



HAL
open science

Quelles sont les connaissances actuelles des adolescentes concernant les infections aux papillomavirus et la vaccination anti-HPV ?

Pauline Lelevé

► To cite this version:

Pauline Lelevé. Quelles sont les connaissances actuelles des adolescentes concernant les infections aux papillomavirus et la vaccination anti-HPV ?. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02176650

HAL Id: dumas-02176650

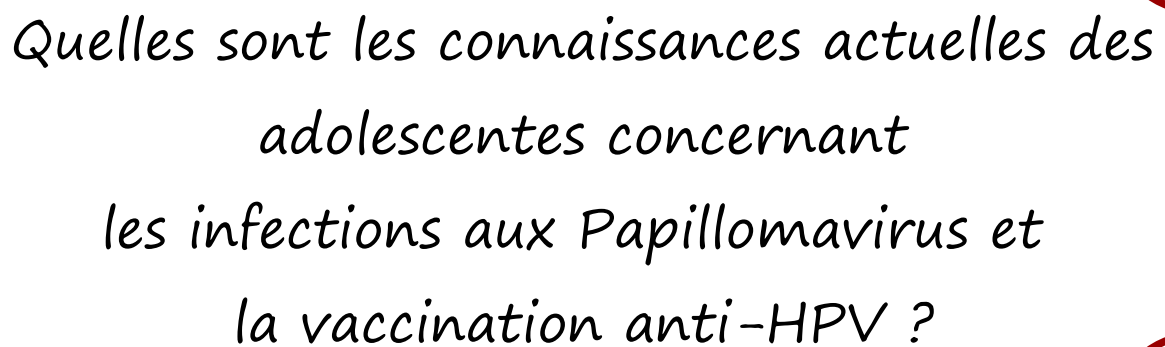
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02176650>

Submitted on 8 Jul 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.

École de Sage-Femme
Université de Caen



*Quelles sont les connaissances actuelles des
adolescentes concernant
les infections aux Papillomavirus et
la vaccination anti-HPV ?*

Sous la direction du Dr Turck

LELEVÉ Pauline
née le 27 / 11 / 1995

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme

Promotion 2015 / 2019



CAEN - CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

REMERCIEMENTS

Au Docteur **Turck** pour avoir accepté de m'accompagner et pour ses remarques dans la guidance de ce mémoire.

A Mme **Goupille** pour sa disponibilité, ses multiples relectures et ses conseils bienveillants.

A Mme **Sénécal**, M.**Bruak**, M.**Carnet**, M.**Daligault** et Mme **Briard** pour leur enthousiasme et leur implication dans cette étude.

Aux **parents** des collégiennes de 3ème pour leur confiance accordée.

Aux **jeunes filles** de 3ème scolarisées à l'Institution Saint-Pierre, au collège Saint-Rémi, Georges Lavalley, Clément Marot et Sévigné sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

A mes **parents** qui m'ont toujours soutenue, à qui je dois tout.

A **Baptiste**, qu'aurait été mon enfance et ma vie sans mon « petit » frère.

A mes **grands-parents** (Lelevé et Berthout) qui nous montrent depuis toujours la définition même et les valeurs d'une famille.

A Tata **Frede** pour son english touch !

A mes copines **Claire**, **Agathe C** et **Agathe H**, mes plus beaux souvenirs, fous rires, et soirées c'était avec vous. Puisse la vie ne pas trop nous éloigner géographiquement !

Le dernier mot ira pour **Mathieu**, mon soutien quotidien. On en a parcouru du chemin depuis ces 7 dernières années, on a chacun évolué dans nos vies respectives mais toujours l'un à côté de l'autre, et aussi l'un pour l'autre. Tellement fière de toi et de notre couple.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations

1. Introduction.....	1
1.1. Les papillomavirus.....	1
1.1.1. Transmission.....	1
1.1.2. Prévalence.....	1
1.1.3. Conséquences.....	2
1.1.4. Épidémiologie.....	2
1.1.5. Dépistage.....	3
1.2. La vaccination.....	4
1.2.1. Historique.....	4
1.2.2. Schéma vaccinal.....	5
1.2.3. Couverture vaccinale.....	6
1.2.4. Efficacité.....	7
1.2.5. Sécurité.....	8
1.3. Représentations sociales et professionnelles.....	9
1.3.1. Enquête auprès de parents de jeunes filles.....	9
1.3.2. Enquête auprès de lycéens masculins.....	10
1.3.3. Enquête auprès de femmes.....	11
1.3.4. Enquête auprès de sages-femmes.....	11
1.3.5. Enquête auprès d'internes en médecine générale.....	12
2. Matériels et Méthodes.....	13
2.1. Objectifs.....	13
2.2. Méthode.....	13
2.3. Accords préalables.....	14
2.4. Matériel.....	14
2.5. Outils statistiques.....	15
2.6. Hypothèses.....	16
3. Résultats.....	16
3.1. Description de la population.....	17
3.2. Existence d'une vaccination anti-HPV.....	17
3.3. Couverture vaccinale.....	18
3.4. Connaissances concernant les Papillomavirus et la vaccination anti-HPV.....	20

4. Analyse et Discussion.....	27
4.1. Limites et biais de l'étude.....	27
4.2. Forces de l'étude.....	27
4.3. Statut des connaissances.....	28
4.3.1. HPV et vaccination.....	28
4.3.2. Suivi gynécologique.....	29
4.4. Prévention primaire.....	29
4.5. Vecteurs d'informations et facteurs favorisant la vaccination.....	30
4.5.1. Les parents.....	30
4.5.2. Médecin traitant.....	31
4.6. Freins à la vaccination.....	32
4.7. Rôle de l'institution scolaire.....	32
4.7.1. Une vaccination en milieu scolaire.....	32
4.7.2. Rôle des infirmiers scolaires.....	33
4.8. Implication des familles.....	34
4.9. Place et impact des médias.....	34
4.10. Et les garçons ?.....	35
4.11. Une vaccination dès 9 ans.....	36
4.12. Une consultation dédiée aux adolescents.....	36
5. Conclusion.....	38

Bibliographie

Annexes

Résumé - Mots clefs

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HPV : Human PapillomaVirus

FCU : Frottis Cervico-Utérin

IST : Infection Sexuellement Transmissible

HAS : Haute Autorité de Santé

SF : Sages-Femmes

INCa : Institut National du Cancer

ODLC : Office de Lutte contre le Cancer

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

EGB : Échantillon Généraliste des Bénéficiaires

EMA : Agence Européenne des Médicaments

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

PGR : Plan de Gestion des Risques

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

CCP : Consultation de Contraception et de Prévention

ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes

1. INTRODUCTION

Chaque année en France, 1100 femmes décèdent suite à un cancer du col de l'utérus. Dans plus de 90% des cas, ce cancer est lié à une infection à un papillomavirus humain (HPV) contractée plusieurs dizaines d'années auparavant. La réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) chez les femmes est actuellement le moyen utilisé dans le dépistage de lésions pré-cancéreuses et cancéreuses. De plus, un moyen de prévention est mis à disposition depuis 13 ans : la vaccination des jeunes filles. Toutefois, le taux de couverture vaccinale en France est l'un des plus faibles d'Europe et ne dépasse pas les 25%, alors que l'efficacité et la sécurité de ces vaccins sont établies. (1)

1.1. Les Papillomavirus

1.1.1. Transmission

Les infections aux HPV font partie des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) les plus fréquentes. Ces virus se transmettent donc lors des contacts cutanéomuqueux, le plus souvent lors des rapports sexuels, qu'il y ait pénétration ou non. Ainsi un simple contact intime au niveau des zones génitales suffit à transmettre le virus. Comme ils sont présents dans toute la sphère ano-génitale, l'utilisation de préservatifs ne protège qu'imparfaitement de la contamination par les HPV, bien qu'elle contribue tout de même à en réduire le risque. (2) (3)

1.1.2. Prévalence

On considère que plus de 75% des hommes et des femmes sexuellement actifs seront exposés aux HPV au cours de leur vie. La forte contagiosité et la transmission par contact direct aussi bien cutané que muqueux expliquent la fréquence élevée de cette exposition. (3) La primo-infection a lieu généralement au début de la vie sexuelle : c'est pourquoi on estime qu'une femme sur quatre de moins de 25 ans ayant des rapports sexuels est porteuse d'un HPV. Certains facteurs de risque vont favoriser l'infection : l'âge précoce au moment des premiers rapports sexuels et le fait d'avoir des partenaires sexuels multiples sans protection. (4)

1.1.3. Conséquences

Il existe plus de 120 génotypes différents (on les différencie par un numéro) : 75% d'entre eux sont inoffensifs, d'autres (comme les HPV 6 et 11) peuvent être responsables de condylomes. Ceux-ci correspondent à des verrues sur les parties génitales sans potentiel d'évolution vers des lésions de haut grade, ni vers le cancer invasif. Ainsi elles ne sont pas cancéreuses mais sont gênantes, très contagieuses et peuvent nécessiter un traitement (par exemple : laser). D'autres HPV sont susceptibles d'entraîner un cancer du col de l'utérus, mais aussi de la vulve, du vagin, de l'anus et de la sphère oro-pharyngée (notamment les HPV 16 et 18 qui sont retrouvés dans 70% des cancers du col de l'utérus : ils ont un pouvoir oncogène). (3) (5)

Dans 90% des cas, avec un système immunitaire compétent, une infection à un HPV est asymptomatique et transitoire : son élimination est spontanée et a lieu dans l'année. Le portage évolue ainsi dans la majorité des cas vers la clairance virale. (4) Toutefois dans 10% des cas, l'infection persiste, initialement sans lésion cytologique ou histologique, puis évolue vers des lésions précancéreuses (appelées lésions intra-épithéliales, dysplasies cervicales ou CIN). Celles-ci ont une probabilité non négligeable de régresser spontanément vers un épithélium normal. Les facteurs favorisant la persistance de l'infection sont l'immunodépression, le tabagisme, la multiparité, la présence d'autres infections (Chlamydia Trachomatis ou virus de l'herpès simplex de type 2), et de façon moins certaine l'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux oestro-progestatifs. (5)

Lorsque ces lésions persistent au niveau de la muqueuse cervicale, elles peuvent évoluer vers un cancer du col de l'utérus. La survenue de ce cancer est ainsi la conséquence d'une infection à un HPV oncogène survenue plusieurs années auparavant. Une infection persistante à un HPV à haut risque est donc nécessaire mais non suffisante pour aboutir à un cancer du col de l'utérus. (3) (5) (6)

1.1.4. Épidémiologie

Le cancer du col de l'utérus est actuellement le onzième cancer chez la femme en France par sa fréquence. Le pic d'incidence se situe vers 40 ans et l'âge médian au diagnostic est de 51 ans. Il est rare chez les femmes âgées de moins de 30 ans et celles âgées de plus de 65 ans. (6) (7)

La survie des femmes ayant un cancer du col utérin dépend de différents facteurs pronostiques : la survie à cinq ans est comprise entre 84 et 93% pour les cancers de stade I (limité au col), et 35% pour les cancers de stade IV (envahissant les organes de voisinage). (7) L'infection aux HPV est étiologiquement associée à plus de 90% des cancers du col de l'utérus (3000 nouveaux cas par an en France), 90% des cancers de l'anus (1100 nouveaux cas par an), 70% des cancers du vagin (300 nouveaux cas par an), 50% des cancers du pénis, 40% des cancers de la vulve (500 nouveaux cas par an) et 20 à 60% des cancers de l'oropharynx. (5) (7)

Les hommes peuvent être porteurs asymptomatiques de l'infection, la transmettre à leur(s) partenaire(s) mais aussi souffrir de complications d'une infection à un HPV sous la forme de condylomes, de lésions précancéreuses ou cancéreuses de la région anogénitale et oropharyngée. (8)

1.1.5. Dépistage

Le dépistage du cancer du col utérin repose sur un test cytologique : le frottis cervico-utérin (FCU). Celui-ci a été inventé par le Docteur Papanicolaou en 1928, et est édité selon la classification Bethesda. (9)

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis 2010 de réaliser un FCU tous les trois ans chez les femmes, vaccinées ou non contre les HPV, de 25 à 65 ans, après deux FCU successifs normaux effectués à un an d'intervalle. Il peut être réalisé par une sage-femme (SF), un médecin généraliste, ou un gynécologue. Tout frottis anormal doit être suivi d'investigations diagnostiques en fonction du résultat de la cytologie (FCU de contrôle, recherche de l'ADN viral des HPV oncogènes encore appelé test HPV, colposcopie-biopsie, curetage de l'endocol, conisation diagnostique). (9) (10)

Malgré une sensibilité imparfaite (70%), le dépistage par FCU permettrait de diminuer de 80% le nombre de cancer du col chez la femme. Il permet un dépistage plus précoce des lésions et ainsi une prise en charge à un stade moins avancé. Dans le cadre du plan cancer, l'institut national du cancer (INCa) a édité en 2017 15 arbres décisionnels concernant la prise en charge des frottis anormaux. (11)

Le frottis de dépistage est remboursé à 65%. Un programme national de dépistage organisé du cancer du col en France est prévu durant l'année 2019, bien que des expérimentations locales soient déjà faites. Par exemple, depuis 1991 en Isère, l'Office de Lutte contre le Cancer (ODLC) invite toutes les femmes, par courrier postal, n'ayant pas de suivi gynécologique ou un suivi supérieur à trois ans à effectuer un FCU. (6) (8)

Sur les 17,5 millions de femmes françaises concernées, seulement 10% bénéficieraient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé, 50% des femmes seraient trop peu ou pas dépistées et 40% seraient dépistées trop fréquemment. (12)

1.2. La vaccination

1.2.1. Historique

Trois vaccins contre les infections aux HPV disposent actuellement d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en Europe : Cervarix®, Gardasil® et Gardasil 9®. Le vaccin nonavalent Gardasil 9® contient cinq génotypes d'HPV à haut risque (31, 33, 45, 52, 58) additionnels par rapport au vaccin quadrivalent Gardasil® (6, 11, 16, 18). Le vaccin bivalent Cervarix® contient les génotypes à haut risque 16 et 18. (13)

Ces trois vaccins sont indiqués pour prévenir les lésions précancéreuses et / ou cancéreuses du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus dues à certains types d'HPV oncogènes. Outre cette indication commune, Gardasil® et Gardasil 9® sont indiqués dans la prévention des verrues génitales (condylomes) dues à des types HPV spécifiques. Les neuf génotypes d'HPV inclus dans Gardasil 9® (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) sont retrouvés dans plus de 90% des cancers du col de l'utérus. Actuellement, les recommandations sont en faveur de Gardasil 9®. (14)

Gardasil® est disponible en France depuis 2006. L'année suivante Cervarix® a obtenu son AMM. Gardasil 9® est plus récent étant commercialisé depuis 2015 (et disponible en France en officine depuis 2018). (14) (15)

Ces différents vaccins ne sont pas interchangeables : toute vaccination initiée avec l'un d'eux doit être menée à son terme avec le même vaccin.

1.2.2. Schéma vaccinal

En France, la vaccination contre les HPV est recommandée, et remboursée :

- Chez les jeunes filles de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible jusqu'à l'âge de 19 ans. Pour être efficace, la vaccination doit être effectuée avant tout contact avec un éventuel agent infectieux, donc avant les premiers rapports sexuels (actuellement en France seulement 5% des jeunes filles ont leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans).
- Chez les hommes de moins de 26 ans ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.
- Chez les personnes immunodéprimées jusqu'à l'âge de 19 ans (par exemple infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), en attente de transplantation ou transplantées, en post greffe de cellules souches hématopoïétiques).

En fonction du vaccin utilisé, et de l'âge au moment de l'injection, le schéma vaccinal n'est pas le même. (13) (16)

1^{er} schéma vaccinal de référence, à partir de 11 ans

	Gardasil 9®	Gardasil®	Cervarix®
1 ^{re} injection	Entre 11 et 14 ans	Entre 11 et 13 ans	Entre 11 et 14 ans
2 ^e injection	6-13 mois plus tard	6 mois plus tard	6 mois plus tard

2^e schéma vaccinal, pour les jeunes filles plus âgées

	Gardasil 9®	Gardasil®	Cervarix®
1 ^{re} injection	Entre 15 et 19 ans	Entre 14 et 19 ans	Entre 15 et 19 ans
2 ^e injection	2 mois après la 1 ^{re} injection	2 mois après la 1 ^{re} injection	1 mois après la 1 ^{re} injection
3 ^e injection	4 mois après la 2 ^e injection	4 mois après la 2 ^e injection	5 mois après la 2 ^e injection

Tableau 1 : Rappel des schémas vaccinaux des jeunes filles selon l'INCa © (13)

Le vaccin doit être administré par voie intramusculaire, de préférence dans la région deltoïdienne de la partie supérieure du bras, ou dans la région antérolatérale supérieure de la cuisse.

Il peut être prescrit par une SF ou un médecin, et réalisé par ces deux professionnels ou par un infirmier sur prescription médicale. Les trois vaccins sont pris en charge à 65% par l'Assurance Maladie. (15) (16)

1.2.3. Couverture vaccinale

Le suivi de la couverture vaccinale vis-à-vis des vaccins anti-HPV est réalisé à partir de l'Échantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB), soit chez les jeunes filles éligibles à la vaccination, donc les jeunes filles nées depuis 1993 (14 ans en 2007). Au 31 décembre 2014, la couverture vaccinale des jeunes filles nées en 2000, pour au moins une dose, à 15 ans, était de 20,4%. Le niveau était alors en très légère progression par rapport à celui des jeunes filles nées en 1999, mais restait inférieur de plus de dix points aux niveaux de couverture vaccinale qui avaient été atteints pour celles nées entre 1994 et 1996. A noter que, quelle que soit l'année de naissance, moins d'une jeune fille sur trois a reçu au moins une dose à l'âge de 15 ans. Le taux de couverture vaccinale est ainsi l'un des plus bas d'Europe : moins de 20% de la population cible était vaccinée en 2017 alors que le Plan Cancer 2014-2019 fixe un objectif de 60%. (17) (18)



Figure 1 : Couverture vaccinale en % 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 selon l'INVS© (17)

1.2.4. Efficacité

Après l'introduction de la vaccination anti-HPV dans la population, le suivi de son impact épidémiologique et l'estimation de son efficacité en conditions réelles d'utilisation sont nécessaires. Du fait de l'intervalle de temps long (plusieurs dizaines d'années) entre l'infection par un HPV oncogène et la survenue d'un cancer du col de l'utérus, l'impact de la vaccination sur les cancers du col et autres cancers liés aux HPV ne peut se mesurer que quelques décennies après l'introduction des vaccins. Différentes études post-AMM, conduites dans plusieurs pays à ce jour, ont permis d'évaluer l'impact et l'efficacité de la vaccination anti-HPV sur des marqueurs plus précoces tels que l'infection aux HPV, les condylomes, mais également à moyen terme sur les lésions précancéreuses du col de l'utérus. (6) (19)

En Australie, où la couverture vaccinale du vaccin quadrivalent (avec trois doses, chez les jeunes filles de 13 ans) était supérieure à 70%, et de plus de 30% pour les jeunes femmes de 18-26 ans, une réduction de la prévalence des HPV vaccinaux (6, 11, 16, 18) de 28,7% à 6,7% a été montrée pour des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans consultant en centre de planning familial quatre ans après l'introduction de la vaccination. (13)

De plus, toujours en Australie, le programme vaccinal a fait diminuer le nombre de nouveaux diagnostics de condylomes chez les jeunes femmes âgées de moins de 28 ans de 12,7% en 2004 à 6,6% en 2008. (13)

D'autre part, le Cervarix® et le Gardasil® ont chacun démontré leur efficacité dans les essais cliniques permettant la délivrance d'une AMM, pour chacun d'eux, en prévention des lésions précancéreuses du col utérin. Il a ainsi été constaté que l'efficacité vis-à-vis des lésions CIN2 ou plus liées aux HPV oncogènes 16 et 18 est de 97,7% pour le vaccin quadrivalent, et de 92,2% pour le vaccin bivalent. (7) (20)

Concernant Gardasil 9®, les premiers résultats d'efficacité ont été publiés dans le *New England Journal of Medicine* en février 2015. Il s'agit d'une étude randomisée internationale en double aveugle au sein de laquelle 14 215 femmes, âgées de 16 à 26 ans, ont reçu le vaccin quadrivalent ou le nonavalent selon un schéma à trois injections (à 0, 2 et 6 mois). Le taux global de lésions cervicales de haut grade liées aux HPV 31, 33, 45, 52 et 58 est de 0,1 pour 1000 dans le groupe nonavalent contre 1,6 pour 1000 dans le groupe quadrivalent. Ceci équivaut à une efficacité de 96,7%, IC 95% [80,9-99,8]. (18) (21) (22)

La persistance de la réponse en anticorps (après la troisième dose) a été observée jusqu'à dix ans chez les adolescent(e)s qui étaient âgé(e)s de 9 à 15 ans au moment de la vaccination, neuf ans chez les femmes qui étaient âgées de 16 à 23 ans au moment de la vaccination, six ans chez les hommes âgés de 16 à 26 ans au moment de la vaccination et huit ans chez les femmes âgées de 24 à 45 ans au moment de la vaccination. Des discussions sont en cours concernant l'intérêt d'un éventuel rappel dans la vie des sujets. (14) (19)

1.2.5. Sécurité

L'Agence Européenne des Médicaments (EMA) et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) suivent en continu le rapport bénéfice / risque des vaccins anti-HPV. Elles assurent la surveillance et le suivi des effets secondaires des vaccins à travers des plans de gestion des risques (PGR) à l'échelle nationale et européenne. Elles étudient les déclarations d'effets indésirables et la littérature. (17) (23)

Le recul est de plus de dix ans pour les vaccins Gardasil® et Cervarix®, plus de 170 millions de doses ont été délivrées dans le monde : les taux de notifications d'effets indésirables sont de 2 à 5 pour 10 000 doses et de 0,7 à 0,8 pour 10 000 doses pour les cas graves. Les effets rapportés le plus fréquemment au niveau mondial sont bénins et transitoires : une douleur au site d'injection (83%), des céphalées (13%), des vertiges, des nausées (3%) et une fièvre (6%) ; ces effets indésirables sont d'ailleurs identiques à ceux des autres vaccins couramment utilisés entre 9 et 26 ans. La fréquence de survenue des effets indésirables est similaire entre les groupes vaccinés par Gardasil 9® et par Gardasil® à l'exception des effets locaux à type de gonflements, signalés plus fréquemment avec Gardasil 9® (48% versus 36% pour Gardasil® chez les jeunes filles âgées de 9 et 15 ans). (15) (24)

Les taux de notifications des cas graves, définis entre autres comme ayant conduit à l'hospitalisation des sujets vaccinés, sont de l'ordre de 7 pour 100 000 doses vaccinales. Ils sont principalement représentés par des événements indésirables transitoires déjà mentionnés dans le résumé des caractéristiques de ces produits. Il s'agit le plus souvent de syncopes vasovagales, de paresthésies et de convulsions. Une augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré (une atteinte des nerfs

périphériques entraînant une faiblesse voire une paralysie progressive) après vaccination anti-HPV « *apparaît toutefois probable* », souligne le communiqué de l'ANSM. Si, en France, l'incidence du syndrome de Guillain-Barré est estimée à 1-2 sur 10 000, à la vaccination anti-HPV est ici associé un risque estimé de 1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées. Cette estimation est cohérente avec celle des US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ce risque est jugé suffisamment faible par l'Agence sanitaire française pour ne pas remettre en cause le rapport bénéfice-risque pour les vaccins concernés. (4) (5) (14)

1.3. Représentations sociales et professionnelles

Qu'en est-il des connaissances sur les infections aux HPV et les moyens de prévention des professionnels de santé, des femmes elles-mêmes, et de l'entourage des adolescentes, cibles de la vaccination anti-HPV ?

1.3.1. Enquête auprès de parents de jeunes filles

Sarah Cavarec Lecomte et Adeline Charrier ont réalisé une thèse sur les « *Facteurs influençant les parents concernant la vaccination anti-papillomavirus de leurs filles* » (25). Les parents de 1442 jeunes filles de 11 à 14 ans ont été invités à répondre à un questionnaire anonyme.

Selon cette étude, les facteurs facilitateurs à la réalisation de la vaccination anti-HPV pour les parents étaient :

- Concernant leurs caractéristiques :
 - o Un âge supérieur ou égal à 43 ans
 - o Un nombre de filles supérieur ou égal à 2
 - o L'impression qu'une majorité de filles était vaccinée dans leur entourage
- Concernant leurs modes d'informations :
 - o Le fait d'avoir été informé par le médecin généraliste, un autre professionnel de santé (sauf les gynécologues et les pédiatres) ou leur(s) fille(s)
- Concernant leurs représentations :
 - o La protection contre le cancer du col de l'utérus par ce vaccin
 - o La responsabilité parentale de protéger l'enfant

Les facteurs freins étaient :

- Concernant leurs caractéristiques :
 - o Le fait d'être croyant pratiquant par rapport au fait d'être croyant non pratiquant
- Concernant leurs modes d'informations :
 - o Le fait d'avoir été informé par les médias
- Concernant leurs représentations :
 - o La peur des effets indésirables du vaccin anti-HPV
 - o Le manque de recul concernant les effets bénéfiques du vaccin anti-HPV
 - o Les polémiques concernant les vaccins contre l'hépatite B ou le virus H1N1 (grippe)
 - o Le nombre de vaccins à effectuer jugé trop important tout au long de la vie
 - o Le manque d'informations concernant le vaccin anti-HPV

Toujours selon cette étude, les parents étaient favorables à la vaccination anti-HPV pour 70,71% d'entre eux, 29,29% étaient contre. Les médias (télévision, radio, internet, presse écrite) représentaient un mode d'informations pour 71% des répondants, le médecin généraliste pour 56%. L'information par le médecin traitant avait une influence déclarée positive pour 53% des parents, celle par les médias n'avait pas d'influence pour 46% des interrogés.

1.3.2. Enquête auprès de lycéens masculins

En 2013, Abélia Gellenoncourt et Paolo Di Patrizio se sont intéressés à l'acceptabilité du vaccin contre les HPV chez des lycéens masculins âgés de 16 à 18 ans de Lorraine via un questionnaire anonyme (26). Sur 328 répondants, 47% avaient déjà entendu parler des HPV, 79% savaient que les HPV étaient responsables de cancer du col de l'utérus mais seulement 39% connaissaient l'imputabilité des HPV dans les verrues génitales. Pour 67% des répondants le vaccin contre les HPV protégeait uniquement les filles. Le manque de connaissances associé à la faible perception d'être à risque pourrait expliquer le nombre majoritaire d'indécis (41%) face à la question « Souhaiteriez-vous vous faire vacciner contre les papillomavirus si le vaccin était disponible pour tous les garçons ? »

1.3.3. Enquête auprès de femmes

En vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Sandy Bernard-Granger a réalisé son mémoire en 2014 sur « *La connaissance des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus* » (27). Un questionnaire était distribué par l'hôtesse d'accueil du service de Médecine du Travail du CHU de Grenoble à chaque patiente qui se présentait pour sa consultation. Parmi les 219 questionnaires récupérés, 29 femmes vaccinées contre l'HPV ont été recensées (13,7%). Néanmoins ayant des âges différents toutes les femmes interrogées n'ont pas pu bénéficier de ce vaccin, puisqu'elles ne faisaient pas partie de la population ciblée par les recommandations. En ce qui concerne les connaissances sur la vaccination contre les HPV, 88% des femmes sondées connaissaient son utilisation contre le cancer du col de l'utérus. Elles étaient 86,2% à déclarer que l'âge de la vaccination se situait entre 11 et 14 ans. Par ailleurs, 12,8% déclaraient ne pas connaître l'âge de la vaccination, 41,9% disaient ne pas savoir l'âge de la vaccination de rattrapage.

1.3.4. Enquête auprès de sages-femmes

Une étude qualitative a été réalisée en 2016 dans le département des Bouches-du-Rhône par Léa Marchal concernant la perception des SF sur la vaccination anti-HPV, tout en abordant les moyens de prévention véhiculés ainsi que leurs connaissances sur ce sujet (28). L'étude portait sur 11 SF sélectionnées par un tirage au sort parmi toutes les SF libérales et hospitalières pratiquant du suivi gynécologique de prévention dans ce département. Toutes les SF avaient une représentation positive de la vaccination comme étant un progrès médical et une avancée de la médecine. Cependant, six d'entre elles témoignaient d'un manque de confiance envers les laboratoires et trouvaient qu'il y a un manque d'informations de leur part. Concernant le vaccin anti-HPV, neuf SF interviewées pensaient qu'il était bénéfique et constituait une prévention essentielle contre les HPV, et six SF estimaient qu'il était incomplet compte tenu qu'il ne protégeait pas à 100%. Quatre SF ont évoqué comme inconvénient chez ce vaccin qu'il pouvait donner l'illusion aux jeunes filles d'être protégées et donc de nuire à l'observance du dépistage par frottis cervico-utérin. Huit professionnelles sur onze manquaient de connaissances sur les HPV, et essentiellement sur la transmission du virus

et les risques des HPV chez les hommes. Six SF avaient quelques manques de connaissances concernant le vaccin anti-HPV et plus particulièrement sur le schéma vaccinal.

1.3.5. Enquête auprès d'internes en médecine générale

Anthony Rihard a réalisé sa thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine en 2017 sur la perception de la vaccination anti-papillomavirus humains par les internes de médecine générale du centre hospitalier universitaire de Caen (29). Un questionnaire électronique anonyme a été distribué à 287 étudiants : le taux de participation était de 22% (soit 62 questionnaires obtenus). Pour 51 internes (82%), la vaccination anti-HPV ne concernait que les filles et 11 personnes (18%) ont répondu qu'elle concernait les filles et les garçons. Parmi le premier sous-groupe, 32 (63%) savaient que la primo-vaccination était proposée à partir de l'âge de 11 ans, 32 (63%) savaient que deux doses étaient recommandées pour une primo-vaccination efficace, 15 (29%) savaient que le rappel vaccinal concernait la tranche d'âge entre 15 et 19 ans inclus, huit (16%) savaient que trois doses étaient recommandées pour un rappel vaccinal efficace. Soixante internes (97%) étaient favorables à la vaccination en général contre deux (3%). Cinquante-six (90%) étaient favorables à la vaccination anti-HPV contre six (10%). Les raisons données par les internes non favorables étaient : le manque de recul (67%), le doute sur l'efficacité (67%), le risque de négligence du FCU (67%), les effets secondaires (50%), la pression du lobby pharmaceutique (50%), le manque de confiance vis-à-vis de l'HAS (33%), le risque de moindre utilisation du préservatif (33%) et la durée de protection inconnue (33%).

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1. Objectifs

Le but de cette étude était d'enquêter auprès des personnes concernées par la vaccination anti-papillomavirus : les jeunes filles. Nous nous sommes donc interrogées sur leurs connaissances relatives aux virus et au moyen de prévention. L'objectif était également d'avoir un aperçu de la couverture vaccinale chez cet échantillon d'adolescentes.

2.2. Méthode

En janvier 2018, 17 collèges de Basse-Normandie ont été contactés par lettre postale, puis par téléphone pour leur expliquer le projet et leur proposer de participer à l'étude (*cf annexe 1*). L'interlocuteur était soit le chef d'établissement, soit l'infirmier scolaire. Cinq établissements ont répondu positivement :

- Le collège Sévigné à Flers (61, établissement public)
- Le collège Clément Marot à Douvres-la-Délivrande (14, établissement public)
- Le collège Saint-Rémi à Tinchebray (61, établissement privé)
- Le collège Georges Lavalley à Saint-Lô (50, établissement public)
- L'institution Saint-Pierre à Caen (14, établissement privé)

Nous avons programmé une intervention d'une heure pendant le mois de septembre avec les collégiennes scolarisées en classe de troisième (nous nous sommes tournées vers cette population car elles ont environ 14 ans, ainsi elles ont déjà potentiellement eu connaissance de la vaccination anti-HPV). En fonction des établissements, soit toutes les élèves du collège étaient convoquées à la même heure, sur un seul créneau, soit différentes interventions étaient organisées sur différents horaires voire différentes journées, par classe.

Il était convenu de ne pas intégrer les garçons dans l'étude car nous nous intéressions à la vaccination anti-HPV et aux recommandations actuelles (comme dit précédemment, la vaccination anti-HPV est recommandée seulement pour les garçons homosexuels actuellement en France).

2.3. Accords préalables

Juste avant de contacter les établissements scolaires, un échange avec le Dr Vial-Gaillard (médecin conseiller technique départemental sur la mission santé des élèves au rectorat de l'Académie de Caen) et Mme Lecuy (infirmière conseiller technique) a eu lieu afin que l'Académie valide le questionnaire, donnant ainsi plus de légitimité à ce projet.

Pour les collèges ayant accepté de participer à l'étude, il a été nécessaire de recueillir l'accord des parents des jeunes filles. Selon les souhaits des établissements, différentes méthodes ont été adoptées : les parents des jeunes filles faisant leur rentrée en troisième ont reçu un document d'informations qui visait à leur expliquer le projet et l'objet de mon intervention, soit via la boîte mail de l'établissement à la fin du mois d'août, soit via le carnet de correspondance de leur fille la semaine de la rentrée, soit directement par courrier postal au début du mois de septembre (*cf annexe 2*).

Quelques jours après la mise à disposition du document d'informations, une demande d'autorisation leur a été communiquée afin de recueillir leur accord écrit concernant la participation de leur fille à cette étude.

2.4. Matériel

Lors de l'intervention dans les établissements, les cinq premières minutes permettaient de me présenter et d'expliquer l'étude. Ensuite un formulaire d'informations et de non opposition était distribué aux jeunes filles dont les parents avaient préalablement donné leur accord, pour qu'elles expriment elles aussi leur approbation. Un questionnaire anonyme leur était alors distribué (*cf annexe 3*). Elles n'avaient pas de limite imposée de temps, elles ont mis en moyenne une dizaine de minutes à le remplir. Une première partie s'intéressait aux vecteurs des informations qu'elles pouvaient avoir sur les infections aux HPV et la vaccination. Il leur était demandé si elles étaient vaccinées ou non. Puis la deuxième partie correspondait à un VRAI / FAUX.

Une fois les questionnaires récupérés, le reste du temps était dédié à la correction de celui-ci, ainsi qu'à un temps d'échanges concernant les différentes remarques et interrogations qu'elles pouvaient avoir. Une correction écrite du VRAI / FAUX était distribuée en fin de séance à chaque élève, ainsi qu'un dépliant de Santé Publique France (INPES) « Infections à papillomavirus humains. Les 5 bonnes raisons de se faire vacciner ». Les réponses du questionnaire ont été validées avec le Dr Turck (gynécologue-obstétricien) et Mme Goupille (sage-femme enseignante) (cf *annexe 4 et 5*).

2.5. Outils statistiques

Concernant le VRAI / FAUX, lorsque la réponse cochée n'était pas la bonne, ou quand l'élève avait répondu « Ne sait pas », 0 point était obtenu. Quand elle avait bien répondu, les différents items étaient notés sur ½, 1 ou 2 points en fonction de leur importance. Ainsi, une moyenne des notes a été obtenue à partir de l'ensemble des questionnaires.

Une interprétation avait été décidée en fonction de la moyenne obtenue :

- Moyenne inférieure stricte à 6 : connaissances très insuffisantes
- Moyenne entre 6 et 10 inclus : connaissances insuffisantes
- Moyenne entre 11 et 14 inclus : connaissances satisfaisantes
- Moyenne supérieure à 15 inclus : très bonnes connaissances

Dans un second temps, il semblait intéressant d'analyser la moyenne des notes obtenues en fonction de différentes notions et non plus seulement la moyenne générale : celle concernant le mode de transmission des HPV, les conséquences d'une infection, sur le dépistage, et le vaccin en lui-même.

L'idée était également de savoir si un vecteur d'informations en particulier était associé à une meilleure moyenne générale et donc à de meilleures connaissances. Nous voulions aussi évaluer si le fait d'avoir été vaccinée contre les HPV était en lien avec une meilleure connaissance sur ces infections.

Les statistiques et les figures ont été obtenues à partir d'un tableau réalisé sur Classeur Open Document, et du logiciel Jasp. Le test de Student a principalement été utilisé, ainsi que le test de Mann-Whitney lorsque les conditions d'utilisation du test de Student n'étaient pas remplies. Un test ANOVA a également été réalisé.

Concernant le tableau, il était convenu que la valeur « 0 » signifiait « Non », la valeur « 1 » correspondait à « Oui » et la valeur « 3 » à « Ne sait pas ».

2.6. Hypothèses

Nous avons émis les hypothèses suivantes :

- Les connaissances des adolescentes concernant les infections aux Papillomavirus et la vaccination anti-HPV sont insuffisantes, avec un score de connaissances au questionnaire situé entre 6 et 10.
- La couverture vaccinale de cet échantillon de collégiennes est faible et représentatif de celui de la population générale en étant d'environ 20%.

3. RÉSULTATS

Sur les cinq établissements, 244 documents d'informations et demandes d'autorisation ont été distribués aux parents. Le taux de réponses était de 94%, soit 230 formulaires récupérés. Au final, 201 questionnaires ont été analysés : 15 parents ont refusé que leur fille participe à l'étude, 5 jeunes filles étaient absentes le jour de l'intervention, 1 élève a refusé de participer à l'enquête et 8 questionnaires étaient mal renseignés donc inexploitable.

3.1. Description de la population

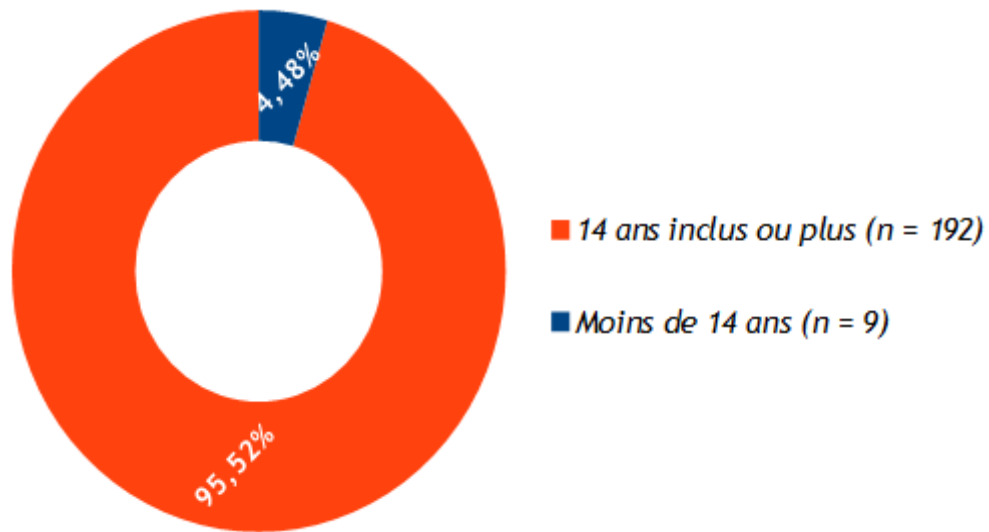


Figure 1 = Âges des collégiennes

3.2. Existence d'une vaccination anti-HPV

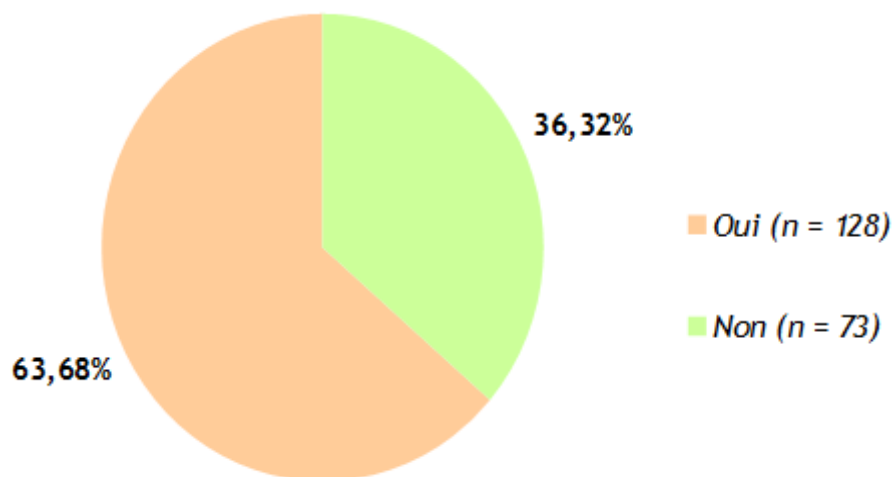


Figure 2 = « Avez-vous déjà entendu parler de la vaccination contre les HPV ? »

Plus d'un tiers de la population étudiée ne connaissait pas l'existence du vaccin.

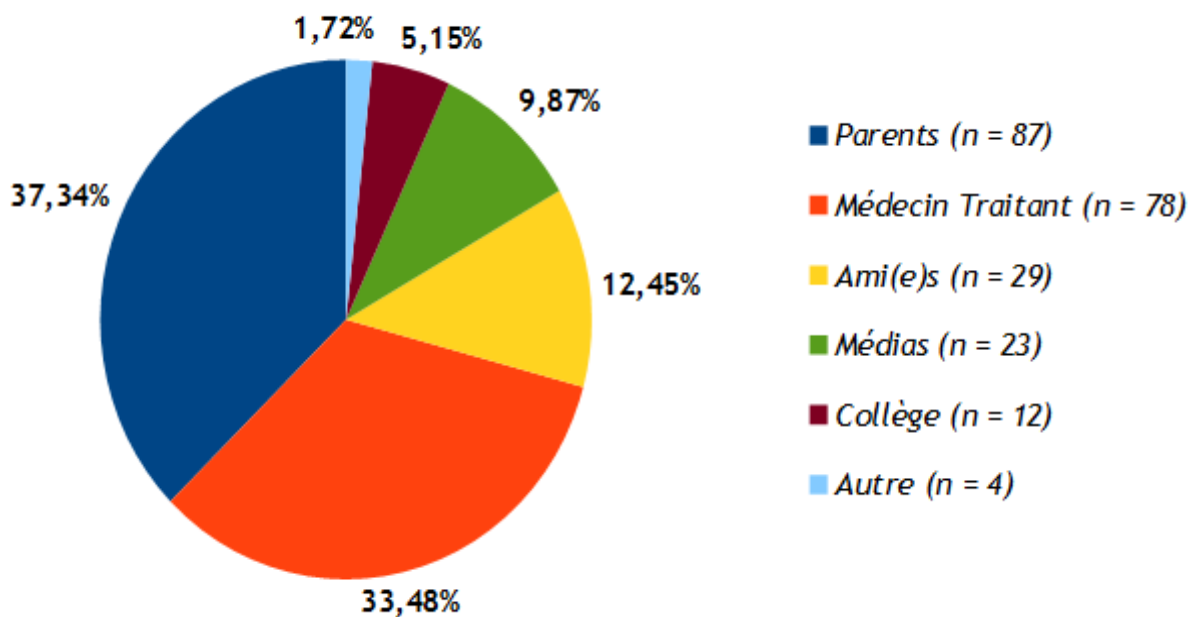


Figure 3 = Vecteurs des informations

Concernant les quatre élèves qui ont coché « Autres » : certaines d'entre elles ont justifié : « Par ma sœur qui est en 7ème année de médecine », « Par ma grande sœur qui s'est faite vacciner ». Pour cette question, elles pouvaient cocher plusieurs réponses, c'est pourquoi l'effectif total de cette question n'est pas 128 mais 233.

3.3. Couverture vaccinale

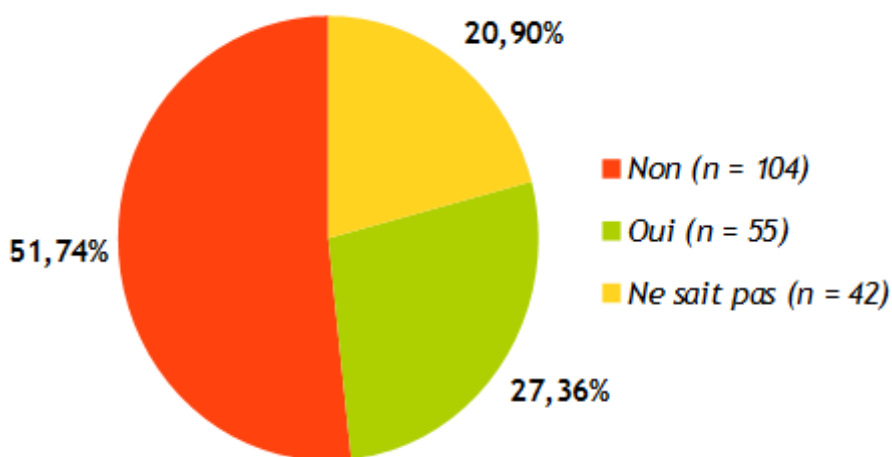


Figure 4 = Jeunes filles vaccinées contre les HPV

Une collégienne sur 2 n'était pas vaccinée contre les HPV, 1 sur 5 ne savait pas si elle avait bénéficié de la vaccination, et un peu plus d'1 sur 4 affirmait être vaccinée.

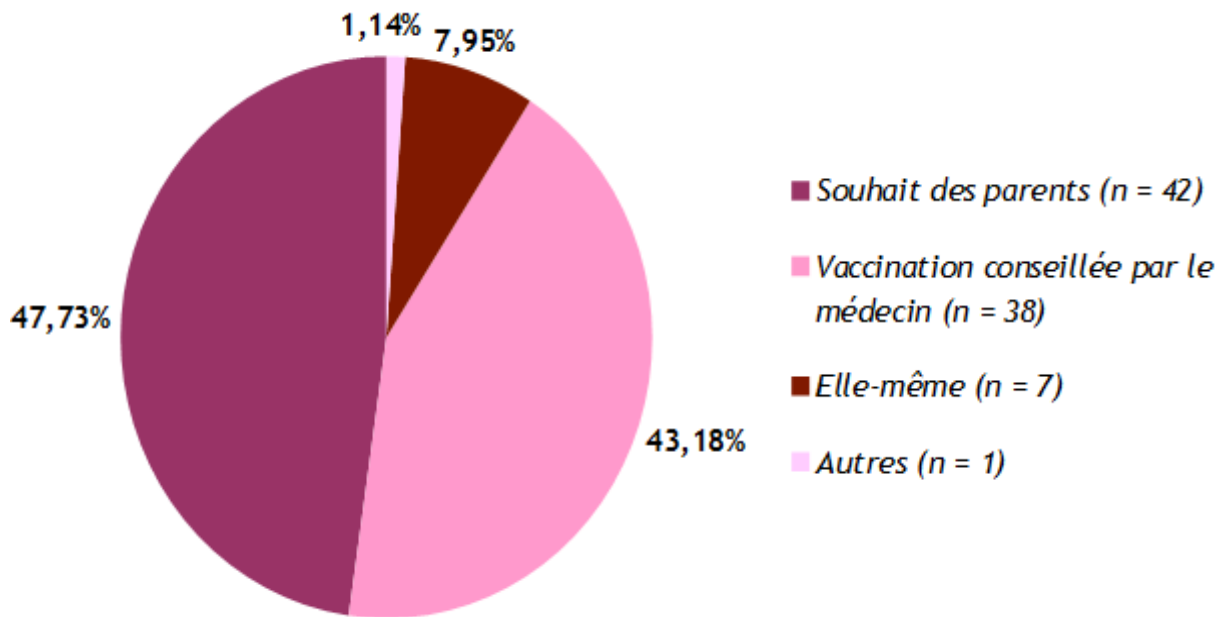


Figure 5 = A l'initiative de la vaccination

Pour cette question également les collégiennes pouvaient cocher plusieurs réponses.

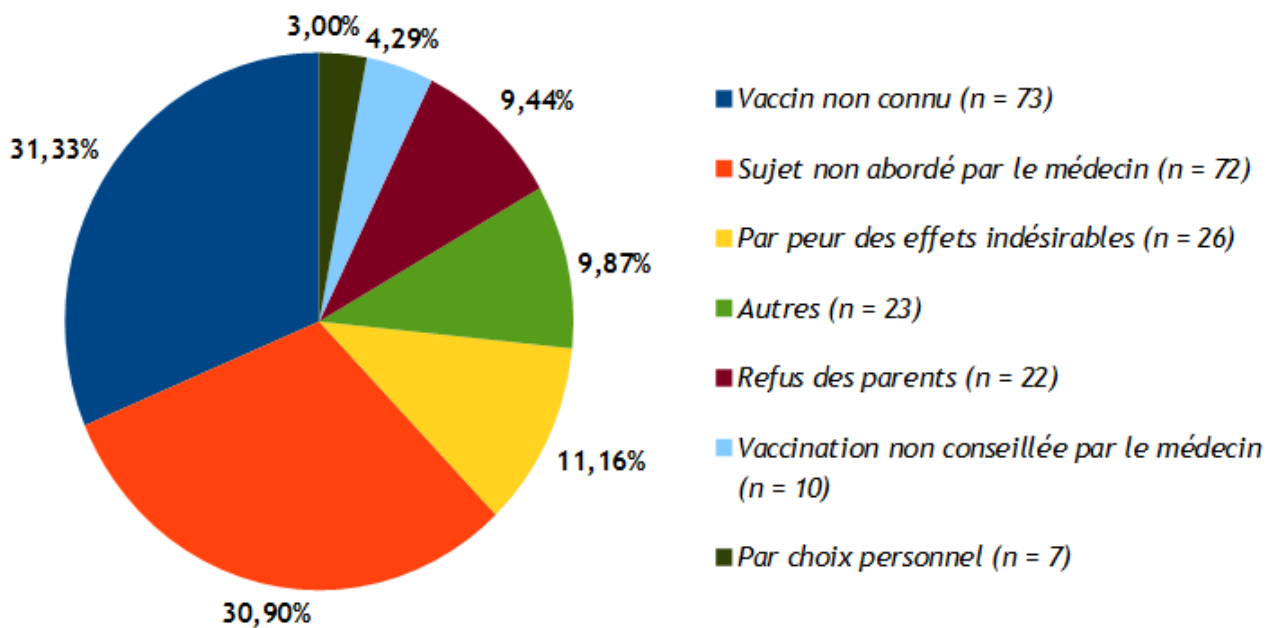


Figure 6 = Motifs de non vaccination

Parmi les 23 élèves à avoir coché « Autres », certaines ont précisé : « J'hésite encore », « Le rendez-vous est pris », « Mon médecin m'a dit que ça pouvait attendre », « J'ai la phobie des piqûres », « Je n'ai pas encore pris le temps mais c'est prévu ». Les jeunes filles pouvaient choisir plusieurs réponses à cette question.

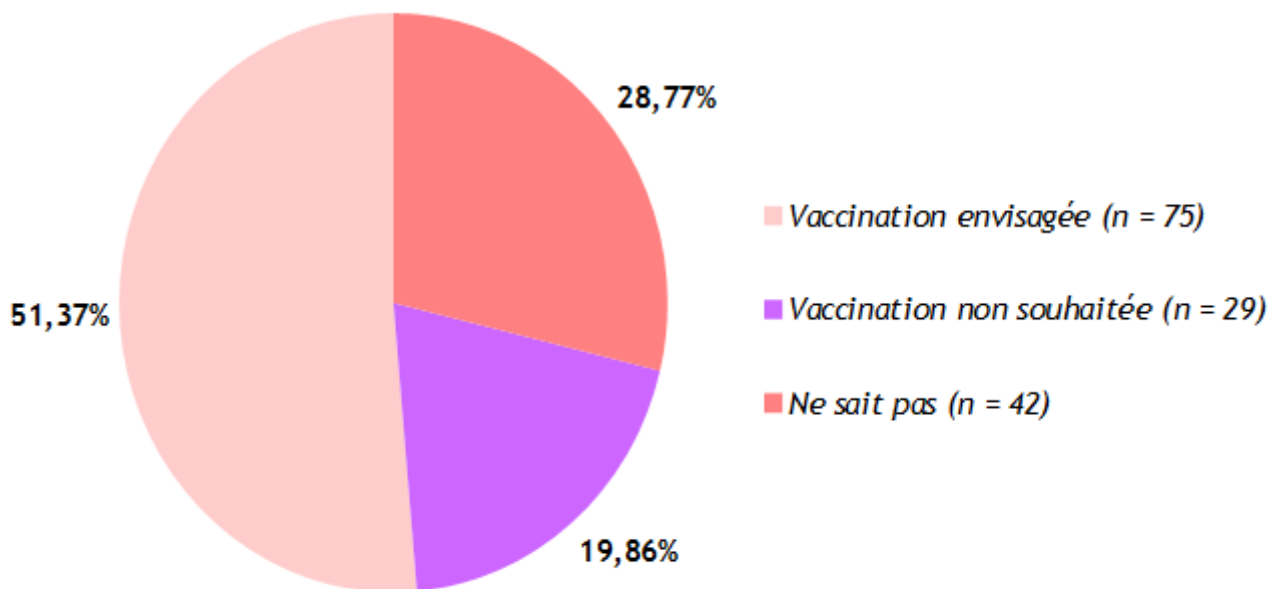


Figure 7 = Parmi les adolescentes non vaccinées

Après avoir fait un état des lieux de la couverture vaccinale sur cet échantillon d'adolescentes, des principaux vecteurs d'informations sur les papillomavirus et des motivations à la réalisation du vaccin et au contraire les motifs de refus, nous voulions nous intéresser aux connaissances des jeunes filles concernant les infections aux HPV et la vaccination.

3.4. Connaissances des Papillomavirus et de la vaccination anti-HPV

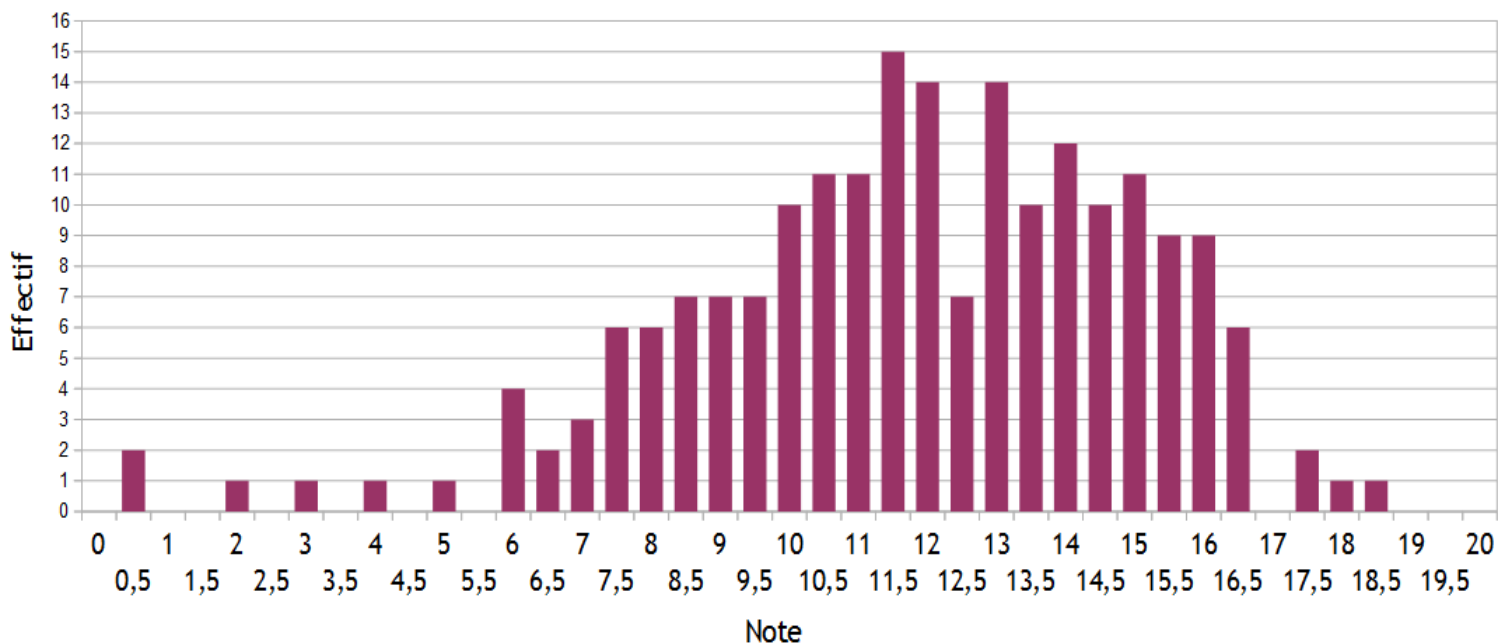


Figure 8 = Répartition des notes obtenues au VRAI / FAUX

Descriptive Statistics

Note finale	
Valid	201
Missing	0
Mean	11.78
Median	12.00
Std. Deviation	3.225
Minimum	0.5000
Maximum	18.50
25th percentile	10.00
50th percentile	12.00
75th percentile	14.00

Sur les 201 questionnaires récupérés, la moyenne obtenue était de 11,78. La médiane est à 12. La note la plus faible était de 0,5/20, et la plus élevée de 18,5/20.

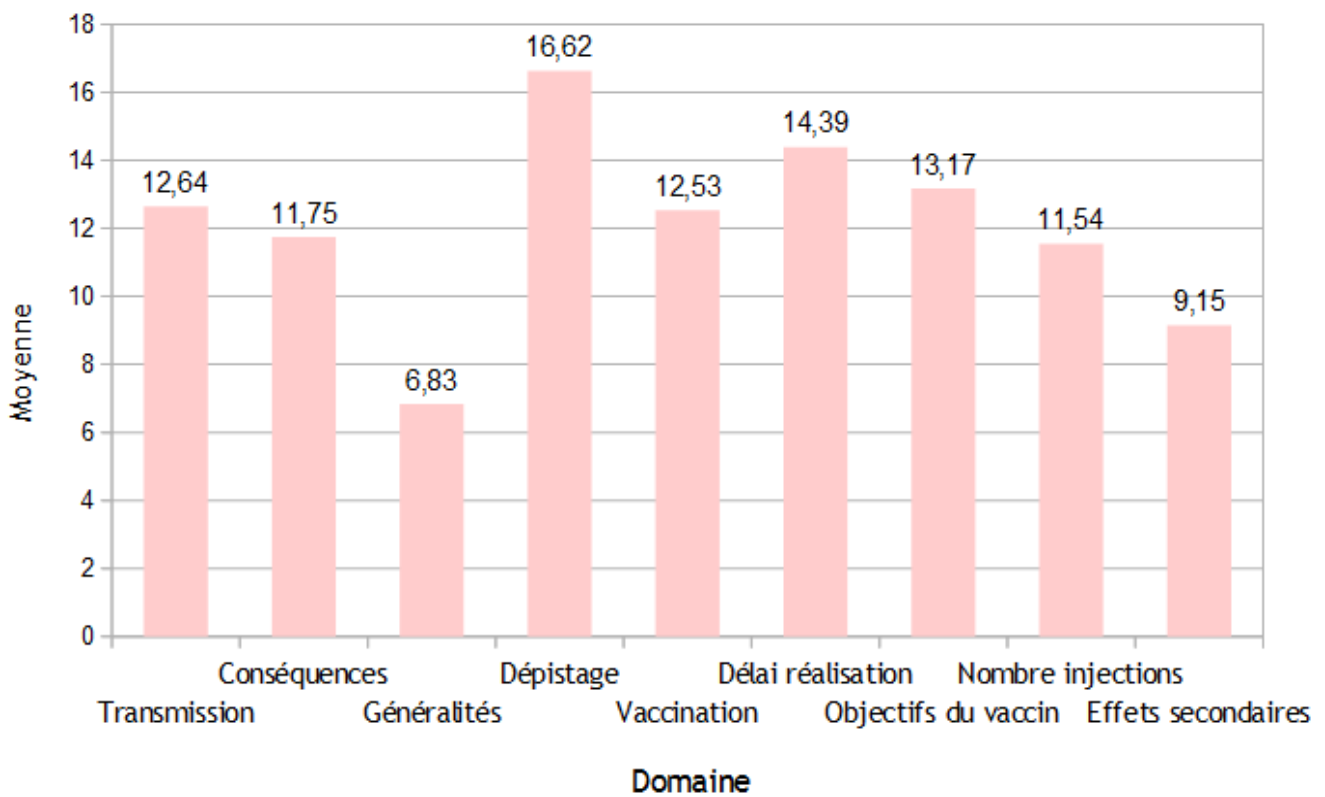
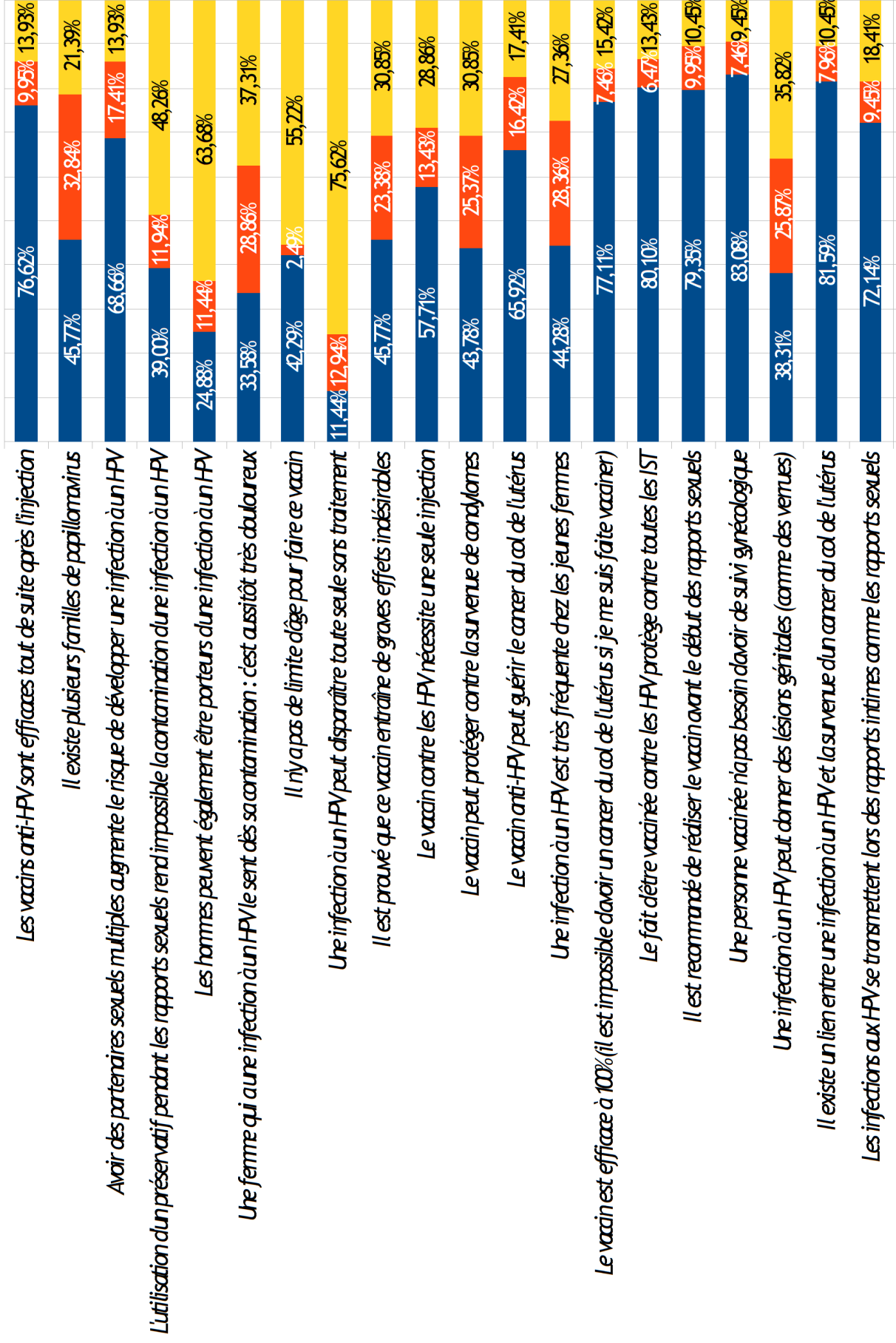


Figure 9 = Moyenne obtenue pour chaque thème

Descriptive Statistics

Ne sait pas	
Valid	201
Missing	0
Mean	3.134
Std. Deviation	3.263
Minimum	0.000
Maximum	17.00

En moyenne, dans un questionnaire, la réponse « Ne sait pas » a été choisie pour 3 items.



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Figure 10 = Répartition des réponses pour chaque question

Cette répartition permet de préciser, pour chaque proposition du VRAI / FAUX, quel pourcentage de collégiennes ont obtenu la bonne réponse, la mauvaise réponse, et le taux de personnes ayant répondu « Ne sait pas ». On observe ainsi que la question avec le meilleur taux de bonnes réponses concerne le suivi gynécologique : 83% des collégiennes ont répondu « Faux » à la phrase « Une personne vaccinée n'a ensuite pas besoin d'avoir de suivi gynécologique ». Plus de 81% des jeunes filles savaient également qu'il existe un lien entre une infection à un HPV et la survenue d'un cancer du col de l'utérus.

A l'inverse, la question avec le taux le plus important de mauvaises réponses était « Une infection à un HPV peut disparaître toute seule sans traitement ». Par ailleurs, 63% des collégiennes ont mal répondu à la question « Les hommes peuvent également être porteurs d'une infection à un HPV ».

Près d'une jeune fille sur trois a coché « Ne sait pas » devant l'item « Il existe plusieurs familles de papillomavirus », et à la question « Une infection à un HPV est très fréquente chez les jeunes femmes ».

Afin d'affiner la lecture de nos résultats, nous nous proposons de croiser certaines de nos données via des études analytiques.

> Celles qui ont déjà entendu parler de la vaccination anti-HPV ont-elles une meilleure connaissance concernant les papillomavirus ?

	Note finale	
	0	1
Valid	73	128
Missing	0	0
Mean	10.95	12.26
Median	11.00	12.25
Std. Deviation	3.456	2.997
Minimum	0.5000	0.5000
Maximum	16.50	18.50

	t	df	p
Note finale	-2.808	199.0	0.005 ^a

Note. Student's t-test.

$p = 0,005 < 0,05$ donc il y a une différence significative : les jeunes filles ayant déjà entendu parler de la vaccination anti-HPV ont une meilleure connaissance des papillomavirus et des vaccins.

> Connaissances via médecin :

	Note finale	
	0	1
Valid	50	78
Missing	73	73
Mean	11.85	12.52
Median	12.00	13.00
Std. Deviation	3.519	2.601
Minimum	2.000	0.5000
Maximum	18.50	17.50

	t	df	p
Note finale	-1.235	126.0	0.219 ^a

Note. Student's t-test.

$p = 0,219 > 0,05$ donc la différence est non significative : il n'y a pas de différence de notes lorsque les informations concernant les HPV sont issues du médecin ou d'un autre vecteur.

> Connaissances via médias (télévision, internet, radio, magazine,...) :

	Note finale	
	0	1
Valid	105	23
Missing	73	73
Mean	12.40	11.59
Median	12.50	11.50
Std. Deviation	2.990	3.002
Minimum	0.5000	6.000
Maximum	18.50	18.00

	t	df	p
Note finale	1.187	126.0	0.237

Note. Student's t-test.

$p = 0,237 > 0,05$ donc la différence est non significative : il n'y a pas de différence de notes lorsque les informations concernant les HPV sont issues des médias ou d'un autre vecteur.

> Connaissances via le collègue (cours, infirmière scolaire) :

	Note finale	
	0	1
Valid	116	12
Missing	73	73
Mean	12.25	12.38
Median	12.50	11.75
Std. Deviation	2.989	3.206
Minimum	0.5000	7.500
Maximum	18.50	18.00

	W	p
Note finale	727.5	0.800

Note. Mann-Whitney U test.

$p = 0,8 > 0,05$ donc la différence est non significative : il n'y a pas de différence de notes lorsque les informations concernant les HPV sont issues du collège ou d'un autre vecteur.

> Connaissances via les ami(e)s :

	Note finale	
	0	1
Valid	99	29
Missing	73	73
Mean	12.17	12.57
Median	12.00	12.50
Std. Deviation	2.944	3.206
Minimum	0.5000	2.000
Maximum	18.50	16.50

	t	df	p
Note finale	-0.634	126.0	0.527

Note. Student's t-test.

$p = 0,527 > 0,05$ donc la différence est non significative : il n'y a pas de différence de notes lorsque les informations concernant les HPV sont issues des ami(e)s ou d'un autre vecteur.

> Connaissances via les parents :

	Note finale	
	0	1
Valid	41	87
Missing	73	73
Mean	12.12	12.32
Median	12.00	12.50
Std. Deviation	2.694	3.143
Minimum	6.000	0.5000
Maximum	18.00	18.50

	t	df	p
Note finale	-0.351	126.0	0.726

Note. Student's t-test.

$p = 0,726 > 0,05$ donc la différence est non significative : il n'y a pas de différence de notes lorsque les informations concernant les HPV sont issues des parents ou d'un autre vecteur.

> Les adolescentes vaccinées contre les HPV ont-elles une meilleure connaissance concernant les papillomavirus et la vaccination ?

Descriptive Statistics

	Note finale		
	0	1	3
Valid	104	55	42
Missing	0	0	0
Mean	11.62	13.00	10.60
Median	11.75	13.00	11.25
Std. Deviation	3.250	2.226	3.766
Minimum	0.5000	6.500	0.5000
Maximum	18.50	17.50	16.50

Post Hoc Comparisons - Vaccinee

		Mean Difference	SE	t	P _{tukey}
0	1	-1.380	0.521	-2.646	0.023
	3	1.025	0.572	1.792	0.173
1	3	2.405	0.641	3.752	< .001

☒ Entre le groupe «non vaccinée » et « vaccinée » : $p = 0,023 < 0,05$ donc la différence est significative, les collégiennes vaccinées ont une meilleure connaissance des papillomavirus et des vaccins que celles qui ne sont pas vaccinées.

☒ Entre le groupe « non vaccinée » et « ne sait pas » : $p = 0,173 > 0,05$ donc la différence n'est pas significative, il n'y a pas de différence significative entre les notes des jeunes filles non vaccinées et celles qui ne savent pas si elles sont vaccinées.

☒ Entre le groupe « vaccinée » et « ne sait pas » : $p < 0,001 < 0,05$ donc la différence est significative, les personnes vaccinées ont une meilleure connaissance que celles qui ne savent pas si elles sont vaccinées.

4. ANALYSE ET DISCUSSION

4.1. Limites et biais de l'étude

On ne peut pas exclure l'idée que certaines élèves se soient renseignées sur les HPV avant mon intervention, qu'elles aient par exemple été informées du sujet via le document d'informations destiné aux parents. Leur score de connaissances a pu être ainsi amélioré, ce qui constitue un biais par apport d'informations.

Un autre biais identifié est associé à la question « Êtes-vous vaccinée contre les HPV ? ». Le fait de ne pas avoir demandé le nombre d'injections reçues ne nous permet pas d'affirmer que la vaccination était complète, seulement qu'elle a été initiée.

Nous nous sommes inspirées des données de la littérature médicale pour formaliser les questions permettant d'évaluer leurs niveaux de connaissances. Cette méthode peut paraître assez subjective car elle ne se base pas sur un support officiel et reconnu. Il en est de même pour la notation attribuée à chaque item du questionnaire, bien que nous ayons essayé de faire une répartition des points qui nous semblait la plus pertinente et juste possible.

4.2. Forces de l'étude

Le fait de distribuer personnellement les questionnaires et d'attendre qu'ils soient remplis a permis de recueillir la totalité des questionnaires (soit 208 questionnaires distribués et récupérés). Il a également été possible de répondre aux interrogations des collégiennes en deuxième partie de séance. Les questions étaient nombreuses et concernaient notamment les IST, les méthodes contraceptives, le suivi gynécologique, et les différents rôles des sages-femmes (les missions d'informations et de prévention étaient particulièrement méconnues). De ce fait, nous espérons avoir contribué à l'amélioration des connaissances des jeunes filles interrogées sur ce sujet. Cette étude a peut-être permis d'introduire des échanges au sein des familles concernant l'intérêt de la vaccination, en suscitant la curiosité des parents mais aussi des jeunes filles.

Le public concerné correspondait à une population hétérogène : des collèves des trois départements de Basse-Normandie ont participé à l'étude, avec des établissements publics mais aussi privés.

De plus, nous avons analysé au total 201 questionnaires : cet effectif conséquent nous a permis d'obtenir des résultats intéressants à analyser sur cet échantillon d'adolescentes, bien que nous ne puissions pas en tirer des conclusions représentatives de la population générale.

4.3. Statut des connaissances

4.3.1. HPV et vaccination

D'après les résultats de notre étude, l'existence d'une vaccination contre les HPV n'est pas connue de toutes : six adolescentes sur dix en ont déjà entendu parler (63,68%). Une fille sur cinq ignorait si elle avait bénéficié de la vaccination ou pas. Dans un tiers des cas, l'absence de vaccination repose sur l'ignorance de l'existence du vaccin. Ces résultats sont en accord avec l'étude « *Représentations sociales des infections à HPV chez les femmes de 14 à 19 ans* » de Perine Morois qui révélait que 67% des sondées avaient déjà entendu parler des HPV. (10)

La moyenne de toutes les notes obtenues au VRAI / FAUX montrait un score moyen de connaissances de 11,78 / 20. Cependant, l'étude a mis en évidence des points forts plutôt bien connus des adolescentes (concernant les items relatifs au dépistage, la moyenne obtenue était de 16,62 / 20) et des points faibles (notamment à propos des effets indésirables potentiellement liés à la vaccination pour lesquels la moyenne était de 9,15 / 20). Concernant les items qui traitaient de la vaccination, la moyenne des notes obtenues étaient de 12,53 / 20. Nous pouvons donc dire que les jeunes filles connaissaient l'utilité de la vaccination anti-HPV, mais pas les modalités de sa réalisation, peut-être par manque d'intérêts ou d'informations sur le sujet. Notre première hypothèse est donc infirmée : les collégiennes ont une meilleure connaissance des HPV et de la vaccination que ce que nous avons prédit.

Le lien entre HPV et cancer du col était majoritairement connu (81,59%). De même dans l'étude de Sandy Bernard-Granger « *Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus* » (27) : pour 88% des femmes la vaccination anti-HPV permettait de lutter contre le cancer du col de l'utérus. Nous pouvons penser que ces bons résultats peuvent être le fruit des nombreuses campagnes d'informations dont le vaccin a été l'objet depuis sa commercialisation.

4.3.2. Suivi gynécologique

A la question « Le vaccin contre les HPV peut guérir le cancer du col de l'utérus », 33% des collégiennes ont mal répondu, et 23% n'ont pas coché FAUX à l'item « Le vaccin est efficace à 100% (il est impossible d'avoir un cancer du col si je me suis faite vacciner) ». Ces résultats peuvent signifier une impression d'être définitivement à l'abri du cancer une fois vaccinée et ainsi les éloigner du dépistage systématique. Dans « *Vaccination anti-HPV, pourquoi tant de difficultés ? Point de vue de médecins généralistes* » (30), il a été mis en évidence que ces infections étant pour la plupart asymptomatiques, et mettant des années à se développer, les adolescentes pouvaient ne pas se sentir concernées par ce sujet et être moins craintives.

Néanmoins, 83% des jeunes filles savaient qu'une personne vaccinée doit tout de même avoir un suivi gynécologique régulier. Ce point reste primordial : concernant la baisse du nombre de cancers du col et de la mortalité associée, la HAS estime que l'augmentation du taux de couverture du dépistage joue un rôle plus important que l'augmentation du taux de couverture du vaccin. L'incidence et la mortalité des cancers du col pourraient de nouveau augmenter si le recours au dépistage diminuait du fait de la vaccination. Il faut donc renforcer les informations concernant le FCU auprès des jeunes filles et des femmes. (31)

4.4. Prévention primaire

Dans notre étude, 27,36% des jeunes filles affirmaient être vaccinées. On observe une tendance à la hausse par rapport aux données officielles : 21,4% des jeunes filles de 15 ans étaient vaccinées en 2016 selon Santé Publique France (6). Notre seconde hypothèse « la couverture vaccinale de notre population est faible et représentative de celle de la population générale, d'environ 20% » est ainsi infirmée. Nous avons pu mettre en évidence que les filles vaccinées avaient une meilleure connaissance sur le sujet, ce qui peut sembler logique. Ce résultat pourrait signifier que les filles vaccinées ont probablement reçu des informations de la part de leur médecin avant la vaccination ce qui peut contribuer à améliorer leur score. Nous pouvons également en déduire que le fait d'avoir une bonne connaissance sur le sujet favorise la vaccination, ce qui met en évidence qu'une meilleure information peut se traduire par une meilleure couverture

vaccinale. Ce lien significatif avait également été mis en évidence dans l'étude de Cécile Robert (32).

Malgré une couverture vaccinale de 27,36%, une collégienne sur deux non vaccinée au moment de l'intervention envisageait de se faire vacciner par la suite, ce qui améliorerait encore le taux de vaccination.

4.5. Vecteurs d'informations et facteurs favorisant la vaccination

Notre étude a montré que les facteurs intervenant dans la transmission d'informations sur les HPV et la vaccination sont les mêmes que ceux ayant un impact sur le choix de se faire vacciner ou non : les parents et le médecin traitant.

4.5.1. Les parents

Ayant une place décisive dans l'information sur les HPV et sur la réalisation ou non de la vaccination, les parents sont aussi à informer. Dans l'étude « *Vaccination contre les papillomavirus humains : intentions vaccinales des parents d'élèves bas-normands après intervention d'informations* » (3), le niveau initial de connaissances des parents sur la vaccination anti-HPV était faible (56,6%). Après lecture d'une plaquette informative de l'INPES, le taux de réponses exactes augmentait indépendamment des connaissances antérieures : 24,6% des parents avaient obtenu un bon niveau et 69,8% un très bon niveau de connaissances. Tous les participants avaient respecté le calendrier vaccinal de leur enfant depuis leur naissance, mais l'adhésion à la vaccination anti-HPV de leur fille était plus hétérogène. Malgré le faible échantillon, la seule diffusion d'informations sur la vaccination anti-HPV a eu pour conséquence directe, de conforter et d'inciter les parents à vacciner leur fille de façon significative. In fine, 50,9% des participants souhaitaient vacciner leur fille versus 29,2% avant l'information. Une information éclairée apporte ainsi des connaissances et permet de comprendre l'intérêt de cette vaccination.

4.5.2. Le médecin traitant

Selon notre étude, dans un tiers des cas la non vaccination était imputable au fait que le médecin généraliste n'avait pas abordé le sujet. Si celui-ci n'informe ni n'explique l'intérêt de la prévention primaire, beaucoup de familles ignoreront l'existence de la vaccination, cet interlocuteur étant généralement le vecteur principal en terme de santé.

Une étude menée chez les médecins de la région PACA (30) montrait une certaine gêne des médecins à aborder la sexualité avec les adolescentes : 48.8% des médecins interrogés avouaient ne jamais (ou rarement) aborder les questions de sexualité ou d'IST avec les adolescentes de 14 ans ou moins, sans demande spécifique de la part de la jeune fille. Le fait d'intégrer la sexualité dans l'information sur ce vaccin peut constituer une difficulté pour certains praticiens.

Notre étude a révélé que quelques médecins déconseillaient encore la vaccination, ce qui montre que des réticences et des freins existent chez les professionnels de santé : ce constat peut contribuer à transmettre des doutes et une certaine confusion chez les adolescentes et leurs parents. Néanmoins, une très large majorité de médecins se déclarait spontanément favorable ou très favorable à la vaccination en général dans différentes études (97% dans l'étude du Baromètre Santé médecins généralistes de Santé Publique France) (33). Toutefois, cette étude retrouvait un taux de 16% de médecins « modérément confiants » et 8% « peu confiants » à l'égard de la vaccination. Ainsi, près d'un quart des sondés pensaient que différents vaccins pouvaient être responsables de pathologies graves. Ces doutes s'ajoutaient à la défiance de la population par rapport à certaines vaccinations polémiques ; pourtant le médecin généraliste est le promoteur et l'acteur principal de la vaccination en France et reste le pivot de la décision du patient.

Le médecin traitant a un rôle majeur dans la prévention et se doit d'informer ses jeunes patientes et leurs parents. Les pédiatres, gynécologues et sages-femmes ont également un rôle complémentaire dans leurs missions d'informations et de prévention. Avoir un discours commun permettrait d'optimiser et de renforcer les informations délivrées par le médecin traitant.

4.6. Freins à la vaccination

De nombreuses études montraient que les représentations de la vaccination dans la population générale étaient paradoxales : les vaccins représentaient à la fois une protection efficace contre la maladie, individuelle et collective, mais aussi un agent extérieur à l'organisme, contre nature. Les potentiels effets secondaires liés à la vaccination peuvent constituer un frein : dans notre étude une jeune fille sur dix non vaccinée ne l'est pas à cause de cette crainte. Néanmoins, on observe une amélioration des chiffres par rapport à l'étude de N.Regnier en 2010 « *La vaccination contre le papillomavirus: obstacles et solutions, point de vue des adolescentes, étude qualitative utilisant la méthode des entretiens semi-dirigés* » (34) dans laquelle 40% des jeunes filles non vaccinées ne l'étaient pas par crainte des effets secondaires potentiellement liés à la réalisation du vaccin.

4.7. Rôle de l'institution scolaire

4.7.1. Une vaccination en milieu scolaire

Dans notre étude, concernant les motifs de non vaccination, des collégiennes ont répondu « Autre » en expliquant y avoir pensé mais manquer de temps pour prendre le rendez-vous, en parler avec son médecin puis retourner au cabinet pour les injections. Cela doit nous amener à réfléchir sur les modalités d'accès à la vaccination, pour que la vaccination vienne à elles et pas l'inverse. L'une des solutions à ce problème pourrait être la mise en place de la vaccination en milieu scolaire, à l'instar de certains pays comme l'Australie ou le Royaume-Uni (où la couverture vaccinale avoisine les 80%). Ainsi les informations délivrées par les médecins et les infirmiers scolaires pourraient atteindre la majorité des adolescentes. Elle pourrait être proposée de façon facultative pour favoriser l'information des parents et des enfants. Les parents qui refuseraient la vaccination bénéficieraient néanmoins d'une information éclairée, pour prendre cette décision en connaissance de cause. Cette mise en place d'une vaccination à l'école permettrait également de diminuer certaines disparités sociales, et aussi d'atteindre plus facilement les adolescentes et leurs familles qui consultent moins régulièrement leur médecin traitant.

4.7.2. Le rôle des infirmiers scolaires

Chez les adolescentes ayant déjà entendu parler de la vaccination anti-HPV (63,68%), seules 5% d'entre elles ont déclaré que les informations provenaient du collège. Pourtant, l'infirmier scolaire, les enseignements en sciences et les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle sont des outils et des moments opportuns pour aborder le sujet des papillomavirus (qui font également partie des IST). Il n'est donc pas étonnant d'observer que seulement 24,88% des adolescentes savaient que les garçons pouvaient également contaminés et être porteurs d'une infection à un HPV, ou bien que moins d'une collégienne sur deux savait qu'une infection à un HPV pouvait disparaître toute seule sans traitement, et qu'elle n'était pas forcément synonyme de cancer du col de l'utérus.

Selon la fiche de poste (35), l'infirmier scolaire a pour mission de développer une dynamique d'éducation à la santé, et de contribuer à évaluer les actions de promotion et d'éducation à la santé. Il organise le suivi de l'état de santé des élèves en complément des visites médicales avec notamment la vérification des vaccinations. Selon le code de l'éducation, une information et une éducation à la vie affective et sexuelle sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison de trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Le temps de prévention en milieu scolaire est donc réglementé mais difficilement applicable par les infirmiers scolaires. Ces derniers soulèvent un volume horaire insuffisant pour accomplir ces missions, ainsi qu'un manque de formations. La baisse d'effectifs des médecins scolaires et l'augmentation continue du nombre d'élèves dans les établissements entraînent inévitablement une augmentation conséquente de la charge de travail des infirmiers scolaires. Face à cette pénurie, les médecins et infirmiers doivent faire des choix et prioriser certaines missions. Dans l'étude « *Vaccination anti-HPV : perception et rôle des infirmiers scolaires* » (36), sept infirmières scolaires sur douze avaient clairement exprimé un manque de connaissances concernant cette vaccination, et six d'entre elles évoquaient un manque de formations ou d'informations à ce sujet. Onze infirmières déclaraient ne jamais ou rarement aborder la vaccination anti-HPV avec les élèves. Sept infirmières estimaient que la vaccination anti-HPV ne représentait pas un vaccin prioritaire dans leur mission de prévention et avouaient insister plus volontiers sur d'autres vaccins du calendrier vaccinal. Sept infirmières avançaient l'absence d'intérêt des jeunes filles pour la vaccination anti-HPV comme raison au fait que cette vaccination était peu abordée dans le cadre de l'éducation à la santé.

4.8. Implication des familles

Le déroulement de notre étude montre une tendance encourageante : nous n'avons eu que 15 refus parentaux sur les 230 autorisations distribuées (soit un taux d'acceptation de 93%). Le taux de refus attendu était supérieur dans la mesure où le projet concernait deux sujets sensibles actuellement : la vaccination et les IST. La très grande majorité des parents apparaît ainsi favorable à l'idée que leurs enfants reçoivent des informations à ces sujets.

D'après nos résultats, la première motivation à la réalisation de la vaccination chez les jeunes filles vaccinées était le souhait des parents, devant les conseils du médecin traitant. Le refus des parents était le motif de la non vaccination chez une adolescente sur 10 non vaccinée. Selon l'étude « *Facteurs influençant les parents concernant la réalisation de la vaccination anti-papillomavirus de leurs filles* » (25), la peur des effets indésirables intervenait en deuxième motifs chez les parents qui ne souhaitaient pas que leur fille soit vaccinée. Dans notre étude, la crainte des effets secondaires a été citée en cinquième position par les collégiennes non vaccinées : les parents ne semblent donc pas transmettre leurs inquiétudes à ce sujet à leur fille et adoptent une démarche favorisante dans la réalisation de la vaccination.

4.9. Place et impact des médias

Selon l'étude « *Les réticences des patients à la vaccination. Approche du ressenti des patients. Étude sur 3 vaccinations particulières* » (37), les médias représentaient le premier mode d'informations des parents en terme de fréquence. Or ce critère apparaissait comme freinateur en analyse univariée : la presse, les médias et internet sont régulièrement cités par les parents comme responsables de leur réticence à faire vacciner leur fille contre les papillomavirus. Néanmoins dans notre étude, les médias ont été peu cités comme source d'informations par les jeunes filles (une adolescente sur 10 a estimé détenir des informations sur ce sujet via internet, la radio, les magazines etc).

Pourtant, Internet occupe une place non négligeable dans la vie des adolescentes. Cette plateforme peut donc être un moyen d'informations et d'échanges sur ce sujet. Anne-Laure Federspiel, dans son mémoire sur « *Les questionnements sur les HPV exprimés par les jeunes filles sur les forums internet* » (38) a mis en évidence que les

quatre grands thèmes les plus abordés étaient la prévention et l'intérêt de la vaccination, les modalités de la vaccination, les aspects négatifs de la vaccination, et l'impact de la sexualité sur la vaccination et inversement. Il a été relevé que les adolescentes se posaient très peu de questions concernant la prévention des HPV et du cancer du col de l'utérus. Aucune d'elles ne s'interrogeait sur le frottis de dépistage par exemple. Internet semble ainsi être un outil privilégié pour les jeunes, facile d'accès et anonyme. Il paraît plus simple de poser des questions seule devant un ordinateur, que face à un professionnel de santé, avec en plus une tierce personne à côté (un parent par exemple). Toutefois, le médecin (généraliste ou pédiatre), et non internet, doit rester le premier interlocuteur concernant la santé des adolescents. En effet, la qualité des informations trouvées sur internet est très variable et les adolescents sont vulnérables à cette période. Les jeunes filles, souvent demandeuses d'informations, peuvent exprimer des difficultés à aborder ce thème parce qu'il implique leur intimité et la notion de sexualité. Cela doit nous faire réfléchir aux modalités de communication et d'écoute avec les adolescents.

4.10. Et les garçons ?

D'autres pays ont fait le choix de proposer la vaccination aux jeunes filles et aux garçons : l'Australie, la Suisse, l'Autriche et les Etats-Unis. Des études, concernant la transmission des HPV des hommes aux femmes, ont permis de déduire des modèles hypothétiques ; ils prévoient que l'ajout des garçons aux programmes de vaccination induirait une prévention des verrues génitales, et de cancers du col de l'utérus chez les femmes (26). La vaccination des garçons, plus qu'à titre individuel, présente donc un réel bénéfice collectif.

Dans l'étude « *Évaluation de l'acceptabilité du vaccin contre les papillomavirus auprès de lycéens masculins de Lorraine* » (26), 40% des interrogés ont répondu « J'hésite » à la question « Souhaiteriez-vous vous faire vacciner contre les papillomavirus si le vaccin était disponible pour tous les garçons ? ». Ils étaient 33% à avoir coché « oui », et 23% ont répondu « non ». La faible perception du risque de l'infection par les HPV et le faible niveau de connaissances sont les deux facteurs principaux limitant l'acceptation du vaccin contre le HPV chez les garçons selon cette étude. Des campagnes d'informations incluant les hommes dans les risques d'infections

aux HPV et un meilleur remboursement devraient permettre une augmentation de l'acceptabilité. Dans une autre étude évaluant l'acceptabilité du vaccin contre les HPV chez les hommes hétérosexuels, homosexuels et bisexuels (39), il a été mis en évidence une plus grande perception des maladies liées aux HPV chez les hommes homosexuels et bisexuels, avec une acceptabilité du vaccin 73% versus 37% chez les hommes hétérosexuels. La perception d'être une personne à risque d'infections par les HPV est le motif principal d'acceptation du vaccin mis en évidence dans cette étude.

4.11. Une vaccination dès neuf ans

Le Québec a déjà adopté une vaccination précoce à partir de neuf ans du fait d'études d'immunogénicité montrant une réponse immunitaire plus importante à la préadolescence que plus tardivement (40). L'abaissement de l'âge de la vaccination à neuf ans pourrait de plus permettre de « déssexualiser » cet acte, tout en augmentant le nombre d'opportunités vaccinales du médecin traitant.

Les parents étaient 59,62% à s'opposer à une avancée de l'âge de la vaccination à 9 ans dans une précédente enquête (19). Le fait qu'autoriser cette vaccination chez leur fille puisse influencer le début de l'activité sexuelle était partagé par 11,54% des parents. Ces derniers exprimaient ainsi craindre une tendance à la déresponsabilisation : baisse de l'utilisation des préservatifs, multiplication des partenaires sexuels, diminution du dépistage par frottis du col utérin.

4.12. Une consultation dédiée aux adolescents

Depuis la révision de la nomenclature des médecins généralistes en 2017, les médecins disposent d'une cotation dédiée à la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (CCP) (41). Cette consultation, prise en charge à 100%, est réservée aux jeunes filles de 15 à 18 ans demandeuses de contraception. Ils conseillent, prescrivent et expliquent le mode d'action et l'emploi de la méthode choisie. En avril 2018, Agnès Buzyn (Ministre des Solidarités et de la Santé) expose son projet concernant la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle. Elle définit vingt-six mesures à mener sur les trois prochaines années qui regroupent prévention, dépistage et contraception (41). L'une de

ces mesures vise à transformer cette consultation longue « IST / contraception » mise en place chez le médecin généraliste et le gynécologue pour les jeunes filles entre 15 à 18 ans en une consultation globale « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes. Ces modifications constituent une avancée car elles impliquent les garçons, et non plus seulement les jeunes filles qui consultaient en vue d'obtenir une contraception.

Toutefois, cette consultation constitue un progrès mais n'est pas encore totalement adaptée. En effet, elle est réservée aux jeunes de 15 à 18 ans, donc après l'âge des recommandations de vaccination anti-HPV (bien qu'un rattrapage soit possible jusqu'à l'âge de 19 ans). De plus, les décrets parus n'intègrent pas le rôle de la sage-femme dans cette consultation dédiée entre autres aux jeunes filles, alors que depuis l'élargissement de leurs compétences en 2009 celles-ci ont une place importante dans la prévention et le suivi gynécologique. Néanmoins, bien que le décret initial ne cite pas le rôle de la SF dans cette consultation, un avenant à la convention nationale des SF a été voté en mai 2018, et appliqué depuis février 2019. Il expose que « *Les partenaires conventionnels conviennent d'ouvrir aux sages-femmes la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dénommée CCP (Consultation de contraception et prévention), réalisée à tarif opposable et valorisée à hauteur de 46 euros.* » (42). Ainsi cet avenant maintient et renforce la participation des SF à la mise en œuvre des priorités nationales de santé publique. Il valorise leurs rôles concernant la santé génésique des femmes et leurs missions de prévention et d'informations. L'acquisition de ces compétences débute dès le début de la formation initiale et se consolide tout au long du cursus d'apprentissage. A titre d'exemple, l'association des étudiants sages-femmes de Caen ainsi que l'association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF) font régulièrement la promotion des compétences des SF, et délivrent aussi au grand public des informations sur les IST, les différentes méthodes contraceptives et les cancers féminins notamment.

5. CONCLUSION

Les Papillomavirus font partie des Infections Sexuellement Transmissibles fréquentes et peuvent être responsables de cancer du col de l'utérus. C'est un des cancers les plus évitables : d'une part grâce à la possibilité de dépister des lésions précancéreuses par le frottis cervico-utérin, et d'autre part grâce à la mise à disposition depuis 2006 d'une prévention primaire : la vaccination anti-HPV.

Le but de notre étude était d'enquêter auprès des personnes ciblées par cette prévention : les jeunes filles. Nous avons souhaité faire un état des lieux du niveau de leurs connaissances concernant les HPV, la vaccination et leur couverture vaccinale.

Avec un score moyen de connaissances approchant les 12 / 20, ce travail a permis de mettre en avant que les informations relatives aux HPV et à la vaccination parvenaient jusqu'aux collégiennes, bien que ces notions restaient incomplètes.

Sur notre échantillon d'adolescentes, nous avons obtenu un taux de couverture vaccinale de 27,36%, chiffre très éloigné des 60% espérés par le plan cancer 2014-2019, même si une légère amélioration par rapport aux dernières données officielles est observée. Une absence ou des connaissances erronées sont alors à l'origine d'idées pré-conçues qui n'incitent pas la population à bénéficier de la vaccination.

En tant que sage-femme, l'information et la prévention font partie de nos compétences. Nos actions sont ainsi des moments opportuns pour compléter celles des autres professionnels de santé (médecin généraliste, pédiatre,...).

L'école est un des lieux de choix pour la mise en place d'actions de dépistage et d'éducation pour la santé. Ses actions sont complémentaires du rôle joué par les familles dans la responsabilité propre vis à vis de la santé des élèves, de la construction individuelle et sociale des adolescents, et de la préparation à leur future vie d'adulte. Ainsi, pourquoi ne pas envisager de proposer aux parents de vacciner leurs filles en milieu scolaire ?

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Guide des vaccinations. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Édition 2012. Direction générale de la santé, Comité technique de la vaccination. Dossiers Varia. INPES
- (2) Chevallier S. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains : enquête auprès de parents d'adolescentes scolarisées dans les collèges (classe de troisième) et lycées meusiens sur les motifs de recours et de non recours à la vaccination et identifications des facteurs intervenant dans ce choix [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Nancy ; 2013
- (3) Jeanne M. Vaccination contre les papillomavirus humains : intentions vaccinales des parents d'élèves bas-normands après intervention d'informations au cours de l'année scolaire 2015-2016. [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Caen ; 2017
- (4) Begué P, Henrier R, Blanc B, Girard M, Sancho-Garnier H. Les vaccins des papillomavirus humains, leur place dans la prévention du cancer du col utérin. Rapport et recommandations de l'Académie Nationale de Médecine au nom des commissions VI-A, VI-B et de deux groupes de travail ; 2009
- (5) Aractingi S, Aynaud O, Chauvin F. Réflexions d'un groupe d'experts. In : Blanchon T, Bergeron C, Denis F. Place de la vaccination contre les papillomavirus humains en France. 2016 : 60-73
- (6) Haute Autorité de Santé. (page consultée le 5 juillet 2018). Cancer du col de l'utérus : une meilleure couverture vaccinale et un dépistage renforcé restent la priorité, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2797450/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-une-meilleure-couverture-vaccinale-et-un-depistage-renforce-restent-la-priorite
- (7) Fondation contre le cancer. (page consultée le 5 juillet 2018). Le papillomavirus, qu'est-ce exactement ?, [en ligne]. <https://www.cancer.be/les-cancers/facteurs-de-risque/le-papillomavirus-quest-ce-exactement>
- (8) K. Chemlal, I. Heard. Prévention des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Repères pour votre pratique ; 2014. Commandité par Santé Publique France
- (9) Santé Publique France. (page consultée le 15 juillet 2018). Infections à papillomavirus, [en ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiersthematiques/Maladiesinfectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-a-papillomavirus/Aide-memoire>
- (10) Morois P. Représentation sociale des infections à papillomavirus humain chez les jeunes femmes de 14 à 19 ans : étude qualitative par méthode de groupe focalisé [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Grenoble ; 2013.
- (11) Garnier A, Brindel P. Fiche repère : Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. Institut National du Cancer. Etat des connaissances en date du 17 juin 2013.
- (12) Barré S, rapporteur. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations. Haute Autorité de Santé. Juillet 2010.
- (13) Haut Conseil de la Santé Publique. Place du vaccin Gardasil 9 dans la prévention des infections à Papillomavirus. Rapport. Février 2017

(14) Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans. Avis produit par la Commission spécialisée Maladies transmissibles, sur proposition du Comité technique des vaccinations. Séance du 17 décembre 2010

(15) Institut National du Cancer. (page consultée le 15 juillet 2018). Vaccination contre les HPV et cancer du col de l'utérus, [en ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancer-du-col-de-l-uterus>

(16) Vidal. (page consultée le 01 septembre 2018). GARDASIL 9 susp inj en seringue préremplie, [en ligne]. https://www.vidal.fr/Medicament/gardasil_9-157728.htm

(17) Santé Publique France. (page consultée le 15 septembre 2018). Cibles et Indicateurs du Plan Cancer 2014-2019. Version du 24/10/2014, [en ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il/Cibles-et-indicateurs>

(18) Santé Publique France. (page consultée le 15 septembre 2015). Papillomavirus humains (HPV), [en ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>

(19) Décarpigny M. Freins à la vaccination contre le papillomavirus chez les parents des filles de 9 à 19 ans inclus dans le Nord-Pas de Calais-Picardie en 2016. [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Lille ; 2016.

(20) Morel B. État des lieux de la vaccination contre les papillomavirus en France et impact des polémiques anti-vaccinales. [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Dijon ; 2016.

(21) Legendre G, Hufon E, Vaccination anti-HPV, Le point de vue du gynécologue, la lettre du cancérologue. Volume XXVI, n° 1, janvier 2017 ; 23-26

(22) Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence. Avis du 13 septembre 2017. Vaccin papillomavirus 9-valent, recombinant, absorbé.

(23) De Vita M, Repiton-Dumollard L. Les freins et les promoteurs à la vaccination contre les papillomavirus humains, selon les parents de jeunes filles âgées de 11 à 19 ans et les médecins généralistes : une étude qualitative par focus group en Isère et en Savoie. [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Grenoble ; 2017.

(24) Roy S. Impact d'une information ciblée sur la vaccination anti-papillomavirus humain aux parents de jeunes filles de 11 à 14 ans [mémoire de maïeutique, Faculté de médecine]. Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2017.

(25) Lecomte S, Charrier A. Facteurs influençant les parents concernant la vaccination anti-papillomavirus de leurs filles [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Angers ; 2016.

(26) Gellenoncourt A, Di Patrizio P. Évaluation de l'acceptabilité du vaccin contre le papillomavirus auprès de lycéens masculins de Lorraine [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Nancy ; 2013.

(27) Bernard-Granger S. Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. [mémoire maïeutique, Faculté de médecine]. Grenoble ; 2014.

- (28) Marchal L. Vaccination HPV et perceptions par les sages-femmes [mémoire maïeutique, Faculté de médecine]. Marseille ; 2017.
- (29) Rihard A. Perception de la vaccination anti-papillomavirus humains par les internes de médecine générale du centre hospitalier universitaire de Caen. [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Caen ; 2017.
- (30) Lauchet N. Vaccination anti-HPV : pourquoi tant de difficultés ? Le point de vue de médecins généralistes. [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Limoges ; 2018.
- (31) Haute Autorité de Santé. (page consultée le 20 décembre 2018). Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, [en ligne]. www.has-sante.fr
- (32) Robert C. Evaluation des connaissances des lycéennes au sujet de la vaccination anti-papillomavirus. [thèse de Doctorat, Faculté de médecine]. Lille; 2012.
- (33) Compte-rendu de la session « La vaccination, des clés pour convaincre » Paris - Centre universitaire des Saints Pères 20 mai 2011. Santé Publique France
- (34) Regnier N. « La vaccination contre le papillomavirus: Obstacles et solutions. Point de vue des adolescentes. Etude qualitative utilisant la méthode des entretiens semi-dirigés ». [thèse de doctorat, Faculté de médecine] Paris 7 ; 2010.
- (35) Fiche de poste : Ministère de l'Education nationale. Fiche de poste Infirmier affecté en enseignement public local d'enseignement (EPL) : note de service n°2006-187 du 24-11-2006. BO, bulletin officiel de l'Education nationale, Novembre 2006, n°44 [en ligne] <http://www.education.gouv.fr/bo/>
- (36) Fahri A. Vaccination anti-HPV: perception et rôle des infirmiers scolaires. [thèse de doctorat, Faculté de médecine]. Rennes ; 2018.
- (37) Fiquet-Peusch J. Les réticences des patients à la vaccination. Approche du ressenti des patients. Etude sur 3 vaccinations particulières. [thèse de doctorat, Faculté de médecine]. Toulouse ; 2014
- (38) Federspiel AL. Quels sont les questionnements sur la vaccination contre les papillomavirus humains exprimés par les jeunes filles en âge d'être vaccinées sur les forums internet ? [thèse de doctorat, Faculté de médecine] Lille ; 2018
- (39) Gilbert P, Brewer NT, Reiter PL, Ng TW, Smith JS. HPV vaccine acceptability in heterosexual, gay, and bisexual men. Am J Mens Health. 2011;5(4):297-305
- (40) Québec.ca. Site officiel du gouvernement du Québec. (page consultée 15 janvier 2019) Le Vaccins contre les infections par les virus du papillome humain (VPH). [en ligne] <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/programme-de-vaccination-contre-les-infections-par-les-vph/admissibilite/>
- (41) Ministère de solidarités et de la santé. Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020.
- (42) L'avenant n°4 entre en vigueur. La lettre du conseil de l'ordre. Contact Sages-femmes. N°57 Janvier - Février - Mars 2019 ; 30.

ANNEXES

Annexe 1 : Courrier envoyé aux collèves

Annexe 2 : Formulaire d'informations envoyé aux parents

Annexe 3 : Questionnaire dédié aux collégiennes scolarisées en 3ème

Annexe 4 : Correction du questionnaire distribuée aux adolescentes

Annexe 5 : Dépliant de Santé Publique France distribué aux jeunes filles

Annexe 1 : Courrier envoyé aux collèves

Collège Georges Lavalley
30 Rue François 1er
50000 SAINT-LO

A Hérouville Saint-Clair,
le 20 janvier 2018

Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en 4ème année à l'école de Caen, et je dois réaliser un mémoire dans le cadre de mes études.

J'ai choisi de m'interroger sur la connaissance des jeunes filles concernant les infections aux Papillomavirus et l'existence d'une vaccination anti-HPV. C'est pour cette raison que je vous sollicite : j'aimerais que votre établissement fasse partie de mon projet.

Pour évaluer les informations qu'elles ont sur ce sujet, je vais leur distribuer un questionnaire que je récupérerai directement. Celui-ci s'adressera aux collégiennes de troisième (car leur schéma de vaccination est normalement fini à cet âge).

L'idéal serait donc que nous nous rencontrions durant les prochains mois pour vous présenter plus en détail mon projet et vous faire part de mon questionnaire. Ensuite, j'aimerais venir dans votre établissement au mois de septembre 2018 pour le distribuer aux étudiantes.

Le but de mon intervention n'est pas de faire la publicité du vaccin, de les convaincre ou non de cette vaccination, mais plutôt de faire un état des lieux des idées reçues que l'on peut avoir sur ces infections aux papillomavirus et de la connaissance de l'existence d'un vaccin par les personnes auxquelles il est destiné.

Je suis à votre disposition pour plus d'informations, et j'attends votre retour pour fixer un entretien.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pauline LELEVÉ

Annexe 2 : Formulaire d'informations envoyé aux parents



Cher(s) parent(s),

Étudiante sage-femme en cinquième et dernière année à l'école de Caen, ce courrier vise à vous informer que j'interviendrai dans l'établissement scolaire de votre fille au mois de septembre 2018.

Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la connaissance des jeunes filles concernant les infections aux papillomavirus (HPV), et l'existence d'une vaccination qui vise à protéger contre la survenue d'un cancer du col de l'utérus.

Durant ma venue, je vais ainsi distribuer un questionnaire à toutes les collégiennes en classe de troisième. Ce questionnaire prendra la forme d'un VRAI / FAUX. Il sera anonyme et a été validé par le Dr Vial-Gaillard, médecin conseiller technique départemental sur la mission santé des élèves au rectorat de l'académie de Caen.

Le but de mon intervention n'est pas de faire la publicité du vaccin, de les convaincre ou non de cette vaccination, mais plutôt de faire un état des lieux des idées reçues que l'on peut avoir sur ces infections aux papillomavirus, et de la connaissance de l'existence d'un vaccin par les personnes auxquelles il est destiné.

La participation de votre fille à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre d'accepter qu'elle y participe sans encourir aucune responsabilité. Au début du mois de septembre, vous trouverez dans le carnet de correspondance de votre fille un document vous demandant si vous acceptez ou non que votre fille remplisse ce questionnaire. Je me permets de vous rappeler que cette étude est anonyme, ne promeut en rien la vaccination, et permettra de faire avancer mon travail de recherche et mon mémoire de fin d'étude. Qu'elle que soit votre réponse (refus ou accord), je vous remercie de replacer le document dans le carnet de correspondance afin que l'établissement scolaire puisse récupérer ce courrier signé.

Le créneau horaire qui sera consacré à cette intervention fera partie du temps scolaire habituel et ne constituera pas une heure supplémentaire dans l'emploi du temps de votre fille.

Dans le cas où vous répondez favorablement au courrier qui vous sera communiqué début septembre, votre fille aura également à lire et à signer ce courrier juste avant la distribution du questionnaire si elle souhaite participer au projet (elle sera ainsi libre de refuser de répondre au questionnaire même si vous avez donné votre accord).

Je vous demanderai de ne pas communiquer ce courrier à votre fille, ni de l'informer à l'avance de ma venue : le but de l'étude est de recueillir les connaissances telles qu'elles sont, sans que les étudiantes aillent s'informer sur le sujet avant, ce qui fausserait mes résultats.

Cette étude est coordonnée par le Dr Turck, gynécologue-obstétricien au CHU de Caen.

Je vous remercie sincèrement d'avoir pris le temps de lire ce courrier, j'espère que celui-ci était suffisamment clair, que le but de mon intervention aura bien été comprise et que vous y serez favorable ;

Cordialement,

Pauline LELEVÉ

Annexe 3 : Questionnaire dédié aux collégiennes scolarisées en 3ème

CE QUESTIONNAIRE EST ANONYME.

1) Êtes-vous née avant ou dans l'année 2004 ?

- OUI NON (je suis née en 2005 ou après)

2) Avez-vous déjà entendu parler de la vaccination contre les papillomavirus (Gardasil®, Cervarix®) ?

- OUI NON

3) Si oui : par quel(s) intermédiaire(s) principalement ? *Vous pouvez cocher plusieurs réponses*

- Votre médecin
 Les médias (la télévision, sur internet, la radio, dans un magazine...)
 Au collège (dans un cours, par l'infirmière scolaire)
 Par mes ami(e)s
 Par mes parents
 Autres :

4) Êtes-vous vaccinée contre les infections aux papillomavirus (HPV) ?

- OUI NON NE SAIT PAS

5) Si oui, qui est principalement à l'initiative de cette vaccination ? *Vous pouvez cocher plusieurs réponses*

- Moi-même, c'était mon choix
 Mes parents m'ont dit que ce serait bien de le faire
 Mon médecin me l'a conseillé
 Autres :

6) Si vous n'êtes pas vaccinée, pour quelle(s) raison(s) principale(s) ? *Vous pouvez cocher plusieurs réponses*

- Mes parents ne veulent pas
 Mon médecin ne me le conseille pas
 Mon médecin ne m'en a pas parlé
 Par peur des effets secondaires potentiellement liés au vaccin
 Je ne savais pas que ce vaccin existait
 Par choix personnel
 Autres :

7) Si vous n'êtes pas vaccinée, envisagez-vous de le faire dans les mois ou années qui vont suivre ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

Merci de cocher une seule case pour les prochaines questions.

7) Les infections aux papillomavirus se transmettent lors de rapports intimes comme les rapports sexuels.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

8) Il existe un lien entre une infection à un papillomavirus et la survenue d'un cancer du col de l'utérus.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

9) Une infection à un papillomavirus peut donner des lésions génitales (comme des verrues sur les organes génitaux et l'anus).

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

10) Une personne vaccinée n'a pas besoin d'avoir de suivi gynécologique (c'est-à-dire de faire de frottis du col utérin à l'âge adulte par exemple).

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

11) Il est recommandé de réaliser le vaccin avant le début des rapports sexuels.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

12) Le fait d'être vaccinée contre les papillomavirus protège contre toutes les infections sexuellement transmissibles (comme le Sida).

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

13) Le vaccin est efficace à 100% (il est impossible d'avoir un cancer du col de l'utérus si je me suis faite vacciner).

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

14) Une infection à un papillomavirus est très fréquente chez les jeunes femmes.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

15) Le vaccin anti-papillomavirus peut guérir le cancer du col de l'utérus.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

16) Le vaccin peut protéger contre la survenue de condylomes (verrues sur les parties génitales).

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

17) Le vaccin contre les papillomavirus nécessite une seule injection.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

18) Il est prouvé que ce vaccin entraîne de graves effets indésirables.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

19) Une infection à un papillomavirus peut disparaître toute seule sans traitement.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

20) Il n'y a pas de limite d'âge pour faire ce vaccin.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

21) Une femme qui a une infection à un papillomavirus le sent dès sa contamination : c'est aussitôt très douloureux.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

22) Les hommes peuvent également être porteurs d'une infection à un papillomavirus.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

23) L'utilisation d'un préservatif pendant les rapports sexuels rend impossible la contamination d'une infection à un papillomavirus.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

24) Avoir des partenaires sexuels multiples augmente le risque de développer une infection à un papillomavirus.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

25) Il existe plusieurs familles de papillomavirus différentes.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

26) Les vaccins contre les papillomavirus sont efficaces tout de suite après l'injection.

VRAI

FAUX

NE SAIT PAS

Annexe 4 : Correction du questionnaire distribuée aux adolescentes

7) Les infections aux papillomavirus se transmettent lors de rapports intimes comme les rapports sexuels.

VRAI : *Ces virus se transmettent par simple contact au niveau des parties génitales, le plus souvent lors de rapports sexuels (qu'il y ait pénétration ou non).*

8) Il existe un lien entre une infection à un papillomavirus et la survenue d'un cancer du col de l'utérus.

VRAI : *Un cancer du col de l'utérus peut survenir à cause d'une infection à un papillomavirus survenue plusieurs années auparavant.*

9) Une infection à un papillomavirus peut donner des lésions génitales (comme des verrues sur les organes génitaux et l'anus).

VRAI : *Certains types de papillomavirus peuvent donner des condylomes : ce sont des verrues sur la vulve, le vagin ou l'anus. Elles ne sont pas cancéreuses mais sont gênantes. Elles sont contagieuses et nécessitent un traitement.*

10) Une personne vaccinée n'a pas besoin d'avoir de suivi gynécologique (c'est-à-dire de faire de frottis du col utérin à l'âge adulte par exemple).

FAUX : *La vaccination ne protège pas contre tous les types de papillomavirus, il est donc nécessaire d'avoir un suivi gynécologique régulier à l'âge adulte. A partir de 25 ans, il est recommandé que toutes les femmes (même celles qui sont vaccinées) fassent un frottis cervico-utérin tous les 3 ans, et ce jusqu'à 65 ans pour dépister une éventuelle lésion du col de l'utérus pouvant aboutir sur un cancer.*

11) Il est recommandé de réaliser le vaccin avant le début des rapports sexuels.

VRAI : *Il est important de se faire vacciner avant d'être exposée au risque d'infection, c'est à dire avant les premiers rapports sexuels étant donné que les papillomavirus se transmettent lors des contacts intimes.*

12) Le fait d'être vaccinée contre les papillomavirus protège contre toutes les infections sexuellement transmissibles (comme le Sida).

FAUX : *Cette vaccination ne protège que contre certains papillomavirus (pas tous!), et en aucun cas des autres IST.*

13) Le vaccin est efficace à 100% (il est impossible d'avoir un cancer du col de l'utérus si je me suis faite vaccinée).

FAUX : *Un cancer du col de l'utérus peut être causé par différents papillomavirus. Or le vaccin ne les contient pas tous : il va empêcher la survenue d'une infection au type de papillomavirus qu'il contient (toutefois le dernier vaccin mis sur le marché - Gardasil 9 - protégerait contre 90% des cas de cancer du col de l'utérus car celui-ci inclut dans sa formule les papillomavirus les plus à risque). Lorsque la vaccination est effectuée après le début de la vie sexuelle, la protection est moindre, car le vaccin ne protège pas contre les papillomavirus qui ont déjà contaminé la jeune femme. Ainsi le risque de cancer du col de l'utérus n'est pas totalement éliminé avec la vaccination, c'est pourquoi le dépistage par frottis doit être régulièrement réalisé.*

14) Une infection à un papillomavirus est très fréquente chez les jeunes femmes.

VRAI : *Si on faisait le test chez toutes les jeunes femmes de moins de 25 ans, on retrouverait la présence d'un papillomavirus chez 1 femme sur 4. On estime que 80% des femmes rencontrent une fois dans leur vie ce virus.*

15) Le vaccin anti-papillomavirus peut guérir le cancer du col de l'utérus.

FAUX : *Le vaccin vise à prévenir le risque de cancer du col de l'utérus, à l'éviter.*

16) Le vaccin peut protéger contre la survenue de condylomes (verrues sur les parties génitales).

VRAI : *Si le vaccin contient une famille de papillomavirus responsable de condylomes : la personne sera protégée de leur survenue.*

17) Le vaccin contre les papillomavirus nécessite une seule injection.

FAUX : *Quelque soit le vaccin utilisé, il est nécessaire de faire 2 injections espacées de 6 mois si la personne a moins de 14 ans, et 3 injections si elle a entre 15 et 19 ans (la deuxième dose a lieu 1 ou 2 mois après la première, et la troisième injection se fait 4 ou 5 mois après la précédente en fonction du vaccin utilisé).*

18) Il est prouvé que ce vaccin entraîne de graves effets indésirables.

FAUX : *Les vaccins ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse avant leur mise sur le marché chez plusieurs milliers de jeunes filles. Leur surveillance ne montre à ce jour pas de complications que l'on peut attribuer à la vaccination. Les éventuels effets secondaires qui ont pu être rapportés sont une réaction locale au point d'injection, parfois de la fièvre.*

19) Une infection à un papillomavirus peut disparaître toute seule sans traitement.

VRAI : *Dans plus de 80% des cas, l'infection disparaît toute seule en moins de 3 ans (la personne ne s'est alors même pas rendue compte de sa présence!). Dans de rares cas, l'infection au papillomavirus persiste et peut évoluer au bout de 15 à 25 ans en cancer du col de l'utérus.*

20) Il n'y a pas de limite d'âge pour faire ce vaccin.

FAUX : *La vaccination est recommandée entre l'âge de 11 et 14 ans. Passé cet âge, il est toujours possible de se faire vacciner jusqu'à 19 ans inclus.*

21) Une femme qui a une infection à un papillomavirus le sent dès sa contamination : c'est aussitôt très douloureux.

FAUX : *Si l'infection concerne des condylomes, ces verrues génitales mettent en moyenne 1 à 2 mois à apparaître. Si l'infection concerne un papillomavirus à pouvoir oncogène (cancérogène) et qu'elle persiste, elle pourra donner des lésions sur le col de l'utérus et évoluer en cancer en plusieurs dizaines d'années.*

22) Les hommes peuvent également être porteurs d'une infection à un papillomavirus.

VRAI : La plupart des hommes contaminés sont porteurs sains (ils n'ont aucun symptôme), certains peuvent présenter des condylomes. Dans certains pays, la vaccination est recommandée également pour les hommes, mais actuellement en France seul les hommes de moins de 26 ans ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes peuvent avoir accès au vaccin.

23) L'utilisation d'un préservatif pendant les rapports sexuels rend impossible la contamination d'une infection à un papillomavirus.

FAUX : *L'utilisation d'un préservatif permet de se protéger contre de nombreuses infections sexuellement transmissibles, mais il ne protège que partiellement contre les papillomavirus (il est donc possible de se faire contaminer même en utilisant un préservatif, même si son utilisation diminue le risque d'infection).*

24) Avoir des partenaires sexuels multiples augmente le risque de développer une infection à un papillomavirus.

VRAI : Le fait d'avoir un partenaire sexuel différent fait que la personne est potentiellement exposée à d'autres papillomavirus.

25) Il existe plusieurs familles de papillomavirus différentes.

VRAI : *Il existe plus de 120 papillomavirus différents ! Certains peuvent entraîner un cancer du col de l'utérus, d'autres des condylomes (des verrues sur les parties génitales), certains sont responsables de cancer du vagin et de l'anus, et d'autres sont inoffensifs.*

26) Les vaccins contre les papillomavirus sont efficaces tout de suite après l'injection.

FAUX : *Ils sont efficaces 1 mois après la dernière injection (le temps que le sujet développe ses propres anticorps qui le protégeront d'une infection).*



Infections à papillomavirus humains (HPV)

Les 5 bonnes raisons de se faire vacciner



La vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) est un moyen de se protéger du cancer du col de l'utérus.

La vaccination et le dépistage par frottis sont des moyens de prévention complémentaires contre le cancer du col de l'utérus.

Qu'est-ce que les infections à papillomavirus humains (HPV) ?

Ces infections sont dues à des virus très courants qui se transmettent par simple contact au cours des relations sexuelles. Si la plupart de ces virus sont sans danger, certains HPV peuvent être responsables de lésions précancéreuses puis de cancer. C'est l'infection persistante par ces HPV qui est responsable du cancer du col de l'utérus.

Qui doit être vacciné ?

Le vaccin contre les HPV est recommandé chez les très jeunes filles entre 11 et 14 ans.

Une vaccination plus tardive est possible avant le début de la vie sexuelle.

Le vaccin peut être fait le même jour que d'autres vaccins recommandés à cette période (hépatite B, diphtérie-tétanos-polio...). Il n'y a pas de contre-indication, en dehors d'allergies très rares, connues aux composants du vaccin.

Le vaccin ne protège pas contre tous les HPV. C'est pourquoi le dépistage par frottis est indispensable à partir de l'âge de 25 ans.

Une question, un conseil ? Parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Un vaccin efficace

La vaccination protège contre la majorité des virus HPV responsables du cancer du col de l'utérus.

Un vaccin nécessaire

Chez les très jeunes filles, en général avant l'âge de 15 ans.

Un vaccin simple

Il n'y a pas besoin de rappel. 2 ou 3 injections suffisent en fonction du vaccin et de l'âge de la jeune fille.

Un vaccin sans danger

Les réactions sont peu fréquentes et bénignes.

Un vaccin remboursé

L'Assurance maladie rembourse le vaccin à 65 %.

Quels sont les vaccins disponibles ?

Deux vaccins sont disponibles.

Deux ou trois injections sont nécessaires en fonction du vaccin et de l'âge de la jeune fille.

Quels sont les effets secondaires ?

Dans la grande majorité des cas, il n'y a pas d'effet secondaire après la vaccination contre les HPV. Parmi les effets secondaires les plus fréquents, on peut observer une douleur ou une rougeur au point de la piqûre. Il n'y a pas de lien démontré scientifiquement entre la vaccination contre les HPV et la survenue de maladies auto-immunes.

Le vaccin est-il remboursé ?

L'Assurance maladie rembourse à 65 % les vaccins contre les HPV sur ordonnance du médecin ou de la sage-femme. Le complément est remboursé par les mutuelles. Pour les personnes bénéficiaires de la CMUc, il n'y a pas d'avance de frais.

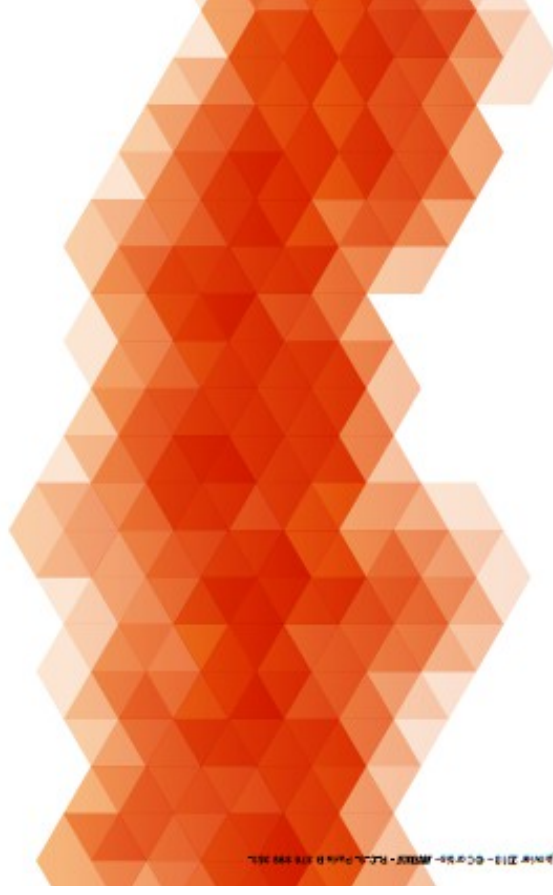
Qui peut vacciner ?

Les médecins, les sages-femmes et, sur prescription médicale, les infirmières.

Où se faire vacciner ?

Chez un médecin, une sage-femme, dans un centre de vaccination, dans un centre gratuit d'information, dépistage et diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et les hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (Cegidd).

Le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus doit être réalisé régulièrement chez toutes les femmes à partir de 25 ans, vaccinées ou non.



Pour en savoir plus



**VACCINATION
INFO SERVICE.FR**

La site de référence qui répond à vos questions



RÉSUMÉ

TITRE DU MÉMOIRE :

Quelles sont les connaissances actuelles des adolescentes concernant les infections aux Papillomavirus et la vaccination anti-HPV ?

RÉSUMÉ :

La population concernait des collégiennes scolarisées en classe de troisième au cours de l'année scolaire 2018-2019 dans cinq établissements différents (publics et privés, et issus des trois départements de la Normandie Occidentale).

Parmi les 201 jeunes filles ayant participé à l'étude, 55 affirmaient être vaccinées (soit une couverture vaccinale égale à 27,36%). Le questionnaire révélait un score de connaissances satisfaisant à 11,78 / 20, néanmoins ces connaissances étaient incomplètes. Les modes d'informations les plus cités par les jeunes filles étaient les parents et le médecin traitant. D'ailleurs, ce sont également eux les principaux acteurs intervenant dans le choix de réaliser la vaccination ou non selon les sujets.

Une meilleure connaissance des professionnels de santé, des parents et des adolescent(e)s sur ce sujet semble indispensable pour améliorer la couverture vaccinale.

MOTS-CLEFS :

Papillomavirus - Vaccination - Adolescentes - Connaissances - Prévention



TITLE OF THE THESIS :

What are the current knowledge of teenagers girls about papillomavirus infections and HPV vaccine ?

SUMMARY :

The population was college students, attending secondary school (fourth year) during 2018-2019 in five different institutions (public and private, and coming from the three departments of Western Normandy).

Of the 201 girls who joined the study, 55 claimed to be vaccinated (vaccination coverage of 27.36%). The questionnaire highlighted a satisfactory knowledge score of 11,78 / 20, however this knowledge was incomplete. The most often information vectors mentioned by the girls were either the parents or the general practitioner. By the way, these people remains the main actors involved in the choice of whether or not to carry out vaccination depending on subjects.

A better knowledge of health professionals, parents and adolescents on this subject remains essential to improve immunization coverage.

KEYWORDS:

Papillomavirus - Vaccination - Teenagers - Knowledge - Prevention