



Perception de l'introduction de la vaccination contre le PVH en Polynésie française : enquête auprès des mères d'enfants en âge d'être vaccinés

Marius Marceau

► To cite this version:

Marius Marceau. Perception de l'introduction de la vaccination contre le PVH en Polynésie française : enquête auprès des mères d'enfants en âge d'être vaccinés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02611367

HAL Id: dumas-02611367

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02611367>

Submitted on 18 May 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
U.F.R SANTÉ**

ANNÉE 2020

N°2020LARE004M

**THÈSE POUR LE DIPLÔME d'ÉTAT
de DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : Médecine Générale**

**Perception de l'introduction de la vaccination contre
le PVH en Polynésie française : enquête auprès de
mères d'enfants en âge d'être vaccinés.**

Présentée et soutenue publiquement le 03 Mars 2020

Par Marius Marceau

JURY

Président :

Monsieur le Professeur FRANCO Jean-Marc

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BOUKERROU Malik

Monsieur le Docteur MONTÉE Nicolas

Madame le Docteur TRAN Phuong Lien

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur SÉGALIN Jean-Marc

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO,

Professeur des Universités

Je vous remercie de présider le jury de cette thèse. Je tiens à vous remercier également pour votre implication dans la formation et l'enseignement de la Médecine Générale à la Réunion durant mon internat.

À Monsieur le Professeur Malik BOUKERROU,

Professeur des Universités

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Jean-Marc SÉGALIN,

Mon directeur de thèse

Je te remercie de m'avoir contacté pour me proposer ce projet de thèse. Tes commentaires ont toujours été pertinents. Je te prie de m'excuser pour toutes les fautes d'orthographe et de syntaxe que je t'ai infligées. J'espère te revoir prochainement après ma soutenance.

À Monsieur le Docteur Nicolas MONTÉE,

Chef de Clinique Universitaire

Je vous remercie pour l'amabilité avec laquelle vous avez accepté de participer. Je vous remercie également pour votre aide concernant la validation de mon DES.

À Madame le Docteure TRAN Phuong Lien,

Chef de Clinique Universitaire

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de l'intérêt que vous portez à mon travail.

ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CCU : Cancer du Col Utérin

CIN : Cervical Intra-epithelial Neoplasia

DTCPHib : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite-Haemophilus de type B

DTCPHibHepB : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite-Haemophilus-Hépatite B

dTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INCa : Institut National du Cancer

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la sante

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LSIL : Lésions Malpighiennes Intraépithéliales de bas grade

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PVH : Papillomavirus Humain

ROR : Rougeole Oreillons Rubéole

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VLP : Virus Like Particules

Sommaire

Introduction

Première partie : actualisation des connaissances

- 1) Généralités sur le Papillomavirus humain
- 2) Épidémiologie
- 3) Vaccins
- 4) Application en santé publique

Deuxième partie : introduction du vaccin contre les PVH en Polynésie française

Population et méthode.....24

- 1) Population
- 2) Critères d'inclusion
- 3) Critères d'exclusion
- 4) Méthode
 - 4.1) Etude qualitative
 - 4.2) Recrutement
 - 4.3) Entretiens
 - 4.4) Recueil des données
 - 4.5) Analyse

Résultats.....28

- 1) Déroulements des entretiens
- 2) Caractéristiques des échantillons
- 3) Analyse thématique

A) Quelles sont les motivations de la vaccination anti-PVH chez les mères en Polynésie française ?

La vaccination comme protection individuelle puis collective

Approche critique des connaissances et des sources d'information

- a) Connaissances générales sur la vaccination
- b) Les sources d'informations
- c) Connaissances sur le PVH et le cancer du col de l'utérus

Les événements biographiques renforçant l'utilité vaccinale

- a) Expérience vécue personnelle
- b) Importance du déroulement de la consultation de vaccination

Acceptation facilitée par des facteurs socio-culturels polynésiens

- a) Cancer, maladie redoutée dans la conscience des Polynésiens
- b) Les femmes ont une place importante dans la société polynésienne
- c) Augmentation des conduites à risques d'acquisition d'IST des adolescents
- d) La vaccination est une norme

B) Quelles sont les freins de la vaccination anti-PVH chez les mères en Polynésie française ?

Le prix de la vaccination

La vaccination vécue comme un geste agressif et douloureux

Rapport avec la sexualité de la vaccination anti-PVH

Remise en cause de l'utilité de certains vaccins

Discussion.....49

- 1) La validité de l'étude
- 2) Les résultats principaux
- 3) Perspectives pour la Polynésie française ?
- 4) Propositions
- 5) Perspectives à l'échelle mondiale

Conclusion.....67

Annexes

Bibliographie

Résumé

Introduction

Le cancer du col de l'utérus a été responsable de 311 365 décès dans le monde en 2018 (1). En France, durant la même année, 1 117 femmes sont mortes de la même cause (2). Les Papillomavirus Humain (PVH) sont les principaux responsables de maladies sexuellement transmissibles dans le monde. Les infections génitales à PVH sont généralement asymptomatiques et spontanément résolutive n'entraînant aucune pathologie. Si cette infection persiste, elle peut entraîner un cancer du col de l'utérus. Des méta-analyses ont mis en évidence une association forte entre une infection persistante par un PVH et l'apparition du cancer du col de l'utérus (3,4).

La vaccination contre le PVH existe en France depuis 2007 : deux vaccins sont disponibles (Gardasil®, Cervarix®). La couverture vaccinale pour les vaccins anti-PVH en France est faible (de l'ordre de 20%), dans un contexte de polémique liée à la suspicion d'effets secondaires indésirables graves. Cependant les dernières études n'ont pas démontré d'association significative entre l'apparition de maladies graves et la vaccination contre le PVH (5–7).

En Australie et en Nouvelle-Zélande, les dernières études réalisées en 2018 mettent en évidence une diminution significative de l'incidence des lésions condylomateuses chez les femmes qui ont bénéficié d'une vaccination contre le PVH (8,9).

La population polynésienne possède une des meilleures couvertures vaccinales au monde (>95%). Cette couverture vaccinale concerne les vaccins dits de l'enfant qui protègent contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae b* et à pneumocoque, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons et la rubéole (10).

Avant d'introduire la vaccination contre le PVH en Polynésie française, la Direction de la Santé conduit des études préliminaires. L'avis de la population concernée doit être recueilli avant de procéder à cette modification du calendrier vaccinal. Notamment, la perception des mères en Polynésie française sur la vaccination PVH n'est pas connue.

L'objectif de notre étude était d'explorer les motivations et les freins des mères de l'île de Moorea, en Polynésie française, pour autoriser la vaccination de leurs filles âgées de 9 à 14 ans avec le vaccin anti-PVH.

La méthode reposait sur une étude qualitative par analyse inductive générale. Des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés auprès de ces mères. L'hypothèse de départ était que les motivations des mères à vacciner leur fille avec le vaccin PVH l'emportait sur les freins.

Le but était d'étudier l'acceptabilité de la vaccination contre le PVH en Polynésie française.

- *Première Partie* -
actualisation des connaissances

I. Généralités sur le Papillomavirus humain

L'infection à Papillomavirus humain (PVH) est l'infection sexuellement transmissible la plus courante. Le PVH est un virus à ADN, infectant les épithéliums cutanés et les muqueuses.

Les PVH sont de la famille des *Papillomaviridae*. Leurs ADN se situent dans une capside. Cette structure est un assemblage de protéines structurales L1 et L2 respectivement majeures et mineures.

Près de 200 types de PVH ont été découverts selon la séquence ADN de la protéine L1. Les types de PVH sont classés à partir de leur potentiel à développer un cancer (haut ou faible risque) et à partir de la région dans laquelle ils ont une prédisposition à infecter (muqueux ou cutanés).

Les PVH à haut risque peuvent induire le cancer du col de l'utérus (CCU). 12 PVH sont considérés comme des cancérogènes avérés.

Si l'infection au PVH persiste, elle peut causer le CCU. La persistance d'une infection génitale par un PVH à haut risque est un facteur de risque nécessaire de CCU.

Le développement du CCU nécessite une série d'étapes qui se produisent à des âges particuliers : infection par un PVH à haut risque, persistance de l'infection, lésions précancéreuses, cancer. Le CCU se définit par son lent développement et la présence de lésions précancéreuses.

Le PVH peut aussi entraîner des cancers de l'oropharynx et de la région anogénitale. 90 % de cancers de l'anus sont liés aux PVH. Le PVH atteint les femmes et les hommes. En 2015, parmi les 1 460 nouveaux cas de cancers de l'anus dus aux PVH en France, les femmes sont les premières concernées avec 1 100 cas (75 %) contre 360 cas pour les hommes (11).

II. Épidémiologie

a) Prévalence des Papillomavirus humains

Chez les femmes ayant des résultats cytologiques normaux, la prévalence mondiale des PVH est estimée à 11,7% (12). Les lieux de forte prévalence sont l'Afrique subsaharienne (24%), l'Amérique latine (16,1%), l'Europe orientale (14,2%) et l'Asie du Sud-Est (14%). Dans le monde, la prévalence est la plus importante chez les jeunes de moins de 25 ans avec une valeur de (21,8%) (13). Dans le monde, les PVH de types 16 et 18 sont les plus représentés (12).

b) Cancer du col de l'utérus

Il existe une association importante entre l'apparition d'un cancer du col de l'utérus et l'infection persistante par un papillomavirus humain à haut risque (3,14). A l'échelle mondiale, 71% des CCU sont provoqués par les PVH-16 et 18. Les PVH de types 16, 18, 45, 31, 33, 52 et 58 sont la cause de 90% des cancers liés aux PVH (15).

La cause principale des CCU est donc une infection par un PVH à haut risque. Néanmoins, la majorité des infections PVH n'évoluent pas en cancer. Jusqu'à 90% des infections à PVH se résolvent naturellement en l'espace de 1 à 2 ans. Un petit nombre d'infections PVH vont devenir persistantes et une faible proportion de ces infections persistantes vont devenir des lésions précancéreuses dont certaines évolueront vers un cancer.

c) Autres maladies liées aux PVH

Les infections PVH de la région anogénitale peuvent aussi être responsables d'autres tumeurs néoplasiques mais aussi de tumeurs bénignes, dont les condylomes anogénitaux. Jusqu'à 90% des cas de condylomes anogénitaux sont liés aux types 6 et 11. Dans le monde, l'incidence médiane annuelle des condylomes anogénitaux était de 137 pour 100 000 hommes et à 121 pour 100 000 femmes (16).

d) Physiopathologie

Les PVH se propagent par contact avec la peau de la zone génitale ou les muqueuses infectées. Ils peuvent se transmettre lors de rapports sexuels, y compris par contact génito-buccal (3).

Une infection PVH persistante est caractérisée par la présence sur un frottis cervico-utérin d'un type spécifique de PVH pendant une période minimum de 6 mois. Après plusieurs mois ou années, les infections persistantes peuvent se transformer en lésions intraépithéliales précancéreuses. Histologiquement, elles constituent des néoplasies cervicales intraépithéliales (CIN).

Les néoplasies cervicales intraépithéliales sont classées en trois catégories : dysplasie bénigne (CIN 1), modérée (CIN 2) ou sévère (CIN 3).

La majorité des lésions de CIN régressent naturellement. La probabilité de régression est d'environ 57% pour les CIN 1, 43% pour les CIN 2 et 32% pour les CIN 3. Cependant, des CIN peuvent devenir cancéreuses.

Le temps entre le début d'une infection PVH et la transformation cancéreuse est de 20 ans en moyenne.

Les facteurs de risque d'une transformation néoplasique de l'infection PVH sont :

- Le type de PVH ;
- L'association avec une autre infection IST ;
- L'immunodépression ;
- La parité et le jeune âge à la première grossesse ;
- Le tabagisme.

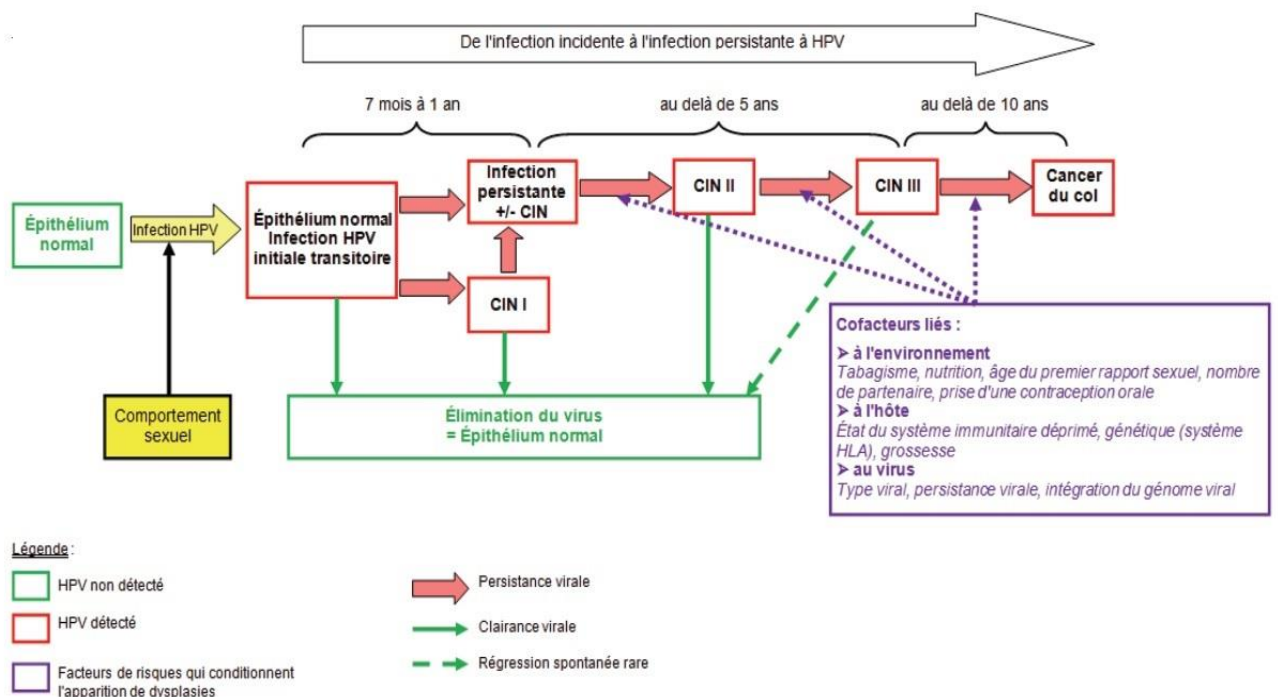


Figure 1 : Physiopathologie du cancer du col de l'utérus (Source : Les Papillomavirus humains, actualisation des connaissances de Sandrine Beaudin, ENS de Lyon)

Les condylomes anogénitaux sont des infections PVH à faible risque. La majorité de ces lésions sont liés aux PVH-6 et 11. En moyenne, l'intervalle entre le début de l'infection PVH de type 6/11 et la survenue de condylomes anogénitaux est de 12 mois chez les hommes et de 6 mois chez les femmes. Les condylomes anogénitaux sont difficiles à traiter et peuvent se développer vers une forme cancéreuse dans de rares cas (16).

III. Vaccin

Actuellement, il existe trois vaccins destinés prévenir les maladies liées aux PVH. Un vaccin bivalent (Cervarix®) autorisé pour la première fois en 2006, un vaccin quadrivalent (Gardasil®) commercialisé en 2007 et un vaccin nonavalent (Gardasil® 9) commercialisé en 2014. Ces trois vaccins sont fabriqués à partir de protéines structurales L1 pour créer des enveloppes vides spécifiques au type de PVH ciblé. Ces vaccins sont indiqués chez les filles et les garçons à partir de l'âge de 9 ans pour prévenir les lésions anogénitales précancéreuses, ainsi que le CCU ayant un lien causal avec les PVH. Ils sont censés être administrés avant le premier contact du PVH, c'est-à-dire avant le début de l'activité sexuelle (13).

En 2017, 71 pays avaient adopté un vaccin anti-PVH dans leur calendrier vaccinal chez les jeunes filles.

Le Vaccin anti-PVH bivalent : Cervarix® présente des protéines virales L1 des PVH de types 16 et 18.

Le Vaccin anti-PVH quadrivalent : Gardasil® présente des protéines virales L1 des PVH de types 6, 11, 16 et 18.

Le Vaccin anti-PVH nonavalent : Gardasil 9® présente des protéines virales L1 de 9 types de PVH (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58).

a) Administration et schémas de vaccination

Les vaccins anti-PVH bivalent, quadrivalent et nonavalent possèdent deux schémas de vaccination possible, selon l'âge.

Chez les filles et les garçons de 9 à 14 ans, un schéma de vaccination à 2 doses est recommandé (0 et 5-13 mois). Si la seconde dose de vaccin est injectée moins de 5 mois après la première dose, une troisième dose devra toujours être administrée.

Chez les sujets de 15 ans ou plus, le vaccin doit être administré selon un schéma à 3 doses (0, 2 et 6 mois).

b) Immunogénicité des vaccins

Le processus de protection des vaccins anti-PVH repose sur les anticorps guidés contre la protéine d'enveloppe L1. La réponse immunologique des vaccins anti-PVH est beaucoup plus forte que la réponse à une infection naturelle au PVH.

La vaccination induit la formation de cellules mémoires B. Il faut quatre à six mois pour que les cellules mémoires B produites par la 1^{ère} dose de vaccin arrivent à maturité. Le calendrier vaccinal doit donc programmer une période minimale de quatre mois entre la première et la deuxième dose.

Les études sur la protection induite par un schéma à une seule dose sont discordantes. L'une d'entre elles a établi que la réponse à une seule dose du vaccin bivalent donnait une protection entière contre les PVH-16 et 18 sur un intervalle allant jusqu'à quatre ans (17). Cependant une étude différente a conclu qu'après cinq ans de surveillance, les femmes ayant bénéficié d'une seule dose du vaccin quadrivalent avaient une incidence cumulée plus élevée de lésions précancéreuses et de CCU que les femmes ayant reçu deux doses (13,18).

Schémas à 3 doses

Les trois vaccins anti-PVH sont hautement immunogènes dans un schéma à trois doses. Les réponses immunitaires les plus élevées sont retrouvées chez les filles âgées de 9 à 15 ans (19).

Au décours de 7 mois de surveillance après le début d'administration de vaccin anti-PVH, le vaccin bivalent avait un taux d'anticorps contre les PVH-16 et 18 supérieur à celui du vaccin quadrivalent chez les femmes âgées de 18 à 26 ans (20). Le taux d'anticorps moyens obtenu avec le vaccin bivalent restait toujours plus élevé après soixante mois de surveillance (21). Cependant, aucune conclusion ne peut être donnée car il n'existe pas encore de corrélat de protection.

Deux essais randomisés ont comparé l'administration de trois doses de vaccin quadrivalent et nonavalent chez les femmes de 16 à 26 ans (22) et les filles de 9 à 15 ans (23). Les résultats à 7 mois, chez les filles de 9 à 15 ans, n'ont pas signalé de différence significative, ni de non-infériorité des taux d'anticorps moyen contre les PVH contenus dans les deux vaccins. Le vaccin anti-PVH nonavalent avait induit une réponse immunitaire significativement plus importante que le vaccin quadrivalent contre les types de PVH non contenus dans le vaccin quadrivalent. Entre les vaccins anti-PVH nonavalent et quadrivalent, on n'observait pas de différence significative de la réponse immunitaire aux PVH de types 6, 11, 16 et 18.

Schémas à 2 doses

Les données d'une étude (24) concluent que l'immunogénicité de deux doses de vaccin anti-PVH chez les filles de 9 à 14 ans n'est pas inférieure à celle de trois doses administrées aux femmes de plus de 15 ans.

A partir de 4 études randomisées (25–28), une comparaison a été réalisée entre les réponses immunologiques d'un schéma à 2 doses chez les filles de 9 à 14 ans et un schéma à 3 doses chez les jeunes femmes de 15 à 26 ans. Le schéma à deux doses chez les filles de 9 à 14 ans avait des résultats immunologiques non inférieurs à ceux du schéma à trois doses (13).

En 2016, une étude (29) a analysé l'effet immunologique du vaccin anti-PVH nonavalent selon un schéma à 2 doses ou selon un schéma à 3 doses dans les deux sexes. Les taux d'anticorps anti-PVH des filles et des garçons de 9 à 14 ans ayant reçu deux doses étaient non inférieurs à ceux des filles et des jeunes femmes qui avaient reçu trois doses.

c) Innocuité des vaccins

Le Comité consultatif mondial pour la sécurité des vaccins de l'OMS (GACVS) contrôle les données d'innocuité des vaccins anti-PVH dans le monde. En 2016, le GACVS a déclaré que les résultats sont rassurants (5).

Réactions systémiques : la fièvre a été le principal effet indésirable déclaré, il concernait plus de 10% des personnes vaccinées. Les autres effets indésirables bénins liés au vaccin anti-PVH sont : céphalées, vertiges, myalgies et arthralgies. Aucune manifestation indésirable grave imputable n'a été signalé (30). Le nombre de manifestations indésirables graves imputables au vaccin était inférieur à 0,1% pour le vaccin nonavalent (6).

Une étude d'observation de l'innocuité n'a pas trouvé d'association entre les vaccins anti-PVH et les maladies auto-immunes. Les résultats montrent que les vaccins anti-PVH n'augmentent pas le risque de syndrome de Guillain-Barré (7).

Grossesse : le recul des données n'est pas suffisant pour recommander d'introduire le vaccin anti-PVH durant la grossesse. Néanmoins, il existe des données concernant des femmes vaccinées par erreur durant la grossesse et dont on connaît l'issue de la grossesse : aucune manifestation indésirable grave n'a été signalée pendant la grossesse ou sur le développement fœtal chez les femmes ayant reçu un vaccin anti-PVH (13).

d) Co-administration avec d'autres vaccins

Les vaccins anti-PVH peuvent être administrés en même temps que les vaccins antidiphtérique, antitétanique, anticoquelucheux acellulaire et le vaccin antipoliomyélitique inactivé, sans qu'il ne se produise d'interférence cliniquement significative.

Une étude (31) a conclu à la non-infériorité de l'efficacité immunologique quand un vaccin anti-PVH est co-administré avec d'autres vaccins, et n'a pas trouvé d'augmentation significative d'effets indésirables dans les groupes ayant eu une co-administration. Une autre étude a conclu que la co-administration du vaccin anti-PVH nonavalent avec les vaccins dTCa avait une bonne tolérance et ne provoquait pas d'interaction avec la réponse immunologique des vaccins (32).

e) Rapport coût/efficacité

Le rapport coût/efficacité des vaccins anti-PVH est dépendant du prix des vaccins, de la prévalence du PVH, du nombre de doses par schéma et des traitements du CCU. L'analyse du rapport coût/efficacité dans le monde semble indiquer que la vaccination des jeunes filles donne un bon rapport coût/efficacité. Dans les pays où les mesures de prévention sont faibles, la vaccination anti-PVH présente un excellent rapport coût/efficacité (33,34).

Une méta-analyse, illustrant les prévisions issues de 16 modèles de 10 pays à revenu élevé, indique que la vaccination anti-PVH entraîne une immunisation collective importante. Cet effet produit une forte diminution à long terme des lésions et maladies associées aux PVH chez les personnes non vaccinées. Les estimations montrent qu'un effet d'immunisation collective est atteint quand la couverture vaccinale arrive à un taux de 40%. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les résultats sont similaires avec les conclusions de prévisions dans les pays à revenu élevé. Concernant le prix des vaccins bivalent et quadrivalent, seule la vaccination des filles a un bon rapport coût/efficacité, même dans l'hypothèse qu'il n'y a pas de protection croisée ou collective. Le rapport coût/efficacité de la vaccination anti-PVH chez les deux sexes est systématiquement inférieur à celui de la vaccination réalisé uniquement chez les filles. Lorsque la couverture vaccinale anti-PVH chez les filles est supérieure à 50%, la vaccination chez les deux sexes n'a pas un bon rapport coût/efficacité (33).

Dans les pays à revenu élevé, les estimations montrent que l'introduction du vaccin nonavalent pourrait donner un bon rapport coût/efficacité. Une autre analyse mondiale a montré que la vaccination de cohortes de filles possède un bon rapport coût-efficacité dans la tranche d'âge de 9 à 14 ans, notamment lors de l'application du schéma à 2 doses. Chez les filles de plus 15 ans, devant un schéma à 3 doses, la vaccination de cette population entraîne un rapport coût-efficacité plus faible (13).

IV. Application en santé publique

a) Dépistage du cancer du col de l'utérus en France

Depuis 2018, le dépistage du CCU en France s'appuie sur un programme national de dépistage organisé.

Il existe deux tests disponibles pour le dépistage du CCU : l'examen cytologique (le frottis cervico-vaginal) et le test PVH.

L'examen cytologique

C'est un examen analysant les cellules du col de l'utérus pour dépister la présence de cellules anormales et précancéreuses dont l'évolution en lésions cancéreuses est possible.

Le frottis cervico-vaginal possède une sensibilité pour la détection des lésions précancéreuses d'environ 50% et une spécificité d'environ 97%.

La limite est l'interprétation de cet examen (subjective et variable selon les observateurs).

Le test PVH

Le test PVH est une méthode de détection moléculaire qui permet la détection de l'ADN des PVH à haut risque. L'objectif principal n'est pas de repérer les infections au PVH en elles-mêmes mais les infections à risque d'évoluer vers une lésion précancéreuse. Cet examen a une meilleure sensibilité pour le dépistage des lésions précancéreuses.

La prévalence des infections à PVH transitoires est haute chez les femmes de moins de 30 ans. Ceci entraîne un sur-diagnostic, dont les traitements peuvent donner des complications obstétricales lors de futures grossesses.

La réalisation du test PVH par auto-prélèvement vaginal (APV) est possible chez des femmes qui ne se font jamais dépister : cette stratégie permettrait de faciliter le diagnostic et d'optimiser la couverture du dépistage.

En juillet 2019, l'HAS a publié de nouvelles recommandations de dépistage du cancer du col de l'utérus (35).

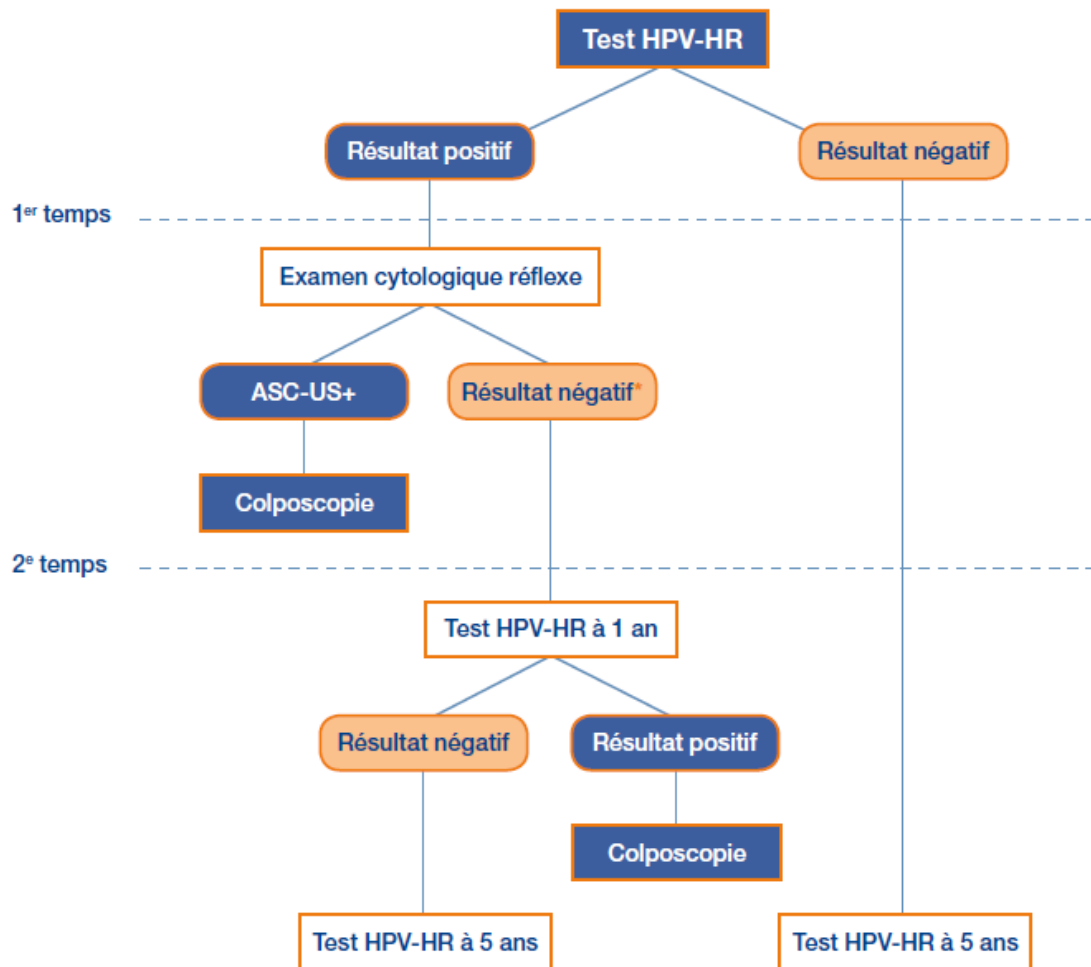
En synthèse, on retiendra :

- Le maintien des modalités de dépistage du CCU pour les femmes âgées de 25 à 30 ans : réalisation de deux examens cytologiques à un an d'intervalle, puis 3 ans après si le résultat des deux premiers est normal ;
- L'évolution des modalités de dépistage du CCU pour les femmes âgées de 30 à 65 ans : la HAS recommande que le test PVH remplace l'examen cytologique en dépistage primaire du CCU.

Le test PVH chez les femmes à partir de 30 ans, sera réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal.

Dès lors que le résultat du test est négatif, le rythme entre deux dépistages par test PVH est de 5 ans.

- Après un test PVH positif, un examen cytologique réflexe doit être réalisé : si le résultat de la cytologie est ASC-US (frottis anormal mais non interprétable) ou anomalies plus sévères, la femme doit être rappelée pour effectuer une colposcopie. Si le résultat de la cytologie est négatif, un test PVH est réalisé un an plus tard. Si ce test PVH de triage, réalisé un an plus tard, est positif, une colposcopie doit être faite ; si ce test PVH de triage est négatif, un nouveau test de dépistage par test PVH doit être proposé 5 ans plus tard.



* résultat négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne

Figure 3 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test PVH a été proposé en dépistage primaire du CCU (source : HAS, mise à jour 2019)

Un programme de dépistage individuel du CCU a été institué en 2003 en Polynésie française. Ce dépistage vise toutes les femmes de 25 à 65 ans et reste basé sur un FCU réalisé tous les trois ans.

La Caisse de Prévoyance Social (CPS, équivalent de la CPAM) prend en charge les actes constituant un dépistage gynécologique : la mammographie pour le dépistage du cancer du sein et l'analyse cytologique du frottis pour le dépistage du CCU.

b) Traitement

Le traitement des lésions précancéreuses du col utérin est efficace pour éviter le développement vers un CCU (36). Différentes méthodes existent pour traiter les lésions précancéreuses du col : destruction des tissus anormaux par brûlure (vaporisation laser) ou par application de froid (cryothérapie), excision chirurgicale des tissus anormaux (conisation) (37). La conisation est indiquée pour les lésions les plus avancées.

Deuxième partie :

*Introduction de la vaccination PVH en
Polynésie française*

Population et méthode

1) Population

Les mères de jeunes filles âgées de 9 ans à 14 ans, habitant l'île de Moorea en Polynésie française constituaient la population de cette étude.

2) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être mère d'une ou plusieurs filles âgée(s) de 9 à 14 ans ;
- Habiter sur l'île de Moorea ;
- Être capable et accepter de répondre au questionnaire.

3) Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Les femmes n'ayant pas de filles âgées de 9 ans à 14 ans ;
- Les femmes ne résidant pas sur l'île de Moorea ;
- Refus de répondre au questionnaire.

4) Méthode

4.1) Etude qualitative

La recherche qualitative est principalement interprétative. L'objectif est de mieux comprendre les différentes interprétations et opinions que les individus attribuent à des événements. Elle est adaptée à l'étude des phénomènes sociaux.

La recherche qualitative permet d'explorer les sentiments des patients et leurs expériences personnelles. Elle est appropriée à la recherche en médecine générale en permettant un accès plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins.

La première étape consiste à définir la question de recherche et la population. La deuxième étape consiste à choisir la méthodologie théorique (étude des cas, biographie, théorie ancrée).

L'étude qualitative est donc la plus adaptée pour connaître les motivations de la population polynésienne sur l'introduction d'un nouveau vaccin.

4.2) Recrutements

Les recrutements des patientes correspondant à la population cible de l'étude se sont déroulés selon deux modalités :

- Au dispensaire (hôpital rural) d'Afareaitu, lors d'une consultation.
- Dans la salle d'attente d'un médecin généraliste libéral à Afareaitu.

4.3) Entretiens

Un entretien semi-dirigé a une structure souple constituée de questions ouvertes définissant des champs à explorer, desquels l'intervieweur ou l'interviewé peuvent diverger pendant l'entretien pour étudier une idée plus en détail. C'est le choix que nous avons fait pour notre étude.

Le questionnaire comportait 23 questions, divisé en trois parties :

- Caractéristiques de la population interrogée (5 questions).
- Connaissances sur la vaccination en général : influence individuelle et contextuelle (7 questions).
- Connaissances sur la vaccination PVH (9 questions).

La majorité des questions étaient ouvertes pour encourager l'expression des idées sur la vaccination. Certaines questions fermées permettaient d'apprécier l'état de connaissance de la population cible sur la vaccination PVH. (*Annexe 1*)

4.4) Recueils des données

Un formulaire de consentement était rempli pour chaque entretien. Les entretiens étaient enregistrés, après l'accord des mères, grâce à un enregistreur numérique sur Iphone SE (application « Dictaphone ») et retranscrites par moi-même sur le logiciel Microsoft® Office Word. Les entretiens étaient anonymes. (*Annexe 2*)

4.5) Analyse

Cette étude qualitative utilisait une analyse inductive générale.

L'analyse inductive générale est une méthode qui permet de traiter des données qualitatives.

Elle est définie par un ensemble de principes mentionnés par Thomas (2006) : (38)

- L'analyse des données est guidée par les objectifs de recherche.
- Les entretiens sont lus de nombreuses fois pour permettre l'interprétation, c'est le principe de l'analyse dite « inductive ».
- Les résultats proviennent de l'analyse des données brutes. Les objectifs de recherche donnent une direction pour diriger l'analyse de ses données.
- L'objectif principal de l'analyse inductive est d'élaborer des catégories à partir des données brutes pour les incorporer dans un modèle.
- Les résultats proviennent donc des interprétations du chercheur.

L'analyse inductive passe donc par 4 phases :

- La première phase est la préparation des données brutes.
- La deuxième phase est la réalisation d'une lecture approfondie.
- La troisième phase est l'élaboration des premières catégories.
- La quatrième phase est l'amélioration des catégories.

L'approche inductive générale est proche de celle de la théorisation ancrée. Cependant cette analyse ne divise pas l'action de codage entre codage ouvert et codage axial. Le chercheur qui utilise l'analyse inductive générale restreint le développement de leur modèle à la présentation et à la description des catégories les plus importants ayant émergé de leur analyse.

Résultats

1) Données générales sur les entretiens

Les 23 entretiens se sont déroulés sur l'île de Moorea entre août et octobre 2018.

14 entretiens ont eu lieu au dispensaire d'Afareaitu et 9 entretiens au cabinet du médecin privé d'Afareaitu.

La durée des entretiens était comprise entre 6 minutes 46 secondes et 19 minutes 10 secondes, avec une moyenne de 11 minutes.

Le tutoiement était utilisé. Largement utilisé en Polynésie française, il ne possède pas de caractère familier, ni de marque de supériorité sociale.

2) Caractéristiques des échantillons

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu »

	Age	Lieu de naissance	Lieu d'habitation	Profession	Nombre d'enfants	Age des filles
M1	52	Île de Maïo	Haapiti	Sans emploi	6	31, 27, 26, 14
M2	47	Afareaitu	Afareaitu	Secrétaire médicale	4	16, 11
M3	34	Afareaitu	Papeotai	Sans emploi	3	14
M4	37	Papeete	Temae	Sans emploi	3	13, 11, 2
M5	27	Papeete	Afareaitu	Sans emploi	3	10, 6, 1
M6	35	Afareaitu	Afareaitu	Femme de ménage	2	17, 10
M7	30	Papeete	Maatea	Sans emploi	3	13, 6
M8	44	Papeete	Vaiare	Sans emploi	2	17, 12
M9	36	Rurutu	Haapiti	Vendeuse	2	15, 10
M10	29	Afareaitu	Papeotai	Sans emploi	1	10
M11	54	Afareaitu	Maharepa	Cuisinière	6	22, 22, 19, 10
M12	32	Papeete	Maatea	Sans emploi	3	15, 12, 7
M13	30	Bora Bora	Paopao	Sans emploi	2	16, 11
M14	33	Papeete	Haapiti	Sans emploi	1	13

Les caractéristiques de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » sont :

- âge moyen des mères : 43,3 ans (écart-type = 8,6 ans).
- nombre moyen d'enfants par mère : 2,9 enfants (écart-type = 1,5 enfants).
- âge moyen des filles : 13,7 ans (écart-type = 6,6 ans).

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu »

	Age	Lieu de naissance	Lieu d'habitation	Profession	Nombre d'enfants	Age des filles
P1	36	Nouméa	Temae	Fonctionnaire à la mairie	2	10, 5
P2	53	Papeete	Maharepa	Femme de ménage	4	33, 32, 26, 8
P3	45	Papeete	Temae	Sans emploi	2	27, 12
P4	35	Papeete	Afareaitu	Sans emploi	2	9, 5
P5	43	Vanuatu	Temae	Auto-entrepreneur	2	15, 14
P6	40	Mont-de-Marsan (Landes)	Maatea	Enseignante	2	14, 11
P7	39	Amboise (Indre-et-Loire)	Maatea	Club de parachutisme	2	13, 9
P8	35	Afareaitu	Haapiti	Préparatrice en pharmacie	1	9
P9	47	Papeete	Afareaitu	OPT (poste)	2	16, 9

Les caractéristiques de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu » sont :

- âge moyen des mères : 41,4 ans (écart-type = 6,1 ans).
- nombre moyen d'enfants par mère : 2,1 enfants (écart-type = 0,7 enfants).
- âge moyen des filles : 16,3 ans (écart-type = 8,5 ans).

3) Analyse thématique

A partir des entretiens, l'analyse par induction générale a permis de dégager des grands thèmes autour de la vaccination. Intégrés dans un modèle simple, ces thèmes ont été répartis logiquement en deux groupes : les motivations et les freins à la vaccination anti-PVH.

Nous avons exposé les résultats thème par thème. Les citations exprimant une idée en lien avec le thème sont présentées pour argumenter notre modèle d'analyse.

Quelles sont les motivations à la vaccination anti-PVH chez les mères en Polynésie française ?

La vaccination comme protection individuelle puis collective

Pour la grande majorité des deux échantillons, la vaccination est synonyme de protection.

« La vaccination, c'est surtout pour protéger pour beaucoup de maladies ! » (M2)

« Pour moi, ça me paraît bien, ça protège des maladies qui existent en ce moment. J'ai vu que quand on habite loin des grands pays, quand on n'est pas vacciné, on attrape pleins de maladies. » (M5)

« Normalement c'est une protection. » (P7)

« On introduit la maladie atténuée pour que notre système immunitaire réagisse, prépare ses défenses. » (P6)

La vaccination est avant tout une « protection et une immunisation » (P5)

« Moi quand on me parle de vaccination, je pense à la prévention. » (P9)

La protection collective est aussi évoquée et comprise par les mères :

« Ceci ça peut faire que du bien pour la population. » (M2)

« Il y a plein de pays qui ne peuvent pas vacciner tout le monde, nous on peut vacciner dès le plus jeune âge, donc je trouve ça bien. » (M5)

« C'est bien pour l'entourage » (M12)

Finalement la vaccination est mentionnée comme une protection dans 12 entretiens de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » (sur 13 entretiens) et dans 7 entretiens de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu » (sur 9 entretiens).

Approche critique des connaissances et des sources d'information

a) Connaissances générales sur la vaccination

Les entretiens retrouvent une connaissance limitée concernant la vaccination.

A la question « La vaccination protège contre des maladies. Sais-tu lesquelles ? » une majorité des mères a répondu « *je ne sais pas* » : 8 sur 14 de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » et 4 sur 9 de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu ». Pour le reste des entretiens, ce sont les mots « rougeole », « rubéole » et « oreillon » qui ont été principalement cités.

A la question « A ton avis, comment fonctionne un vaccin ? », 13 mères de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » et 7 mères de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu » n'ont pas la réponse.

« *Pas du tout* » (M1)

« *Je ne sais pas précisément ce que c'est.* » (P1)

« *Haha, pas du tout !* » (M6)

« *Je ne connais pas le mécanisme.* » (P2)

Certaines mères interrogées dans notre étude ne savaient pas que certains vaccins sont obligatoires :

« *Les vaccins sont obligatoires ? Franchement il n'y a pas de problème, je ne me suis jamais posé la question, c'est positif la vaccination. Il faut le faire, c'est comme ça. Si on ne se fait pas vacciner, la maladie va arriver après, non ?* » (P3)

« *Les vaccins sont obligatoires ? Non je fais avec, on me dit qu'il faut faire, je le fais.* » (M4)

Cette connaissance limitée sur la vaccination est associée à une importante confiance en les professionnels de santé. Cette confiance est citée de façon positive dans 13 entretiens sur 14 de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » et dans 6 entretiens sur 9 de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu ».

« J'ai confiance, je fais ce qu'on me dit. » (M1)

« J'ai complètement confiance. » (M5)

« Je pense qu'on peut avoir confiance, ils sont compétents. » (M9)

« S'ils rajoutent des vaccins c'est peut-être ils voient d'autres maladies où il faut faire attention ! C'est important, je fais confiance oui. » (M9)

« Les médecins ils savent ce qu'ils font en fait, et nous on a confiance aux médecins après, ils savent ce qu'ils font. » (M14)

« Les médecins, on a confiance, ils ont fait beaucoup d'années d'études. » (P1)

« Bah je fais confiance aux médecins ! Il me semble que des études ont été faites avant. On n'est pas des cobayes. Non je fais confiance en la médecine. » (P9)

Certains évoquent une confiance faite par défaut, faute de ne pas posséder les connaissances sur les vaccins.

« Nous, il y a des choses qu'on ne peut pas décider ou qu'on ne sait pas. Du coup nous on attend et on nous dit c'est comme ça, et on fait. On suit le mouvement. » (M7)

« Confiance...oui et non. C'est pas une réponse oui et non, je sais. C'est un peu difficile à dire. Parce que déjà je ne suis pas médecin, je ne vois pas ce qu'il se passe, alors pour la vaccination on est obligé de leurs faire confiance, non ? » (P3)

« Bah, en même temps on n'a pas le choix ! [Rire]. C'est des gens quand même compétents, ils savent ce qui est bien pour la population. » (P8)

La vaccination n'a jamais été source de questionnement pour d'autres. Elle n'est jamais remise en cause.

« Peut-être qu'il y a un risque mais je dois avouer que je me suis jamais posé la question si c'est dangereux. » (M6)

« Je ne me suis jamais posé la question ! Mais je pense que j'aurais confiance, comme ils sont médecins surement, ils savent ce qu'ils font. » (M8)

« Non, je n'ai pas trop d'avis, je ne sais pas. Je ne me suis jamais posé la question, je ne m'attendais pas à qu'on me pose cette question [sur la confiance envers le ministère de la santé]. » (M10)

« Pour te dire franchement, je ne sais pas du tout, ça je ne me suis jamais posé la question [si les vaccins sont dangereux]. » (M14)

b) Les sources d'information

L'ensemble des 14 entretiens de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu », sans exception, confirment que les mères ne vont pas chercher les informations sur la vaccination sur internet ou sur les réseaux sociaux. Pour la plupart, la raison est qu'elles ne possèdent pas internet à la maison. Les informations médicales sur la vaccination qu'elles possèdent proviennent directement des professionnels de santé.

« J'ai eu les informations surtout quand j'ai accouché. Après c'est sur les affiches lors des consultations. » (M2)

« Je ne vais pas sur internet. Mais à la télévision je n'ai pas eu d'informations particulières. » (M3)

« Non, les informations c'est le taote qui donne. » (M6)*

**Taote : médecin dans la langue tahitienne.*

« Pas du tout. Je ne regarde pas trop ces trucs-là. » (M11)

Concernant l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu », la source d'information sur la vaccination est semblable à celui du « dispensaire d'Afareaitu ». C'est-à-dire qu'elle provient des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers). Une seule mère évoque avoir lu des informations sur la vaccination via les réseaux sociaux.

« Mais j'ai vu des études sur des réseaux sociaux de vaccins qui provoquent des autismes. » (P8)

c) Connaissances sur le PVH et le cancer du col de l'utérus

Les connaissances sur le cancer du col de l'utérus sont très limitées dans les deux échantillons. Les mères ont répondu positivement à la question « connais-tu le cancer du col de l'utérus ? » de façon majoritaire dans les deux échantillons : 11/14 sur l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » et 9/9 sur l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu ». Les mères vont alléguer avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus sans avoir de connaissance sur ce sujet.

« J'ai déjà entendu mais je ne connais pas. » (M5)

« Oui, j'ai déjà entendu. » (M10)

« Oui j'ai déjà entendu. Col de l'utérus, cancer de l'utérus. » (M11)

« J'ai déjà entendu parler de ça, mais je ne savais pas qu'il y avait ce vaccin pour ça. » (M13)

« Enfin on en parle mais je ne jamais eu les détails comment ça se produit ou comment ça se fait. » (M14)

« Je sais que ça existe mais je n'en ai jamais entendu parler. » (P9)

Aucune des mères de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » n'a entendu parler du vaccin anti-PVH.

« Papillomavirus... ça vient d'où ça ?! » (M11)

« Non euh... c'est comment le nom ? PVH ? Non j'ai jamais entendu. » (M13)

« PVH... c'est quoi ça ? » (M14)

Dans l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu », 4 mères connaissent le nom de Papillomavirus.

« C'est mon médecin traitant en Nouvelle-Calédonie qui m'a parlé de cette vaccination. » (P5)

« Oui oui, j'ai déjà entendu, par mon gynécologue principalement et mon médecin traitant. » (P6)

« Oui j'ai déjà entendu parler mais c'était juste comme ça. » (P7)

« Je crois que ma gynécologue m'a déjà parlé de ceci. » (P9)

Les événements biographiques solidifiant l'utilité vaccinale

a) Expérience vécue personnelle

L'absence de complications liée à la vaccination est souvent relatée par les mères. Cette expérience renforce l'acceptabilité des vaccins. On le retrouve dans 7 des entretiens de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu ».

« Par ma propre expérience je veux dire, mes enfants ont eu tous les vaccins, [...] je ne vois pas où est le problème, je ne vois pas où est le danger. » (M3)

« Non pour moi c'est pas dangereux les vaccins, mes enfants vont bien depuis le début alors qu'ils ont toujours eu leurs vaccins. » (M4)

« Mes enfants ils ont eu avant deux vaccins d'un coup, je pensais que ça pouvait être dangereux de recevoir deux vaccins d'un coup mais non ça s'est très bien passé, ils ont bien toléré. » (M5)

« J'ai jamais eu de souci avec mes enfants [avec la vaccination]. » (M6)

« Non, ça se passe bien à chaque fois. Pour moi, il faut que les vaccins soient fait, il faut toujours être à jour. » (M9)

« Pour ma part, je ne vois pas où c'est dangereux, au contraire c'est nécessaire de se faire vacciner. Je le vis bien, si c'est nécessaire il n'y a pas de problème ! » (M10)

« Oui, moi je trouve, que oui, bah jusqu'à aujourd'hui ça s'est bien passé. Oui j'ai confiance. Je n'ai jamais entendu de problème sur la vaccination. » (M14)

L'absence de vécu négatif est retrouvée dans 6 entretiens de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu ».

« Il n'y a pas de problème pendant les vaccins. » (P1)

« Non, j'ai jamais eu peur. J'ai jamais eu de problèmes avec les vaccins, je fais confiance. » (P2)

« Pour moi, c'est pas dangereux ! Je ne vois pas où est le problème ! Tout s'est bien passé pour moi. » (P3)

« Parce que moi j'ai trois enfants, ils ont toujours été vaccinés et je n'ai pas eu de soucis. Donc je ne vois pas où c'est mauvais. » (P4)

« Moi je n'ai pas eu l'impression que c'était dangereux. Puis je me dis que de toute façon, il y a pas mal de maladies qui ont été éradiquées avec les vaccins. Donc pour moi la vaccination reste essentielle. » (P6)

« De façon générale, moi je suis tous les traitements, ces protections, on ne sait jamais quoi. Donc jusqu'à aujourd'hui je n'ai pas eu de cas grave quoi. Mais oui je suis favorable aux

vaccinations. Car pour moi c'est plutôt, mince comment on appelle ça, c'est une prévention. Je n'ai pas eu de côté négatif. » (P9)

Des mères évoquent un antécédent personnel ou familial d'une maladie qui concerne les vaccinations. Une autre mère explique l'épisode d'une maladie grave non liée à la vaccination chez sa fille, ayant renforcé son intérêt sur la protection apportée par les vaccins.

« Moi ma fille a été gravement malade, donc maintenant tout ce qui est médical je suis pour. Je laisse un peu de côté maintenant le Ra'au Tahiti et j'utilise surtout les médicaments. » (M7)

**Ra'au : médicaments dans la langue tahitienne*

« Par rapport au vaccin, c'est bien, parce que ça protège vraiment. Moi, à la naissance, quand j'étais comme elle, j'ai eu les oreillons, il n'y avait pas à l'époque les vaccins comme maintenant. Mais maintenant tous les vaccins sont dans les carnets de mes enfants. » (M11)

« C'est une bonne chose la vaccination, je trouve que c'est bonne chose parce que par exemple moi j'ai eu la rougeole, je l'ai attrapé, c'est une maladie atroce. Tu es très affaibli, tu vomis beaucoup, tu as des rougeurs partout, tu atteins 42 degrés après. » (M14)

b) Importance du déroulement de la consultation de vaccination

On met en évidence un facteur important de l'adhésion vaccinale lors des entretiens : la qualité de l'information délivrée au cours des consultations de vaccination.

« On m'a prescrit des patchs la dernière fois pour qu'il n'a pas mal pour les vaccins d'après, je trouve ça bien. » (M4)

« Non, ça se passe bien à chaque fois. On nous explique tout le temps, ce vaccin c'est pour cette maladie et tout. » (M9)

« C'est pour quoi faire ? C'est quoi ce vaccin ? C'est pour quelle maladie ? On m'explique à chaque fois aux consultations, c'est important. » (M14)

« Non ça se passe très bien, à chaque fois on me dit maman ça c'est pour telle maladie, ça peut donner de la fièvre et tout. On nous explique très bien. » (P2)

« Bien. Parce que j'aime bien [les consultations de vaccination]. Comme on m'explique à chaque fois. Par exemple, c'était pour quoi, quand ils sont tout bébé, c'est la rubéole ou un truc comme ça, je ne sais plus trop mais bon, quand on m'a expliqué c'était pour quoi je me suis dit ok pourquoi pas, si ça peut éviter d'avoir ces choses-là. » (P4)

Acceptation facilitée par des facteurs socio-culturels polynésiens

a) Cancer, maladie redoutée dans la conscience des Polynésiens

Après une explication détaillée du cancer du col de l'utérus et du vaccin anti-PVH, on retrouve une acceptation unanime de ce vaccin par les mères polynésiennes. L'ensemble des 14 mères de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » est favorable à l'introduction du vaccin anti-PVH. Concernant l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu », 2 mères émettent des réticences à l'encontre de ce vaccin.

La principale raison avancée par les mères pour justifier l'acceptation du vaccin anti-PVH est la protection face à un cancer. L'angoisse et la frayeur de développer un cancer semblent omniprésents dans les entretiens.

« Si ça peut les protéger d'un cancer, je suis pour qu'elle le fasse. » (P1)

« Oui moi je suis d'accord, il faut le faire ! Moi je suis d'accord pour ma fille. Elle est encore jeune en plus. Moi j'aimerais bien qu'on donne la priorité à ce vaccin si ça protège contre un cancer ! » (P3)

« Donc si ça peut éviter des cancers, je suis pour. » (P4)

« Oui, si c'est un vaccin qui empêche vraiment de développer un cancer de l'utérus, ça serait génial si c'est remboursé, que ça soit accessible pour toutes les femmes quoi. Je suis favorable si ça peut empêcher un cancer. Aujourd'hui tout le monde meurt d'un cancer. C'est horrible. Moi je travaille en pharmacie, je vois défiler des gens et disparaître. Il y en a

beaucoup. Si on trouve un vaccin contre le cancer de l'utérus, c'est déjà quelque chose, c'est bien. Mourir d'un cancer, ce n'est pas une mort douce. Ici en Polynésie française, le cancer c'est un fléau. » (P8)

« Ah oui vaut mieux ! Moi je suis pour. Pour mes filles, pour qu'elles n'ont pas la maladie. Quand tu as le cancer, c'est fini après. » (P9)

« Oui je suis pour ce vaccin, si ça peut éliminer un cancer ! » (M2)

« Il vaut mieux prévenir que guérir je pense. Tu préviens il y a moins de frais, tu guéris il y a plus de frais. Non non je serais d'accord qu'on vaccine mes filles. Surtout si ça peut empêcher de développer un cancer du col de l'utérus. Parce que je crois qu'il y a beaucoup de cancer du col de l'utérus en Polynésie. » (M4)

« Bien, très bien. Déjà par rapport à maman qui a eu ce cancer il y a 10 ans. S'il y avait déjà ce vaccin avant qu'elle attrape le cancer de col de l'utérus, peut-être qu'elle ne l'aurait pas eu ! Non c'est bien ce vaccin. » (M6)

« Pour ma part, je suis pour. Surtout que j'ai des filles. Et quand je regarde le ministère de la santé, je pense que ce cancer ça a un coût. Quand les mamans qui ont des filles sauront qu'il y a un vaccin exprès pour ça, je pense que les mamans seront pour, je dis ça en tant que maman ! C'est comme le cancer du sein, il y en a beaucoup maintenant. Si on peut le prévenir c'est tant mieux, que ça soit le vaccin ou autre, alors pourquoi pas ! » (M7)

« Il le faut ! C'est la première fois que j'entends ça ! C'est très bien comme vaccin, c'est contre le cancer ! » (M8)

« C'est bien, j'aime bien, ça protège nos enfants, si on peut prévenir le cancer avant que ça arrive, je suis pour, j'aime bien. On a tous peur du cancer. » (M12)

b) Les femmes ont une place importante dans la société polynésienne

Deux entretiens soulignent l'importance de la place de la femme en Polynésie française. La protection des femmes pourrait être un motif pour l'acceptation du vaccin anti-PVH. Ces propos n'ont pas été relevés lors des entretiens de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu ».

« Ceci me rassure. Moi on ne m'a pas encore dépisté de cancer mais comme j'ai une tante qui l'a eu, j'ai déjà un risque de le développer peut-être. Ils se pourrait donc que mes filles peuvent développer ce cancer aussi malheureusement. Donc c'est bien s'il y a ce vaccin pour protéger toutes les femmes en Polynésie ! Les enfants ont besoins de leur maman en bonne santé. » (M5)

« Oui, je trouve que c'est une bonne chose. Peut-être avec ça il y aurait moins de cancer de l'utérus, et les femmes elles pourront mieux vivre leurs vies et être tout le temps pas malade, et elles pourront bien s'occuper des enfants. Parce que les femmes ici en Polynésie, elles s'occupent de tout, elles sont malades mais elles s'occupent de tout, du linge, du ma'a, il faut que leur mari revienne si elles fatiguent. Moi je trouve que c'est une bonne chose pour les femmes. » (M14)

**Ma'a : repas dans la langue tahitienne.*

c) Augmentation des conduites à risques d'acquisition d'IST des adolescents

L'infection PVH est une IST. Après cette explication, des mères témoignent observer des modifications du comportement sexuel des jeunes polynésiens depuis quelques années. Les rapports à risque seraient beaucoup plus fréquents maintenant chez les jeunes selon les mères.

« Maintenant tout va plus vite avec les copains et tout je trouve. » (M7)

« Pour moi c'est une très bonne idée, ça sécurise plus pour les jeunes filles. Les jeunes ils font plus de bêtises entre eux maintenant, tu vois ce que je veux dire. » (M10)

« C'est bien, il faut le faire en Polynésie. Parce que quand je regarde les jeunes, ce que je vois maintenant, ils font la bringue, ils boivent l'alcool, il y a la drogue, ils font n'importe quoi. Ce n'était pas comme ça à l'époque. Je ne sais pas s'ils prennent des capotes ! (Rire) Enfin ! » (M11)

d) La vaccination est une norme

On retrouve la notion de norme chez de nombreuses mères polynésiennes. Cette norme est principalement sociétale. La vaccination semble s'être imposée dans la population polynésienne comme un principe, une règle. Elle est mentionnée dans 6 entretiens des mères polynésiennes de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu ».

« La vaccination est obligatoire pour qu'il n'y a pas de nouvelles maladies qui arrivent. C'est normal pour moi. » (M1)

« Par ma propre expérience je veux dire, mes enfants ont eu tous les vaccins, ils sont à jour et je trouve ça normal. » (M3)

« Moi j'ai 35 ans, je sais qu'on réalisait les vaccinations avant mon époque. » (M6)

« Je sais que c'est ces vaccins là qu'il faut faire car c'est cela que j'ai eu quand j'étais petite. Il faut que les vaccins soient fait, il faut toujours être à jour. » (M9)

« [La vaccination] C'est comme ça, il n'y a pas d'autre choix. » (M11)

« On nous a toujours dit qu'il faut laisser nos enfants se faire vacciner. Les grands-parents ils disent que c'est pour éviter que le bordel grandisse dans leur corps. » (M13)

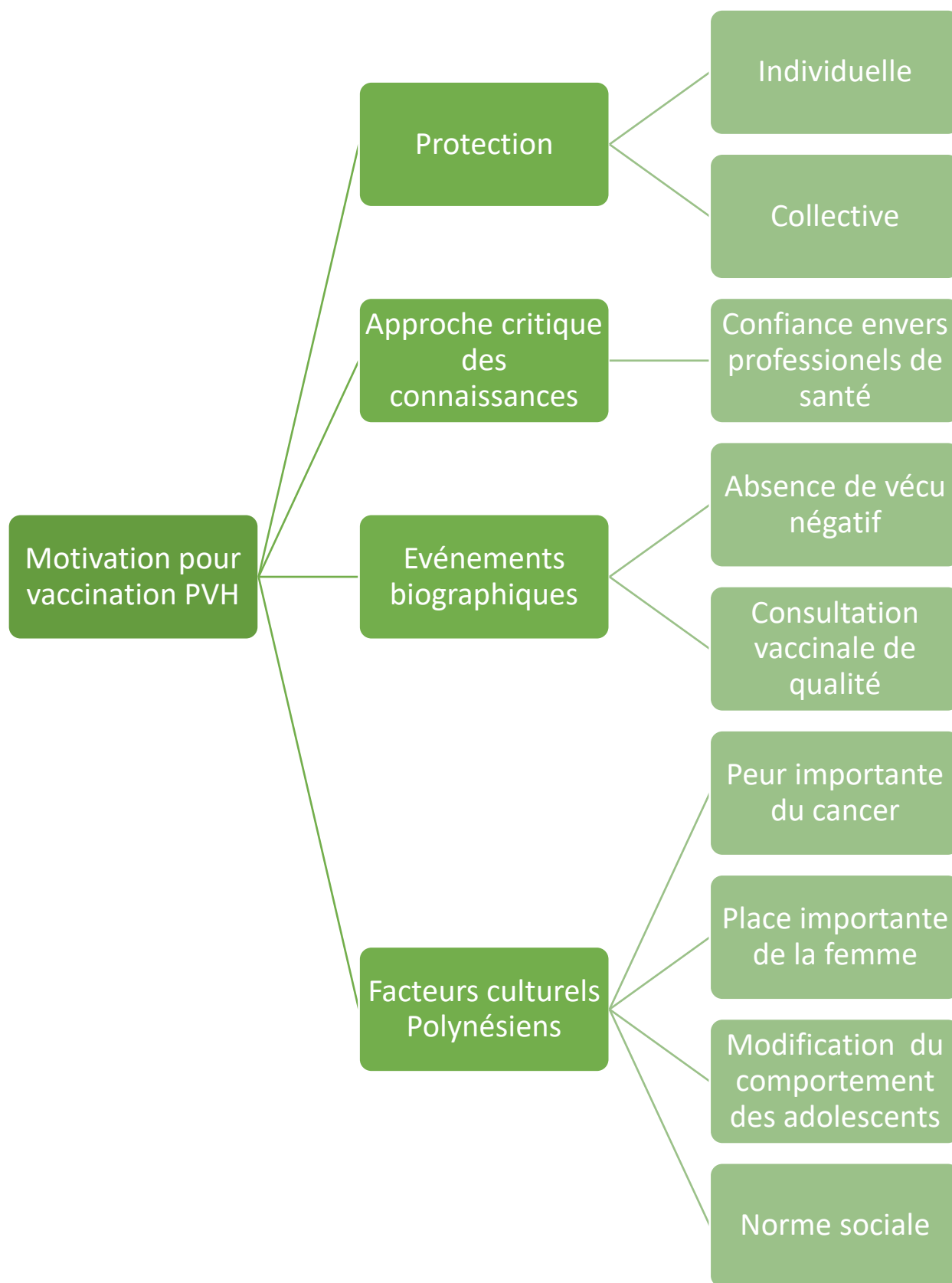
« Comme disait ma mère à Bora Bora, il ne faut jamais refuser les vaccins. » (M13)

Cette norme culturelle est moins présente dans l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu ». Elle est citée dans 3 entretiens de cet échantillon.

« La vaccination ça fait très longtemps que c'est en place, on l'a toujours vu. » (P2)

« Il faut le faire, c'est comme ça. » (P3)

« Je trouve ça normal. » (P6)



Arbre thématique n°1 : motivation à la vaccination PVH chez les mères en Polynésie française

Quelles sont les freins à la vaccination anti-PVH chez les mères en Polynésie française ?

Le prix de la vaccination

Dans les deux échantillons, le prix est un frein potentiel à la vaccination. L'absence de remboursement du vaccin serait une limite importante à l'acceptation du vaccin.

« C'est mieux, pour mieux protéger les gens, surtout pour nos enfants. Et surtout c'est bien que c'est pris en charge, parce qu'il y a des gens qui ne viendraient pas si c'était pas gratuit. Si c'est obligatoire, alors c'est pris en charge. » (M2)

« Ça serait bien s'il y a cette vaccination ici ! et c'est encore mieux si c'est remboursé ! » (M9)

« Si c'est sûr à 100%, si c'est un vaccin qui empêche vraiment de développer un cancer de l'utérus, ça serait génial si c'est remboursé, que ça soit accessible pour toutes les femmes quoi. » (P8)

« C'est à cause de ça [le prix de la vaccination PVH] que les familles sont réticentes je pense. » (P9)

La vaccination vécue comme un geste agressif et douloureux

Près de la moitié des mères considèrent que la vaccination reste un geste traumatique pour l'enfant. C'est mentionné dans 6 entretiens de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » et dans 4 entretiens de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu ».

« La piqûre, la douleur, savoir si le bébé il n'a pas mal. On appréhende toujours. » (M4)

« Je pense que les mères qui réagissent comme ça [qui ont peur des vaccins], elles ont entendu des choses par bouche-à-oreille. Ou du fait que quand on fait une piqûre leurs bébés pleurent, ils ont mal, donc peut-être ils ne sont pas assez renseignés sur ce que le vaccin donne au corps. » (M7)

« Les piqûres ! Parce que ça fait peur les piqûres ! » (M8)

« Oh oui, mais ce qui me dérangeait c'était pas la piqûre, mais quand la petite elle pleure, je ne supportais pas. » (M13)

« Envoyer les enfants souffrir pour la piqûre ça fait mal pour les parents mais tant qu'on sait que c'est pour une bonne chose. » (M14)

« C'est plus par rapport à la piqûre, mais sinon il n'y a pas de problème pendant les vaccins. » (P1)

« Pour l'enfant je pense que c'est difficile parce que il y a la piqûre. » (P3)

« C'est toujours le père qui emmenait ma fille, [rire] je ne voulais pas voir. Mais je sais que ma fille n'a jamais pleuré. » (P8)

« Dangereux [la vaccination] je ne sais pas mais ça fait mal aussi la piqûre quoi. » (P9)

Rapport avec la sexualité de la vaccination PVH

Le vaccin anti-PVH a un lien direct avec la sexualité car les PVH sont des IST. Le vaccin anti-PVH est recommandé avant les premiers rapports sexuels. La cible principale a été fixée par l'OMS les filles âgées entre 9 et 14 ans. Un vaccin préconisé avant les premiers rapports pour protéger d'une maladie liée au sexe pourrait théoriquement être mal accepté.

Cependant, aucun tabou sur ce sujet n'a été mentionné dans les entretiens de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu ». La majorité des mères semblent favorable à une discussion sur ce sujet avec leur fille entre 9 et 14 ans.

« Je préfère discuter avec ma fille et elle fera le vaccin ou pas. » (M2)

« Je demanderai son avis [à ma fille], je lui expliquerai, on va faire un vaccin, oui c'est moi qui prendrai la décision finale. » (M6)

« D'abord on en parle, puis après on décide ensemble. Chacun donne son avis, puis on décide ensemble. S'il elle ne veut pas, je ne vais pas la forcer. » (M14)

« Oui je demanderai son avis, mais je me renseignerai bien sur cette vaccination puis je prendrai la décision pour elle. » (P1)

« Comme on a parlé de religion, normalement chez nous on n'a pas de rapport avant le mariage, mais on ne sait jamais. Je vais d'abord lui en parler, bien discuter avec elle ça consiste en quoi. » (P4)

« Pour moi ça serait quelque chose de positive, mais en discutant beaucoup avec mes filles. » (P6)

Cependant pour une des mères de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu », le dialogue avec ses filles sur ce sujet, avant toute activité sexuelle, semble un obstacle.

« Je pense que le moment où mes filles deviendront sexuellement actives, peut-être je parlerai de ça avec elle, et euh là effectivement avec le médecin gynécologue on discutera des derniers résultats et on prendra une décision. Mais là, comme j'ai dit, mes filles ne sont du tout là-dedans, euh... » (P5)

Remise en cause de l'utilité de certains vaccins

Un dernier frein potentiel à la vaccination a été objectivé : la remise en cause de l'utilité de la vaccination. Cette tendance se retrouve uniquement dans l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu ». Aucune mère de l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » n'a remis en question l'intérêt des vaccins.

Les effets secondaires indésirables sont le premier argument avancé pour souligner la remise en cause du rôle des vaccins.

« Bah voilà justement, comme c'est obligatoire on se pose pas trop de question, on le fait. Mais c'est comme avec les médicaments, on se pose des questions après avoir donné les médicaments, est ce qu'il peut avoir après des effets graves, est ce que c'est mauvais ? Avec les vaccins, c'est pareil, on peut se poser des questions après. » (P1)

« Oui je peux comprendre. J'ai peur par rapport aux vaccins comme celui du papillomavirus, parce que euh... dans un vaccin il y a plusieurs phases, il y a ... on injecte la bactérie ou autre, on ne sait pas comment le corps va réagir, il y a peut-être des effets néfastes, il y a peut-être des effets positifs. Mais pour moi, créer un vaccin pour ça, ça me semble un peu... il y a une chance sur je ne sais pas combien de million qu'elle l'attrape ou quoi, après il faut comprendre comment on attrape le... c'est le cancer c'est ça. Donc il faut le comprendre, je le sais. Pour l'instant, certains vaccins, c'est pas d'actualité pour moi. » (P5)

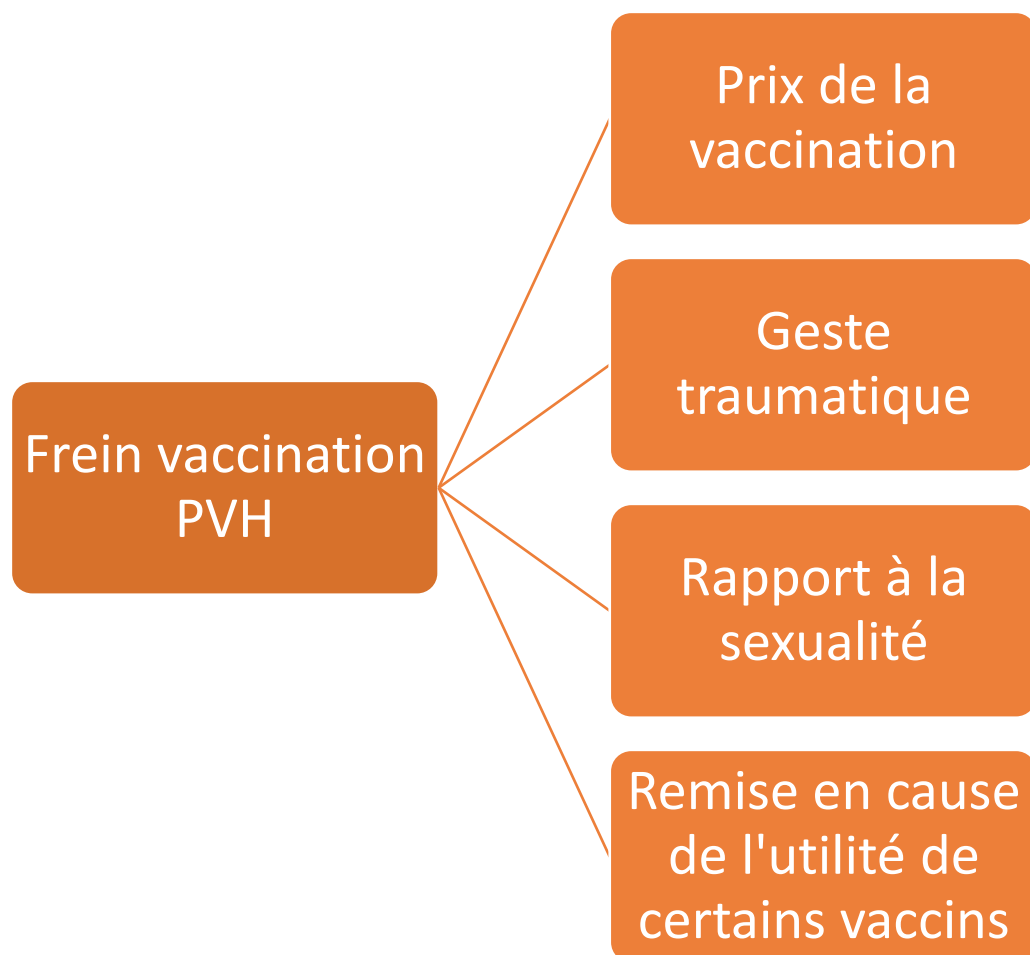
Ici la mère évoque le problème du nombre important de vaccins et souhaite choisir ses propres vaccins pour son enfant.

« En général, la vaccination, je ne suis pas très pour je dois dire, ça dépend laquelle. Ils disent que les vaccins ne sont pas une obligation sur certaines vaccinations puis finalement quand on en fait un, bein, on s'aperçoit que qu'ils sont beaucoup plus dans l'ensemble, qu'ils font partis du pack en gros. C'est-à-dire par exemple pour un enfant on est obligé de le vacciner pour les vaccins obligatoires car ils sont en collectivités, et du coup pour certains vaccins, on ne vaccine pas que pour une chose. Il y a quinze mille trucs alors qu'on ne veut pas forcément tous, mais c'est obligatoire donc on vaccine pour tous. » (P7)

Cette mère suppose que certains vaccins n'ont pas lieu d'être, compte tenu de la localisation géographique de la Polynésie française. Se situer au milieu du Pacifique pourrait rendre inaccessible certains virus.

« Il y a certains vaccins euh (hésitation), comment dire, euh... c'est bien déjà qu'il y a des vaccins parce que ça a beaucoup sauvé des vies sur beaucoup de maladies. Mais c'est sûr que par rapport à certains vaccins, je suppose qu'il n'y a pas... euh... est ce qu'il y a utilité faire

tous les vaccins qu'ils nous obligent à faire aujourd'hui, c'est une question que je me pose, je ne sais pas, je n'ai pas assez de connaissances pour pouvoir en dire plus. Mais pour moi je commence à me poser des questions par rapport à ça, est ce qu'il a besoin de tous ces vaccins. Il y a certains vaccins qui ne sont peut-être pas euh. Par rapport aux maladies qu'il y a en Polynésie française, par exemple euh, je n'ai pas les noms là, mais je sais qu'il y a certains vaccins pour des maladies qu'on ne trouve pas ici, mais bon ça fait partie des vaccins obligatoires à faire, est ce que si on n'avait le choix on pourrait ne pas se faire vacciner de ça, parce que ce n'est pas vraiment utile. » (P8)



Arbre thématique n°2 : freins à la vaccination PVH chez les mères en Polynésie française.

Discussion

1) La validité de l'étude

a) Les forces de l'étude

L'approche d'analyse inductive générale permet pour le chercheur d'analyser des verbatim d'entretien de façon simple et approfondi. Les étapes concernant le processus de codification des données brutes sont déterminées par cette méthode.

La validité interne comporte la vérification des données recueillies représentant la réalité. Cette étude respecte les critères scientifiques de la méthode qualitative :

- la représentativité de l'échantillon : diversification de la population selon la catégorie socioprofessionnelle, l'âge, le lieu d'habitation ;
- la saturation des données : obtenue lors du 11^e entretien dans l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu » (deux autres entretiens ont été réalisés pour le confirmer) ; obtenue lors du 8^e entretien dans l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu » (un 9^e a été réalisé pour le confirmer) ;
- la vérification des données a été réalisée auprès des patients : ceci ajoute de la cohérence aux résultats en permettant aux mères de commenter les résultats de la recherche et nos interprétations. Donc à la fin des entretiens, les données ont été résumées et les mères ont pu notifier des défauts d'interprétation.

La validité externe comporte une généralisation des observations recueillies dans d'autres situations. Les résultats de l'analyse ont été comparés aux données de la littérature.

b) Les limites et les biais de l'étude

Les principales limites de notre étude sont :

- l'absence de triangulation des méthodes : des entretiens semi-dirigés ont été réalisés plutôt que des focus groupes.
- la triangulation d'analyse des données est partielle : la compréhension des catégories a été appliquée. Les catégories développées et les objectifs de l'étude ont été expliqués à un deuxième chercheur indépendant de cette étude. Des données brutes de l'étude ont été analysées par ce deuxième chercheur. Son travail était d'attribuer des morceaux de texte des données brutes aux catégories élaborées. La vérification va consister à confirmer l'assemblage des mêmes morceaux de texte aux catégories initialement élaborées. Ces catégories ont pu être modifiées devant des possibles écart entre le codage des deux chercheurs. Cependant le codage parallèle en aveugle n'a pas été réalisé.

Cette étude qualitative par entretien individuel présentait plusieurs biais :

- Le biais d'information : les polynésiens n'ont pas un tempérament bavard. Face à des questions ouvertes, les réponses étaient souvent relativement courtes. Ce fut aussi la première expérience du chercheur pour une étude qualitative, ce qui a rendu difficile la rédaction d'un guide d'entretien efficace. Certaines questions concernant l'évaluation des connaissances du cancer du col de l'utérus et du PVH ont été volontairement fermées.
- Le biais de confusion : cette étude qualitative a été réalisée par un seul chercheur. Cela implique de la subjectivité dans l'interprétation des verbatim et la réalisation des différentes catégories.
- Le biais de sélection : l'absence de recrutement sur l'île de Tahiti entraîne une diminution de la représentativité de la population en Polynésie française. L'île de Moorea possède 18 000 habitants. L'île de Tahiti possède 194 000 habitants. 58 000 habitants sont répartis dans 4 autres archipels. En raison de l'éloignement important de ces îles, les comportements vis-vis de la santé, notamment de la vaccination, ne sont pas homogènes. L'échantillon restreint à l'île de Moorea rend difficile l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la Polynésie française.

2) Les résultats principaux

a) Les motivations des mères pour la vaccination contre le PVH à Moorea

Protection individuelle et collective

La plupart des mères de l'étude considèrent que la vaccination protège contre les maladies. C'est principalement la protection individuelle qui est mise en avant. Elles ont bien conscience que les vaccins ont permis l'élimination de maladies comme la poliomyélite ou la mortalité liée à des maladies tels que la diphtérie ou le tétanos.

La protection contre les maladies est une motivation importante à la vaccination. Cette motivation est encore plus grande lorsque cette protection concerne une prévention d'un cancer. Cette protection vaccinale a été évoquée de manière systématique, dans les deux échantillons.

Il n'existe pas d'étude d'opinion sur la population générale de Polynésie française concernant la vaccination. A titre de comparaison, en 2006, l'enquête Nicolle montrait que la population générale, en France métropolitaine, avait globalement un avis favorable vis-à-vis de la vaccination. L'ensemble des individus interrogés avaient compris l'importance de prévention individuelle et collective des vaccins (39,40).

Approche critique des connaissances

Le Dr Joseph Monsonogo, gynécologue et chef du département de cyto-colposcopie de l'institut Alfred Fournier, expliquait concernant le vaccin anti-PVH : « *Une des barrières au développement d'un vaccin PVH tient à la sous-information et aux fausses idées qui circulent sur l'infection PVH et ses relations avec le cancer du col. Différentes enquêtes auprès du public montrent que 80% des femmes n'ont pas la moindre idée de la cause du cancer du col. (...) Un large programme d'éducation du public et d'information des professionnels fait partie des prérequis indispensables au développement d'un programme vaccinal.* » (40).

La principale source d'information des mères interrogées est leur médecin traitant. Les connaissances en matière de vaccination sont faibles et peu d'entre elles connaissent la notion de vaccin PVH.

Concernant l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu », nonobstant l'absence de connaissance sur le PVH, les mères expriment une certaine confiance au vaccin. Elles ont une approche critique de leurs faibles connaissances sur les vaccins et font confiance à leurs médecins.

Dans l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu », l'attitude est plus critique ce qui traduit une différence de niveau social et éducatif entre les deux populations. Ainsi, dans cet échantillon, la confiance est moins affirmée.

Des études descriptives ont étudié le niveau des connaissances des français sur le papillomavirus et la vaccination contre le PVH.

En 2015, Chrystel Chabbert a réalisé une étude sur les facteurs liés à la décision de vaccination contre le PVH, chez 357 parents français de filles âgées entre 11 et 20 ans. 62% des parents avaient connaissance de la transmission du PVH par voie sexuelle, 72% associaient le PVH au CCU et 70% citaient le préservatif comme moyen de protection des PVH (41).

En 2014, Sandy Bernard-Granger démontrait dans une étude, chez 219 jeunes femmes adultes, que le niveau de connaissance sur la prévention et de dépistage du CCU était médiocre avec une moyenne de 8,9/20 (40,42).

Les événements biographiques

Une autre motivation importante de la décision vaccinale est l'expérience vécue face à une maladie ou à une vaccination. Les mères interrogées n'ont pas eu de vécu négatif en rapport avec la vaccination.

Pour la plupart des mères, l'évaluation du risque des vaccins était fondée sur des connaissances empiriques. Leurs expériences positives les rassurent sur l'innocuité des vaccins.

Dans son étude sur les perceptions des vaccins chez les parents, le Dr M. Amouyal explique que « *l'approche critique de leurs connaissances de fond et des sources d'information faisait que leur expérience vécue des maladies, des vaccins ou celles de leurs proches (événements biographiques) devant l'imprévisibilité déterminait les critères de la décision vaccinale, alimentant la balance* » (40,43).

Les facteurs socio-culturels polynésiens

Peur du cancer

Une thèse, écrite par le Dr A. Roussey en 2018, a étudié les déterminants de santé culturels polynésiens dans la prise en charge des maladies chroniques. La représentation de la maladie a été étudiée. La gravité apparaît comme le premier critère pour classer les maladies entre-elles. Elle est rattachée chez les Polynésiens à l'incapacité qu'elle peut engendrer. La perte d'autonomie permet de faire la distinction entre une maladie grave et une maladie bénigne. Un autre facteur est le caractère curable ou non de la maladie (44).

Le mot « maladie » suscite l'anxiété et est relié à la perspective de la fin de vie. Il est souvent associé à l'expression « c'est foutu » ou « c'est fini », qui est l'expression de la mort vue par les Polynésiens.

Cette peur est retrouvée dans nos entretiens. Elle est souvent exprimée par ces mères pour expliquer leur motivation à l'introduction du vaccin PVH.

Société Polynésienne -Place de la femme

Les femmes polynésiennes sont souvent représentées comme dominantes : « mûres », « responsables », « fortes », ce serait elles qui « tiennent les rênes » dans la famille. Cette représentation du matriarcat, et le paradoxe de sa coexistence avec les violences faites aux femmes est soulevé par Patrick Cerf (2007), dans son ouvrage « *La domination des femmes à Tahiti. Des violences envers les femmes au discours du matriarcat* ».

Le discours sur le matriarcat est répandu. L'anthropologue Bernard Rigo indique qu'« il y a une quasi-unanimité pour reconnaître un matriarcat de fait ». Ce terme désigne « une société où le pouvoir serait détenu par les femmes, à l'exclusion des hommes » (45).

Cet aspect a pu être observé dans certains entretiens. La femme a une place importante dans la société polynésienne selon ces mères. La protection des femmes serait un atout de l'acceptabilité du vaccin anti-PVH en Polynésie française.

Modification du comportement des adolescents en matière de sexualité

Dans nos entretiens, trois mères ont observé un changement de comportement entre les jeunes polynésiens concernant la sexualité. Pour elles, ces nouveaux comportements chez les adolescents se manifestent par des rapports sexuels à risque plus précoces et plus fréquents qu'avant.

En Polynésie française, le nombre de cas de syphilis entre 2014 et 2015 aurait augmenté de 77 %. Les cas d'IST par chlamydia et de gonocoque ont doublé durant cette période identique. Les femmes enceintes sont de plus en plus touchées.

Pour la première fois, des cas de syphilis ont été trouvés chez des donneurs de sang : zéro cas en 2013, un cas en 2014 et neuf cas en 2015. L'apparition de nouveaux cas de syphilis a été signalée chez les patients VIH suivis en 2015 (46).

b) Les freins à la vaccination anti-PVH chez les mères en Polynésie française

Geste traumatique

Une majorité des mères ont associé la vaccination à un geste traumatique. Le Dr M. Amouyal, à travers une enquête sur la perception des parents sur la vaccination, montre des peurs similaires. La vaccination est perçue comme « *l'introduction d'un agent extérieur à caractère chimique dans un organisme à caractère naturel* » et comme « *un geste agressif et douloureux sur un corps vulnérable en développement* » (40,43).

Une réelle douleur est exprimée dans les entretiens sur le geste de vaccination sur leurs enfants. Pouvant être un frein à la vaccination, la douleur est majoritairement relativisée par les mères devant les bénéfices protecteurs des vaccins.

La sexualité, un tabou interférant dans la prise de décision ?

Jusqu'en 2013, le vaccin anti-PVH était recommandé en métropole à partir de l'âge de 14 ans et dans l'année suivant les premiers rapports sexuels.

Depuis avril 2013, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) préconise de commencer la vaccination des filles contre le PVH entre 11 et 14 ans. Cette recommandation du HCSP s'appuie sur plusieurs données :

- des résultats immunologiques ont mis en évidence un nombre d'anticorps plus important à 7 mois après vaccination chez les filles ayant été vaccinées entre 10 et 14 ans par rapport aux filles vaccinées après l'âge de 15 ans.
- 14% des jeunes filles déclaraient avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (40,47).

Le lien entre l'initiation de la vaccination et le début de l'activité sexuelle est souvent rapporté dans la littérature. Le décalage entre l'âge de vaccination et le début de la vie sexuelle influencerait la décision de vacciner (48).

Selon la thèse réalisée par Décarpigny-François Marion sur les freins dans les Hauts-de-France en 2016, 62% des parents de filles âgées de 9 à 19 ans sont défavorables à une vaccination précoce contre le PVH, c'est-à-dire à 9 ans. 12% des parents qui se disent contre le vaccin y trouvent une connotation sexuelle associée, et 11,54% des parents connaissant le vaccin pensent qu'il peut avoir une influence sur le début de l'activité sexuelle (49).

Les entretiens réalisés dans notre étude ne mettent pas en évidence de frein lié à la sexualité. Discuter de sexualité par rapport à ce vaccin avec leurs filles ne semble pas être un obstacle pour les mères interrogées. Seules quelques mères de l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu » ont évoqué une difficulté à proposer le vaccin PVH à leurs filles devant leurs âges précoces et à l'association du caractère sexuel au vaccin. Cependant d'après les autres études réalisées en France, la connotation sexuelle associée au vaccin pourrait être un frein majeur à cet âge précoce.

Remise en cause de l'utilité de certains vaccins

D'après le baromètre santé 2016, 75,1% des personnes interrogées en France ont un avis positif face à la vaccination. L'adhésion a diminué par rapport à 2014 (78,8%). Les vaccins ayant le plus d'avis négatifs sont les vaccins contre la grippe saisonnière (15,4%), l'hépatite B (13,0%) et la vaccination anti-PVH (5,8%). Seule une minorité de la population interrogée (2,4%) est contre l'ensemble des vaccins.

Le profil des personnes qui sont contre la vaccination varie selon les vaccins. Les profils des personnes défavorables aux vaccinations contre l'hépatite B et contre les PVH sont très similaires : ce sont des personnes de milieux socio-professionnels favorisés, des personnes âgées de 45-54 ans et des femmes.

Les résultats de l'enquête Baromètre santé 2016 montrent que l'adhésion à la vaccination est un phénomène complexe. De nombreux déterminants sociodémographiques sont à prendre en compte pour lever les méfiances (50).

Dans notre étude, nous observons une remise en cause de certains vaccins uniquement dans l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu ». Certaines souhaitent choisir leurs vaccins, d'autres pensent que certains vaccins ne sont plus d'actualité.

Cependant, chez les mères hésitantes au sujet de certains vaccins, leur avis est plus nuancé en ce qui concerne le vaccin PVH. La protection contre un cancer semble plus concrète que la protection contre uniquement un virus.

« Je pense que...oui, si c'est sûr à 100%, si c'est un vaccin qui empêche vraiment de développer un cancer de l'utérus, ça serait génial si c'est remboursé, que ça soit accessible pour toutes les femmes quoi. Je suis favorable si ça peut empêcher un cancer. » (P8)

« Par contre oui un avis favorable effectivement, pourquoi pas effectivement, que le cancer du col de l'utérus c'est grave. » (P5)

« Si ça peut les protéger d'un cancer, je suis pour qu'elle le fasse. » (P1)

Après avoir bénéficié d'une information claire sur le vaccin PVH lors des entretiens, une seule mère a exprimé une hésitation marquée face à la vaccination PVH.

« Euh, je n'en sais rien. J'avoue que pour mes filles je ne sais pas même pas si je le ferais. J'ai eu aucune information avant, c'est encore flou. » (P7)

c) Interprétation

Pour rappel, la question dans l'introduction était : quel est le point de vue des mères de jeunes filles polynésiennes âgées de 9 à 14 ans sur le vaccin anti-PVH ?

L'hypothèse de départ était que les motivations des mères polynésiennes à vacciner leur fille avec le vaccin PVH l'emportent sur leurs freins.

Les entretiens effectués au cours de cette étude confirment l'hypothèse de départ. Les Polynésiennes que nous avons interrogées ont confiance en leurs médecins qui pratiquent la médecine occidentale. Les polémiques autour de la vaccination en France métropolitaine ne sont pas apparues en Polynésie.

Cette tendance est très marquée dans l'échantillon « dispensaire d'Afareaitu ». Pour la majorité, l'effet protecteur de la vaccination n'est pas remis en cause. Quelques points communs permettent de décrire leurs profils : ces mères sont d'origine polynésienne et issues de milieux socio-professionnel défavorisés.

Cette tendance est plus nuancée dans l'échantillon « médecin privé d'Afareaitu ». On trouve dans ce groupe les principaux freins à la vaccination. Agée de 35-45 ans, ayant une origine non polynésienne, vivant dans un milieu socialement favorisé semble être le profil des mères émettant une réticence à certains vaccins dans notre étude. Elles sont donc en mesure de représenter un frein à la mise en place de la vaccination PVH en Polynésie française.

Peut-on extrapoler ces résultats à la population générale de Polynésie française ? Non, nous ne pouvons pas le faire. C'est une étude qualitative avec aucune valeur statistique sur un petit échantillon. Seules les deux tendances décrites peuvent être les conclusions de cette étude.

Les entretiens ont suggéré des thèmes sur l'acceptabilité de la vaccination PVH en Polynésie française. Ils pourront être utilisés afin de rédiger un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative.

3) Perspectives pour la Polynésie française ?

a) Cancer du col de l'utérus en Polynésie française : Etat des lieux

Le registre des cancers de Polynésie française, créé en 1985, est géré par la Direction de la santé. Les résultats sont récupérés auprès de plusieurs sources : Centre hospitalier de Polynésie française, Institut Louis Malardé, laboratoires d'anatomopathologie et de cytologie, Caisse de prévoyance sociale et médecins libéraux.

Entre 1997 et 2006, le nombre de cas de cancers a haussé de 22 % (+32% chez l'homme et +12% chez la femme). La cause de ce phénomène est multiple : l'augmentation de l'exhaustivité du registre, le vieillissement de la population, l'augmentation démographique et l'amélioration des moyens diagnostiques (51).

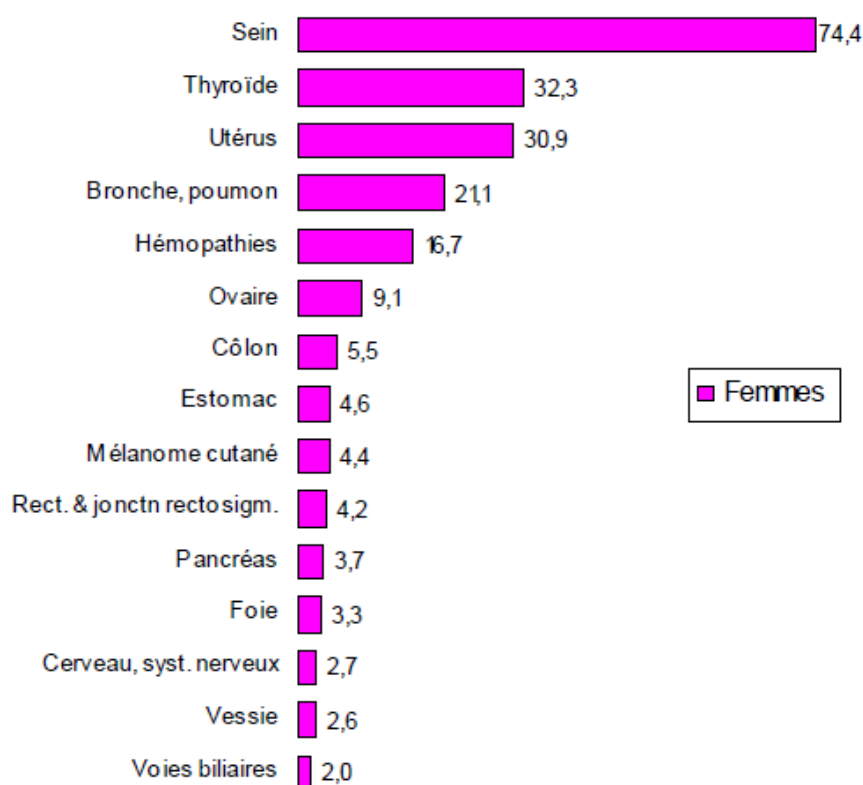


Figure 5 : Incidences annuelles moyennes standardisées (/100 000 hab.) des 15 premières localisations de cancer chez la femme, Polynésie française, 1997-2006 (Source : registre des cancers de Polynésie Française)

D'après la Direction de la Santé, le cancer du col de l'utérus en Polynésie française sur l'année 2015 représente 17 nouveaux cas avec un taux brut d'incidence de 12,7 cas de cancer pour 100 000 femmes (chiffres rapportés à la population de femmes en 2015).

Le taux de mortalité par cancer du col de l'utérus sur la période 2011-2015 est de 4 décès en moyenne par an sur la période et un taux standardisé de mortalité mondial de 2,8 cas pour 100 000 femmes.

b) Organisation de la vaccination en Polynésie française

En Polynésie française, les modalités de vaccination sont définies par l'arrêté n°1349 CM du 19 Juillet 2019 en application de l'article 2 de la délibération n°95-63 AT du 23 mai 1995 (52).

Le calendrier vaccinal en Polynésie française correspond aux 11 vaccins obligatoires en France. Les vaccins sont administrés gratuitement dans les structures de la Direction de la santé et au centre hospitalier de Polynésie française. Les vaccins administrés par les médecins libéraux ne sont pas pris en charge par la Caisse de prévoyance sociale.

La majorité des vaccins sont obligatoires en Polynésie française. Un certificat de vaccination doit être réalisé lors de l'inscription à l'école. La majorité des enfants de Polynésie française sont vaccinés dans les écoles et dans les dispensaires en raison de la gratuité. Cependant, les parents peuvent choisir de faire suivre leurs enfants dans le secteur libéral.

Des campagnes de vaccination sont organisées dans les classes de cours préparatoire (CP) et de sixième afin de mettre à jour les calendriers vaccinaux des enfants de 6 et 11 ans (10).

c) Bénéfice économique attendu avec le vaccin PVH

En 2019, le prix unitaire du vaccin Gardasil 9® est de 135,68€ TTC et de 111,52€ TTC pour le Cervarix®.

En France, en 2004, une étude a estimé le coût annuel du dépistage et la prise en charge des frottis anormaux et des CIN à 335,7 millions d'euros. Le coût de prise en charge des frottis anormaux représentait environ 6 % du coût total. Le coût du traitement des CINs représentait

environ 8 % du coût total. La composante la plus importante des coûts était liée aux frottis de routine, qui représentaient plus de 80 % de la totalité des dépenses de santé liées au dépistage du cancer du col utérin en France (53).

En France, selon une étude réalisée en 2003, le coût annuel de la prise en charge du CCU a été estimé à 43,9 millions d'euros, soit un coût par patient de 13 509 € (54).

L'introduction de la vaccination PVH est-elle bénéfique sur le plan économique ?

Nous rappelons cette étude qui analyse les estimations de la rentabilité de la vaccination contre le PVH (33). Elle représente les estimations à partir de 16 modèles de 10 pays à revenu élevé. A long terme, l'effet d'immunisation collective provoque une diminution importante du nombre de maladies liées au PVH chez les femmes et les hommes non vaccinés. D'après les estimations, pour atteindre l'effet d'immunisation collective recherché, la couverture vaccinale doit être de 40% minimum.

La vaccination ciblant seulement les filles possède un bon rapport coût/efficacité. Dans l'hypothèse où il n'existe pas de protection croisée ou de protection collective, il existe toujours un bon rapport coût/efficacité. Une analyse mondiale a conclu à un bon rapport coût/efficacité de la vaccination ciblant seulement les filles lorsque le CCU était le seul critère de jugement utilisé (55–59).

Le rapport coût/efficacité de la vaccination chez les deux sexes est toujours inférieur à celui de la vaccination ciblant uniquement les filles. Dans l'hypothèse d'une couverture par la vaccination anti-PVH chez les filles supérieures à 50%, la vaccination chez les deux sexes ne sera probablement pas efficace sur le plan économique (60,61).

Dans les pays à revenu élevé, les estimations montrent que l'introduction du vaccin nonavalent devrait permettre un bon rapport coût/efficacité. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les prévisions montrent qu'une vaccination par le vaccin nonavalent ciblant seulement les filles possède un bon rapport coût/efficacité, dans l'hypothèse que la vaccination est réalisée avec un schéma à deux doses et que le prix des vaccins bivalent et quadrivalent soit similaires (13,62,63).

Depuis 2016, une dynamique en faveur de l'élargissement de la vaccination aux garçons est observée au niveau européen. À ce jour, une quinzaine de pays en Europe recommande la vaccination anti-PVH des filles et des garçons : Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Estonie, Finlande, Irlande, Italie, Liechtenstein, Norvège, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie.

Quatre pays en dehors de l'Europe recommandent la vaccination anti-PVH pour les garçons : Australie, Canada, États-Unis, Nouvelle-Zélande.

En Décembre 2019, la Haute Autorité de santé a publié une recommandation visant à étendre aux garçons la vaccination contre le PVH en France (64).

Pour résumer, la Polynésie française trouverait un bénéfice économique à l'introduction de la vaccination PVH, à la condition de proposer uniquement un schéma vaccinal pour les filles entre 9 ans et 14 ans.

d) Choix du vaccin PVH : Gardasil®/Gardasil 9®/Cervarix®

Lors de l'introduction de la vaccination PVH en Polynésie française, quelle serait le vaccin PVH le plus adapté pour la situation ? Pour rappel, il en existe trois : le Cervarix ® (bivalent), le Gardasil ® (quadrivalent), le Gardasil ® 9 (nonavalent).

Très peu d'études de modélisation ont examiné l'efficacité et le rapport coût-efficacité de la vaccination à 9 valences par rapport à la vaccination à 2 ou 4 valences. Ces études prédisent cependant que le passage à une stratégie de vaccination à 9 valences réduirait davantage les lésions précancéreuses du col utérin et le cancer du col de l'utérus (62,63).

Peu d'études sur le PVH ont ciblé des régions géographiquement isolées tel que la Polynésie. Néanmoins, en 2018, une étude a été réalisée dans certaines îles du Pacifique (île Chuuk, île Yap, île Marshall, Palau et île Samoa) afin de déterminer les géotypes des PVH chez les patients atteints d'un cancer du col utérin. L'étude a relevé 35 cas de cancer invasif du col utérin traités entre janvier 2004 et octobre 2014. De manière significative, seuls 28% des cancers invasifs du col utérin dans la population océanienne échantillonnée auraient pu être potentiellement évités en utilisant le vaccin quadrivalent disponible ciblant les PVH 16/18. Cependant, les sérotypes incriminés étaient majoritairement contenus dans le nonavalent (88%) (65).

Étant donné que les vaccins qui protègent seulement contre les PVH 16 et 18 offrent également une protection croisée contre d'autres types de PVH moins courants susceptibles de provoquer des cancers du col de l'utérus, l'OMS considère que les trois vaccins offrent une protection équivalente contre ces cancers. L'OMS considère que l'épidémiologie globale des sérotypes PVH est homogène et que les études épidémiologiques des sérotypes ralentissent les processus d'introduction de la vaccination PVH (13,66).

4) Propositions

a) Réduction des freins à la vaccination PVH

Voici quelques pistes devant les potentiels freins trouvés dans cette étude à l'introduction de la vaccination PVH. Elles concernent essentiellement le début de la remise en cause de l'utilité de certains vaccins.

La désinformation véhiculée par les médias

Internet et les médias TV sont les principaux canaux d'informations sur le vaccin contre le PVH en France selon les études.(49,67) De nombreux messages anxiogènes vis-à-vis du vaccin circulent sur internet. En soutien des professionnels de santé, la Polynésie française doit communiquer sur l'utilité et les avantages du vaccin anti-PVH. Elle doit communiquer ces informations à la population de façon claire et transparente afin de lutter contre les « fake news ».

Faible niveau de connaissance et une absence d'information simple sur le vaccin anti-PVH

Les données principales sur le PVH et son vaccin doivent être accessibles et distribuées à l'ensemble de la population à partir des dernières recommandations, telles que celles de l'OMS.

Formation des professionnels de santé à la prévention

En 2014, une étude transversale réalisée par le professeur Pierre Verger(68), chez 1580 médecins généralistes de ville en France, cherchait à analyser leur comportement vis à vis de différents vaccins et des populations cibles et à évaluer la prévalence de l'hésitation vaccinale.

10% des médecins généralistes ne recommandaient jamais le vaccin papillomavirus et 17% recommandaient quelquefois ce vaccin aux jeunes filles de 11 à 14 ans. Certains médecins généralistes considéraient plutôt probable que le vaccin soit responsable d'effets secondaires graves : 7% pour des liens entre le vaccin papillomavirus et la sclérose en plaques et 33% pour des liens entre adjuvants et complications à long terme. La perception des médecins généralistes de l'utilité et des risques des vaccins dépendait de leur confiance dans les autorités de santé : 53% estimaient que les autorités sanitaires étaient influencées par les laboratoires pharmaceutiques et 29% préféraient se fier à leur propre jugement plutôt qu'aux recommandations officielles sur les vaccins. 68% des médecins généralistes présentaient une faible hésitation vaccinale et 14% une hésitation moyenne à forte aux vaccins. 60% des médecins généralistes ne se sentaient pas à l'aise pour expliquer à leurs patients l'intérêt et les risques des adjuvants.

Ces résultats indiquent que les multiples controverses vaccinales en France ont contribué à développer une hésitation vaccinale chez les médecins généralistes. La formation initiale et continue des professionnels de santé dans le domaine de la vaccination devrait être considérablement renforcée. De plus, il est indispensable de rétablir la confiance, pour le public comme pour les professionnels de santé, dans les autorités sanitaires et la science.

Il n'existe aucune étude concernant la perception des médecins généralistes sur la vaccination anti-PVH en Polynésie française. Cependant, la perspective de la formation continue des professionnels de santé sur les vaccins anti-PVH devrait aussi être accentuée.

L'âge de la vaccination

L'avis des parents français est partagé entre les adhérents d'une vaccination précoce déconnectée d'une communication sur la sexualité et ceux qui prônent une vaccination tardive. Dans notre étude, nous n'avons pas observé de véritable frein lié à la sexualité. Discuter de ce dernier avec leurs filles ne semble pas être un obstacle, hormis quelques exceptions. Il semble cependant meilleur d'alléger la fourchette de la vaccination PVH pour permettre à la Direction de la santé de proposer cette vaccination à l'âge optimal. Une introduction du vaccin PVH à l'entrée en classe de 6^e, c'est-à-dire aux alentours de 11 ans, semble être une option. En effet, le rappel DTP-coqueluche est réalisé cette année. Ce rappel pourra être associé à la première injection du vaccin anti-PVH. Un rappel à 1 an, en 5^e, est à prévoir cependant.

b) Principal axe : la communication

L'introduction du vaccin anti-PVH nécessite la sensibilisation de la population grâce à une communication complète et appropriée.

Un guide complet « *Communication sur le vaccin contre le PVH – Considérations particulières pour un vaccin unique* » a été publié par l'OMS pour aider les pays à mettre en œuvre une stratégie de communication efficace pour sensibiliser le public afin d'améliorer l'acceptation du vaccin anti-PVH (69).

L'introduction du vaccin anti-PVH en Polynésie française exige un plan de communication.

Dans un contexte d'introduction d'un vaccin, l'OMS recommande ce plan de communication :

1) Une équipe de communication

L'équipe doit être composée d'experts de la communication des secteurs publics intervenant dans l'éducation, la lutte contre le cancer du col de l'utérus, la santé de l'adolescent, la vaccination et d'autres partenaires compétents.

2) L'objectif du programme

Des objectifs de programme clairs sont la base d'une planification de la communication. Ils décrivent la population cible, la couverture cible, la stratégie.

3) Une analyse de la situation

La compréhension de la population et l'analyse des connaissances existantes permettra de concevoir un plan de communication stratégique.

4) Des objectifs de communication

L'analyse de la situation permet de classer par ordre de priorité les activités pour obtenir les meilleurs résultats.

5) Des publics cibles

Plus le public cible est spécifique, plus les stratégies et activités sont adaptées : filles d'âge cible, directeurs d'école et enseignants, professionnels de santé, associations culturelles et religieuses, médias.

6) Des messages bien définis pour chaque public

En fonction du public cible, il est important d'adapter l'information donnée. La population souhaite des informations simples tandis que les professionnels de santé demanderont des

informations détaillées.

Les informations principales à donner sont par exemple : l'incidence du cancer du col de l'utérus et décès, la prévalence du PVH, le rapport coût-efficacité de l'introduction, l'innocuité du vaccin, les antécédents et les données sur l'utilisation dans d'autres pays.

7) Des stratégies pour accéder aux publics visés

Il est essentiel de sélectionner des sources d'information en lesquels les gens ont confiance. L'expérience dans les pays montre que les personnes répondent mieux à la communication interpersonnelle avec des membres de la communauté fiables, dont les professionnels de santé et les enseignants. Les filles sont les cibles principales donc l'utilisation des SMS ou des réseaux sociaux sont par exemple des moyens de communication efficaces.

8) Des supports d'information à forte identité

De nombreux matériels sont possibles : un document de sensibilisation avec des données pour les décideurs, du matériel de formation pour les professionnels de santé et les enseignants, des fiches d'information/questions fréquemment posées, des documents pour la population (affiches, brochures, bandeaux publicitaires, annonces radio, bandes dessinées, des messages textes). Il est essentiel de bien traduire les documents dans les langues locales.

9) Un plan de communication de crise

Le vaccin anti-HPV fait régulièrement l'objet de rumeurs sur la sécurité. Une manifestation indésirable mal prise en charge risque d'entraîner la propagation rapide d'informations erronées et d'avoir des répercussions à long terme sur le programme de vaccination. La crise doit donc être planifiée : analyser la situation en cas de crise et déterminer si une investigation est nécessaire, les résultats doivent être communiqués rapidement en toute transparence.

10) Un plan de suivi et d'évaluation

Il permet de suivre les progrès et les ajustements au fil du programme.

La communication auprès de la population doit commencer plusieurs mois avant l'introduction du vaccin anti-PVH. Du temps sera nécessaire pour que le vaccin anti-PVH s'installe et soit accepté comme faisant partie intégrante d'un programme de vaccination systématique. L'approbation du gouvernement est importante pour la réussite du programme (69).

5) Perspectives à l'échelle mondiale

Le dépistage du cancer du col utérin et la vaccination contre le papillomavirus (PVH) ont été mis en œuvre dans la plupart des pays à revenu élevé. Toutefois, la couverture est faible dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. En 2018, le Directeur général de l'OMS a annoncé un appel pour l'élimination du cancer du col utérin en tant que problème de santé publique. L'OMS a appelé à une action mondiale pour renforcer la vaccination, le dépistage et le traitement au stade précancéreux, la détection précoce et le traitement rapide des cancers invasifs précoces.

En 2019, une étude de modélisation a été réalisée avec comme objectif la recherche de l'impact de la vaccination et du dépistage du col de l'utérus contre le papillomavirus humain et le potentiel d'élimination du cancer du col de l'utérus dans 181 pays : 2020–99 (70).

Dans cette étude, on cherche à quantifier l'effet cumulatif potentiel du dépistage du cancer du col utérin et de la couverture vaccinale à l'échelle mondiale sur le nombre de cas de cancer du col utérin évités au cours des 50 années (2020 à 2069). Cette étude vise à prévoir les résultats au-delà de 2070 pour déterminer à partir de quelle année les taux de cancer du col de l'utérus pourraient être considérés comme des seuils d'élimination.

Le cancer du col utérin sera diagnostiqué chez plus de 44 millions de femmes dans les 50 prochaines années si les programmes de prévention primaire et secondaire ne sont pas mis en œuvre dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Si la vaccination avec une couverture élevée peut être mise en œuvre rapidement, un effet considérable sur l'incidence de la maladie sera observé dans trois ou quatre décennies. Un dépistage du cancer du col utérin sera nécessaire chez les cohortes plus âgées qui ne bénéficieront pas de la vaccination contre le PVH. À partir de 2020, le vaccin anti-PVH et le dépistage du cancer du col utérin sont largement couverts, ce qui pourrait permettre d'éviter 12,5 à 13,4 millions de cas de cancer du col utérin d'ici 2069, et pourrait atteindre une incidence moyenne du cancer du col de l'utérus d'environ quatre pour 100 000 femmes par an pour toutes les catégories des pays à revenu élevé, d'ici la fin du siècle.

Un projet de stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus, assorti d'objectifs et de cibles pour la période 2020-2030, sera examiné par l'Assemblée mondiale de la santé en 2020.

Conclusion

Les motivations des mères à vacciner leur fille avec le vaccin PVH l'emportent sur leurs freins dans cette étude.

Les thèmes émergeant des entretiens pour caractériser les motivations des mères à la vaccination anti-PVH sont : la notion de protection acquise, une approche critique des connaissances, des événements biographiques solidifiant l'utilité vaccinale et des valeurs socio-culturelles polynésiennes. Ces motivations sont beaucoup plus souvent mentionnées que les freins potentiels à la vaccination. Ces freins, suggérés par ces mères, sont : le prix des vaccins, le geste traumatique du vaccin, le rapport à la sexualité et la remise en cause de l'utilité de certains vaccins.

La limite principale de cette étude est l'absence de valeur statistique. La conclusion repose sur une tendance observée, reflet d'une pensée de deux échantillons sur l'île de Moorea. Cette étude qualitative peut être une base pour une étude quantitative. En effet, un questionnaire quantitatif peut être élaboré à partir des résultats de cette étude. Cependant, cela ne doit pas retarder l'introduction du vaccin anti-PVH en Polynésie française, telle que recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Malgré une acception importante du vaccin PVH, un phénomène de remise en cause de l'utilité vaccinale est observable. Une communication importante et efficace des informations sur ce vaccin devra être réalisée pour minimiser ce phénomène afin de préparer au mieux l'introduction du vaccin anti-PVH en Polynésie française.

Annexes

1) Annexe 1 : Guide entretien semi-dirigé individuel

Guide entretien semi-dirigé adressé aux mères de Polynésie Française concernant la vaccination papillomavirus (PVH)

*L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît que **100% des cancers du col de l'utérus** sont induits par une infection à papillomavirus humain (PVH). Pour rappel, le **cancer du col de l'utérus est responsable de 200 000 décès par an dans le monde**, c'est le 2^{ème} cancer le plus meurtrier chez la femme.*

Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Marius Marceau je suis médecin et je réalise un travail pour ma thèse sur la perception de la vaccination chez les mères ayant des filles âgées de 9 à 14 ans et habitant Moorea. Cette enquête est anonyme et je souhaiterais l'enregistrer pour éviter d'écrire quand je te parle et pour ne rien oublier. L'enregistrement de notre conversation ne sera pas diffusé. J'effacerai les enregistrements quand j'aurai fini mon travail dans quelques semaines.

Présentation de la personne interrogée

- Age
- Lieu de naissance
- Lieu d'habitation
- Profession
- Situation familiale + nombre d'enfant et âge

Concernant la vaccination en général

Pour commencer, donne-moi ton avis sur la vaccination ? Que penses-tu de la vaccination ?

Donne-moi 3 mots qui te viennent à l'esprit quand on parle de vaccination.

Comment fonctionne un vaccin, selon toi ?

La vaccination protège contre des maladies. Sais-tu lesquelles ?

Influences individuelles

- Les vaccinations sont obligatoires. Quel est ton avis à ce sujet ?
- Certaines personnes pensent que les vaccinations sont dangereuses. Quelle est ton avis ? As-tu peur de vacciner tes enfants ?

- Comment vis-tu les consultations de vaccinations de tes enfants ? Est-ce un moment difficile ?
- Que penses-tu du nombre d'injections à réaliser pour les vaccins (12 injections entre 0 mois et 11 ans) ?

Influences contextuelles

- As-tu déjà eu des informations sur la vaccination à travers les réseaux sociaux type Facebook et/ou la télévision ?
- Si oui que penses-tu de cette information ?
- Le Ministère de la Santé de la Polynésie décide des vaccins à faire. Qu'est-ce que tu en penses ? As-tu confiance ?

Concernant la vaccination PVH

- Connais-tu le cancer du col de l'utérus ?
- Sais-tu ce qui provoque ce cancer ?
- Sais-tu comment on peut le prévenir ?
- Connais-tu le dépistage de ce cancer ?
- As-tu déjà entendu parler de la vaccination PVH ? Si oui, comment ?
- Connais-tu quelqu'un qui a/a eu un cancer du col de l'utérus ?
- Il existe des vaccins permettant de prévenir les cancers du col de l'utérus depuis 10 ans : Gardasil®/Cervarix®. Cette vaccination protège contre un virus, le papillomavirus, responsable des cancers du col de l'utérus. Ce virus est une infection sexuellement transmissible (comme le VIH), c'est l'IST la plus fréquente. Cette vaccination est principalement proposée pour les filles âgées de 9 à 14 ans. Il sera peut-être proposé mais non obligatoire en Polynésie dans quelques années. Que penses-tu de l'ajout de ce vaccin ? Est-ce quelque chose de positif pour toi ?
- L'avis de ta fille sur cette vaccination sera-t-il important ?
- Réalises-tu régulièrement ton dépistage du cancer du col de l'utérus ?

2) Annexe 2 : formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Thésarde : Marius Marceau

Directeur de thèse : Docteur Jean-Marc Segalin

Tu es invitée à participer à une étude sur la perception de la vaccination dans le cadre d'une thèse de médecine.

Si tu y participes, il te faut signer un formulaire de consentement, ta signature atteste que tu acceptes de participer. Il y aura un exemplaire pour toi et un pour l'étude.

Procédure de l'étude

Il s'agit d'un entretien. Celui-ci vise à mieux comprendre ta perception sur la vaccination et de l'introduction d'un nouveau vaccin. Celui-ci est anonyme. Tu es libre de répondre aux questions comme bon te semble.

Participation volontaire

Ta participation à cette étude est volontaire.

Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Tes réponses comme celles des autres participants feront l'objet d'un traitement, sans que ton nom apparaisse, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Nous sommes assujettis au secret professionnel.

Tu peux avoir accès à tes données et les modifier à tout moment. Tu peux également t'opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

J'ai bien compris les informations orales et écrites qui m'ont été données.

J'accepte de participer à l'étude.

Signature

Bibliographie

1. Globocan - Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018 [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
2. Épidémiologie du cancer du col de l'utérus en France pendant l'année 2018 [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
3. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, Meijer CJLM, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*. 1 avr 2002;55(4):244-65.
4. Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer R, et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: A meta-analysis update. *Int J Cancer*. 1 août 2007;121(3):621-32.
5. Global Advisory Committee on Vaccine Safety Statement on the continued safety of HPV vaccination. [Internet]. WHO. [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/June_2017/en/
6. Moreira ED, Block SL, Ferris D, Giuliano AR, Iversen O-E, Joura EA, et al. Safety Profile of the 9-Valent HPV Vaccine: A Combined Analysis of 7 Phase III Clinical Trials. *Pediatrics*. août 2016;138(2):e20154387.
7. Andrews N, Stowe J, Miller E. No increased risk of Guillain-Barré syndrome after human papilloma virus vaccine: A self-controlled case-series study in England. *Vaccine*. mars 2017;35(13):1729-32.
8. Garland SM, Cornall AM, Brotherton JML, Wark JD, Malloy MJ, Tabrizi SN. Final analysis of a study assessing genital human papillomavirus genoprevalence in young Australian women, following eight years of a national vaccination program. *Vaccine*. mai 2018;36(23):3221-30.
9. Patel C, Brotherton JM, Pillsbury A, Jayasinghe S, Donovan B, Macartney K, et al. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? *Eurosurveillance*. 11 oct 2018;23(41).
10. Ségalin JM, Renou L. Évaluation de la couverture vaccinale des élèves scolarisés en Polynésie Française [Internet]. Direction de la Santé; 2011 Année scolaire -2012. Disponible sur: http://www.hygienepublique.gov.pf/IMG/pdf/evaluation_de_la_couverture_vaccinale_pf_2012-2.pdf
11. INCa. Papillomavirus et cancer - état des lieux des connaissances. 2018.
12. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical Human Papillomavirus Prevalence in 5 Continents: Meta-Analysis of 1 Million Women with Normal Cytological Findings. *J Infect Dis*. 15 déc 2010;202(12):1789-99.

13. OMS. Vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS [Internet]. 2017 mai. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255353/WER9219.pdf?sequence=1>
14. Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol.* sept 1999;189(1):12-9.
15. Serrano B, de Sanjosé S, Tous S, Quiros B, Muñoz N, Bosch X, et al. Human papillomavirus genotype attribution for HPVs 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58 in female anogenital lesions. *Eur J Cancer.* sept 2015;51(13):1732-41.
16. Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC Infect Dis.* déc 2013;13(1).
17. Safaeian M, Porras C, Pan Y, Kreimer A, Schiller JT, Gonzalez P, et al. Durable Antibody Responses Following One Dose of the Bivalent Human Papillomavirus L1 Virus-Like Particle Vaccine in the Costa Rica Vaccine Trial. *Cancer Prev Res (Phila Pa).* 1 nov 2013;6(11):1242-50.
18. Zeybek B, Rodriguez A. Comparison of long term impact and clinical outcomes of reduced dose vs standard dose quadrivalent human papillomavirus vaccine in the United States: a database study. Paper presented at: 48th Annual Meeting of the Society of Gynecologic Oncology; 12–15 March 2017;
19. Damme PV, Olsson SE, Block S, Castellsague X, Gray GE, Herrera T, et al. Immunogenicity and Safety of a 9-Valent HPV Vaccine. 2015;136(1):14.
20. Einstein MH, Baron M, Levin MJ, Chatterjee A, Fox B, Scholar S, et al. Comparative immunogenicity and safety of human papillomavirus (HPV)-16/18 vaccine and HPV-6/11/16/18 vaccine: Follow-up from Months 12–24 in a Phase III randomized study of healthy women aged 18–45 years. *Hum Vaccin.* déc 2011;7(12):1343-58.
21. Einstein MH, Takacs P, Chatterjee A, Sperling RS, Chakhtoura N, Blatter MM, et al. Comparison of long-term immunogenicity and safety of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine and HPV-6/11/16/18 vaccine in healthy women aged 18-45 years: End-of-study analysis of a Phase III randomized trial. *Hum Vaccines Immunother.* 2 déc 2014;10(12):3435-45.
22. Joura EA, Giuliano AR, Iversen O-E, Bouchard C, Mao C, Mehlsen J, et al. A 9-Valent HPV Vaccine against Infection and Intraepithelial Neoplasia in Women. *N Engl J Med.* 19 févr 2015;372(8):711-23.
23. Vesikari T, Brodzski N, van Damme P, Diez-Domingo J, Icardi G, Petersen LK, et al. A Randomized, Double-Blind, Phase III Study of the Immunogenicity and Safety of a 9-Valent Human Papillomavirus L1 Virus-Like Particle Vaccine (V503) Versus Gardasil® in 9–15-Year-Old Girls: *Pediatr Infect Dis J.* sept 2015;34(9):992-8.
24. Markowitz LE, Drolet M, Perez N, Jit M, Brisson M. Human papillomavirus vaccine effectiveness by number of doses: Systematic review of data from national immunization programs. *Vaccine.* août 2018;36(32):4806-15.

25. Dobson SRM, McNeil S, Dionne M, Dawar M, Ogilvie G, Krajden M, et al. Immunogenicity of 2 Doses of HPV Vaccine in Younger Adolescents vs 3 Doses in Young Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 1 mai 2013;309(17):1793.
26. Romanowski B, Schwarz TF, Ferguson L, Peters K, Dionne M, Behre U, et al. Sustained immunogenicity of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine administered as a two-dose schedule in adolescent girls: Five-year clinical data and modeling predictions from a randomized study. *Hum Vaccines Immunother*. 2 janv 2016;12(1):20-9.
27. Merck Sharp & Dohme Corp. A Phase III Study of a 2-dose Regimen of a Multivalent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine (V503), Administered to 9 to 14 Year-olds and Compared to Young Women, 16 to 26 Years Old (V503-010) [Internet]. 2018 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01984697>
28. Puthanakit T, Huang L-M, Chiu C-H, Tang R-B, Schwarz TF, Esposito S, et al. Randomized Open Trial Comparing 2-Dose Regimens of the Human Papillomavirus 16/18 AS04-Adjuvanted Vaccine in Girls Aged 9–14 Years Versus a 3-Dose Regimen in Women Aged 15–25 Years. *J Infect Dis*. 15 août 2016;214(4):525-36.
29. Iversen O-E, Miranda MJ, Ulied A, Soerdal T, Lazarus E, Chokeyhaibulkit K, et al. Immunogenicity of the 9-Valent HPV Vaccine Using 2-Dose Regimens in Girls and Boys vs a 3-Dose Regimen in Women. *JAMA*. 13 déc 2016;316(22):2411.
30. WHO. Safety of HPV vaccination in young females. [Internet]. 2017 [cité 12 avr 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/immunization/position_papers/hpv_grad_safety.pdf
31. Noronha AS et al. Systematic review of human papillomavirus vaccine coadministration. *Vaccine* 2014;32(23):2670–2674.
32. Schilling A et al. Coadministration of a 9-Valent Human Papillomavirus Vaccine With Meningococcal and Tdap Vaccines. *Pediatrics*. 2015 Sep;136(3):e563–72.
33. WHO. Modelling estimates of the incremental effectiveness & cost-effectiveness of HPV vaccination. 2016 [cité 16 avr 2019]; Disponible sur: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/october/07_Modelling_HPV_immunization_strategies.pdf?ua=1
34. Fesenfeld M, Hutubessy R, Jit M. Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination in low and middle income countries: A systematic review. *Vaccine*. août 2013;31(37):3786-804.
35. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. 2019 juill.
36. OMS. Dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. [Internet]. 2014 [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112555/9789242548693_fre.pdf?sequence=1
37. OMS. Utilisation de la cryothérapie pour le traitement de la néoplasie cervicale intraépithéliale. [Internet]. 2011 [cité 1 juill 2019]. Disponible sur:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148822/9789242502855_fre.pdf?sequence=1

38. Blais M. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*. 2006;VOL .26(2).
39. Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Enquête Nicolle 2006 connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux [Internet]. Saint-Denis: Éditions INPES; 2008 [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: http://www.bibl.ulaval.ca/doelec/lc/W/EnqueteNicolle2006_Gautier.pdf
40. Alice Huchet. Motifs de refus de la vaccination anti-papillomavirus :étude qualitative réalisée auprès des parents de jeunesfilles entre 11 et 19 ans en Haute-Normandie. Thèse de médecine générale. [Internet]. Université de Caen; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01547255/document>
41. Chabbert C. La vaccination contre le HPV: étude en cabinet de médecine générale des facteurs associés à la décision des parents. Thèse de médecine générale. Université Paul Sabatier de Toulouse. 2015;
42. Bernard-Granger S. Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Mémoire maïeutique. Université Joseph Fourier, Grenoble. 2015;
43. Amouyal M. Que pensent les parents de la vaccination ? Une étude qualitative. *Exercer*. 2013;(24):105.
44. Roussey Antonin. Culture polynésienne et maladies chroniques : une étude qualitative des déterminants de santé culturels dans la prise en charge des maladies chroniques. Thèse de médecine générale. Université de Nantes; 2018.
45. Laura Schuft. Couples 'métropolitain' – 'polynésien' à Tahiti. Enjeux de l'ethnicité, du genre et du statut socioéconomique dans un contexte postcolonial. Thèse de doctorat en Sociologie. Université de Nice; 2010.
46. Service public de Polynésie française. La brèves de prévention. Stop aux infections sexuellement transmissibles. [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.service-public.pf/wp-content/uploads/2016/11/vevo_api_6_.pdf
47. Haut Conseil de la santé publique. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012. *J Pédiatrie Puériculture*. sept 2012;25(4):220-34.
48. Trim K, Nagji N, Elit L, Roy K. Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviours towards Human Papillomavirus Vaccination for Their Children: A Systematic Review from 2001 to 2011. *Obstet Gynecol Int*. 2012;2012:1-12.
49. Décarpigny-François M. Freins à la vaccination contre le papillomavirus chez les parents des filles de 9 à 19 ans inclus dans le Nord-Pas-de-Calais-Picardie en 2016 . Thèse de médecine générale. Université de Lille.
50. Santé Publique France. Baromètre santé 2016 [Internet]. 2016. (Bulletin épidémiologique hebdomadaire). Disponible sur:

https://www.smtaquitaine.fr/uploads/media_items/vaccination-des-jeunes-enfants-beh.original.pdf

51. Ministère de la Santé de Polynésie française. Bulletin d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.hygiene-publique.gov.pf/IMG/pdf/BISES_no1_-_Registre_cancer_Corpulence_enfants.pdf
52. Journal officiel de la Polynésie française. ARRETE n°1349 CM du 19 juillet 2019 fixant le calendrier pluriannuel et les modalités d'administration des vaccinations obligatoires et recommandées contre certaines maladies transmissibles chez l'enfant. 26 juill 2019;
53. Bergeron C, Cohet C. Coût de la prise en charge des frottis anormaux et des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus en France. Santé Publique Fr. 2019;
54. Arveux P, Bénard S, Bouée S, Lafuma A, Martin L, Cravello L, et al. Coût de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus en France. Bull Cancer (Paris). 1 févr 2007;94(2):219-24.
55. Brisson M, Van de Velde N, De Wals P, Boily M-C. The potential cost-effectiveness of prophylactic human papillomavirus vaccines in Canada. Vaccine. 20 juill 2007;25(29):5399-408.
56. Bergeron C, Largeron N, McAllister R, Mathevet P, Remy V. Cost-effectiveness analysis of the introduction of a quadrivalent human papillomavirus vaccine in France. Int J Technol Assess Health Care. 2008;24(1):10-9.
57. Goldie SJ, Kohli M, Grima D, Weinstein MC, Wright TC, Bosch FX, et al. Projected clinical benefits and cost-effectiveness of a human papillomavirus 16/18 vaccine. J Natl Cancer Inst. 21 avr 2004;96(8):604-15.
58. Sanders GD, Taira AV. Cost-effectiveness of a potential vaccine for human papillomavirus. Emerg Infect Dis. janv 2003;9(1):37-48.
59. Chesson HW, Markowitz LE, Hariri S, Ekwueme DU, Saraiya M. The impact and cost-effectiveness of nonavalent HPV vaccination in the United States: Estimates from a simplified transmission model. Hum Vaccines Immunother. 2 juin 2016;12(6):1363-72.
60. Brisson M, Van de Velde N, Boily M-C. Economic evaluation of human papillomavirus vaccination in developed countries. Public Health Genomics. 2009;12(5-6):343-51.
61. Canfell K. Modeling preventative strategies against human papillomavirus-related disease in developed countries. Vaccine. Suppl 5:F157-67. 2012.
62. Chesson HW, Laprise J-F, Brisson M, Markowitz LE. Impact and Cost-effectiveness of 3 Doses of 9-Valent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Among US Females Previously Vaccinated With 4-Valent HPV Vaccine. J Infect Dis. 1 juin 2016;213(11):1694-700.
63. Kiatpongsan S, Kim JJ. Costs and Cost-Effectiveness of 9-Valent Human Papillomavirus (HPV) Vaccination in Two East African Countries. Meyers C, éditeur. PLoS ONE. 8 sept 2014;9(9):e106836.
64. HAS. Élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. [Internet].

- 2019 déc. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/recommandation_vaccinale_elargissement_de_la_vaccination_contre_les_papillomavirus_aux_garcons.pdf
65. Schisler TM, Bhavsar AK, Whitcomb BP, Freeman JH, Washington MA, Blythe JW, et al. Human papillomavirus genotypes in Pacific Islander cervical cancer patients. *Gynecol Oncol Rep.* mai 2018;24:83-6.
66. OMS. Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l'utérus. janv 2019; Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hvp\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hvp)-and-cervical-cancer)
67. Cécile Picard-Meliani. Les freins à la vaccination anti-papillomavirus en médecine générale. Thèse de médecine générale. Université Paris 6; 2010.
68. Verger P, Jestin C, Launay O, Raude J, Pulcini C, Peretti-Watel P. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. *EBioMedicine.* août 2015;2(8):891-7.
69. OMS. Communication sur le vaccin contre le PVH – Considérations particulières pour un vaccin unique [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250280/WHO-IVB-16.02-fre.pdf?sequence=1>
70. Simms KT, Steinberg J, Caruana M, Smith MA, Lew J-B, Soerjomataram I, et al. Impact of scaled up human papillomavirus vaccination and cervical screening and the potential for global elimination of cervical cancer in 181 countries, 2020–99: a modelling study. *Lancet Oncol.* mars 2019;20(3):394-407.

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis 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.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j’y manque.”

Perception de l'introduction de la vaccination contre le PVH en Polynésie française : enquête auprès des mères d'enfants en âge d'être vaccinés.

RESUME

Introduction : Le cancer du col de l'utérus a été responsable de 311 365 décès dans le monde en 2018. Les méta-analyses ont mis en évidence une association forte entre une infection persistante par un PVH et l'apparition du cancer du col de l'utérus. Cependant la vaccination PVH ne fait pas partie des recommandations en Polynésie française.

Méthode : Une étude qualitative par analyse inductive générale, par des entretiens semi-dirigés individuels, a été réalisée sur l'île de Moorea auprès des mères ayant des filles âgées de 9 à 14 ans. L'objectif de l'étude était d'étudier l'acceptabilité de la vaccination contre le PVH en Polynésie française.

Résultats : 4 catégories ont été mises en évidence pour caractériser les motivations des mères à la vaccination anti-PVH : la notion de protection acquise, une approche critique des connaissances, des événements biographiques solidifiant l'utilité vaccinale et des facteurs socio-culturels polynésiens. Ces motivations sont beaucoup plus souvent mentionnées que les freins potentiels à la vaccination retrouvés : le prix des vaccins, le geste traumatique du vaccin, le rapport à la sexualité et la remise en cause de l'utilité de certains vaccins.

Conclusion : Les motivations des mères à vacciner leur fille avec le vaccin PVH l'emportent sur leurs freins. Malgré une acceptation importante du vaccin PVH, un phénomène de remise en cause de l'utilité vaccinale est observable. Une communication efficace sur le vaccin anti-PVH devra être réalisé pour améliorer l'acceptabilité du vaccin en Polynésie française pour préparer son introduction dans le calendrier vaccinal.

Perception of the introduction of HPV vaccination in french Polynesia: study of mothers of children to be vaccinated.

ABSTRACT

Background : Cervical cancer was responsible for 311,365 deaths worldwide in 2018. Meta-analyzes have found a strong association between persistent HPV infection and the development of cervical cancer. However, HPV vaccination isn't part of the recommendations in french Polynesia.

Method : A qualitative study by general inductive analysis, by individual semi-directed interviews, was carried out on the island of Moorea among mothers with girls aged 9 to 14 years. The objective of the study was to study the acceptability of vaccination against HPV in french Polynesia.

Results : 4 categories were highlighted to characterize mothers' motivations for HPV vaccination: the concept of acquired protection, a critical approach to knowledge, biographical events solidifying vaccine usefulness and Polynesian cultural factors. These motivations are much more mentioned than the potential obstacles to vaccination found: the price of vaccines, the traumatic gesture of the vaccine, the relationship to sexuality and the questioning of the usefulness of certain vaccines.

Conclusion : Mothers' motivation to vaccinate their daughter with the HPV vaccine outweighs their brakes. Despite a significant acceptance of the HPV vaccine, a phenomenon calling into question the vaccine's usefulness is observable. Effective communication on the HPV vaccine will be needed to improve the acceptability of the vaccine in french Polynesia in order to prepare its introduction in the immunization schedule.

MOTS-CLEFS : Papillomavirus, vaccin anti-PVH, Polynésie française

Keywords : Papillomavirus, Human papillomavirus vaccine, french Polynesia

DISCIPLINE : médecine générale

UNIVERSITE DE LA REUNION
U.F.R SANTE