 : Vous assurez-vous que vos patientes sont à jour concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin ?

1. Oui
2. Non

Question 14 : Vous assurez-vous que vos patientes sont à jour concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus par cervico-utérin ?

1. Oui
2. Non

Question 15 : Proposez-vous à vos patientes de réaliser au décours de votre consultation leur frottis cervico-utérin de dépistage ?

1. Oui
2. Non

Section n°5 : facultative, seulement pour les médecins ayant répondu « oui » à la question n°15

Question 16 : A quelle fréquence les réalisez-vous ?

1. Tous les ans
2. Tous les 3 ans
3. Autre...

Question 17 : A partir de quel âge débutez-vous le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin ?

1. Dès le début des rapports sexuels
2. A partir de 25 ans
3. Autre...

Section n°6

Question 18 : Lorsque vous prescrivez le vaccin contre HPV, vous prescrivez plutôt :

1. Cervarix
2. Gardasil

Question 19 : Pour quelles raisons ?

Réponse courte

Question 20 : A quelle(s) occasion(s) prescrivez-vous le vaccin contre HPV ?

1. Demande de certificats médicaux
2. Consultation du carnet de santé
3. Consultation pour d'autres vaccinations
4. Consultation pour première contraception
5. Au moment du rappel pour le vaccin DTPolio
6. Autre...

Question 21 : En ce qui concerne votre opinion au sujet du vaccin contre HPV :

1. C'est un vaccin fiable qui a fait les preuves de son efficacité
2. Je manque d'informations au sujet de son efficacité et de ses effets secondaires
3. Je pense que le risque de maladies auto-immunes notamment de sclérose En Plaque avec ce vaccin n'a pas été totalement écarté
4. Les enfants ont trop de vaccin, inutile d'en rajouter un autre
5. Le rapport bénéfice-risque n'est pas en faveur de la vaccination
6. Je pense que ce vaccin est inutile et/ou dangereux
7. C'est un vaccin systématique donc je le propose, je n'ai pas d'opinion particulière à son sujet
8. Autre...

Question 22 : Quels sont les freins à la recommandation systématique du vaccin contre HPV selon vous ?

1. Manque d'informations essentiellement
2. Difficulté de parler d'un vaccin en lien avec la vie sexuelle chez des jeunes patientes
3. Difficulté de parler de la vie sexuelle aux patientes en présence de leur parent
4. La mauvaise médiatisation au sujet du vaccin, mauvaise opinion publique
5. La nécessité de poursuivre les frottis cervico-utérin malgré la vaccination
6. Doute sur son efficacité à long terme / manque de recul
7. Le fait qu'il ne protège que contre certains types de HPV et pas contre tous
8. Peur d'un mauvais suivi par la suite des patientes vaccinées
9. Peur que les patientes se sentent protégées à tort contre les IST
10. La nécessité de faire trois injections
11. Autre...

Section n°7 :

Question 23 : Évaluez-vous la connaissance de vos patientes et/ou des parents sur le papillomavirus et le vaccin contre HPV ?

1. Oui
2. Non

Question 24 : Avez-vous le sentiment que les patientes et/ou leurs parents ont des connaissances suffisantes à propos du vaccin contre HPV ?

1. Oui
2. Non

Question 25 : Pourquoi ?

Réponse courte

Question 26 : Parlez-vous librement/facilement de sexualité avec vos patientes de manière général (tous âges confondus) ?

1. Oui
2. Non

Question 27 : Avez-vous le sentiment qu'une analogie entre le vaccin contre l'hépatite B et le vaccin contre HPV est faite par les patientes et/ou leurs parents ?

1. Oui
2. Non

Section n°8 :

Question 28 : Devant une patiente/parents réticents ou refusant la vaccination, quels sont vos arguments pour la/les convaincre ?

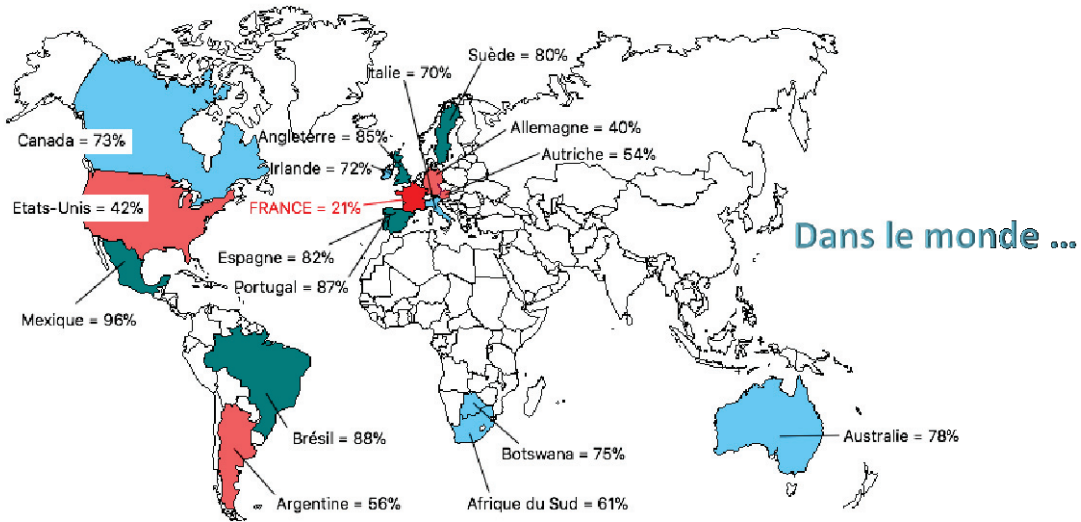
1. C'est le seul vaccin disponible pour prévenir et éradiquer les cancers liés au papillomavirus
2. Plusieurs études scientifiques ont étudié ce vaccin et prouvé son innocuité
3. Nous avons un recul de plus de 15 ans sur ces vaccins
4. 80% des dysplasies sont induites par les HPV de type 16 et 18 qui sont prévenus par les deux vaccins
5. 90% des condylomes sont induits par les HPV de type 6 et 11 qui sont prévenus par le vaccin Gardasil
6. Ces vaccins permettent de prévenir les dysplasies et condylomes dans des parties du corps autres que le col de l'utérus (anus, vulve, pénis, gorge etc...)
7. Autre...

Question 29 : Avez-vous des suggestions afin de développer la couverture vaccinale contre HPV ?

1. Informer davantage les patientes via les médias au sujet des pathologies liées au HPV et les bénéfices du vaccin
2. Informer davantage les médecins
3. Développer un site internet que pourraient consulter librement le public et que les médecins pourraient conseiller à leurs patientes afin qu'elle puisse s'instruire sur le papillomavirus ainsi que sur les vaccins
4. Développer des feuilles d'informations d'une page recto-verso que les médecins pourraient remettre à leur patiente, toujours dans le but d'informer les patientes
5. Spots publicitaires
6. Autre...

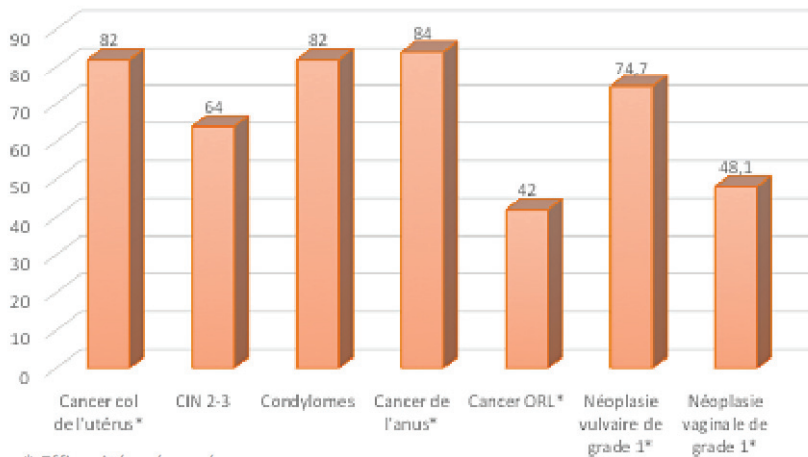
2. Annexe 2. Fiche d'information pour les médecins généralistes.

A propos du vaccin contre le papillomavirus ... ?



600 000 doses de vaccin Gardasil administrées
 → Pas d'effets secondaires retrouvés lors d'une étude Américaine par la Safety Datalink

Efficacité du vaccin Gardasil (%)



* Efficacité présumée

De 9 à 13 ans :
2 injections à 6
mois d'intervalles

Dès 14 ans :
3 injections à 0,
2 et 6 mois

Save Your Uterus

Vaccinez vos filles !

Parlez-en à votre médecin



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction : Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin le plus fréquent dans le monde. Il est établi que 99% de ces cancers sont dus à une infection par le papillomavirus. Depuis 2006, deux vaccins contre le papillomavirus sont commercialisés en France : Gardasil (2006) et Cervarix (2007). Bien que leur efficacité et innocuité aient été démontré au cours de nombreuses études, les polémiques dans les médias ont affecté leur acceptation par la population. L'adoption vaccinale reste décevante avec un taux de vaccination n'atteignant pas les 20% en France en 2017. Les médecins généralistes étant les principaux prescripteurs de ces vaccins, leur opinion est primordiale dans l'acceptation par les patientes de ce vaccin.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les pratiques et opinions des médecins généralistes face à la vaccination contre le papillomavirus.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive sur une population de médecins généralistes travaillant dans les Alpes-Maritimes, Var et Corse. Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire en ligne anonyme qui comprenait 29 questions.

Résultats : Nous avons inclus dans notre enquête 111 réponses. 71,2% des médecins généralistes interrogés affirment prescrire de manière « systématique » le vaccin contre le papillomavirus à leur patiente. Ces médecins évoquent un manque d'information important chez les patientes dû à la mauvaise médiatisation du vaccin.

Conclusion : Les résultats de notre enquête vont dans le sens d'une bonne adhésion par les médecins généralistes en ce qui concerne la vaccination contre le papillomavirus. Il existe cependant un manque criant d'informations qui constitue la principale limitation dans l'acceptation de ce vaccin et expliquant probablement le faible taux de couverture vaccinale en France.