

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
Le 25 septembre 2019 à Bordeaux par
Sandrine ROMEIRA
Née le 14 octobre 1984 à Biarritz (64)

**Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du Pays
Basque Français à propos de la vaccination contre les
papillomavirus humains. Étude qualitative.**

Directeur de thèse

Docteur Jean-Benoît PECASTAING

Membres du jury

Professeur Jean-Luc BRUN	Président
Docteur Laurent MAGOT	Rapporteur
Professeur François ALLA	Juge
Docteur Marianne SAVES	Juge
Docteur Maryse PHILIPPE	Juge
Docteur Jean-Benoît PECASTAING	Directeur

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Luc BRUN,

Pour me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Laurent MAGOT,

Pour avoir accepté d'être rapporteur de ma thèse, et de la juger. Vous avez été d'une grande aide dès le début de ce travail. Je vous remercie sincèrement pour votre réactivité, votre disponibilité et votre rigueur.

À Monsieur le Professeur François ALLA,

Pour avoir accepté de juger ma thèse. Veuillez trouver ici mes remerciements les plus respectueux.

À Madame le Docteur Marianne SAVES,

Pour avoir accepté de juger ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.

À Madame le Docteur Maryse PHILIPPE,

Pour avoir accepté de juger ma thèse. Compte tenu de votre engagement dans la prévention des maladies HPV viro-induites, c'est un honneur de vous compter dans les membres du jury. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail. Et merci...

À Monsieur le Docteur Jean-Benoît PECASTAING,

Pour avoir accepté la direction de ma thèse. C'est un honneur pour moi d'être ta première thésarde. Je te remercie de ta confiance, de ta disponibilité et de tes conseils avisés.

Aux médecins qui ont participé à cette étude, je vous remercie très sincèrement de m'avoir permis de réaliser ce travail.

À Claire, à Mikel, au Dr Desbordes et à l'équipe soignante du service de Neurologie du CH-Dax qui ont été là pour me guider et m'accompagner dans mes premiers pas d'interne.

Au Professeur Milpied, à Thibaut Leguay, à Pierre-Yves Dumas, et à toute l'équipe du service d'hématologie du centre François Magendie de Bordeaux, pour votre confiance, votre bienveillance, et votre respect. Vous m'avez aidé à devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

Aux Urgences de Marmande, au service de **Cout séjour Gériatrique de Saint Jean-de-Luz,** aux services de **Gynécologie et de Pédiatrie de Dax.** Merci.

À Jean-Philippe, Jean-Benoît, et Philippe, mes maîtres de stage, vous avez confirmé mon souhait de devenir médecin généraliste. J'ai beaucoup appris à vos côtés, je vous en remercie. Jean-Benoît, merci de m'avoir fait confiance pour te remplacer à la fin de mon internat, merci de continuer à me faire confiance.

À Clémence, à Arnaud, à FX, mes co-internes en hémato. Six mois que je n'oublierai pas.

Aux patients. Sans vous tout ceci n'aurait aucun sens.

À **ma Maman**, sans toi rien n'aurait été possible. Toi qui as toujours cru en moi, toi qui as déplacé des montagnes pour que je puisse accéder à ce qui était inaccessible, toi qui malgré la fatigue ne t'es jamais plainte. Merci de tout ce que tu as fait pour moi, merci pour absolument tout. Tu vois on y est arrivé... Je t'aime de tout mon cœur.

À **mon Papa**, pour ton soutien, pour ces heures passées au téléphone à m'écouter me lamenter, pour ces dimanches où tu venais sur Bordeaux pour me faire prendre l'air, pour les moments de rire. Pour l'amour que tu me portes, merci Papa.

À **mes frères, David et Nelson**, mes complices de toujours, ces longues études n'auront pas altéré notre trio et j'en suis très émue. « Comme le disait Timothée Gustave, il faut cultiver la différence, et non l'indifférence. ». Merci pour votre soutien et votre amour.

À **Analia et Manon, plus que des belles-sœurs**, merci pour vos encouragements.

À **mes neveux chéris, Lou, Nikita, Liam et Noah**, de vrais soleils. Que vos vies soient belles.

À **mon papi et ma mamie du coq, Laurentino et Maria Helena**, vous n'êtes plus là mais je pense à vous. À **tonton Salvador**, tu as laissé un grand vide. Je sais que tu nous souris de là-haut. À **Rosa, Rémy, Mélanie, Matilde et Clara**.

À **ma mamie et mon papi Dos Santos, Maria Gloria et Fortunato**, pour votre force et votre courage. À mes tantes et mes oncles maternels. À mes cousins, et mes cousines, et leurs enfants. À **tonton Antonio**, là-haut.

À **tatie Maria et tonton Angelo**, merci d'être toujours là pour nous. À **Sylvie et Nathalie**.

À **Jorge**, le plus gentil Carioca, et le meilleur médecin de Rio. Tu es un ami précieux.

À **ma mamie Jacqueline**, à nos conversations, à tes porte-bonheurs. Tu me manques.

À **mes amis d'hier, Vivi, Momo, Vanessa, mon GNA et Topher**.

À **Mouna, Sophie, Hamza et Davinia**, ma famille de P1.

À **ma belle-famille Réunionnaise, Farah, Claude, Marion et Kévin**.

À **Anaïs**, une des plus belles personnes que je connaisse. Je te remercie pour ton soutien inestimable, pour ton aide durant toutes les étapes de ce travail, et pour ta bienveillance. Notre amitié m'est chère. Je suis très heureuse que mon loulou t'ait pour marraine. À **Mati**, pour ta bonne humeur, pour ta présence dans nos vies, et pour l'amour que tu portes à Morgan. Merci.

Aux Octobrettes 2016, mes amies-mamans, qui m'ont apporté beaucoup. Merci d'être là.

À **la musique**, qui m'a permis de garder la tête hors de l'eau dans les moments difficiles.

À **la petite fille que j'étais**, merci d'avoir eu un rêve si grand et d'avoir cru que tu pouvais y arriver. Merci de ne pas avoir écouté les autres.

À **Thomas, mon doudou**, une évidence. À tout ce que nous avons construit ensemble. À notre famille. À notre Amour.

À **Morgan, mon amour de petit garçon**, pour le bonheur immense que tu m'apportes chaque jour. Je t'aime tant...

Tu débutes ta scolarité alors que je termine la mienne. Je souhaite que ce soit plus simple pour toi, mais si ce n'est pas le cas n'oublie pas : « Si tu as un rêve auquel personne ne croit, pense au petit ukulélé et n'abandonne pas. Aloha ! ».

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	7
1. INTRODUCTION-JUSTIFICATION	8
1.1 Épidémiologie et modes de transmission	8
1.1.1 Épidémiologie de l'infection à HPV	8
1.1.2 Épidémiologie des cancers du col et des autres cancers liés aux HPV	9
1.1.2.1 Le cancer du col de l'utérus	9
1.1.2.2 Les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus	10
1.1.2.3 Les autres cancers liés aux HPV	11
1.1.3 Modes de transmission	11
1.2 De l'infection à HPV au CCU : les lésions intra-épithéliales, la clairance virale	12
1.3 Traitements des lésions intra-épithéliales et conséquences obstétricales	14
1.4 La prévention de l'infection à HPV et du cancer du col de l'utérus	15
1.4.1 La prévention primaire : le vaccin	15
1.4.2 La prévention secondaire : le frottis cervico-utérin	15
1.4.3 Le test HPV	16
1.4.4 Les dernières recommandations pour le dépistage	17
1.5 La vaccination anti-papillomavirus humain	18
1.5.1 Les vaccins disponibles en France	18
1.5.1.1 Cervarix®	19
1.5.1.2 Gardasil®	19
1.5.1.3 Gardasil 9®	20
1.5.2 Effets secondaires	20
1.5.3 Vaccination anti-HPV et phénomène auto-immun	21
1.5.4 L'efficacité de la vaccination anti-HPV	23
1.6. État des lieux de la couverture vaccinale	23
1.7 Question de recherche et objectifs	26
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	27
2.1 Type d'étude	27
2.2 Population étudiée	27

2.3	Élaboration du guide d'entretien.....	27
2.4	Déroulement des entretiens.....	28
2.5	Recueil et retranscription des données.....	28
2.6	Analyse des données.....	28
2.6.1	Codage des données.....	28
2.6.2	Triangulation de l'analyse.....	29
2.7	Saturation des données.....	29
3.	RÉSULTATS.....	30
3.1	Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens.....	30
3.2	Résultats de l'analyse.....	31
3.2.1	Pratique et perception de la vaccination anti-HPV.....	31
3.2.1.1	La vaccination anti-HPV en pratique.....	31
3.2.1.2	Opinion des médecins généralistes concernant la vaccination anti-HPV.....	36
3.2.2	La couverture vaccinale anti-HPV en France.....	38
3.2.3	Abord de la vaccination et de la sexualité.....	38
3.2.3.1	Évaluation des connaissances auprès des patients.....	38
3.2.3.2	Abord de la vie intime.....	40
3.2.3.3	La place de l'information.....	41
3.2.4	Difficultés rencontrées par les médecins généralistes.....	44
3.2.4.1	Réticences des patients selon les médecins généralistes.....	44
3.2.4.2	Freins propres aux médecins généralistes.....	52
3.2.4.3	Difficultés à parler des réticences avec les patients.....	55
3.2.5	Attitudes des médecins en cas de réticences ou de refus des patients.....	56
3.2.6	Propositions des médecins afin d'améliorer la couverture vaccinale anti-HPV.....	60
3.3	Synthèse des résultats.....	64
4.	DISCUSSION.....	67
4.1	Discussion de la méthode choisie.....	67
4.1.1	Précision de l'objectif.....	67
4.1.2	Choix de la méthode.....	67
4.1.3	Choix des entretiens individuels.....	67
4.1.4	Choix des entretiens semi-dirigés.....	68

4.1.5 L'échantillonnage.....	68
4.1.6 Forces de l'étude.....	69
4.1.7 Limites et biais de l'étude.....	69
4.1.7.1 Type d'étude.....	69
4.1.7.2 Biais de recueil de données - Biais d'investigation.....	70
4.1.7.3 Biais d'auto-sélection - Biais de désirabilité sociale.....	70
4.2 Discussion des principaux résultats.....	71
4.2.1 Perception des médecins généralistes.....	71
4.2.2 Pratique des médecins généralistes.....	73
4.2.3 Difficultés rencontrées.....	75
4.2.4 Attitudes en cas de réticences ou de refus.....	81
4.2.5 Propositions des médecins généralistes afin d'améliorer la couverture vaccinale.....	84
4.3 Perspectives de recherches et de modifications des pratiques.....	87
5. CONCLUSION.....	89
BIBLIOGRAPHIE.....	91
ANNEXES.....	103
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	103
Annexe 2 : Extrait de Verbatim :3 entretiens.....	105
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	119
RÉSUMÉ.....	120

ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

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

CCU : Cancer du col de l'utérus

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

CIS : Carcinome in situ

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DTP-Ca : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based-Medicine

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HPV : Human Papillomavirus

HR-HPV : HPV à haut risque oncogène

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

HSV : Herpès Simplex Virus

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

InVS : Institut de veille sanitaire

IST : Infection sexuellement transmissible

JPC : Jonction pavimento-cylindrique

LR-HPV : HPV à faible risque oncogène

OMS : Organisation mondiale de la santé

ROR : Rougeole Oreillons Rubéole

SEP : Sclérose en plaques

VIH : Virus de l'immunodéficience humain

1. INTRODUCTION - JUSTIFICATION

L'infection à Human Papillomavirus (HPV) est une infection très fréquente, passant inaperçue et responsable de nombreux cas de cancer.

En France en 2015, plus de 6300 nouveaux cas de cancers par an sont liés aux papillomavirus humains (HPV). Les cancers du col de l'utérus (44 %), de l'anus (24 %) et de l'oropharynx (22%) représentent la majorité des cas (1).

Les cancers du col utérin liés aux HPV sont précédés par l'apparition d'états précancéreux, dont le traitement, chez la femme jeune, peut être à l'origine de nombreuses complications obstétricales et prématurité.

Il existe un moyen simple de prévention de la survenue de ces lésions précancéreuses et donc de la survenue ultérieure de néoplasies : la vaccination anti-HPV, disponible en France depuis 2006 et dont le rapport bénéfice / risque est très satisfaisant. Cependant, le taux de couverture vaccinale est de moins de 20% . La prévention secondaire par dépistage grâce au frottis cervico-utérin (FCU) n'est guère meilleure. A ce jour, une femme sur deux ne se fait pas dépister régulièrement (2).

Le médecin généraliste est en première ligne concernant les vaccinations. Il a un rôle central dans la proposition, l'information, la prescription et l'administration du vaccin anti-HPV. Il est le promoteur de la prévention primaire et secondaire. Lors de mon internat, puis lors de mes remplacements, j'ai constaté que peu de patientes étaient vaccinées contre les papillomavirus humains.

Cela m'a surpris : pourquoi un vaccin contre un cancer n'a-t-il pas plus de succès ? La plupart des patientes n'en avait pas entendu parler ; certains parents sans donner de raison ne souhaitaient pas faire vacciner leur fille ; et pour les autres, certains médecins le déconseillaient. Par cette étude j'ai voulu explorer et comprendre les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes concernant la vaccination contre les papillomavirus humains.

1.1 Épidémiologie et modes de transmission

1.1.1 Épidémiologie de l'infection HPV

Chaque jour dans le monde, plus d'un million de personnes contracte une infection sexuellement transmissible (IST), et plus de 290 millions de personnes souffrent d'une infection

à HPV (3). L'infection génitale par les papillomavirus humains (HPV) est l'IST la plus fréquente. 80 % des adultes âgés de cinquante ans ont été en contact avec des HPV. L'infection génitale a le plus souvent lieu au début de l'activité sexuelle. Les porteurs sains de HPV représentent environ 20 % des hommes de moins de vingt-cinq ans et 25 à 40 % des femmes de moins de vingt-cinq ans. Le risque de transmission après un contact sexuel infectant est de 60 à 70 %, avec un risque plus important de la femme vers l'homme (50 à 90 %) que dans le sens inverse (50 %) (4).

1.1.2 Épidémiologie des cancers du col et des autres cancers liés aux HPV

1.1.2.1 Le cancer du col de l'utérus

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus (CCU) est responsable de 266 000 décès et une incidence de 570 000 cas en 2018, il est le quatrième cancer le plus courant chez la femme.

En Europe, il y a environ 32 700 nouveaux cas et 14 200 décès en 2018.

En France, avec 2920 nouveaux cas et 1117 décès en 2018, le CCU représente la 12^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme.

Une infection persistante par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV) est retrouvée dans 90 % cas (2).

C'est l'un des seuls cancers dont le taux de survie à 5 ans est en diminution. Plus de la moitié des décès se produisent chez les femmes âgées de 25 à 64 ans. Le risque d'incidence augmente avec l'âge jusque 40 ans puis diminue ensuite, et le risque de mortalité augmente jusqu'à 50 ans pour également diminuer ensuite. On observe également des disparités géographiques et socio-économiques pour l'incidence et la mortalité.

L'incidence du CCU diminue depuis 1980. Le taux d'incidence standardisé a baissé en France de 2,5% par an à partir de 1980 (15 cas pour 100 000 femmes). Cette baisse est moindre depuis 2000, elle n'était plus que de 0,7% en 2005. En 2012 il y avait 6,7 cas pour 100 000 femmes et 2018 il y avait 6,1 cas pour 100 000 femmes.

La mortalité due au CCU diminue depuis 1980 grâce au dépistage par frottis cervico-utérin (FCU). Le taux de mortalité standardisé a baissé de 3,2 % par an à partir de 1980 (5 cas pour 100 000 femmes). Cette baisse est moindre depuis 2000. En 2012 il y avait 1,8 cas pour 100 000 femmes, et en 2018 il y avait 1,7 cas pour 100 000 femmes (5)

La survie à 5 ans diminue au cours du temps passant de 68% entre 1989 et 1993, à 63% entre 2005 et 2010. On pense que grâce au dépistage, moins de cancers sont diagnostiqués au stade invasif, mais que ces derniers comportent une proportion plus importante de cancers à évolution rapide de mauvais pronostic (cancers non dépistés, cancers de femmes n'effectuant pas de dépistage). Le taux de survie est de 63% 5 ans après le diagnostic et de 59% 10 ans après le diagnostic de CCU invasif. La survie est plus élevée pour les femmes âgées de moins de 45 ans au moment du diagnostic (85%) (5).

1.1.2.2 Les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus

Le principal facteur de risque de cancer du col utérin est la persistance d'une infection génitale à HPV à haut risque oncogène (HR-HPV) .

Les HPV 16 et 18 sont responsables de 70,7% des cancers du col de l'utérus dans le monde. Une étude française EDiTH (6) a montré la distribution des différents génotypes d'HPV responsables de cancers invasifs du col utérin et de CIN 2-3 : 81,8% attribuables aux génotypes HPV 16 et 18, ce qui explique qu'ils aient été choisis comme cible pour les vaccins.

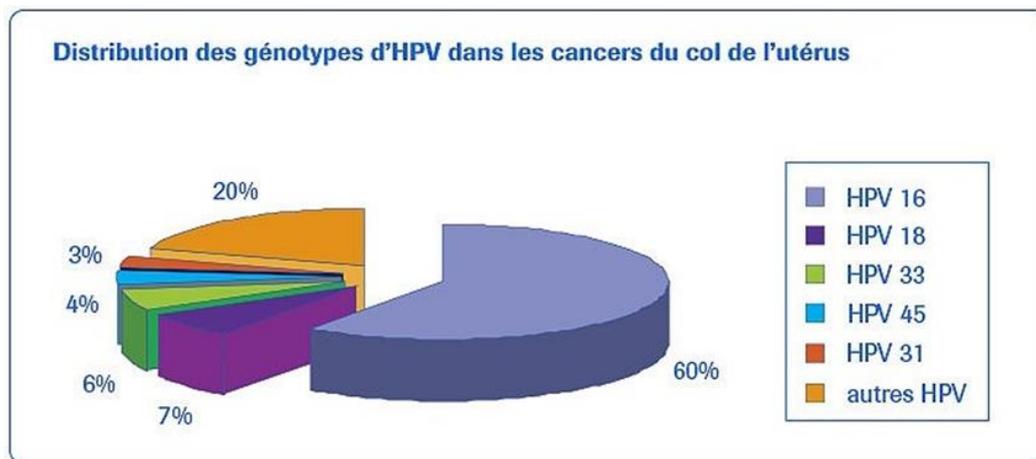


Figure 1 : Distribution des génotypes d'HPV dans les cancers invasifs du col utérin

(source : HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Rapport de juin 2013.) (7).

Certains facteurs favorisent la persistance de l'infection ou sont des cofacteurs de la carcinogenèse, modérés en comparaison au HPV.

Trois types de facteurs se dégagent :

- **Les facteurs environnementaux ou exogènes :** l'utilisation au long cours de contraceptifs oraux (≥ 5 ans), le tabagisme actif (>15 cigarettes/jour) ou passif, le

portage d'autres IST (HSV type 2, Chlamydiae Trachomatis...), avoir un déficit immunitaire acquis (VIH, immunosuppresseurs...), des facteurs nutritionnels avec carences vitaminiques (notamment en B6, B12, et en folates). Par contre, un régime riche en fruits et légumes aurait un effet protecteur sur le cancer du col de l'utérus.

- **Les cofacteurs viraux** en rapport avec l'infection à HPV : infection par HPV 16 ou 18, une charge virale élevée (en particulier si HPV 16), une infection par certains variants viraux à plus haut risque au sein du même génotype (ex : HPV 16 E6-350G).
- **Les facteurs propres à l'individu ou endogènes** : certains facteurs génétiques, le système HLA, certaines hormones endogènes (multiparité, statut ménopausique..), des déficits immunitaires constitutionnels.

En revanche, l'âge lors du premier rapport sexuel, le nombre de partenaire sexuels au cours de la vie, l'historique des IST et toute autre caractéristique de la vie sexuelle ne sont pas considérés comme des facteurs favorisant la persistance de l'infection HPV mais plutôt comme des facteurs de risque d'infection par les HPV (8) .

1.1.2.3 Les autres cancers liés aux HPV

En 2015, on estime que près d'un tiers des cancers liés aux HPV touche les hommes et concerne cinq localisations (1 060 cancers de l'oropharynx, 360 cancers de l'anus et plus de 300 cancers de la cavité orale, du larynx et du pénis).

90 % des cancers de l'anus sont liés aux HPV : parmi les 1 460 cas de cancers de l'anus dus aux HPV, les femmes sont les premières concernées avec 1 100 cas (75 %) contre 360 cas pour les hommes. Son incidence est en augmentation depuis ces trente dernières années, avec environ 900 nouveaux cas par an. La population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) est très à risque ; ce risque étant majoré chez les HSH infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

35 % des cancers de l'oropharynx sont liés aux HPV, avec des localisations au niveau de l'amygdale et de la base de langue principalement (9).

1.1.3 Modes de transmission

- **La transmission sexuelle** est le mode de transmission le plus fréquent. Elle a lieu lors des relations sexuelles avec ou sans pénétration, y compris lors de pratiques orales.

Chez la femme la contamination anale, en dehors des rapports anogénitaux, est possible par propagation à partir du vagin vers le canal anal, lors de l'essuyage notamment (rare).

La prévention de la transmission est très difficile : le préservatif n'étant que partiellement efficace car le virus peut être présent sur toute la zone anogénitale et il peut demeurer infectieux pendant plusieurs années. Cependant l'utilisation du préservatif diminue de façon significative la fréquence des infections cervicales et vulvo-vaginales par les HPV. Il diminue le risque de transmission des HPV de 70% environ.

Ce mode de transmission est favorisé par la précocité des rapports sexuels, par un nombre élevé de partenaires, et par des antécédents d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) .

L'infection génitale par un HPV est une des trois principales IST ; et la première d'origine virale avant l'herpès génital (Herpes simplex virus, type 2). Il est estimé que 50 à 75% des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV.

- **La transmission verticale ou mère-enfant**, est essentiellement périnatale. Elle n'est possible que si l'infection à HPV est active chez la mère. Chez l'enfant contaminé, le HPV peut être responsable de papillomatose laryngée juvénile dans les premiers mois de vie. Il n'existe pas de traitement curatif, la récurrence après excision des lésions est quasi constante et les séquelles fréquentes, en particulier au niveau des cordes vocales. Le taux de transmission lors de l'accouchement est d'environ 7%, en cas d'infection par les HPV 16 et 18 il atteint près de 40 %. Après l'accouchement, la transmission au nourrisson est possible par contact.
- **La transmission horizontale** par l'intermédiaire d'objets souillés (vêtements, sous-vêtements, surfaces de contact...) est possible, mais reste rare. Cependant cette possibilité de transmission par simple contact souligne l'importance des règles d'hygiène strictes (matériel à usage unique, gants..) (8, 10, 11).

1.2 De l'infection à HPV au CCU : les lésions intra-épithéliales, la clairance virale

La zone de jonction pavimento-cylindrique (JPC) constitue un point d'entrée pour les infections à HPV. C'est là que débutent la majorité des cancers du col de l'utérus.

La majorité des cancers du col de l'utérus sont des carcinomes : 80 à 90 % sont des carcinomes épidermoïdes développés à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol ; et 10 à 20 % sont des

adénocarcinomes développés à partir de l'épithélium cylindrique qui recouvre le canal endocervical ou endocol.

L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus comporte plusieurs lésions histologiques précancéreuses (les néoplasies cervicales intra-épithéliales ou CIN), conséquence de l'infection persistante par un HPV à haut risque oncogène (HR-HPV). Certaines sont des stades facultatifs (CIN 1 et CIN 2) et d'autres sont des étapes nécessaires (CIN 3) à l'apparition d'un cancer invasif. L'adénocarcinome par contre, ne comporte qu'une seule lésion précédant l'envahissement : l'adénocarcinome in situ. Déjà précancéreuse, elle fait également suite à une infection persistante par un HR-HPV.

Le carcinome in situ (CIS) correspond au stade initial, sans franchissement de la membrane basale. Cette dénomination ne concerne que l'adénocarcinome, le carcinome épidermoïde in situ n'étant plus véritablement individualisé de la CIN 3.

Le cancer est invasif ou infiltrant, quand il franchit la membrane basale pour infiltrer le chorion (12).

Tableau 1 : Classification des différents stades lésionnels

O.M.S	Histologie (Richart)	Cytologie (Bethesda)
Dysplasie légère	Condylome	Lésion intra-épithéliale bas grade
Dysplasie légère	CIN 1 avec koïlocytose	Lésion intra-épithéliale bas grade
Dysplasie moyenne	CIN 2 avec ou sans koïlocytose	Lésion intra-épithéliale haut grade
Dysplasie sévère	CIN 3 avec ou sans koïlocytose	Lésion intra-épithéliale haut grade
Carcinome in situ (CIS)	CIN 3 avec ou sans koïlocytose	Lésion intra-épithéliale haut grade
Carcinome épidermoïde invasif	Carcinome épidermoïde invasif	Carcinome épidermoïde invasif

L'infection persistante par HPV oncogène est un facteur nécessaire mais non suffisant : moins de 5 % des femmes infectées par HPV 16 développeront un cancer du col utérin au cours de leur vie (13). En général la persistance est définie par deux prélèvements positifs entre 12 et 18 mois d'intervalle. Dans la majorité des cas, l'infection est transitoire, avec une clairance virale des HPV assez rapide et fréquente: environ 70% des infections disparaissent en 12 mois et 90% en 24 mois (8).

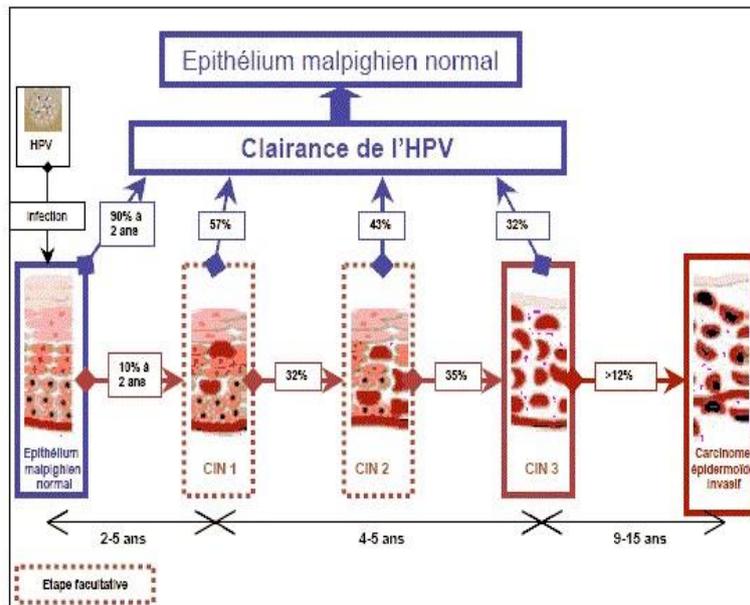


Figure 2: Histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col utérin (source : Duport N. *InVS-données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus-2008*) (8).

La clairance virale est attestée par la non-détection de l'ADN viral par les tests actuellement disponibles. Toutefois à ce jour, nous ne pouvons pas être certains que le virus a totalement disparu ou qu'il est plutôt dans un état latent indétectable.

Le cancer du col utérin met en moyenne 10 à 15 ans à se développer après une infection génitale persistante par certains HPV oncogènes. Certains facteurs favorisent la persistance de l'infection, notamment le tabagisme et l'immunodépression acquise (14,15).

1.3 Traitements des lésions intra-épithéliales et conséquences obstétricales

En 2016, près de 35 000 femmes ont été traitées pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus et 50 % d'entre elles avaient moins de 39 ans (1).

Pour les CIN 1, la surveillance évite de traiter une lésion qui aurait pu guérir seule et les complications dues à un traitement inutile, il doit cependant y avoir une concordance cyto/colpo/histologique parfaite et la jonction pavimento-cylindrique visible. Si ce n'est pas le cas, une conisation peut être envisagée.

Chez une femme de moins de 30 ans avec un CIN 2, une abstention thérapeutique peut être envisagée, si la lésion est de petite taille, que la jonction est bien explorable sans signes de gravité colposcopiques. La patiente doit avoir une surveillance régulière. En cas d'aggravation secondaire, une conisation sera proposée.

Pour les lésions CIN 3, la conisation (à l'anse diathermique, ou au laser, ou au bistouri froid) est préconisée. Sous anesthésie locale ou générale, elle consiste à découper en forme de cône la partie du col de l'utérus atteinte et à la retirer. Chez les femmes ayant un désir de grossesse, la portion du col retirée lors de la conisation est la plus réduite possible. Sous certaines conditions (lésions de petite taille, surveillance accrue), la destruction par vaporisation laser ou par cryothérapie peut parfois être proposée pour éviter une conisation (16, 17).

Les femmes ayant un CIN ont un risque initial plus élevé d'accouchement prématuré. Les traitements locaux augmentent encore ce risque. Les risques de fausse couche spontanée du deuxième trimestre, de rupture prématurée des membranes, de prématurité, de chorioamniotite, d'insuffisance pondérale à la naissance, d'admission en soins intensifs néonataux et de mortalité périnatale augmentent également de manière significative après traitement (18).

1.4 La prévention de l'infection à HPV et du cancer du col de l'utérus

1.4.1 La prévention primaire : le vaccin

Les trois vaccins disponibles en France (Gardasil®, Gardasil 9®, et Cervarix®) protègent contre les infections par les HPV oncogènes 16 et 18, responsables de 70% des cancers invasifs du col utérin et 50% des lésions précancéreuses de haut grade.

Après quelques mois de retard le vaccin Gardasil 9® est disponible en France. Il est nonavalent, il protège contre 9 géotypes d'HPV (6,11,16,18,31,33,45,52,58), qui sont responsables de 90% des cancers du col de l'utérus et de 80% des lésions précancéreuses de haut grade (19).

1.4.2 La prévention secondaire : le frottis cervico-utérin

Le frottis cervico-utérin (FCU) ou test Papanicolaou (Pap-Test) est la méthode de référence pour le dépistage du CCU. Il s'agit d'un geste simple, rapide, à faible coût. Une revue systématique de la Cochrane (20) fait état d'une sensibilité de l'examen cytologique de 62,5% pour la cytologie conventionnelle, de 72,9% pour la cytologie en phase liquide et de 89,9% pour le test HPV.

Les recommandations sont un dépistage chez toutes les femmes de 25 à 65 ans, tous les trois ans après deux frottis négatifs réalisés à un an d'intervalle. On peut exclure les femmes ayant subi une hystérectomie totale ou celles qui sont vierges.

Il permet de dépister les CCU mais aussi des CIN afin de les traiter avant une éventuelle transformation maligne.

1.4.3 Le test HPV

Le test HPV est simple et fiable. Sa sensibilité est de l'ordre de 95-100% , et sa spécificité moindre par rapport au FCU (90 versus 96,3%) (21). Il permet de détecter la présence d'ADN viral de HPV oncogène dans un prélèvement de cellules du col de l'utérus, grâce à des techniques de biologie moléculaire.

La recherche démontre que le test de dépistage HPV est des plus utiles pour le dépistage du CCU. Associer le test de dépistage du HPV au Pap-Test peut allonger la période entre chaque test de dépistage.

Il peut être utile pour le suivi des femmes dont certains résultats de Pap-Test sont anormaux. Le test HPV est recommandé chez des femmes de 30 ans et plus en cas de cytologie ASC-US initiale : cellules malpighiennes atypiques-de signification indéterminée. On peut y avoir recours chez des patientes avec lésion CIN 1 de 50ans et plus , et chez des patientes ayant été traitées pour une lésion de haut grade (CIN 2 ou 3).

Le test HPV peut être réalisé :

- à partir du frottis initial si celui-ci a été réalisé en milieu liquide. La brosse chargée de cellules est plongée dans le milieu liquide de conservation cellulaire, puis le tout est envoyé au laboratoire.
- à partir d'un second prélèvement si le frottis a été mis sur lame. Le test HPV étant tout aussi simple qu'un frottis, pouvant causer un léger inconfort mais pas d'importantes douleurs. Il peut favoriser de légers saignements pendant 1 ou 2 jours après.

Le résultat est :

- soit négatif : absence d'HPV oncogènes
- soit positif : présence d'HPV oncogènes. Dans ce cas-là, il est nécessaire de faire une colposcopie avec biopsies si présences d'anomalies.

Bien que les tests HPV sont moins susceptibles de ne pas détecter des cas de lésions CIN2+ et CIN3+, ces tests entraînent un plus grand nombre d'orientations inutiles vers un spécialiste. En revanche, un test HPV négatif est plus rassurant qu'un FCU négatif, puisque le FCU a un plus grand risque de donner un faux négatif, et entraîner un retard de prise en charge (20-22).

1.4.4 Les dernières recommandations pour le dépistage

En juillet 2019, la Haute Autorité de Santé a émis de nouvelles recommandations pour le dépistage du CCU, concernant les femmes âgées de 25 à 65 ans, immunocompétentes, sans hystérectomie totale, et qu'elles soient vaccinées ou non contre les HPV :

- Les modalités de dépistage et de triage restent les mêmes pour les femmes âgées 25 à 30 ans.
- À partir de 30 ans, le test HPV remplacera l'examen cytologique en dépistage primaire. Il sera réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal. Le rythme entre deux dépistages par test HPV est de 5 ans, dès lors que le résultat du test est négatif.
- Le test HPV par auto-prélèvement vaginal doit être proposé, à partir de 30 ans, aux femmes non dépistées ou insuffisamment dépistées afin de faciliter leur dépistage.
- Après un test HPV positif, un examen cytologique réflexe doit être réalisé. Si le résultat de la cytologie est ASC-US ou anomalies plus sévères, une colposcopie est nécessaire. Si le résultat est négatif, un test HPV est réalisé un an plus tard. Si un an plus tard, le test HPV est positif, une colposcopie doit être faite ; s'il est négatif, un nouveau test HPV sera proposé 5 ans plus tard.
- Le double immuno-marquage p16/Ki67 en dépistage primaire ou comme test de triage après un test HPV positif n'est pas recommandé (23).

L'Institut national du cancer a montré par modélisation, qu'un dépistage fondé sur la réalisation d'un test HPV à des fréquences plus espacées permettrait de réduire substantiellement les coûts (sous condition de respect des intervalles entre deux dépistages) pour une efficacité comparable (tous les 10 ans), voire supérieure (tous les 5 ans) aux stratégies de dépistage organisé fondées sur l'examen cytologique. Les comportements actuels de dépistage en France entraînent un sur-dépistage, avec un nombre important de femmes réalisant des examens cytologiques plus fréquemment qu'il n'est recommandé. La modélisation a montré que le passage d'une fréquence de dépistage de 5 ans à 3 ans impliquerait une très forte augmentation du coût du dépistage (de - 133 000 € à + 558 000 € pour 10 000 femmes éligibles) pour une augmentation très marginale de la survie (15,89 à 15,93 années de vie) (23).

1.5 La vaccination anti-papillomavirus humain

L'objectif de la vaccination prophylactique est de permettre l'induction d'anticorps neutralisants anti-HPV, empêchant le virus d'infecter les kératinocytes et prévenant ainsi à terme la survenue des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus (24).

1.5.1 Les vaccins disponibles en France

Actuellement, trois vaccins sont inscrits dans le calendrier vaccinal français pour la prévention du cancer du col de l'utérus (25-30) :

- Gardasil® , a l'AMM et est commercialisé depuis 2006
- Cervarix® , a l'AMM depuis 2007 et est commercialisé depuis 2008
- Gardasil 9®, a l'AMM depuis le 10 juin 2015 et est commercialisé depuis le mois août 2018.

Ces trois vaccins s'administrent par voie intramusculaire.

Ils ont les mêmes contre-indications : hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients du vaccin

Depuis le 1^{er} novembre 2018, le prix du Cervarix® et du Gardasil® a été baissé à 108,63euros TTC puis actuellement 105,12euros TTC. Le Gardasil 9® coûte 135,68euros TTC.

Ils sont pris en charge sur prescription médicale par l'Assurance maladie et remboursés à 65% dans le respect des indications. Le coût restant est remboursé par l'organisme d'assurance complémentaire. Pour les personnes bénéficiant de la CMU-C, la prise en charge est de 100% sans avance de frais. Certains centres de vaccination (municipaux et départementaux) réalisent la vaccination gratuitement.

D'après le calendrier vaccinal de 2018, **la vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans.** Elle est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV. **Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes filles entre 15 et 19 ans révolus.** Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) recommande que les jeunes filles et les jeunes femmes non antérieurement vaccinées reçoivent le Gardasil 9®. L'indication de la vaccination anti-HPV est étendue aux **hommes ayant des relations homosexuelles avec des hommes (HSH)**, chez qui le vaccin nonavalent est recommandé **jusqu'à l'âge de 26 ans.**

Bien qu'ils soient recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) à l'âge de 11 ans, le CERVARIX® et le GARDASIL® sont indiqués dès l'âge de 9 ans dans la prévention des lésions ano-génitales précancéreuses (du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus) et des cancers du col et de l'anus dus à certains types oncogènes de HPV. Le GARDASIL® est également indiqué dans la prévention des verrues génitales (condylomes) dues à des HPV spécifiques.

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

L'une des doses de la vaccination anti-HPV peut être administrée avec un rappel de Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche prévu entre 11 et 13 ans. Le Cervarix® et le Gardasil® peuvent quant à eux être administrés également en même temps qu'un vaccin contre l'hépatite B ; et le Cervarix® peut être administré de façon concomitante avec un vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B. Il est évident que les vaccins doivent être administrés dans un site d'injection différent.

1.5.1.1 CERVARIX®

Ce vaccin bivalent protège contre les HPV 16 et 18.

Schéma vaccinal :

- Chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans révolus : deux doses de 0,5ml chacune espacées de 6 mois
- Chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans révolus : trois doses de 0,5ml chacune à 0, 1 et 6 mois (25, 26).

1.5.1.2 GARDASIL®

Ce vaccin quadrivalent protège contre les HPV 6, 11, 16 et 18.

Schéma vaccinal :

- Chez les jeunes filles entre 11 et 13ans révolus : deux doses de 0,5ml chacune espacées de 6 mois
- Chez les jeunes filles entre 14 et 19 ans révolus : trois doses de 0,5ml chacune à 0, 2 et 6 mois
- Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans révolus : trois doses de 0,5ml à 0, 2, et 6 mois (AMM) (27, 28).

1.5.1.3 GARDASIL 9®

Ce vaccin nonavalent se compose de deux HPV non oncogènes et de sept HPV oncogènes . Il protège contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58.

Schéma vaccinal :

- Chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans révolus : deux doses de 0,5ml chacune espacées de 6 à 13mois.
- Chez les jeunes filles entre 15 et 19ans révolus : trois doses de 0,5ml chacune à 0, 2 et 6mois
- Chez les HSH jusqu'à 26 ans révolus : trois doses de 0,5ml chacune à 0, 2 et 6mois.
- Chez les personnes immunodéprimées, la vaccination anti-HPV est recommandée chez les garçons et les filles de 11 à 14 ans infectés par le VIH, chez les garçons et les jeunes filles de 9 à 19 ans transplantés d'organes solides ou en attente de transplantations, et chez les jeunes filles de 9 à 19 ans en post-greffe de cellules souches hématopoïétiques. Pour ces personnes, en l'absence de vaccination antérieure, le vaccin GARDASIL 9® sera utilisé (29, 30).

1.5.2 Effets secondaires (25,27,29)

Les plus fréquents sont : les céphalées, les réactions au site d'injection (douleur, gonflement, rougeur) et les troubles digestifs à type de nausées et vomissements.

Tableau 2 : Classification des évènements indésirables comme pouvant être liés à la vaccination pendant les essais cliniques et/ou après mise sur le marché

Classe de système organe	Gardasil 9®	Gardasil®	Cervarix®
Infections et infestations	Cellulite au site d'injection*	Cellulite au site d'injection*	Infection des voies respiratoires supérieures
Affections hématologiques et du système lymphatique	Purpura thrombopénique idiopathique*, lymphadénopathie*	Purpura thrombopénique idiopathique*, adénopathie*	Adénopathie*

Classe de système organe	Gardasil 9®	Gardasil®	Cervarix®
Affections du système immunitaire	Réactions d'hypersensibilité incluant des réactions anaphylactiques/ anaphylactoïdes*, bronchospasme* et urticaire* Parfois accompagnées de mouvements tonico-cloniques*	Réactions d'hypersensibilité incluant des réactions anaphylactiques/ anaphylactoïdes* Bronchospasme*, urticaire* Parfois accompagnées de mouvements tonico-cloniques	Réactions allergiques (incluant des réactions anaphylactiques et anaphylactoïdes)*, (Edème de Quincke*, démangeaisons, prurit, éruption cutanée, urticaire Mouvements tonico-cloniques
Affections gastro-intestinales	Nausées, Vomissements*	Nausées, Vomissements*	Nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale
Affections musculo – squelettiques et systémiques	Arthralgies*, myalgies*	Douleur des extrémités, Arthralgies*, myalgies*	Myalgies, Arthralgies
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Au site d'injection : érythème, douleur, gonflement Fièvre, Fatigue Au site d'injection : ecchymose, prurit Asthénie*, frissons*, malaise*	Au site d'injection : érythème, douleur, gonflement Fièvre Au site d'injection : ecchymose, prurit Asthénie*, frissons*, fatigue*, malaise*	Au site d'injection : douleur, érythème, gonflement, fatigue Fièvre Au site d'injection : induration, paresthésie locale

**Evènements indésirables observés après mise sur le marché : leur fréquence ne peut pas être estimée sur la base des données disponibles.*

En gras : effets indésirables les plus fréquents.

1.5.3 Vaccination anti-HPV et phénomène auto-immun

Depuis leur mise sur le marché, les vaccins anti-HPV Cervarix® et Gardasil® font l'objet d'une surveillance renforcée par les autorités françaises et européennes. Afin de consolider les données disponibles, en juillet 2014 l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a entrepris avec l'Assurance Maladie une étude spécifique sur l'incidence des maladies auto-immunes dans la population vaccinée (31) .

L'étude a porté sur une cohorte de 2,2 millions de jeunes filles âgées de 13 à 16 ans révolus. Les analyses ont comparé la fréquence de survenue de maladies auto-immunes chez les jeunes

filles vaccinées et celles qui ne l'étaient pas, en s'intéressant à 14 types de pathologies : affections démyélinisantes du système nerveux central incluant la sclérose en plaques, syndrome de Guillain-Barré, lupus, sclérodermies, vascularites, polyarthrite rhumatoïde /arthrites juvéniles, myosites, syndrome de Goujerot-Sjögren, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, maladie coeliaque, purpura thrombopénique immunologique, diabète de type I, thyroïdites, pancréatites.

Les résultats de l'étude se montrent rassurants : la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) par Gardasil® ou Cervarix® n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes, confirmant ainsi les données de la littérature française et internationale.

Une augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré après vaccination contre les infections à HPV apparaît probable. Ce syndrome est déjà identifié dans la l'AMM du produit. Ses conséquences sont limitées (1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées) compte tenu de la rareté de la maladie (31).

A noter qu'une mise à jour de l'évaluation des risques de survenue de Syndrome Régional Dououreux Complexe (SRDC) et de Syndrome de Tachycardie Posturale Orthostatique (STPO) suite à une vaccination anti-HPV par Gardasil® ou Cervarix® est en cours par le Comité pour l'Evaluation des Risque en matière de Pharmacovigilance (PRAC) de l'Agence Européenne des Médicaments (EMA) (32, 33) .

En 2018, une méta-analyse italienne de six études sur les vaccins bivalent et quadrivalent contre les HPV, avec un nombre total de sujets inclus dans la méta-analyse comprenant 243 289 personnes dans le groupe vaccin et 248 820 dans les groupes témoins, n'a démontré aucune corrélation entre les maladies auto-immunes et les vaccins contre le HPV (34). Ainsi, compte-tenu de l'analyse de l'ensemble des données de tolérance disponibles à ce jour, avec un recul de plus de 7 ans pour les vaccins Gardasil® et Cervarix® tant à l'échelon national (nombre total de doses : 5,8 millions) qu'international (nombre total de doses : plus de 170 millions) le profil de sécurité d'emploi de ces vaccins demeure satisfaisant (35).

Les bénéfices attendus de cette vaccination en termes de santé publique restent bien plus importants que les risques auxquels elle pourrait exposer les jeunes filles.

1.5.4 L'efficacité de la vaccination anti-HPV

En 2007 dans un rapport sur la place des vaccins anti-HPV dans la prévention du cancer du col de l'utérus rendu par l'Académie nationale de médecine, il est question de l'efficacité du vaccin quadrivalent qui a été évaluée par quatre études cliniques randomisées, en double aveugle, vaccin contre placebo, chez 20 541 femmes âgées de seize à vingt-six ans, exemptes ou non d'infection préalable par les HPV6, 11, 16 ou 18. L'analyse des études combinées pour le vaccin quadruple montre une efficacité proche de 100% pour la prévention des marqueurs CIN2, CIN3 et CIS chez les personnes non infectées et ayant suivi le protocole (36).

Selon l'HAS, l'efficacité pour la prévention des lésions cervicales de haut grade (CIN2+) liées aux HPV 16 et 18, en per protocole, avec un suivi de 4 ans, est pour le Gardasil® de 98,2% et pour le Cervarix® de 94,9%. Il existe également une diminution du nombre de conisations de 70% après vaccination par Cervarix® sur une population avec cytologie normale, test ADN HPV négatif pour les 14 types d'HPV oncogènes et HPV 16/18 négatifs (37, 38).

Selon une étude de modélisation de l'impact de la vaccination HPV quadrivalente en France, la vaccination par le vaccin quadrivalent de 80 % des jeunes filles en France permettrait d'éviter chaque année 2495 CCU infiltrants (soit une baisse de 72 %), 17985 CIN2/3 (54 %), 8004 CIN1 (27 %) et 22531 condylomes acuminés externes (65 %) dans la population féminine. Cette analyse a été faite avec modèle de Markov qui permet de simuler l'histoire naturelle de l'infection HPV et du cancer du col de l'utérus (39).

1.6 Etat des lieux de la couverture vaccinale

-À l'étranger :

Les taux de vaccination dans le monde sont disparates, ce qui donne des pistes afin d'améliorer la couverture vaccinale :

- Pays vaccinant tôt et de manière organisée à l'école : les taux de couverture sont de 86% au Royaume-Uni, 76% au Danemark, 71% en Italie, 73% en Espagne et 87% au Portugal.
- Pays laissant aux citoyens l'initiative de la vaccination : 41,9% aux Etats-Unis chez les filles (avec de fortes variations selon les états), 40% en Allemagne et en France (40).

A la fin de l'année 2016, 74 pays avaient procédé à l'introduction du vaccin contre le HPV.

En Australie, la proportion des femmes âgées de 18 à 24 ans porteuses des HPV 16 et/ou 18 a chuté de 22,7% à 1,5% entre 2005 et 2015 (41). C'est le résultat de la première campagne de vaccination financée publiquement en 2007 auprès des jeunes filles de 12-13ans et depuis 2013 auprès des garçons dans les collèges. En 2016, le taux de filles et de garçons de 15 ans ayant eu les « doses de vaccins étaient de 78,6% et de 72,9%. Avec une couverture vaccinale qui atteint maintenant 80% des Australiennes et 75% des Australiens, la circulation du virus, et donc tout nouveau risque d'infection et de cancers du col de l'utérus, devrait cesser selon les modélisations épidémiologiques. Ils estiment que dans moins de 20 ans, l'Australie n'aura plus de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus . Ces résultats sont publiés dans « The Lancet Public Health » (42).

-En France :

D'après les données de Santé Publique France, le taux de couverture vaccinale avec « schéma complet » était de 19,5% en 2016, de 21,4% en 2017, et 23,7% en 2018, un des taux les plus bas en Europe (43).

Il existe une disparité territoriale de la couverture vaccinale.

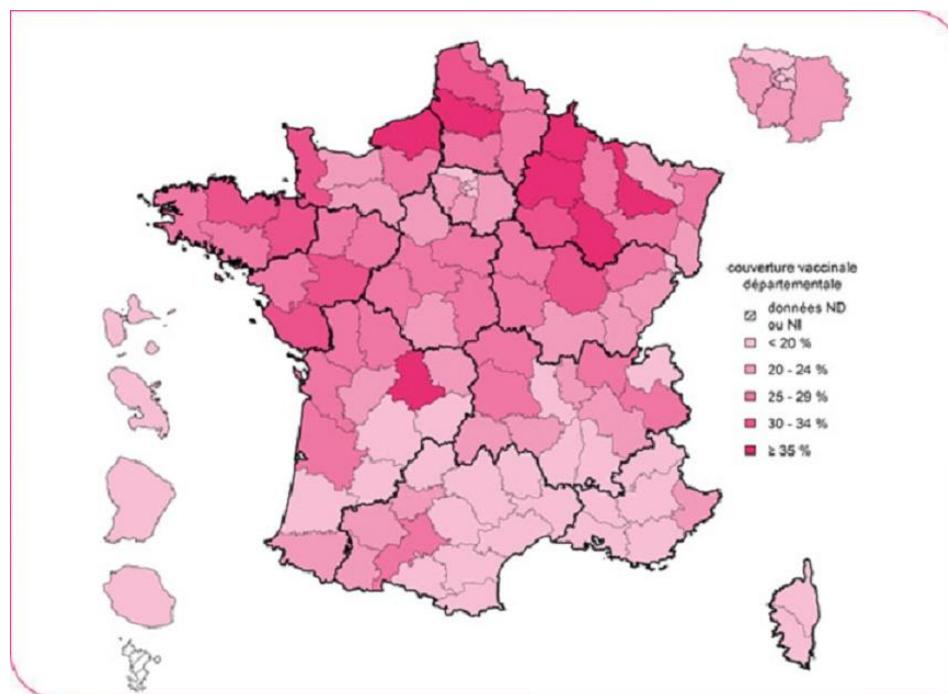


Figure 3 : Carte départementale de la couverture vaccinale HPV « schéma complet à 16 ans », 2018. (source : Santé publique France. Données infra-nationales de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV)) (44) .

Le Baromètre santé 2017 (Bulletin de santé publique) a permis d'observer une très légère augmentation de l'adhésion à la vaccination de manière générale par rapport à 2016 : 77,7%

des personnes âgées de 18 à 75ans interrogées déclarent être favorables à la vaccination en général (75,1% l'année précédente). Cette adhésion présente des variations régionales assez marquées, les personnes résidant dans le sud de la France se déclarant plus défavorables que les autres. C'est le cas en Nouvelle-Aquitaine, où l'adhésion à la vaccination est de 75%. Les réticences sont concentrées sur les vaccins contre la grippe saisonnière, l'hépatite B, et le HPV(45).

-En Nouvelle-Aquitaine :

En 2016, la couverture vaccinale contre les infections à HPV est très insuffisante dans la région avec seulement 24,3% des jeunes filles de 15 ans ayant initié cette vaccination et **20,2% de celles âgées de 16 ans qui avaient reçu le schéma complet** (2 doses) , chiffres comparables au niveau national.

On note tout de même une légère hausse en 2016 de la part des jeunes filles de 16 ans ayant un schéma complet (2 doses) par rapport à 2015, ceci est lié au passage du schéma vaccinal complet de 3 doses à 2 doses.

Tableau 3 : Couverture vaccinale HPV (1 dose et 2 doses) chez les filles âgées de 15 et 16 ans au 31/12/16, par départements, région Nouvelle-Aquitaine (46).

Département	Couverture vaccinale en 2016	Pourcentage de filles ayant eu une dose du vaccin anti-HPV (%)	Pourcentage des filles ayant eu deux doses anti-HPV (%)
Deux-Sèvres		26,2	23,6
Vienne		27,3	23,3
Haute-Vienne		41	34,8
Creuse		23,3	16
Corrèze		19,8	17,2
Charente		21,1	17,9
Charente-Maritime		25	21,4
Gironde		26	21,3
Dordogne		16,8	14
Lot-Et-Garonne		16,8	15
Landes		18,8	14,6
Pyrénées-Atlantiques		22,4	17,8

En 2017, la couverture vaccinale schéma complet à 16 ans en Nouvelle-Aquitaine était de 22,7 % , et dans les Pyrénées-Atlantiques elle était de 21,5% . En 2018, elle était de 30,6% en Nouvelle-Aquitaine, et de 23,3% dans les Pyrénées-Atlantiques (44,46).

1.7 Question de recherche et objectifs

La couverture vaccinale contre les papillomavirus humains en France est insuffisante malgré un rapport efficacité/risque favorable de la vaccination, ce qui constitue une interrogation importante. J'ai choisi d'explorer la problématique du point de vue du médecin généraliste en posant la question de recherche suivante : Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à propos de la vaccination anti-papillomavirus ?

Objectif : explorer, décrire et comprendre les éventuelles difficultés des médecins généralistes quant à la vaccination anti-papillomavirus humains.

2. MÉTHODE

2.1 Type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche, j'ai choisi de mener une étude qualitative par entretiens semi-directifs.

2.2 Population étudiée

J'ai interrogé les médecins généralistes du Pays Basque français. L'échantillon a été constitué par échantillonnage raisonné qui consiste à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible.

J'ai donc recruté les médecins généralistes selon certaines variables : l'âge, le sexe, le mode et le milieu d'exercice, afin d'obtenir un échantillon hétérogène.

2.3 Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré après la formulation de notre question de recherche. Il repose sur une série de questions, servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens.

Il se compose d'une trame de 5 questions, courtes, ouvertes et neutres. (**Annexe 1**).

-Pouvez-vous me parler de vos pratiques concernant la vaccination anti-HPV ?

-Que pensez-vous du vaccin anti-HPV ?

-Pour les médecins vaccinateurs : quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez quant à cette vaccination ? Pour les non ceux qui ne vaccinent pas : rencontrez-vous des difficultés face à une patiente demandeuse de vaccination anti-HPV ? Si oui, la dirigez-vous vers un confrère/une consœur ?

-Dans les cas où les médecins sont vaccinateurs: Pouvez-vous me parler de votre attitude en cas de réticences ou de refus à la vaccination anti-HPV.

-Auriez-vous des propositions à faire afin d'améliorer la couverture vaccinale en France ?

Puis j'ai recueilli les données personnelles sociologiques des médecins interrogés : sexe, âge, milieu d'exercice, mode d'exercice, exercice particulier, pratique de la gynécologie, et le mode de formation. Afin d'avoir une discussion dynamique, j'ai pu reformuler certaines questions.

2.4 Déroulement des entretiens

Les médecins généralistes ont tous été contactés par téléphone, afin de leur expliquer le sujet, les modalités de l'entretien, et de fixer un rendez-vous à leur convenance.

Après avoir obtenu le consentement oral des médecins interrogés sur la réalisation et l'exploitation des enregistrements, les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone OLYMPUS VN-540. J'ai moi-même conduit chaque entretien.

2.5 Recueil et retranscription des données

Les enregistrements réalisés ont été retranscrits par écrit via le logiciel de traitement de texte Word®. Plusieurs relectures ont permis une retranscription intégrale (au mot à mot). Les expressions non verbales (rire, silence, geste, attitude) ont également été retranscrites. Chaque recueil a été anonymisé lors de la retranscription écrite que j'ai effectuée en attribuant un numéro à chaque entretien (E1 à E17). La lettre I correspond à l'Interviewer que j'ai été.

A la fin du travail, les enregistrements ont été supprimés.

Ce recueil de données constitue le *verbatim*. Il s'agit là de la première étape de l'analyse des données.

2.6 Analyse des données

Une fois les entretiens retranscrits, nous avons analysés leur contenu avec une approche phénoménologique.

2.6.1 Codage des données

L'analyse des données a été faite selon les démarches suivantes :

- Lecture des textes
- Identification des phrases et expressions clés dans les textes. Un code a été attribué à chaque unité de sens.
- Relecture des textes, vérification des codes.
- Regroupement des codes en catégories et sous-catégories. La catégorisation a évolué au fil des entretiens. A partir des catégories émergentes, une relecture des entretiens avec vérification à nouveau des codages a été réalisée.

- Recherche de relations entre thèmes dans les textes.

2.6.2 Triangulation de l'analyse

Chaque entretien réalisé était retranscrit et codé par l'investigateur de l'étude, une copie de la retranscription était donnée au Dr Lefort, médecin généraliste, qui réalisait un codage de manière indépendante. Puis nous nous voyions pour mettre en commun nos résultats.

2.7 Saturation des données

Le recueil des données a été interrompu lorsque la lecture du matériel n'a apporté aucun élément nouveau sur deux entretiens consécutifs. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la saturation.

3. RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

18 médecins ont été contactés :

17 médecins étaient d'accord pour participer à l'étude. **17 entretiens (E1 à E17) ont été effectués avec 17 médecins (M1 à M17)**, la saturation des données ayant été obtenue à partir du quinzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés.

1 seul médecin n'a pas participé à l'étude. Il a été relancé à deux reprises mais n'a pas donné suite.

Les entretiens ont été réalisés dans une période allant du 4 mars 2019 au 17 avril 2019. Trois d'entre eux se sont réalisés au domicile du médecin. Les quatorze restants ont été réalisés aux cabinets des médecins. Les entretiens débutaient par une présentation du sujet de l'étude et une explication du déroulement de la discussion. Des extraits des verbatims des entretiens figurent en annexe (**Annexe 2**).

Les profils des médecins interrogés sont détaillés dans le tableau 4.

La durée moyenne des entretiens était de 17 minutes et 47 secondes. L'entretien le plus long a duré 27 minutes et 51 secondes, le plus court 9 minutes. Au total, 297 minutes ont été enregistrées puis analysées, soit **4 heures et 57 minutes**.

Tableau 4 : Profil des médecins interrogés

Médecin	Genre	Âge	Zone	Mode d'exercice	Ancienneté	Exercice particulier	Pratique gynéco	Formation continue
M1	M	31	Semi-Rurale	Remplacements Réguliers	4 ans	Non	Rare	Soirées formation
M2	F	34	Rurale	Groupe	6 ans	DIU gynéco DU Soins palliatifs DIU gynéco	Fréquente	Prescrire® Soirées formation
M3	F	31	Rurale	Groupe	1 an	DIU gynéco	Fréquente	Prescrire® Eduprat
M4	M	59	Urbain	Groupe	30 ans	Homéo	Rare	La Revue du Prat® E-mailing
M5	F	58	Urbain	Groupe	28 ans	Homéo	Rare	Parfois des revues
M6	M	60	Urbain	Groupe	30 ans	Addicto	Jamais	Prescrire® Groupe de pairs Formation présentielle

Médecin	Genre	Âge	Zone	Mode d'exercice	Ancienneté	Exercice particulier	Pratique gynéco	Formation continue
M7	F	44	Urbain	Groupe	7 ans	Diététique Psycho-Thérapie de soutien	Rare	Prescrire® La Revue du Prat® GEMA
M8	F	50	Semi-Rurale	Groupe	19 ans	Homéo	Fréquente	Prescrire® Formation présentielle
M9	M	58	Semi-Rurale	Seul	28 ans	Pneumo DU Cancéro	Jamais	Soirées formation
M10	M	38	Rurale	Groupe	6 ans	Hypnose	Rare	La Revue du Prat®
M11	M	31	Rurale	Seul	6 mois	Non	Fréquente	Soirées formation
M12	F	64	Semi-Rurale	Groupe	32 ans	Non	Fréquente	Formation présentielle
M13	M	40	Semi-Rurale	Groupe	7 ans	Non	Rare	Prescrire® Visiteurs médicaux Groupe de pairs
M14	M	44	Urbain	Groupe	13 ans	Non	Rare	Prescrire® Groupe de pairs Le Vidal®
M15	F	37	Semi-Rurale	Remplacements Réguliers	8 ans	DIU de gynécologie et d'homéopathie	Fréquente	Prescrire® Groupe de pairs
M16	F	61	Urbain	Groupe	29 ans	Non	Rare	La Revue du Prat® Prescrire® Visiteurs médicaux
M17	M	32	Urbain	Groupe	3 ans et demi	Non	Rare	Prescrire® La Revue du Prat® Twitter (Réseau Social)

3.2 Résultats de l'analyse

3.2.1 Pratique et perception de la vaccination anti-HPV

3.2.1.1 La vaccination anti-HPV en pratique

Choix du vaccin prescrit

La grande **majorité** des médecins a déclaré prescrire le vaccin **Gardasil®** par habitude de prescription, sans pour autant développer leur choix.

M4 « Je prescris le Gardasil® parce que j'en ai l'habitude »

M6 « Gardasil® par flemme, j'en ai pas d'autres en tête »

M7 « Gardasil®, peut-être une habitude de prescription. J'ai commencé avec celui-là. »

Un des médecins a justifié ce choix par la quadrivalence du vaccin et l'importance de protéger contre les souches responsables de verrues génitales. Ce même médecin a dit maintenant vacciner avec le Gardasil 9®.

M15 « Le Gardasil®, parce qu'il y avait avant les 4 souches et je pense que c'est important de vacciner contre les deux souches qui ne sont pas cancérigènes mais qui préviennent des condylomes, et maintenant je propose le Gardasil 9® ».

Une minorité de médecins a commencé à suivre les nouvelles recommandations et à proposer le **Gardasil 9®**.

M8 « Alors au départ c'était plutôt le Gardasil®, et maintenant c'est le Gardasil 9® »

M17 « Gardasil 9®, parce que je pense que c'est celui qui va prendre la suite ensuite. Après Cervarix j'en ai fait un peu, mais à priori je crois que c'est le Gardasil® qui a un peu l'AMM pour tout le monde donc c'est plus facile de retenir un schéma avec l'un, surtout que quand on a commencé avec un il faut rester avec le même. Donc Gardasil 9®. »

Quelques médecins ont dit prescrire indifféremment le vaccin **Cervarix®** ou le **Gardasil®**. L'un des médecins a dit prendre en compte les adjuvants de l'un ou l'autre vaccin, ainsi que son ressenti vis-à-vis de la patiente.

M3 « Ça dépend je parle des deux, suivant les adjuvants de l'un ou de l'autre et de comment je ressens la famille je propose euh... moi je n'ai pas de préférence par contre, je sais qu'il a plusieurs valences par contre sur l'un ou sur l'autre, c'est en fonction de comment je ressens les gens on va dire. »

M5 « Alors, je prescris le Cervarix® ou l'autre là ... **I** : « **le Gardasil® ?** » Oui le Gardasil®. J'ai appris il n'y a pas longtemps qu'il y avait un vaccin en 2 injections ».

M10 « Ça dépend le premier qui me vient à la bouche donc Gardasil® ou Cervarix® .»

Population ciblée par les médecins généralistes interrogés pour proposer la vaccination anti-HPV

La majorité des médecins interrogés ont déclaré prescrire le vaccin anti-HPV chez **les jeunes filles** à partir de 11 ans jusque 14 ans, et rattrapage de 14 à 19 ans.

M4 « De 11 à 14 ans avec schéma vaccinal en 2 injections, et ensuite de 14 à 19 avec un schéma en 3 injections »

M17 « ...,je la propose quand même systématiquement aux jeunes filles en âge de l'avoir, donc à partir de 11 ans. Je propose encore des rattrapages entre 15 et 19 ans dans mes souvenirs sur les recommandations aussi aux jeunes filles »

Certains médecins ont mentionné qu'ils prenaient en compte l'ancienneté du début des rapports sexuels, c'est-à-dire qu'ils proposent le vaccin aux jeunes filles qui auraient dépassées l'âge recommandé de vaccination si **le premier rapport sexuel a eu lieu dans l'année.**

M13 « Je commence à 11 ans avec les recos, et puis après on les voit pas tout le temps, donc quand on les voit à 17-18-19 ans on y pense pas toujours, mais ça m'arrive d'y penser de temps en temps, et donc je le prescris jusqu'à la fin de la première année d'activité sexuelle. Mais après je saurai pas dire jusque quel âge, j'aurais tendance à dire jusque 19-20 ans, 24 ans ? Je sais plus ce que c'est ? »

Pour un certain nombre de médecins, il a semblé important que ce soit fait chez les jeunes filles **avant les premiers rapports sexuels.**

M7 « J'essaie de le proposer aux jeunes filles, je sais que c'est de 11 ans à 19 ans, mais j'essaie de le proposer le plus tôt possible mais surtout avant les premiers rapports sexuels, je crois sauf erreur de ma part qu'on peut le proposer jusque 19 ans et s'il y a eu un maximum d'1 an de rapports sexuels. Je me suis vue le proposer il y a encore quelques jours, donc je lui donne quand même la chance. Je ne sais pas si je suis dans les.. Mais voilà je le propose de 11 à 19 ans avec les 1 an de rapports sexuels. »

Quelques médecins n'ont pas commencé à suivre les nouvelles recommandations, et pour certains l'âge de prescription est plutôt **autour de 13-14 ans**, soit parce qu'avant cela semble compliqué pour le prescrire, soit parce qu'eux ou les parents ont gardé en tête l'âge de 14 ans.

M6 « Alors la pratique elle a évolué dans le temps. On a commencé avec la prescription à partir de 14 ans[...] Là actuellement l'évolution de devoir le proposer aux jeunes filles plus jeunes, je n'ai pas de repères et je n'ai peut-être pas le savoir-faire aussi. Ce n'est pas facile, c'est beaucoup plus difficile d'en parler. Autant les recommandations de l'académie de médecine disait de le proposer jeune, mais comme on a commencé par le faire à 14 ans [...] J'essaie de le proposer à partir de 10 ans. Je dis j'essaie parce que ce n'est pas évident. Ça commence à venir. Il y a encore dans l'idée générale des mamans que c'est plutôt à 14 ans. »

M9 « ...on propose en général aux adolescentes à partir de 13-14 ans même si je sais qu'on peut le faire avant, mais bon il y a plutôt de la réticence dernièrement... »

Deux médecins ont déclaré avoir prescrit le vaccin anti-HPV à des **jeunes patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)** comme l'indiquent les nouvelles recommandations officielles. Un des deux médecins a été jusqu'à la vaccination, l'autre a dit

commencer à en parler aux jeunes HSH, et avoir prescrit pour la première fois le vaccin récemment.

M1 « ...il m'est arrivé de pratiquer une vaccination chez un jeune homme homosexuel ».

*M17 « Et là je commence petit à petit à le proposer aussi aux jeunes hommes, j'ai eu mon premier cas là en fait il y a 15 jours avec un jeune homme, il réfléchit et il devrait revenir. I : « **Jeune homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes?** » M17 : Jeune homme homosexuel oui, qui a 18-19 ans donc il est encore dans les clous jusqu'à 26 ans je crois, donc voilà lui c'est le premier avec qui on a pu discuter de la vaccination anti-HPV. »*

La plupart des médecins interrogés ont dit **ne pas proposer la vaccination anti-HPV aux HSH** soit parce qu'ils ne connaissaient pas cette nouvelle recommandation, soit parce qu'ils n'y pensaient pas ; certains ont dit qu'ils ne connaissaient pas forcément l'orientation sexuelle de leurs jeunes patients hommes ; deux médecins ont évoqué l'âge de leurs patients qui ne correspondraient peut-être pas avec les recommandations .

*M2 « C'est difficile parce qu'ils n'en parlent pas. Et puis à 11 ou 12 ans ils n'ont pas forcément une orientation sexuelle affichée . Des fois j'aimerais la proposer mais c'est difficile de le dire aux parents à ce moment-là [...] C'est difficile parce qu'il faut que ce soit assez tôt, c'est 21 ans c'est ça ? I : « **c'est 26 ans maintenant** » Ah, je n'avais pas les dernières recos, alors je pourrais le faire effectivement. »*

M10 « Non. Je ne savais pas que ça faisait partie des recommandations. »

M11 « eh non, parce que déjà je le sais pas quand ils sont jeunes et homosexuels, quand ils sont un peu plus âgés oui mais je crois que c'est jusqu'à un peu plus vieux ? Mais c'est vrai que non. [...] C'est particulier quand même parce que c'est difficile de savoir l'orientation sexuelle. C'est nous qui le faisons pour les hommes aussi ? Je croyais que c'était que dans les centres de dépistage et de vaccinations. »

M16 « Non. Soit parce qu'ils ne m'en parlent pas les jeunes, soit parce qu'ils sont vieux mais très vieux . Non dans les jeunes non . »

Deux des médecins interrogés en ont déjà parlé avec de **jeunes patients hommes hétérosexuels, n'ayant pas de rapports sexuels avec d'autres hommes** ; un des deux médecins a vacciné un premier patient ; un troisième médecin envisage d'en parler et de vacciner avant même qu'il y ait une AMM . La plupart des médecins ayant déclaré avoir en tête l'exemple de l'Australie où filles et garçons sont vaccinés.

M7 « Par contre je l'ai proposé à un adolescent garçon la dernière fois, la maman était demandeuse, je sais qu'en Australie ça se fait, la pharmacie était d'accord pour le délivrer , donc on a vacciné pour la première fois ce garçon dans mon cabinet. J'ai trouvé ça très bien »

M14 «J'en parle maintenant quand même aux jeunes hommes, mais pas spécialement aux homosexuels, je m'en fous qu'ils soient homosexuels [...] Je pense que ça va venir. »

M17 «... je pense qu'à l'avenir on va quand même l'étendre à tous les hommes d'une manière générale, il y a des pays comme l'Australie où c'est étendu puisqu'on peut le choper au niveau de n'importe quelle muqueuse donc j'élargirai au moment venu, peut-être même avant qu'il y ait l'AMM si les gens acceptent de payer dans ces conditions-là. »

Occasions permettant de proposer, et éventuellement de prescrire le vaccin anti-HPV

La majorité des médecins interrogés a déclaré profiter de **n'importe quelle occasion** pour lancer le sujet de la vaccination anti-HPV dès lors que les jeunes filles étaient en âge d'être vaccinées. Quasi tous les médecins ont évoqué le fait qu'il n'y ait pas de consultation dédiée, par conséquent ce sujet devait se greffer à d'autres motifs de consultation.

M4 « Lors de toute occasion »

M8 « Alors ça peut être à n'importe quelle consultation. Je remarque que la petite arrive à l'âge de la vaccination, parfois je la vois pour une angine, ou souvent des problèmes infectieux à ces âges-là, ou des certificats médicaux pour le sport ou des choses comme ça. Mais très souvent oui au décours d'une consultation qui n'a rien à voir, traumatique ou quoi, je peux être amenée à en parler »

Quelques médecins ont spécifié parler de la vaccination anti-HPV lors de consultation pour les « autres vaccins », notamment du **rappel DTPolio-Coqueluche** à l'âge de 11 ans.

M2 « Ce qui est pas mal c'est de le proposer lors de la consultation pour le rappel DTP et rattrapage coqueluche à 11 ans , c'est là que je propose. »

M9 « Les jeunes quand ils viennent se faire vacciner pour autre chose, je rappelle qu'il y a quand même le vaccin anti-papillomavirus. »

M15 «...si au moment du rappel du DTP entre 11 et 13ans, c'est souvent là oui que j'en profite pour en parler. »

Certains médecins ont dit y penser quand les patients avaient leur **carnet de santé**, en regardant les pages de vaccination.

M6 « Alors je vais y penser quand on pense à m'amener le carnet de santé. Mais c'est vrai que passé 10 ans l'oubli est très très fréquent. Moi j'y pense quand je fais le point sur les carnets de santé et que je regarde les vaccinations. »

Un certain nombre de médecins interrogés a déclaré profiter de consultations rapides pour greffer le sujet de la vaccination anti-HPV, notamment lors de **certificats**. Un des médecins a dit en parler également lors de consultation de **suivi pédiatrique**.

M1 « En général au cours d'une consultation rapide où j'ai le temps de discuter d'autre chose que le motif premier de consultation »

M11 « Comme j'ai une partie de l'activité qui est sans rendez-vous, c'est plus pratique quand ils viennent sur rendez-vous pour un certificat. »

M17 « Ça peut être certificat médical, parce que la consultation sert pas à grand-chose sinon en général. [...] , consultation aussi de suivi pédiatrique il y en a encore quelques-uns qui viennent encore systématiquement je les encourage à venir de manière annuelle »

Certains médecins ont admis ne **pas être aussi systématiques** que pour les autres vaccinations, ou **peu la pratiquer**. Un grand nombre de médecin a dit que les occasions de parler de cette vaccination étaient rares car il s'agit **d'une population qui consulte peu**.

M10 « Alors peu utilisé [...] je reviens sur la partie première limitante c'est une tranche de la population qui consulte peu et du coup je vois pas trop comment je peux éduquer quelqu'un qui ne vient pas ou qui n'a pas besoin de moi. »

M13 « Le papillomavirus je le fais mais je suis peut-être pas aussi systématique que le DT Polio Coqueluche, mais oui je le fais je le propose »

3.2.1.2 Opinion des médecins généralistes concernant la vaccination anti-HPV

De l'avis de tous, la vaccination anti-HPV est un **sujet complexe, et compliqué**.

M16 « ...c'est plus compliqué maintenant qu'au début je trouve , parce qu'il y a moins d'informations, il y a eu tout ce débat anti-vaccin, que ça servait à rien, que ça créait pleins de pathologies, mais je me rappelle des premières prescriptions c'était à la demande des jeunes filles. »

M17 « C'est très compliqué ! Euh moi j'ai plutôt un avis positif. Alors mon avis, mon expérience personnelle, bon l'EBM c'est d'accord les données des sciences mais l'expérience du médecin, et les préférences du patient, c'est les trois sphères. »

Tous les médecins interrogés lors de cette enquête ont déclaré être **favorables** à la vaccination anti-papillomavirus, certains y voyant une **mission de santé publique**, pour d'autres ce vaccin pourrait sauver des vies.

M2 « Pour moi, il y a un grand intérêt à cette vaccination »

M4 « C'est un enjeu de santé publique. [...]Ce vaccin pour moi c'est bien, ça peut sauver beaucoup de gens : femmes et hommes. »

M7 « je suis à 120% pour ce vaccin »

Un des médecins a dit le faire car **recommandé sur le calendrier vaccinal**. Ce même médecin s'est posé la question à savoir si nous étions dans un processus d'éradication ou de simple protection individuelle.

M13 « Je le prescris, c'est sur le calendrier je le prescris.[...] Et le papillomavirus je sais pas où on en est, je sais pas si on en est sur une éradication ou...Si on était sur une éradication on vaccinerait les hommes aussi. Donc je pense qu'on est plutôt sur une protection individuelle, c'est un choix »

Certains médecins ont donné un avis favorable mais ont évoqué **un manque de recul**, un **manque d'information sur des potentiels effets indésirables**.

M9 « Après c'est vrai qu'on a pas beaucoup d'informations nous sur les effets secondaires potentiels »

M13 « Par rapport à l'efficacité du vaccin, ce que j'ai retenu moi c'est qu'on a pas de recul sur l'incidence des cancers parce qu'il est trop jeune, c'est la notion que j'ai que j'avais vu sur Prescrire, que c'est encore un petit peu tôt pour dire que sur la prévalence des cancers du col c'était encore un poil tôt, qu'il fallait 20 à 30 ans de recul qu'on a pas forcément ici en tout cas. »

M17 « on est sur une vaccination récente donc les chiffres ne sont pas encore hyper hyper probants... »

Un des médecins a déclaré avoir **un avis défavorable** il y a quelques années, mais **avoir changé d'avis** au fil des études lues.

M3 « J'avais de très mauvais à priori il y a 5 ans. Mais c'était peu fondé , c'était que sur les répercussions médiatiques ou autres. Et puis j'ai commencé à m'y intéresser, j'ai fait le DIU de gynéco, je vois mon associée qui fait des vaccinations, et puis j'ai lu d'autres études depuis, donc maintenant je suis pour. »

Un des médecins a dit que **ce vaccin n'avait pas pour elle l'importance des autres**, que le suivi gynécologique était un autre moyen de se protéger du HPV.

M15 « Je pense que c'est pas le vaccin le plus important. I : « C'est-à-dire ? » Pas le plus important par rapport aux autres vaccins, en fait pas essentiel. Par exemple je préférerais insister sur la vaccination Hépatite B plutôt que HPV par exemple. [...] ça me paraît plus grave [...] comme il y a ce suivi gynéco je me dis qu'on a d'autre moyens de se protéger quand même. »

3.2.2 La couverture vaccinale anti-HPV en France

La grande majorité des médecins interrogés disait ne pas connaître le taux de couverture vaccinal, mais donnait un pourcentage approximatif proche des 20%. **Tous l'estimaient faible.**

M1 « Il me semble que c'est 20%. »

M2 « Je ne le connais pas , je pense qu'il est très mauvais. »

M10 « Je le connais pas mais je l'estime assez faible. »

M8 « ... je dirais 20%. »

3.2.3 Abord de la vaccination et de la sexualité

3.2.3.1 Évaluation des connaissances auprès des patients

Environ la moitié des **médecins essayaient d'évaluer ce que savait les patients**, et leurs parents concernant le vaccin anti-papillomavirus.

M3 « J'essaie de voir si déjà elle sait ce que c'est qu'un utérus, qu'est-ce que c'est la vaccination. »

M6 « Ah oui, ça oui, je commence toujours par ça. »

M8 « Alors je leur demande ce qu'elles en pensent ,si elles sont réticentes, si elles ont peur des vaccins en général, voilà. Parfois c'est elles, les mamans qui viennent me voir en me disant « qu'est-ce que vous en pensez , il se dit beaucoup de choses, on lit beaucoup de choses sur les vaccinations ,alors est-ce que vous pensez qu'il faut les vacciner ou pas» Comme moi je suis plutôt pour la vaccination j'ai tendance à les influencer dans ce sens-là. »

Beaucoup de médecins ont pu constater **une méconnaissance au sujet de cette vaccination et de leur corps**, soit en posant directement la question soit par des déductions eux-mêmes.

M10 « C'est savoir ce qu'elles veulent en connaître. C'est-à-dire que je dis « est-ce que vous connaissez ? Est-ce que vous voulez qu'on en parle ? » Je fais une déduction rapide de connaissances [...] Je pense qu'il y a une fausse connaissance. Enfin ouais elles savent que ça existe, elles savent que c'est pour le cancer du col mais pour elles ça fait un peu loin, elles ont pas connaissance du papillomavirus et des condylomes d'une façon générale non plus, ni sur ce sur ce quoi ça protège. »

M11 « Je leur en parle , souvent elles ne connaissent pas , je leur explique. Les mamans ne connaissent pas. Enfin il y en a quelques-unes mais la plupart du temps non, ils connaissent pas du tout ils sont pas au courant. »

M16 « Ça dépend. [...] Après elles connaissent pas bien leur corps non plus. Elles sont persuadées que les règles c'est le sang qui coule des veines. »

Une minorité de médecins a exprimé l'idée que **certains patients connaissaient l'existence de ce vaccin**, qu'ils savaient que le vaccin protégeait contre des virus pouvant être responsables de cancer.

M12 « Oui. Ce que j'entends le plus souvent c'est « ah c'est le vaccin contre le cancer du col. » Elles savent qu'il y a un lien. Alors moi je précise quand même que c'est le vaccin contre le papillomavirus qui peut éventuellement être responsable de cancer. [...] les jeunes sont très au courant, je pense qu'elles en parlent beaucoup entre amies. Ah oui les filles le savent qu'il existe ce vaccin. »

M17 « En général ils savent à peu près que ça sert à éviter un virus qui peut des années après provoquer un cancer au niveau du col. »

Certains médecins ne posaient pas de questions directes sur des connaissances potentielles, mais **laissaient venir les questions et y répondaient**. Il est ressorti de ces entretiens également que

les médecins parlaient souvent plus qu'ils n'écoutaient. Le manque de temps semblait être un frein à un échange libre et complet.

M13 « Après c'est vrai je parle plus que j'écoute peut-être. Question de temps toujours. »

M14 « Je leur en parle, mais c'est plutôt les mamans qui me posent des questions et c'est toujours la même question « Est-ce qu'il y a des risques ? » mais après sur la vaccination en elle-même parfois je les laisse peut-être pas assez parler et je leur sors tout quoi. »

Quelques médecins interrogés **n'évaluaient pas les connaissances des patients** dans ce domaine, estimant que c'était leur rôle de médecin d'informer.

M4 « Euh, non je n'ai pas cette prétention-là, je ne veux pas les mettre mal à l'aise. C'est mon job de leurs donner les informations... »

M5 « Non, je leur dis que j'ai vacciné ma fille, que c'est très important, et que de toute façon il ne faut pas en avoir peur, c'est un vaccin très utile. Je leur explique même que je leur donne une dose de Thuya après comme cela tout se passera bien »

3.2.3.2 Abord de la vie intime

Peu de médecins abordaient le sujet de la sexualité avec leurs patients à l'âge où l'on propose la vaccination anti-HPV, soit dès 11 ans pour les jeunes filles. Pour ces médecins aborder le thème de la sexualité permettait d'évaluer le risque d'exposition au virus HPV, et également de parler de la contraception, des MST, du frottis.

M5 « Oui, je leur explique , mais quand les parents ne sont pas là. Si elles ont eu des relations sexuelles d'aller voir d'abord une gynécologue pour ne pas faire un vaccin inutile. Cela m'est arrivé une fois d'avoir une jeune fille, j'en étais à la 2ème injection, à l'époque c'était en 3 fois, et en fait elle avait déjà des lésions HPV. Elle avait 14 ans, donc ça m'a servi de leçon. »

M7 « Souvent quand on parle de cela, c'est le moment de parler de contraception, des MST, de l'oubli de pilule, du frottis. On essaie de parler de tout. Si on veut être complet, je pense qu'il faut parler du vaccin contre le papillomavirus, de l'importance de réaliser quand même les frottis de dépistage, de la réalité des MST dans leur ensemble ,et de la contraception. »

M14 « Oui je parle de la vie intime avec les filles, pour déjà parler de la contraception, et pour savoir sur quels sites elles peuvent se tourner, se renseigner, pour savoir quel sera le mode de contraception qui leur correspond le mieux. »

Une majorité de médecins a déclaré qu'ils **ne parlaient pas de sexualité avec les jeunes filles âgées de 11 ans**, trouvant que c'était trop jeune pour en parler, ou évoquant la présence gênante des parents notamment de la maman. La quasi-totalité des médecins interrogés a remarqué que les jeunes patientes étaient presque toujours accompagnées de la mère, le père que très rarement. C'est donc avec la mère que les échanges se faisaient à ce moment-là.

M6 « A cet âge-là non. »

M15 « C'est délicat de demander à une jeune fille de 11ans... Non en fait je trouve ça très délicat parce que souvent les jeunes filles elles sont accompagnées de leur maman, et justement je sais pas trop comment aborder ce sujet sans choquer les petites filles qui ne sont peut-être pas encore dans la sexualité, et sans choquer la maman qui n'a pas encore idée de la sexualité de sa fille en fait.[...] Si elles ont 11-12 ans je vais rester plus évasive, en tout cas je vais pas parler sexualité. »

M16 « Alors à 11 ans peut-être pas. [...]C'est compliqué quand la maman là. »

La plupart des médecins a dit **aborder la vie intime mais vers 14-15 ans**, estimant qu'à 11-12-13 ans les jeunes filles n'avaient pas encore de rapports sexuels

M8 « ...je les vaccine très tôt donc c'est vrai que bon souvent à 11-12 ans c'est rare qu'elles aient eu des rapports sexuels. Quand c'était à 14ans oui, c'est vrai que je les questionnais.[...] moins de 12ans c'est vrai que ça me vient pas à l'idée de leurs demander leurs pratiques sexuelles. »

3.2.3.3 La place de l'information

Tous les médecins interrogés informaient les patients de l'intérêt du vaccin comme moyen de **prévention primaire** : se protéger contre un virus le papillomavirus, et que le HPV pouvait être responsable de l'apparition de cancers tels que le **cancer du col de l'utérus**.

M2 « Alors déjà information du vaccin, ce contre quoi il protège, le virus oncogène, qui peut se transformer plus tard en cancer, l'explication de l'évolution potentielle. »

M11 « Le cancer du col la plupart des cas il y a un virus qui est le papillomavirus, et qu'on a un vaccin qui permet de protéger d'une majorité des formes, des 2/3 des formes, des papillomavirus les plus agressifs qui donnent le plus de cancer. »

M12 « c'est un vaccin qui protège contre ce virus, protège des lésions précancéreuses qui peuvent éventuellement donner un cancer du col. Je leurs dis aussi, et j'insiste là-dessus que ce cancer touche les femmes jeunes, et donc ça permet quand même d'éviter des cancers jeunes. »

M13 « ... je donne l'information par rapport au papillomavirus, au risque de dégénérescence en cancer... »

Pour la majorité des médecins, il était important d'informer les patientes que le **vaccin ne protégeait pas contre toutes les souches**, et qu'il était impératif de débiter et poursuivre les **frottis cervico-utérins** selon les recommandations.

M6 « ...on est dans du préventif, que ça couvre à peu près 80% d'une famille de virus, qu'il ne faudra surtout pas se réfugier derrière ça pour ne pas faire les contrôles que l'on doit tous faire quand on est adulte. [...] Oui, le frottis. »

Un certain nombre de médecins parlaient à leurs patientes du risque de développer des **lésions précancéreuses** pouvant occasionner de nombreux désagréments tels qu'une surveillance accrue, des **conisations** avec comme conséquences des risques de fausses couches, des risques de menaces d'accouchement prématurés.

M8 « Une intervention, une conisation ou ce genre de chirurgie ça peut être par exemple délétère pour une jeune femme qui est en âge d'avoir des enfants... »

M13 « ...il y a un risque par rapport aux grossesses futures éventuelles, il y a un risque bien-sûr par rapport au cancer. »

Une minorité de médecins informaient leurs patients que le **port du préservatif ne protégeait pas contre le HPV**, et que le HPV était un marqueur d'activité sexuelle ; et plus on le faisait jeune meilleure était la protection.

M5 « ... qu'il peut même être transmis malgré le port du préservatif. Le préservatif ne protège pas de ça, c'est donc très important de se protéger. C'est très fréquent, et il n'est pas rare de voir des jeunes filles de 25ans-30ans avec un début de cancer du col de l'utérus. »

M15 « ...le virus il passe à travers le préservatif, que même si elles se protègent contre le VIH ça n'empêche pas qu'elles vont être en contact avec ce virus, et je leurs dis aussi que ce virus c'est un marqueur de vie sexuelle plus qu'une infection sexuellement transmissible en fait. »

Deux médecins parlaient de ces infections qui pouvaient rester **longtemps muettes** et au décours d'une période de **gros stress**, ou d'**excès** pouvaient se manifester. Un des médecins informait sur l'importance de maintenir une bonne santé physique et morale.

M7 « ...je leur apprends ce que c'est de vivre avec un HPV virus. C'est-à-dire qu'on peut être porteur d'un HPV virus mais si on fait attention à sa santé, à pas être trop fatigué, le virus ne prend pas le dessus, c'est important ça cette relation entre l'hôte et le virus. Je leur parle de ça aussi. Il suffit d'avoir une rupture amoureuse où elles se foutent la rate au court bouillon et ça suffit pour s'immunodéprimer, tout ce qui pourrait immunodéprimer quelqu'un une mauvaise alimentation, des mauvaises relations, du stress en excès, tout est lié. »

M16 « ...que c'est des infections qui sont muettes, donc des fois on peut s'en rendre compte très tard. On voit quand même pas mal de femmes de 50-60 ans qui sont indemnes et qui au décours d'un choc sortent le HPV. J'en ai une pas de rapport depuis 20 ans, un choc HPV, et alors-là en rage contre l'ex compagnon. »

La plupart des médecins essayaient de **rassurer les patients** qui auraient des craintes vis-à-vis de cette vaccination, les rassurer par **de l'information** documentée, par quelques chiffres, de par leur **expérience professionnelle personnelle**. Certains prenaient des **exemples de patientes** (de manière anonyme) ayant été touchées par le HPV.

M4 « Il y a toujours des craintes par rapport à ce vaccin, aux effets secondaires[...]. On essaie de démonter ça car si on fait confiance aux études il semblerait qu'il y ait une innocuité presque parfaite du vaccin. »

M8 « . J'ai commencé à vacciner depuis 2007, et depuis j'ai jamais eu d'effets secondaires notables, ça c'est important c'est la pratique, et ils me demandent ma pratique. »

M9 « On a tous des patientes qui ont eu un cancer du col de l'utérus. On leur dit que ça protège de façon efficace. »

La moitié des médecins parlaient de leur **expérience personnelle**, ils donnaient comme information aux patients que **leurs propres filles, ou petites-filles étaient vaccinées** contre le papillomavirus. Et ceux qui n'avaient pas encore d'enfants ou pas de filles mentionnaient qu'ils les vaccineraient..

M4 « ... je leur fais part que j'ai vacciné ma propre fille. »

M9 « Je pense que ça vaut la peine de le faire, si j'avais une fille moi je lui ferais. »

M13 «... s'ils ont peur je leurs dis qu'en pratique mes enfants je leur ferai. »

La moitié des médecins donnaient comme **exemple de l'Australie**, pays où le taux de couverture vaccinale est haut (80% actuellement) et où les lésions liées aux HPV sont en recul. Ils mentionnaient qu'en Australie garçons et filles étaient vaccinés indifféremment avec politique d'éradication, qu'il existait une baisse des cancers du col. Un autre médecin a parlé des **États-Unis** comme pays avec un certain recul quant à cette vaccination ; et un autre de l'**Espagne** comme pays où le taux de couverture vaccinale était supérieur à 80%.

M2 «... c'est l'Australie où il y a une vraie réduction du cancer du col de l'utérus grâce à la vaccination. »

M6 « L'Australie, quand même on en parle de plus en plus, ça ferme le clapet de beaucoup de gens qui nuisent à la vaccination quand même.[...] Ils commencent vraiment à avoir des diminutions de taux de cancer. »

M7 « ...je sais aussi qu'en Australie ils vaccinent tout le monde, et qu'ils ont éliminés toutes lésions précancéreuses. »

M8 « J'ai appris qu'il le faisait en Australie aussi aux garçons et que donc il avait fait reculer la prévalence du cancer du col, donc je me dis que peut-être que chez nous ça va arriver.

3.2.4 Difficultés rencontrées par les médecins généralistes

3.2.4.1 Réticences des patients selon les médecins généralistes

Selon la majorité des médecins interrogés, la raison principale de refus du vaccin anti-HPV était **la crainte d'avoir des effets secondaires.**

M7 « Que les vaccins ça peut être dangereux. Comme on l'entend beaucoup en ce moment hein, pour tout et n'importe quoi, qu'on ne sait pas ce qu'on met dans les vaccins, qu'il peut y avoir des effets secondaires. Je pense que c'est vraiment des croyances qui sont très dangereuses »

M13 « C'est essentiellement la peur des effets secondaires... »

Les parents, et certains jeunes patient(e)s parlaient parfois spécifiquement de la peur de certaines maladies notamment des maladies neurodégénératives, **de maladies potentiellement déclenchées par la vaccination.**

M2 « Les principales difficultés c'est la réticence des parents qui ont peur d'une maladie sous-jacente qui serait déclenchée par le vaccin. »

M8 « Alors elles confondent beaucoup avec l'hépatite B, elles pensent qu'elles vont avoir des maladies auto-immunes qui vont se déclencher, des paralysies, des maladies neurodégénératives. »

Selon les médecins, il existait très souvent **une analogie faite entre le vaccin anti-HPV et le vaccin anti-Hépatite B**, cette crainte faisant référence aux polémiques sur les risques de **sclérose en plaques** imputés au vaccin anti-Hépatite B.

M12 « On introduit un corps étranger avec un virus dans le corps, et il y a eu les SEP avec l'Hépatite B, enfin bon. »

M15 «... il y a le problème toujours qui plane des comment dire...de la SEP avec l'hépatite B, et du coup par analogie elle se demandent si avec cette vaccination là il y aura pas ce souci-là, donc il y a cette peur-là chez les patientes. »

D'autres médecins ont également cité les polémiques autour du **vaccin anti-Rougeole Oreillons Rubéole et les cas d'autisme**, comme argument à charge supplémentaire pour les patients suspicieux.

M14 «C'est toujours pareil c'est d'avoir une maladie induite par la vaccination comme le ROR avec l'autisme ou la SEP avec l'Hépatite B... »

Ces polémiques autour du vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaque ont été « aggravées » par les médias. Les médecins interrogés ont constaté l'effet délétère de **l'information négative véhiculée par les médias**, selon eux tout ceci a accru une certaine **méfiance** des patients à l'égard du vaccin anti-HPV ainsi que de la **vaccination en général**.

M1 « Je pense que déjà il y a une méfiance quant à ce vaccin et quant aux vaccins en général. »

M6 « Les freins : le climat général autour d'une suspicion autour de la vaccination.[...] Une confusion générale sur le mélange entre l'hépatite B, entre tout ce qui est de l'ordre du fantasme, des gens qui ne sont pas vraiment armés, des gens qui sont dans le brouahah de « oui c'est l'industrie pharmaceutique qui pousse » »

M7 « Ce qui a été la principale difficulté, et ce qui a été assez étonnant c'est que je me suis heurtée au refus des mamans, pour des croyances qui se basent sur des émissions un petit peu anti-vaccination en général. »

M8 « La peur du vaccin avec de nombreuses choses qui sont dites sur les réseaux sociaux, sur les journaux de vulgarisation médicale, donc les gens sont très méfiants vis-à-vis des laboratoires »

M16 « C'est ça, je pense que c'est la campagne anti-vaccin. Que les gens ont tout mélangé. Quand on leur dit que les vaccins obligatoires ce sont ceux qui étaient là avant les gens nous croient pas. Et puis à tout âge, moi je vois j'ai des patients 75 ans, ils ont signés des pétitions sur internet contre les vaccins, en disant pourquoi on en rajoute aux enfants. »

Dans la continuité de cette ambiance, certains patients craignaient **un complot** autour des vaccins et de **l'industrie pharmaceutique** selon les médecins. Quelques médecins ont parlé des adjuvants comme un frein à la vaccination, les patients se méfiant de **l'aluminium** ou autre adjuvant. Les patients n'auraient **plus confiance**.

M3 «... elles en ont marre des vaccins, la théorie du complot ou anti-laboratoire c'est vraiment ça. Pour l'adjuvant c'est peur de l'implication de l'aluminium au niveau cérébral avec des maladies qui en ressortent.[...] Elles n'ont pas confiance tout simplement. »

La très grande majorité des médecins ont déclaré être confrontés à un certain type de patients : **les anti-vaccins**. Une minorité de médecins a décrit un profil type de ces patients anti-vaccins : des personnes tournées vers la nature, **le naturel**, l'agriculture biologique...etc, qui ne voudraient pas de substances chimiques dans leurs corps. D'autres médecins ont employé le mot « **croissance** » comme l'on croit à une religion ou pas, les patients ne donnant pas d'autres explications à leur choix qu' « être anti-vaccin », « je suis contre », « je n'y crois pas ».

M13 « Et les croyances justement. C'est pas une question d'observation médicale, c'est pas une question d'observation de population et des effets, c'est une question de croyances. « Beaucoup de gens disent ouais alors je suis pas pour ou j'y crois pas » Alors le « j'y crois pas » ouais bon c'est pas une religion donc. Ils ont un ressenti et c'est tout, pas d'arguments.[...]... des gens qui vont pouvoir financièrement consommer des choses très très bio, ils vont à Biocoop, ils ont des couches lavables, enfin voilà, pas tous hein mais c'est des gens qui ont ça mais très ancrés au corps. Ils vont aller faire leurs courses avec leur bouteille en verre etcetera. Et j'ai remarqué ça un petit peu ce souci écologiste, et donc je sais pas pourquoi, parce que c'est le côté chimique qu'ils rejettent peut-être, le côté artificiel je sais pas. C'est pas de la nature effectivement, c'est un truc qui est fait en laboratoire, qui est purement artificiel... »

Deux médecins ont parlé de l'**influence des professionnels de la santé du domaine paramédical**, notamment de certain(e)s **infirmier(e)s** qui donneraient un avis « **contre** » la vaccination, et véhiculeraient ainsi auprès des patients une image négative de la vaccination. Selon ces deux médecins, ces paramédicaux ayant une proximité avec les patients, ils auraient une influence sur leurs choix.

M8 «...celles qui sont souvent très réticentes aux vaccins en général, ce sont souvent les infirmières, je ne sais pas pourquoi, mais il y a une espèce de croyance ou d'inquiétude liée au vaccin chez les infirmiers, et alors ils influencent beaucoup les gens parce qu'ils les voient souvent, ils sont très proches d'eux . Je sais pas à quoi c'est dû. Mais j'ai très souvent des gens qui m'ont dit, non pas pour l'hpv en particulier, mais pour le vaccin de la grippe ou d'autres vaccins « ah oui, mais mon infirmier mon infirmière m'a dit qu'il ne valait mieux pas se vacciner , qu'il y avait des dangers etc... » Et comme les gens ont très confiance en leur infirmier infirmière parce qu'ils les voient tous les jours, parce qu'il se noue là aussi une relation très importante , très proche, et bien ils ont une influence réelle, donc ça ça joue beaucoup. »

*M13 « Ça m'énerve un peu le discours anti-vaccin qui est un discours pseudo scientifique, qui est vachement entretenu par le paramédical, parce que le paramédical a une image pseudo scientifique ou scientifique, et ils ont pas de démarche hautement scientifique. En général ils regardent sur internet quelques articles, mais ils ne savent pas faire de lecture critique d'article, et ils ont pas ce regard critique forcément. **I :« Quand vous parlez de paramédical vous parlez de qui ? »** Je parle des infirmières, je parle de certains ostéopathes. J'entends beaucoup, il y a beaucoup d'infirmières, même à l'hôpital qui ne se vaccinent pas contre la grippe. Parce que etcetera etcetera.. Moi j'ai des patientes infirmières qui lisent des bouquins mais pas forcément des bouquins qui sont corrompus par l'HAS, l'ANSM, pas les bouquins corrompus par les laboratoires, des bouquins qui sont corrompus par d'autres croyances en fait . »*

Un autre frein rapporté par les médecins a été le nombre de vaccins déjà recommandés et/ou obligatoires. Ce serait encore **un vaccin supplémentaire** pour les patients. D'autre part ce vaccin ne faisant **pas partie de la liste des vaccins obligatoires**, il serait vu comme « non indispensable », comme un « vaccin inutile » du point de vue de certains patients.

M4 «... les parents sont très réticents à propos d'un nouveau vaccin qu'ils ne considèrent pas comme indispensable . Ils ne le mettent pas au rang des vaccins obligatoires type DTP... »

M9 « Le cancer du col de l'utérus n'est pas une préoccupation principale, ce n'est pas comme le tétanos ou la polio [...]. Ils nous disent « oh non encore un autre ». C'est ça qui bloque un peu. »

M11 « Du côté des patients c'est encore un vaccin en plus. »

Un des médecins nous a parlé du fait que le **vaccin anti-HPV ait été mis sur la liste des médicaments à surveiller en 2014**, inquiétant alors les patients. Ce même médecin a déploré un **manque de sensibilisation à cette vaccination** actuellement.

M10 «...en fait il y a eu une retenue à partir de quasiment 2014 parce qu'ils ont été mis sur une liste de médicaments surveillés, donc il y en qui pensaient que c'était parce qu'il occasionnait des effets secondaires ou des maladies, et des lobbys anti-vaccins dès qu'un enfant déclare une maladie rare forcément ça découle d'une vaccination parce qu'ils sont tous vaccinés. [...] Je pense qu'il y avait une meilleure campagne de faite quand c'est arrivé sur le marché, c'est-à-dire on en entendait plus parler, et que maintenant c'est inscrit dans le calendrier vaccinal de façon recommandé mais il y a plus de sensibilisation de cette population et des parents à ce vaccin »

Un autre médecin a évoqué comme frein à la vaccination anti-HPV avancé par les patients : le **peu de recul des études** et le **manque d'information** donnée aux gens.

M3 «Difficultés : [...] sur le peu de recul des études, le manque d'information des gens sur cette vaccination. »

La **présence des parents**, notamment des mamans est une autre des raisons avancée par les médecins pour expliquer les réticences à la vaccination anti-HPV. Les médecins ont trouvé qu'il était difficile d'aborder le sujet de cette vaccination avec les parents à leurs côtés. Ils auraient tendance à limiter la vaccination pour toutes les raisons évoquées précédemment, mais également par leur présence l'échange médecin jeune patient serait biaisé. En effet, la vaccination anti-papillomavirus implique d'**aborder la vie intime** des patients, ceux-ci sont gênés et les médecins ont déclaré ne pas être totalement à l'aise non plus. Un des médecins a parlé du fait que parents et enfant puissent être **en désaccord** et peut-être « en conflit » arrivés à la maison.

M12 « Alors il y a des cas que je vois et là ça me fait un peu mal au cœur, des jeunes filles qui sont partantes pour le faire mais leurs parents ou leurs mères sont vraiment anti-vaccins, c'est souvent la maman, en disant « non déjà on t'a vacciné contre l'hépatite B j'étais pas d'accord,

on a des problèmes avec ce vaccin, pas encore un nouveau vaccin qu'on ne connaît pas » Alors ça moi ça me... »

*M15 « Non mais c'est vrai que celui-là comme il touche un peu la sexualité c'est différent en fait, il y en a certaines qui sont gênées quand j'en parle. Après les filles à chaque fois je termine en leur demandant si elles ont des questions ou voilà mais en fait aucun enfant ne me pose de question. Mais bon j'essaie d'intégrer dans mon discours la jeune fille qui est là, mais c'est euh... Je me dis que si je l'avais toute seule peut-être ça ça irait (sourit) ça serait plus facile mais le problème c'est que là on peut pas faire sortir le parent, donc c'est pas évident. **I : « Et pourquoi elle sont gênées selon vous ? Parce que ça parle de sexualité ? Et qu'elles ne sont pas prêtes ? »** Oui voilà ; ou peut-être qu'elles ont pas envie d'en parler avec leur fille à côté, ou du coup ça fait un trio médecin/parents/enfants ou jeune fille, et du coup ça peut être un peu gênant. Peut-être que ça me gêne un peu moi aussi en fait. Pourtant j'essaie de, en plus je l'ai fait pleins de fois donc bon, c'est pas que ça me gêne mais c'est vrai que je me dis c'est un moment un peu délicat de la consultation. **I : « Mais pourquoi ? parce que vous vous mettez à leur place ? »** Ben non c'est leur gêne qui me gêne en fait. Non parce que moi du coup ça me gêne pas d'en parler, je suis assez à l'aise. Mais c'est vrai quand je vois c'est un peu gênant... je me dis c'est un peu délicat ce moment de la consultation . »*

M16 « C'est compliqué quand la maman là. [...] Alors moi souvent je leur demande de sortir, et les jeunes filles après ça leurs plaît pas parce qu'elles vont avoir le retour à la maison, elles vont être un peu en conflit. »

M17 « C'est plus difficile quand les parents sont là clairement. »

Une des raisons de refus avancée par les médecins est que **les parents disent ne pas vouloir décider à la place de leur enfant.**

M13 « Et puis je pense que c'est une sublimation le fait qu'ils veulent laisser le choix à leurs enfants du vaccin, de se faire vacciner ou pas. Mais ça c'est une façon d'éluder un petit peu leurs propres craintes. N'empêche que si le gamin chope telle ou telle maladie qui aurait pu être vacciné, ils se posent pas la question, ils culpabilisent pas forcément. »

*M15 « Il y a une maman qui m'a dit aussi « c'est délicat de choisir à la place de ma fille. » **I : « D'accord, qu'est-ce que vous en pensez ? »** Ben c'est vrai je suis d'accord avec elle, c'est compliqué quand même on prend une décision à un moment où elles sont quasiment en âge de la prendre cette décision, et je sais pas à quel degré on peut les impliquer les jeunes filles. En*

fait à 11 ans non on peut pas les impliquer, mais à 14 quasiment on pourrait donc c'est un peu délicat ouais. »

De plus, certains médecins ont déclaré qu'ils pensaient que les patients avaient l'impression qu'on leur imposait les vaccins, qu'ils **n'étaient pas libres de décider par eux-mêmes**.

M13 « ... ils me disent aussi qu'ils veulent avoir le choix les patients, donc le frein c'est aussi qu'il y ait une supposée imposition du vaccin, ils ont l'impression qu'on leurs laisse pas le choix, donc je leurs dis mais c'est comme l'airbag, l'airbag on leur laisse pas le choix [...] l'airbag sauve plus de vie qu'il n'en détruit. »

Une autre des réticences porte sur **l'âge** auquel est recommandé le vaccin anti-HPV. Dès **11 ans**, les parents trouveraient cela trop jeune pour envisager une vaccination contre le papillomavirus. Différentes raisons ont été rapportées par les médecins : les parents auraient du mal à **envisager une sexualité pour leurs filles** ; ils auraient également peur que cette vaccination **incite leurs filles à avoir une activité sexuelle**.

M1 « Je pense que ce ne sont pas les jeunes filles qui acceptent le vaccin, mais leurs parents, la mère en l'occurrence qui donne son accord ou non. Les mères ont du mal à comprendre que l'on propose un vaccin contre les MST à un âge où elles n'ont pas de rapports sexuels, et c'est difficile pour les mamans pour les parents en général de concevoir cela. »

*M3 « Il y a vraiment un problème de confusion entre vaccination et sexualité. Et en parler à 11 ans ça pose problème. **I : « par rapport au fait d'envisager une sexualité chez leur jeune fille ? »** Oui envisager une sexualité chez la jeune fille et puis parler sexualité à cet âge-là euh.. »*

M16 « Après ils trouvent que c'est une porte d'entrée rapide dans la sexualité, qu'on a pas besoin de parler de ça, qu'on a bien le temps. »

Un des médecins a émis une hypothèse, un ressenti qui lui est propre : est-ce qu'**inconsciemment** certaines mamans ne **priveraient pas leurs filles d'une chance** qu'elles n'ont pas eu ?

M7 « Il y a beaucoup de mamans qui sont anti-vaccins et je pense qui ne réalisent absolument pas l'enjeu de ce qu'il se passe, et qui empêchent leurs filles d'accéder à ça, alors j'essaie de convaincre les mamans. La principale barrière ce sont les mamans, en tout cas ce que j'ai rencontré moi dans ma patientèle. Je n'en ai pas vu d'autres.[...] Les jeunes filles souvent, elles ne se sont pas souvent exprimées. Elles plient à ce que disent leurs mamans. [...]Après ça

n'engage que moi de le dire, je ne sais pas s'il faut le noter dans la thèse, mais je pense que c'est malheureux mais qu'inconsciemment il y a des choses qui se jouent de la part de certaines mamans qui n'ont pas eu cette chance, et qui n'ont pas forcément envie de la donner parce qu'elles ne l'ont pas eu, mais c'est inconscient tout ça, elles vont se servir d'autres arguments. Je suis sûre qu'inconsciemment il se joue des choses. Elles, elles n'ont pas pu le faire, alors pourquoi leur fille pourrait. J'en suis sûre mais c'est inconscient. »

Quelques médecins ont parlé du fait que le vaccin était proposé **aux filles, aux HSH mais pas aux autres garçons**, ce qui selon eux crée un certain clivage, un jugement, une **stigmatisation**.

*M2 « Je pense la deuxième grosse réticence c'est que ce sont les filles qui doivent être vaccinées et pas les filles et les garçons. [...] Les garçons peuvent très bien avoir l'HPV et refiler l'HPV. [...]...on sent qu'il y a une réticence quand il y a un frère et une sœur, on en parle que pour la fille. « Et pourquoi elle on lui fait ? » Grosso modo ça va pas être une « fille facile ». **I** : « **donc se faire vacciner impliquerait une étiquette de filles multipliant les partenaires ?** » Oui, alors que moi je leur explique que ce n'est pas ça. »*

M16 «Après c'est vrai que c'est plus facile d'aborder la sexualité avec une fille qu'avec un garçon s'il est homosexuel, et s'il a pas dit, s'il me l'a pas dit.[...] Ils en parlent pas facilement. Tous les garçons ce serait plus simple. Ça ne stigmatiserait pas une population : les jeunes homosexuels garçons. Parce que les filles on se pose pas la question de savoir. »

Deux médecins ont fait un rapprochement entre les réticences des patients quant au vaccin anti-HPV et la « **culture française** ».

M3 « c'est très difficile de l'amener, parce que ce n'est pas dans la culture française de se faire vacciner malheureusement. »

M17 « On est dans un pays un peu particulier je crois.[...] J'ai l'impression qu'on a un pays très réticent et très méfiant vis-à-vis de tout. Là en ce moment c'est la vaccination d'une manière générale, que ça a pas été amélioré par, la couverture a été amélioré par le rendu obligatoire mais de ce que les gens se sentent forcés il y en a que ça a encore plus renfermé sur eux-mêmes au niveau de la vaccination.[...]... donc je sais pas je crois qu'il y a un problème culturel...[...]... il y a un problème en France clairement. Je sais pas pourquoi, c'est très français. »

Les médecins nous ont parlé de la **douleur lors de l'injection du vaccin** comme frein supplémentaire à la vaccination anti-HPV.

M9 « Après c'est un petit peu douloureux aussi. »

M12 « Alors il y a les filles qui ont peur des vaccins, des piqûres en général, il y a celles qui ont entendu qu'il fait très mal. »

Et enfin, le **schéma en 3 injections serait contraignant** pour les jeunes patients, ce qui limiterait l'acceptation mais également l'observance du schéma complet d'injections.

M9 « Après bon il faut le faire en 3 fois bon à cet âge-là c'est un peu contraignant pour les adolescents. »

M11 « C'est plutôt les jeunes filles qui sont un peu réticentes, ça fait 2 ou 3 injections selon l'âge. »

M16 « ...l'observance des rappels. C'est vrai que deux c'est mieux que trois, parce que le troisième euh...Après elles chouinent un peu, le premier ne fait pas mal le deuxième fait mal, dans l'expérience, alors le troisième alors elles viennent à reculons. C'est peut-être ça aussi le fait qu'elles reviendront pas, donc c'est bien de vacciner plus tôt pour avoir que deux à faire, parce que le troisième souvent elles oublient. »

3.2.4.2 Freins propres aux médecins généralistes

Les **réticences ou refus des patients** seraient les plus gros freins rencontrés par les médecins généralistes.

Outre cela, le **manque de temps** serait la principale difficulté pour proposer et prescrire le vaccin anti-papillomavirus.

M3 « On manque quand même de temps en médecine générale, je pense que ça ne devrait pas être fait par nous. »

M12 « Alors après les choses dépendent vraiment du temps que j'ai, est-ce que j'ai vraiment le temps d'argumenter et d'expliquer le bénéfice/risque, parfois j'ai pas le temps alors je laisse l'ordonnance et puis j'attends que ça murisse sinon c'est des consultations qui deviennent très longues. »

Les médecins ont parlé du fait qu'il n'y ait **pas de consultation dédiée à cela**. Ce serait un motif qui se grefferait sur un ou plusieurs motifs premiers.

M6 « : Les difficultés c'est de ne pas avoir de temps consacré à cela prévu, voilà.[...] Il n'y a pas de consultation où l'on vient me voir pour ça, donc il faut que je le rajoute que je le greffe sur une consultation... »

M13 « Déjà pour leur pathologie ça prend du temps pour bien leur expliquer les choses donc je vais pas, par manque de temps et parce que la consultation n'est pas dédiée à ça. Peut-être effectivement qu'il faudrait une consult de prévention puisque le vaccin de 16 ans a disparu. »

C'est une consultation qui serait **chronophage** par le temps qu'elle demanderait en terme d'informations, et de réponses à d'éventuelles questions.

M12 « Ah ça peut être un frein du côté du médecin, c'est sûr parce que ça peut être chronophage. »

De nombreux médecins ont déclaré que les **adolescents** seraient une **population qui consulterait peu**.

M10 « Vraiment, enfin je reviens sur la partie première limitante c'est une tranche de la population qui consulte peu et du coup je vois pas trop comment je peux éduquer quelqu'un qui ne vient pas ou qui n'a pas besoin de moi. »

M16 «... il y a certains enfants ou jeunes filles on ne les voit plus, parce qu'elles ne sont pas malades, il y a beaucoup d'automédication [...]Donc le gros frein pour pouvoir le prescrire c'est de ne pas les voir, et les mamans on ne les voit pas non plus parce que c'est pas une tranche d'âge où elles consultent non plus. »

Selon deux médecins, le fait **d'avoir peu de jeunes patients dans sa clientèle** serait un facteur limitant pour pouvoir proposer la vaccination anti-HPV. Un de ces deux médecins a également constaté que parmi le peu de jeunes qu'elle avait, elle voyait **plus de garçons que de filles**.

M16 «. Et puis c'est vrai qu'il faut avoir des filles dans la clientèle, moi j'ai plus de garçons jeunes. [...] Et puis aussi la moyenne d'âge ils sont plus âgés, on fait plus Pneumovax® Prevenar®. Le frein c'est ça aussi c'est l'âge de la clientèle aussi. »

M17 « C'est pas quelque chose que je fais souvent du fait de ma clientèle même qui n'est pas forcément très très jeune. J'ai pas beaucoup de patients de moins de 18 ans inscrit en tant que patients. »

Les médecins interrogés ont dit **ne pas toujours y penser**, l'**oubli de l'évoquer** serait un autre frein important à sa prescription.

M10 « Le seul frein c'est mon oubli, ou oublier de l'évoquer. »

M13 « Après j'y pense pas tout le temps. »

Le fait que les patients passés un certain âge **n'ont plus leur carnet de santé** avec eux lors des consultations, favoriserait l'oubli des médecins quant à cette vaccination.

M6 « Vraiment je pense que je n'ai le réflexe que lorsque j'ai un carnet de santé devant moi

Un médecin a dit tout de même **se méfier de potentielles conséquences immunitaires** que pourrait provoquer une **accumulation de vaccins**, et donc interroger les patients sur leurs antécédents familiaux. Un autre médecin a admis qu'il aurait **une part de doute** quant à de **potentiels effets indésirables** au sein d'un **terrain familial** particulier.

M4 « La seule réticence que je peux avoir c'est dans certains cas particuliers, cela concerne aussi d'autres vaccins, en particulier celui contre l'hépatite B, je me méfie des tempêtes immunitaires que ces vaccins provoquent ou peuvent procurer. Je me méfie de certaines populations à risque de développer des maladies particulières. Alors ce que je fais c'est que j'interroge la famille, savoir si dans la famille il y a des problèmes de maladies héréditaires, des neuropathies, des myopathies...etc...pour éviter une tempête immunitaire que pourrait provoquer une superposition de vaccins, le risque de faire déclencher plus tôt que prévu des maladies qui sont là dormantes. Après c'est peut-être un fantasme mais c'est la seule méfiance que je peux avoir vis-à-vis de ce vaccin-là. »

M6 « L'hésitation c'est la responsabilité en cas d'effets secondaires quand on a pas la connaissance totale de la famille. »

Enfin, **un manque d'informations et de formation auprès des médecins généralistes** apparaissaient comme deux facteurs limitant la prescription du vaccin anti-HPV.

M1 « Je pense que certains médecins généralistes plus âgés que moi, exerçant depuis 10-15-20 ans ne pensent pas nécessairement à proposer ce vaccin. [...]Je pense qu'il y a peut-être un manque de formation de certaines générations de médecins généralistes. »

M9 « Après c'est vrai qu'on a pas beaucoup d'informations nous sur les effets secondaires potentiels. »

Un médecin a dit **ne pas avoir de réticences à prescrire ce vaccin, mais avoir déjà constaté un malaise important** suite à l'injection du vaccin Gardasil®. Le malaise était sûrement dû au geste vaccinant plutôt que ce vaccin en particulier, mais le médecin a trouvé cela impressionnant.

M15 « Non le prescrire non. Vacciner j'ai quand même eu déjà une fois un cas en cabinet de, une patiente qui a fait un gros malaise suite à l'injection du Gardasil®.[...] en pédiatrie, ils m'ont dit que oui mais c'est l'âge qui veut ça plus que le type de vaccin en fait, c'est un peu une émotion, une émotivité à cet âge-là. Donc maintenant ce que je fais c'est que je les allonge les filles que je vaccine... »

Il a été mentionné par quelques médecins femmes et hommes que le **fait d'être une femme médecin était plus facilitant** dans l'abord de ce sujet, d'autant plus, si pratique de la gynécologie.

M3 « ...en tant que femme faisant de gynéco c'est un peu plus facile quand même. »

M10 «Après le fait que je sois de sexe masculin peut-être qu'elles ont plus de facilités à parler avec mon associée. Peut-être aussi que j'ai un biais de sélection en disant que « pour parler de ça il serait plus simple de voir avec » enfin moi j'oriente pas je peux très bien en parler mais peut-être que elles elles se sentent plus de le voir comme ça puisqu'il y a la liberté de choisir. »

3.2.4.3 Difficultés à parler des réticences avec les patients

La quasi-totalité des médecins a déclaré **ne pas avoir de difficultés** à parler des réticences au vaccin avec leur patients.

M2 « Non, parfois même je leurs pose la question dans le sens inverse « est-ce que vous avez peur comme pour l'hépatite B ? » parce que l'hépatite B tout a été prouvé que ce n'est pas le vaccin qui donne la sclérose en plaques. Mais souvent les gens ne te disent pas pourquoi ils sont réticents. »

Un seul médecin a répondu que c'était **difficile de parler de ces réticences** quand on était pas certain à 100% de l'innocuité du vaccin.

M1 « oui, c'est difficile parce que même en tant que médecin on se pose des questions concernant la sécurité de la vaccination par rapport à toutes les affaires qui ont été médiatisées, à toutes les informations et contre-informations qui circulent sur internet. Même en tant que

médecin, si on ne s'accorde pas un temps de formation vis-à-vis des vaccins je pense que c'est difficile d'être sûr à 100% de l'innocuité de ce vaccin et des vaccins en général. »

3.2.5 Attitudes des médecins en cas de réticences ou de refus des patients

La grande majorité des médecins interrogés **acceptaient le ressenti des patients**, leurs réticences du moment. Ils s'assuraient qu'ils avaient bien **toutes les informations**, et leur **proposaient d'y réfléchir**, d'en **reparler entre parents et enfant**, et de **revenir** en discuter. Ils laissaient ainsi un **temps de réflexion**, et proposaient d'en reparler ultérieurement.

M2 « Ce qui est certain c'est qu'ils ont toutes les infos. Je leur dis d'en discuter à trois : papa, maman et l'enfant. L'enfant aussi a son mot à dire. Ça m'est arrivé que ce soit des gamines qui demandent le vaccin parce qu'elles en ont discuté avec des copines. Et vraiment en discuter et revenir, vous avez des questions on en reparle. Je n'ai pas connaissance de tout mais je peux vous donner des infos sur ce que vous souhaitez en tout cas. »

M5 « Je dis « Écoutez, réfléchissez encore, et surtout laissez peut-être votre fille décider un peu plus tard. On peut le faire plus tard. » Et je dis en revoyant à chaque fois en revoyant les jeunes filles, « Si tu as des questions n'hésite pas je reparle du vaccin » à chaque fois que j'en ai l'occasion. »

M7 « J'accepte leur discours, j'accepte leur décision parce que ça leur appartient. Mais je laisse la porte ouverte quand même en leurs disant « écoutez aujourd'hui vous n'êtes pas pour, mais je vous demande quand même d'y réfléchir, on peut en reparler » Je laisse la porte ouverte parce que je pense qu'une opinion ça peut se modifier et il faut surtout pas fermer la porte. »

M8 « Alors si il y a un refus ou une réticence, je dis que c'est pas pressé, qu'on a le temps de se revoir, d'en reparler, qu'il faut réfléchir, qu'elles ne sont pas obligées de prendre une décision rapidement, on prend le temps, je les revois très souvent, parce que je les connais bien donc il y a toujours un moment où je peux relancer la discussion là-dessus, 3 mois 6 mois 1 an après. En général ils finissent par accepter. »

Afin de ne pas oublier d'en reparler, un des médecins disait qu'il **notait un rappel dans le dossier** pour la prochaine fois.

M3 « Je le marque dans le dossier pour la prochaine fois en reparler. »

Des médecins déclaraient **proposer aux patients de s'informer** via des **sites** internet recommandés.

M3 « ...je leur demande de se renseigner, et d'aller voir sur des sites scientifiques pour voir si elles peuvent se renseigner. »

M17 « Surtout de la pédagogie au maximum mais jamais en forçant la main et parfois en invitant à « voilà prenez un document, réfléchissez-y, et on en reparle à distance » si c'est oui c'est oui si c'est non c'est non.»

Certains médecins **insistaient**, ils reprenaient les **informations en réexpliquant** ce contre quoi le vaccin protège, en parlant des **risques**, en donnant des **chiffres** sur la mortalité. Ils essayaient de rassurer les patients en parlant d'**études rassurantes**, en donnant l'exemple de l'**Australie**.

M1 « J'essaie d'insister [...]Justement ce sont des vaccins qui ont bénéficié d'une surveillance accrue après mise sur le marché, avec des études pas seulement sur l'efficacité vaccinale mais aussi sur l'innocuité. Voilà ,je leur dis que les laboratoires qui commercialisent ces vaccins ont fait des études pour s'assurer qu'il n'y avait pas de sur-risque de pathologie dysimmunitaire notamment neurologique dégénérative par rapport à des personnes non vaccinées. »

M3 « ... si j'ai le temps je leur explique[...]: Mes arguments sont on évite 1000 décès par an par cancer du col. Et puis après les arguments des études faites, l'exemple de l'Australie notamment. »

M6 « Alors je leur dis qu'il faut avoir l'idée des épidémies, que ce qu'on a connu à une époque [...]Je leur dis que des lésions précancéreuses, des soins c'est pas quelque chose d'obligatoirement agréable [...]Je leur dis « moi j'ai aucun lien avec l'industrie pharmaceutique ». »

M10 « J'essaie d'éduquer, c'est-à-dire de reprendre un peu l'explication, le comment du pourquoi et puis pourquoi elles ont des réticences , c'est-à-dire qu'est-ce qu'elles ont entendu dire qui pouvait les freiner à se faire vacciner. Mais d'une façon générale c'est casser de fausses idées. »

Quelques médecins disaient à leurs patients que la vaccination était une **question de santé publique**, que l'on se vaccine pour soi mais aussi pour les autres.

M13 « Je leur prescris le vaccin, je leurs dis « faites ce que vous voulez, c'est un effort communautaire pour certaines maladies » donc je leur suggère que c'est pas très solidaire comme attitude. »

M16 « Après maintenant j'insiste un peu en leur disant qu'on se vaccine pas que pour soi, plus largement sur la vaccination, qu'on se vaccine pour les autres et qu'on protège comme ça les autres, enfin ils y sont moyennement sensibles quand même [...] Pour le HPV, leur dire qu'il y a une femme par jour qui décède du cancer du col de l'utérus. On en voit quand même des frottis positifs à 19-20 ans avec des conisations, des problèmes de grossesse, d'accouchement prématurés, que ça peut compromettre, et que leurs filles peuvent leurs reprocher ça un jour. »

Un des médecins a dit utiliser parfois des **arguments culpabilisant** auprès des patients pour les convaincre de l'intérêt du vaccin anti-papillomavirus, tel que le risque que leur fille ait un **cancer** du col de l'utérus .

M12 « Parfois selon le discours, selon la relation que j'ai avec le patient, si je sens qu'il y a une grosse réticence je dis que je souhaite que leur fille n'ait pas un cancer du col un jour ou l'autre. Bon c'est très culpabilisant, c'est pour leur montrer que le risque n'est pas négligeable. Je leur dis aussi, je leur donne l'expérience de deux femmes que j'ai suivi de cancers du col à 35 et 38 ans, et que vraiment c'est quand même dur d'avoir un cancer si jeune, de ne plus pouvoir avoir d'enfants. Voilà ce genre d'arguments. »

Une majorité de médecins parlaient de leur **expérience personnelle**, en disant que **leurs filles** ou petites-filles étaient **vaccinées**.

M12 « Je donne un argument qui est très mauvais à mon avis, qui n'est pas du tout scientifique : je dis en tout cas moi ma fille je l'ai vacciné, si c'était ma fille je la vaccinerais, je le conseille à tous mes proches, ça c'est tout à fait personnel hein. Ils sentent ainsi que le médecin a confiance, si on le fait à son propre enfant c'est qu'on a confiance. Je leur dis toujours mon positionnement, que je suis pour les vaccins et que j'ai vacciné ma fille dès que j'ai pu. »

M14 « ... j'ai deux filles et elles sont déjà vaccinées.[...] Oui mais ils me le demandent. Ça m'arrive hyper souvent « Est-ce que vos enfants sont vaccinés contre ça ? » Ils me demandent aussi vachement souvent pour la méningite, je leur dis oui le méningo C. Voilà. Mais après ils nous disent aussi « si c'était vos enfants », ça c'est une question qu'on m'a déjà posé pleins de fois. [...] Oui, parce que voilà c'est un argument qui n'est pas tout à fait rationnel mais des fois quand on rentre dans des explications trop lourdes les gens se disent « on m'emboîne ».»

Une **minorité** de médecins **adressaient les patientes** vers des confrères/consœurs **gynécologues** ou vers des **sages-femmes**, dans le but de favoriser l'adhésion thérapeutique ; et certains se laissaient la possibilité de le faire si besoin.

M5 « Ça m'est arrivé pour encore enfoncer le clou, quand elles arrivaient à un âge ou peut-être elles allaient commencer à avoir des rapports sexuels, de dire « écoutez pour la pilule c'est bien d'en parler, mais pour le vaccin c'est bien aussi si vous hésitez d'en parler aussi avec la gynéco ». J'en profite à chaque fois que je peux. »

M6 « Après ça peut se terminer en bottant en touche comme ça en disant « vous aurez intérêt à en reparler avec la gynécologue quand vous emmènerez votre fille ».»

M17 « Pour le moment j'en ai pas eu besoin mais je n'hésiterai pas... »

Un des médecins n'hésitait pas à proposer un **patch analgésiant local** (EMLA) aux patientes ayant **peur de la douleur** lors de l'injection du vaccin.

M12 « Alors il y a les filles qui ont peur des vaccins, des piqûres en général, il y a celles qui ont entendu qu'il fait très mal. J'hésite pas à leur mettre un patch, leur proposer un patch d'EMLA pour leurs montrer que ça fait pas vraiment mal. Très souvent je le fais et elles se rendent compte que c'est pas si douloureux que ça.»

Un des médecins a dit **donner de l'homéopathie après la vaccination.**

M5 « Je leur explique même que je leur donne une dose de Thuya après comme cela tout se passera bien.»

Quelques médecins ont déclaré que ce n'était **pas le vaccin le plus important** selon eux, alors qu'**ils n'insistaient pas** comme pour les autres vaccinations obligatoires. Un des médecins a dit **ne pas être très à l'aise avec les personnes en opposition.**

M11 « J'insiste plus pour les autres, ceux qui sont obligatoires. Celui-là je le propose comme facultatif important...»

M13 « Alors après pour le papillomavirus je suis pas aussi radical car pour moi pour l'instant c'est un choix personnel, même s'il est dans le calendrier vaccinal... »

M14 « Moi j'ai du mal quand même des fois, quand il y a des gens qui sont en opposition, je suis pas quelqu'un du conflit. Alors j'essaie de donner des informations, et des fois ça marche

parce que les gens reviennent pour me dire qu'ils vont se vacciner. Mais je dois dire que j'ai du mal à être autoritaire avec cette vaccination. »

M15 « En fait c'est pour ça que je pense que c'est un vaccin important mais quand même pas indispensable, donc du coup les patients les mamans qui sont réticentes franchement je vais pas trop insister. »

M17 « Il y a des choses où je vais plus directif par contre.[...] mais pas avec celui-là j'essaie d'expliquer les nombreux avantages après si ils veulent ils veulent pas. »

La plupart des médecins trouvait ce sujet chronophage, et parfois fatiguant. Des médecins **abandonnaient** au bout d'un moment, notamment face à des patients « anti-vaccins » ou parlant de « complot ».

M6 « Si on a vraiment quelqu'un qui a une croyance de complot, les labos tous pourris, moi je baisse les bras, je dis le manque de temps mais je sais que c'est voué à l'échec alors j'abandonne. Mais aussi parce que je vais pas avoir l'argument massue en disant « attendez-vous m'accusez mais là vous avez tel organisme il est indépendant » et voilà il nous emmène un argument très fiable. »

M16 « Après ceux qui sont vraiment anti ils sont vraiment anti c'est incroyable. Ils changeront pas d'avis [...]. On peut rien démonter, il y a aucun argument.[...] Quand ça bloque, je finis par abandonner. »

3.2.6 Propositions des médecins afin d'améliorer la couverture vaccinale anti-HPV

La grande majorité des médecins pensait que pour obtenir une amélioration de la couverture vaccinale il était nécessaire d'avoir une **meilleure et plus grande information du grand public** quant à ce vaccin, en passant par des **campagnes d'information via les médias**(télévision, internet, radio, panneaux d'affichage), ou par les **réseaux sociaux** également pour informer. Selon les médecins, c'était un vaccin dont on ne parlait pas assez.

M7 «Oui, je pense qu'il faudrait beaucoup plus de campagnes d'information au large public. Il faut que ça passe à la télé, sur des chaînes que toute le monde regarde, que ce soit des informations qui soient très claires, qui soient percutantes, et qui deviennent préoccupantes pour ceux qui les regardent. »

M8 « Je pense qu'il faut intervenir sur les réseaux sociaux aussi parce que c'est quand même là qu'il y a le plus d'informations anti-vaccinales. Je pense qu'il faut vraiment surveiller ce qui se dit sur les réseaux sociaux pour pouvoir contrecarrer efficacement.[...] Il y a des gens qui ne s'informent que sur les réseaux sociaux aujourd'hui. Pour toucher la jeunesse il faut à mon avis toucher les réseaux sociaux. »

M9 « Je pense que c'est une question médiatique plutôt que...enfin nous aussi on a notre rôle bien-sûr . En général c'est les médias, la sécu, relancer un peu parce que les vaccins sont un petit peu oubliés par rapport aux obligatoires. Pub, salle d'attente, relancer un peu dans la mémoire des gens.»

Un des médecins insistait sur le fait que les **moteurs de recherche** semblaient privilégier les « anti-vaccins », son idée était de trouver un moyen pour que lors de recherches sur le web au sujet de la vaccination les **informations positives** soient **classées en premier**.

M6 « ...c'est les médias qui marchent. Il y a ce qu'on dit mais ce qu'il se passe autour est dix fois plus puissant que ce qu'on dit nous. C'est terrible internet, si vous tapez des choses sur la vaccination vous tombez obligatoirement sur les gens qui sont contre en premier, c'est ça qui va pas. Je crois que ce qui nous aiderait le plus c'est que dans les algorithmes ce soit l'inverse qu'on mette la promotion en premier quand même. Que l'on soit aidé, parce que nous derrière on va pas passer 20 minutes à argumenter derrière, on a pas le temps , on a pas que ça à faire non plus.»

Une minorité de médecins pensaient qu'il fallait **inciter les médecins à en parler plus**, car un certain nombre de médecins n'en parleraient pas ou pas suffisamment. Dans ce but, **informer, sensibiliser, et former les médecins** au sujet de la vaccination anti-HPV étaient des points importants.

M4 « Déjà il faudrait inciter les médecins à en parler un peu plus. Etre vigilant quant à la couverture vaccinale, les informer, car tout le monde ne sait pas qu'il y a ce vaccin. »

M15 «Ben l'information des médecins, une sensibilisation. »

M17 « ...la pédagogie. Déjà de la part des médecins généralistes auprès de tous leurs patients, balayer devant sa porte hein, parfois on a des attitudes pas très positives pour discuter de certains traitements avec les gens, de la part des spécialistes aussi. »

Un des médecins se demandait si le fait de **ne pas recevoir les visiteurs médicaux limitait ses connaissances** sur l'actualité du papillomavirus.

M10 «...alors je ne reçois pas la visite médicale, alors c'est peut-être aussi un frein sur les avancées, les dernières études, les dernières recommandations du coup de l'HPV. »

Informé, éduquer les patients, et contrecarrer de fausses idées étaient des objectifs donnés par certains médecins afin d'améliorer la couverture vaccinale contre le papillomavirus.

M10 «...éduquer[...]casser de fausses idées[...] peut-être que c'est aussi dans l'éducation des parents qui doivent parler de la sexualité plus tôt. »

M11 « Un peu plus d'information, parce que moi je leur apprends à chaque fois, ils sont pas au courant les gens. »

M16 « Mais en parler plus, plus d'information. [...]Parce qu'on a l'impression que les gens le savent. C'est quand on leur pose les questions sur les rappels etc... Ils disent « ah ben non moi on m'a jamais dit qu'il fallait faire un rappel » Ils s'imaginent que c'est à vie. Alors nous aussi peut-être que des fois on pense que c'est acquis alors que ça l'est pas, et on pense pas à y revenir. »

De nombreux médecins souhaitaient qu'il y ait une **consultation dédiée** au sujet de cette vaccination, afin d'y penser, d'avoir du temps pour pouvoir échanger entre médecin et patient/parents. Un médecin a parlé de mettre en place une **consultation de prévention**.

M6 « Eventuellement une consultation qui ne serait dédiée qu'à cela. »

M13 « ... peut-être faire aussi une consultation de prévention de nouveau à 17 ans ou par là. »

M16 « Mais au moins un rendez-vous dédié à ça. »

Un des médecins proposait qu'il y ait **dans le carnet de santé** rubrique vaccination **une case spécifique** au vaccin anti-HPV.

M11 « que ce soit une case spécifique dans le carnet de santé parce qu'il est dans « autres vaccinations » Les autres ils les connaissent tous sauf les « autres » : méningo... »

Un des médecins émettait l'idée de **voir les jeunes patients concernés** par la vaccination anti-HPV **seuls**. La présence des parents étant considérée comme un frein à la vaccination par les médecins interrogés, le fait de pouvoir voir les jeunes seuls serait facilitant.

M14 « Moi j'ai déjà vu une jeune fille contredire sa mère, ça ça m'a fait tilt.[...] Mais je pense en étant en entretien direct avec les jeunes filles ça serait plus facile.[...] Peut-être trouver les

moyens d'inciter les jeunes à être seuls pour certaines consultations, mais ça je vois pas comment faire. »

Faire de la **prévention**, informer et proposer la vaccination **en milieu scolaire** auprès des enfants étaient des propositions données par quelques médecins.

M3 « Je pense qu'il faudrait des campagnes de prévention à l'école avec les parents, pour nous aider nous à les mettre en place en fait. »

M5 « Peut-être la proposer en médecine scolaire indépendamment des parents. Pourquoi pas dans les lycées, ou dans les collèges. La médecine scolaire devrait servir à ça aussi. »

M15 « ...en parler à l'école, parler de la sexualité à l'école, vraiment parler de la sexualité à l'école.[...] peut-être un passage en PMI en 6ème ou en 5ème avec le carnet de vaccination, pour justement faire le point. »

De nombreux médecins déclaraient qu'il faudrait **vacciner les filles et tous les garçons**, parce que la vaccination anti-HPV était l'affaire de tous, également parce que cela ne stigmatiserait pas une partie de la population. L'un des médecins proposait de vacciner tout le monde afin d'envisager l'éradication du virus HPV.

M2 « Vaccination des garçons et des filles. Je pense que ce serait beaucoup plus facile de dire on vaccine tout le monde, justement on ne veut pas faire le rapport avec les rapports sexuels... »

M10 « L'étendre aux deux sexes. [...]A partir du moment où on fait pas de distinguo c'est plus facile « j'ai vacciné ton frère, je vaccine ta sœur, vice versa ». »

M13 « Peut-être le passer en plan d'éradication du papillomavirus, donc l'étendre aux hommes... »

M16 « Tous les garçons ce serait plus simple. Ça ne stigmatiserait pas une population : les jeunes homosexuels garçons. »

M17 « ...donc le proposer à tous les jeunes garçons. Tout le monde. La sexualité c'est l'affaire de tous [...] Du coup dans les outils pour faire de la pédagogie c'est pas en parler qu'aux femmes mais en parler au hommes et aux femmes , aux deux. »

Selon quelques médecins **rendre le vaccin anti papillomavirus obligatoire** serait une mesure importante en vue d'améliorer la couverture vaccinale en France. Un des médecins pensait que si le vaccin était obligatoire le travail de promotion des médecins généralistes serait facilité.

M1 « Probablement de rendre ce vaccin obligatoire. »

M12 « Evidemment le rendre obligatoire serait bien parce qu'on a remarqué que les vaccins qui ne sont pas obligatoires ça prête à discussion mais quand il y a eu les vaccins devenus obligatoires pour les deux premières années de la vie ça a beaucoup facilité notre travail, et là d'un seul coup il y a eu une bien meilleure couverture vaccinale. »

M14 « Obligation comme les autres, et là je pense que ça serait difficile à mettre en place dans l'immédiat. »

Un des deux médecins ayant remarqué que les paramédicaux, notamment les infirmières, pouvaient véhiculer de fausses croyances aux patients, proposait d'**informer les infirmiers** au sujet de la vaccination.

M8 « Oui, donc je parlais des infirmiers donc je pense que ça vraiment c'est très important de parler pas seulement aux médecins mais aux paramédicaux parce qu'ils véhiculent parfois des idées qui sont pas justes, qui sont du domaine de la croyance.»

Un des médecins a parlé d'avoir des **supports papiers** tels que des prospectus à donner aux patients. Ce médecin a également soumis l'idée d'avoir une **application pour téléphones portables** sur les vaccins afin d'avoir des messages d'alerte ou des informations.

M12 « Avoir des flyers pour pouvoir leur donner dans le cadre d'une consultation gynéco de contraception. Ça ça existe peut-être d'ailleurs des applications pour les portables pour leur rappeler les vaccins qu'on peut faire. Je sais pas. Des applis dans le cadre de la contraception, ou « tiens tu as 14 ans c'est le moment de penser à ton vaccin ».»

3.3 Synthèse des résultats

La totalité des médecins interrogés se disait favorable à la vaccination anti-papillomavirus, même s'ils qualifiaient ce sujet de « compliqué », et une minorité avait une opinion nuancée.

Peu de médecins avait connaissance de l'indication à vacciner les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Une minorité de médecins seulement avait commencé à proposer le Gardasil 9®.

Parler du vaccin lors du rappel DTP Coqueluche entre 11 et 13 ans ou lors de demande de certificat étaient selon eux les moments les plus opportuns.

La moitié seulement des médecins déclaraient évaluer les connaissances des patients. Les médecins ont déclaré qu'ils parlaient plus qu'ils n'écoutaient. Ils disaient informer avant tout.

Afin de rassurer les patients, les médecins disaient parler du recul de l'Australie sur le sujet.

Une minorité de médecins a dit aborder la sexualité avec de jeunes patients à partir de 11 ans.

Globalement les médecins savaient que le taux de vaccination était bas.

Les médecins interrogés ont soulevé deux sources de difficultés : celles liées aux réticences des patients, et celles propres au médecin généraliste.

- **Les patients** auraient peur des effets secondaires potentiels, et/ou de maladies potentiellement déclenchées par le vaccin, tout ceci très souvent en analogie avec les polémiques qu'il y a pu avoir entre le vaccin anti-hépatite B et la sclérose en plaques. Selon les médecins ces craintes seraient alimentées par les médias. Selon les médecins, certains patients se méfieraient de l'industrie pharmaceutique craignant un complot. Le manque d'information, le peu de recul des études sur cette vaccination, ainsi que sa mise sur la liste des médicaments à surveiller accentueraient ces craintes. Certains patients seraient « anti-vaccins » sans explications particulières, certains médecins y voyaient une revendication du « naturel » sans produits chimiques. Les médecins ont déclaré trouver difficile d'aborder la vie intime des jeunes patients avec les parents à leurs côtés. De plus selon eux, que parents et enfant ne soient pas d'accord c'était le risque qu'ils soient en conflit. Selon les médecins, les parents voudraient également laisser le choix à leurs enfants de se faire vacciner ou pas. Ils ne comprendraient pas que l'on propose ce vaccin à l'âge de 11 ans, estimant que c'était trop jeune pour envisager une sexualité, et ayant peur que cela incite leurs filles à démarrer une activité sexuelle. Les médecins pensaient que le fait de ne pas vacciner tous les jeunes hommes stigmatisait les jeunes filles et les jeunes HSH. Et enfin, selon eux ce ne serait pas dans la culture française de se faire vacciner.
- **De leur côté les médecins** ont parlé du manque de temps pour parler de ce sujet chronophage, et qu'il n'y ait pas de consultation dédiée. Certains médecins ont dit oublier d'en parler et de le proposer. Certains médecins ont constaté que leur patientèle était âgée, et qu'elle comprenait plus de jeunes hommes que de jeunes femmes. De plus les adolescents seraient une population qui consulterait peu, voire pas. Le fait d'être une femme médecin faciliterait l'abord et la vaccination, et le fait d'être un homme serait limitant. Il y aurait un manque d'informations et un manque de formation au sujet de la

vaccination anti-HPV auprès des médecins généralistes.

Deux médecins ont déclaré tout de même se méfier des terrains familiaux particuliers avec antécédents de maladies auto-immunes, craignant de potentiels effets indésirables ou des réactions immunitaires.

Face aux réticences des patients, la majorité des médecins déclaraient vérifier qu'ils avaient bien toutes les informations, et leur proposer de prendre du temps pour réfléchir. Certains ont déclaré insister. L'exemple de l'Australie étaient encore une fois cité. De nombreux médecins ont dit parler de leur expérience personnelle de vaccination de leurs propres filles afin de renforcer la confiance des patients. Un des médecins a dit utiliser parfois des arguments culpabilisants avec les parents. Certains ont dit ne pas insister d'autant qu'ils ne considéraient pas ce vaccin comme important, ou qu'ils n'étaient pas à leur aise. D'autres disaient abandonner.

Les médecins souhaiteraient une meilleure sensibilisation du grand public via des campagnes d'information grâce aux médias et aux réseaux sociaux. Afin d'inciter les médecins généralistes à parler plus de la vaccination anti-HPV, ils pensaient que les médecins devaient être mieux informés et avoir des formations adéquates. De même selon eux, cette formation serait la bienvenue auprès des paramédicaux tels que les infirmiers qui auraient une influence négative dans la décision du patient. Ils proposaient qu'il y ait une consultation dédiée à ce sujet, une consultation de prévention, afin d'avoir le temps pour en parler et ne pas être parasité par d'autres motifs.

De plus selon eux, la prévention en milieu scolaire permettrait de sensibiliser les jeunes patients. Rendre le vaccin obligatoire selon certains, faciliterait le travail du médecin généraliste. Et enfin, la proposition plébiscitée par une grande majorité était de vacciner les filles et les garçons sans distinction.

4. DISCUSSION

4.1 Discussion de la méthode choisie

4.1.1 Précision de l'objectif

L'objectif de l'étude était d'explorer les difficultés des médecins généralistes concernant la vaccination anti-papillomavirus humain.

4.1.2 Choix de la méthode

Pour répondre à la question de recherche, j'ai fait le choix d'une enquête qualitative, phénoménologique.

Les enquêtes qualitatives ne cherchent pas à quantifier un phénomène comme dans les analyses statistiques quantitatives. Elles permettent d'explorer et comprendre des comportements, des représentations et les expériences personnelles d'individus sur un sujet déterminé, en analysant des données issues d'entretiens. Une enquête phénoménologique cherche à explorer comment les individus interprètent le monde et à révéler les explications profondes issues de leur expérience subjective. Cette approche était donc adaptée à ma problématique.

L'étude est fondée sur la réalisation d'entretiens individuels et/ou de groupes puis leur analyse. L'analyse qualitative porte sur des données issues de l'observation directe, d'*entretiens en profondeur à questions ouvertes* et de documents écrits. Bien que les études qualitatives n'établissent pas de preuves généralisables, un bon rapport de recherche offre l'information nécessaire pour que les lecteurs puissent juger du potentiel d'application ou de transfert des résultats à leur propre contexte (47-49) .

4.1.3 Choix des entretiens individuels

Je voulais recueillir les opinions personnelles des médecins généralistes, les entretiens individuels étaient le meilleur moyen de les obtenir. Je ne voulais pas que les discours soient influencés par la présence d'autres personnes, comme cela peut-être le cas avec la méthode de recueil par focus group. De plus les entretiens individuels permettent d'aborder plus confortablement des sujets parfois sensibles. Il est parfois plus délicat de poser des questions relatives à la sexualité en présence d'une assemblée notamment dans le cadre d'un groupe de

discussion (focus group). Et enfin, faire des entretiens individuels confère une caractéristique intéressante : la possibilité d'ajouter des participants tant que la saturation des données n'est pas atteinte (47-49).

4.1.4 Choix des entretiens semi-dirigés

J'ai réalisé un guide d'entretien en amont, comportant des questions ouvertes, afin de procéder aux entretiens semi-dirigés. Le « guide » me permettait surtout de m'assurer que les différents thèmes soient abordés, et non pas d'avoir un questionnaire préétabli. Les questions ouvertes imposaient aux médecins interrogés d'évoquer par eux-mêmes ce qui pouvait être source de difficultés dans la vaccination anti-HPV, sans être orientés par l'interviewer. Il était important de laisser le médecin généraliste s'exprimer à propos de son vécu personnel, conférant également une plus grande valeur dans l'analyse du discours.

Ce guide d'entretien a pu être testé en amont par deux entretiens. Les questions ouvertes étaient bien comprises, et les réponses riches. Ils n'ont pas été analysés car les deux praticiens étaient des connaissances proches. J'ai décidé de garder le guide tel quel. Lors des interviews, des relances et des questions différentes supplémentaires ont pu être posées en fonction du médecin et de ses réponses. L'objectif était d'obtenir le plus d'information possible et de difficultés vécues/ressenties par les médecins.

L'enregistrement permet de dépasser les « impressions » laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas forcément à l'essentiel de ce qui a été dit. Il permet de faire ressortir la parole exacte de l'enquêté. L'analyse pouvant ainsi se faire après écoute et réécoute de l'entretien.

4.1.5 L'échantillonnage

L'échantillon a été constitué par échantillonnage raisonné qui consiste à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats.

Afin de mettre en évidence différents points de vue, l'échantillon doit être diversifié. Cela permet de recueillir des avis de médecins aux caractéristiques différentes, pour rendre compte d'une variabilité de comportements. L'échantillonnage raisonné a permis de s'assurer que les médecins recrutés étaient différents pour certains critères : le genre, l'âge, le fait d'être remplaçant ou installé, le mode et le milieu d'exercice, afin d'obtenir un échantillon hétérogène.

En recherche qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas définie à l'avance. Elle a été définie selon le principe de saturation des données, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de nouvelle idée émergente au cours des entretiens. Afin de confirmer cette saturation, quelques entretiens supplémentaires sont réalisés. Le principe de saturation des données permet de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats (47-49).

4.1.6 Forces de l'étude

Cette thèse étudie une situation qui reflète l'exercice de la médecine générale.

L'échantillon de médecins a été ciblé par rapport à la problématique, ce qui permet de généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes.

Il est bien diversifié, tant par le genre (féminin, masculin), le milieu (rural, semi-rural, urbain) et mode d'exercice (seul, en groupe), que par l'âge, la pratique de la gynécologie (jamais, rare, fréquente, très fréquente), le mode de formation, et pour certains des exercices particuliers de la médecine (DIU de gynécologie, autres DU, Homéopathie...). J'ai également inclus des médecins généralistes remplaçants afin de recueillir les propos de médecins potentiellement plus jeunes et moins expérimentés. La diversité de la population a assuré la richesse du contenu des entretiens.

Le codage de l'ensemble des verbatim a été réalisé par Dr Lefort, médecin généraliste, et moi-même. Cette triangulation du codage participe à la validité interne de l'étude.

La saturation des données a été obtenue à partir du quinzième entretien, et a été vérifiée en réalisant deux entretiens supplémentaires.

D'autre part, les données fournies par les médecins interrogés dans cette étude ont été confrontées à celles issues de la littérature, et sont globalement superposables.

4.1.7 Limites et biais de l'étude

4.1.7.1 Type d'étude

Cette étude qualitative n'est pas une analyse de pratique, elle ne s'appuie pas sur des faits avérés. Il s'agit de représentations et de ressentis des médecins généralistes interrogés, qu'on ne peut pas quantifier. De plus, il est impossible d'être sûr que les médecins font ce qu'ils disent.

Contrairement aux méthodes quantitatives, l'étude qualitative ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. Cependant, en recherche qualitative, l'intérêt se focalise sur la compréhension du phénomène, donc sur le sens des résultats plutôt que sur leur généralisation.

4.1.7.2 Biais de recueil de données-Biais d'investigation

L'une des principales limites de la recherche qualitative est la difficulté pour l'enquêteur de mener des entretiens de façon à recueillir une information complète et pertinente, sans influencer le discours des interviewés. En raison d'une faible expérience, il a été parfois difficile de respecter une totale neutralité notamment quand le médecin interrogé demande son avis à l'enquêteur. Au fil des entretiens, les défauts en tant qu'enquêteur ont disparu. J'ai également remarqué que c'était d'autant plus facile de garder ce cap quand j'enchaînais les entretiens sur une même journée ou sur plusieurs jours d'affilé.

Le fait que l'enquêteur exerce la même profession que la personne interrogée peut entraîner un sentiment de connivence. Cela peut également provoquer une certaine réserve à se confier par peur d'être jugé.

De plus, l'enregistrement des entretiens a pu provoquer une certaine retenue dans l'opinion exprimée par les médecins, et ce quand bien même il leur a été signalé le caractère anonyme de l'entretien. J'ai essayé de limiter ce paramètre en positionnant discrètement le dictaphone, afin de ne pas perturber les médecins. Parfois, les médecins exprimaient certaines idées ou certains ressentis une fois l'enregistreur éteint. Des médecins qui déclaraient ne pas avoir de freins à prescrire le vaccin anti-HPV pouvaient reconnaître certaines difficultés une fois le dictaphone éteint.

L'enregistrement audio ne permet pas d'analyser des attitudes non verbales (langage corporel, silences...). Pour pallier à cela, un enregistrement vidéo aurait pu être réalisé, mais entraîner des refus de participation. L'enregistrement audio avec retranscription intégrale m'a donc paru préférable.

4.1.7.3 Biais d'auto-sélection-Biais de désirabilité sociale

Les médecins généralistes ont décidé de participer à l'étude, ils sont probablement sensibilisés et intéressés par le sujet ; nous n'avons donc pas le ressenti des non-participants

Le biais de désirabilité sociale est un biais qui consiste à se présenter sous un jour favorable à son interlocuteur. Les personnes interrogées ont tendance à répondre dans le sens de l'enquêteur, ou de la profession.

4.2 Discussion des principaux résultats

4.2.1 Perception des médecins généralistes

Notre étude retrouve une majorité d'opinions favorables pour le vaccin anti-papillomavirus de la part des médecins généralistes interrogés au Pays Basque Français. En 2009, peu de temps après son introduction dans le calendrier des vaccinations et son remboursement, 90 % des médecins interrogés dans le Baromètre santé médecins généralistes se disaient favorables à la vaccination contre les HPV et plus d'un sur deux (52 %) le proposaient systématiquement aux adolescentes (50).

Cependant certains médecins de notre étude avaient des avis plus nuancés. Certains ont évoqué un manque de recul et un manque d'informations sur le vaccin et ses effets indésirables potentiels. Deux médecins ont dit être plus suspicieux quant à de potentielles réactions immunitaires s'il existait un terrain familial particulier (antécédents de maladies immunitaires).

En mars 2015, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques) a publié en association avec les ORS (Observatoires Régionaux de la Santé) et les URPS-ML (Unions Régionales des Professions de Santé Médecins Libéraux) une étude sur les Vaccinations : Attitudes et pratiques des médecins généralistes (51). La première vague d'enquête portant sur la vaccination, abordait notamment l'opinion des médecins quant à l'efficacité et aux risques du vaccin contre les infections à papillomavirus humains, leur perception des craintes, connaissances et doutes de leurs patients vis-à-vis de cette vaccination. 59 % des participants ont déclaré que les connaissances manquent sur les risques de ce vaccin et 23 % ont exprimé des doutes quant à son efficacité. Ce dernier résultat pourrait refléter le fait que cette vaccination n'élimine pas totalement le risque d'infection du col de l'utérus, même si elle le réduit très fortement. En effet, au cours de nos entretiens, différents médecins m'ont posé la question « Quel est le pourcentage d'efficacité réelle du vaccin anti-HPV ? ». Cette question, outre le fait d'être le reflet d'un manque de connaissances au sujet de cette vaccination, émet un doute quant à son efficacité. Dans l'étude de la DREES, 45 % des médecins de l'échantillon interrogé recommandent toujours aux jeunes filles de 11-14 ans le vaccin anti-HPV. Selon cette étude, le scepticisme, conséquence notamment des récentes controverses sur les vaccins comme celle liée à la pandémie A/H1N1, est susceptible de contribuer à l'insuffisance de certaines couvertures vaccinales en France. L'enquête montre ainsi que le fait d'exprimer des doutes à l'égard des vaccins est associé à des comportements de recommandations de différents vaccins moins réguliers.

Dans notre étude, les médecins informaient avant tout les jeunes patients et leurs parents sur les intérêts de cette vaccination. Quelques médecins craignant que la vaccination diminue la surveillance par le frottis cervico-utérin, ils avertissaient les patients que malgré la vaccination il fallait débiter et poursuivre les FCU. Le rapport de l'Académie nationale de médecine va dans ce sens : le risque d'introduire une vaccination contre le cancer du col est l'abandon du dépistage par une population féminine qui se penserait protégée contre tous les cancers du col. Par conséquent toutes les recommandations actuelles et les publications sur les vaccins HPV insistent sur la nécessité impérieuse de maintenir fermement le dépistage du cancer du col et de le renforcer. La vaccination et le dépistage demeurent complémentaires. La baisse maximale du nombre de cancers est obtenue en associant dépistage et vaccination avec une couverture de 80% (36).

Le HCSP s'était inquiété, dans ses avis du 11 décembre 2010 et du 22 octobre 2011, du fait que « il est (soit) probable que les jeunes filles qui se font vacciner soient plus souvent celles qui adhéreront ultérieurement au dépistage » et que « l'impact de la vaccination serait d'autant meilleur que cette vaccination concernerait les femmes n'adhérant pas au dépistage ». Il apparaît donc important de pouvoir quantifier la proportion de la population qui reste ainsi dépourvue de toute protection en France. Cette proportion sera d'autant plus élevée que la couverture vaccinale des jeunes filles est faible et que le recouvrement entre dépistage et vaccination est important. Un certain nombre d'étude a montré que les femmes adhérant au dépistage par frottis cervico-utérin étaient des femmes d'un niveau socio-économique moyen à haut. L'HCSP supposait que ce serait ces mêmes femmes qui auraient accès à la vaccination, et que le fait de se faire vacciner n'inquiéterait pas la poursuite des FCU. L'HCSP recommandait alors dans son rapport du 10 juillet 2014, la généralisation rapide de la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur le territoire national et la mise en place de modalités d'administration de la vaccination permettant d'atteindre un pourcentage élevé de jeunes filles, indépendamment de leur niveau social (52).

Certains médecins donnaient l'exemple de l'Australie où l'on vaccine jeunes filles et jeunes garçons, et dont le but est d'éradiquer le HPV et par là même le cancer du col de l'utérus (14). On pense que le Canada et l'Australie pourraient être les premiers pays à éliminer le cancer du col de l'utérus. Dr Marc Brisson, un chercheur canadien et ses collaborateurs ont examiné des données probantes pour évaluer l'incidence de l'immunité collective conférée par le vaccin anti-HPV sur la population ainsi que ses avantages exponentiels. Les chercheurs ont déterminé que l'immunité collective commence à avoir une incidence dès que 20 % des filles sont vaccinées,

et que les avantages croissent avec le taux de couverture. Ils ont conclu que l'élimination du HPV16, HPV18, HPV6 et HPV11 était possible avec un taux de couverture de 80 % chez les garçons et les filles (53).

Les médecins, en particulier les médecins généralistes de ville, jouent un rôle pivot dans la vaccination de la population en France. Plusieurs travaux ont montré l'influence de leurs recommandations sur les comportements de vaccination de leurs patients (54, 55). De nombreux médecins de notre étude n'hésitaient pas à parler de leur expérience personnelle, en disant qu'ils avaient vacciné, ou qu'ils vaccineraient leurs propres filles. De même certains patients leur posaient la question ouvertement, comme un gage de confiance. La relation de confiance entre patient et médecin est importante, elle favorise l'adhésion thérapeutique du patient.

4.2.2 Pratiques des médecins généralistes

Dans notre étude, une majorité des médecins prescrivent le vaccin Gardasil®, par habitude, par antériorité, ou pour sa tétravalence. Une minorité prescrivent indifféremment le Gardasil® ou le Cervarix®. Depuis le 17 décembre 2010, le HCSP considère que le Gardasil® et le Cervarix® sont équivalents en termes de protection contre les lésions précancéreuses du col de l'utérus. Le HCSP souligne par ailleurs que le vaccin quadrivalent a montré une efficacité supplémentaire dans la prévention des lésions dues au HPV de génotypes 6 et 11 (condylomes génitaux et CIN). Concernant le vaccin bivalent, les données actuelles de la science sont en faveur d'une plus grande capacité à induire une protection croisée vis-à-vis d'autres génotypes d'HPV oncogènes que HPV16 et HPV18 (56).

Peu de médecins ont commencé à prescrire le Gardasil 9®, conformément aux dernières recommandations officielles. Ces recommandations sont décrites dans l'avis du Haut Conseil de la santé publique du 10 février 2017 (57) relatif à la place du vaccin Gardasil 9® dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains, il recommande d'initier la vaccination par Gardasil 9®.

La plupart des médecins de notre étude propose le vaccin anti-HPV chez la jeune fille à partir de 11 ans comme recommandé par le HCSP avec la révision de l'âge de la vaccination (58). On constate que l'âge limite de vaccination recommandé est méconnu. Une minorité le proposent aux HSH. Des médecins ne connaissaient pas cette recommandation, et pour d'autres ils ne connaissaient pas l'orientation sexuelle de leurs patients. Une thèse faite en 2017 par Guillaume Dufour (59) à propos de la vaccination anti-papillomavirus des homosexuels en cabinet de médecine générale, retrouve une connaissance de la nouvelle recommandation

vaccinale pour les hommes homosexuels de l'ordre de 19,2% et une non connaissance de 80,8% (147 répondants). Aucune vaccination n'avait été réalisé sur une période d'un an. Au Québec, on utilise l'acronyme HARSAH désignant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, sans égard à leur orientation sexuelle (homosexuel ou bisexuel). Lors de son dernier avis sur la vaccination anti-HPV des HARSAs, le comité d'immunisation du Québec, rappelle que contrairement aux hommes hétérosexuels, les HARSAs ne peuvent pas compter sur l'immunité collective découlant de la vaccination des filles. Outre l'association bien connue entre HPV et cancer du col, l'infection à HPV est responsable d'autres cancers : anus, pénis, cavité buccale, oropharyngé. Au Québec, la prévalence de l'infection anale aux HPV est >60% chez les HARSAs, et très élevée parmi ceux porteurs du VIH (>80%). Près de 20% d'entre eux auraient eu des verrues génitales ou anales au cours de leur vie. Les HSH seraient prêts à dévoiler leur orientation sexuelle ou leurs comportements sexuels homosexuels, mais seulement quelques années après l'initiation de l'activité sexuelle. Les jeunes HSH seraient plus favorables à discuter de leurs activités sexuelles avec un professionnel de santé que les HSH plus âgés (60).

Une majorité de médecins profitent de la période entre 11 et 13 ans du rappel de DTP-ca obligatoire pour vacciner de manière concomitante contre les HPV, ou au moins pouvoir en parler et le prescrire. D'autres ne sentent pas à l'aise de proposer un autre vaccin alors qu'ils viennent déjà pour le DTP-ca, et préfèrent en parler lors de consultations « rapides » telles que les certificats d'aptitude au sport. Selon la thèse de Céline Roussel (61) en 2015, après publication de l'avis du HCSP le 15 janvier 2013, il existe une augmentation significative de 3% du taux de co-délivrance HPV-DTP, DTP-Ca dont +14,4% dans la tranche d'âge 11 et 14 ans.

On constate dans notre étude qu'en dépit d'un avis favorable pour cette vaccination, certains médecins continuent de proposer la vaccination qu'à 14 ans. Il existe un paradoxe entre l'avis favorable des médecins et leur non application des dernières recommandations, qui préfèrent parfois adapter leur pratique à leur convenance. Pour certains médecins il est délicat de proposer la vaccination si jeune, notamment à cause des réticences des parents et patients. Une majorité de médecins sont gênés d'aborder la sexualité avec les jeunes filles, notamment quand les parents sont présents, alors ils ne l'abordent pas. Ils estiment que 11 ans c'est trop jeune pour en parler, qu'elles n'ont pas encore de rapports sexuels. Une enquête de pratique a été réalisée auprès de 500 médecins généralistes en Île-de-France en 2008, sur l'acceptabilité du vaccin contre les papillomavirus humains par les médecins généralistes. Elle rapporte comme freins à

aborder la vaccination anti-HPV en consultation : la difficulté à aborder le thème de la sexualité chez 44,40% de médecins, et la présence des parents décrite comme gênante pour 51,90% des médecins (62).

Une enquête sur les freins à la vaccination contre les infections à HPV auprès des médecins généralistes (étude quantitative transversales, par auto-questionnaires) et des parents (étude qualitative, par entretiens semi-dirigés) réalisée en Martinique entre 2012 et 2013, a été publiée dans le Bulletin de Veille Sanitaire de Janvier 2015 (63). Les principaux freins retrouvés chez les médecins étaient la crainte des effets secondaires, les doutes concernant l'efficacité du vaccin et cette difficulté d'aborder les questions de sexualité. Les hommes avec une ancienneté d'installation élevée étaient plus réfractaires à cette vaccination. Du côté des parents, la révision de l'âge recommandé à 11 ans n'a pas éliminé la connotation sexuelle liée à cette vaccination. Aborder trop précocement une vaccination en lien avec la sexualité représente un véritable frein pour eux. Cet argument est également retrouvé dans d'autres études (64), dans laquelle les mères préféraient débiter la vaccination lors de la puberté ou dès les premières relations sexuelles.

La vaccination n'est plus sous-tendue par la notion de l'âge de début de la vie sexuelle. L'intérêt pratique de la vaccination à 11 ans consiste à pouvoir vacciner les adolescentes avant qu'elles ne soient contaminées par le virus HPV. Le fait de lier la sexualité à la vaccination contre les infections à HPV dans les premières recommandations a été probablement une erreur et se traduit aujourd'hui par la persistance de la confusion engendrée. On peut supposer que par souci de préserver une bonne entente médecin-patient, les médecins n'osent pas aborder la sexualité.

4.2.3 Difficultés rencontrées

-Réticences des patients ressenties par le médecin généraliste

Selon les médecins, les raisons principales de refus à la vaccination anti-HPV sont la peur d'avoir des effets secondaires, le manque de recul et le manque d'information donnée aux patients. L'enquête internationale conduite par les chercheurs du projet « Vaccine Confidence Projet » de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, indique que la France se distingue parmi les 67 pays inclus dans cette étude, par une grande défiance vis-à-vis des vaccins. Cette défiance est essentiellement liée à des interrogations quant à la sécurité des vaccins. En effet, 41% des Français ayant participé à cette étude avancent comme principal obstacle à la vaccination, la crainte des effets indésirables (65).

Cette étude internationale vient aussi conforter une des raisons avancées par les médecins pour expliquer les réticences des patients à se faire vacciner. En effet, certains médecins de notre étude ont parlé de la « culture française » comme d'un frein à la vaccination. De cette étude de 2016 sur l'état de confiance dans les vaccins, il ressort en ce qui concerne la sécurité des vaccins, que les répondants de France (45,2%) suivis de ceux de Bosnie-Herzégovine (38,3%), et du Japon (31,0%) ont le taux le plus élevé de scepticisme (la moyenne mondiale est de 13,0%). Toujours selon cette étude, le sentiment extrêmement négatif à l'égard de la sécurité des vaccins signalé en France s'appuie sur de multiples controverses et sur la méfiance suscitée par les vaccins au cours des deux dernières décennies. Celles-ci incluent des controverses relatives aux effets secondaires du vaccin contre l'hépatite B (66) ; pétition dirigée par un médecin contestant le vaccin hexa-valent pour les nourrissons et le vaccin HPV (67) et l'hésitation des médecins généralistes, près d'un médecin généraliste sur quatre ayant répondu que certains vaccins recommandés par les autorités françaises de la santé publique n'étaient pas utiles (68) et de nombreuses personnes signalant des doutes dans les programmes de vaccination (69). Bien que les niveaux les plus élevés de scepticisme au sujet des vaccins aient été signalés en Europe, il ne faut pas sous-estimer les impacts mondiaux à long terme, comme le rapportent des recherches isolées rapportées sur les influences transnationales du sentiment du vaccin (70, 71).

D'autres part, la crainte de développer des maladies auto-immunes telles que la sclérose en plaques (SEP) est un des gros freins rapporté par les médecins. Comme nous l'avons dit précédemment, la vaccination en France essuie de multiples controverses depuis une vingtaine d'années. Les patients font une analogie entre le vaccin anti-HPV et le vaccin contre l'hépatite B soupçonné un temps d'avoir déclenché des cas de SEP (72). Cette idée est retrouvée dans la thèse de Perrine Bouvret (73), où selon 77,1% des médecins interrogés la polémique autour de la vaccination anti-hépatite B est un obstacle à la vaccination anti-HPV chez les patientes. L'ANSM a mis en place en complément de Plans de Gestion des Risques (PGR) national et européen, une surveillance nationale renforcée au niveau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) de Bordeaux et de Lyon pour le vaccin quadrivalent, et celui de Bordeaux pour le vaccin bivalent. L'ANSM a également mené une étude prospective de cohorte de plus de 2 millions de jeunes filles affiliées au régime général de l'assurance maladie, âgées de 13 à 16 ans, suivies de 2008 à 2013 (74). Il n'a pas été mis en évidence d'augmentation globale du risque de survenue d'une maladie auto-immune chez celles ayant reçu au moins une dose de vaccin anti-HPV comparativement aux non vaccinées. La sclérose en plaques était un

des sous-événements étudiés, parmi les affections démyélinisantes du SNC. L'analyse de cet événement n'a pas mis en évidence une augmentation de risque de SEP après vaccination anti-HPV. Ce résultat est cohérent avec celui observé dans l'étude nordique spécifiquement dédiée à l'étude de cet événement (75).

Une autre difficulté ressentie par les médecins est l'impact des médias. Cette opinion est retrouvée dans deux thèses récentes. Dans l'étude de Sarah Pernic (76) en 2019, les médecins interrogés ont rapporté l'influence négative des médias soulevant des polémiques sur les adjuvants aluminiques. De même dans le travail de Laure Abensur (77) en 2018, les médecins ont soulevé l'impact des médias comme vecteur d'hésitation vaccinale. La surmédiation de ces événements a alimenté les craintes des patients, voire a créé un sentiment de suspicion général. La diffusion récurrente d'informations négatives autour du vaccin anti-HPV et de tous les vaccins fait le lit d'une théorie du complot. Ces patients craignant un complot de l'industrie pharmaceutique, n'ont aucun mal à trouver du grain à moudre, car malgré les nombreuses études rassurantes publiées, les sources d'informations négatives sont omniprésentes. Face à cette situation, le 24 juin 2014, 17 sociétés savantes et associations sanitaires répondent à la polémique engagée contre le vaccin anti-papillomavirus humain par le biais d'un communiqué de presse (78). Elles sont soutenues dans cette action par l'Académie Nationale de Médecine et le Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Au-delà de la perte de chances que cette campagne de dénigrement induit pour les jeunes filles qui ne se vaccineront pas, l'absence de rigueur scientifique des détracteurs du vaccin HPV jette le discrédit sur l'ensemble des programmes de vaccination. Sont ainsi mises en cause la parole des médecins et les décisions des autorités de santé. La confiance que leur accorde la population risque d'en être altérée durablement ». Toutefois, un travail de thèse réalisé en 2016 par Fabien Delforge (79) sur la place des médias dans la relation médecin-malade en médecine générale et l'impact de la médiatisation d'un problème de santé publique montre que la majorité des patients estimaient que les médias ne modifiaient pas les rapports de confiance qui existent avec leur médecin traitant. En 2019, Alix Bourgela (80) a mené une étude qualitative auprès de patients afin de comprendre le ressenti des patients face aux polémiques médiatiques, et d'analyser l'influence des médias dans la relation médecin-patient. Le principal ressenti face à ces polémiques est l'inquiétude ; et les patients développent une méfiance vis-à-vis des médicaments. Le patient se rapproche alors de son médecin afin d'être écouté, et obtenir des éclaircissements appropriés, tout en cherchant à être rassuré. Un renforcement de la confiance accordée aux médecins est ainsi observé de la part des patients.

Deux médecins de notre étude ont parlé de l'influence des professionnels paramédicaux dans les choix vaccinaux des patients. Selon eux beaucoup d'infirmiers seraient contre les vaccins. Je n'ai pas retrouvé cette idée dans la littérature. Leur proximité avec les patients leur confère une certaine confiance et les patients se fient à eux. Quel que soit le vaccin, la force de la recommandation du médecin ou de l'infirmière peut influencer sur la décision d'un parent de faire vacciner son enfant ou de recevoir lui-même le vaccin (81, 82). En 2017, une enquête auprès des infirmiers libéraux ou salariés de la région PACA a été menée afin de comprendre la perception et les pratiques des infirmiers quant aux vaccins. Cinq infirmiers sur dix y déclarent être plutôt favorables à la vaccination en général. Quatre infirmiers sur dix sont considérés comme hésitants. Près de 6 infirmiers sur 10 considèrent plutôt ou tout à fait probable un lien entre le vaccin contre l'hépatite B et la survenue d'une sclérose en plaques. Ils se méfient également de la présence d'aluminium dans les vaccins, et du vaccin anti-HPV. De plus, 13 % des infirmiers estiment probable un lien entre autisme et vaccin rougeole, et 40 % ne savent pas si ce lien existe ou non. Au total, la proportion des infirmiers considérant que les vaccins (hépatite B, HPV, rougeole) et l'utilisation aluminium comme adjuvant sont sûrs s'établit entre 7 % et 21 %. Ce constat reflète probablement, un manque de formation des infirmiers dans le domaine de la vaccination (83). Dans sa thèse, Mathilde Vigroux Massol retrouve chez les professionnels de santé une couverture vaccinale anti-grippale de 17,5 %, dont 73 % pour les médecins généralistes, 41 % pour les médecins d'autres spécialités, et 11 % pour les autres professionnels (sages-femmes, dentistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes...). Les freins étaient : une préférence de l'homéopathie, une crainte des composants du vaccin, ne pas se sentir concerné par les recommandations, l'oubli, et penser que le vaccin est inefficace (84).

Un autre frein mis en évidence dans notre étude est la crainte des parents que cette vaccination incite leurs filles à avoir une vie sexuelle précoce, frein également retrouvé dans la littérature nationale dans la thèse de Arielle Saint-Ange (85), et dans la littérature internationale : les parents ont peur que cela incite leurs filles à avoir des relations sexuelles et que se sentant protégées elles multiplient les partenaires (86-88). Mais deux études Américaines ont montré que chez les filles vaccinées contre le HPV, il n'y avait pas d'augmentation des marqueurs cliniques d'activité sexuelle. Elles n'étaient pas plus susceptibles d'avoir des maladies sexuellement transmissibles ou de tomber enceinte (89,90).

La présence des parents est un frein indéniable à la vaccination anti-HPV. En plus de la gêne autour de l'abord de la sexualité, leur présence risque de les mettre en désaccord voir en conflit

avec leur fille selon l'avis de certains médecins. Même si les jeunes filles sont d'accord, mais que les parents sont contre, les parents ont le dernier mot.

Parmi les arguments de refus, certains parents ne voudraient pas choisir à la place de leur enfant, motif également invoqué dans la thèse de Delphine Rezola (91) en 2014 à propos du vaccin contre la rougeole « Enfin ils souhaitent laisser à leur enfant la liberté de choisir pour eux-mêmes s'ils veulent être vaccinés ou non. Ils ne veulent pas se substituer à cette décision qu'ils jugent personnelle. » . Dans cette logique de choix, certains patients ne se sentiraient pas libres de choisir par eux-mêmes. Mais tous les médecins interrogés ont dit respecter le libre choix du patient.

A contrario un autre frein retrouvé est le fait que le vaccin ne soit pas obligatoire. Il existe dans le calendrier vaccinal des vaccins obligatoires et des vaccins recommandés. Ceci est retrouvé dans l'étude sur l'obligation vaccinale publié dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire en 2017 (92) : le caractère recommandé d'un vaccin lui confère une dimension facultative, avec une remise en question en termes d'utilité, d'efficacité et d'innocuité. Le caractère obligatoire d'une vaccination semble avoir un effet positif sur sa perception. Les entretiens ont montré que l'obligation était associée à une perception de l'engagement de l'État. L'obligation témoignerait de l'intérêt des autorités politiques et sanitaires pour la vaccination. Cette association entre obligation et responsabilité des pouvoirs publics semble générer une confiance, et cette perception positive joue un rôle sur la dimension non délibérative de la décision vaccinale, identifiée dans un travail de recherche au Royaume-Uni en 2016 (93).

Pour un certain nombre de médecins, ne pas vacciner tous les garçons peut créer une stigmatisation d'une certaine partie de la population : des jeunes filles qui seraient jugées comme filles à partenaires multiples, et des jeunes HSH qui seraient stigmatisés également. Cette idée est retrouvée dans la thèse de Sacha Mesnard (94) qui soulève la difficulté à sensibiliser la population cible du fait du tabou de la sexualité et le caractère potentiellement stigmatisant de la recommandation. « Toute intervention de santé publique visant une population particulière comporte un risque de stigmatisation de cette population. » (60) . Il existe un risque théorique de stigmatisation dû à la traçabilité de la vaccination (95). Quatre pays recommandent la vaccination pour tous : les Etats-Unis, l'Australie, le Canada et l'Autriche.

Une hypothèse très personnelle retenue par un des médecins interrogé est que certaines mères inconsciemment ne voudraient pas donner cette chance à leurs filles alors qu'elles-mêmes ne

l'ont pas eu. Dans l'enquête faite en Martinique (63) parmi les freins de l'ordre de la représentation, la transmission de l'expérience parentale a de l'importance aux yeux des parents. Trois mères expliquaient leur réticence par le fait de ne pas avoir été elles-mêmes vaccinées contre le cancer du col de l'utérus.

Ces freins sont retrouvés dans la thèse de Marie Segailat (96), étudiant de manière qualitative les freins à la vaccination contre les papillomavirus auprès d'adolescentes âgées de 16 à 18 ans non vaccinées contre les HPV grâce à des entretiens semi-dirigés. Elle met en exergue notamment le manque de connaissance par défaut d'information, et la peur des effets secondaires due à la médiatisation péjorative des vaccins HPV. Dans sa thèse, les adolescentes ont également rapporté comme facteurs limitants : l'avis défavorable des médecins sur les vaccins HPV et le report de la vaccination, due aux difficultés d'aborder le sujet de la sexualité ou aux difficultés d'observance.

-Freins du côté des médecins

Parmi les facteurs limitant la prescription du vaccin anti-HPV dans notre étude, il y a le manque de temps pour l'aborder, retrouvé dans plusieurs études (97-100). Selon l'avis de la majorité des médecins, il s'agit d'une consultation chronophage, il manque une consultation dédiée.

Selon les médecins interrogés les jeunes patients préadolescents et adolescents consultent peu, ce qui évidemment limite la possibilité de parler du vaccin et de le prescrire. Cependant, selon le baromètre santé 2010 (101) sur les comportements de santé des jeunes de 15 à 30 ans, dans l'année, 8 jeunes sur 10 (79,2 %) de 15 à 30 ans ont consulté au moins une fois un médecin généraliste, dont 75,8% chez les 15-19 ans. Le médecin généraliste demeure le professionnel le plus consulté. Les médecins ou infirmières scolaires semblent peu consultés : 40,3 % des scolarisés ou étudiants y ont eu recours au moins une fois dans l'année. C'est à l'adolescence que le recours au médecin libéral est le moins fréquent, 8% des consultations sont pour des adolescents alors qu'ils représentent 13% de la population (102). Ils déclarent peu de troubles de santé. Les motifs de consultations sont en majorité des pathologies bénignes (rhinites, bronchites...), des maladies de peau, des traumatismes ou des certificats.

Certains médecins ont dit oublier de l'évoquer, ils n'y pensent pas systématiquement, d'autant plus si le patient n'a pas son carnet de santé avec lui. La mise en route du Dossier Médical Partagé (DMP), avec un véritable carnet de santé numérique devrait améliorer les méconnaissances de statut vaccinal. Cet oubli est retrouvé dans d'autres travaux (103). Le manque de sensibilisation au sujet de ce vaccin par défaut de médiatisation positive, ou par

manque d'informations et de formation des médecins, jouent un rôle important. En 2016, la SFMG (Société française de médecine générale) publie l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination des médecins généralistes français) (104) dont les deux objectifs sont de comprendre les représentations des MG (médecins généralistes) par rapport à la vaccination et prédire l'engagement des MG dans la vaccination. Le fait d'oublier une vaccination ou au contraire l'avoir intégrée à ses habitudes, et l'intérêt qu'ils portaient ou non au sujet de la vaccination, influençaient leurs pratiques quotidiennes.

De même le fait d'avoir une patientèle plus âgée, et/ou avoir plus d'hommes, sont des facteurs limitant la vaccination anti-HPV, malgré le médecin. Le fait d'être une femme médecin, qui plus est pratiquant la gynécologie sont facilitant dans la prescription et la vaccination selon certains médecins. Ces données sont retrouvées dans l'étude DIVA (104) : les caractéristiques de la patientèle, variables selon la localisation géographique des médecins et l'orientation éventuelle de la médecine pratiquée (gynécologie), influençaient différemment la vaccination.

Deux médecins ont dit avoir des doutes, et se méfier de potentielles maladies auto-immunes. Ces doutes de la part des médecins sont retrouvés dans la plupart des études à ce sujet (67, 105). Les professionnels de santé ont été imprégnés par les polémiques vaccinales, par la médiatisation négative, tout comme la population générale. Bien que les médecins soient des scientifiques, formés pour décrypter les informations, et savoir en chercher des probantes, ils restent des individus avec leur propre ressenti.

Un médecin a constaté un malaise suite à l'injection. En général, des évanouissements peuvent survenir après toute vaccination, le plus souvent chez les adolescents et les jeunes adultes (106). Afin d'éviter des blessures sérieuses liées à une réaction de syncope, les personnes vaccinées contre le HPV doivent demeurer en observation durant une période de 15 minutes après l'administration du vaccin.

4.2.4 Attitudes en cas de réticences ou de refus

Conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, introduite dans le Code de la santé publique, il est prévu à l'article L 1111-4 alinéa 1 que : «Toute personne prend avec le personnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit les décisions concernant sa santé ». Il est également mentionné à l'alinéa 3 de ce même article que « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix » (107) . Le patient doit bénéficier d'un

consentement libre et éclairé ayant son droit au refus. Tous les médecins interrogés ont admis que le choix du patient doit être accepté, que ce soit une adhésion ou un refus.

La majorité des médecins acceptent les réticences des patients, ils s'assurent de la bonne compréhension des informations données, ils proposent aux patients de réfléchir, de prendre le temps de la réflexion, d'en discuter à trois (enfant, mère et père), et de revenir les voir. Cette attitude de la part des médecins est retrouvée dans la thèse de Ioana Farcas Muntean (108) où la stratégie des médecins devant une patiente réticente est de réexpliquer, laisser du temps et en reparler plus tard.

L'INPES a publié un guide de vaccination 2012, dans lequel il y a des conseils pour aider les médecins face à un refus vaccinal (109). Il y est conseillé aux médecins d'évaluer préalablement les connaissances du patient, d'appréhender sa perception du vaccin, et notamment de repérer des signes de réticences au travers de ses propos ou ses attitudes. Après cet état des lieux, le médecin peut donner des informations et des explications ayant pour finalité de promouvoir l'intérêt du vaccin tant en ce qui concerne son aspect préventif que le rapport bénéfices/risques en faveur de celui-ci. Enfin, il est recommandé de s'assurer de la compréhension des informations données et d'éventuelles autres questions. Dans notre étude, peu de médecins évaluent les connaissances et les représentations des patients avant d'aborder le sujet. Certains n'y pensent pas, d'autres estiment que les patients ne connaissent pas ou peu le vaccin anti-HPV et que c'est donc leur rôle de les informer. Dans son étude Pauline Lelevé (110) s'est intéressée aux connaissances des adolescentes au sujet des infections HPV et la vaccination anti-HPV. 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.

Nombreux sont les médecins qui admettent parler plus qu'ils n'écoutent. Ils argumentent beaucoup. Est-ce la meilleure attitude à adopter ? Céline Brimbeuf (111) dans son travail de thèse en 2019 a étudié l'apport de l'entretien motivationnel dans une consultation de médecine générale pour améliorer l'acceptabilité de la vaccination contre le papillomavirus. Il ressort de son étude une meilleure acceptabilité vaccinale dans le groupe ayant bénéficié d'un entretien motivationnel avec 58% (n=7) de parents favorables à la vaccination, 17% (n=2) de défavorables et 25% (n=3) d'indécis. Les parents n'ayant pas bénéficié d'un entretien motivationnel, étaient 39% (n=7) à être favorables à la vaccination, 11% (n=2) à ne pas être favorables et 50% (n=9) à être indécis.

En cas de refus, certains médecins insistent sur l'intérêt principal du vaccin qui réside dans la prévention d'un « cancer », ils réexpliquent les risques, ils donnent des chiffres. Ils parlent d'études rassurantes, de l'innocuité du vaccin, ils reprennent l'exemple de pays comme l'Australie. Ils leur parlent de l'enjeu de santé publique. Ils n'hésitent pas à affirmer aux patients leur position en faveur du vaccin et de la vaccination en général. L'objectif des médecins est de rassurer les patients les plus réticents. Pour appuyer cette opinion, certains médecins font même référence à leur expérience personnelle concernant la vaccination de leurs filles ou petites-filles. Dans l'étude française déjà citée précédemment sur l'attitude des médecins généralistes à propos de la vaccination anti-HPV, un des facteurs les plus associés à la recommandation peu fréquente de ce vaccin par les médecins généralistes était une décision de ne pas vacciner sa/ses propre(s) fille(s) avec ce vaccin (67).

Certains médecins orientent les patients vers un confrère gynécologue afin d'appuyer l'intérêt de la vaccination anti-HPV et avoir des informations complémentaires. Dans une étude sur les perceptions, attitudes et pratiques de gynécologues de Rhône-Alpes, parmi les 52 répondants, 90,4% des gynécologues ont exprimé un avis favorable sur la vaccination contre le HPV, 5,8% étaient incertains et 1,9% étaient contre. La principale justification d'un avis incertain ou opposé était l'introduction trop récente du vaccin. Un total de 87,5% des répondants ont déclaré avoir discuté du frottis avec des filles vaccinées âgées de 14 ans et 12,5% de la prévention des IST (112).

Pour d'autres médecins, ce vaccin n'est pas primordial, alors ils n'insistent pas.

Des médecins finissent par abandonner.

L'Evidence-Based Medicine prend tout son sens dans cet échange entre médecin et patient autour d'un sujet rendu « sensible » : la vaccination anti-papillomavirus humain. Les études récentes attestent de l'efficacité et de l'innocuité vaccinale. Cependant le médecin a son ressenti propre, fruit d'une expérience professionnelle et personnelle. Un médecin pratiquant la vaccination anti-HPV depuis 10 ans sans anicroche, et un médecin ayant des doutes et peu de pratique, n'auront pas la même attitude face au patient réticent. La médecine fondée sur les (niveaux de) preuves ou médecine factuelle (Evidence-Based Medicine) est un concept apparu dans les années 1980. D'abord méthode d'enseignement, elle a été intégrée à la pratique médicale. On tend ainsi à utiliser le terme d'EBHC (Evidence-based health care), dans une perspective plus large de gestion médicalisée du système de soins. La médecine fondée sur les preuves est une démarche qui consiste à intégrer lors de la prise de décision médicale : les

données les plus actuelles de la science, issues de la recherche; l'expérience du praticien ; et les besoins et la demande du patient. L'abord de la vaccination anti-HPV est d'autant plus complexe que le médecin se retrouve face à un patient, et ses parents.

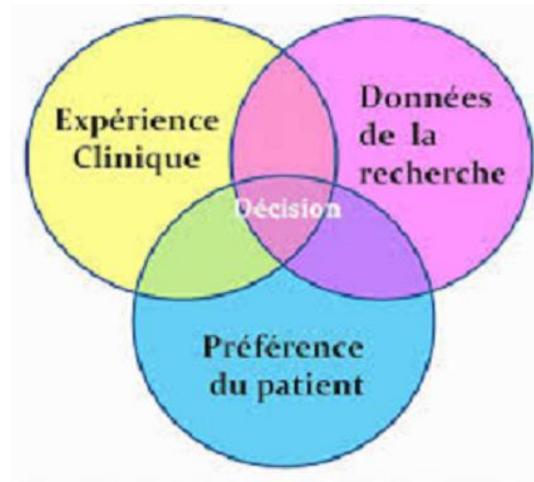


Figure 4 : Evidence Based-Medicine

4.2.5 Propositions des médecins généralistes afin d'améliorer la couverture vaccinale

Les freins soulevés par notre étude sont au niveau des parents, des jeunes patients, et des médecins. Afin de réussir un programme vaccinal, il apparaît important d'agir auprès de ces trois protagonistes.

Pour les médecins généralistes interrogés, il est important d'informer et éduquer les patients, ainsi que contrecarrer certaines fausses idées. Ceci est retrouvé dans la thèse de Camille Petit (113) étudiant les freins à la vaccination anti-HPV, où il est rapporté par les médecins interrogés l'importance d'informer les patients. L'éducation du patient peut ainsi être considérée, au sens large, comme une éducation pour la santé dirigée vers des personnes ou groupes engagés dans une relation de soins (114). La place symbolique du patient face au médecin détenteur d'informations a évolué dans le temps. Le patient d'aujourd'hui est multi-renseigné, il s'intéresse et participe à la promotion de sa santé, il est acteur. Il découle de ce changement de statut certaines difficultés telle que l'inconfort du soignant face à un patient en désaccord.

« Il me paraît essentiel, comme dans toute relation éducative, d'admettre le conflit, de reconnaître l'altérité, d'éviter la fusion. » Dr Brigitte Sandrin Berthon (115).

Afin de pouvoir informer les patients de manière efficiente et répondre à leurs questions, selon certains médecins interrogés, il est important d'informer, former et sensibiliser les médecins

généralistes au sujet de la vaccination anti-papillomavirus. Dans cet objectif-là, il serait intéressant de favoriser et diffuser l'outil EBM, afin que les médecins ayant peu de connaissances sur le sujet, sachent où trouver des sources récentes fiables. Une publication canadienne de 2017, propose une nouvelle trousse à outils permettant aux professionnels de santé de trouver facilement des ressources de haute qualité fondées sur les preuves en temps opportun (116). Dans le Bulletin de l'Académie nationale de médecine du 6 mars 2012 sur les refus des vaccinations, les recommandations en vue d'améliorer cette couverture vaccinale viennent corroborer les suggestions des médecins interrogés (117) :

1-**Former ceux qui informent sur les vaccins** : les médecins mais aussi les autres professions de santé au contact des patients : infirmiers, sages-femmes, pharmaciens.

2 -**Informer le grand public**, en commençant par régénérer l'enseignement des sciences à l'école. En France l'éducation pour la santé est dévolue à l'Institut national d'éducation et de prévention pour la santé (INPES). Son site regroupe de nombreux documents sur la vaccination. Il existe une plaquette, sur les vaccinations en général, éditée par l'INPES que les médecins peuvent commander (109) . Il n'y a pas de documentation ciblée sur le vaccin anti-HPV sauf celle éditée par les laboratoires. Une récente publication américaine donne une liste de sites Internet à recommander aux parents hésitants ou se posant des questions (118). D'autre part, des campagnes d'information grâce aux médias seraient souhaitables. Internet et les réseaux sociaux ont pris une place importante dans la vie des gens, l'information qui y circule est souvent sous influence anti-vaccinale, comme le montre une thèse récente sur le sujet (119). Une description des anti-vaccins faite par les journalistes et certains médecins leur donnaient une image négative, rappelant leur forte mobilisation grâce aux réseaux sociaux.

3- **Des mesures relevant de la Santé publique et du politique.**

En termes de santé publique, les médecins de notre étude suggèrent de faire de la prévention en milieu scolaire et une consultation de prévention de l'adolescent, retrouvés dans la littérature (120). Une consultation dédiée à la vaccination anti-HPV est souhaitable pour un grand nombre de médecins, qui permettrait d'aborder le vaccin, la sexualité, les IST. En France, il existe une consultation dédiée à la contraception, sans avance et protégée par le secret professionnel avec un médecin ou une sage-femme, une fois par an, mais pour les jeunes filles âgées d'au moins 15 ans ce qui est assez tardif. En mars 2019, l'Assurance Maladie a édité le nouveau calendrier des 20 examens de suivi de l'enfant et de l'adolescent, consultations prévues en 1/3 payant, avec une consultation entre 11-13ans et une consultation entre 15-16 ans (121). Ces deux

dernières consultations sont présentes dans le dernier carnet de santé 2018 (122), avec un petit questionnaire d'évaluation clinico-psychologique, ce pourrait être l'occasion d'une première approche. Il existe également dans ce carnet une case spécifique au vaccin contre les HPV « recommandé ». Cependant, au cours d'une consultation de pré-adolescent et d'adolescent il y a tellement de sujets à aborder qu'y rajouter celui de la vaccination anti-HPV semble lourd et inadéquat. Une consultation dédiée à cela, où le jeune patient pourrait être informé de manière optimale, et poser des questions serait plus appropriée. Le fait de voir les jeunes patients sans leurs parents est plébiscité par certains médecins. Il est suggéré dans ce dernier carnet de santé qu'une partie de ces deux consultations s'effectue sans la présence des parents.

La prévention avec vaccination systématique en milieu scolaire a été adoptée par d'autres pays : l'Australie, le Canada, la Suède, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande. Nathalie Bouniols (123) par son travail de thèse en 2016 a évalué le premier programme de vaccination (schéma vaccinal complet de deux doses) contre les HPV organisé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie. Sur un public-cible de 1955 filles, 42 % ont été vaccinées, après accord parental indispensable. Le programme a permis une économie de 95 euros par fille vaccinée. Malgré l'intervention des lobbies anti-vaccinaux, cette première campagne a permis de multiplier par presque 10 le taux global de couverture vaccinale du public-cible, avec une efficacité supérieure à celle de la vaccination opportuniste, tout en la proposant de manière plus égalitaire.

Dans la continuité de ce qui est fait actuellement en Australie, ou au Canada, une majorité de médecins pensent qu'il faudrait vacciner également tous les garçons. Cette opinion est retrouvée chez certains médecins de l'étude de Camille Petit (113). Le vaccin tétravalent est indiqué chez les sujets masculins de 9 à 26 ans aux États-Unis et au Canada. L'Australie a également étendu son programme national de vaccination aux garçons en février 2013. Cette pratique fait suite à une étude internationale incluant 4 055 sujets masculins concluant à une très bonne efficacité du vaccin sur la prévention des lésions anales précancéreuses de haut grade (AIN2+) et les verrues génitales externes (124). En mars 2019 en France, une pétition de 50 sociétés savantes et syndicats médicaux ont lancé un appel solennel aux pouvoirs publics pour une vaccination massive contre le papillomavirus : «vaccination universelle gratuite ou remboursée, sans distinction de sexe ou de risque» (125).

En France, l'avis du HCSP ne recommande pas cette extension aux garçons pour le moment, notamment parce que l'intérêt médico-économique n'est pas établi. Il rappelle également que l'augmentation de la couverture vaccinale des jeunes filles reste la priorité pour la prévention des maladies liées à l'infection par les HPV et qu'une couverture vaccinale élevée chez les

femmes procure une protection indirecte chez les hommes hétérosexuels (126). Une étude Australienne publiée en 2011 va dans ce sens (127).

Enfin, trois médecins proposent que le vaccin anti-papillomavirus devienne obligatoire. Comme nous l'avons dit plus haut, le caractère recommandé confère au vaccin une dimension facultative, avec remises en question en termes d'utilité, d'efficacité et d'innocuité. Le caractère obligatoire semble avoir un effet positif sur sa perception. La vaccination obligatoire est le meilleur moyen d'augmenter la couverture vaccinale anti-HPV pour 40% des parents italiens d'une étude menée par Palmeri (128). Cependant, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a émis la crainte que l'obligation vaccinale par son caractère autoritaire ne renforce la défiance et la suspicion d'une partie croissante de la population. L'obligation ne permet en rien de restaurer la confiance dans les vaccins. Le CNGE estime que l'obligation est contradictoire avec les notions d'approche ou de démarche centrée patient, par ailleurs promues par la HAS, et avec les principes éthiques d'autonomie. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a consacré le caractère prioritaire du choix du patient éclairé et conseillé par le médecin (Article 1111-4 du Code la santé publique) (129).

4.3 Perspectives de recherches et de modifications des pratiques

Les médecins interrogés ont déclaré parler plus qu'ils n'écoutaient, et ils argumentaient beaucoup. Les arguments utilisés par les professionnels de la santé, convaincus des bienfaits de la vaccination, restent parfois sans effet ou semblent même entraîner plus de résistance. Il est reconnu que plus une personne élabore ses propres arguments, plus elle se convainc elle-même. Le médecin risque donc d'être encore plus convaincu des bienfaits de la vaccination et le patient, de s'opposer davantage. La relation médecin-patient devient alors frustrante pour les deux parties (130). Ne faudrait-il pas modifier les pratiques ? Face aux réticences des patients, l'entretien motivationnel (EM) pourrait être une bonne méthode pour les guider dans un processus de changement de comportement. L'intention est de renforcer la motivation de la personne pour la soutenir dans son cheminement. L'entretien repose sur l'empathie, l'absence d'argumentation, l'exploration de l'ambivalence, le respect de l'autonomie. Le médecin posera alors plutôt des questions ouvertes afin d'ouvrir le dialogue, puis valorisera le patient, écoutera de manière réflexive, puis résumera l'entretien (130,131). Dans une étude de revues sur l'impact de la communication vaccinale des professionnels de santé, l'EM était identifiée comme la technique la plus efficace pour lutter contre l'hésitation parentale au vaccin anti-HPV. Les taux de vaccination parmi les praticiens ayant reçu la formation à l'EM étaient nettement

plus élevés que chez ceux utilisant les méthodes habituelles (132). Dans sa thèse Hugo Hours (133) dresse un état des lieux en France de la formation à l'EM durant le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale. 91% des DMG ont répondu au questionnaire. L'EM était enseigné dans 81% des DMG interrogés. Cette enquête nationale montre l'intérêt grandissant de l'EM dans l'enseignement du DES de médecine générale.

Il serait donc intéressant d'utiliser un langage bref, fort et non ambigu pour introduire le vaccin contre le HPV, suivies de techniques de communication plus nuancées, telles que les entretiens motivationnels, en cas de réticences ou d'hésitation vaccinale. Les recherches futures devraient continuer à exploiter la grande quantité d'expertise et de données existant dans le domaine des sciences sociales en matière de prise de décision afin de l'appliquer à la promotion du vaccin anti-HPV.

5. CONCLUSION

Malgré l'importance des enjeux de santé publique liés à la vaccination anti-HPV, la couverture vaccinale reste insuffisante en France. Les médecins généralistes jouent un rôle central dans sa diffusion. Il paraissait important d'explorer les difficultés auxquelles ils sont confrontés aujourd'hui.

Plusieurs études quantitatives ou qualitatives retrouvent des résultats proches des miens. Les médecins généralistes sont majoritairement favorables. Cependant, pour certains ce n'est pas un vaccin primordial. Pour d'autres médecins, il existe un manque de recul et un manque d'informations sur les effets indésirables concernant ce vaccin. Une minorité émet des doutes quant à de potentielles conséquences immunitaires.

Les pratiques de certains médecins ne sont pas conformes aux recommandations. Cette inadéquation peut s'expliquer par une difficulté à aborder le thème de la sexualité avec des jeunes filles âgées de 11 ans, en présence des parents ; mais aussi par les freins propres au médecin généraliste : un manque de temps, un sujet chronophage, l'oubli de l'évoquer. L'utilisation du DMP permettrait d'avoir un regard sur le statut vaccinal, et ainsi favoriser la promotion du vaccin. D'autre part, peu de médecins sont au fait de l'indication de vacciner les jeunes HSH, et de proposer le Gardasil 9® en premier lieu.

De l'avis de tous les médecins interrogés, la vaccination anti-HPV est un sujet complexe et compliqué à aborder et à mettre en place.

Ils se retrouvent face à des patients craignant plus les effets secondaires potentiels que la maladie elle-même. Cela peut paraître étrange, mais la France le pays de Louis Pasteur et du vaccin contre la rage, est le pays le méfiant au monde quant à la vaccination. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elle connaisse depuis 20 ans des polémiques autour des vaccins (contre l'hépatite B, contre la grippe H1N1, le ROR). La surmédiation de ces affaires ainsi que d'autres informations négatives véhiculées par les médias, internet et les réseaux sociaux alimentent les peurs des gens.

Il apparaît un manque d'information des jeunes patients et des parents. Les parents assimilent la vaccination anti-HPV à la sexualité, ils craignent que vacciner leurs filles les précipite dans une vie sexuelle précoce.

Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié par les patients, améliorer leur formation

dans ce domaine leur permettrait de mieux faire face aux réticences des patients et à leurs questionnements. Afin que les patients aient plus facilement accès à de meilleures informations, les médecins interrogés pensent qu'il faudrait des campagnes d'information et avoir une visibilité via internet et les réseaux sociaux avec de l'information de qualité. La prévention en milieu scolaire et la mise en place d'une consultation dédiée chez le médecin permettraient de sensibiliser les jeunes patients à cette vaccination qui les concerne eux.

Une des propositions faite par les médecins généralistes est de rendre le vaccin anti-papillomavirus obligatoire. Le caractère obligatoire semble avoir un effet positif sur sa perception, à contrario le vaccin recommandé serait vu comme facultatif et non nécessaire. Cela semble difficile à appliquer à l'heure actuelle, et est-ce la meilleure solution ?

À l'instar de pays comme l'Australie, le Royaume-Uni ou le Canada, les médecins plébiscitent la vaccination anti-HPV pour tous les garçons au même âge que les filles. Cinquante sociétés savantes, académies, collèges scientifiques, syndicats médicaux et associations de patients ont lancé un appel en ce sens en mars 2019.

D'un autre côté, mon travail de recherche a permis de constater : l'impact négatif qu'auraient les infirmiers dans le choix vaccinal, et le fait que les médecins argumentent plus qu'ils n'écoutent. Cela suggère que la formation des médecins mais aussi des infirmiers doit être renforcée, et que le mode de communication est à revoir. L'entretien motivationnel semble efficace dans la promotion du vaccin anti-HPV, il serait intéressant que d'autres études soient faites à ce sujet et que les médecins soient formés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut national du cancer. Papillomavirus et cancers. Etats des lieux et des connaissances. Fiches repères. Mai 2018 [Internet]. INCA ; 2018 [Consulté le 08 déc 2018]. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/content/download/240202/3301879/file/Papillomavirus_et_cancer_mel_20180704.pdf
2. Haute Autorité de santé. Cancer du col de l'utérus : une meilleure couverture vaccinale et un dépistage renforcé restent la priorité [Internet]. HAS; 2017 [Consulté le 08 déc 2018]. Disponible sur: 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
3. Organisation Mondiale de la Santé. Centre des médias/ Principaux repères/ Détails/ Infections sexuellement transmissibles [Internet]. OMS ; 2019 [Consulté le 24 août 2019]. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
4. Aubin F, Guerrini J.F. Aspects cliniques bénins de l'infection à papillomavirus humains (HPV). Bulletin de l'académie nationale de médecine. 2007 ; 191 (3) : 585-599.
5. Santé publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. Santé publique France ; 2019 [Consulté le 17 août 2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/donnees/#tabs>
6. Jacquard A.C, Denis F, Prétet J.L, Aubin F, Pradat P, Riethmuller D. Distribution des génotypes de papillomavirus humain (HPV) dans les lésions génitales en France: études EDiTH. Bull Epidemiol Hebd. 2009 ; (29) 313-7.
7. Haute autorité de santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Rapport de juin 2013. [Internet]. HAS ; 2013 [Consulté le 24 août 2019] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1637239/fr/actualisation-du-referentiel-de-pratiques-de-l-examen-periodique-de-sante-eps-depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
8. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances. Actualisation 2008 [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé ; 2008 [Consulté le 13 déc 2018]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cancer_col_uterus_connaissances.pdf
9. Shield KD, Micallef CM, Martel C de, Heard I, Megraud F, Plummer M, et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to infectious agents: a systematic review and meta-analysis. Eur J Epidemiol. 2018; 33(3):263-74.
10. Transmission papillomavirus humain [Internet]. Crips Ile-de-France [Consulté le 13 déc 2018]. Disponible sur : <http://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/papillomavirus-humain-cancers/mode-transmission-hpv.htm>

11. Gouvernement du Canada. Fiche technique santé-sécurité : Agent pathogène-Virus du Papillome Humain [Internet]. Agence de la santé publique du Canada ; 2010 [Consulté le 13 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-papillome-humain.html>
12. Burd, E.M. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clinical Microbiology Reviews*. 2003; 16(1): 1-17.
13. Bibliomed. HPV et cancers: quels liens ? [Internet]. UNAFORMEC ; 2016 [Consulté le 14 déc 2018]. Disponible sur : www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/803_HPV%20Cancers.pdf
14. Prescrire Rédaction. Histoire naturelle des cancers du col de l'utérus. *Revue Prescrire*. 2010 ; 39(317) :195.
15. Blake J. L'élimination du cancer du col de l'utérus de notre vivant. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Déc 2018; 40(12):1558-1560.
16. Institut national du cancer. Patients et proches/ Les cancers/ Cancer du col de l'utérus : lésions précancéreuses/ Traitements des lésions précancéreuses [Internet]. INCA ; 2011 [Consulté le 05 août 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Lesions-precancereuses/Traitements-des-lesions-precancereuses>
17. ANAES. Recommandations pour la pratique Clinique. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002 [Internet]. HAS ; 2002 [Consulté le 04 août 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_456890/fr/frottis-cervico-uterin-2002-recommandations-pdf
18. Kyrgiou M, Athanasiou A, Paraskevaïdi M, Mitra A, Kalliala I, Martin-Hirsch P, et Al. Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2016; (354):i3633.
19. Institut national du cancer La vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humain (HPV) pour prévenir le cancer du col de l'utérus [Internet]. INCA ; 2018 [Consulté le 20 déc 2018]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Agents-infectieux/Prevenir-le-cancer-du-col-de-l-uterus>
20. Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PPL, Mustafa RA, et Al. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;8:CD008587.
21. Haute Autorité de Santé. Feuille de route. Evaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et place du double marquage immuno (p16/Ki67) [Internet]. HAS ; 2017 [Consulté le 21 déc 2018]. Disponible sur : https://webzine.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2806354

22. Société canadienne du cancer. Information sur le cancer / Diagnostic et traitement / Tests et interventions / Test de dépistage du VPH [Internet]. Société canadienne du cancer [Consulté le 21 déc 2018]. Disponible sur : <https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/tests-and-procedures/hpv-test/?region=qc>
23. Haute Autorité de santé. Synthèse de la recommandation en santé publique. Évaluation de la recherche des papillomavirus (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/ki67. Juillet 2019 [Internet]. HAS ; 2019 [Consulté le 05 août 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3068949
24. Launay O. Prix Nobel de Médecine 2008 (Harald zur Hausen) : Papillomavirus et cancer du col de l'utérus [Internet]. Inserm ; 2008 [Consulté le 23 déc 2018]. Disponible sur : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6322/MS_2008_11_981.html?sequence=7&isAllowed=y
25. Vidal. Cervarix [Internet]. VIDAL [Consulté le 23 déc 2018]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/Medicament/cervarix-82527.htm>
26. MesVaccins.net. Cervarix [Internet]. MesVaccins.net [Consulté le 23 déc 2018]. Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/44-cervarix>
27. Vidal. Gardasil [Internet]. VIDAL [Consulté le 23 déc 2018]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/Medicament/gardasil-76438.htm>
28. MesVaccins.net. Gardasil [Internet]. MesVaccins.net [Consulté le 23 déc 2018]. Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/7-gardasil>
29. Vidal. Gardasil 9 [Internet]. VIDAL [Consulté le 23 déc 2018]. Disponible sur : https://www.vidal.fr/Medicament/gardasil_9-157728.htm
30. MesVaccins.net. Gardasil 9 [Internet]. MesVaccins.net [Consulté le 23 déc 2018]. Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/523-gardasil-9>
31. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. S'informer/ Points d'information/ Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante-Point d'information [Internet]. ANSM ; 2015 [Consulté le 03janv 2019]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information>
32. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. S'informer/ Points d'information/ Le PRAC démarre une mise à jour de l'évaluation des risques de syndrome régional douloureux complexe (SRDC) et de syndrome de tachycardie posturale orthostatique (STPO) à la suite d'une vaccination anti-HPV- Point d'information [Internet]. ANSM ; 2015 [Consulté le 03 janv 2019]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Le-PRAC-demarre-une-mise-a-jour-de-l-evaluation-des-risques-de-syndrome-regional-douloureux-complexe-SRDC-et-de-syndrome-de-tachycardie-posturale-orthostatique-STPO-a-la-suite-d-une-vaccination-anti-HPV-Point-d-information>
33. Organisation Mondiale de la Santé. Sécurité mondiale des vaccins. Le point sur l'innocuité des vaccins contre le HPV [Internet]. OMS ; 2017 [Consulté le 03 janv 2019]. Disponible sur : https://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/June_2017/fr/

34. Genovese C, LA Fauci V, Squeri A, Trimarchi G, Squeri R. HPV vaccine and autoimmune diseases: systematic review and meta-analysis of the literature. *J Prev Med Hyg.* 2018; 59 (3): 194-9.
35. OMS. Comité consultatif mondial de la Sécurité vaccinale, 11-12 décembre 2013. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2014; 89(7):53-60.
36. Les vaccins des papillomavirus humains. Leur place dans la prévention du cancer du col. Séance du 11 déc 2007. Rapport 07-19 et recommandations au nom des commissions VI-A, VI-B, III et de deux groupes de travail. *Bulletin de l'académie nationale de médecine.* 2007; 191(9):1805-17.
37. Haute autorité de santé. Commission de la transparence, avis relatif au Gardasil® du 1er février 2012, 23 p. [Internet]. HAS ; 2012 [Consulté le 28 mai 2019] . Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1232860/en/gardasil
38. Haute autorité de santé. Commission de la transparence, avis relatif au Cervarix® du 1er février 2012, 23 p. [Internet]. HAS ; 2012 [Consulté le 28 mai 2019]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1232863/en/cervarix
39. Riethmuller D, Prétet J.L, Denis F, Aubin F, Pradat P, Clavel C, et Al. Modélisation de l'impact de la vaccination HPV quadrivalente en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2009 ; 5(38):389-395.
40. Genesis. Gynécologie-Obstétrique-Endocrinologie. Accueil/ La revue/ Archives/ Vaccins anti-HPV : la couverture française et internationale [Internet]. Genesis ; 2017 [Consulté le 03 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.revuegenesis.fr/vaccins-anti-hpv-la-couverture-francaise-et-internationale/>
41. Machalek DA, Garland SM, Brotherton JML, Bateson D, McNamee K, Stewart M, et al. Very Low Prevalence of Vaccine Human Papillomavirus Types Among 18- to 35-Year Old Australian Women 9 Years Following Implementation of Vaccination. *J Infect Dis.* 2018;217(10):1590-600.
42. Hall MT, Simms KT, Lew JB, Smith MA, Brotherton JM, Saville M. et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health.* 2019; 4(1): 19-27.
43. Santé publique France. Papillomavirus Humains [Internet]. Santé publique France ; 2018 [Consulté le 17 août 2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-par-groupe-d-age>
44. Santé publique France. Données infra-nationales de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) [Internet]. Santé publique France ; 2019 [Consulté le 16 août 2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-infra-nationales-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv>

45. Santé publique France. Adhésion et réticences vis-à-vis de la vaccination. Données issues du Baromètre santé 2017 [Internet]. Santé publique France ; 2017 [Consulté le 16 août 2019]. Disponible sur : <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=2ahUKEwin0LCf24rkAhUpxoUKHTL7ABoQFjAEegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F9068%2Ffile%2Fresultats-vaccination-barometre-sante2017.pdf&usg=AOvVaw2xxqk-wu3anuV970OkLEgR>
46. Bulletin de veille sanitaire n°11/ Avril 2017-Couverture vaccinale en Nouvelle-Aquitaine [Internet]. ARS : Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine .[Consulté le 04 janv 2019]. Disponible sur : http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/BVS_04_2017_N_11_NA_Couverture_Vaccinale_2017.pdf
47. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A.M, Imbert P, Letrillart L, et Al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. La Revue Française de médecine générale. 2008 ; 84(19) :142-143.
48. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3ème ed. Paris : Armand Colin. 2012
49. Mucchielli A. Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. Recherches qualitatives. Collection hors série Les actes. 2006 ; (3):1-27.
50. Gautier A. dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2011 : 266 p.
51. Collange F, Fressard L, Verger P, Josancy F, Sebbah R, Gautier A, et Al. Vaccinations : Attitudes et pratiques des médecins généralistes. Études et résultats. 2015 ; (910) :1-8.
52. Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Rapport de 10 juillet 2014 [Internet]. HCSP ; 2014 [Consulté le 28 mai 2019]. Disponible sur : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwifZ87orkAhVQPBoKHUBgBeEQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.hcsp.fr%2FExplorer.cgi%2Ftelecharger%3FNomFichier%3Dhcspr20140710_vachpvdonneesactualisees.pdf&usg=AOvVaw31d2L_FtjmlAPI2tt3wZyh
53. Brisson M, Bénard E, Drolet M, Bogaards J, Baussano I, Vänskä S et Al. Population-level impact, herd immunity, and elimination after human papillomavirus vaccination: a systematic review and meta-analysis of predictions from transmission-dynamic models. Lancet Public Health. 2016; 1(1): 8-17.
54. Gust D, Kennedy A, Shui I, Smith P.J, Nowak G, Pickering LK. Parent attitudes toward immunizations and healthcare providers the role of information. Am J of Prev Med. 2005; 29(2):105-112.

55. Schwarzing M, Verger P, Guerville M.A, Aubry C, Rolland S, Obadia Y, et Al. Positive attitudes of French general practitioners towards A/H1N1 influenza-pandemic vaccination: a missed opportunity to increase vaccination uptakes in the general public? *Vaccine*. 2010 ; 28(15):2743-8.
56. Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination contre les infections à HPV des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans. 17 décembre 2010 [Internet]. HCSP ; 2010 [Consulté le 09 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=183>
57. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la place du vaccin Gardasil 9® dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains. 10 février 2017 [Internet]. HCSP ; 2017 [Consulté le 09 juin 2019]. Disponible sur : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjav_Da74vkAhUjMuwKHZ-fBJSQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.hcsp.fr%2FExplore.cgi%2FTelecharger%3FNomFichier%3Dhcspace20170210_preinfecthpvplacegardasil9.pdf&usq=AOvVaw1UTsrA5X2H8Qrc3HzZsLhb
58. Haut conseil de la santé publique . Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination [Internet]. HCSP ; 2012 [Consulté le 09 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302>
59. Dufour G. Vaccination anti-papillomavirus des homosexuels en cabinet de médecine générale. Thèse de médecine, Lille : Université Henri Warembourg ; 2017.
60. Institut National de Santé Publique-Québec. Avis sur la vaccination contre les virus du papillome humain (HPV) des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). 2015. [Internet]. INSPQ ; 2009 [Consulté le 13 juin 2019] Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2009>
61. Roussel C. L'avis du HCSP du 28/09/2012 modifiant l'âge de la vaccination anti-HPV en France a-t-il entraîné une augmentation significative des co-délivrances des vaccins anti-HPV et anti-DTP, DTSPCo ? Thèse de médecine, Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2015.
62. Le Dû D, Rigal L, Dinh A, Davido B, Perronne C, Gilberg S. Acceptabilité du vaccin contre les papillomavirus humains par les médecins généralistes. 12^{ème} Journées Nationales d'Infectiologie; 10 juin 2011; Toulouse.
63. Saint-Ange A, Cabié A, Michel S, Joachim C, Escarmant P, Deblay T.. Analyse des freins à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains en Martinique. Enquête auprès des médecins généralistes et des parents. *Bulletin de veille sanitaire. Cire Antilles Guyane*. 2015 ; (1) : 2-7.
64. Jestin C, Heard I, Le Lay E, Dubois C, Klein P. Perception de la prévention du cancer du col de l'utérus. Etude qualitative auprès de jeunes filles et mères d'adolescentes. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé; 2007.

65. Larson H.J, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz W.S, Verger P, Johnston I.G, et Al. The state of vaccine confidence 2016 : Global Insights through a 67-country survey. *EBioMedicine*. 2016 ;(12):295-301.
66. Marshall E. A shadow falls on hepatitis B vaccination effort. *Science*. 1998; 281 (5377): 630-1.
67. Collange F, Fressard L, Pulcini C, Sebbah R, Peretti-Watel P, Verger P. General practitioners' attitudes and behaviors toward HPV vaccination: a French national survey. *Vaccine*. 2016; 34(6): 762-8.
68. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin, C, Launay O, et Al. Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: a national cross-sectional survey in France. *EBioMedicine*. 2015; 2(8): 891-7.
69. Raude J, Fressard L, Gautier A, Pulcini C, Peretti-Watel P, Verger P. Opening the vaccine hesitancy black box: how trust in institutions affects French GPs' vaccination practices. *Expert Rev Vaccines*. 2016; 15(7): 937-48.
70. Larson H.J, Jarrett C, Eckersberger E, Smith D.M.D, Paterson P. 2014a. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*. 2014; 32 (19): 2150-9.
71. Larson H.J, Wilson R, Hanley S, Parys A, Paterson P. 2014b. Tracking the global spread of vaccine sentiments: the global response to Japan's suspension of its HPV vaccine recommendation. *Hum Vaccin Immunother*. 2014; 10(9): 2543-50.
72. OMS. Comité consultatif mondial sur la Sécurité des Vaccins, 20-21 juin 2002. Vaccin contre l'hépatite B et sclérose en plaques. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2002 ; (47): 391-2.
73. Bouvret P. Pratiques et attitudes des médecins généralistes de Besançon vis-à-vis de la vaccination anti-HPV. Thèse de médecine, Besançon : Université de Franche-Comté ; 2016.
74. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Vaccins anti-HPV et risques de maladies auto-immunes : étude pharmaco épidémiologique. Rapport final du 2 septembre 2015 [Internet]. ANSM ; 2015 [Consulté le 11 juin 2019]. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/content/download/80841/1023043/version/2/file/Ansm_Gardasil-HPV_Rapport_Septembre-2015_Version-2.pdf
75. Scheller NM, Svanström H, Pasternak B, Arnheim-Dahlström L, Sundström K, Fink K, et Al. Quadrivalent HPV vaccination and risk of multiple sclerosis and other demyelinating diseases of the central nervous system. *JAMA*. 2015; (313) : 54-61.
76. Perenic S. Evaluation par les médecins généralistes de Champagne-Ardenne de l'information transmise aux patientes sur la vaccination HPV. Thèse de médecine, Reims : Université de Reims Champagne-Ardenne; 2019.

77. Abensur L. Perceptions et attitudes de médecins de soins primaires concernant le vaccin HPV : une étude qualitative en France . Thèse de médecine, Lorraine : Université de Lorraine ; 2018.
78. Communiqué de presse . 17 sociétés savantes et associations sanitaires répondent à la polémique engagée contre le vaccin HPV. [Internet] . Infovac; 2014 [Consulté le 11 juin 2019]. Disponible sur : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjB7-6-s4zkAhVR_qQKHVP_AnoQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.infovac.fr%2Fdocman%2F1112-hpv-communique-presse%2Ffile&usg=AOvVaw0IsLP9hga0BTzgtclbIDk
79. Delforge F. Place des médias dans la relation médecin-malade en médecine générale. Impact de la médiatisation d'une question de santé publique. Thèse de médecine, Amiens : Université Amiens Jules Verne ; 2016.
80. Bourgela A. Influence des médias dans la relation médecin-patient : ressenti des patients face aux polémiques médiatiques : étude qualitative par entretiens auprès de patients. Thèse de médecine, Lille: Université Henri Warembourg ; 2019.
81. Giambi C, Fabiani M, D'Ancona F, Ferrara L, Fiacchini D, Gallo T, et Al. Parental vaccine hesitancy in Italy – Results from a national survey. *Vaccine*. 2018; 36 (6): 779-87.
82. Fu L.Y, Zimet G.D, Latkin C.A, Joseph J.G. Associations of trust and healthcare provider advice with HPV vaccine acceptance among African American parents. *Vaccine*. 2017 ; 35(5): 802-7.
83. Observatoire régionale de la santé PACA. Pratiques et perceptions vis-à-vis des vaccins chez les infirmiers en région sud Provence-Alpes-Côte d'azur : une enquête en 2017-2018. [Internet] . ORS Paca ; 2018 [Consulté le 12 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/rapport-enquete-infirmiers-vaccination.pdf>
84. Vigroux Massol M. Couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé libéraux dans le bassin de santé de Rodez. Thèse de médecine, Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2018.
85. Saint-Ange A. Analyse des freins à la vaccination contre la cancer du col de l'utérus en Martinique: enquête auprès des médecins généralistes et des parents . Thèse de médecine, Martinique : Université des Antilles et de la Guyane ; 2014.
86. Wiesner C, Piñeros M, Trujillo L.M, Cortés C, Ardila J. Human papillomavirus (HPV) vaccine acceptability amongst parents of adolescents in four Colombian areas. *Rev Salud Pública Bogotá Colomb*. 2010; 12(6):961-73.
87. Ogilvie G.S, Remple V.P, Marra F, McNeil S.A, Naus M, Pielak K.L, et Al. Parental intention to have daughters receive the human papillomavirus vaccine. *CMAJ*. 2007 ; 177 (12) :1506-12.

88. Dahlström L.A, Tran T.N, Lundholm C, Young C, Sundström K, Sparén P. Attitudes to HPV vaccination among parents of children aged 12-15 years. A population-based survey in Sweden. *Int J Cancer*. 2010; 126(2):500-7.
89. Liddon N.C, Leichliter J.S, Markowitz L.E. Human papillomavirus vaccine and sexual behavior among adolescent and young women. *Am J Prev Med*. 2012; 42 (1): 44-52.
90. Bednarczyk RA, Davis R, Ault K, Orenstein W, Omer SB. Sexual activity-related outcomes after human papillomavirus vaccination of 11- to 12-year-oldsexternal icon. *Pediatrics*. 2012; 130 (5): 798-805.
91. Rezola D. Rougeole Freins et facteurs favorisant la vaccination anti-rougeoleuse : Etude qualitative chez des parents en Haute-Vienne et en Creuse en 2013-2014. Thèse de médecine, Limoges: Université de Limoges ; 2014.
92. Humez M, Le Lay E, Jestin C, Perrey C. Obligation vaccinale : résultats d'une étude qualitative sur les connaissances et perceptions de la population générale en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017; (Hors-série Vaccination):12-20.
93. Forster A.S, Rockliffe L, Chorley A, Marlow L.A, Bedford H, Smith S, et Al. A qualitative systematic review of factors influencing parents' vaccination decision-making in the United Kingdom. *SSM Popul Health*. 2016; (2):603-12.
94. Mesnard S. Quels sont les freins à la vaccination masculine contre les papillomavirus en médecine générale ? Thèse de médecine, Lille : Université de lille ; 2018.
95. Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination des garçons contre les infections à papillomavirus. Rapport 19 février 2016 [Internet]. HCSP ;2016 [Consulté le 13 juin 2019]. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160219_recovaccinfhpvhommes.pdf
96. Segailat M. Les freins à la vaccination contre les papillomavirus : étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés de 23 adolescentes de 16 à 18 ans scolarisées sur le secteur de Mont de Marsan (40). Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux ; 2017.
97. Sussman A, Helitzer D. HPV and cervical cancer prevention counseling with younger adolescents: implications for primary care. *The Annals of Family Medicine*. 2007; 5(4):298-304.
98. Allison M.A, Dunne E.F, Markowitz L.E, O'Leary S.T, Crane L.A, Hurley L.P, et Al. HPV vaccination of boys in primary care practices. *Acad Pediatr*. 2013;13(5):466-74.
99. Davis M.M, Kretsinger K, Cowan A.E, Stokley S, Clark S.J. New combined tetanus-diphtheria-acellular pertussis vaccines for adults: primary care physician attitudes and preferences. *Hum Vaccin*. 2007; 3(4):130-4.
100. Romani M.H, Musharrafieh U.M, Lakkis N.A, Hamadeh G.N. Family physicians beliefs and attitudes regarding adult pneumococcal and influenza immunization in Lebanon. *Fam Pract*. 2011; 28 (6):632-7.

101. Beck F, Richard J.B. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.
102. Auvray L, Le Fur P. Adolescents : Etat de santé et recours aux soins. Bulletin d'information en économie de santé. Questions d'économie de la santé. CREDES. 2012 ;(49) :1-6.
103. Barjhoux A, Glatigny S. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains : Pratiques et difficultés des médecins généralistes isérois. Thèse de médecine, Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2013.
104. Martinez L, Tugaut B, Raineri F, Arnould B, Seyler D, Arnould P, et Al. L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination: l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination). Santé Publique. 2016; 28(1):19-32.
105. Houdjal L. Approche des représentations des médecins généralistes sur la vaccination anti-HPV à l'aide d'un modèle évaluant les opinions, les pratiques et les informations délivrées aux patients. Thèse de médecine, Paris: Université Pierre et Marie Curie ; 2017.
106. Relevé des maladies transmissibles au Canada. Une déclaration d'un comité consultatif (DCC) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Mise à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH). Agence de la santé publique du Canada. 2012 ; (38) :1-69
107. Code de santé publique. Article L1111-4 (version à jour au 4 février 2016).
- 108 Farcas Muntean I. Vaccination anti-papillomavirus : étude qualitative de représentation des médecins généralistes du Nord Cotentin. Thèse de médecine, Caen : Université de Caen Normandie ; 2016.
109. Direction générale de la santé. Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations Édition 2012. INPES ; 2012 : 419-21.
110. Lelevé P. Quelles sont les connaissances actuelles des adolescentes concernant les infections aux papillomavirus et la vaccination anti-HPV ? Thèse de médecine, Caen : Université de Caen Normandie ; 2019.
111. Brimbeuf C. Apport de l'entretien motivationnel dans une consultation de médecine générale pour améliorer l'acceptabilité de la vaccination contre le papillomavirus. Thèse de médecine, Nantes :Université de Nantes ; 2019.
112. Lutringer-Magnin D, Kalecinski J, Barone G, Borne H, Regnier V, Vanhems P, et Al. Gynaecologists attitudes and practices towards HPV vaccination: a quantitative-qualitative study in Rhône-Alpes. Gynecol Obstet Fertil. 2011; 39(12):687-93.
113. Petit C. Les freins à la vaccination anti papillomavirus : étude qualitative : entretiens semi dirigés auprès de 18 médecins généralistes . Thèse de médecine, Reims : Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2019.

114. Deccache A, Merremans P. L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines. Dans : Comité français d'éducation pour la santé sous la direction de Sandrin-Berthon B. L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris : Puf ; 2000 : p.148-67.
115. Sandrin Berthon B. À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ? La santé de l'homme. 2006 ; (383) : 40-2.
116. Kendall S, Ryu M, Walsh C. Evidence-based medicine resources tool kit revisited. Can Fam Physician. 2017; 63 (6): 490-2.
117. Begue P. Le refus des vaccinations. Aspects actuels en 2012 et solutions en santé publique. Bulletin de l'académie nationale de médecine. 2012 ; 196(3) : 603-18.
118. Healy M, Pickering M. How to communicate with vaccine-hesitant parents. Pediatrics. 2011 ; 127 (suppl 1) : 127-33.
119. Durand V, Malli F. Image de l'obligation vaccinale au travers des médias. Thèse de médecine, Marseille : Aix-Marseille Université ; 2018.
120. Gowda C, Dempsay A.F. Medicaid reimbursement and the uptake of adolescent vaccines. Vaccine. 2012; 30 (9):1682-9
121. Assuré/ Santé/ Enfant et adolescent : 20 examens de suivi médical [Internet]. Amelie.fr ; 2019 [Consulté le 06 juil. 2019]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/524505/document/calendrier_examens_enfant_adolescent_assurance_maladie_2019.pdf
122. Ministère des solidarités et de la santé. Accueil/ Prévention en santé/ Santé des populations/ Enfants/ Le carnet de santé de l'enfant. [Internet]. Ministère chargé de la santé ; 2018 [Consulté le 06 juil 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
123. Bouniols N. Évaluation de l'implantation du programme de vaccination contre les papillomavirus humains organisé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie. Thèse de médecine, Nantes : Université de Nantes ; 2016.
124. Judlin P. Vaccination HPV : les hommes aussi ? Gynécologie Obstétrique Fertil. déc 2010; 38 (12):721-2.
125. Infections et cancers dus aux papillomavirus (HPV) en France « Appel des 50 » : Académies, Collèges, Sociétés et Syndicats médicaux pour un dépistage et une vaccination universelle contre le papillomavirus soutenu par des personnalités médicales et 6 associations de parents et de dépistage. Communiqué de presse 20 mars 2019 [Internet]. ONSSF ; 2019. [Consulté le 19 juin 2019]. Disponible sur : <https://onssf.org/wp-content/uploads/2019/03/Communiqué-HPV-2019.03.pdf>
126. Haut Conseil de la Santé Publique. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. HCSP; 2016 [consulté le 19 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=552>

127. Donovan B, Franklin N, Guy R, Grulich A.E, Regan D.G, Ali H, et Al. Quadrivalent human papillomavirus vaccination and trends in genital warts in Australia: analysis of national sentinel surveillance data. *Lancet Infect Dis.* 2011; 11(1):39-44.
128. Palmeri S, Costantino C, D'Angelo C, Casuccio N, Ventura G, Vitale F, et Al. HPV vaccine hesitancy among parents of female adolescents: a pre-post interventional study. *Public Health.* 2017; (150):84-6.
129. Conseil scientifique du CNGE. Comment améliorer la couverture vaccinale : concertation ou obligation ? Juin 2017 [Internet]. CNGE ; 2017 [consulté le 19 juin 2019]. Disponible sur:
https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/comment_ameliorer_la_couverture_vaccinale_concerta/
130. Venne S, Trudeau G. L'entretien motivationnel un vaccin contre la résistance du patient. *Le Médecin du Québec.* 2009 ; 11(44) : 33-7.
131. Berthiaume P, Fortier D. Pratique clinique. Entretien motivationnel. *Perspectives infirmières.* 2012: 34-7
132. Dempsey A.F, O'Leary S.T. Human Papillomavirus Vaccination: Narrative Review of Studies on How Providers' Vaccine Communication Affects Attitudes and Uptake.. *Acad Pediatr.* 2018; 18(2S):23-7.
133. Hours H. Etat des lieux de la formation à l'entretien motivationnel durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale en France en 2016-2017. Thèse de médecine, Toulouse : Université de Toulouse III Paul Sabatier ; 2017.

ANNEXES

Annexe 1: Guide d'entretien

Bonjour,

Je me présente, Sandrine Romeira, je suis médecin généraliste remplaçant, je réalise une thèse sous la direction du Docteur Pecastaing Jean-Benoît, médecin généraliste à Biarritz, dans le cadre du département de médecine générale de l'Université de Bordeaux 2.

Mon travail de thèse porte sur la Vaccination contre les papillomavirus humains en soins primaires. Ces entretiens auprès d'un panel de médecins généralistes, vont me permettre de dégager des informations sur la pratique de la vaccination anti-HPV, recueillies sans jugement. Il ne s'agit pas d'une évaluation de bonnes pratiques, mais de comprendre votre vécu.

Avec votre accord, je vais vous poser quelques questions. Avec votre consentement, cette séance sera enregistrée, et il est possible que je prenne quelques notes. J'analyserai ensuite ce qui a été dit.

Ce questionnaire est anonyme, confidentiel et destiné uniquement à une étude de médecine générale.

I- Pratique de la vaccination anti-HPV

-Pouvez-vous me parler de vos pratiques concernant la vaccination anti-HPV ?

-Parlez-moi de la place de l'information dans la consultation à propos de la vaccination anti-HPV.

II- Perception du médecin généraliste concernant le vaccin anti-HPV

-Que pensez-vous du vaccin anti-HPV ?

III- Principaux freins rencontrés

-Pour les médecins qui vaccinent : Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez quant à cette vaccination ? (Difficultés versant médecin s'il y en a / versant patiente)

-Pour ceux qui ne vaccinent pas : Rencontrez-vous des difficultés face à une patiente demandeuse de la vaccination anti-HPV ? Dirigez-vous la patiente vers un confrère/ une consœur ? (Gynéco, SF..)

IV- Attitude du médecin vaccinateur face à la réticence ou au refus de vaccination

-Pouvez-vous me parler de votre attitude en cas de réticence ou de refus à la vaccination anti-HPV ?

V- Propositions du médecin vaccinateur afin d'améliorer la couverture vaccinale en France

-Auriez-vous des propositions à faire afin d'améliorer la couverture vaccinale en France ?

VI- Données personnelles sociologiques

-Femme/Homme

-Age

-Milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain)

-Mode d'exercice (seul, en groupe, maison de santé pluridisciplinaire)

-Exercice particulier (maître de stage , médecine du sport, DU, homéopathie...)

-Pratique de la gynécologie (jamais, rarement, fréquemment ,très fréquemment)

-Mode de formation (FMC, revues médicales, visiteurs médicaux...)

Merci de m'avoir consacré de votre temps pour cette étude.

Annexe 2 : Extrait des Verbatim

-Entretien 5

Durée : 11 minutes 33 secondes

I : Pouvez-vous me parler de vos pratiques concernant la vaccination anti-HPV ?

M5 : Je la prescris dès que je peux, je l'encourage tout le temps. Les gens qui sont réticents je leur dis d'en discuter entre eux, et je dis aux parents que ce n'est pas à eux de décider pour les enfants. **I « À qui la proposez-vous ? »**. M5 : À toutes les jeunes filles, à partir de l'âge de 12 ans. **I « Est-ce que vous la proposez aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes également ? »** M5 : Non, je n'y pense pas. **I « Quel vaccin proposez-vous ? »**. Alors, je prescris le Cervarix® ou l'autre là (*hésitation, cherche..*) **I « Le Gardasil® ? »** Oui le Gardasil®. J'ai appris il n'y a pas longtemps qu'il y avait un vaccin en 2 injections. **I « Jusqu'à quel âge le proposez-vous ? »** M5 : de 12 ans à 20 ans s'ils l'ont pas eu. **I « À quelles occasions ? »**. Toutes. **I « Interrogez-vous les patientes sur leur vie intime avant de leur proposer ? »**. M5 : Oui, je leur explique, mais quand les parents ne sont pas là, si elles ont eu des relations sexuelles d'aller voir d'abord une gynécologue pour ne pas faire un vaccin inutile. Cela m'est arrivé une fois d'avoir une jeune fille, j'en étais à la 2ème injection, à l'époque c'était en 3 fois, et en fait elle avait déjà des lésions HPV. Elle avait 14 ans, donc ça m'a servi de leçon. **I « Évaluez-vous leurs connaissances au sujet de la vaccination ? »**. M5 : Non, je leur dis que j'ai vacciné ma fille, que c'est très important, et que de toute façon il ne faut pas en avoir peur, c'est un vaccin très utile. Je leur explique même que je leur donne une dose de Thuya après comme cela tout se passera bien (*sourire*).

I : Parlez-moi de la place de l'information dans la consultation.

M5 : Je leur explique que c'est un vaccin très utile parce que c'est une maladie sexuellement transmissible, qu'il peut même être transmis malgré le port du préservatif. Le préservatif ne protège pas de ça, c'est donc très important de se protéger. C'est très fréquent, et il n'est pas rare de voir des jeunes filles de 25ans-30ans avec un début de cancer du col de l'utérus. Je leur dis que c'est quelque chose qui existe, que l'on en voit de plus en plus, et ce n'est pas anodin d'attraper cette maladie.

I : Que pensez-vous du vaccin anti-HPV ?

M5 : Je pense que c'est un vaccin utile, on n'a pas beaucoup de vaccins qui protègent du cancer. Je ne peux rien dire de plus. Il fait mal quand on le fait, mais qu'il n'y en a que deux maintenant qua ça va.

I «Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale anti-HPV actuel en France ?». M5 : Alors les statistiques ça ne m'intéresse pas du tout, le taux j'en ai rien à foutre, moi je conseille mes patients. Je ne le connais pas, il y en a peut-être 10% ? *I «20% environ. Selon vous, quelles sont les raisons de ce faible taux ?».* M5 : La réticence des patients, et l'histoire. À un moment aux Etats-Unis, il avait été dit qu'il y avait plus de suicides avec cette vaccination. C'est ce qui avait été dit ? Je leur explique qu'il s'agit d'une population souvent beaucoup plus suicidaire qu'une autre, et que rien n'avait été démontré.

I : Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez quant à cette vaccination ?

I « Versant patient ?». M5 : C'est plutôt versant parents que versant patientes. *I « D'accord, et alors qu'est-ce qui les freine ?».* M5 : La peur de faire un vaccin inutile à leurs enfants.

I « Versant médecin, avez-vous des difficultés à le prescrire ? ». M5 : Pour celui-là je n'en ai pas. Pour l'hépatite B un peu. Parce qu'il avait été à un moment contre-indiqué, et c'était inscrit dans le Vidal®, de ne pas faire le vaccin s'il y avait des cas de sclérose en plaques, et qu'un nourrisson en bas âge il en a rien à foutre de l'hépatite B si c'est pour protéger une population. Et quand il y a des familles à risque, et moi j'ai une famille à risque, plusieurs cas d'hépatite B, et ça me fait un peu râler qu'il soit obligatoire dans le lot de tous les vaccins. En général quand il y a quelque chose de nouveau, j'attends toujours une dizaine d'années avant de m'y lancer. C'est-à-dire que l'hépatite B, au bout de 10 ans de vaccination des nourrissons s'il y a vraiment aucun cas je serai plus à l'aise pour le faire mais pour l'instant je n'ai pas le choix. J'aurais préféré laisser les autres faire l'expérience d'un risque éventuel et moi arriver après avec mes patients, se baser sur l'expérience des autres. Tout nouveau médicament je n'en prescris pas, j'attends 2 ou 3 ans s'il n'y a pas de problèmes je me lance, mais je laisse d'abord une expérience à grande échelle parce que je n'ai pas confiance aux laboratoires. *I «comment vous ressentez ça en tant que médecin alors que vous avez ces réticences ? Comment vous le vivez ?».* M5 : Je le vis bien, je ne montre pas mon inquiétude aux parents, parce qu'on a pas le choix et qu'il faut le faire, par contre Thuya à chaque vaccin. Thuya et des fois Alumina pour éviter l'aluminium des vaccins. J'ai une bonne conscience en rajoutant ça. Par contre dans la famille avec cas de SEP, et moi dans ma famille j'en ai pas mal , j'espère que tout se passera bien parce que je serais bien embêtée. Il n'existe plus sans, tout ça parce que des pédiatres ont dit quand ils n'ont pas des gaines de myéline ils ne risquent pas d'avoir des cas de SEP mais rien n'est prouvé.

I: Pour ce vaccin, pouvez-vous me parler de votre attitude en cas de réticences ou de refus à la vaccination anti-HPV ?

M5 : Je dis « écoutez, réfléchissez encore, et surtout laissez peut-être votre fille décider un peu plus tard. On peut le faire plus tard. » Et je dis en revoyant à chaque fois en revoyant les jeunes filles, « si tu as des questions n'hésite pas je reparle du vaccin » à chaque fois que j'en ai l'occasion. *I « Est-ce que vous vous êtes déjà retrouvée en difficultés avec nécessité d'adresser la patiente vers un confrère ou une consœur gynéco ou SF ? »* M5 : Ça m'est arrivé pour encore enfoncer le clou, quand elles arrivaient à un âge ou peut-être elles allaient commencer à avoir des rapports sexuels, de dire « écoutez pour la pilule c'est bien d'en parler, mais pour le vaccin c'est bien aussi si vous hésitez d'en parler aussi avec la gynéco ». J'en profite à chaque fois que je peux. *I « Avez-vous des retours des gynécos ? »*. Non, mais en général j'arrive à les vacciner, c'est très rare que je n'arrive pas à les vacciner, il y en a peut-être qu'une qui n'est pas vacciner. À force j'y arrive avec la persuasion.

I: Auriez-vous des propositions à faire afin d'améliorer la couverture vaccinale en France ?

M5 : Peut-être la proposer en médecine scolaire indépendamment des parents. Pourquoi pas dans les lycées, ou dans les collèges. La médecine scolaire devrait servir à ça aussi.

-Données personnelles sociologiques :

-Femme, 58ans

-Milieu d'exercice : Urbain

-Mode d'exercice : cabinet de groupe, installée depuis 28 ans

-Exercice particulier : Homéopathie

-Pratique de la gynécologie : rarement

-Mode de formation : J'en lis quelques-unes revues médicales. J'estime qu'un médecin généraliste il en sait déjà assez . J'assiste des fois à des trucs. Je fais à l'instinct, j'y arrive.

I « Merci de m'avoir consacré de votre temps. »

-Entretien 13

Durée : 20 minutes 02 secondes

I : Pouvez-vous me parler de vos pratiques concernant la vaccination anti-HPV ?

M13 : Je suis contre les vaccins (*ironie, rire franc*), non non c'est pas vrai (*sourire*). Je suis pour les vaccins, je me bats pour les vaccins parce que les gens sont très méfiants. Le papillomavirus je le fais mais je suis peut-être pas aussi systématique que le DT Polio Coqueluche, mais oui je le fais je le propose, je suis plutôt Gardasil® que Cervarix®. Et je propose à partir de 11 ans, avant c'était 14 ans maintenant c'est 11 ans. Je propose après les gens sont méfiants donc j'explique. **I « Quelles informations donnez-vous ? »** Comme information je donne l'information par rapport au papillomavirus, au risque de dégénérescence en cancer, on sait que ça dégénère systématiquement en cancer à partir du moment où on laisse évoluer, et que c'est pas comme une verrue sur la peau. Sur le col, vous avez une verrue sur le col ça va dégénérer en cancer, il y a un risque par rapport aux grossesses futures éventuelles, il y a un risque bien-sûr par rapport au cancer. Je leur donne le choix, je leur explique comment fonctionne un dépistage, que ça les exonère pas de faire un frottis, faut bien le faire, et que si elles ont peur, si les parents ont peur du vaccin, s'ils ont peur d'histoires X ou Y, comme la jeune fille à Pau qui avait fait une fasciite ou un truc neuro, et qui a porté plainte. Donc je leur dis s'ils ont peur, ils ne veulent pas le faire, mais il faudra faire les frottis. Par rapport à l'efficacité du vaccin, ce que j'ai retenu moi c'est qu'on a pas de recul sur l'incidence des cancers parce qu'il est trop jeune, c'est la notion que j'ai que j'avais vu sur Prescrire®, que c'est encore un petit peu tôt pour dire que sur la prévalence des cancers du col c'était encore un poil tôt, qu'il fallait 20 à 30 ans de recul qu'on a pas forcément ici en tout cas. Après je pense qu'aux Etats-Unis ils commencent à avoir le recul certainement. Mais donc ça diminue la prévalence du papillomavirus bien-sûr mais pour les cancers faut attendre encore un petit peu par rapport au délai de surveillance. **I « D'accord, vous leur dites ça ? »** M13 : Oui je leur dis ça, je leur dis que pour l'instant c'est trop tôt pour dire que ça prévient du cancer mais que c'est qu'une question de temps par rapport au début de la politique vaccinale, mais que ça prévient du cancer ça c'est sûr. Je leur laisse le choix, et s'ils ont peur je leur dis qu'en pratique mes enfants je leur ferai. **I « A qui vous le proposez ? »** Je commence à 11 ans avec les recos, et puis après on les voit pas tout le temps, donc quand on les voit à 17-18-19 ans on y pense pas toujours, mais ça m'arrive d'y penser de temps en temps, et donc je le prescris jusqu'à la fin de la première année d'activité sexuelle. Mais après je saurai pas dire jusque quel âge, j'aurais tendance à dire jusque 19-20 ans, 24 ans ? Je sais plus ce que c'est ? Mais j'y pense moins. **I « Qu'est-ce qui fait que vous n'y pensez pas ? »** . Parce qu'elles viennent pour autre chose et

donc la consult est déjà bien dense en général, on parle on donne pleins d'informations. Ils sortent avec ça d'information (*écarte les mains pour décrire un ordre de grandeur large*) ils en gardent ça (*rapproche les mains pour décrire un ordre de grandeur petit*). Déjà pour leur pathologie ça prend du temps pour bien leur expliquer les choses donc je vais pas, par manque de temps et parce que la consultation n'est pas dédiée à ça. Peut-être effectivement qu'il faudrait une consult de prévention puisque le vaccin de 16 ans a disparu. Peut-être qu'il manque cette période-là. **I** « *Évaluez-vous leurs connaissances ?* ». M13 : Je leur pose la question si elles savent ce que c'est le papillomavirus ou le cancer du col, surtout quand j'évoque le papillomavirus je leur demande « vous savez ce que c'est ? » j'engage la discussion. Après c'est vrai je parle plus que j'écoute peut-être. Question de temps toujours. **I** « *Certaines savent répondre ?* ». Oui, mais pas forcément à 11 ans, plus tard, pour le coup c'est 16-17 ans. Là elles commencent à savoir un petit peu, parce qu'elles en ont parlé avec leurs parents, leurs mères plutôt je pense.

I : Que pensez-vous du vaccin anti-HPV ?

M13 : Je pense rien de particulier, ce que j'ai dit jusqu'à présent. Je n'ai pas de réticences particulières. Cette histoire qui a été bien étalée dans les médias, de cette plainte ça m'a pas trop marqué parce que de suite je me suis bien renseigné, j'ai bien vu qu'il y a avait pas trop de risques surajoutés. Entre vaccin ou pas de vaccin il n'y a pas de risques surajoutés, à part les risques habituels des vaccins, mais il y a pas plus de chose donc bon. Je le prescris, c'est sur le calendrier je le prescris. Après je me dis que c'est un choix individuel, comme c'était le cas de la méningite il y a un ou deux ans où on choisissait de se faire vacciner ou pas. Maintenant pour la méningite ils ont pris le parti de l'éradiquer donc c'est un effort communautaire. Et le papillomavirus je sais pas où on en est, je sais pas si on en est sur une éradication ou... Si on était sur une éradication on vaccinerait les hommes aussi. Donc je pense qu'on est plutôt sur une protection individuelle, c'est un choix. **I** « *Je ne vous ai pas posé la question mais proposez-vous la vaccination anti-HPV aux patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?* » Non je n'y pense pas. **I** « *Une petite question comme ça : Connaissez-vous le taux de couverture vaccinale actuel en France ?* ». Pour l'HPV ? par rapport à l'ensemble des femmes ? Ou juste les jeunes filles ? **I** « *Le taux de couverture vaccinale pour la vaccination anti-HPV tous les gens confondus* ». Pour le taux chez les hommes je dirais 0,05%. Chez les femmes tous âges confondus peut être 10%, chez les jeunes femmes celles qui étaient dans le calendrier vaccinal je dirais peut-être 30%. **I** « *Alors en tout c'est environ 20%* ». M13 : C'est vrai ? (*expression d'étonnement*). C'est bien (*là c'est moi qui suis étonnée*

de sa réponse). C'est hyper bien. Ah punaise on est bien je trouve, c'est bien. (*il rit, c'était du sarcasme*). Bon les vaccins c'est comme les dépistages on croit que tout le monde les fait, en fait personne les fait. Ouais c'est bien c'est bien (*ironie toujours*). Le dépistage colorectal par exemple qui a l'air hyper répandu tout ça, c'est moins de 30%. Ah ben c'est bien je suis content on est bons on est bons (*ironie, sourire*).

I : Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez quant à cette vaccination anti-HPV ?

M13 : Dans les oppositions c'est la méfiance habituelle des vaccins, la peur des effets secondaires. Elles demandent s'il y a des adjuvants, quels sont les adjuvants, comme si elles savaient quel était l'effet secondaire du Formaldéhyde, de l'Aluminium etc. C'est essentiellement la peur des effets secondaires, le fantasme, le lobbying anti-vaccin, c'est surtout ça. Et puis je pense que c'est une sublimation le fait qu'ils veulent laisser le choix à leurs enfants du vaccin, de se faire vacciner ou pas. Mais ça c'est une façon d'éluder un petit peu leurs propres craintes. N'empêche que si le gamin chope telle ou telle maladie qui aurait pu être vacciné, ils se posent pas la question, ils culpabilisent pas forcément. Ça m'énerve un peu le discours anti-vaccin qui est un discours pseudo scientifique, qui est vachement entretenu par le paramédical, parce que le paramédical a une image pseudo scientifique ou scientifique, et ils ont pas de démarche hautement scientifique. En général ils regardent sur internet quelques articles, mais ils ne savent pas faire de lecture critique d'article, et ils ont pas ce regard critique forcément.

I « Quand vous parlez de paramédical vous parlez de qui ? ». Je parle des infirmières, je parle de certains ostéopathes. J'entends beaucoup, il y a beaucoup d'infirmières, même à l'hôpital qui ne se vaccinent pas contre la grippe. Parce que etcetera etcetera... Moi j'ai des patientes infirmières qui lisent des bouquins mais pas forcément des bouquins qui sont corrompus par la HAS, l'ANSM, pas les bouquins corrompus par les laboratoires, des bouquins qui sont corrompus par d'autres croyances en fait. Et les croyances justement. C'est pas une question d'observation médicale, c'est pas une question d'observation de population et des effets, c'est une question de croyances. Beaucoup de gens disent « ouais alors je suis pas pour ou j'y crois pas ». Alors le « j'y crois pas » ouais bon c'est pas une religion donc. Ils ont un ressenti et c'est tout, pas d'arguments. **I « Donc ces infirmières-là, que disent-elles à leurs patients à propos du vaccin? »**. Non j'ai des infirmières qui vaccinent pas qui veulent pas, et qui parlent autour d'elles dans leur cercle d'amis etcetera, et les gens adhèrent. C'est un petit peu dans cette bulle de..., comment dire, de fonctionnement bio nature écoresponsable, c'est un petit peu dans cette bulle là quand elle est poussée à l'extrême. Moi je vois une coïncidence dans mes patients,

souvent infirmier, quand c'est déjà un niveau d'éducation un petit peu supérieur, un niveau de revenus un petit peu supérieur aussi, avec des gens qui vont pouvoir financièrement consommer des choses très très bio, ils vont à Biocoop, ils ont des couches lavables, enfin voilà, pas tous hein mais c'est des gens qui ont ça mais très ancrés au corps. Ils vont aller faire leurs courses avec leur bouteille en verre etcetera. Et j'ai remarqué ça un petit peu ce souci écologiste, et donc je sais pas pourquoi, parce que c'est le côté chimique qu'ils rejettent peut-être, le côté artificiel je sais pas. C'est pas de la nature effectivement, c'est un truc qui est fait en laboratoire, qui est purement artificiel, qui est perçu comme ça et donc c'est forcément mauvais, c'est pas naturel on a vécu comme ça. Mais bon on a vécu comme ça, mais bon quand les vaccins sont arrivés, ou quand les antibiotiques sont arrivés ça fait partie des deux principaux facteurs de la mortalité vieille. Je leur dis avec ironie « c'est peut-être pas bien pour le monde, pour la terre, parce qu'il y a une surpopulation du coup, et que la surpopulation est mauvaise pour la terre » finalement il faut peut-être arrêter la médecine, faut arrêter de vieillir quoi. Donc chez les infirmières comme elles ont un statut scientifique elles pensent pouvoir analyser les choses scientifiques, et donc elles se font une propre idée qui est assez erronée. En tout cas la réflexion elle est pas logique, c'est-à-dire qu'ils vont laisser le bénéfice du doute sur le risque du vaccin et ils vont pas prendre en compte le risque avéré qui n'est pas un bénéfice du doute, qui est le risque avéré de la maladie pour laquelle on vaccine. On sait qu'il y a tant de morts par an pour cette maladie mais on est pas sûr qu'avec ce vaccin il y ait pas un risque de quelque chose, et donc on va préférer ne pas vacciner. On va risquer donc plutôt la mort ou l'invalidité à peut-être avoir une réaction on sait pas trop. Alors par exemple le vaccin de la grippe avec l'histoire du H1N1 où à l'époque ils avaient sorti l'histoire du Guillain-Barré qui faisait peur à tout le monde, et où personne n'a écouté quand on leur disait qu'il avait plus de risque de Guillain-Barré quand on avait la grippe que quand on se faisait vacciner enfin quand on a la grippe multipliait la probabilité d'avoir la grippe bien-sûr. Et ça ils l'ont pas entendu par contre, alors je leur sors ça comme exemple. Je leur sors aussi la voiture, ils me disent aussi qu'ils veulent avoir le choix les patients, donc le frein c'est aussi qu'il y ait une supposée imposition du vaccin, ils ont l'impression qu'on leur laisse pas le choix, donc je leur dis mais c'est comme l'airbag, l'airbag on leur laisse pas le choix « moi je suis allé au magasin je voulais une voiture sans airbag parce que je veux avoir le choix parce que l'airbag il peut me casser le nez, il peut me fracturer le sternum donc je peux avoir des complications sur le déclenchement de mon airbag sur un accident. » Donc c'est pareil il y a les effets secondaires de l'airbag, et il y a les effets secondaires du vaccin. Ils disent « ah oui c'est vrai » sauf que l'airbag sauve plus de vie qu'il n'en détruit. Ils sortent avec la même idée, il y a quelques gens qui changent d'idée mais...

Donc voilà le corps paramédical n'est pas aidant pour ça. (*il parle d'une situation qu'il a vécu*) les infirmières ne se vaccinent pas dans le service, ou très peu, c'est anecdotique il y a une patiente qui est morte de la grippe dans le service, personne ne s'est remis en question, aucune infirmière ne s'est remis en question. Le discours c'est que les autres se vaccinent donc il y a aucune raison que moi je me vaccine. Donc les autres font le boulot il y a pas de raison que je sois solidaire. Alors tout le monde peut se faire vacciner mais c'est pas le cas.

I « Face à une attitude de réticence ou de refus vous argumentez de cette manière-là ? Est-ce que vous faites autre chose de particulier ? » Je leur prescris le vaccin, je leur dis « faites ce que vous voulez, c'est un effort communautaire pour certaines maladies » donc je leur suggère que c'est pas très solidaire comme attitude. ***I « Si vous deviez faire une estimation à votre avis sur 10 femmes après prescription, combien de femmes se font vaccinées ? »*** Si je propose sur 10 il y en a peut-être 8 ou 9 . Après j'y pense pas tout le temps.

I « Est-ce que ça vous est arrivé de devoir les diriger vers des confrères ou des consœurs gynéco ou des sages-femmes ? » Pour le vaccin non. ***I « Est-ce difficile pour vous de parler de ces réticences ? »*** Non parce que je suis assez convaincu, donc à partir de là, et puis cette l'histoire d'airbag et d'efforts communautaire aussi m'aident bien, et puis voilà j'essaie de leur faire l'historique de la vaccination qu'on ne voit plus de polio maintenant alors que la génération de nos parents en voyaient encore et qu'il y a des ambitions détruites à cause de la polio. Il y a pas d'ambitions détruites à cause de la vaccination à priori, donc je leur explique ça. Je leur explique ce que je vous expliquais jusqu'à maintenant c'est-à-dire qu'il y a le principe de précaution sur un supposé peut-être effet secondaire grave mais on sait pas trop on l'a pas observé, donc il y a une différence entre ça et le fait qu'on ait observé des complications par rapport à des maladies qui sont observées et pas supposées, et donc je leur demande de mettre en balance « vous faites ce que vous voulez mais sachez que il y a ce risque-là qui existe ». Alors après pour le papillomavirus je suis pas aussi radical car pour moi pour l'instant c'est un choix personnel même s'il est dans le calendrier vaccinal donc il est proposé qu'on le fait à chaque fois, quand elles sont réticentes je leur explique tout ce que j'ai expliqué là qu'il est pas dangereux que je me suis renseigné sur une revue indépendante des laboratoires qui est Prescrire®. Prescrire® avait fait une revue de la littérature, il n'y a pas de risque supplémentaire. Alors qu'il y a des risques de conisation, de devoir rester allongée pendant X mois, risques d'avoir un bébé prématuré, risque d'avoir un cancer qui existe encore, je crois que c'est le 3ème.

I : Auriez-vous des propositions à faire afin d'améliorer cette couverture vaccinale ?

M13 : Peut-être le passer en plan d'éradication du papillomavirus, donc l'étendre aux hommes, et peut-être faire aussi une consultation de prévention de nouveau à 17 ans ou par là. C'est ce que je dirais, c'est ce que je mettrais comme propositions.

-Données personnelles sociologiques :

-Homme, 40 ans

-Milieu d'exercice : semi-rural

-Mode d'exercice : cabinet de groupe, installé depuis 7 ans

-Pas d'exercice particulier

-Pratique de la gynécologie : rarement.

-Mode de formation : FMC présentielle une à deux par an, Revue Prescrire®, Visiteurs médicaux avec un regard critique.

I « Merci de m'avoir accordé de votre temps. »

-Entretien 15

Durée : 21 minutes 45 secondes

I : Pouvez-vous me parler de vos pratiques concernant la vaccination anti-HPV ?

M15 : Alors en tant que remplaçante j'ai souvent sous les yeux les carnets de santé des enfants que je regarde plutôt au moment des certificats par exemple de faire le point, ou les parents viennent d'eux-mêmes demander du coup c'est à ce moment-là que je regarde, et je regarde si c'est à jour. A partir de 11 ans on va dire que je commence à sensibiliser les parents, souvent plutôt les mères d'ailleurs. Je leur demande si on leur en a parlé, qu'est-ce qu'elles en pensent, qu'est-ce qu'elles ont eu comme échos parce que souvent entre parents ils en parlent. C'est un sujet qui est abordé entre parents en dehors de la consultation. Je leur demande où elles en sont, et si elles le veulent je leur propose une information sur le vaccin, et à l'issue de l'information je leur propose de le prescrire, et de revenir me voir si elles sont intéressées. Je laisse la chose assez ouverte en fait quand je propose la vaccination. *I « Quand vous dites les mamans, pourquoi ? »* Alors là c'est vrai que c'est plus parce qu'elles amenaient leurs enfants à ce moment-là ouais, c'était plus ça oui. C'était plus l'occasion qui faisaient que les mamans étaient

présentes au moment de la consultation. **I « Il ne s'agit pas là d'évaluations de compétences mais de questions permettant de dégager des informations pour ma thèse. Vous proposez dans quelle tranche d'âge ? »**. De 11 ans, alors je pense que je proposerais... euh parce que pour l'instant ça ne m'est jamais trop arrivé de me poser la question tard parce que je remplace des médecins qui proposent la vaccination, donc souvent soit elle est en cours soit elle est à venir mais elles sont encore petites. C'est vrai que si ça se présentait je proposerais jusqu'à 19 ans. **I « Quel vaccin ? »**. Le Gardasil®, parce qu'il y avait avant les 4 souches et je pense que c'est important de vacciner contre les deux souches qui ne sont pas cancérigènes mais qui préviennent des condylomes, et maintenant je propose le Gardasil 9®. **I « A quelle occasion, vous avez dit certificats ? »**. C'est plutôt fortuit oui, elles viennent pas pour ça. En fait si au moment du rappel du DTP entre 11 et 13 ans, c'est souvent là oui que j'en profite pour en parler. **I « Est-ce que ça arrive qu'elles en parlent elles-mêmes ? »** Alors si elles m'en parlent quand par exemple c'est inscrit dans le carnet qu'il faudra le proposer, parce que les médecins que je remplace elles font ça, sinon je leur en parle comme ça. Non rarement elles abordent le sujet, non aucune maman n'a abordé le sujet d'elle-même en fait. **I « Interrogez-vous les patientes sur leur vie intime avant de le proposer ? (âge du premier rapport, contraception...) »**. C'est délicat de demander à une jeune fille de 11 ans (*mimique de gêne à l'évocation de cette situation*). Non en fait je trouve ça très délicat parce que souvent les jeunes filles elles sont accompagnées de leur maman, et justement je sais pas trop comment aborder ce sujet sans choquer les petites filles qui ne sont peut-être pas encore dans la sexualité, et sans choquer la maman qui n'a pas encore idée de la sexualité de sa fille en fait. Néanmoins j'aborde quand même le fait qu'il y aura un suivi gynécologique après, je leur dis bien que ça sera beaucoup plus tard. En fait j'explique pas aux filles qu'est-ce que c'est un examen gynéco, je leur dis qu'elles iront chez le gynécologue plus tard à l'âge de 25 ans, qu'elles feront comme leur maman. Après sur les rapports ce que je délivre comme information c'est que le virus il passe à travers le préservatif, que même si elles se protègent contre le VIH ça n'empêche pas qu'elles vont être en contact avec ce virus, et je leur dis aussi que ce virus c'est un marqueur de vie sexuelle plus qu'une infection sexuellement transmissible en fait. Voilà mais ça je le dis peut-être plus si elles ont 14-15 ans. Si elles ont 11-12 ans je vais rester plus évasive, en tout cas je vais pas parler sexualité.

I : Pouvez-vous me parler de la place de l'information ?

M15 : Sur le vaccin je dis qu'il y a 50 souches que ça ne prévient que contre ben maintenant 9 souches. Et donc que ça n'empêchera pas qu'il faudra exactement le même suivi gynécologique

que pour leur maman en fait voilà. Que c'est un vaccin qui est maintenant prescrit en France depuis au moins 10 ans, et je sais qu'en Australie depuis au moins 20 ou 30 ans donc on a du recul dessus, parce que souvent elles me posent des questions sur la tolérance, ça je les rassure bien, et je suis assez convaincue moi-même donc je leur dis bien il y aura pas de soucis à le faire. Après je leur dis que c'est pas un vaccin obligatoire parce que effectivement via le frottis on peut quand même se protéger de ce cancer. Je leur explique aussi l'histoire de la maladie du cancer du col, en leur disant que c'est un cancer qui se développe très lentement, et que c'est pour ça qu'on fait les frottis que tous les deux ou trois ans. Voilà, mais que c'est quand même mieux si on peut en amont se protéger quand même de ça parce qu'après c'est que de la prévention finalement c'est pas euh. **I « Vous parliez de l'Australie où avez-vous lu cette information ? »** Alors (*un de ses proches*) est gynécologue, donc je suis assez sensibilisée sur le sujet (*sourire, rire*). Donc c'est *lui* qui m'a apporté pas mal d'infos en fait. Les patients ça leur parle ça, quand on leur dit que ça a été utilisé ailleurs. Il y a une maman qui m'a demandé si c'était exactement le même vaccin, j'ai pas pu lui répondre j'ai dit je pensais que oui.

I « Une question : Le proposez-vous aux patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ? » En fait, je serais un peu embêtée parce que les patients hommes homosexuels que je vois en consultation ils sont plus âgés, donc du coup j'ai pas la connaissance, je sais pas si j'ai le droit, si c'est dans l'AMM de proposer à des hommes plus âgés, donc je sais pas.

I : Que pensez-vous du vaccin anti-HPV ?

M15 : Je pense que c'est pas le vaccin le plus important. **I « C'est-à-dire ? »**. Pas le plus important par rapport aux autres vaccins en fait pas essentiel. Par exemple je préférerais insister sur la vaccination Hépatite B plutôt que HPV par exemple. Si je vois quelqu'un de réticent en face de moi, et je peux pas lui proposer tous les vaccins, je choisirais plutôt Hépatite B par exemple. **I « D'accord, pourquoi ? »**. Parce que euh... (*cherche ses mots, réfléchit, prend du temps*) Pourquoi c'est une bonne question (*sourire, rire, gêne*). Parce que c'est difficile de le prévenir, oui pourtant je sais pas, ça me paraît plus grave, dans ma tête c'est plus grave et comme il y a ce suivi gynéco je me dis qu'on a d'autres moyens de se protéger quand même. En fait c'est pour ça que je pense que c'est un vaccin important mais quand même pas indispensable, donc du coup les patients les mamans qui sont réticentes franchement je vais pas trop insister. Donc moi je suis assez pro pour ce vaccin mais si je vois que la personne ne veut vraiment pas, je vais pas lui faire du rentre-dedans, commencer à lui faire peur à lui raconter...Après je reste honnête je leur dis que l'on peut s'en protéger en faisant le suivi gynéco. Voilà.

I : Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez quant à cette vaccination ?

M15 : Alors les difficultés premièrement ce sont ceux qui sont suspicieux vis-à-vis de la vaccination en générale. Deuxièmement, il y a le problème toujours qui plane des comment dire de la SEP avec l'hépatite B, et du coup par analogie elle se demandent si avec cette vaccination là il y aura pas ce souci-là, donc il y a cette peur-là chez les patientes. Il y a une maman qui m'a dit aussi c'est délicat de choisir à la place de ma fille. **I « D'accord, qu'est-ce que vous en pensez ? »**. Ben c'est vrai je suis d'accord avec elle, c'est compliqué quand même on prend une décision à un moment où elles sont quasiment en âge de la prendre cette décision, et je sais pas à quelle degré on peut les impliquer les jeunes filles. En fait à 11 ans non on peut pas les impliquer, mais à 14 quasiment on pourrait donc c'est un peu délicat ouais. Et après les autres freins, euh... **I « Et quand elles vous disent ça, est-ce qu'elles parlent aussi des autres vaccins qu'elles imposent aussi forcément depuis la naissance ? »**. Non mais c'est vrai que celui-là comme il touche un peu la sexualité c'est différent en fait, il y en a certaines qui sont gênées quand j'en parle. Après les filles à chaque fois je termine en leur demandant si elles ont des questions ou voilà mais en fait aucun enfant ne me pose de question. Mais bon j'essaie d'intégrer dans mon discours la jeune fille qui est là, mais c'est euh... (*réfléchit*). Je me dis que si je l'avais toute seule peut-être ça ça irait (*sourire*) ça serait plus facile mais le problème c'est que là on peut pas faire sortir le parent, donc c'est pas évident (*sourire, mimique de gêne*). **I « Et pourquoi elle sont gênées selon vous ? Parce-que ça parle de sexualité ? »**. Oui voilà ; ou peut-être qu'elles n'ont pas envie d'en parler avec leur fille à côté, ou du coup ça fait un trio médecin/parents/enfant ou jeune fille, et du coup ça peut être un peu gênant. Peut-être que ça me gêne un peu moi aussi en fait. Pourtant j'essaie de, en plus je l'ai fait pleins de fois donc bon, c'est pas que ça me gêne mais c'est vrai que je me dis c'est un moment un peu délicat de la consultation. **I « Pourquoi ? »** C'est leur gêne qui me gêne en fait. Non parce que moi du coup ça me gêne pas d'en parler, je suis assez à l'aise. Mais c'est vrai quand je vois c'est un peu gênant (*souffle, soupir, sourire gêné*) je me dis c'est un peu délicat ce moment de la consultation. **I « Et est-ce que le fait d'être remplaçante joue là-dedans ? »** Oui oui. Bon après souvent elles sont assez contentes d'avoir eu ces infos quand même. Elles sont contentes. Mais le problème c'est que je sais pas si elles le font après parce que comme moi je suis remplaçante, je vois pas le suivi.

I « Et de votre côté est-ce qu'il y a des difficultés à le prescrire ou à vacciner contre le HPV ? »

Non le prescrire non. Vacciner j'ai quand même eu déjà une fois un cas en cabinet de, une patiente qui a fait un gros malaise suite à l'injection du Gardasil®. Et en fait elle a mimé un peu

une crise d'épilepsie, elle a fait une perte de connaissance avec des clonies qui ont duré 30 secondes quand même, c'était hyper impressionnant. **I** « *Injection classique ?* ». Oui oui, ça s'était bien déroulé en fait, surtout qu'elle avait l'air assez à l'aise au départ, moi je m'étais pas inquiétée, elle a vite repris ses esprits, connaissance, ça a pris quelques minutes qu'elle soit mieux. J'ai appelé en pédiatrie, ils m'ont dit que oui mais c'est l'âge qui veut ça plus que le type de vaccin en fait, c'est un peu une émotion, une émotivité à cet âge-là. Et du coup ils m'ont dit que ça pouvait arriver, de quand même l'envoyer aux urgences parce que la maman était hyper inquiète, même moi je préférais qu'elle soit revue une demi-heure après par les pédiatres. **I** « *C'était la première injection ça ?* » C'était la première injection (*sourire*) je suis pas sûre qu'elle fasse tout le schéma après. Donc ils lui ont quand même fait l'ECG (*électrocardiogramme*) en pédiatrie, bon elle avait rien, et en fait j'ai rappelé le lendemain et ils m'ont expliqué ça que c'était l'âge qui voulait ça. Donc maintenant ce que je fais c'est que je les allonge les filles que je vaccine, avant je les mettais assise sur le bord de la table ou alors je leur propose je leur dis « tu es sûre que tu veux pas t'allonger tu seras bien tu seras à ton aise ». **I** « *Est-ce qu'on vous a dit que ça faisait mal l'injection ?* ». Oui on m'a dit que ça faisait mal oui. J'y prête pas trop attention, je me dis que le DTP aussi, à chaque fois on me dit que ça fait mal mais bon c'est peut-être l'âge quoi (*sourire*).

I : Pouvez-vous me parler de votre attitude en cas de réticences ou de refus à la vaccination anti-HPV ?

M15 : Alors je m'assure qu'elles ont toutes les informations, je leur redis et après ce que je disais à l'issue de l'information je le propose de le prescrire, je leur dis « vous y réfléchissez » et je laisse ouvert après. **I** « *Avez-vous déjà eu à adresser les patientes vers des confrères ou consœurs ou une sage-femme en difficulté avec ce vaccin ?* » Oh non. Je suis quand même assez à l'aise avec le sujet, et comme je connais un petit peu bon.

I : Auriez-vous des propositions à faire afin d'améliorer la couverture vaccinale en France ?

I « *Je ne vous l'ai pas demandé mais connaissez-vous le taux de couverture vaccinale actuel en France ?* » M15 : À vue de nez je dirais 50% . **I** « *Environ 20%* ». Ah quand même ? (*étonnement*) Ah oui, alors moi j'ai peut-être un biais avec les médecins que je remplace, parce que moi j'ai l'impression que c'est assez suivi. Ah oui... (*stupéfaction*).

M15 : Alors oui, peut-être en parler à l'école, parler de la sexualité à l'école, vraiment parler de la sexualité à l'école. **I** « *École primaire, ou collège ?* » M15 : Collège sûre. Je me rends pas

trop compte à l'école primaire. Ouais je pense aussi à l'école primaire. Quelque chose d'assez light, moins dans la physiologie, plus peut-être dans les sentiments, justement une approche pas technique, parce que le technique on le voit après c'est peut-être mieux de commencer par quelque chose de plus sentimental, les émotions, l'amour. Plutôt dans un cadre philosophique, et au collègue un peu plus technique voilà biologie.

Après qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer, euh , peut-être un passage en PMI en 6ème ou en 5ème avec le carnet de vaccination, pour justement faire le point. Je sais pas si ça se fait, je crois pas, j'ai pas vu passé. Parce qu'ils le font effectivement à l'école maternelle et primaire, passage en PMI, on vérifie l'audition, l'acuité visuelle, les vaccinations, et peut-être ça serait pas mal effectivement de revoir le carnet de vaccination à ce moment-là. C'est un médecin de la PMI qui vient à l'école.

I « Autre chose ? ». Ben l'information des médecins, une sensibilisation. Ouais normalement quand même (*sourire*) il y a les gens des labos qui passent (*sourire, petit rire*).

I : Y aurait-il des points à aborder auxquels je n'aurais pas pensé ?

M15 : Non, c'est bien (*sourire*).

Données personnelles sociologiques :

-Femme , 37 ans

-Mode d'exercice : Médecin remplaçant depuis 8 ans, remplacements réguliers

-Milieu d'exercice : semi-rural

-Exercice particulier :DIU de gynéco, ouverte à l'homéopathie mais je n'ai pas de diplôme

-Pratique de la gynécologie : pas de gestes techniques, mais pratique de la gynécologie médicale fréquente

-Mode de formation : Revue Prescrire®, groupe de pairs, FMC : présentielle.

I « Merci de m'avoir accordé du temps. »

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Titre : Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du Pays Basque Français à propos de la vaccination contre les papillomavirus humains. Étude qualitative.

Introduction: Les papillomavirus humains (HPV) sont responsables de nombreux cancers dont le cancer du col de l'utérus qui est un problème de santé publique en France. Depuis 2006, des vaccins anti-HPV sont disponibles, cependant la couverture vaccinale est insuffisante.

Objectif de l'étude : explorer les difficultés des médecins généralistes quant à la vaccination anti-HPV.

Méthode: Étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Résultats: 17 médecins généralistes ont été interrogés. La majorité des médecins étaient favorables à la vaccination anti-HPV. Pour certains ce vaccin n'avait pas l'importance des autres. Pour d'autres il existait un manque de recul et d'informations. Une minorité de médecins émettait des doutes quant à de potentielles réactions immunitaires. Les autres freins propres aux médecins généralistes étaient: le manque de temps, un sujet chronophage sans consultation dédiée, l'oubli de l'évoquer. L'abord de la sexualité chez la jeune fille était gênant pour le médecin et pour les patients. Peu de médecins connaissaient l'indication de vacciner les HSH. Les médecins pensaient que pour les patients les principaux freins étaient : la crainte des effets secondaires notamment de maladies auto-immunes, en analogie aux polémiques autour du vaccin anti-hépatite B et cas supposés de SEP alimentées par les médias ; une méfiance ; un manque de recul et d'informations, l'influence négative des paramédicaux. Les médecins citaient alors des études rassurantes, parlaient de l'Australie où le recul est plus important. Ils argumentaient plus qu'ils n'écoutaient. Selon eux, il est nécessaire de sensibiliser le grand public. Et la vaccination pour tous les garçons est plébiscitée.

Conclusion: La formation des médecins et des infirmiers sur le sujet est à renforcer. Le mode de communication est à revoir, en privilégiant l'entretien motivationnel qui semble plus efficace que l'argumentation.

Mots-clés : Vaccins contre les papillomavirus, médecins généralistes, recherche qualitative.

ABSTRACT

Title: Difficulties encountered by general practitioners (GPs) of the French Basque Country about vaccination against human papillomaviruses. Qualitative study.

Introduction: Human papillomavirus (HPV) is responsible for many cancers, including cervical cancer, which is a public health problem in France. Since 2006, anti-HPV vaccines are available, however coverage is inadequate.

Objective of the study: to explore the difficulties of general practitioners about HPV vaccination.

Method: Qualitative study in semi-structured interviews.

Results: 17 general practitioners were interviewed. The majority of GPs were in favor of anti-HPV vaccination. For some this vaccine did not matter the others. For others there was a lack of hindsight and information. A minority of GPs expressed doubts about potential immune responses. The other brakes specific to GPs were: lack of time, a time-consuming subject without dedicated consultation, forgetting to mention it. The girl's approach to sexuality was embarrassing for the doctor and for the patients. Few GPs knew of the indication to vaccinate MSM. On the patient side, the main obstacles were: the fear of side effects, especially autoimmune diseases, in analogy with the controversies surrounding the hepatitis B vaccine and suspected cases of sclerosis in plaques fueled by the media; mistrust; a lack of hindsight and information, the negative influence of paramedics. GPs then quoted reassuring studies, spoke of Australia where the decline is more important. They argued more than they listened. According to them, it is necessary to sensitize the general public. And vaccination for all boys is a big hit.

Conclusion: The training of GPs and nurses on the subject is to be strengthened. The mode of communication is to be reviewed, with a focus on motivational interviewing, which seems more effective than argumentation.

Keywords: Papillomavirus vaccines, general practitioners, qualitative research.
